

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTÓBAL
DE HUAMANGA**

FACULTAD DE ENFERMERÍA

**ESCUELA DE FORMACION PROFESIONAL DE
ENFERMERIA**



**DISFUNCION SEXUAL RELACIONADO A LA CALIDAD DE
VIDA EN MUJERES CLIMÁTERICAS. HOSPITAL
REGIONAL "MIGUEL ANGEL MARISCAL LLERENA" DE
AYACUCHO, 2012**

Presentadas por:

Bach.CHAVEZ BERROCAL, Dina

Bach.SICHA GARCIA, Luz Noelia

Ayacucho – Perú

2012

DEDICATORIA

A Dios por su infinito amor.

A mis padres por su amor y virtud.

A mi esposo Alfredo por la alegría de estar juntos. Y

Alfredito por supuesto.

Noelia

A Dios por su infinito amor.

A mis padres por su amor y virtud.

A Romel por la alegría de estar juntos.

Dina

AGRADECIMIENTO

Nuestro especial agradecimiento a nuestra Alma Mater, La Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga, por habernos dado la oportunidad de estudiar en sus aulas y haber logrado nuestra anhelada profesión.

A la plana de docentes de la Facultad de Enfermería, por su abnegada dedicación en beneficio de nuestra formación profesional y sus atinadas enseñanzas impartidas en el difícil camino del saber.

A nuestra asesora, por habernos guiado la presente investigación.

Y a todas las personas que de una u otra manera contribuyeron en la conclusión del presente estudio.

DISFUNCION SEXUAL RELACIONADO A LA CALIDAD DE VIDA EN MUJERES CLIMÁTERICAS. HOSPITAL REGIONAL "MIGUEL ANGEL MARISCAL LLERENA" DE AYACUCHO, 2012

Bach. CHÁVEZ BERROCAL, Dina. Bach. SICHA GARCÍA, Luz Noelia

RESUMEN:

OBJETIVO: Determinar la relación entre disfunción sexual y calidad de vida de las mujeres climatéricas que acuden al consultorio de ginecología del Hospital Regional "Miguel Ángel Mariscal Llerena" de Ayacucho, 2012, **Material y Métodos:** La presente investigación es de un enfoque cuantitativo, de tipo aplicativo, de nivel descriptivo correlacional simple, de diseño transversal, prospectivo. La población estuvo constituida por todas las mujeres menopáusicas que acudieron al consultorio de ginecología del Hospital Regional "Miguel Ángel Mariscal Llerena" de Ayacucho, **Resultados:** 55,0% de mujeres presentó disfunción sexual según el test de Índice de funcionalidad sexual femenino. Según el cuestionario WHOQOL – ABREVIADO VERSION ESPAÑOLA, 28,6% de mujeres menopáusicas estudiadas tienen una calidad de vida deficiente y 23,3% aceptable y sólo el 3,3% alta. **Conclusiones:** Se ha determinado que la disfunción sexual está relacionada con la calidad de vida de las mujeres climatéricas estudiadas.

PALABRA CLAVE: Disfunción sexual, Calidad de vida, mujeres climatéricas.

**SEXUAL DYSFUNCTION ASSOCIATED QUALITY OF LIFE IN PERI MENOPAUSAL WOMEN.
REGIONAL HOSPITAL "MIGUEL ANGEL MARISCAL LLERENA" OF AYACUCHO, 2012**

Bach. CHÁVEZ BERROCAL, Dina.

Bach: SichaGarcía, Luz Noelia

SUMMARY:

Objective: To determine the relationship between sexual dysfunction and quality of life of menopausal women attending clinics of gynecology Regional Hospital "Miguel Angel MariscalLlerena" of Ayacucho, 2012. **Material and Methods:** This research is a quantitative approach, application type, descriptive correlational level simple, cross-sectional, prospective study. The population consisted of all menopausal women who attended the gynecology clinic of the Regional Hospital "Miguel ÁngelMariscalLlerena" of Ayacucho, **Results:** 55.0% of women had sexual dysfunction according to the test of female sexual function index. According to the WHOQOL - ABRIDGED VERSION SPANISH, 28.6% of menopausal women surveyed have a poor quality of life and 23.3% acceptable and only 3.3% higher. **Conclusions:** We found that sexual dysfunction is related to the quality of life of menopausal women studied.

KEYWORD: Sexual dysfunction, quality of life, menopausal women

SUMARIO

	PÁG.
DEDICATORIA.....	i
AGRADECIMIENTOS.....	ii
RESUMEN.....	iv
SUMARIO.....	v
INTRODUCCION.....	7
CAPITULO I:	
REVISION DE LA LITERATURA.....	15
CAPITULO II:	
MATERIALES Y METODOS.....	31
CAPÍTULO III:	
RESULTADOS	35
CAPITULO IV:	
DISCUSIÓN.....	46
CONCLUSIONES.....	56
RECOMENDACIONES.....	58
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	59
ANEXOS.....	64

INTRODUCCIÓN

El interés por la Calidad de Vida ha existido desde tiempos inmemorables. Sin embargo, la aparición del concepto como tal y la preocupación por la evaluación sistemática y científica del mismo es relativamente reciente. La idea comienza a popularizarse en la década de los 60 hasta convertirse hoy en un concepto utilizado en ámbitos muy diversos, como son la salud, la salud mental, la educación, la economía, la política y el mundo de los servicios en general.

Durante la década de los 60, el creciente interés por conocer el bienestar humano y la preocupación por las consecuencias de la industrialización de la sociedad hacen surgir la necesidad de medir esta realidad a través de datos objetivos, y desde las Ciencias Sociales se inicia el desarrollo de los indicadores sociales, estadísticos que permiten medir datos y hechos vinculados al bienestar social de una población. Estos indicadores tuvieron su propia evolución siendo en un primer momento referencia de las condiciones objetivas, de tipo económico y social, para en un segundo momento contemplar elementos subjetivos.

El desarrollo y perfeccionamiento de los indicadores sociales, a mediados de los 70 y comienzos de los 80, provocó el proceso de diferenciación entre estos y la Calidad de Vida. La expresión comienza a definirse como concepto integrador que comprende todas las áreas de la vida (carácter multidimensional) y hace referencia tanto a condiciones objetivas como a componentes subjetivos.

A pesar de esta aparente falta de acuerdo entre los investigadores sobre la definición de calidad de vida y la metodología utilizada para su estudio, el concepto ha tenido un impacto significativo en la evaluación y planificación de servicios durante los últimos años.

En líneas generales, la investigación sobre Calidad de vida es importante porque el concepto está emergiendo como un principio organizador que puede ser aplicable para la mejora de una sociedad como la nuestra, sometida a transformaciones sociales, políticas, tecnológicas y económicas.

En los últimos 10 años las investigaciones sobre Calidad de vida han ido aumentando progresivamente en diferentes ámbitos del quehacer profesional y científico. Numerosos trabajos de investigación científica emplean hoy el concepto, como un modo de referirse a la percepción que tiene el paciente de los efectos de una enfermedad determinada o de la aplicación de cierto tratamiento en diversos ámbitos de su vida, especialmente de las consecuencias que provoca sobre su bienestar físico, emocional, social, económico y espiritual.

La meta de la atención de enfermería está orientando no sólo a la atención de la enfermedad que altera la calidad de vida, sino fundamentalmente a la mejora de la Calidad de vida del paciente. Actualmente hay importantes trabajos realizados sobre intervenciones en personas con cáncer, sida, asma y esclerosis múltiple, entre otras.

La mejora de la Calidad de vida es actualmente una meta compartida por muchos programas y acceso al empleo normalizado por parte de las personas con discapacidad y otras enfermedades crónicas. Las necesidades, aspiraciones e ideales relacionados con una vida de calidad varían en función de la etapa evolutiva, es decir que la percepción de satisfacción se ve influida por variables ligadas al factor edad. Ello ha dado lugar al análisis de los diferentes momentos del ciclo evolutivo: la infancia, la adolescencia y la vejez.

La disfunción sexual femenina (DSF), es una dificultad o imposibilidad de participar en las relaciones sexuales tal y como lo desea cada persona, por tanto es una alteración de la sexualidad humana, la misma que forma parte sustancial de la actividad general ordinaria de nuestra especie y que es capaz de sustentar la autoestima, mejorando extraordinariamente la calidad de vida cuando aquella es ejercida en plenitud.

La frecuencia de disfunción sexual en América Latina, según referencias de la Red Latinoamericana de Investigación en el Climaterio afecta al 56,8% de las latinas. La menor prevalencia se da entre las habitantes de Cartagena de Indias

(Colombia, 21%), Piura (Perú, 32%), La Habana (32%), Santiago (36%) y Ciudad de Panamá (41%). En cambio los peores niveles se registran en Quito (98,5%), Montevideo (94,5%), Santa Cruz de la Sierra (88%), Cochabamba (86%), Buenos Aires (79,5%), Lima (72%), Bogotá (58) y Guayaquil (55). Esta investigación, revela que las disfunciones sexuales son frecuentes en zonas con alta concentración de indígenas, lo que se debe a factores biológicos y no sociales o culturales.

Estudios realizados aplicando el MENQOL refieren que la mujeres Estadounidenses, durante el climaterio presentan alteraciones físicas como, cefalea, sequedad de la piel, aumento de peso, hirsutismo, y alteraciones psíquicas como, la tristeza, nerviosismo, impaciencia o descontento, comprometiendo la calidad de vida.

Del mismo modo, otras investigaciones realizadas entre Zenúes de Colombia y quechuas de Perú, muestra que un 90% de las mujeres sufre de sequedad vaginal, cifra que en el conjunto de latinoamericanas ronda el 50%. Y en las europeas oscila del 5% al 15%. Entre los factores de riesgo (o causa) de disfunción sexual en Latinoamérica destaca la falta de lubricación, en casi un tercio de los casos, seguida de lejos por la dispareunia o dolor en la relación sexual (8,7%) y por la falla sexual de la pareja (2,4%). En este caso, las mujeres atribuyen a sus parejas problemas de disfunción eréctil que alcanzarían

el 36,4% entre los hombres de entre 50 y 59 años, y de eyaculación precoz, que afectaría según ellas al 28,2% en esa misma franja de edad.

En Colombia encontró síntomas como pérdida de memoria, deseo de soledad y sedentarismo. De igual modo, varias manifestaciones físicas que presentan las norteamericanas, tampoco se observaron en las mujeres colombianas como cefalea, sequedad de piel, aumento de peso, hirsutismo, etc. Mayor discrepancia aún se observó al evaluar la sexualidad, no hallándose cambios significativos en las colombianas con la menopausia. Estas observaciones plantean dudas en cuanto a lo adecuado o no de usar escalas desarrolladas en un país distinto al cual se aplica dicha escala.

