

Disfunción sexual en pacientes con síndrome de ovario poliquístico

Dres. Jessica Fernandes,¹ Rita Pizzi,¹ Fernando Torres,² Indira Centeno.²

RESUMEN

Objetivo: Determinar la incidencia de disfunción sexual en pacientes con síndrome de ovario poliquístico.

Métodos: Estudio descriptivo y transversal, con muestreo no probabilístico conducido en la consulta ginecológica del Hospital Universitario de Caracas, entre agosto 2018 y enero 2019. Fueron incluidas 50 pacientes menores de 45 años, con síndrome de ovarios poliquísticos según criterios de Rotterdam, con pareja sexual estable, sin otra comorbilidad ni tratamiento, y con deseo para participar en la investigación. Se les aplicó el índice de función sexual femenina de forma anónima y no supervisada, además de consulta sobre rechazo a la imagen corporal con pregunta diseñada por los autores, bajo respuesta según escala de Likert. Se empleó el programa estadístico SPSS versión 19.0, aplicándose el test exacto de Fisher para la determinación de asociaciones.

Resultados: Cuarenta y ocho por ciento de la muestra (24 pacientes) presentaban disfunción sexual según el puntaje total del índice. Se evidenció afectación en todas las esferas, con orden de repercusión: deseo (50 %), dolor (32 %) excitación (30 %), orgasmo (24 %), lubricación (18 %) y por último, satisfacción (14 %). Hubo asociación entre la disfunción sexual y la disconformidad parcial o total de la imagen corporal ($p=0,0043$), el diagnóstico de síndrome metabólico ($p=0,0246$) y el sobrepeso/obesidad ($p=0,0269$). No se observó asociación con: hiperandrogenismo clínico o bioquímico, ni otros parámetros demográficos.

Conclusiones: El estrés ocasionado por el rechazo a la imagen corporal genera disfunción sexual en las pacientes con síndrome de ovarios poliquísticos.

Palabras clave: Síndrome de ovario poliquístico, Calidad de vida, Disfunción sexual, Índice de Función Sexual Femenina.

SUMMARY

Objective: To determine the incidence of sexual dysfunction in patients with polycystic ovarian syndrome.

Methods: Descriptive and cross-sectional study, with non-probabilistic sampling, conducted in gynecological consultation of the University Hospital of Caracas, between August 2018 and January 2019. We included 50 patients under 45 years of age, with polycystic ovarian syndrome according to the Rotterdam criteria, with a stable sexual partner, without other comorbidity or treatment, and with desire to participate in the research. The index of female sexual function was applied anonymously and unsupervised, in addition to rejection of body image by a question designed by the authors under a Likert scale response. The statistical program SPSS version 19.0 was used, applying Fisher's exact test for the determination of associations.

Results: Forty eight per cent of the sample (24 patients) presented sexual dysfunction according to the total score of the index. Affectation was evidenced in all spheres, with order of repercussion: desire (50%), pain (32%) excitement (30%), orgasm (24%), lubrication (18%) and finally, satisfaction (14%). There was an association between sexual dysfunction and partial or total disagreement towards body image ($p=0.0043$), diagnosis of metabolic syndrome ($p=0.0246$) and overweight/obesity ($p=0.0269$). No association was observed with clinical or biochemical hyperandrogenism, or other demographic parameters.

Conclusions: The stress caused by rejection of body image generates sexual dysfunction in patients with polycystic ovarian syndrome.

Keywords: Polycystic ovarian syndrome, Quality of life, Sexual dysfunction, Female Sexual Function Index.

INTRODUCCIÓN

El síndrome de ovarios poliquísticos (SOP) es el desorden endocrino más común en las pacientes en edad reproductiva, y ha sido relacionado con diversos

¹ Servicio de Endocrinología y Metabolismo, Unidad de Endocrinología Ginecológica, Hospital Universitario de Caracas. Universidad Central de Venezuela. Caracas, Venezuela.

² Servicio de Ginecología, Departamento de Obstetricia y Ginecología. Hospital Universitario de Caracas. Universidad Central de Venezuela. Caracas.

problemas endocrino-metabólicos y ginecoobstétricos. Sin embargo, en los últimos años los aspectos psicológicos involucrados con el síndrome están aumentando su reconocimiento (1-3). Entre ellos, se ha considerado que el SOP es una entidad que se expresa paralelamente al inicio de la vida sexual, por lo que este diagnóstico ejerce un impacto considerable en la función sexual de la mujer (4-6).

