

MUJERES ENTRE 45 Y 75 AÑOS CON BAJA ESCOLARIDAD PRESENTAN UNIFORMEMENTE MAYOR DISFUNCIÓN EN TODOS LOS DOMINIOS DE SEXUALIDAD, EN COMPARACIÓN A MUJERES CON MAYOR ESCOLARIDAD

Daniela Ahumada^{a*}

Claudia Espinoza^a

^aEstudiante de Medicina, Facultad de Medicina Clínica Alemana de Santiago - Universidad del Desarrollo.

Artículo recibido el 13 de abril, 2020. Aceptado en versión corregida el 30 de octubre, 2020.

RESUMEN

Introducción: La sexualidad femenina está dada por una interacción entre el sistema nervioso, endocrino y el ambiente, viéndose afectada por factores biológicos, psicológicos y sociales. La sexualidad ha sido definida desde seis dominios: deseo, excitación, orgasmo, dolor, lubricación y satisfacción. Desde ellos, se define el concepto de disfunción sexual, trastorno prevalente y presente entre el 25% a 63% de las mujeres, sin embargo, se desconoce si la escolaridad influye en su existencia. **Objetivo:** Determinar cuáles dominios de la sexualidad se ven afectados por la escolaridad en la mujer. **Metodología:** Se realizó el análisis de una base de datos anonimizada que incluía 292 mujeres, entre 45 y 75 años. La salud sexual fue analizada con el cuestionario Female Sexual Function Index, validado en la población chilena. Se analizaron además características demográficas mediante una encuesta. **Resultado:** Se obtuvo una prevalencia de disfunción sexual de 58,22%. Las mujeres con baja escolaridad tienen menor puntuación en todos los dominios de la sexualidad. Pacientes con comorbilidades presentaron disfunción en distintos dominios de la sexualidad. Usuaris de terapia hormonal de reemplazo tienen mejores resultados en los ámbitos de excitación, lubricación y dolor. **Discusión:** La escolaridad y la diabetes mellitus afectan a todos los dominios de la sexualidad. La presencia de pareja estable también afecta a la sexualidad. El uso de terapia hormonal de reemplazo, afecta principalmente los dominios de excitación, lubricación y orgasmo. **Conclusión:** La escolaridad y diabetes mellitus afectan todos los dominios de la sexualidad. Se logra demostrar que los dominios afectados requieren orientación de tratamientos específicos a cada mujer.

Palabras clave: Sexualidad, Disfunción sexual femenina, Educación.

INTRODUCCIÓN

La sexualidad es el resultado del bienestar físico, emocional y social de cada persona, y refleja el autoconocimiento de la persona sobre sí misma y cómo esta se relaciona con su pareja¹. Esta también ha sido definida por la Real Academia Española (RAE) como el conjunto de condiciones anatómicas y fisiológicas que caracterizan a cada sexo y el apetito sexual hacia un género². La salud sexual se ve afectada por factores biológicos, psicológicos y sociales³, dependiendo entonces tanto de factores intrínsecos como extrínsecos a cada persona.

La motivación de este estudio surge de la necesidad de conocer los distintos factores que afectan a la sexualidad, especialmente en la población perimenopáusica y posmenopáusica, que es la más propensa a desarrollar disfunción sexual^{4,5}, para así, lograr identificar factores externos que permitan a futuro aplicar tratamientos especializados a cada paciente.

La sexualidad ha sido definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS), como un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida. Abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vive y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales. De

*Correspondencia: dahumadam@udd.cl
2020, Revista Confluencia, 3(2), 11-15

acuerdo a la misma entidad, la sexualidad está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales⁶. Esta depende de la interacción del sistema nervioso central, endocrino y ambiental, los cuales determinan los procesos fisiológicos que dan paso a la sexualidad y conducta sexual⁷.

Fisiológicamente, se describe la respuesta sexual como una secuencia de etapas determinada por fenómenos neurales, vasculares y hormonales, que afectan el funcionamiento de los órganos genitales.

