UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
COORDINACION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA
MATERNIDAD CONCEPCION PALACIOS

DESEO SEXUAL HIPOACTIVO EN LA POSMENOPAUSIA

Trabajo Especial de Grado que se presenta para optar al título de especialista en Obstetricia y Ginecología

Marian Emperatriz Miquilareno León
Nathalie Alejandra Muñoz Santana

Tutor: Ramón Fernández

Caracas, diciembre 2019

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENZUELA

VICERRECTORADO ACADÉMICO

SISTEMA DE INFORMACIÓN CIENTÍFICA, HUMANÍSTICA Y TECONOLÓGICA (SICHT)

FECHA: 12/12/2019

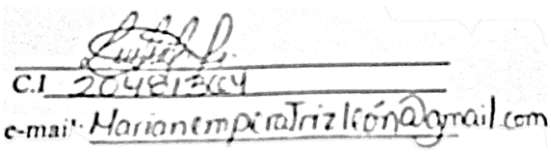
AUTORIZACIÓN PARA LA DIFUSIÓN ELECTRONICA DE LOS TRABAJOS DE LICENCIATURA, TRABAJO ESPECIAL DE GRADO, TRABAJO DE GRADO Y TESIS DOCTORAL DE LA UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA.

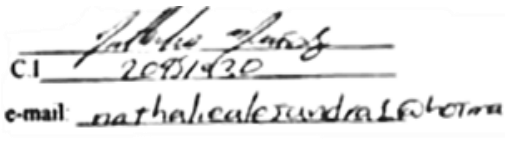
Nosotras, MIQUILARENO LEÓN MARIAN EMPERATRIZ Y MUÑOZ SANTANA NATHALIE ALEJANDRA autor(es) de la tesis, **DESEO SEXUAL HIPOACTIVO EN LA POSMENOPAUSIA,** presentado para optar al título de especialista en Obstetricia y Ginecología.

Autorizo a la Universidad Central de Venezuela, a difundir la versión electrónica de este trabajo, a través de los servicios de información que ofrece la Institución, sólo con fines de académicos y de investigación, de acuerdo a lo previsto en la Ley sobre Derecho de Autor, Artículo 18, 23 y 42 (Gaceta Oficial Nº 4.638 Extraordinaria, 01-10-1993).

X	Si autorizo
	Autorizo después de 1 año
	No autorizo
	Autorizo difundir sólo algunas partes del trabajo
	Indique:

Firma(s) autor (es)





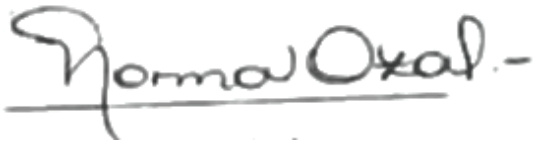
En Caracas, a los 12 días del mes de Diciembre del 2019

Nota: En caso de no autorizarse la Escuela o Comisión de Estudios de Postgrado, publicará: la referencia bibliográfica, tabla de contenido (índice) y un resumen descriptivo, palabras clave y se indicará que el autor decidió no autorizar el acceso al documento a texto completo. La cesión de derechos de difusión electrónica, no es cesión de los derechos de autor, porque este es intransferible.



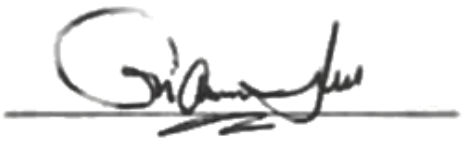
Ramón Fernández

Tutor



Norma Ozal

Directora del Programa



Giannina Sué

Coordinadora del Programa

ÍNDICE DE CONTENIDO

RESUMEN	4
INTRODUCCIÓN	6
MÉTODOS	15
RESULTADOS	16
DISCUSIÓN	18
AGRADECIMIENTOS	20
REFERENCIAS	21
ANEXOS	24

DESEO SEXUAL HIPOACTIVO EN LA POSMENOPAUSIA

Marian Emperatriz Miquilareno León, C.I. 20.481.364. Sexo: Femenino, E-mail: marianemperatrizleon@gmail.com. Telf: 0416-4268165. Dirección: Terraza de la vega, Caracas. Programa de Especialización en obstetricia y ginecología

Nathalie Alejandra Muñoz Santana, C.I. 20.951.930. Sexo: Femenino, E-mail: nathaliealejandra1@hotmail.com. Telf: 0426-2322410. Dirección: Residencia San Martin, Av. San Martin, Caracas. Programa de Especialización en obstetricia y ginecología

Tutor: Ramón Fernández, C.I. 6.911.641 Sexo: Masculino, E-mail: srmiranda.rgfr@gmail.com. Telf: 0414-3397132. Dirección: Colina de los Ruíces, Caracas. Especialista en obstetricia y ginecología

RESUMEN

Objetivo: Caracterizar el deseo sexual hipoactivo en las posmenopáusicas que acuden a la consulta de ginecología de la Maternidad Concepción Palacios en el periodo mayo-agosto 2019. **Métodos:** Estudio prospectivo, descriptivo, analítico y transversal. Incluirá 120 mujeres con diagnóstico de posmenopausia. Previo consentimiento informado, responderán un cuestionario que recoge la información necesaria para cumplir los objetivos trazados. El cuestionario será autoadministrado. **Resultados:** Se identificaron 75 pacientes (62,5 %) con diagnóstico de deseo sexual hipoactivo, 81,3 % tenían 55 o más años (p=0,011) y 77,3 % tenían 5 años o más de menopausia (p=0,094). Las pacientes relacionan el deseo sexual hipoactivo con la presencia de síntomas menopáusicos en 33,3 % de los casos (p=0,0049). Se observó bajo nivel de descontento en el 73,7 % de las pacientes con deseo sexual hipoactivo. **Conclusión:** La frecuencia de deseo sexual hipoactivo en la posmenopausia fue de 62,5 %. La mayoría de las pacientes lo comenzaron a experimentar después de la posmenopausia y se asoció significativamente a la presencia de síntomas menopáusicos. A pesar de la alta frecuencia, solo un pequeño grupo expresó descontento con la situación.

Palabras clave: Deseo sexual hipoactivo, disfunción sexual, menopausia.

ABSTRACT

Objective: To characterize the hypoactive sexual desire in postmenopausal women who attend the gynecology office of Macepción Concepción Palacios in the period May-August 2019. **Methods:** Prospective, descriptive, analytical and cross-sectional study. It will include 120 women with a diagnosis of postmenopause. Prior informed consent, they will answer a questionnaire that collects the information necessary to meet the objectives set. The questionnaire will be self-administered. **Results:** 75 patients were identified (62.5%) with a diagnosis of hypoactive sexual desire, 81.3% were 55 years of age or older (p-0.011) and 77.3% were 5 years of age or older in menopause (p-0.094). Patients relate hypoactive sexual desire to the presence of menopausal symptoms in 33.3% of cases (p-0.0049). Low levels of discontent were observed in 73.7% of patients with hypoactive sexual desire. **Conclusion**: The frequency of hypoactive sexual desire in post-menopause was 62.5%. Most patients began to experience it after postmenopause and were significantly associated with the presence of menopausal

symptoms. Despite the high frequency, only a small group expressed dissatisfaction with the situation.

Keywords: Hypoactive sexual desire, sexual dysfunction, menopause.