Se ha evidenciado que varias características propias del cuadro como cambios en la apariencia (particularmente sobrepeso/obesidad e hirsutismo), sangrados menstruales infrecuentes o ausentes, infertilidad y la existencia o conocimiento de riesgo cardiometabólico, han sido descritos como contribuyentes especiales en la génesis de estrés que conlleva a cuadros de depresión, ansiedad, agresión, trastorno obsesivo-compulsivo, e incluso a la pérdida de la identidad femenina y alteraciones de la conducta sexual (2-5, 7-22). Esta premisa fue corroborada en la cuarta Consulta Internacional en Medicina Sexual, con un nivel III de evidencia (23).

En el ser humano, la función sexual tiene una fuerte correlación con la calidad de vida. Disturbios en esta área inducen pérdida de la autoestima, con efectos profundos tanto en la relación de pareja como en la interacción con la sociedad. Por tanto, la función sexual es más que una simple reacción biológica, y debe ser uno de los ítems abordados en la consulta ginecológica (9, 10).

Trabajo iconográfico a este respecto es el de Trent y col. (24), quienes examinaron entre 1999-2001, alteraciones de la calidad de vida en pacientes con SOP en la etapa de la adolescencia, a través del *Adolescent PCOS Quality of Life Project* (APQLP). En su investigación incluyeron a 97 pacientes con SOP y 186 controles, con los siguientes resultados: 54 % de las participantes con diagnóstico de SOP describían que la entidad tenía un impacto negativo sobre sus vidas y, aunque no presentaban variaciones en el inicio de la actividad sexual con respecto al grupo control, tenían 2,8 veces menos relaciones sexuales y se encontraban 3,4 veces más preocupadas con respecto a su capacidad fértil.

Pese a la relevancia de este tópico, en la práctica clínica el tratamiento de las mujeres con SOP se centra principalmente sobre las consecuencias físicas.

Las asociaciones negativas que las mujeres con este diagnóstico podrían experimentar en la vida cotidiana, rara vez son discutidas, tanto en la consulta como en los estudios publicados (25).

En aras de ofrecer un aporte adicional a este tema, la presente investigación se llevó a cabo para determinar si son más frecuentes las disfunciones sexuales en pacientes con SOP.

MÉTODOS

Se condujo un estudio descriptivo, de corte transversal, en un ambiente de consulta ginecológica del Hospital Universitario de Caracas, durante el periodo agosto 2018 a enero de 2019. De la población consultante, se efectuó muestreo no probabilístico consecutivo. Los criterios de inclusión fueron: 1) Pacientes con diagnóstico de SOP, según los criterios de Rotterdam 2003 (1, 26) y 2) Vida heterosexual activa, con pareja estable de más de seis meses de duración. Se excluyeron pacientes con: 1) Diagnóstico de alguna endocrinopatía que descarte el diagnóstico de SOP; 2) Embarazo, puerperio o infertilidad; 3) Cirugía reciente; 4) Comorbilidad mayor como: cardiopatía, diabetes, nefropatía; 5) Paciente de 45 o más años; 6) Paciente con diagnóstico psiquiátrico o bajo tratamiento con antidepresivos; 7) Paciente bajo algún régimen terapéutico y 8) Rechazo a la participación en el estudio.

Para el diagnóstico de SOP se siguieron los postulados de Rotterdam de 2003 (1, 26), como sigue:

- 1) Hiperandrogenismo clínico y/o bioquímico: tomando en cuenta manifestaciones como hirsutismo, alopecia y acné. La evaluación del hirsutismo se realizó bajo la escala modificada de Ferriman-Gallwey (1, 27), con un punto de corte de 8 puntos, y una clasificación en: hirsutismo leve (hasta 15 puntos), moderado (de 16 a 25 puntos) y severo (más de 25 puntos). El parámetro bioquímico considerado fue el índice de andrógenos libres (obtenido bajo fórmula matemática, a partir de los valores de testosterona total (TT) y globulina transportadora de hormonas sexuales (SHBG), como sigue: $100 \times (TT/SHBG)$. La determinación de estos parámetros se realizó por radioinmunoanálisis con purificación y se usó como punto de corte 3,5 (1, 9, 25, 28).

- 2) Disfunción ovulatoria: definida en pacientes con intervalos entre menstruaciones de 38 o más días (sangrados menstruales infrecuentes) o amenorrea (ausencia de menstruación por más de 90 días), siguiendo así los nuevos parámetros de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (1, 9, 25, 28).
- 3) Ovarios de aspecto poliquístico: a través de estudio ecográfico pélvico con equipo Philips HD3 y sonda endocavitaria C9-4EC de 6,5MHz, se determinó la presencia en al menos uno de los ovarios, de doce o más folículos entre 2-9 mm y/o volumen igual o mayor a 10 cc.