La primera descripción de la sexualidad femenina la realiza Helen Kaplan en el año 1974, quien describe tres dominios o fases: deseo, excitación y orgasmo⁸. El deseo se define como el estado mental elaborado por estímulos externos e internos que induce una necesidad o voluntad de formar parte de la actividad sexual. La excitación son los sentimientos específicos y alteraciones fisiológicas que se asocian a la actividad sexual, en la que intervienen los órganos genitales. Por último, el orgasmo es un estado de alteración de conciencia asociado a una estimulación fundamentalmente genital, y que consiste en información aferente sensitiva de distintos puntos de gatillo, como son el clítoris, labios genitales, glándulas periuretrales, entre otros⁹.

Posteriormente, se van agregando más dominios. En el año 1994, la Asociación Americana de



Psiquiatría, incluye el dolor¹⁰, y finalmente, en el año 2000, el International Consensus Development Conference on Female Sexual Dysfunction, establece un total de 6 dominios: deseo, excitación, orgasmo, dolor, lubricación y satisfacción¹¹.

Una vez establecidos los dominios de la sexualidad en la mujer, surge el concepto de disfunción sexual, definida por los criterios americanos del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, quinta versión (DSM-5, en inglés), como un grupo heterogéneo de desórdenes que se caracterizan típicamente por un trastorno clínicamente significativo en la habilidad de una persona para responder sexualmente a una experiencia sexualmente placentera. Las patologías pertenecientes a este grupo se clasifican según los dominios sexuales afectados, y abarca los trastornos orgásmicos femeninos, del interés sexual femenino, del dolor genito-pélvico/penetración y la disfunción sexual inducida por sustancias/medicamentos¹².

Con el inicio de los estudios, se logra pesquisar que la disfunción sexual es un tema prevalente en la mujer. Un estudio en Estados Unidos, determinó que entre un 25 a un 63% de las mujeres presenta disfunción sexual entre los 40 y 70 años¹². En Chile, en cambio, se obtuvo una prevalencia de disfunción sexual de un 65% entre los 55 a 59 años⁵. Esta diferencia en la prevalencia observada está determinada por factores externos a la mujer, siendo la escolaridad un elemento importante a considerar al momento de presentar disfunción sexual, ya que, mientras más años de educación presenta una mujer, menor es el riesgo de disfunción¹⁴.

En este contexto, surge la hipótesis “Mujeres entre 45 y 75 años con baja escolaridad presentan uniformemente mayor disfunción en todos los dominios de sexualidad, en comparación a mujeres con mayor escolaridad”. El objetivo principal del estudio fue determinar cuáles dominios de la sexualidad se ven afectados por los años de escolaridad. Los objetivos secundarios fueron determinar los dominios afectados en esta población en base a las características demográficas obtenidas.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio analítico a partir de una base de datos anonimizada. La base de datos fue recolectada entre los meses de enero y mayo de 2019. Los criterios de inclusión del estudio fueron: mujeres con edad entre 45 y 75 años, alfabetas y con capacidad para firmar consentimiento informado sin ayuda de terceros, obteniéndose finalmente un total de 292 respuestas válidas. En cuanto a la población seleccionada, todas las mujeres estaban en el periodo de perimenopausia, menopausia precoz o menopausia tardía. Se realizó una encuesta demográfica para caracterizar a la población (Figura 1) y se aplicó el cuestionario [Female Sexual Function Index \(FSFI\)](#), previamente validado en población

chilena¹⁵. En la encuesta demográfica se consultó por la edad, estado civil, escolaridad, pareja estable, relaciones sexuales habituales, comorbilidades, uso de Terapia de Reemplazo Hormonal (TRH), antecedentes quirúrgicos, paridad y hábitos.

ENCUESTA SOBRE CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS

RUT: _____

Fecha de nacimiento:

Estado Civil: Casada Soltera Conviviente Viuda

¿Cuánto pesa? (aproximado en kilos) _____

¿Cuánto mide? (aproximado en metros) _____

Estudios: Básica Media Superior (Técnico o Universitario)

¿Cuántos hijos tuvo? _____

¿Cuándo fue su fecha de última regla? (¿A qué edad le llegó la menopausia?) _____

¿Tiene pareja estable? (Hace más de un año) Si No

¿Tiene relaciones sexuales de forma habitual? Si No

¿Tiene Ud. alguna de estas enfermedades?