INTRODUCCIÓN

La sexualidad es un aspecto central de la calidad de vida de la mujer y es el reflejo de su nivel de bienestar físico, psicológico y social, es por ello que se considera que la sexualidad es una parte integral de la personalidad de todo ser humano. Las relaciones sexuales satisfactorias contribuyen a una vivencia saludable de la sexualidad en su sentido más amplio, ayudando a mantener el equilibrio psicofísico del individuo y, por tanto, su estado general de salud. Su estudio es complejo ya que este comportamiento ha variado en el tiempo y en los diferentes grupos humanos. [(1)]

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en el 2002, definió la salud sexual como un estado de bienestar físico, emocional, mental y social en relación con la sexualidad, y no solamente la ausencia de enfermedad, disfunción o incapacidad. [(2)]

La salud sexual es un componente esencial en el cuidado de las mujeres menopáusicas, las pacientes consideran que el sexo es una parte importante de su vida y desean fuertemente mantener una vida sexual robusta. Sin embargo, el riesgo de adquirir una comorbilidad que afecta la satisfacción y la función sexual, así como el riesgo de usar medicamentos que afectan la función sexual aumenta a medida que las mujeres envejecen.

La disfunción sexual es definida por la OMS, en 1992, como la dificultad o imposibilidad del individuo de participar en las relaciones sexuales tal como lo desea. [(3)] El *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* en su 5ta edición (DSM-V) en 2014, la define como un grupo de trastornos heterogéneos, típicamente caracterizados por una alteración clínicamente significativa de la capacidad de la persona para responder sexualmente o para experimentar placer sexual, de forma recurrente. [(4)]

Planteamiento y delimitación del problema

La menopausia es un evento biológico normal que afecta a todas las mujeres, es definida como la pérdida permanente de la función ovárica por depleción de la reserva ovárica, constituye una etapa de la vida en la que se experimentan muchos cambios: fisiológicos, psicológicos, ginecológicos, sexuales y sociales. Estos cambios, en algunas ocasiones, pueden interferir en la habilidad para disfrutar de la sexualidad y llegar a tener consecuencias negativas en la pareja o en la propia persona; a este trastorno se lo denomina disfunción sexual femenina. [(5,6)]

La disfunción sexual femenina (DSF) tiene una etiología multifactorial, por lo que se deben tener en cuenta múltiples factores biológicos, psicosociales, médicos, inter e intrapersonales a la hora de evaluarla. Debido a estas múltiples etiologías, el diagnóstico no es fácil. A menudo, su evaluación queda limitada por restricciones temporales, la ausencia de servicios de referencia disponibles, la escasa formación de los profesionales o la falta de iniciativa para abarcar el problema por parte de médicos y pacientes. [7]

Aunque la insatisfacción sexual y la disfunción son muy prevalentes en mujeres perimenopáusicas y posmenopáusicas, pocos revelan sus preocupaciones al proveedor de atención médica. [8] Por lo tanto, el médico debe ser proactivo y rutinario al interrogar a pacientes perimenopáusicas y posmenopáusicas acerca de su satisfacción con el sexo y su funcionamiento sexual.

La consulta ginecológica es un ámbito propicio para que las mujeres expresen sus dudas o problemas con respecto a la sexualidad. Con el pasar de los años, existe más conciencia y conocimiento de la importancia de la salud sexual para el bienestar personal y social, sin embargo, es posible darse cuenta que, como profesionales en esta área, se acostumbra tratar temas de anticoncepción, enfermedades de transmisión sexual e infertilidad y se deja de lado lo que respecta a la satisfacción y placer sexual, y esto se debe a diferentes razones, tales como tabúes, pudor y desconocimiento del tema. [7]

Es por ello que en el presente trabajo se plantea el siguiente problema de investigación: ¿Cuáles serán las características del deseo sexual hipoactivo en pacientes posmenopáusicas que acuden a la consulta de ginecología de la Maternidad Concepción Palacios en el periodo mayo-agosto de 2019?

Justificación

El bienestar sexual después de la menopausia puede parecer un objetivo inalcanzable para muchas mujeres. Dependiendo de las circunstancias psicosociales, los cambios biológicos en la menopausia pueden asociarse con una angustia personal y de relación significativa. Varios de los estudios realizados han demostrado que las mujeres valoran mucho la intimidad sexual en sus relaciones. [8, 9, 10]

Entre los problemas sexuales en la mediana edad están los síntomas sexuales crónicos, que incluyen alteraciones en el deseo sexual, la excitación, el orgasmo y el dolor. La evaluación de

las inquietudes sexuales femeninas a menudo se reduce durante el encuentro clínico debido a una multitud de factores que incluyen, entre otros, desinformación, ausencia de conocimientos en medicina sexual, la creencia de que tales cambios menopáusicos son una parte normal e inevitable del envejecimiento, y las limitaciones de tiempo durante la consulta. [8]

Dada la escasez de expertos clínicos en DSF y el mayor interés en el desarrollo de tratamientos farmacológicos, hay una creciente necesidad de instrumentos de diagnóstico simples que puedan ser utilizados en la práctica diaria por médicos que no sean especialistas o expertos en el tema. Es por ello que se diseña el *Decreed Sexual Desire Screener* (DSDS), un nuevo instrumento de diagnóstico breve desarrollado específicamente para identificar deseo sexual hipoactivo (DSH) generalizado en mujeres pre-, peri- y posmenopáusicas; posee sensibilidad de 83,6 % y especificidad 87,8 % y se considera que las preguntas del DSDS son adecuadas para diagnosticar el DSH en 92,9 %. [11]

Debido a la dificultad para el diagnóstico y los escasos estudios sobre el tema en el país, se plantea aplicar la DSDS por médicos que no están especializados en sexualidad para hacer pesquisa de DSH en pacientes posmenopaúsicas [12] que acuden a la consulta de ginecología de la Maternidad Concepción Palacios. Identificar los factores relacionados con el deseo sexual hipoactivo, será beneficioso para la comunidad médica, en general y, en particular para los ginecólogos, quienes, a futuro, podrán aplicar esta información en el manejo diario de las mujeres posmenopáusicas.

Antecedentes

En 1966, Masters y Johnson [13] estudiaron la respuesta sexual en un grupo de mujeres menopáusica y observaron que eran perfectamente funcionales desde una perspectiva sexual, aunque se evidenciaban diferencias en el tipo de respuesta sexual.

Una de las primeras investigaciones que relacionaron las alteraciones en la esfera sexual con la menopausia la realizó Hallstrom, [14] en 1977, quien puso de manifiesto la existencia de la disminución del deseo sexual, de la capacidad para conseguir el orgasmo y de la frecuencia del coito en las mujeres.

En el año 1982, Kaplan, [15] expresa que el deseo sexual es la base para iniciar la actividad sexual en las mujeres. Este se define como un impulso para la actividad sexual que se manifiesta como una sensación específica que motiva a una persona a solicitar o responder una experiencia de

este tipo, el cual puede disminuir por factores fisiológicos, psicológicos y sociales que afecten la calidad de vida de la mujer. Estos conceptos son apoyados por otros autores. [16, 17]

Un año después, en 1993, Rosen *et al*., [18] elaboraron un estudio de características similares al de Hallstrom, [14] en el que hallaron una disminución del deseo sexual, mayor dificultad para alcanzar el orgasmo y mayor prevalencia de dispareunia en mujeres menopáusicas y posmenopáusicas.