La clasificación según fenotipos, siguió los parámetros establecidos por el Instituto Nacional de Salud (NIH) en 2012 (1, 28, 29).

Los parámetros de laboratorio fueron realizados en ayunas, en fase folicular temprana (en pacientes con ciclicidad) o independiente del día (en pacientes con oligoanovulación), asegurando la suspensión del uso de anticonceptivos hormonales 3 meses previos a la determinación.

Una vez establecido el diagnóstico, a las participantes se les aplicó el Índice de Función Sexual Femenina (IFSF) (30) de forma anónima y no supervisada. El punto de corte para el descarte de disfunción sexual fue 26,55. Aunque, la alteración independiente de cualquiera de las esferas consideradas en la prueba (deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor) no pueda ser catalogada como un trastorno global de la función sexual, se determinó seguidamente aquellas pacientes con valores inferiores a 3,6 puntos por esfera, para considerar su disfunción (31).

Aunado a ello, para explorar la presencia de rechazo a la imagen corporal, los autores diseñaron e incluyeron en el instrumento de recolección la pregunta: ¿Cómo está con respecto a su imagen corporal? Cuya respuesta era dada según escala de Likert de tres dimensiones: totalmente conforme, parcialmente conforme o totalmente disconforme.

Las variables demográficas (edad, situación civil, grado de instrucción, número de hijos, religión) y

otras (hábito tabáquico y/o alcoholismo), estaban incluidas en el instrumento de recolección. De la historia médica se desprendían valores como: índice de masa corporal (IMC) y fenotipo de SOP. De igual forma, se corroboró que las pacientes no padecieran otras enfermedades crónicas que pudieran representar un elemento distractor en la disfunción sexual. Por último, se indagó la coexistencia de síndrome metabólico (SynMet), definido según los criterios ATP III (32).

Las variables fueron analizadas mediante el programa estadístico SPSS versión 19.0. Se aplicaron métodos estadísticos estándar para las variables cuantitativas que incluyen: promedio, rangos y porcentajes. Por su parte, las asociaciones fueron establecidas con la aplicación del test exacto de Fisher, utilizando un intervalo de confianza de 95 %, con una significación de 5 %.

RESULTADOS

Durante el periodo de estudio, 55 pacientes cumplieron con los criterios establecidos. Una vez explicado el tema de disertación, 50 de ellas (90,9 %) expresaron su deseo en participar en dicha evaluación.

Estas mujeres tenían una edad promedio de 27,49 ± 5,28 años (rango 18-42 años). Su estado civil era soltera en 76 % de los casos (38 pacientes), encontrándose casadas o en concubinato en el porcentaje restante (24 %, 12 casos); 52 % de las participantes eran bachilleres (26 casos), mientras que 48 % (24 mujeres) tenían estudios universitarios o técnico superior. Solo 18 % de la muestra (9 casos) tenían al menos un hijo. Sin embargo, es importante señalar, que ninguna de las consultantes se quejaba de alguna situación de infertilidad ni pérdida fetal. La totalidad de la muestra era de religión católica, negaba hábitos tabáquicos y alcohólicos, y no padecían comorbilidades crónicas (Tabla 1).

La distribución de fenotipos de SOP en las participantes fue la siguiente: A (13 casos/26 %), B (5 casos/10 %), C (12 casos/24 %) y D (20 casos/40 %). De tal modo: 52 % de las participantes (26 mujeres) tenían hallazgos de hiperandrogenismo,

Tabla 1. Características demográficas y clínicas de las participantes

Parámetro	n	(%)
Estado civil		
Soltera	38	76
Casada o concubinato	12	24
Grado de instrucción		
Bachiller	26	52
Técnico superior o universitario	24	48
Número de hijos		
Ninguno	41	82
Uno o más	9	18
Religión católica	50	100
Hábito tabáquico ausente	50	100
Hábito alcohólico ausente	50	100
Diagnóstico de síndrome metabólico	29	58
Estado nutricional		
Normopeso (IMC*: 18,5-24,9Kg/m ²)	23	46
Sobrepeso u obesidad (IMC*: >25Kg/m ²)	27	54
Distribución según fenotipos del SOP**		
Fenotipo A	13	26
Fenotipo B	5	10
Fenotipo C	12	24
Fenotipo D	20	40
Criterios para diagnóstico		
Hiperandrogenismo	26	52
Hiperandrogenemia	11	22
Oligoanovulación	37	74
Ovarios de aspecto poliquístico	46	92
Aceptación de la imagen corporal		
Total	8	16
Parcialmente conforme	30	60
Disconforme	12	24