Diabetes	<input type="checkbox"/>	¿Toma Ud. alguno de estos medicamentos?	<input type="checkbox"/>
Hipertensión	<input type="checkbox"/>	Metformina	<input type="checkbox"/>
Hipotiroidismo	<input type="checkbox"/>	Insulina	<input type="checkbox"/>
Artritis Reumatoide o Lupus	<input type="checkbox"/>	Enalapril o Losartan	<input type="checkbox"/>
Artrosis	<input type="checkbox"/>	Hidroclorotiazida	<input type="checkbox"/>
Depresión	<input type="checkbox"/>	Furosemida	<input type="checkbox"/>
Tabaquismo	<input type="checkbox"/>	Prednisona	<input type="checkbox"/>
		Paracetamol	<input type="checkbox"/>
		Sertralina	<input type="checkbox"/>
		Terapia de reemplazo hormonal (menopausia)	<input type="checkbox"/>

¿Tiene útero? Si No

¿Tiene ovarios? Si No

Figura 1. Encuesta sobre características demográficas

El cuestionario [FSFI](#)¹⁵ consta de 19 preguntas, agrupando los dominios sexuales: deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor. A cada pregunta se le asigna un puntaje de 0 a 5 puntos y este puntaje se multiplica por un factor según el dominio³, siendo el resultado final, la suma de todos los dominios. Mientras mayor sea el puntaje del FSFI, mejor puntuación tiene la sexualidad de la persona. Para el análisis de los resultados de la base de datos se usó el Software Stata/1c 15.0.

El análisis de la base de datos anonimizada fue aprobado, en primera instancia, por el equipo de Ginecología y Obstetricia a cargo del Doctor Rodrigo Latorre, y, en segunda instancia, aprobado por el Comité de Ética del Hospital Padre Hurtado el 25/09/2020.

RESULTADO

Del análisis demográfico de la población estudiada, se obtuvo que la edad promedio de las encuestadas era 56,03 ± 7,19 años. Al analizar el riesgo de disfunción sexual (puntaje en cuestionario FSFI < 26), se obtuvo que un 58,22% de las mujeres lo presentaba.

Sobre la escolaridad, se obtuvo que mujeres con escolaridad básica tienen mayor riesgo de disfunción



sexual (en un total de 44 respuestas, un 7,74% no presenta riesgo de disfunción sexual), en comparación con las mujeres con escolaridad superior (un total de 176 respuestas, con un 75,41% de mujeres sin riesgo de disfunción).

Al caracterizar según la variable de pareja estable, mujeres sin pareja estable tienen más riesgo de disfunción sexual (70% v/s 97,54%, $p=0,000$). Por último, mujeres con relaciones sexuales frecuentes tienen menos riesgo de disfunción sexual (39,41% v/s 92,62%, $p=0,000$).

Al analizar las variables de estado civil y escolaridad por los dominios de sexualidad en el cuestionario [FSFI](#), se obtuvo que, en relación al estado civil, la diferencia en el deseo es significativa en convivientes, comparadas con mujeres viudas y

casadas (Tabla 1). Las mujeres casadas, en comparación a las viudas, tienen mayor excitación, orgasmo, dolor, lubricación y satisfacción. Las mujeres convivientes, en comparación a las viudas, tienen significativa diferencia en todos los dominios de la sexualidad.

En cuanto a la escolaridad, el deseo sólo se ve afectado en mujeres sin escolaridad, en comparación a aquellas con escolaridad superior, siendo mayor en aquellas mujeres con más años de estudio (Tabla 1). Por otro lado, mujeres con educación media o menor tienen más dolor, menor excitación, orgasmo y lubricación, teniendo las mujeres con educación superior mayor satisfacción en comparación a aquellas de educación básica y media.