El estudio realizado por Laumann *et al.,* en 1999, [19] fue el primero en utilizar una encuesta representativa en Estados Unidos, para abordar los problemas sexuales femeninos y concluyeron que la disfunción sexual es un problema importante de salud pública, y los problemas emocionales probablemente contribuyen a la experiencia de estos problemas.

Delbes *et al.,* [20] en 2002, demostraron que en las últimas décadas se presentaron cambios de actitud en las personas con un mayor interés para el mejoramiento en su vida sexual y el desempeño de su función sexual.

Por otra parte, Avis *et al*., [21] encontraron, en 2004, que la mala calidad de vida de cualquiera de las partes de la pareja podría resultar en conexiones fallidas, falta de satisfacción con la vida y deterioro de la relación de pareja o familiar, recalcando que todos estos factores tienen un impacto negativo en la sexualidad.

Los cambios hormonales durante la menopausia pueden afectar el funcionamiento sexual. Dennerstein *et al.,* [22] en 2005, realizaron un estudio poblacional de mujeres nacidas en Australia, observadas durante 8 años a medida que pasaban a través de la menopausia natural, se informó que los niveles bajos de estrógeno afectaron adversamente la sexualidad, el interés y la capacidad de respuesta.

Biddle *et al.,* [23] en 2009, en un estudio que involucró 1189 mujeres con diagnóstico de DSH, reflejaron un impacto significativo en la calidad de vida y presentaron mayores comorbilidades en la salud, también compararon mujeres con y sin diagnóstico de DSH, casi el doble presentaron depresión, fatiga y problemas de memoria en comparación aquellas que no tenían el diagnóstico de DSH.

Bitzer *et al*., [24] en 2013, implementaron una entrevista diagnóstica estandarizada para el trastorno de deseo sexual hipoactivo en mujeres, como procedimiento operativo estándar y

concluyeron que dicho modelo puede servir como una base ideal para el acercamiento a la paciente con DSH y puede ser adaptado al entorno clínico individual.

Según Thornton *et al.*, [25] la etiología de la disminución de la función sexual y la actividad puede variar y suele ser multifactorial. Por lo tanto, se requiere una evaluación cuidadosa para determinar la causa y recomendar la mejor intervención.

Existen múltiples razones psicológicas por las que las mujeres eligen participar en la actividad sexual, incluyendo querer sentirse cerca de una pareja, expresión de amor y ganas de sentirse femenina. [26] Cuando se sospecha un diagnóstico de DSH, se deben evaluar factores psicosociales, como el conflicto con una pareja, antecedentes de abuso sexual y factores culturales/religiosos ya que pueden afectar significativamente el deseo sexual. [27] El DSH se correlaciona con bajos sentimientos de satisfacción física y emocional, mala autoestima e infelicidad. [28]

Marco teórico

La disfunción sexual femenina (DSF) implica una serie de problemas sexuales experimentados por la mujer entre los que se encuentran la disminución del deseo o una baja motivación ante el acto sexual, la reducción de la lubricación vaginal o de la excitación, la disminución de la capacidad sexual, para alcanzar el orgasmo o dolor a la penetración. [4]

No resulta fácil conocer la incidencia real de la disfunción sexual ya que, por un lado, las investigaciones llevadas a cabo no se ajustan, o al menos no especifican, la clasificación de disfunciones a la que se acogen. De igual manera, el estigma social en torno a la sexualidad femenina permanece en la cultura occidental y, como resultado, las mujeres a menudo evitan y/o se avergüenzan de hablar sobre su salud sexual con sus profesionales de la salud. Además, la falta de capacitación, las herramientas, el tiempo y las opciones de tratamiento limitadas impiden un adecuado diagnóstico por los profesionales de la salud. No obstante, casi todas las series indican una prevalencia muy elevada. [29 - 31]

Entre los factores que repercuten en la respuesta sexual de la mujer se distinguen la coexistencia de enfermedades crónicas o degenerativas, estados depresivos y medicamentos de uso permanente o prolongado, como los inhibidores de la recaptación de serotonina, procedimientos quirúrgicos previos entre otros. [4]

Las disfunciones sexuales se clasificar según el DSM-V en: [4]

Trastorno de interés sexual/de la excitación femenina: incluye trastorno del deseo sexual hipoactivo y el trastorno de la excitación femenina.

Trastorno del orgasmo femenino, caracterizado por dificultad para experimentar el orgasmo y/o intensidad notablemente reducida de las sensaciones orgásmicas.

Dolor genitopélvico/trastorno de la penetración, incluye dispareunia (coito doloroso) o vaginismo (espasmo del tercio externo de vagina que interfiere en el coito).

La respuesta sexual tiene una secuencia de fases que es el resultado de cambios anatómicos, hormonales, vasculares y neuronales que ocurren en el organismo. La fisiología de la respuesta sexual femenina está referida a la vasocongestión de los genitales y a eventos neuromusculares que se producen junto con la excitación subjetiva u otras respuestas somáticas asociadas, enmarcadas en una compleja regulación neurogénica donde participan vías centrales y medulares; en la modulación de esta regulación participan diversos neurotransmisores y neuropéptidos (GABA, serotonina, dopamina, epinefrina, histamina u opioides), además de la acción de las hormonas sexuales. [32]

Para diagnosticar una DSF, el problema sexual ha de causar malestar o dificultad para relacionarse. Debe utilizarse el juicio clínico para determinar si las dificultades sexuales son el resultado de una estimulación sexual inadecuada; en estos casos, puede que sea necesario un seguimiento, pero no se haría un diagnóstico de disfunción sexual. Estos casos pueden incluir, entre otros, situaciones en las que una falta de conocimientos acerca de la estimulación eficaz impida experimentar la excitación o el orgasmo. [4,7]

El médico debe determinar si el trastorno es de por vida o adquirido (por ejemplo, si el trastorno ha existido desde el comienzo de la actividad sexual o se ha desarrollado tras un periodo de actividad normal). Se debería valorar además si el trastorno es situacional o generalizado (por ejemplo, si se limita a determinados tipos de estimulación, situaciones o parejas, o no). [4]

Por su parte, existe una concepción de que la respuesta sexual disminuye lentamente a medida que transcurren los años. Tanto la edad como la disminución de los niveles de hormonas sexuales tienen efectos perjudiciales sobre la función sexual, con un aumento significativo de la sequedad vaginal/dispareunia y una disminución significativa del deseo y respuesta sexual. Si

bien, múltiples mujeres experimentan dicho decaer de la respuesta sexual, no se puede generalizar este concepto a toda la población, puesto que un elevado número de mujeres, mantiene una sexualidad aceptable aún en edades avanzadas. [4]

Por ello, hay que tomar en cuenta las diferentes etapas biológicas por las cuales atraviesa la mujer, desde la menarquia hasta la menopausia, que incluyen modificaciones en su cuerpo y sobre todo variaciones hormonales asociadas a la vida sexual y reproductiva. [4]

El STRAW+10 fue patrocinado por el Instituto Nacional de Envejecimiento, la Oficina de Investigación de la Salud de la Mujer, la Sociedad Norteamericana de Menopausia (NAMS), la Sociedad Norteamericana de Medicina Reproductiva (ASRM), la Sociedad Internacional de Menopausia (IMS), y la Sociedad Americana de Endocrinología. Los criterios STRAW+10 fueron el resultado de una reunión de expertos internacionales, en el marco de la Reunión Anual 2011, de la NAMS. [33]