* IMC: Índice de Masa Corporal

** SOP: Síndrome de ovarios poliquísticos

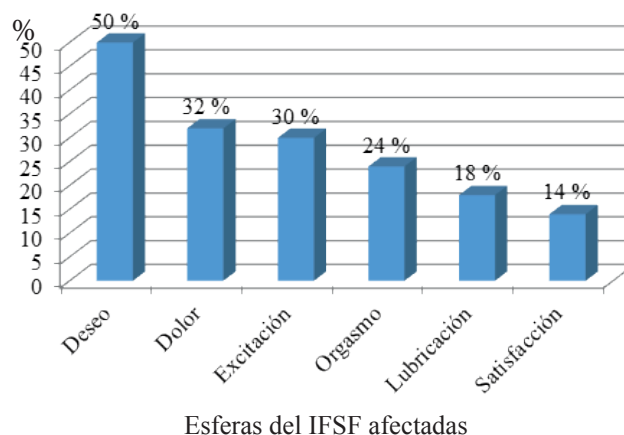
bien sea acné o hirsutismo. No se observaron casos de alopecia, ni de hiperandrogenismo moderado o severo. Se encontró hiperandrogenemia en 22 % de las pacientes (11 casos); 74 % de los casos (37 pacientes) presentaban oligoanovulación y 92 % de la muestra (46 casos) presentaban hallazgos ecográficos sugestivos de ovario poliquístico.

Por otro lado, un índice de masa corporal diagnóstico de sobrepeso u obesidad se encontró en 54 % de las participantes (27 casos) y la asociación con SynMet ocurrió en 58 % de la muestra (29 casos).

En cuanto a la percepción de la imagen corporal: 16 % (8 pacientes) señalaban estar totalmente conformes, 60 % (30 casos) se encontraban parcialmente conformes y 24 % (12 mujeres) afirmaron total disconformidad.

En cuanto al punto central de la investigación, 48 % de la muestra (24 pacientes) presentó disfunción sexual según el puntaje total del IFSF. Con respecto a las alteraciones según esferas o dominios, se presentan en el gráfico 1. La mayor repercusión fue observada en el deseo (50 %/25 casos), la menor afectación se observó en la satisfacción (14 %/7 casos). En cuanto al número de esferas afectadas, 32 % de la muestra (16 casos) no presentó alteración en ninguna esfera, 28 % (14 casos) tenían afectación de una sola esfera, mientras que 40 % (20 mujeres) contaban con 2 o más esferas afectas.

Gráfico 1. Distribución porcentual de las esferas afectadas en las participantes según el Índice de Función Sexual Femenina



Al establecer correlaciones entre las variables en estudio, se obtuvo que ninguna de las pacientes que presentó disfunción sexual según el IFSF afirmó estar totalmente conforme con su imagen corporal. De las 24 pacientes afectas, 75 % (18 casos) indicaron estar parcialmente conformes con su cuerpo y 25 % (6 participantes) expresaron total disconformidad. Además, 75 % (18 casos) presentaba SynMet, 62,5 %

(15 casos) sobrepeso u obesidad, 70,83 % (17 mujeres) sangrados menstruales infrecuentes o amenorreas, 58,33 % (14 participantes) hiperandrogenismo clínico y 16,66 % (4 casos) presentaba hiperandrogenemia (Tabla 2).

Tabla 2. Variables asociadas con disfunción sexual en las participantes

Variable	Frecuencia (%)	p
Disconformidad con su imagen corporal	100,00	0,0043
Diagnóstico de síndrome metabólico	75,00	0,0246
Sobrepeso/obesidad	62,50	0,0269
Hiperandrogenismo	58,33	0,4129
Hiperandrogenemia	16,66	0,5010
Trastornos del ciclo	70,83	0,7505
Estado civil: soltera	50,00	0,1838
Grado de instrucción: bachilleres	53,85	0,4129
Antecedente de embarazo	55,56	0,7210

La incidencia de disfunción sexual según el fenotipo de SOP fue: 61,54 % en las pacientes con fenotipo A (8 afectas en 13 mujeres de este grupo), 58,33 % en las féminas con fenotipo C (7/12) y, 45 % en las participantes con fenotipo D (9/20). No se evidenciaron casos de disfunción sexual (según puntaje del IFSF) en pacientes con fenotipo B.

La incidencia según variables demográficas fue de: a) 41,67 % en pacientes en situación de matrimonio (5 afectas en 12 mujeres de este grupo) y 50 % en solteras (19/38); b) 53,85 % en bachilleres (14 afectas en 26 mujeres en este grupo) y 41,67 % en mujeres con grado de instrucción superior (10/24); c) 55,56 % en pacientes con hijos (5 casos en 9 mujeres con esta característica) y 43,34 % (19/41) en mujeres que no habían experimentado la maternidad.