Tabla 1: Dominios de Sexualidad según estado civil y escolaridad

Dominio	Deseo		Excitación		Orgasmo		Dolor		Lubricación		Satisfacción		
	Grupo	Estado civil	CG	p	CG	p	CG	V p	CG	p	CG	p	
a: Casada	a: Casada	a-b	0,148	a-b	0,008	a-b	0,007	a-b	0,000	a-b	0,014	a-b	0,029
	b: Soltera	a-c	0,007	a-c	0,038	a-c	0,060	a-c	0,307	a-c	0,005	a-c	0,040
	c: Conviviente	a-d	0,061	a-d	0,000	a-d	0,000	a-d	0,000	a-d	0,000	a-d	0,004
	d: Viuda	b-c	0,081	b-c	0,000	b-c	0,001	b-c	0,003	b-c	0,000	b-c	0,002
b: Soltera	b: Soltera	b-d	0,022	b-d	0,004	b-d	0,007	b-d	0,037	b-d	0,034	b-d	0,088
	c: Conviviente	c-d	0,001	c-d	0,000								
	d: Viuda	a-b	0,037	a-b	0,071	a-b	0,103	a-b	0,103	a-b	0,104	a-b	0,109
	a: Casada	a-c	0,019	a-c	0,023	a-c	0,027	a-c	0,070	a-c	0,039	a-c	0,067
c: Conviviente	c: Conviviente	a-d	0,008	a-d	0,001	a-d	0,003	a-d	0,005	a-d	0,004	a-d	0,014
	d: Viuda	b-c	0,257	b-c	0,092	b-c	0,046	b-c	0,309	b-c	0,099	b-c	0,259
	a: Casada	b-d	0,055	b-d	0,000	b-d	0,000	b-d	0,000	b-d	0,000	b-d	0,003
	b: Soltera	c-d	0,158	c-d	0,000	c-d	0,002	c-d	0,000	c-d	0,001	c-d	0,008
d: Viuda	d: Viuda	a-b	0,037	a-b	0,071	a-b	0,103	a-b	0,103	a-b	0,104	a-b	0,109
	a: Casada	a-c	0,019	a-c	0,023	a-c	0,027	a-c	0,070	a-c	0,039	a-c	0,067
	b: Soltera	a-d	0,008	a-d	0,001	a-d	0,003	a-d	0,005	a-d	0,004	a-d	0,014
	c: Conviviente	b-c	0,257	b-c	0,092	b-c	0,046	b-c	0,309	b-c	0,099	b-c	0,259
a: Ninguna	a: Ninguna	b-d	0,055	b-d	0,000	b-d	0,000	b-d	0,000	b-d	0,000	b-d	0,003
	b: Básica	c-d	0,158	c-d	0,000	c-d	0,002	c-d	0,000	c-d	0,001	c-d	0,008
	c: Media	a-b	0,037	a-b	0,071	a-b	0,103	a-b	0,103	a-b	0,104	a-b	0,109
	d: Superior	a-c	0,019	a-c	0,023	a-c	0,027	a-c	0,070	a-c	0,039	a-c	0,067
b: Básica	b: Básica	a-d	0,008	a-d	0,001	a-d	0,003	a-d	0,005	a-d	0,004	a-d	0,014
	c: Media	b-c	0,257	b-c	0,092	b-c	0,046	b-c	0,309	b-c	0,099	b-c	0,259
	d: Superior	b-d	0,055	b-d	0,000	b-d	0,000	b-d	0,000	b-d	0,000	b-d	0,003
	a: Ninguna	c-d	0,158	c-d	0,000	c-d	0,002	c-d	0,000	c-d	0,001	c-d	0,008
c: Media	c: Media	a-b	0,037	a-b	0,071	a-b	0,103	a-b	0,103	a-b	0,104	a-b	0,109
	d: Superior	a-c	0,019	a-c	0,023	a-c	0,027	a-c	0,070	a-c	0,039	a-c	0,067
	a: Ninguna	a-d	0,008	a-d	0,001	a-d	0,003	a-d	0,005	a-d	0,004	a-d	0,014
	b: Básica	b-c	0,257	b-c	0,092	b-c	0,046	b-c	0,309	b-c	0,099	b-c	0,259
d: Superior	d: Superior	b-d	0,055	b-d	0,000	b-d	0,000	b-d	0,000	b-d	0,000	b-d	0,003
	a: Ninguna	c-d	0,158	c-d	0,000	c-d	0,002	c-d	0,000	c-d	0,001	c-d	0,008
	b: Básica	a-b	0,037	a-b	0,071	a-b	0,103	a-b	0,103	a-b	0,104	a-b	0,109
	c: Media	a-c	0,019	a-c	0,023	a-c	0,027	a-c	0,070	a-c	0,039	a-c	0,067

CG: Comparación de grupos, p: Valor p, destacados todos los valores estadísticamente significativos

Al analizar según dominios de sexualidad, tanto las pacientes con pareja estable, como las que reportaban tener relaciones sexuales frecuentes, obtuvieron puntajes significativamente más altos, en todos los dominios evaluados en el cuestionario [FSFI](#) (Tabla 2).