Pocos estudios han correlacionado calidad de vida y disfunción sexual durante el climaterio. Entre ellos destaca, el de Chedraui et al que refiere una alta prevalencia de la sintomatología climatérica, en torno al 30%, y 40% de la población, por lo cual es necesario evaluarla con herramientas validadas y de rápida aplicación, como son la Escala de Clasificación de la Menopausia (ECM) y el Índice de función sexual femenino.

La disfunción sexual femenina (DSF), a pesar de su alta prevalencia, del 30 al 40% entre las mujeres, se sigue ignorando en nuestro sistema sanitario debido al desinterés de los profesionales y a la desconfianza de las pacientes ante esta alteración. Hay que señalar que en los últimos años hay un cambio de actitud

de las mujeres acerca de su sexualidad y cada vez hay más demanda en busca de solución de los trastornos de la función sexual.

La experiencia alcanzada en los diferentes establecimientos de salud, durante las prácticas de pre-grado, permitieron apreciar a las mujeres climatéricas postergar su sexualidad, habiendo interrelacionado con muchas pacientes, quienes se niegan a conversar sobre su sexualidad y mucho menos las disfunciones sexuales, asimismo, haciendo una reflexión de la experiencia personal uno se da cuenta que la disfunción sexual se encuentra desatendida, relegada, ignorada; sin embargo, somos consciente de que estas patologías son indicadores de la Calidad de vida de una población como son las mujeres climatéricas. Por otro lado, se observa la falta de información y desconfianza de las mujeres, por tratarse de su intimidad y recurren a los servicios de salud, cuando las complicaciones son muy graves. Lo manifestado por los autores mencionados y la experiencia motivaron la realización de la presente investigación titulado: DISFUNCION SEXUAL RELACIONADO A LA CALIDAD EN VIDA EN MUJERES CLIMÁTERICAS QUE ACUDEN AL CONSULTORIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO, 2012; con el propósito de esclarecer la relación entre Disfunción sexual femenino y calidad de vida de las mujeres climatéricas, para ello se plantearon los siguientes objetivos:

GENERAL:

Determinar la relación entre disfunción sexual y calidad de vida de las mujeres climatéricas que acuden al consultorio de ginecología del Hospital Regional "Miguel Ángel Mariscal Llerena" de Ayacucho, 2012.

ESPECIFICOS:

- Evaluar la disfunción sexual de las mujeres climatéricas (por edad, procedencia, grado de instrucción y estado civil) que acuden al consultorio de ginecología del Hospital Regional "Miguel Ángel Mariscal Llerena" de Ayacucho, 2012.
- Identificar la calidad de vida de las mujeres climatéricas (por edad, procedencia, grado de instrucción y estado civil) que acuden al consultorio de ginecología del Hospital Regional "Miguel Ángel Mariscal Llerena" de Ayacucho, 2012
- Relacionar la disfunción sexual y calidad de vida de las mujeres climatéricas que acuden al consultorio de ginecología del Hospital Regional "Miguel Ángel Mariscal Llerena" de Ayacucho, 2012.

La hipótesis propuesta fue: Existe relación entre disfunción sexual y calidad de vida de las mujeres climatéricas que acuden al consultorio de ginecología del Hospital Regional "Miguel Ángel Mariscal Llerena" de Ayacucho, 2012.

Como un hallazgo importante podemos señalar que la Disfunción sexual y la calidad de vida de las menopáusicas son independientes y que la calidad de vida baja se debe a las manifestaciones propias de la menopausia.

Los resultados obtenidos, son aplicables solamente a la población estudiada. Además por ser una muestra no probabilística, por conveniencia, no permite extrapolar los resultados a otro tipo de población que tenga similares características.

La estructura del presente informe es el siguiente: Introducción, Capítulo I: Revisión de la literatura, Capítulo II: Material y métodos, Capítulo III: Resultados y Capítulo IV: Discusión, Conclusiones Recomendaciones. Bibliografía y anexos.

CAPITULO I

REVISIÓN DE LA LITERATURA

ANTECEDENTES REFERENCIALES:

Al respecto se menciona la investigación titulada: "Prevalencia de disfunción sexual en mujeres climatéricas, Chile, 2009" ⁽¹³⁾, Objetivo: Aplicar el Índice de Función Sexual a la mujer climatérica. **Material y Métodos:** Mediante un estudio de casos y controles se aplicó el cuestionario de Índice de función sexual a 370 mujeres sanas con edades comprendidas entre 40 y 59 años de edad. **Resultados:** 56% de las mujeres estaban casadas. 44% fueron posmenopáusicas. 6% utilizó la terapia de reemplazo hormonal, el 67% eran sexualmente activos, 57% presentaban disfunción sexual. **Conclusión:** Las mujeres climatéricas tienen alta prevalencia de disfunción sexual. La edad es el principal factor de riesgo.

El autor ha estudiado el índice de función sexual en mujeres climatéricas y no abordaron la relación entre la disfunción sexual y calidad vida, planteado en el presente proyecto de investigación.

La investigación titulada: "Prevalencia de los trastornos de la sexualidad en mujeres climatéricas. Influencia de la menopausia y de la terapia de reemplazo hormonal, Chile, 2002" ⁽⁹⁾. Cuyo objetivo fue evaluar la prevalencia de disfunción sexual en mujeres menopáusicas y el impacto de los factores de riesgo.

Material y Métodos: Mediante un estudio de casos y controles con 534 sanas de 40 a 64 años de edad fueron entrevistados mediante la prueba de Lauman (DSM-IV). Resultados: 1. La edad media fue de $52,4 \pm 5,7$ años. 2. 83% por ciento fueron peri o posmenopáusicas, el 23% utiliza la terapia de sustitución hormonal y el 79.2% eran sexualmente activos. Entre las mujeres sexualmente activas, la prevalencia de disfunción sexual aumenta junto con la edad, del 22,2% en el rango de 40-44 años de edad a 66,0% en el grupo de 60-64 años de edad. Conclusión: Existe una alta prevalencia de disfunción sexual en mujeres climatéricas. Los estrógenos, ya sea endógena o exógena, tienen una influencia positiva sobre la sexualidad.

El estudio no reporta sobre disfunción sexual relacionado a la calidad de las mujeres climatéricas.

La investigación titulada: "Calidad de vida y función sexual en mujeres postmenopáusicas con incontinencia urinaria, Chile"(2006)⁽¹⁴⁾. Objetivo: Describir la calidad de vida y la función sexual femenina, que presentan mujeres postmenopáusicas con Incontinencia. Material y Métodos: El tipo de estudio fue descriptivo, no experimental y transaccional. La muestra fue constituida por 46 mujeres, con una mediana de 56 años. Se les aplicó el Cuestionario de Salud King (KHQ) y el Índice de Función Sexual Femenina (ÍFSF), para medir la calidad de vida y la función sexual respectivamente. Resultados: 1. El 37% correspondió a Incontinencia Urinaria de Esfuerzo(IUE), el 19,6% presentó Incontinencia Urinaria de Urgencia (IUU) y 43,5% de Incontinencia Urinaria Mixta (IUM). 2. El 50% del total usaba Terapia de reemplazo hormonal (TRH). 3. Los dominios más afectados en el total de las mujeres con respecto a calidad de vida fueron "impacto en su vida" (65,2%), "actividades realizadas" (56,5%) y el menos afectado fue "relaciones personales" (15,2%). Con respecto al puntaje total del KHQ según los tipos de IU se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$) entre la IUE/IUU y la IUE/IUM. Según dominios del KHQ, se observó entre la IUE/IUU diferencias significativas en "impacto en su vida" y "emociones" ($p < 0,05$). Entre la IUE/IUM estas diferencias se encontraron en los dominios "percepción de mujer", "impacto en su vida", "limitación de roles", "limitación física", "limitación social" y "sueño/energía". 4. En la función sexual femenina los trastornos más frecuentes fueron en "deseo" (45.7%) y "excitación" (30,4%). Sólo se encontraron diferencias significativas en los dominios de

"dolor" y "orgasmo" entre la IUE/IUU y entre IUE/IUM ($p < 0,05$). Conclusión: La IUM fue la más afectada tanto en calidad de vida como en función sexual.

Además, no se logró establecer diferencias significativas según uso de Tratamiento de Reemplazo Hormonal, en la función sexual de las mujeres estudiadas. El estudio es similar al nuestro, sin embargo, la infraestructura sanitaria, personal humano, medio ambiente probablemente sea diferente.

La investigación: "Disfunción sexual femenina en la menopausia. Impacto sobre la calidad de vida. Servicio de Ginecología. Hospital San Agustín. Avilés, España(2007)"⁽¹⁵⁾. Objetivo: Describir la disfunción sexual femenina desde el punto de vista de la mujer como paciente y de los profesionales sanitarios.

Material y Métodos: Estudio cualitativo. Resultados: 1. La disfunción sexual femenina (DSF), a pesar de su alta prevalencia, del 30 al 40% entre las mujeres, se sigue ignorando en nuestro sistema sanitario debido al desinterés de los profesionales y a la desconfianza de las pacientes ante esta enfermedad. 2. Hay que señalar que en los últimos años hay un cambio de actitud de las mujeres acerca de su sexualidad y cada vez hay más demanda en busca de solución de los trastornos de la función sexual. 3. Se reitera la importancia que tiene el ginecólogo en el diagnóstico de las disfunciones sexuales secundarias a la menopausia 4. Se insiste en la importancia y repercusión de este tipo de enfermedad sobre la calidad de vida y en la reversibilidad de los síntomas con la terapia estrogénica y androgénica. Conclusiones: 1. El grado de sufrimiento

y frustración que se deriva de la Disfunción sexual femenina produce una serie de desajustes psíquicos que hace sentir a la mujer incompleta e incapaz, con problemas conyugales, familiares, laborales y sociales. 2. A pesar de ser una afectación que no origina perturbaciones vitales, la calidad de vida disminuye tanto o más que en otras afecciones que sí originan dichas perturbaciones vitales, como la hipertensión, la diabetes mellitus, la hipercolesterolemia, las cardiopatías, etc. 3. Por otro lado, la Disfunción sexual femenina se ven relacionadas positivamente con la menopausia.

El estudio es similar al nuestro, sin embargo, la infraestructura sanitaria, personal humano, medio ambiente probablemente sea diferente.