Tras la aplicación del test exacto de Fisher, se evidenció correlación entre la disfunción sexual de las pacientes con SOP y las siguientes variables: disconformidad parcial o total hacia la imagen corporal ($p=0,0043$), diagnóstico de

SynMet ($p=0,0246$) y, sobrepeso u obesidad ($p=0,0269$). No se observó asociación con: hiperandrogenismo clínico ($p=0,4129$), ni hiperandrogenemia ($p=0,5010$), trastornos del ciclo ($p=0,7505$), estado civil ($p=0,1838$), grado de instrucción ($p=0,4129$), ni por el antecedente de embarazo ($p=0,7210$).

DISCUSIÓN

Como ya ha sido comentado, son pocas las publicaciones respecto a disfunción sexual en pacientes con SOP, por lo que este trabajo brinda nuevos datos en un terreno aun árido. Sin embargo, el interés de las mujeres sobre esta esfera es notorio, situación afirmada por el hecho que 90,9 % de las pacientes que cumplían con los criterios de estudio, expresaron su interés por ser evaluadas en esta área.

Sin embargo, en la práctica diaria, las mujeres reprimen estos temas de conversación con el médico probablemente por vergüenza, incomodidad o ignorancia. De igual modo, los galenos temen afrontar estos temas con las pacientes, ya sea por temor a despertar malentendidos o por considerarse incapaces para afrontar estas problemáticas (33). Sin embargo, queda claro que este tipo de estigmas en la práctica médica deben ser abolidos.

Esta investigación corroboró la presencia de disfunción sexual en pacientes con SOP. Sin embargo, el porcentaje obtenido no dista del expresado en estudios de población general premenopáusica: 48 % en la presente investigación versus 41 % según McCool y col. (34), Ercan y col. (35), y Kowalczyk y col. (36) tampoco evidenciaron divergencias en cuanto a frecuencia de disfunción sexual en pacientes con SOP, con respecto a la población general. Contrario a esta opinión resultan los trabajos de Stovall y col. (37), y Drosdzol y col. (38), quienes afirman una mayor frecuencia de disfunción sexual en pacientes con SOP, con respecto a la población control. Sería por tanto interesante ampliar el presente proyecto, con un grupo de pacientes de epidemiología semejante, pero sin diagnóstico de SOP.

Resulta lógico pensar que los fenotipos generados por el síndrome en discusión, causan una franca alteración de la imagen corporal, con pérdida de la autoestima y alteración de la sexualidad, como ya ha sido

mencionado. Las pacientes, por tanto, se sienten menos atractivas y sexualmente menos satisfechas. Además, la disfunción sexual femenina es un problema complejo y multifactorial, por lo que se buscó aislar la coexistencia de variables distractoras como la edad avanzada, el tabaquismo, el alcoholismo, el uso de un régimen terapéutico y la presencia de alguna comorbilidad.

La asociación entre disfunción sexual y variables como obesidad e hiperandrogenismo es aceptada (5). Esto debido no solo a la distorsión de la feminidad de la paciente y el estrés acompañante, sino por hallazgos como menor vascularización y volumen del clítoris de pacientes obesas (39, 40).

Con respecto a la modulación de la sexualidad por parte de los andrógenos, es un punto que permanece inexplicable. Algunos trabajos no han logrado demostrar correlación entre la función sexual y los niveles circulantes de andrógenos, ya sea medido como testosterona total, libre o índice de andrógenos libres (8). Aunque se ha planteado que los andrógenos pudieran incidir en el deseo, incrementando las fantasías y pensamiento, en pacientes con SOP este efecto pudiera estar enmascarado por alteraciones en el fenotipo y autoestima (8, 41, 42).

Esta casuística demostró correlación entre el sobrepeso u obesidad, y su cabalgado SynMet, con la aparición de disfunción sexual. Estos resultados son cónsonos con los reportados por otros autores (5, 37, 42, 43).

Con respecto al hiperandrogenismo, no se evidenció asociación entre el mismo y la disfunción sexual, similar a lo reportado por Stovall y col. (37), y divergente a los hallazgos de Elsenbruch y col. (5) y de Droszol y col. (38). El hallazgo de hiperandrogenismo en este estudio (52 % de las pacientes), fue inferior a lo reportado por otros autores entre 65 % a 92,9 % (44, 45). Ninguna paciente presentó hirsutismo moderado o severo.