En cuanto a impacto de las comorbilidades en los distintos dominios, se observó que las pacientes con Diabetes Mellitus 2 (DM2), tenían puntajes significativamente menores en todos los dominios, destacando que este grupo, además, fue el que experimentaba mayor dolor. Las pacientes con

Hipertensión Arterial (HTA), tuvieron una disminución significativa en la excitación, pero no presentaban alteraciones significativas en otros dominios (Tabla 2). En cuanto a la Artrosis, las pacientes tuvieron una disminución significativa del deseo, excitación, lubricación, orgasmo y satisfacción, pero, sin diferencias significativas en cuanto al dolor (Tabla 2).

Las usuarias de TRH tuvieron un aumento significativo en los puntajes de excitación y lubricación, junto a una disminución significativa del dolor (Tabla 2).

Tabla 2: Puntajes por dominios FSFI según pareja estable, relaciones sexuales frecuentes, comorbilidades y uso de TRH.

Dominio	Deseo			Excitación			Lubricación			Orgasmo			Satisfacción			Dolor			
	Grupo	M	DE	p															
Pareja		3,11	1,33	0,000	3,71	0,79	0,000	3,82	2,01	0,000	4	2,02	0,000	4,42	2,57	0,000	4,19	2,07	0,000
RSF		3,42	1,21	0,000	4,24	1,26	0,000	4,53	1,48	0,000	4,56	1,41	0,000	4,42	1,57	0,000	4,97	1,33	0,000
DM2		2,59	1,35	0,000	2,04	1,89	0,000	2,11	2,16	0,000	2,18	2,22	0,000	3	1,78	0,000	2,23	2,38	0,000
HTA		2,75	1,35	0,086	2,77	2,14	0,009	2,93	2,32	0,072	3,02	2,42	0,073	3,8	1,9	0,232	3,16	2,55	0,135
Artrosis		2,41	1,12	0,004	2,18	1,84	0,000	2,51	2,21	0,009	2,51	2,29	0,002	3,19	1,89	0,001	2,88	2,53	0,050
TRH		3,16	1,4	0,217	3,91	1,86	0,003	4,22	2,08	0,000	3,97	2,07	0,073	4,47	1,65	0,051	4,57	2,11	0,000

TRH: Terapia reemplazo hormonal, DM2: Diabetes Mellitus 2, HTA: Hipertensión arterial, RSF: Relaciones sexuales frecuentes, M: media, DE: Desviación estándar, p: valor p, destacados todos los valores estadísticamente significativos



DISCUSIÓN

Los resultados son semejantes a la realidad internacional. Como se mencionó anteriormente la prevalencia de problemas sexuales abarca entre un 25 a un 63% en Estados Unidos, y un 65% en mujeres chilenas entre los 55 y 59 años^{5,13}. En la investigación se obtuvo una prevalencia de riesgo de disfunción sexual de un 58,22%, valor esperado según los reportes previos.

En cuanto a la pareja estable, se obtuvo que mujeres casadas y convivientes, tienen mejor puntuación en los dominios del cuestionario. Se desprende del mismo modo, que mujeres con pareja estable tienen mayor frecuencia de relaciones sexuales, estando ambas variables relacionadas. Esta situación estaría condicionada por la calidad de la relación, tal como se observa en la literatura, que muestra que una mala comunicación con la pareja o insatisfacción en el matrimonio, aumentan el riesgo de disfunción sexual^{16,17}, a diferencia de una buena comunicación, que actúa como un factor protector¹⁸.

Al analizar por escolaridad, se determinó que a menor nivel educacional todos los dominios de la sexualidad se ven afectados, explicando el mayor riesgo de disfunción sexual en esta población. Este resultado sigue la misma tendencia que la literatura internacional, donde a menor escolaridad más afectada se ve la sexualidad de la mujer¹⁴. Lo antes mencionado puede explicarse porque la baja escolaridad se asocia a una mayor frecuencia de comorbilidades, por ejemplo, personas con menor educación tienen dos veces más riesgo de presentar obesidad, comparadas con aquellas con mayor educación. Del mismo modo, personas con diabetes y baja escolaridad, tienen menos probabilidad de lograr un buen control de su enfermedad¹⁸, factores asociados a mayor disfunción sexual²⁰.