Se identifican tres grandes etapas del envejecimiento reproductivo: edad reproductiva, transición menopáusica y posmenopausia, cada una a su vez subdividida en etapas temprana, media (solo en etapa reproductiva) y tardía. En suma, en total hay diez etapas específicas designadas de -5 a +2. Las etapas se basan principalmente en los cambios de patrones menstruales, siendo el punto esencial la última menstruación. El recuento de folículos antrales, la medición de hormona folículo estimulante (FSH), de la hormona antimülleriana (AMH) y de la inhibina B se incluyen como criterios complementarios. [33]

La transición menopáusica es un periodo que se caracteriza por la presencia de un conjunto de síntomas que comienzan en una etapa temprana con irregularidad menstrual, síntomas vasomotores (oleadas de calor y sudoración nocturna), cambios del humor y del sueño. [33]

Los síntomas pueden variar de una mujer a otra, algunas se presentan asintomáticas, mientras que en otras hay variación en la intensidad, combinación y duración que, en algunos casos, pueden producir incapacidad, todo esto conlleva a una disminución de la calidad de vida. [33]

Por su parte, la menopausia es un evento biológico normal que afecta a todas las mujeres, la define la pérdida permanente de la función ovárica por depleción de la reserva ovárica. Se caracteriza por ser la última menstruación, es un diagnóstico clínico retrospectivo, debido a que esa última menstruación solo se puede determinar luego de 12 meses de amenorrea. Puede ser natural o inducida (radioterapia, quimioterapia, cirugía). [4, 34]

El deseo sexual comienza a disminuir durante la última etapa de la transición menopáusica y continúa disminuyendo más marcadamente en la posmenopausia temprana. A medida que los niveles de estrógeno y testosterona caen y los niveles de hormona folículo estimulante (FSH) aumentan, el deseo sexual disminuye. El uso de la terapia hormonal se asocia con niveles ligeramente más altos de deseo sexual. Las mujeres que tienen mejor percepción de su salud, niveles de estrés más bajos y niveles más altos de ejercicio manejan niveles más altos de deseo sexual. Las mujeres que experimentan síntomas más graves como bochornos, fatiga, estado de ánimo deprimido, ansiedad, problemas para conciliar el sueño, despertar temprano en la mañana y despertarse durante la noche tienen menor deseo sexual. [35]

Una vez establecido el diagnóstico de DSH, se recomiendan los ejercicios de Kegel e indicar a la paciente iniciar técnicas de autoestimulación. Resulta muy útil la utilización de un vibrador (aplicación sobre el clítoris). Al mismo tiempo habrá de elaborar fantasías sexuales. Utilización de lecturas, películas o cualquier otro tipo de material erótico que pueda resultarle estimulante. También se debe aconsejar que se establezca un ritmo más o menos estable de relaciones sexuales para crear un hábito y además programar distintas actividades eróticas. [31]

En cuanto al tratamiento farmacológico, no existe ningún fármaco en la actualidad con esta indicación; no obstante, se ha utilizado yohimbina, sildenafilo, estrógenos, apomorfina, amineptino, viloxacina, andrógenos, etc. El tratamiento más documentado es el empleo de bupropion, que incrementa el deseo los primeros meses tras la ingesta diaria de 150 mg a 300 mg. Los parches y geles de testosterona también mejoran el deseo, especialmente en mujeres menopáusicas, así como la dehidroepiandrosterona. [31]

Objetivo general:

Caracterizar el deseo sexual hipoactivo en un grupo de mujeres posmenopáusicas que acuden a la consulta del Servicio de Ginecología de la Maternidad Concepción Palacios en el periodo mayo-agosto 2019.

Objetivos específicos:

1. Calcular la frecuencia de deseo sexual hipoactivo.
2. Relacionar el diagnóstico de deseo sexual hipoactivo con las características de las pacientes.

3. Identificar factores relacionados con la disminución del deseo sexual en la posmenopausia.
4. Determinar el nivel de descontento en las posmenopáusicas, con respecto a la reducción de su deseo o interés sexual.
5. Identificar la etapa de la posmenopausia en donde existe con más frecuencia alteración del deseo e interés sexual.

Aspectos éticos

Para conseguir la participación de las pacientes en el siguiente trabajo se les explicaron los objetivos y alcances de la investigación, y se les presentó un formulario de consentimiento informado para su firma en caso de aceptar su participación. De esta manera las pacientes decidieron si deseaban o no participar en el estudio, cumpliendo con el principio bioético de autonomía.

Se respetaron las condiciones, credos o ideologías y se garantizó atención respetuosa. Cuando se detectó algún problema en el deseo e interés sexual, durante la investigación, las pacientes fueron referidas a especialistas en el área para su adecuado manejo. Los datos obtenidos se obtuvieron mediante un instrumento de recolección con lo que no se ocasionaron daños a la paciente, con esto se respetaron los principios de beneficencia y no maleficencia.

Todas las pacientes que contaron con los criterios de inclusión y exclusión previamente establecidos tuvieron igual oportunidad de participar, sin ninguna discriminación cumpliéndose el principio de justicia social. Además, los resultados obtenidos pueden ser aplicados a la comunidad en general.

MÉTODOS

Tipo de estudio

Prospectivo, descriptivo, analítico y transversal.

Población y muestra

Para este estudio se tomaron en consideración todas las pacientes posmenopáusicas que acudieron a la consulta del Servicio de Ginecología de la Maternidad Concepción Palacios, aproximadamente 240 por trimestre. La muestra fue no probabilística e incluyó 120 mujeres que acudieron a consulta en el periodo mayo-agosto de 2019, según los siguientes criterios:

Criterios de inclusión:

- Diagnóstico de posmenopausia

Criterios de exclusión:

- Imposibilidad para leer o escribir

Procedimiento

Una vez seleccionadas las pacientes, se les explicaron los objetivos del estudio, su importancia y alcances. Al aceptar, fueron incluidas en el estudio, y se les entregó un formulario de consentimiento informado (anexo 1) para su firma. Los datos se obtuvieron mediante el llenado, por parte de las pacientes, del instrumento de recolección de datos que incluía la información clínica, la estratificación de Graffar-Méndez Castellano [36] y el cuestionario *Decreed Sexual Desire Screener* (anexo 2), donde se recolectó la información acerca del comportamiento en cuanto al deseo e interés en su vida sexual, durante los últimos meses. El procedimiento consistió en el abordaje directo de los involucrados en el estudio, quienes respondieron a las interrogantes planteadas.

Tratamiento estadístico adecuado

Se aplicó medidas de tendencia central, media, mediana y moda, según correspondía, para valorar las variables cuantitativas. Las variables cualitativas se expresaron mediante frecuencias absolutas y relativas. Las relaciones de variables cualitativas se establecieron mediante el chi cuadrado de Pearson y las de las variables cuantitativas mediante la t de student. Se consideraron significativos los valores con una $p<0,05$.

RESULTADOS

En el estudio se incluyeron 120 pacientes con diagnóstico de posmenopausia, se identificaron 75 pacientes con diagnóstico de deseo sexual hipoactivo, representando el 62,5 % del total de pacientes evaluadas.