La oligoanovulación no presentó discrepancias relevantes en su frecuencia, con respecto a lo reportado por otros autores (1, 44, 45). Aunque la oligoanovulación pudiese implicar alguna relación con la pérdida de feminidad, tampoco se evidenciaron asociaciones en el estudio con disfunción sexual.

El diagnóstico de SynMet es diferente al ofrecido

por Facio-Lince y col. (46), aunque estos autores no mencionan los criterios empleados para su definición: 58 % en el presente trabajo versus 18 % a 29 %. Asimismo, la obesidad se presentó en 54 % de la casuística, mientras que Callejo y col. (44) expresan una incidencia entre 35 % a 50 %.

Estos hechos pudieran justificar la mayor relación entre disfunción sexual en pacientes con SynMet, y la menor repercusión en las afectas por hiperandrogenismo.

Todo esto demuestra la complejidad de la sexualidad femenina, aunado a las variaciones interculturales en la interpretación de variables disímiles y de magnitudes muy subjetivas.

Por otro lado, se ha establecido que los trastornos del deseo y la excitación son los más frecuentes en las mujeres en general y en el caso de pacientes con SOP, la esfera de la satisfacción es la más impactada (35). Sin embargo, en el presente estudio se observó alteración en todas las esferas evaluadas en el IFSF, en el siguiente orden: deseo, dolor, excitación, orgasmo, lubricación y por último, satisfacción.

Por último, vale la pena acotar que diversos estudios han demostrado que la pérdida de peso, resolución de la irregularidad menstrual y/o reducción de las manifestaciones de hiperandrogenemia, conllevan a mejoría de la calidad de vida y, paralelamente, resolución de la disfunción sexual en estas pacientes (3, 7, 23, 47).

Pese a los nuevos hallazgos obtenidos con la presente investigación, estos resultados deben ser interpretados con cautela. Deben efectuarse estudios con muestras mayores, aleatorizados y con grupo control, para corroborar los datos obtenidos.

Se puede concluir que el SOP genera impactos significativos no solo en parámetros físicos, sino en la psique de las pacientes. Este estudio se adiciona al cuerpo de evidencias acumulativas que sugieren que el estrés ocasionado por el rechazo a la imagen corporal, conlleva a disfunción de la sexualidad de estas pacientes; por lo que se deben progresivamente diseñar protocolos interdisciplinarios que consideren los efectos deletéreos del SOP sobre la calidad de vida, permitiendo un diagnóstico y tratamiento adecuados.