La investigación: "Calidad de vida en mujeres climatéricas con y sin terapia hormonal de reemplazo(2006)⁽¹⁰⁾. Objetivo: Comparar la calidad de vida de la mujer climatérica con y sin terapia hormonal de reemplazo. Material y métodos: Estudio transversal analítico realizado en la Unidad de Medicina Familiar 61 de Veracruz, en el que fueron seleccionadas 102 mujeres entre 40 y 60 años de edad. Se formaron dos grupos: uno de 51 mujeres que iniciaron terapia hormonal de reemplazo en el año anterior a este estudio, y otro de 51 mujeres que no recibían terapia hormonal de reemplazo. A cada mujer se le aplicó el instrumento de medición de calidad de vida *coop/woncay* un cuestionario complementario sobre el periodo de climaterio y menopausia. El análisis estadístico se realizó con χ^2 . Resultados: 1. El estado de salud y la vida sexual

mejoró notablemente en las mujeres con terapia hormonal de reemplazo (30 versus 19, $p = 0.007$; y 40 versus 30, $p = 0.04$, respectivamente). Cabe señalar que no se encontraron diferencias significativas en seis de las siete dimensiones del instrumento *COOP/WONCA*. Conclusión: la terapia hormonal de reemplazo no incide en todos los aspectos de la calidad de vida de una mujer en periodo de climaterio y menopausia. Sin embargo, las pacientes sometidas a la terapia de sustitución perciben un mejor estado de salud y una vida sexual más satisfactoria.

El autor ha estudiado calidad de vida y terapia hormonal y no abordaron la relación entre la disfunción sexual y calidad vida, planteado en el presente proyecto de investigación.

El estudio titulado: Valoración de la calidad de vida en mujeres climatéricas y su relación con factores somáticos, Análisis de cambio. España (2000)⁽¹⁶⁾.

Objetivos: 1. Valorar la relación entre la calidad de vida, la sintomatología climatérica y la capacidad funcional. 2. Analizar los cambios que se producen en las mujeres climatéricas tras haber participado en un programa de promoción de la salud. Material y Métodos: Estudio cuasi experimental de diseño antes y después. Con una muestra 688. Se aplicó el *Programa de Atención Integral a la Mujer climatérica*, luego un cuestionario sobre calidad de vida con sus correspondientes subescalas, con 23 ítems. Los análisis estadísticos se realizaron utilizando el SPSS como soporte lógico. Resultados:

1. El análisis de medidas repetidas demostró los efectos beneficiosos del programa de atención integral a la mujer climatérica, ya que las diferencias fueron significativas para la escala total y cada una de las cinco subescalas.

2. El bienestar psicológico, evaluado por medio del cuestionario de Calidad de vida, no sólo mejora tras el programa sino que globalmente, puntuación total, sigue incrementándose ligeramente. En las subescalas, la mejoría, o se incrementa o, al menos, se mantiene (esto último ocurre con sexualidad-afectividad y apoyo familiar) Conclusiones: El Programa de Atención Integral a la Mujer climatérica se convierte, sanitaria y socialmente, en un instrumento indispensable para mejorar la salud de las mujeres y prevenir posibles riesgos.

Así lo demuestra la repercusión que dicho programa tiene en la calidad de vida y en la sintomatología climatérica más importante.

El estudio es similar al nuestro, sin embargo, la infraestructura sanitaria, personal humano, medio ambiente probablemente sea diferente.

BASE TEORICA:

DISFUNCIÓN SEXUAL

Se llama disfunción sexual a la dificultad durante cualquier etapa del acto sexual (que incluye deseo, excitación, orgasmo y resolución) que evita al individuo o pareja el disfrute de la actividad sexual⁽¹⁷⁾. Cualquier problema, que

interfiere con la actividad sexual normal⁽¹⁸⁾. Incapacidad de reaccionar emocionalmente o físicamente al estímulo sexual de la manera que se espera de una persona sana promedio o de acuerdo con las normas propias de la persona⁽¹⁹⁾

Según estudios recientes 30% de las mujeres entrevistadas carecían de interés por el sexo, 20% expresaron tener relaciones sexuales no placenteras, 15% tenía dolor con el coito (dispareunia), 50% refería dificultad para excitarse, 50% tenía dificultades para lograr un orgasmo y 25% eran incapaces de lograrlo. A pesar de la importancia de estos aspectos en la salud de la mujer, muchas encuentran difícil expresar sus problemas sexuales al médico y para muchos médicos es incomodo hablar de los aspectos sexuales de sus pacientes, sin embargo, las encuestas revelan que la mayoría de las pacientes esperan que su médico sea capaz⁽²⁰⁾.

Las disfunciones sexuales suelen clasificarse en cuatro categorías:

Trastornos del deseo sexual o anafrodisia, Puede deberse a una bajada del nivel normal de producción del estrógeno (en las mujeres) o la testosterona. Otras causas pueden ser la edad, la fatiga, el embarazo, la medicación o enfermedades psiquiátricas, como depresión o ansiedad.

Estas pacientes tienen poco interés por la estimulación sexual. Conservan su capacidad para excitarse sexualmente y lograr un orgasmo si su pareja la

estimula adecuadamente. Este trastorno se desarrolla durante la edad adulta luego de un periodo de funcionamiento sexual adecuado. Es la disfunción sexual más frecuente y la más difícil de tratar. Las causas más frecuentes son: enfermedades medicas crónicas, fármacos, depresión, stress, envejecimiento, fármaco dependencia, alcoholismo, ortodoxia religiosa, alteraciones de personalidad, desviación sexual oculta, enfermedades de transmisión sexual, antecedente de abuso sexual, etc. El tratamiento de estas pacientes requiere terapia individual para corregir la causa y consejo por terapeuta sexual.

Trastornos de la excitación sexual, previamente llamados «impotencia» en los hombres y «frigidez» en las mujeres, aunque ahora se usan términos menos críticos: para los hombres, se emplea el de “disfunción eréctil” y para las mujeres se utilizan varios diferentes alusivos a los diversos problemas. Estos desórdenes se manifiestan como aversión o elusión del contacto sexual con la pareja. Puede haber causas médicas para estos problemas, como insuficiente riego sanguíneo o falta de lubricación vaginal. Las enfermedades crónicas también contribuyen, así como la naturaleza de la relación entre las partes.

Trastornos del orgasmo, como el retraso persistente o la ausencia de orgasmo tras una fase normal de excitación sexual. Estos trastornos ocurren tanto en hombre como en mujeres. De nuevo, los antidepresivos, Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (SRS), son con frecuencia culpables.

La disfunción orgásmica se caracteriza por: Retraso persistente o recurrente del orgasmo o ausencia del mismo, después de una fase de excitación sexual normal que genera tensión y dificultades interpersonales. La falta de orgasmos o anorgasmia primaria (nunca han tenido un orgasmo) se presenta en un 5 a 10% de las mujeres y es más frecuente que la anorgasmia secundaria o adquirida. La causa psicológica más frecuente de anorgasmia es la auto observación durante la fase de excitación que se acompaña de ansiedad y pensamientos distractores, negativos o de baja autoestima. También son causas de anorgasmia problemas afectivos con la pareja, depresión, fármaco dependencia, enfermedades médicas crónicas, fármacos, trastornos neurológicos, etc. El tratamiento generalmente está dirigido a controlar la causa subyacente y programas de ayuda con terapeuta sexual.

Trastornos de dolor sexual⁽²¹⁾, que afectan casi exclusivamente a las mujeres y se conocen como dispareunia (intercambio sexual doloroso) y vaginismo (espasmos involuntarios de los músculos de la pared vaginal que dificultan o impiden el coito). La dispareunia puede ser provocada en las mujeres por una lubricación insuficiente (sequedad vaginal).

Dentro de las causas más frecuentes tenemos el vaginismo y la dispareunia:

Vaginismo.- Es la contracción involuntaria, recurrente o persistente de los músculos del piso pélvico que rodean el tercio exterior de la vagina cuando se intenta penetración con el pene, un dedo, un tapón higiénico o un espejo. Es

un reflejo involuntario que se desencadena por alguna de estas acciones reales o imaginarias. Puede ser global, cuando se presenta ante todo tipo de intento de penetración vaginal, o situacional, caso en el cual lo único que no puede realizar es el coito. Muchas mujeres tienen deseo sexual normal, lubricación vaginal y orgasmos normales con la masturbación, pero son incapaces de efectuar el coito. Este trastorno es relativamente raro y afecta al 1% de las mujeres. Puede ser una reacción condicionada a una experiencia desagradable, como abuso sexual, exploraciones pélvicas dolorosas, inicio de relaciones sexuales traumáticas. Puede ocurrir de manera secundaria a ortodoxia religiosa, preocupaciones sobre la orientación sexual, miedo a la penetración, conceptos erróneos de su propia anatomía, miedo al dolor físico. Otras causas menos comunes son trastornos médicos, endometriosis, infecciones, himen imperforado. Como la causa del vaginismo suele ser psicofisiológica en la mayoría de los casos, estas pacientes no deben ser sometidas a intervenciones quirúrgicas para aumentar el tamaño del introito vaginal a menos que tengan alguna alteración anatómica que sea susceptible de corrección.

Dispareunia.- Es dolor genital que ocurre antes, durante o después del coito en ausencia de vaginismo. Es la disfunción sexual más frecuente que atienden los ginecólogos y se estima que afecta al 60% de las mujeres durante toda su vida. Puede ser primaria (desde el inicio de las relaciones sexuales) o secundaria (aparición posterior). La experiencia repetida de dolor genital puede causar

ansiedad, dificultades interpersonales y por último evasión sexual. Las causas suelen clasificarse de acuerdo al sitio del dolor.

Superficial: Vulvovaginitis (que no es otra cosa que la inflamación, irritación, o la infección de los genitales externos), himen imperforado o rígido, malformaciones congénitas de la vagina, cicatrices de partos anteriores, atrofia vaginal posterior a menopausia, lubricación insuficiente.

Media: Vagina corta, alteraciones de la vejiga y la uretra, prolapsos genitales

Profunda: Lubricación insuficiente, infección de genitales internos (EPI), tumores pélvicos, endometriosis, útero en retroversión, miomatosis uterina, colon irritable, espasmos músculos pélvico.

La lubricación inadecuada puede deberse a una excitación o estimulación insuficiente, o bien a cambios hormonales provocados por la menopausia, el embarazo o la lactancia⁽²⁴⁾. La irritación debida a cremas y espumas anticonceptivas puede también provocar sequedad, así como también el miedo y la ansiedad por el acto sexual. No están claras cuáles son las causas exactas del vaginismo, pero se cree que un trauma sexual anterior (como una violación o abusos) puede desempeñar un papel importante. Otro trastorno sexual femenino doloroso se denomina vulvodinia o vestibulitis vulvar, que parece estar relacionado con problemas en la piel de las zonas vaginal y vulvar. Se desconocen sus causas.