Las características clínicas de las entrevistadas, según la presencia de deseo sexual hipoactivo, se presentan en la tabla 1. Entre las pacientes con deseo sexual hipoactivo, 61 (81,3 %) tenían 55 años o más y 14 (18,6 %) eran menores de 55 años. Entre aquellas sin DSH, 44 (97,7 %) tenían 55 años o más y 1 (2,2 %) tenía menos de 45 años (p=0,011). El 77,3 % (58 mujeres) del grupo con DSH y 91,1 % (41 pacientes) sin DSH tenían 5 o más años de menopausia (p=0,094). Solo 12 % del grupo con DSH y 11,1 % del grupo control, habían recibido terapia hormonal (p=0,820), las primeras por una media de 41±35 meses y las del segundo grupo por 17±12 meses. Se observa que no hubo relación entre DSH y el IMC (p=0,623), la presencia de comorbilidades (p=1,000), el estado civil (p=0,121), el grado de instrucción (p=0,331) y el nivel socioeconómico (p=0,643).

Dos pacientes (1,7 %) que fueron identificadas con el diagnóstico de deseo sexual hipoactivo refirieron su inicio en la premenopausia, mientras que en 73 (60,8 %) de las pacientes el diagnóstico se presentó en etapa posmenopáusica (p=0,000). Esta información se presenta en la tabla 2.

En la tabla 3 se presenta la distribución de pacientes según los factores relacionados con la disminución del deseo sexual. Veinticinco de las 75 pacientes con DSH (33,3 %) lo relacionaron con la presencia de síntomas propios de la menopausia; entre las pacientes sin DSH, 4 (8,9 %) establecieron esta relación (p=0,0049). En el grupo con DSH, 8 pacientes (10,7 %) estaban deprimidas, 3 (4 %) habían sido sometidas a intervenciones quirúrgicas, 6 (8 %) tenían problemas sexuales con la pareja y 8 (10,6 %) referían insatisfacción con su relación de pareja; además, 8 (10,7 %) refirieron estrés o fatiga. En aquellas sin DSH, 4 (8,9 %) estaban deprimidas (p=1,000), 1 (2,2 %) habían sido operadas (p=1,000), 6 (13,3 %) tenían problemas sexuales con su pareja (p=1,000) y 0 (0,0 %) referían insatisfacción con la relación (p=0,087). Cinco refirieron estrés o fatiga (11,1 %) (p=1,000).

Un nivel bajo de descontento por disminución del deseos sexual hipoactivo se expresó en 55 mujeres (73,3 %) mientras que 20 (26,3 %) manifestaron un alto nivel de descontento por presentar disminución del deseo sexual (Tabla 4).

En la tabla 5 se observa que el diagnóstico del deseo sexual hipoactivo se presentó en 17 pacientes (22,7 %) en posmenopausia temprana y en 58 en (77,3 %) posmenopausia tardía. Asimismo, 4 (8,9 %) pacientes en premenopausia temprana y 41 (91,1 %) en tardía, no tenían DSH (p=0,094).

DISCUSIÓN

Desde el nacimiento el organismo humano experimenta múltiples cambios que lo van acondicionando para cada etapa de la vida, siendo la menopausia uno de ellos, en donde existe afección de la función ovárica que genera disminución en la producción de hormonas como los estrógenos y la progesterona, los cuales tiene gran impacto en el funcionamiento de múltiples órganos y tejidos.

En el presente estudio se observó que el 50,7 % de las pacientes con deseo sexual hipoactivo cuentan con una edad que oscila entre los 55 y 64 años, seguido de un 30,7 % de pacientes con edades superiores a los 65 años, coincidiendo con el trabajo de Castelo-Branco *et al*., [37] quienes refieren que en Latinoamérica, 51,3 % de las mujeres de edad entre los 44 y 64 años presenta alguna disfunción sexual. Por otra parte, Espitia [38] y Monterrosa *et al*., [39] en un estudio realizado en Colombia, exponen que la disfunción sexual se describe en el 39 % de las mujeres entre 40 y 59 años, y se incrementa hasta el 56 % en el grupo de 55 a 59 años de edad.

Se observó un comportamiento significativamente diferente en la distribución del deseo sexual hipoactivo de las pacientes al comparar la etapa de la premenopausia y posmenopausia, encontrado una prevalencia en esta ultima de 60,8 % (p=0,000), coincidiendo con el estudio realizado en Suecia por Hällström *et al*.,[14] quienes evidenciaron una gran declinación de la actividad sexual en 197 mujeres que fueron seguidas desde la premenopausia hasta la posmenopausia, en comparación con mujeres que aún seguían siendo premenopáusicas. Por el contrario, Serpa *et al*., [40] concluyen que el deseo sexual se mantiene vigente en la mayoría de las mujeres pre-, peri- o menopáusicas, y no se halla una relación definitiva entre la disfunción sexual y este estado hormonal.

Para realizar el diagnóstico de disfunción sexual, es importante indagar la existencia de factores que puedan influenciar la habilidad para responder sexualmente o para experimentar placer sexual. En este estudio se observaron diferencias significativas en cuanto a los síntomas de menopausia (33,3 %) como factor relacionado (p=0,0049). Esto se relaciona con lo expuesto por Rossouw *et al*., [41] y Soto *et al*., [42] quienes mencionan que las manifestaciones que más a menudo se asocian a un descenso de los niveles de estrógenos o testosterona es la pérdida del deseo sexual y de la libido, la sequedad vaginal y la ausencia de excitación sexual, explicado por la disminución de los estrógenos, ya que entre sus funciones se menciona la mejoría de la

integridad de la mucosa vaginal y la sensibilidad vaginal, favoreciendo la congestión vascular y las secreciones vaginales, con lo que se produce un aumento de la excitación. Además, Davis *et al*., [43] exponen que los estrógenos sensibilizan receptores cerebrales específicos responsables de la liberación de diferentes neurotransmisores que facilitan la respuesta sexual.

Mientras que los factores restantes no influyeron significativamente, lo que se contradice con lo mencionado por Pfaus [35] quien menciona que el uso de la terapia hormonal se asocia con niveles ligeramente más altos de deseo sexual. Las mujeres que tienen mejor percepción de su salud, niveles de estrés más bajos y niveles más altos de ejercicio, manejan niveles más altos de deseo sexual. Expresa, además, que las mujeres que experimentan síntomas más graves como bochornos, fatiga, estado de ánimo deprimido, ansiedad, problemas para conciliar el sueño, despertar temprano en la mañana y despertarse durante la noche tienen menor deseo sexual.

Pfaus [35] encontró que solo un 13 % de pacientes menopaúsicas califican el sexo como no muy importante. Por otra parte Avis *et al*., [44] reportan que más del 75 % de las mujeres de mediana edad considera que la función sexual es moderada a extremadamente importante. La misma, sin embargo, disminuye con la edad, sin que se haya dilucidado la contribución de la menopausia a ese declinar de la actividad sexual, siendo un hallazgo distinto el encontrado en este estudio donde se reportó un (73,7 %) de pacientes a las que no les importaba su ámbito sexual mientras que (26,3 %) si presento preocupación por la alteración del mismo.

El deseo sexual comienza a disminuir durante la última etapa de la transición menopáusica y continúa disminuyendo más marcadamente en la posmenopausia temprana. A medida que los niveles de estrógeno y testosterona caen, el deseo sexual disminuye. [35]. Relacionándose con los hallazgos obtenido en el estudio, donde (22,7 %) de pacientes en posmenopausia temprana presentaban DSH y (77,3 %) se encontraban en posmenopausia tardía.

Se concluye que:

La frecuencia de deseo sexual hipoactivo en la posmenopausia fue de 62,5 %. La mayoría de las pacientes lo comenzaron a experimentar después de la posmenopausia y se asoció significativamente a la presencia de síntomas menopáusicos. A pesar de la alta frecuencia, solo un pequeño grupo expresó descontento con la situación.