REFERENCIAS

1. Fung L. Diagnóstico clínico y bioquímico del síndrome de ovario poliquístico. En: Bajares M, Pizzi R, Velázquez E. Consenso venezolano de síndrome de ovario poliquístico. Rev Obstet Ginecol Venez. 2016; 76 (Sup 1): S25-S34.
2. Fabregues F. Epidemiología y conceptos generales. En: Checa M, Espinós J, Matorras R. Síndrome del ovario poliquístico. Madrid: Editorial Panamericana. 2º edición; 2012:1 - 9.
3. Hahn S, Benson S, Elsenbruch S, Pleger K, Tan S, Mann K, *et al.* Metformin treatment of polycystic ovary syndrome improves health-related quality-of-life, emotional distress and sexuality. Hum Reprod. 2006; 21 (7): 1925-1934.
4. Elsenbruch S, Hahn S, Kowalsky D, Öffner A, Schelowski M, Mann K, *et al.* Quality of life, psychosocial well-being, and sexual satisfaction in women with polycystic ovary syndrome. J Clin Endocrinol Metab. 2003; 88 (12): 5801-5807.
5. Podfigurna-Stopa A, Luisi S, Regini C, Katulski K, Centini G, Meczekalski B, *et al.* Mood disorders and quality of life in polycystic ovary syndrome. Gynecol Endocrinol. 2015; 31(6): 431-434.
6. Jones GL, Hall JM, Lashen HL, Balen AH, Ledger W. Health-related quality of life among adolescents with polycystic ovary syndrome. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2011; 40 (5): 577-588.
7. Elsenbruch S, Benson S, Hahn S, Tan S, Mann K, Pleger K, *et al.* Determinants of emotional distress in women with polycystic ovary syndrome. Hum Reprod. 2006; 21(4): 1092-1099.
8. Morotti E, Persico N, Battaglia B, Fabbri R, Meriggiola MC, Venturoli S, *et al.* Body imaging and sexual behavior in lean women with polycystic ovary syndrome. J Sex Med. 2013; 10 (11): 2752-2760.
9. De Frène V, Verhofstadt L, Loeys T, Stuyver I, Buysse A, De Sutter P. Sexual and relational satisfaction in couples where the woman has polycystic ovary syndrome: a dyadic analysis. Hum Reprod. 2015; 30 (3): 625-631.
10. Himelein MJ, Thatcher SS. Polycystic ovary syndrome and mental health: a review. Obstet Gynecol Surv. 2006; 6 (11): 723-732.
11. Bazarganipour F, Ziaei S, Montazeri A, Foroozanfar F, Kazemnejad A, Faghihzadeh S. Predictive factors of health-related quality of life in patients with polycystic ovary syndrome: a structural equation modeling approach. Fertil Steril. 2013; 100 (5): 1389-1396.
12. Cronin L, Guyatt G, Griffith L, Wong W, Azziz R, Futterweit W, *et al.* Development of a health-related quality-of-life- questionnaire (PCOSQ) for women with polycystic ovary syndrome (PCOS). J Clin Endocrinol Metab. 1998; 83 (6): 1976-1987.
13. Wong E, Cronin L, Griffith L, Irvine EJ, Guyatt GH. Problems of HRQL assessment: how much is too much? J Clin Epidemiol. 2001; 54 (11): 1081-1085.
14. Kitzinger C, Willmott J. The thief of womanhood: women's experience of polycystic ovarian syndrome. Soc Sci Med. 2002; 54 (3): 349-361.
15. Hashimoto DM, Schmid J, Martins FM, Fonseca AM, Andrade LH, Kirchengast S, *et al.* The impact of the weight status on subjective symptomatology of the polycystic ovary syndrome: a cross-cultural comparison between Brazilian and Austrian women. Anthropol Anz. 2003; 61 (3): 297-310.
16. Guyatt G, Weaver B, Cronin L, Dooley JA, Azziz R. Health-related quality of life in women with polycystic ovary syndrome, a self-administered questionnaire, was validated. J Clin Epidemiol. 2004; 57 (12): 1279-1287.
17. Schmid J, Kirchengast S, Vytiska-Binstorfer E, Huber J. Infertility caused by PCOS- health related quality of life among Austrian and Moslem immigrant women in Austria. Hum Reprod. 2004; 19 (10): 2251-2257.
18. McCook JG, Reame NE, Thatcher SS. Health-related quality of life issues in women with polycystic ovary syndrome. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2005; 34 (1): 12-20.
19. Hahn S, Janssen OE, Tan S, Pleger K, Mann K, Schedlowski M, *et al.* Clinical and psychological correlates of quality-of-life in polycystic ovary syndrome. Eur J Endocrinol. 2005; 153 (6): 853-860.
20. Clayton WJ, Lipton M, Elford J, Rustin M, Sherr L. A randomized controlled trial of laser treatment among hirsute women with polycystic ovary syndrome. Br J Dermatol. 2005; 152 (5): 986-992.
21. Coffey S, Bano G, Mason HD. Health-related quality of life in women with polycystic ovary syndrome: a comparison with the general population using the Polycystic Ovary Syndrome Questionnaire (PCOSQ) and the Short Form-36 (SF-36). Gynecol Endocrinol. 2006; 22 (2): 80-86.
22. Ching HL, Burke V, Stuckey BG. Quality of life and psychological morbidity in women with polycystic ovary syndrome: body mass index, age and the provision of patient information are significant modifiers. Clin Endocrinol (Oxf). 2007; 66 (3): 373-379.
23. Worsley R, Santoro N, Miller K, Parish S, Davis S. Hormones and female sexual dysfunction: beyond estrogens and androgens--findings from the Fourth International Consultation on Sexual Medicine. J Sex Med. 2016; 13 (3): 283-290.
24. Trent ME, Rich M, Austin SB, Gordon CM. Quality of life in adolescent girls with polycystic ovary syndrome. Arch Pediatr Adolesc Med. 2002; 156 (6): 556-560.