CALIDAD DE VIDA DE LAS MUJERES CLIMATÉRICAS

Calidad de vida es un concepto utilizado para el bienestar social general de individuos y sociedades. El término se utiliza en una generalidad de contextos, tales como sociología, ciencia política, estudios médicos, estudios del desarrollo, etc. No debe ser confundido con el concepto de estándar o nivel de vida, que se basa primariamente en ingresos. Indicadores de calidad de vida incluyen no solo elementos de riqueza y empleo sino también de ambiente físico y arquitectónico, salud física y mental, educación, recreación y pertenencia o cohesión social⁽²²⁾.

El concepto de calidad de vida representa un “término multidimensional de las políticas sociales que significa tener buenas condiciones de vida “objetivas” y un alto grado de bienestar “subjetivo”, y también incluye la satisfacción colectiva de necesidades a través de políticas sociales en adición a la satisfacción individual de necesidades”. La *calidad de vida* es un concepto multidimensional e incluye aspectos del bienestar (wellbeing) y de las políticas sociales, materiales y no materiales, objetivos y subjetivos, individuales y colectivos⁽²³⁾.

Bienestar(“wellbeing”): En el pasado ha estado fuertemente ligado a los ingresos y más comúnmente a la presencia de medios adecuados. Sólo recientemente se ha atribuido mayor importancia al bienestar (“wellbeing”) como la cualidad de obtener satisfacción a través del disfrute de los recursos disponibles, y no sólo de su mera posesión.

Calidad de vida contiene dos dimensiones principales:

- a) Una evaluación del nivel de vida basada en indicadores “objetivos”;
- b) La percepción individual de esta situación, a menudo equiparada con el término de *bienestar (wellbeing)*.

Factores materiales

Los factores materiales son los recursos que la persona dispone, los cuales pueden ser:

- Ingresos disponibles.
- Posición en el mercado de trabajo.
- Salud.
- Nivel de educación, etc.

Muchos autores asumen una relación causa-efecto entre los recursos y las condiciones de vida: mientras más y mejores recursos uno tenga mayor es la probabilidad de una buena calidad de vida.

Factores ambientales

Los factores ambientales son las características del vecindario o comunidad que pueden influir en la calidad de vida, tales como:

Presencia y acceso a servicios, grado de seguridad y criminalidad, transporte y movilización, habilidad para servirse de las nuevas tecnologías que hacen la vida más simple.

También, las características del hogar son relevantes en determinar la calidad de las condiciones de vida.

Factores de relacionamiento

Incluyen las relaciones con la familia, los amigos y las redes sociales.

La integración a organizaciones sociales y religiosas, el tiempo libre y el rol social después del retiro de la actividad económica son factores que pueden afectar la calidad de vida en las edades avanzadas.

Cuando la familia juega un rol central en la vida de las personas adultas mayores, los amigos, vecinos y otras redes de apoyo pueden tener un rol modesto.

Políticas gubernamentales

La calidad de vida no debe ser considerada solamente tomando en consideración la perspectiva de los individuos, sino también que hay que considerar la perspectiva social.

La calidad de vida y del bienestar de las personas adultas mayores dependen parcial o totalmente de las políticas existentes.

Género al final de la vida

Experimentar la vejez es una experiencia principalmente femenina. Demográficamente, el envejecimiento poblacional ha traído consigo un incremento en las desigualdades de género a medida que la edad avanza.

Las mujeres adultas mayores están en desventajas por su relativamente menor disponibilidad de recursos materiales y financieros, por su mayor nivel de discapacidad funcional y por la menor facilidad de acceso a recursos en materia de cuidados.

El sentimiento de bienestar está también afectado por el género, debido a la mayor posibilidad de que las mujeres perciban en mayor medida que los hombres sentimientos de soledad y aislamiento.

No agregar años a la vida sino vida a los años.

No agregar años a la vida sino vida a los años.

Empíricamente la medición de la calidad de vida en las edades avanzadas es problemática por dos razones:

La falta de una definición clara y, La deficiencia en la teoría que hace difícil la medida de este constructo y la comparabilidad de sus resultados

Debe ser subrayado que no ha sido llevado a cabo hasta el momento ningún estudio extensivo ni encuesta que considere de manera comprehensiva todos los aspectos mencionados arriba y que determinan la calidad de vida.

CAPITULO II

MATERIAL Y MÉTODOS

2.1. MÉTODO

El presente estudio de investigación es de tipo cuantitativo debido a que se obtienen datos susceptibles de ser medidos y realizar un análisis estadístico acerca de las características de la relación entre disfunción sexual y la calidad de vida de las mujeres climatéricas que acude al consultorio de ginecología del Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena de Ayacucho. El tipo de investigación es aplicativo, el nivel es descriptivo correlacional simple, pues nos ayudará elaborar las estrategias necesarias para proponer alternativas a la solución del problema identificado. El estudio es de corte transversal, prospectivo debido a que permite mostrar la información obtenida tal y como se encuentra en la realidad, además es de corte transversal pues se realizó en un determinado tiempo y espacio.

2.2. SEDE DE ESTUDIO:

El presente estudio se realizó en el consultorio de Ginecología del Hospital Regional "Miguel Ángel Mariscal Llerena" de Ayacucho, ubicado a 700 metros

lado norte de la Plaza Mayor de la ciudad. La ciudad de Ayacucho se encuentra situado en la Sierra Centro Sur del Perú, a 2746 m.s.n.m.

2.3 POBLACIÓN Y MUESTRA.

Considerada son todas las mujeres climatéricas que acuden a los consultorios de Ginecología del Hospital Regional "Miguel Ángel Mariscal Llerena" de Ayacucho.

La muestra seleccionada fueron 60 mujeres climatéricas, tomados en forma no probabilística intencional.

Criterios de inclusión:

- Mujeres con consentimiento informado.
- Mujeres de 45 – 55 años

Criterio de Exclusión:

- Mujeres climatéricas sin consentimiento informado.
- Mujeres con enfermedades crónicas

2.4 TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

Considerando la naturaleza del problema y sus objetivos para la recolección de datos, se utilizará dos cuestionarios: El índice de función sexual femenina (IFSF) desarrollado por Rosen y cols. El índice de función sexual femenina (IFSF) es un instrumento validado para la valoración de los problemas sexuales femeninos. Consta de 19 ítems y la WorldHealthOrganizationQuality of

LifeQuestionnaire (WHOQOL-BREF) abreviado versión española, que consta de 26 items, es un cuestionario que tiene una confiabilidad y validez, y sugiere que es adecuado para la evaluación de la calidad de vida de las personas climatéricas. El instrumento tiene una buena consistencia interna con un α -Crombach de 0,89 para la escala total y que van desde 0,70 hasta 0,79 en cada una de las dimensiones.

2.5 PLAN DE RECOLECCIÓN DE DATOS, PROCESAMIENTO ANALISIS E INTERPRETACION DE DATOS

Antes de dar inicio a la recolección será necesario obtener una carta de presentación de la Facultad de Enfermería para el Hospital Regional "Miguel Ángel Mariscal Llerena" de Ayacucho, luego gestionar en el mencionado Hospital autorización para la aplicación de los instrumentos de recolección de datos.

2.6. PROCESAMIENTO, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS.

Luego de la recolección de datos, estos fueron procesados mediante el uso del paquete estadístico de Excel y Spss, previa elaboración de la tabla de códigos y matriz tripartita, presentando los resultados en cuadros estadísticos para su análisis e interpretación considerando el marco teórico.

2.7 CONSIDERACIONES ÉTICAS.

La participación de las mujeres climáticas fue de manera voluntaria, se aplicó el consentimiento informado, y se garantiza la confidencialidad de la información que brindaron.

CAPITULO III
RESULTADOS

CUADRO 01

DISFUNCIÓN SEXUAL SEGÚN EDAD DE LAS MUJERES CLIMATÉRICAS QUE ACUDEN AL CONSULTORIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL “MIGUEL ÁNGEL MARISCAL LLERENA” DE AYACUCHO, 2012.

EDAD (AÑOS)	DISFUNCIÓN SEXUAL				TOTAL	
	SI		NO		N	%
	N	%	N	%		
45 – 49	10	16,7	19	31,7	29	48,3
50 -54	13	21,7	08	13,3	21	35,0
➤ DE 54	04	6,6	06	10,0	10	16,7
TOTAL	27	45.0	33	55.0	60	100.0

FUENTE: Elaborado en base a los datos obtenidos de la aplicación de la ficha de datos y encuesta, 2012.

Nota aclaratoria:

<19 = Normal 19,1-36 = Disfunción

χ^2_c : 3,833 α : 0.05 GI: 2 χ^2_t : 5,991 $p > 0.05$

Del total de la muestra estudiada, el 55,0% presentaron disfunción sexual, de ellas, 31,7% pertenecen al grupo atareo 45-49 años, 13,3% entre 50 – 54 años y 10,0% >de 54 años, respectivamente. El 45,0% de mujeres presentaron función sexual normal, de ellas, 21,7% tienen edades comprendido entre 50 y 54 años, 16,7% de 45 a 49 años y 6,6% mayor de 54 años.

Al someter al estadístico χ^2 no existe relación significativa ($p > 0,05$), entre la edad en años y la disfunción sexual.

CUADRO 02

DISFUNCIÓN SEXUAL SEGÚN PROCEDENCIA DE LAS MUJERES CLIMATÉRICAS QUE ACUDEN AL CONSULTORIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL “MIGUEL ÁNGEL MARISCAL LLERENA” DE AYACUCHO, 2012.

PROCEDENCIA	DISFUNCIÓN SEXUAL					
	SI		NO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
HUAMANGA	04	6,7	13	21,6	17	28,3
OTRAS PROV. AYAC	09	15,0	10	16,7	19	31,7
OTRAS PROV. PERU	14	23,3	10	16,7	24	40,0
TOTAL	27	45.0	33	55.0	60	100.0

FUENTE: Elaborado en base a los datos obtenidos de la aplicación de la ficha de datos y encuesta, 2012.

$$\chi^2_c: 4,933 \quad \alpha: 0.05 \quad G1: 2 \quad \chi^2_t: 5,991 \quad p > 0.05$$

El presente cuadro nos indica que del 100% de la muestra estudiada, el 55% presentaron disfunción sexual, de ellas, el 21,6% proceden de Huamanga, el 16,7% de otras provincias del departamento de Ayacucho y 16,7% de otras provincias del Perú; respectivamente. El 45% presentaron disfunción sexual, de ellas, el 23,3% proceden de otras provincias del Perú, el 15,0% proceden de otras provincias de Ayacucho y el 6,7% proceden de la provincia de Huamanga.