AGRADECIMIENTOS

A nuestro tutor, Dr. Ramón Fernández Ramírez, ejemplo de entrega, constancia, dedicación y fortaleza quien dedicó a este trabajo tiempo, orientación, conocimientos y supervisión durante el proceso.

A la Dra. Mireya González Blanco, por su valiosa asesoría metodológica, dedicación y constancia.

Al Licenciado Ángel Echarry, por la asesoría estadística.

A la jefa y adjuntos del servicio de Ginecología donde se realizó la captación y seguimiento de las pacientes, por su aporte de conocimientos y orientación.

A las pacientes de Maternidad Concepción Palacios quienes gracias a su contribución y confianza fueron el principal instrumento de aprendizaje.

REFERENCIAS

1. Blümel J, Binfa L, Cataldo P, Carrasco A, Izaguirre H, Sarrá S. Índice de función sexual femenina: un test para evaluar la sexualidad de la mujer. Rev Chil Obstet Gin. 2004; 69 (2): 118-125.
2. World health organization [Internet]. Washington: WHO. Sexual and reproductive health. Defining sexual health. 2010 [Actualizado 2010, consultado marzo 2019]. Disponible en: http://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en/
3. Bechara A, Casabe A, Bertolino V. Disfunción sexual femenina. Rev. Arg de Urol. [En Internet] 2009 [Consultado marzo del 2019]; 67(4):187-202.
4. Asociación Americana de Psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-VR). 5a Ed. Arlington, VA: Asociación Americana de Psiquiatría; 2014.
5. Segnini I, Torres F. Sexualidad y menopausia. Rev Obstet Ginecol Venez. 2018; 78 (Supl 1): S122 - S129
6. Gómez-Fernández M, Disfunción Sexual femenina en el climaterio. Matronas Prof. [Internet]. 2010 [Consultado 15 marzo 2019]; 11 (3-4). 93-98. Disponible en: https://medes.com/publication/63366
7. Portillo S, Pérez T, Royuela A. Disfunción sexual femenina: estudio de prevalencia en mujeres premenopáusicas. Prog Obstet Ginecol. 2017;60 (4): 320-327
8. Alfonso A, Sarduy C. Educación sexual comunitaria, apuntes para un marco referente. I Parte. Sex Soc. 2000; 14: 9-16.
9. Fooladi E, Bell J, Whittaker M, Davis S. Women's expectations and experiences of hormone treatment for sexual dysfunction. Climacteric. 2014 Jun; 17 (6): 674-681.
10. Tan H, Marumo K, Yang D, Hwang T, Ong M. Sex among Asian men and women: the Global Better Sex Survey in Asia. Int J Urol. 2009 May; 16 (5): 507-514.
11. Clayton A, Goldfischer E, Goldstein I, DeRogatis L, Lewis-D'Agostino D, Pyke R. Validation of the Decreased Sexual Desire Screener (DSDS): A brief diagnostic instrument for generalized acquired female Hypoactive Sexual Desire Disorder (HSDD). J Sex Med 2009; 6:730–738.
12. Simon J, Davis S, Althof S, Chedraui P, Clayton A, Kingsberg S, et al. Sexual well-being after menopause: An International Menopause Society White Paper. Climacteric. 2018 Oct; 21 (5): 415-427
13. Masters W, Johnson V. Human sexual response. 1st ed. Boston: Little Brown. 1966.
14. Hallstrom T. Sexuality in the climateric. Clin Obstet Gynecol. 1977; 4 (1): 227-239.
15. Kaplan H. Trastornos del deseo sexual femenino. Relaciones humanas y sexología. Barcelona: Ediciones Grijalbo; 1982.
16. Woods N, Mitchell E, Smith-Di J. Sexual Desire During the Menopausal Transition and Early Post menopause: Observations from the Seattle Midlife Women's Health Study. J Womens Health (Larchmt). 2010; 19 (2): 209-218.

17. Prairie B, Scheier M, Matthews K, Chang C, Hess R. A higher sense of purpose in life is associated with sexual enjoyment in midlife women. Menopause. 2011; 18 (8): 839-44.

18. Rosen R, Taylor J, Leiblum S, Bachmann G. Prevalence of sexual dysfunction in women: results of a survey study of 329 women in an outpatient gynecological clinic. J Sex Marital Ther. 1993; 19 (3): 171-188.

19. Laumann E, Paik A, Rosen R. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. JAMA. 1999; 281 (6): 537-544

20. Delbes C, Gaymu J. The shock of widowhood on the eve of old age: male and female experiences. Population. 2002; 57 (6): 885 – 914.

21. Avis N, Assmann S, Kravitz H, Ganz P, Ory M. Quality of life in diverse groups of midlife women: assessing the influence of menopause, health status and psychosocial and demographic factors. Qual Life Res. 2004; 13 (5): 933–946

22. Dennerstein L, Lehert P, Burger H. The relative effects of hormones and relationship factors on sexual function of women through the natural menopausal transition. Fertil Steril. 2005; 84 (1):174–180.

23. Biddle A, West S, D'Aloisio A, Wheeler S, Borisov N, Thorp J. Hypoactive sexual desire disorder in posmenopausal women: quality of life and health burden. Value Health. 2009; 12 (5): 763-772

24. Bitzer J, Giraldi A, Pfaus J. A standardized diagnostic interview for hypoactive sexual desire disorder in women: standard operating procedure. J Sex Med. 2013; 10 (1): 50-57.

25. Thornton K, Chervenak J, Neal-Perry G. Menopause and sexuality. Endocrin Metab Clin North Am. 2015; 44 (3): 649-661.

26. Nappi R, Wawra K, Schmitt S. Hipoactive sexual desire disorder in postmenopausal women. Gynecol Endocrinol. 2006; 22 (6): 318-323.

27. Meston C, Buss D. Why human have sex. Arch Sex Behav. 2007; 36 (4): 477–507.

28. Kingsberg S, Rezaee R. Hipoactive sexual desire in women. Menopause. 2013; 20 (12): 1284–1300.

29. Alcoba S, García L, San Martín C. Guía de buena práctica clínica en disfunciones sexuales [Internet]. Madrid: Editorial IM&C; 2011. Disponible en: https://www.cgcom.es/sites/default/files/guia_sexo.pdf

30. Kingsberg S, Schaffir J, Faught B, Pinkerton J, Parish S, Iglesia C, *et al.* Female sexual health: barriers to optimal outcomes and a roadmap for improve patients-clinician communicatios. J Womens Health (Larchmt). 2019; 28 (4): 432-443.

31. Sánchez W. Actitud del ginecólogo ante las disfunciones sexuales femeninas. Rev Obstet Ginecol Venez. 2012; 72 (1): 1-3.

32. Amato P. Categories of female sexual dysfunction. Obstet Gynecol Clin North Am. 2006; 33 (4): 527-534.

33. Sioban D, Margery G, Hall J, Lobo R, Maki P, Rebar R *et al*. Executive summary of the Stages of Reproductive Aging Workshop + 10: addressing the unfinished agenda of staging reproductive aging. Menopause. 2012; 19 (4): 1-9.

34. Baber N, Panay N, Fenton A; IMS Writing Group. 2016 IMS Recommendations on women's midlife health and menopause hormone therapy. Climacteric 2016; 19 (2): 109–150.