25. de Niet JE, de Koning CM, Pastoor H, Duivenvoorden HJ, Valkenburg O, Ramakers MJ, *et al.* Psychological well-being and sexarche in women with polycystic ovary syndrome. *Hum Reprod.* 2010; 25 (6): 1497-1503.
26. Rotterdam ESHRE/ASRM - Sponsored PCOS consensus workshop group. Revised 2003 consensus on diagnostic criteria and long-term health risks related to polycystic ovary syndrome (PCOS). *Hum Reprod.* 2004; 19 (1):41-47.
27. Ferriman DM, Gallwey JD. Clinical assessment of body hair growth in women. *J Clin Endocrinol Metab.* 1961; 21: 1440-1447.
28. Dumesic DA, Oberfield SE, Stener-Victorin E, Marshall JC, Laven JS, Legro RS. Scientific statement on the diagnostic criteria, epidemiology, pathophysiology, and molecular genetics of polycystic ovary syndrome. *Endocr Rev.* 2015; 36 (5): 487-525.
29. Legro RS, Arslanian SA, Ehrmann DA, Hoeger KM, Murad MH, Pasquali R, *et al.*; Endocrine Society. Diagnosis and treatment of polycystic ovary syndrome: an Endocrine Society clinical practice guideline. *J Clin Endocrinol Metab.* 2013; 98 (12): 4565-4592.
30. Rosen R, Brown C, Heiman J, Leiblum S, Meston C, Shabsigh R, *et al.* The Female Sexual Function Index (FSFI): A multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *J Sex Marital Ther.* 2000; 26 (2):191-208.
31. Thomas HN, Thurston RC. Biopsychosocial approach to women's sexual function and dysfunction at midlife: A narrative review. *Maturitas.* 2016; 87: 49-60.
32. National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III). Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III) final report. *Circulation.* 2002; 106 (25): 3143-3421.
33. Sánchez W. Actitud del ginecólogo ante las disfunciones sexuales femeninas. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 2012; 72 (1): 1-3.
34. McCool ME, Zuelke A, Theurich MA, Knuettel H, Ricci C, Apfelbacher C. Prevalence of female sexual dysfunction among premenopausal women: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Sex Med Rev.* 2016; 4 (3):197-212.
35. Ercan CM, Coksuer H, Aydogan U, Alanbay I, Keskin U, Karasahin KE *et al.* Sexual dysfunction assessment and hormonal correlations in patients with polycystic ovary syndrome. *Int J Impot Res.* 2013; 25 (4): 127-132.
36. Kowalczyk R, Skrzypulec-Plinta V, Nowosielski K, Lew-Starowicz Z. Sexuality in women with polycystic ovary syndrome. *Ginekol Pol.* 2015; 86 (2): 100-106.
37. Stovall D, Scriver J, Clayton A, Williams C, Pastore L. Sexual function in women with polycystic ovary syndrome. *J Sex Med.* 2012; 9 (1): 224-230.
38. Drosdzol A, Skrzypulec V, Mazur B, Pawlinska-Chmara R. Quality of life and marital sexual satisfaction in women with polycystic ovary syndrome. *Folia Histochem Cytobiol.* 2007; 45 (Suppl): S93-S97.
39. Lara LA, Ramos FK, Kogure GS, Costa RS, Silva de Sá MF, Ferriani RA, *et al.* Impact of physical resistance training on the sexual function of women with polycystic ovary syndrome. *J Sex Med.* 2015; 12 (7): 1584-1590.
40. Silva JSP, Maggio A, Bagnoli VR, Cavalcanti AL, Soares JM, Chada E. Sexualidade em mulheres com ovários policísticos: estudo piloto. *Einstein.* 2010; 8 (4 Pt1): 397-403.
41. Battaglia C, Nappi R, Mancini F, Cianciosi A, Persico N, Busacchi P, *et al.* PCOS, sexuality and clitoral vascularization: a pilot study. *J Sex Med.* 2008; 5 (12): 2886-2894.
42. Ferraresi SR, Lara LA, Reis RM, Rosa e Silva AC. Changes in sexual function among women with polycystic ovary syndrome: a pilot study. *J Sex Med.* 2013; 10 (2): 467-473.
43. Månsson M, Norström K, Holte J, Landin-Wilhelmsen K, Dahlgren E, Landén M. Sexuality and psychological well-being in women with the polycystic ovary syndrome compared with healthy controls. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2011; 155 (2): 161-165.
44. Callejo J, González S, Alarcón S, López L, Lailla JM. Manifestaciones clínicas. En: En: Checa M, Espinós J, Matorras R. Síndrome del ovario poliquístico. Madrid: Editorial Panamericana. 2º edición; 2012: 37 - 47.
45. Çalışkan E, Kiliç T, Bodur H, Zeteroğlu F. The frequency of metabolic syndrome in women with polycystic ovaries at reproductive age and comparison of different diagnostic criteria for metabolic syndrome. *J Turk Ger Gynecol Assoc.* 2007; 8 (4): 402-407.
46. Facio-Lince A, Pérez-Palacio MI, Molina-Valencia JL, Martínez-Sánchez LN. Síndrome de ovario poliquístico y complicaciones metabólicas: más allá del exceso de andrógenos. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2015; 80 (6): 515-519.
47. Janssen O, Hahn S, Tan S, Benson S, Elsenbruch S. Mood and sexual function in polycystic ovary syndrome. *Semin Reprod Med.* 2008; 26 (1): 45-52..

Recibido abril 2019
Aprobado mayo 2019