Al someter al estadístico χ^2 no existe relación significativa ($p > 0,05$), entre la procedencia y la disfunción sexual.

CUADRO 03

DISFUNCIÓN SEXUAL SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LAS MUJERES CLIMATÉRICAS QUE ACUDEN AL CONSULTORIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL “MIGUEL ÁNGEL MARISCAL LLERENA” DE AYACUCHO, 2012.

GRADO DE INSTRUCCIÓN	DISFUNCIÓN SEXUAL					
	SI		NO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
SIN GRADO	10	16,7	05	8,3	15	25,0
PRIMARIA	03	5,0	05	8,3	08	13,3
SECUNDARIA	06	10,0	06	10,0	12	20,0
SUPERIOR	08	13,3	17	28,4	25	41,7
TOTAL	27	45.0	33	55.0	60	100.0

FUENTE: Elaborado en base a los datos obtenidos de la aplicación de la ficha de datos y encuesta, 2012.

$$\chi^2_c: 4,871 \quad \alpha: 0.05 \quad \text{Gl: } 3 \quad \chi^2_l: 7,815 \quad p > 0.05$$

Del 100% de la muestra en estudio el 55,0% presentó disfunción sexual, de ellas, el 28,4% tienen grado de instrucción superior, 10,0% secundaria, 8,3% primaria y 8,3% sin grado respectivamente. El 45% presentó función sexual normal, de ellas, el 16,7% sin instrucción, 13,3% superior, 10,0% secundaria y 5,0% primaria.

Al someter al estadístico χ^2 no existe relación significativa ($p > 0,05$), entre el grado de instrucción y la disfunción sexual.

CUADRO 04

DISFUNCIÓN SEXUAL SEGÚN ESTADO CIVIL DE LAS MUJERES CLIMATÉRICAS QUE ACUDEN AL CONSULTORIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL “MIGUEL ÁNGEL MARISCAL LLERENA” DE AYACUCHO, 2012.

ESTADO CIVIL	DISFUNCIÓN SEXUAL					
	SI		NO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
SOLTERA	01	1,7	01	1,7	02	3,4
CASADA	14	23,3	13	21,7	27	45,0
DIVORCIADA	01	1,7	05	8,3	06	10,0
VIUDA	02	3,3	05	8,3	07	11,6
CONVIVIENTE	09	15,0	09	15,0	18	30,0
TOTAL	27	45.0	33	55.0	60	100.0

FUENTE: Elaborado en base a los datos obtenidos de la aplicación de la ficha de datos y encuesta, 2012.

χ^2_c : 12,5051 α : 0.05 Gl: 4 χ^2_1 : 9,488 $p > 0.05$

Del total de la muestra estudiada, el 55,0% presentaron disfunción sexual, de ellas, el 21,7% estado civil casada, 15,0% conviviente, 8,3%viuda, 8,3% divorciada, y 1,7% soltera; respectivamente. El 45% presentaron función sexual normal, de ellas, el23,3% estado civil casada, 15,0% conviviente, 3,3% viuda, 1,7% divorciada, 1,7%soltera.

Al someter al estadístico χ^2 existe relación significativa ($p < 0,05$), entre el estado civil y la disfunción sexual.

CUADRO 05

CALIDAD DE VIDA SEGÚN EDAD DE LAS MUJERES CLIMATÉRICAS QUE ACUDEN AL CONSULTORIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL “MIGUEL ÁNGEL MARISCAL LLERENA” DE AYACUCHO, 2012.

EDAD(AÑOS)	CALIDAD DE VIDA						TOTAL	
	ALTA		ACEPTABLE		DEFICIENTE			
	N	%	N	%	N	%	N	%
45 – 49	05	8,3	21	35,0	02	3,3	28	46,6
50 - 54	01	1,7	15	25,0	05	8,3	21	35,0
➤ DE 54	00	0,0	04	6,7	07	11,7	11	18,4
TOTAL	06	10	31	66,7	14	23,3	60	100.0

FUENTE: Elaborado en base a los datos obtenidos de la aplicación de la ficha de datos y encuesta, 2012.

Nota aclaratoria:

100 – 130 = Alta

70 – 99 = Aceptable

<70 = Deficiente

χ^2_c : 16,02 α : 0.05 Gl:4 χ^2_t :9,488 $p > 0.05$

De el 100% de la muestra, el 67,0% presentaron calidad de vida aceptable, 35,0% se encuentran en el grupo etario 45-49 años, el 25,0% 50-54 años, 6,7% > de 54 años respectivamente. El 23,3% presentaron calidad de vida deficiente, de ellas, el 11,7% se encuentran en el grupo etáreo > de 54 años, 8,3% 50-54, el 3,3% 45-49 años. El 10% presentaron calidad de vida alta, de ellas, el 5,0%

se encuentran en el grupo etáreo 45-49 años, 1,7% 50-54 años respectivamente.

Al aplicar el estadístico χ^2 se encontró relación altamente significativa entre la edad y la calidad de vida ($p < 0,05$).

CUADRO 06

CALIDAD DE VIDA SEGÚN PROCEDENCIA DE LAS MUJERES CLIMATÉRICAS QUE ACUDEN AL CONSULTORIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL "MIGUEL ÁNGEL MARISCAL LLERENA" DE AYACUCHO, 2012.

PROCEDENCIA	CALIDAD DE VIDA							
	ALTA		ACEPTABLE		DEFICIENTE		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
HUAMANGA	04	6,6	11	18,3	03	5,0	18	29,9
OTRAS PROV.	01	1,7	13	21,8	05	8,3	19	31,8
OTRAS PROV.	01	1,7	16	26,6	06	10,0	23	38,3
PERÚ								
TOTAL	06	10,0	40	66,7	14	23,3	60	100,0

FUENTE: Elaborado en base a los datos obtenidos de la aplicación de la ficha de datos y encuesta, 2012.

$$\chi^2_c: 17,884 \quad \alpha: 0.05 \quad \text{Gl: } 4 \quad \chi^2_t: 9,488 \quad p > 0.05$$

El presente cuadro muestra, que el 66,7% presentaron calidad de vida aceptable, de ellas, el 26,6% proceden de otras provincias del Perú, el 21,8% de otras provincias, 18,3% de Huamanga. El 23,3% presentaron calidad de vida deficiente, de las cuales, el 10,0% proceden de otras provincias del Perú, el 8,3% de otras provincias, 5,0% de la provincia de Huamanga respectivamente. El 10,0% presentaron calidad de vida alta, de ellas, el 6,6% proceden de Huamanga, el 1,7% otras provincias, el 1,7% de otros departamentos.

Al aplicar el estadístico χ^2 se encontró relación altamente significativa entre la procedencia y la calidad de vida ($p < 0,05$).

CUADRO 07

CALIDAD DE VIDA SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LAS MUJERES CLIMATÉRICAS QUE ACUDEN AL CONSULTORIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL "MIGUEL ÁNGEL MARISCAL LLERENA" DE AYACUCHO, 2012.

GRADO DE INSTRUCCIÓN	CALIDAD DE VIDA							
	ALTA		ACEPTABLE		DEFICIENTE		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
SIN GRADO	00	0,0	06	10,0	09	15,0	15	25,0
PRIMARIA	00	0,0	04	6,7	04	6,7	08	13,4
SECUNDARIA	01	1,7	10	16,7	01	1,7	12	20,0
SUPERIOR	01	8,3	20	33,3	00	0,0	25	41,6
TOTAL	06	10,0	40	66,7	14	23,3	60	100.0

FUENTE: Elaborado en base a los datos obtenidos de la aplicación de la ficha de datos y encuesta, 2012.

χ^2_c : 124,13 α : 0.05 Gl: 6 χ^2_t : 12,592 $p > 0.05$

El cuadro 07 nos indica que, del 100% de la muestra el 66,7% tienen calidad de vida aceptable, de ellas, el 33,3% tienen grado de instrucción superior, 16,7% secundaria, 10,0% sin grado, 6,7% primaria respectivamente. El 23,3% tienen calidad de vida deficiente, de ellas, el 15,0% sin grado, 6,7% primaria, 1,7% secundaria respectivamente. El 10,0% tienen calidad de vida alta, de ellas, el 8,3% tienen grado de instrucción superior, el 1,7% secundaria.

Al aplicar el estadístico χ^2 se encontró relación altamente significativa entre grado de instrucción y la calidad de vida ($p < 0,05$).

CUADRO 08

**CALIDAD DE VIDA SEGÚN ESTADO CIVIL DE LAS MUJERES
CLIMATÉRICAS QUE ACUDEN AL CONSULTORIO DE GINECOLOGÍA DEL
HOSPITAL REGIONAL "MIGUEL ÁNGEL MARISCAL LLERENA" DE
AYACUCHO, 2012.**

ESTADO CIVIL	CALIDAD DE VIDA							
	ALTA		ACEPTABLE		DEFICIENTE		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
SOLTERA	00	0,0	02	3,3	00	0,0	02	3,3
CASADA	05	8,3	17	28,3	05	8,3	27	45,0
VIUDA	00	0,0	05	8,3	01	1,7	06	10,0
DIVORCIADA	00	0,0	03	5,0	04	6,7	07	11,7
CONVIVIENTE	01	1,7	13	21,6	04	6,7	18	30,0
TOTAL	06	10,0	40	66,7	14	23,3	60	100,0

FUENTE: Elaborado en base a los datos obtenidos de la aplicación de la ficha de datos y encuesta, 2012.

χ^2_c : 18,98 α : 0.05 Gl: 8 χ^2_t : 15,507 $p > 0.05$

Del total de la muestra El 66,7% tienen calidad de vida aceptable, de ellas el 28,3% con estado civil casada, 21,6% conviviente, 8,3% viuda, 5,0% divorciada, 3,3% soltera respectivamente. El 23,3% calidad de vida deficiente, de ellas, el 8,3% casada, el 6,7% divorciada, el 6,7% conviviente respectivamente. El 10,0% tienen calidad de vida alta, de ellas, el 8,3% casada, 1,7% conviviente.

Al aplicar el estadístico χ^2 se encontró relación altamente significativa entre el estado civil y la calidad de vida ($p < 0,05$).

CUADRO 09

CALIDAD DE VIDA SEGÚN DISFUNCIÓN SEXUAL DE LAS MUJERES CLIMATÉRICAS QUE ACUDEN AL CONSULTORIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL “MIGUEL ÁNGEL MARISCAL LLERENA” DE AYACUCHO, 2012.