35. Pfaus J. Pathways of sexual desire. J Sex Med. 2009 Jun; 6 (6): 1506–1533.

36. Méndez H, Méndez M. Sociedad y Estratificación: Método Graffar-Méndez Castellano. Caracas: Fundacredesa; 1994.

37. Castelo-Branco C, Blumel JE, Araya H, Riquelme R, Castro G, Haya J, *et al.* Prevalence of sexual disfunction in a cohort of middle-age woman: influencies of menopause and hormone replacement therapy. J Obstet Gynecol. 2003; 23 (4): 426 - 430.

38. Espitia De La Hoz. Prevalencia de disfunción sexual en mujeres del Eje Cafetero, Rev Cienc Biomed. 2016; 7 (1): 25-33.

39. Monterrosa A, Márquez J, Arteta C. Disfunción sexual en mujeres climatéricas afrodescendientes del Caribe colombiano. Iatreia. 2014; 27 (1): 31-41.

40. Serpa M, Ramírez E. Sexualidad y menopausia: un estudio en Bogotá (Colombia) Rev. Colomb Psiquiat. 2009; 38 (1): 85-98.

41. Rossouw J, Anderson G, Prentice R, LaCroix A, Kooperberg C, Stefanick, *et al.* M. Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women: principal results From the Women's Health Initiative randomized controlled trial. JAMA. 2002; 288 (3): 321-333.

42. Soto Y, Vera M, Rozas M, Vera Y, Ferrandiz C. Características del climaterio en mujeres de la Ciudad del Cusco. Rev Sitúa. 2003; XX: 43 - 46.

43. Davis S, Davison S, Donath S, Bell R. Circulating androgen levels and self-reported sexual function in women. JAMA. 2005; 294 (1): 91–96.

44. Avis N, Brockwell S, Randolph JF, Shen S, Cain VS, Ory M, *et al.* Longitudinal changes in sexual functioning as women transition through menopause: results from the Study of Women's Health Across the Nation. Menopause. 2009; 16 (3): 442–452.

ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____, titular de la cédula de identidad Nº _____, de _____ años de edad, con domicilio en _____declaro que se me ha invitado a participar en un proyecto de investigación, **deseo sexual hipoactivo en la posmenopausia** por parte de los doctores: Marian Emperatriz Miquilareno León y Nathalie Alejandra Muñoz Santana médicos residentes del Programa de Especialización en Obstetricia y Ginecología de la Universidad Central de Venezuela, sede Maternidad Concepción Palacios, que me han explicado que el estudio consiste en caracterizar el deseo sexual hipoactivo en la posmenopáusicas que ayudará a tener un mejor entendimiento de los factores relacionados con el deseo sexual hipoactivo y las modificaciones del mismo respecto a la condición premenopáusica, dicho estudio será beneficioso para la comunidad médica, en general y, en particular para los ginecólogos, quienes, a futuro, podrán aplicar esta información en el manejo diario de las mujeres posmenopáusicas.

Si reúno las condiciones para participar en este protocolo y de aceptar participar se me realizarán las siguientes pruebas y procedimientos: abordaje directo mediante el llenado del instrumento de recolección de datos que incluye información acerca del comportamiento en cuanto al deseo e interés en mi vida sexual, durante los últimos meses.

Por lo que entiendo que:

1.- Mi decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria.

2.- No habrá ninguna consecuencia desfavorable para mí, en caso de no aceptar la invitación y no afectará en ningún momento la calidad de atención hacia mi persona.

3.- Si decido participar en el estudio, puedo retirarme en el momento que lo desee, aun cuando el investigador responsable no se lo solicite, pudiendo informar o no, las razones de su decisión, la cual será respetada en todo momento sin que esto afecte en ningún momento la calidad de atención hacia mi persona.

4.- No tendré gasto alguno relacionado con el estudio no recibiré pago alguno, ni otra retribución material por mi participación. Los beneficios derivados del análisis de sus resultados están reservados para el enriquecimiento intelectual y el provecho de la comunidad en general.

5.- En el transcurso del estudio podré solicitar información actualizada sobre el mismo, al investigador responsable.

6.- La información obtenida en este estudio, utilizada para la identificación de cada paciente, será mantenida con estricta confidencialidad.

7.- Autorizo a las personas encargadas de este proyecto, a que los resultados que formen parte del estudio sean publicados según lo crean conveniente, sin que mi identidad sea revelada.

8.- En caso de presentar alguna complicación relacionado con el estudio, tendré la posibilidad de contactar al investigador, para recibir orientación y evaluación en el momento que lo necesite durante el período de la investigación. De igual manera se garantiza la atención adecuada o referencia al nivel de atención adecuado para el manejo oportuno de la misma.

He leído el documento, entiendo las declaraciones contenidas en él y la necesidad de hacer constar mi consentimiento, para lo cual lo firmo libre y voluntariamente, recibiendo en el acto copia de este documento ya firmado.

Caracas, _____

_____

Firma de la participante

_____ _____

Firma del investigador Firma del investigador

ANEXO 2

Decreed Sexual Desire Screener

Estimado paciente, por favor, conteste cada una de las siguientes preguntas:

1. ¿En el pasado era su nivel de interés o deseo sexual bueno y satisfactorio para usted?

SI NO

2. ¿Se ha producido un descenso en su nivel de interés o deseo sexual?

SI NO

3. ¿Le molesta su menor nivel de interés o deseo sexual?

SI NO

4. ¿Quieres que tu nivel de deseo sexual o de interés aumente?

SI NO

5. Por favor, seleccione todos los factores que crees que puede estar contribuyendo a su disminución actual de interés o deseo sexual: SI NO

A: Una operación, depresión, lesiones, u otra condición médica

B: Medicamentos, drogas o alcohol que está tomando actualmente

C: Embarazo, parto reciente, síntomas de la menopausia

D: Otros problemas sexuales que pueda tener (dolor, disminución de la excitación o el orgasmo)

E: Problemas sexuales de su pareja

F: La insatisfacción con su relación o pareja

G: El estrés o la fatiga

Cuando termine, devuelva este formulario a su médico

Cuando se haya completado, verifique con el paciente cada una de las respuestas que ha dado:

El Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales, 4ª edición, Revisión de texto, caracteriza el trastorno de deseo sexual hipoactivo (HSDD, por sus siglas en inglés) como una deficiencia o ausencia de fantasías sexuales y deseo de actividad sexual, lo que causa una marcada angustia o dificultad interpersonal, y no es mejor explicado por una condición médica, psiquiátrica u otra condición sexual relacionada con sustancias. El HSDD puede ser generalizado (no limitado a ciertos tipos de estimulación, situaciones o parejas) o situacional, y puede adquirirse (se desarrolla solo después de un período de funcionamiento normal) o de por vida.

Si la paciente responde **"NO"** a cualquiera de las preguntas 1 a 4, no califica para el diagnóstico de HSDD generalizada adquirida.

Si la paciente responde **"SÍ"** a todas las preguntas 1 a 4, y su revisión confirma que "NO" responde a todos los factores en la pregunta 5, entonces ella califica para el diagnóstico de HSDD generalizada.

Si el paciente responde **"SÍ"** a todas las preguntas 1 a 4 y "SÍ" a cualquiera de los factores en la pregunta 5, entonces decida si las respuestas a la pregunta 5 indican un diagnóstico primario distinto del HSDD generalizado. Las afecciones comórbidas, como la excitación o el trastorno orgásmico, no excluyen un diagnóstico concurrente de HSDD.