CALIDAD DE VIDA	DISFUNCIÓN SEXUAL					
	NO		SI		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
ALTA	03	5,0	03	5,0	06	10,0
ACEPTABLE	17	28,3	23	38,3	40	66,7
DEFICIENTE	07	11,7	07	11,7	14	23,3
TOTAL	27	45.0	33	55.0	60	100.0

FUENTE: Elaborado en base a los datos obtenidos de la aplicación de la ficha de datos y encuesta, 2012.

$\chi^2_c: 0,300$ $\alpha: 0.05$ $Gf: 2$ $\chi^2_t: 5,991$ $p > 0.05$

Del 100% de las mujeres climatéricas, el 66,7% presentaron calidad de vida aceptable, de ellas el 38,3% presentaron disfunción sexual y 28,3% normal. El 23,3% mostraron calidad de vida deficiente, de las cuales, el 11,7% mostraron disfunción sexual y 11,7% normal. El 10% expresaron calidad de vida alta, de ellas 5% disfunción sexual y 5% normal, respectivamente.

Al aplicar el estadístico χ^2 no se encontró relación significativa entre la calidad de vida y la disfunción sexual ($p > 0,05$).

CAPÍTULO IV

DISCUSIÓN

El climaterio es un período de la vida femenina que transcurre de aproximadamente diez años, entre la madurez sexual y la senectud, durante el cual disminuye progresivamente la función ovárica y se establece un nuevo equilibrio hormonal⁽²⁴⁾.

Si bien la sexualidad es inherente al ser humano y está presente en el sujeto desde el nacimiento hasta su muerte. Ya que es la tendencia a la búsqueda de placer y se manifiesta en toda conducta humana. La sexualidad a lo largo de la vida tiene diferentes maneras de expresarse y sufre modificaciones según la etapa vital y las crisis por las que las mujeres atraviesan, la cultura en la que está inserto y el momento histórico en que vive⁽²⁵⁾.

Las mujeres durante el climaterio conservan sus impulsos sexuales y aún se podría decir que a veces están incrementados, pero al sufrir algunas dificultades biológicas o psicológicas o cuestionamientos de índole cultural,

muchas veces se dificulta su satisfacción. También es destacable que los cambios corporales de esta etapa, contribuyen a no sentirse "tan deseable"⁽²⁶⁾.

Es difícil estudiar un fenómeno tan complejo como es la sexualidad humana, ya que este comportamiento ha variado en el tiempo y en los diferentes grupos humanos. A esta diversidad debemos agregar además, las variaciones individuales de la sexualidad. Si a la complejidad humana sumamos los problemas metodológicos que tienen la mayoría de los estudios que investigan sobre sexualidad, entenderemos que es difícil interpretar y comparar los resultados publicados sobre esta área de la conducta humana⁽²⁷⁾.

Estudios recientes describen que los trastornos de la sexualidad afectan por lo menos al 50,0% de las mujeres de edad media, comprometiendo principalmente el deseo y la excitación⁽²⁸⁾.

Se llama disfunción sexual a la dificultad durante cualquier etapa del acto sexual (que incluye deseo, excitación, orgasmo y resolución) que evita al individuo o pareja el disfrute de la actividad sexual⁽¹⁷⁾. Cualquier problema, que interfiera la actividad sexual normal⁽¹⁸⁾. Ocasiona incapacidad de reaccionar emocionalmente o físicamente al estímulo sexual de la manera que se espera de una persona sana promedio o de acuerdo con las normas propias de la persona⁽¹⁹⁾.

Según estudios recientes 30% de las mujeres entrevistadas carecían de interés por el sexo, 20% expresaron tener relaciones sexuales no placenteras, 15% tenía dolor con el coito (Dispareunia), 50% refería dificultad para excitarse, 50% tenía dificultades para lograr un orgasmo y 25% eran incapaces de lograrlo. A pesar de la importancia de estos aspectos en la salud de la mujer, muchas encuentran difícil expresar sus problemas sexuales al médico y para muchos médicos es incomodo hablar de los aspectos sexuales de sus pacientes; sin embargo, las encuestas revelan que la mayoría de las pacientes esperan que su médico sea capaz⁽²⁰⁾.

Blümel⁽²¹⁾ investigó la prevalencia de Disfunción sexual femenina (DSF) en mujeres del área sur de Santiago y determinó una prevalencia de más de 49% de Disfunción sexual femenino, alcanzando hasta un 66,6% de Disfunción sexual femenino en mujeres entre 60 y 64 años de edad. Este mismo autor describe que las mujeres que se encontraban con terapia hormonal de reemplazo tenían menos Disfunción sexual femenino y que el porcentaje de mujeres sexualmente activas disminuía a la mitad de los 40 hasta los 60 años de edad. Otros investigadores como Abdoen Brasil, Cayan en Turquía, Nusbaum en USA y Castelo Branco en Chile, encontraron una prevalencia de la Disfunción sexual femenino desde 51% hasta 87,7%.

Todos los autores mencionados en párrafos anteriores, coinciden con los hallazgos en el presente trabajo de investigación y en citar el factor edad en la

mujer, como el predictor más importante de la aparición de la Disfunción sexual femenina, otros factores que inciden también en la aparición de Disfunción sexual femenina son la procedencia, grado de instrucción y estado civil, etc. (Cuadros 01 al 04). Podemos apreciar que estos estudios respaldan nuestros resultados, en que encontramos un alto porcentaje (55%) de Disfunción sexual femenina en las mujeres climatéricas que acuden al consultorio de Ginecología del Hospital Regional de Ayacucho. Sin embargo, cabe mencionar que son muy pocas las mujeres que acuden al consultorio de ginecología para consultar expresamente sobre la función sexual. Además el cuadro muestra una tendencia lógica concordante con la teoría, se nota que la disfunción sexual se incrementa a medida que la edad avanza, e inversamente la normalidad se va perdiendo a medida que avanza la edad.

Las disfunciones sexuales suelen clasificarse en cuatro categorías: Trastornos del deseo sexual o anafrodisia, trastornos de la excitación sexual, trastornos del orgasmo, trastornos de dolor sexual.

La disfunción sexual femenina (DSF), a pesar de su alta prevalencia, del 30 al 40% entre las mujeres, se sigue ignorando en nuestro sistema sanitario, debido al desinterés de los profesionales y a la desconfianza de las pacientes ante esta enfermedad. Hay que señalar que en los últimos años hay un cambio de actitud de las mujeres acerca de su sexualidad y cada vez hay más demanda en busca de solución de los trastornos de la función sexual. Se insiste en la importancia y

repercusión de este tipo de enfermedad sobre la calidad de vida y en la reversibilidad de los síntomas con la terapia Estrogénica y Androgénica⁽¹⁵⁾.

Al reflexionar sobre el trato que recibe la enfermedad de la disfunción sexual femenina (DSF), nos damos cuenta de que está desatendida, menospreciada, relegada incluso ignorada. No se le está dando la importancia que requiere, al menos por el momento, aunque somos conscientes del aumento de las demandas de ayuda de las pacientes climatéricas con disfunción sexual. La disfunción sexual femenina no generan ingresos hospitalarios, ni gasto farmacéutico, ni beneficios, por eso es la gran olvidada, a sabiendas que la salud sexual es un índice de calidad sanitaria de una población. La disfunción sexual femenina no dejan de ser un problema por razones fundamentales: a) complejidad; b) desinterés por parte de los profesionales sanitarios, debido a la falta de información y al poco atractivo científico, y c) por la actitud de desconfianza de las mujeres ante esta enfermedad⁽²⁸⁾.

Las mujeres climatéricas básicamente se quejan de falta de información y del poco tiempo que tienen para exponer sus problemas sexuales cuando hablan de ellos en las consultas. Esto genera sospechas, suspicacias, desconfianza. Solamente el 18% de las climatéricas con síntomas solicita ayuda y tarda una media de 6 años en consultar, tiempo excesivo comparado con el de otros países, como el Reino Unido que tardan 6 meses. Esto conlleva a desconfiar y abandonar los tratamientos. Toda esta situación lleva a un círculo vicioso

ininterrumpido que se está fragmentando por parte de las pacientes y de la investigación sobre el tratamiento de las disfunciones sexuales femeninas. Con seguridad, una nueva actitud de las mujeres y un despliegue en la industria farmacéutica para buscar tratamientos seguros y eficaces, nos pondrán al mismo nivel que con las disfunciones sexuales masculinas en la actualidad⁽⁹⁾.

La calidad de vida, aunque las definiciones han ido cambiando a lo largo de estos años, algunos aspectos se han mantenido, como: la referencia a la relación del individuo con la vida su carácter multidimensional. Entre otras, las siguientes definiciones son las más aceptadas:

“Valoración que la persona hace en un momento dado de su vida completa considerada como un todo con referencia no solo al momento actual sino también a un pasado más o menos próximo y a un futuro más o menos distante”⁽²⁹⁾.

“Percepción personal de un individuo de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de valores en que vive, y en relación con objetivos, expectativas valores e intereses”⁽³⁰⁾.

La calidad de vida es definida como la percepción por el individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en los cuales él vive y en relación a sus objetivos expectativas padrones y preocupaciones⁽³¹⁾.

El concepto de calidad de vida relacionado con la salud es considerado en la actualidad como un constructo multidimensional que resume aspectos concretos del bienestar y de la capacidad de actuación de las personas que padecen una limitación de su salud o enfermedad crónica. La calidad de vida relacionada con la salud se refiere a la forma en que una enfermedad y su tratamiento afectan a una persona o grupo de personas, incluyendo la capacidad funcional y bienestar.

Las alteraciones sexuales suponen un déficit en la calidad de vida de las mujeres que las sufren y con frecuencia son un tema tabú durante la entrevista clínica, como ha pasado y sigue pasando en nuestro medio al plantear temas de sexualidad en la consulta o incluso en nuestra vida cotidiana, por los factores culturales, ambientales, familiares y religiosos de nuestro entorno.

En el presente estudio se encontró que, 66,7% de mujeres climatéricas presentaron calidad de vida aceptable, en este grupo, 23,3% deficiente y 10% alta función sexual normal. Todos los autores citados coinciden en señalar al factor edad en la mujer, como el predictor más importante de la aparición de la calidad de vida deficiente (CVD), otros factores que inciden también en la aparición de CVD son la procedencia, grado de instrucción y estado civil. Todos estos resultados fueron estadísticamente significativos ($p < 0,05$) (Ver cuadros:

05 al 08).