En base a lo anterior, ¿el paciente tiene un Trastorno de Deseo Sexual Hipoactivo adquirido generalizado? SI__ NO___

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS
DESEO SEXUAL HIPOACTIVO EN LA POSMENOPAUSIA

Edad: **Peso:** **Talla:** **IMC:**

Fecha de última regla: / / **Años de menopausia**: _____

¿Recibió terapia hormonal? SI NO **¿Cuantos años?:** _____

¿Presenta alguna enfermedad?: _____

Grado de instrucción: Primaria Secundaria Técnica Universitaria

Estado civil: Soltera Casada Pareja estable Viuda Divorciada

Características del hogar: **GRAFFAR**: Puntos: _____ Estrato: ____

1. **Profesión del jefe de familia:** Universitaria/ técnico superior/ empleados sin profesión /obrero especializado (primaria completa)/ obrero no especializado (primaria incompleta)
2. **Nivel de instrucción de la madre**: Universitario/ técnico o secundaria completa/ secundaria incompleta/ primaria completa o alfabeto/ analfabeta
3. **Principal fuente de ingreso familiar:** Fortuna /Honorarios profesionales / Sueldo mensual / Salario semanal / Donaciones
4. **Condiciones de la vivienda:**
   Óptimas condiciones y lujos/ óptimas condiciones con lujos sin excesos/ buenas condiciones, menos que las anteriores/ vivienda con espacios reducidos, deficiencia de algún servicio sanitario/ rancho o vivienda con déficit de condiciones sanitarias.

Estimado paciente, por favor conteste cada una de las siguientes preguntas:

1) ¿En el pasado era su nivel de interés o deseo sexual bueno y satisfactorio para usted?
   SI NO
2) ¿Se ha producido un descenso en su nivel de interés o deseo sexual?
   SI NO
3) ¿Le molesta su menor nivel de interés o deseo sexual?
   SI NO CUANTO:
4) ¿Quieres que tu nivel de deseo sexual o de interés aumente?
   SI NO
5. Por favor, seleccione todos los factores que crees que puede estar contribuyendo a su disminución actual de interés o deseo sexual:

A: Una operación, depresión, lesiones, u otra condición médica
B: Medicamentos, drogas o alcohol que está tomando actualmente
C: Embarazo, parto reciente, síntomas de la menopausia
D: Otros problemas sexuales que pueda tener (dolor, disminución de la excitación o el orgasmo)
E: Problemas sexuales de su pareja
F: La insatisfacción con su relación o pareja
G: El estrés o la fatiga

Graffar-Méndez Castellano

VARIABLES	PTS	ÍTEMS
Profesión de jefe de familia	1	Profesión Universitaria, banqueros, alta productividad
	2	Profesión técnica superior, medianos comerciantes o productores
	3	Empleados sin profesión iniversitaria, con técnica media, pequeños comerciantes o productores
	4	Obreros especializados (primaria completa)
	5	Obreros no especializados primaria incompleta)
Nivel de instrucción de la madre	1	Enseñanza universitaria o su equivalente
	2	Técnica superior completa, secundario completo
	3	Secundario incompleto
	4	Primario completo o alfabeta
	5	Analfabeta
Principal fuente de ingreso familiar	1	Fortuna heredada o adquirida
	2	Honorarios profesionales
	3	Sueldo mensual
	4	Salario semanal, por día
	5	Donaciones
Condiciones de vivienda	1	Vivienda optima condiciones sanitarias en ambientes con gran lujo
	2	Vivienda optima con lujos sin exceso
	3	Vivienda con buenas condiciones sanitarias en espacios reducidos o no, pero siempre menores que en las viviendas 1 y 2
	4	Vivienda con ambientes espaciosos o reducidos y/o deficiencias en algunas condiciones sanitarias
	5	Rancho o vivienda con condiciones sanitarias marcadamente inadecuadas

PUNTOS	ESTRATO
4-6	I
7-9	II
10-12	III
13-16	IV
17-20	V

Tabla 1

Distribución de pacientes según la relación entre el deseo sexual hipoactivo y las características clínicas de las pacientes

Característica	Deseo hipoactivo		p
	Si n (%)	No n (%)	
Edad			0,011
35-44	0 (0,0)	1 (2,2)	
45-54	14 (18,6)	0 (0,0)	
55-64	38 (50,7)	28 (62,2)	
65 y más	23 (30,7)	16 (35,6)	
Años de menopausia			0,094
2 – 5	17 (22,7)	4 (8,9)	
Más de 5	58 (77,3)	41 (91,1)	
Terapia hormonal			0,820
Si	9 (12,0)	5 (11,1)	
IMC			0,623
Bajo peso	1 (1,3)	0 (0)	
Normal	37 (49,4)	20 (44,4)	
Sobrepeso	22 (29,3)	12 (26,7)	
Obesidad	15 (20,0)	13 (28,9)	
Comorbilidades			1,000
Si	40 (53,3)	24 (53,3)	
Estado civil			0,121
Soltera	19 (25,3)	16 (35,6)	
Pareja estable	42 (56)	15 (33,3)	
Viuda	6 (8,0)	8 (17,8)	
Divorciada	8 (10,7)	6 (13,3)	
Grado de instrucción			0,331
Primaria	23 (30,7)	15 (33,3)	
Secundaria	19 (25,3)	7 (15,5)	
Técnico	11 (14,7)	4 (8,9)	
Universitaria	22 (29,3)	19 (42,2)	
Nivel socioeconómico			0,643
Clase E	8 (10,7)	3 (6,7)	
Clase D	28 (37,3)	16 (35,5)	
Clase C	24 (32)	13 (28,9)	
Clase B	14 (18,7)	13 (28,9)	
Clase A	1 (1,3)	0 (0,0)	

Tabla 2

Distribución de pacientes según el deseo sexual antes y después de la menopausia

Deseo sexual hipoactivo	Etapa	
	Premenopausia n (%)	Posmenopausia n (%)
Presente	2 (1,7)	73 (60,8)
Ausente	118 (98,3)	45 (37,5)

p=0,000

Tabla 3

Distribución de pacientes según los factores relacionados con la disminución del deseo sexual

Factores	Deseo sexual hipoactivo		p
	Si n (%)	No n (%)	
Depresión	8 (10,7)	4 (8,9)	1,000
Operación	3 (4,0)	1 (2,2)	1,000
Problemas sexuales de su pareja	6 (8,0)	6 (13,3)	1,000
Insatisfacción con su relación o pareja	7 (9,3)	0 (0,0)	0,087
Estrés o fatiga	8 (10,7)	5 (11,1)	1,000
Síntomas de menopausia	25 (33,3)	4 (8,9)	0,0049
Dolor	5 (6,7)	8 (17,7)	0,369
Disminución de excitación	7 (9,3)	2 (4,4)	0,531
Condición médica	0 (0,0)	1 (2,2)	0,795

Tabla 4

Distribución de pacientes según el nivel de descontento

Nivel de descontento	n (%)
Alto	20 (26,6)
Bajo	55 (73,3)

Tabla 5

Distribución de pacientes según la etapa de la menopausia

Etapa de la menopausia	Deseo sexual	
	Hipoactivo	Normal
Temprana	17 (22,7)	4 (8,9)
Tardía	58 (77,3)	41 (91,1)

p=0,094