Los resultados obtenidos son la impresión o percepción de las mujeres climatéricas. Según algunos autores⁽³²⁾ se destaca que para conocer la calidad de vida (CV), la mejor manera es a través de la percepción del individuo, concepto útil para este estudio porque a partir de la percepción de las mujeres acerca de los signos, síntomas e intensidad de los mismos en las áreas previstas en el instrumento, fue posible identificar que su calidad de vida disminuye al encontrarse alterada alguna o algunas de las áreas establecidas para cada fase del climaterio, en este caso, las más afectadas fueron las áreas física y psicosocial; esto se explica porque al disminuir los estrógenos comienzan los síntomas físicos evidentes para la mujer y que imperceptiblemente la conducen a alteraciones.

Por otro lado, podemos expresar que las mujeres que se encuentran en el climaterio sufren más de síntomas físicos, sexuales y psicosociales, y las que se encuentran en la posmenopausia padecen con menor intensidad los síntomas físicos y psicosociales⁽³³⁾. Por otro parte, en el estudio de Lugones (las climatéricas reportan mayores porcentajes en los síntomas del área psicosocial, similar a lo encontrado en esta investigación).

Para algunas mujeres climatéricas, este período es un reto por las dificultades físicas y emocionales, para otras es un momento de plenitud personal, y para otras una combinación de lo anterior que requiere un esfuerzo adicional y el apoyo de su entorno familiar, laboral y social. Cada mujer vive de manera

diferente la llegada de la menopausia pero el seguimiento y apoyo profesional correspondiente, la información y la prevención puede marcar la diferencia entre padecer los cambios y entender que esta es una parte más de la vida. El incremento en la expectativa de vida no sólo llevó a las mujeres más longevas que los hombres en nuestro país a enfrentarse con nuevas dolencias y sensaciones sino también a la necesidad de no sólo vivir más sino vivir mejor y esto ha llevado a muchas mujeres climatéricas a consultar para tener una mejor calidad de vida. Tal vez sea cierto, como afirman algunos, que la vida empieza a los 40 y un poco más⁽³⁷⁾.

En relación a la calidad de vida y disfunción sexual de las mujeres climatéricas se encontró 23,3% con calidad de vida deficiente, 66,7% aceptable y 10% alta (Cuadro 09). Estos resultados muestran una relación directa entre disfunción sexual y calidad de vida, pues se nota que una alta frecuencia de mujeres con disfunción sexual tienen una calidad de vida deficiente y aceptable.

Al respecto, Pintado⁽¹⁵⁾ señala que el grado de sufrimiento y frustración que se deriva de las disfunciones sexuales femeninas produce una serie de desajustes psíquicos que hace sentir a la mujer incompleta e incapaz, con problemas conyugales, familiares, laborales y sociales. A pesar de ser una afección que no origina perturbaciones vitales, la calidad de vida disminuye tanto más que en otras afecciones que sí originan dichas perturbaciones vitales, como la hipertensión, la diabetes mellitus, la hipercolesterolemia, las cardiopatías, etc.

La medición de calidad de vida debe ser un parámetro incluido en la práctica de salud, ya que permite valorar las intervenciones terapéuticas, así como también los posibles efectos adversos a corto y largo plazo, con respecto al proceso que viven estas pacientes. Esta situación será posible en la medida que la logre entender el concepto de Calidad de vida en su real dimensión y pueda ligarse al significado de lo que comúnmente se llama en la práctica clínica una "atención integral". Es importante considerar que las mujeres que reciben una mejor atención al momento de enfrentarse al diagnóstico, con un equipo profesional que resuelve sus dudas e informa de acuerdo a sus inquietudes, demuestran sentirse más seguras y apoyadas en esta experiencia, lo que revela mejores índices de calidad de vida en relación a las pacientes que no reciben este tipo de atención⁽³⁴⁾

Por lo tanto, una vida sexual satisfactoria y sana aporta numerosos beneficios y puede llegar a ser un factor predictivo de aumento de la longevidad. Una persona climatéricasexualmente sana tiene una calidad de vida alta, o por lo menos aceptable, por ende una función sexual normal.

CONCLUSIONES:

1. Se determinó que la disfunción sexual se presenta en una proporción alta(55,0%) de mujeres climatéricas que acuden al servicio de ginecología del hospital Regional "Miguel Ángel Mariscal Llerena de Ayacucho.La edad en la mujer climatérica fue el predictor más importante de la aparición de la DSF, por otra parte, la procedencia, grado de instrucción y estado civilson otros factores que inciden también en la aparición de disfunción sexual femenino.
2. Se encontró 66,7% de mujeres climatéricas presentaron calidad de vida aceptable, y 23,3% deficiente. Así mismo,la edad en la mujer fue el predictor más importante de la aparición de la calidad de vida deficiente (CVD), otros factores que inciden también en la aparición de calidad de vida deficiente son la procedencia, grado de instrucción y estado civil. Todos estos resultados fueron estadísticamente significativos (p: <0,05).

3. De total de mujeres climatéricas con disfunción sexual (55%), un buen porcentaje (23,3%) tienen una calidad de vida deficiente. Estos resultados muestran una relación directa entre disfunción sexual y calidad de vida, pues se nota que una alta frecuencia de mujeres con disfunción sexual tienen una calidad de vida deficiente a aceptable.
4. Nuestros resultados nos permiten deducir que las mujeres climatéricas que acuden al consultorio de ginecología del Hospital Regional "Miguel Ángel Mariscal Llerena de Ayacucho, presentan una alta prevalencia de disfunciones sexuales y un bajo grado de satisfacción sexual en sus relaciones, el cual afecta y deteriora su calidad de vida.

RECOMENDACIONES:

1. Los profesionales de la salud especialmente de enfermería deben preocuparse por este tema y ofrecer opciones para mejorar la sexualidad y por ende, la calidad de vida de la mujer, su pareja y su familia.
2. Es necesario realizar más protocolos de estudio, que cuenten con mayor cantidad de pacientes, para así poder aplicar nuestros resultados a la población general.
3. Es necesaria una evaluación integral de estos pacientes, bajo un modelo bio-psico-social, teniendo como paradigma central, mejorar la calidad de vida, considerando la propia percepción del paciente.
4. En toda mujer mayor de 40 años que consulte, se debe indagar sobre la presencia de sequedad vaginal y dispareunia, que es un fuerte factor de riesgo de disfunción sexual. Las terapias locales o sistémicas mejoran la lubricación y disminuyen la dispareunia. Por lo tanto, mejora la calidad de vida de estas mujeres.

REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

- 1 Tuesca R. La calidad de vida, su importancia y cómo medirla. *Salud Uninorte*. Barranquilla. 2005;21:76_86.
- 2 Fang, HMA. *Calidad de vida de las mujeres en climaterio*. Tesis de maestría. Facultad de Enfermería de la UANL, Monterrey, Nuevo León, México, 2004.
- 3 OMS. Organización Mundial de la Salud. *Calidad de Vida: Perspectivas Internacionales*. Berlín, Springer-Verlag, 1994.
- 4 Pintado S. Disfunción sexual femenina Impacto sobre la calidad de vida. *Servicio de Ginecología. Hospital San Agustín. Avilés. España, 2006*.
- 5 Castelo C, Blumel J, Araya H, Riquelme R, Castro G, Haya J, Gramegna G. La prevalencia de la disfunción sexual en una cohorte de mujeres de mediana edad: influencia de la menopausia y la terapia de reemplazo hormonal. *J Obstet Gynaecol, Chile*, 2003.
- 6 Red Latinoamericana de Investigación en Climaterio. *Disfunción Sexual Femenina*. Santiago de Chile, 2010. Disponible en <http://www.buenastareas.com/ensayos/Disfuncion-Sexual-Femenina>.
- 7 Hilditch, JR, Lewis, J., Peter A. B. Vanmaris, Ross A. Franssen, E., Guyatt, GH., Norton, P.G. Y Dunn, E. Una calidad de vida

específicMenopausia Cuestionario: desarrollo y propiedades psicométricas. *Maturitas*, 1996, 24.161 -175

- 8 Ortiz N, Mariño C, y col. Influencia del climaterio en la calidad de vida. Facultad de Medicina. Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario, Santa Fe de Bogotá, Colombia, Tesis de Epidemiología. 2000.
- 9 Blümel M, Araya M, Riquelme O, Castro D, Sánchez E, Gramegna S. Prevalencia de los trastornos de la sexualidad en mujeres climatéricas: Influencia de la menopausia y de la terapia de reemplazo hormonal. *Rev. méd. Chile* [revista en la Internet]. 2002 Oct [citado 2011 Oct. 13] ;130(10): 1131-1138. Disponible en: <http://www.scielo.cl/scielo.php>.
- 10 Téxon O, Márquez C. Calidad de vida en mujeres climatéricas con y sin terapia hormonal de reemplazo. Unidad de Medicina Familiar, Instituto Mexicano del Seguro Social, Veracruz, Veracruz. México, 2006.
- 11 Chedraui P, Pérez F, Mezones E, San Miguel G, Avila C. Assessing predictors of sexual function in mid-aged sexually active women. *Maturitas*, 2011.
- 12 Blumel E, Castelo C, Cancelo J. Deterioro de valor de la actividad sexual en mujeres de mediana edad en Chile, 2000.
- 13 Figueroa R, Jara D, Fuenzalida P, Del Prado A, Flores D, Blumel J. Prevalencia de disfunción sexual en mujeres climatéricas. Chile, 2009.
- 14 Hernández E, Carolina A. Calidad de vida y función sexual en mujeres postmenopáusicas con incontinencia urinaria. Tesis Entregada a la

Universidad de Chile En cumplimiento parcial de los requisitos para optar al grado de Licenciado en kinesiología Facultad de Medicina, Chile, 2006.

- 15 Pintado S, Disfunción sexual femenina en la menopausia. Impacto sobre la calidad de vida. *Servicio de Ginecología. Hospital San Agustín. Avilés.RevIntAndrol. España, 2007.*
- 16 Sánchez J, Salas M, Marín R, Pastor E, Zorroza J y López M. "Valoración de la calidad de vida en mujeres climatéricas y su relación con factores somáticos, análisis de cambio". Estudios e Investigaciones de la Facultad de Psicología. Universidad de Valencia. España, 2000.
- 17 Basson, R. «Report of the International Consensus Development Conference on Female Sexual Dysfunction. Marzo de 2000.es.wikipedia.org/wiki/Disfunción_sexual.
- 18 www.inppares.org/node/114
- 19 guiagenero.mzc.org.es/GuiaGeneroCache/Pagina_Educacion_00...
- 20 Francisco J. Disfunción sexual femenino un problema oculto. Disponible en:www.susmedicos.com/art_disfuncion_sexual_femenina.htm
21. Blümel J, Araya H, Riquelme R, Castro G, Sánchez F, Cramegna S. Prevalencia de los trastornos de la sexualidad en mujeres climatéricas. Influencia de la menopausia y de la terapia de remplazo hormonal. *RevMedChile*2002; 130: 1131-8.

22. Pérez J, Albela B. Hurgando en la sexualidad femenina. Unidad de Página Web - O.G. de Relaciones públicas U N M S M, 2004.
23. Gregory D, Johnston R, Pratt G. «Quality of Life». *Dictionary of Human Geography*, EE UU, 2009.
24. Rodríguez B. "Climaterio femenino, del mito a la identidad posible", 1era Edición, Lugar Editorial, Buenos Aires, Argentina, 2000.
25. Revista Aperturas Psicoanalíticas N° 28, Agosto de 2007. Publicada en , <http://www.aperturas.org/2bagnato.html>
26. Lazar S y Lichtenberg J. "Placer sensual, excitación sexual y feminidad: apreciar la respuesta sexual femenina". Revista Aperturas Psicoanalíticas N° 21, Diciembre del 2005. Publicada en; <http://www.aperturas.org/2bagnato.html>
27. Palomba R. La calidad de vida, conceptos y medidas. Institute of Population Research and Social Policies. Roma, Italia, Santiago, Chile. 2002.
28. Gramegna G. Sexualidad Humana. En: Heerlein A (ed.) *Psiquiatría Clínica*. Santiago de Chile: Ediciones WorldPsychiatricAssociation - Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía, 2000.
29. García R, Pérez D, Bonet M. Sedentarismo y su relación con la calidad de vida relativa a la salud: Cuba, 2001. *Rev Cubana HigEpidemiol*. 2007 [citado Oct 14 de 2008]. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032007000100003&lng=es&nrm=iso

- 30.OMS. Quality of life assessment: International Perspectives. Berlin, Springer-Verlag, 1994.
- 31.El Grupo WHOQOL. El Mundial de la Salud Calidad de Vida Organización de evaluación (WHOQOL): documento de posición de la Organización Mundial de la Salud. *Soc.Ciencia.Med.*,41, 1403, 1995.
- 32.Cella C, Quality of life: Concepts and Definition. *Journal of Paliative Care*, 2, 86-92. (1992).
- 33.Ortiz O, Marino V, Méndez C, OriarteE. Calidad de vida durante el climaterio Bogotá, Colombia. 2001, Recuperado de www.gineconet.com
- 34.Cerda P, Pino P, Urrutia M. Calidad de vida en mujeres hysterectomizadas. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología* 2006.
- 35.Elena B. Negatividad/como enfrentarlas. De psicología. Com 27/06/2011, ebellver@grupoblogsfarm.com.
- 36.TornerN. Lucha contra los sentimientos negativos. 27/05/2008 Disponible en <http://lacomunidad.elpais.com/anandasama>
- 37.Lugones M. La salud integral de la mujer en el climaterio y la menopausia. *Revista Sexología y Sociedad*. Venezuela, 2003.

ANEXOS

ANEXO A
ENCUESTA
DATOS GENERALES

EDAD:

45 – 49 ()
50 – 54 ()
> DE 55 ()

PROCEDENCIA:

PROVINCIA DE HUAMANGA ()
OTRAS PROV DE AYACUCHO ()
OTRAS PROVINCIAS DEL PERÚ ()

GRADO DE INSTRUCCIÓN:

SIN GRADO ()
PRIMARIA ()
SECUNDARIA ()
SUPERIOR ()

ESTADO CIVIL:

SOLTERA ()
CASADA ()
DIVORCIADA ()
VIUDA ()
CONVIVIENTE ()

CREDO RELIGIOSO:

CATOLICA ()
PROTESTANTE ()
OTRAS ()

PERSONA CON QUIEN VIVE:

PAREJA ()
FAMILIAR ()
SOLA ()

**CUESTIONARIO PARA EVALUAR EL ÍNDICE DE FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA”(IFSF)
DESARROLLADO POR ROSEN Y COLS.**

Instrucciones:

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

Marque sólo una alternativa por pregunta

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- Pocas veces (menos que la mitad) ()
 - Casi nunca o nunca ()
- 7. En las últimas 4 semanas, ¿Con cuanta frecuencia usted sintió lubricación o humedad vaginal durante la actividad sexual?**
- No tengo actividad sexual ()
 - Siempre o casi siempre ()
 - La mayoría de las veces (más que la mitad) ()
 - A veces (alrededor de la mitad) ()
 - Pocas veces (menos que la mitad) ()
 - Casi nunca o nunca ()
- 8. En las últimas 4 semanas, ¿le es difícil lubricarse (humedecerse) durante la actividad sexual?**
- No tengo actividad sexual ()
 - Extremadamente difícil o imposible ()
 - Muy difícil ()
 - Difícil ()
 - Poco difícil ()
 - No me es difícil ()
- 9. En las últimas 4 semanas, ¿Con qué frecuencia mantiene su lubricación (humedad) vaginal hasta finalizar la actividad sexual?**
- No tengo actividad sexual ()
 - Siempre o casi siempre la mantengo ()
 - La mayoría de las veces la mantengo (más que la mitad) ()
 - A veces la mantengo (alrededor de la mitad) ()
 - Pocas veces la mantengo (menos que la mitad) ()
 - Casi nunca o nunca mantengo la lubricación vaginal hasta el final ()
- 10. En las últimas 4 semanas, ¿Le es difícil mantener su lubricación (humedad) vaginal hasta finalizar la actividad sexual?**
- No tengo actividad sexual ()
 - Extremadamente difícil o imposible ()
 - Muy difícil ()
 - Difícil ()
 - Poco difícil ()
 - No me es difícil ()
- 11. En las últimas 4 semanas, cuando usted tiene estimulación sexual o relaciones, ¿Con qué frecuencia alcanza el orgasmo o clímax?**
- No tengo actividad sexual ()
 - Siempre o casi siempre ()
 - La mayoría de las veces (más que la mitad) ()
 - A veces (alrededor de la mitad) ()
 - Pocas veces (menos que la mitad) ()
 - Casi nunca o nunca ()
- 12. En las últimas 4 semanas, cuando usted tiene estimulación sexual o relaciones, ¿Le es difícil alcanzar el orgasmo o clímax?**
- No tengo actividad sexual ()
 - Extremadamente difícil o imposible ()
 - Muy difícil ()
 - Difícil ()
 - Poco difícil ()
 - No me es difícil ()

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

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

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

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

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

- Muy satisfecha ()
- Moderadamente satisfecha ()
- Ni satisfecha ni insatisfecha ()
- Moderadamente insatisfecha ()
- Muy insatisfecha ()

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

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

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

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

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

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

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

- No tengo actividad sexual ()
- Muy alto ()
- Alto ()
- Moderado ()
- Bajo ()

- Muy bajo o nada

()

PUNTAJE DEL INDICE DE FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA

DOMINIO	PREGUNTAS	PUNTAJE	FACTOR	MINIMO	MAXIMO
DESEO	1 - 2	1-5	0,6	1,2	6
EXITACION	3-6	0-5	0,3	0	6
LUBRICACION	7-10	0-5	0,3	0	6
ORGASMO	11-13	0-5	0,4	0	6
SATISFACCION	14-16	0-5	0,4	0,8	6
DOLOR	17-19	0-5	0,4	0	6
RANGO TOTAL				2,0	36

CUESTIONARIO DE WHOQOL-BREF PARA EVALUAR LA CALIDAD DE VIDA DE LAS MUJERES CLIMATÉRICAS

World Health Organization Quality of Life Questionnaire; WHOQOL Group

		1	2	3	4	5
N°	ITEMS	Muy insatisfecho	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muysatisfecho
1	¿Cómo puntuaría su calidad de vida?					
2	¿Cuán satisfecho está con su salud?					
N°	ITEMS	Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
3	Hasta que punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?					
4	¿Cuánto necesita de cualquier tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?					
5	¿Cuánto disfruta de la vida?					
6	¿Hasta que punto siente que su vida tiene sentido?					
7	¿Cuál es su capacidad de concentración?					
8	¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?					
9	¿Cuán saludable es el ambiente físico a su alrededor?					
	Nada Un poco Moderado Bastante Totalmente	Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente

10	¿Tiene energía suficiente para su vida diaria?					
11	¿Es capaz de aceptar su apariencia física?					
12	¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?					
13	¿Qué disponible tiene la información que necesita en su vida diaria?					
14	¿Hasta qué punto tiene oportunidad para realizar actividades de ocio?					
N°	ITEMS	Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
15	¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?					

		1	2	3	4	5
N°	ITEMS	Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
16	¿Cuán satisfecho está con su sueño?					
17	¿Cuán satisfecho está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?					
18	¿Cuán satisfecho está con su capacidad de trabajo?					
19	¿Cuán satisfecho está de sí mismo?					
20	¿Cuán satisfecho está con sus relaciones personales?					
21	¿Cuán satisfecho está con su vida sexual?					
22	¿Cuán satisfecho está con el apoyo que obtiene de sus amigos?					
23	¿Cuán satisfecho está de las condiciones del lugar donde vive?					
24	¿Cuán satisfecho está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?					
25	¿Cuán satisfecho está con su transporte?					
N°	ITEMS	Nunca	Raramente	Medianamente	Frecuentemente	Siempre
26	¿Con que frecuencia tiene sentimientos negativos , tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, depresión?					

CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Sra.

En nuestra condición de estudiantes de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga, Dina Chávez y Noelia Sicha, nos dirigimos a Ud. Para solicitarle su apoyo en la realización de la investigación titulada DISFUNCION SEXUAL FEMENINO RELACIONADO A LA CALIDAD DE VIDA EN MUJERES CLIMÁTERICAS, AYACUCHO, 2012

La información que Ud. Proporcione serán reservados y Ud. Tiene la libertad de retirarse cuando lo desee por conveniente.

DECLARACIÓN DE PARTICIPACION VOLUNTARIA

Yo,,
Identificado con DNI..... N°....., domiciliado
en..... habiendo sido
informado(a) con detalle sobre los objetivos del estudio y viendo que los
resultados beneficiarán a muchas personas y sus familiares, deseo participar
voluntariamente en la investigación realizado por los investigadores: Dina
Chávez y Noelia Sicha, de la Universidad Nacional de San Cristóbal de
Huamanga, hasta su finalización sin perjuicio alguno.

.....

DNI.

Ayacucho, de del 2012