De la investigación se obtuvo que las mujeres con diabetes tuvieron peores resultados en todos los dominios de la sexualidad y, además, fueron el grupo de pacientes que reportó mayor dolor al tener relaciones sexuales. Los resultados obtenidos son concordantes con lo descrito en la literatura, donde se ha demostrado que esta enfermedad tiene una repercusión significativa en la vida sexual femenina, afectando todos los dominios de la sexualidad²⁰. Es relevante destacar que Chile tiene una alta prevalencia de DM2, alcanzando un 9,8% de la población adulta²¹, cifra mucho mayor al promedio mundial²². Dada la gran prevalencia de esta patología en la población, se hace necesario realizar más estudios para poder lograr un manejo integral de la disfunción sexual femenina en pacientes con DM 2.

Diversos estudios han descrito la asociación existente entre hipertensión y la disfunción sexual femenina, planteando que esta patología tendría efectos negativos en todos los dominios de la sexualidad^{23,24}, sin embargo, en esta investigación solamente se observó una disminución significativa

de la excitación, sin verse afectados de manera significativa los otros dominios sexuales.

La sexualidad se ve afectada frecuentemente en pacientes con artrosis, siendo los problemas más frecuentes el dolor y la rigidez²⁵. En el trigésimo noveno Congreso Nacional de Reumatología de la Sociedad Española, se explicó que los trastornos en los dominios antes mencionados son potenciados por conflictos emocionales de cada mujer, por ejemplo, pacientes con prótesis tienen reducida movilidad, interfiriendo con la realización del acto sexual¹⁸. Los resultados obtenidos muestran que las pacientes con artrosis tienen menor puntuación en casi todos los dominios de la sexualidad, excepto en el ítem dolor, en el cual no presentaron diferencias significativas, a diferencia de lo descrito en la literatura.

Por último, en cuanto a la THR, una revisión bibliográfica de Cochrane mostró que la terapia sistémica con estrógenos o combinada con progesterona, generaba una mejoría leve a moderada de la función sexual, principalmente en lo que se refiere al dolor²⁶. Por lo tanto, los resultados obtenidos en la presente investigación son concordantes con la literatura internacional, ya que las participantes usuarias de TRH tuvieron puntajes significativamente mejores en los ítems excitación, lubricación y dolor.

Esta investigación contribuye a aumentar el conocimiento sobre la sexualidad de la mujer menopáusica y postmenopáusica, determinando los dominios de la sexualidad que se ven afectados según el grado de escolaridad, además de otras variables frecuentes en la población chilena. Identificar los dominios específicos que se ven afectados en cada mujer, permite dirigir los tratamientos a cada problema en particular, y no de una forma global.

CONCLUSIÓN

Con los antecedentes expuestos, se puede señalar que mujeres entre 45 y 75 años, con menor escolaridad, tienen un mayor trastorno en todos los dominios de la sexualidad, lo cual concuerda con la hipótesis principal. De los objetivos secundarios, se logró determinar los dominios que se ven afectados según las características demográficas encuestadas, y se pudo comparar con la literatura actual.

La importancia de este trabajo radica en la alta prevalencia de la disfunción sexual entre las mujeres. Lograr demostrar de manera específica los dominios afectados en cada variable, permite enfocar los tratamientos a las necesidades de cada mujer, mejorando así la sexualidad de éstas.

Los resultados más relevantes encontrados son que las mujeres con baja escolaridad ven afectados todos los dominios de la sexualidad, al igual que las pacientes con diabetes. Por lo tanto, estas mujeres requieren un manejo multidisciplinario de su sexualidad para tratar los dominios afectados.



Dada la gran prevalencia de diabetes en la población chilena y el impacto que esta tiene en la sexualidad de la mujer, es importante continuar estudiando los efectos de distintos tratamientos en cada dominio. En cuanto a la variable pareja estable, se encontró que lo que más influía era la relación que se tenía con ella (más que la presencia por sí misma de esta pareja estable), por lo que se cree que hay que reformular la pregunta en sucesivas investigaciones para determinar el impacto en la sexualidad que tiene la calidad de la relación.

En cuanto a las limitaciones del estudio, al ser la base de datos anonimizada obtenida mediante una serie de casos, se produce el sesgo de la selección de los pacientes.

AGRADECIMIENTOS

Queremos agradecer a nuestra Tutora Trinidad Astete W. por orientarnos durante el análisis de la base de datos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Sierra JC, López-Herrera F, Álvarez-Muelas A, Arcos-Romero A, Calvillo C. La autoestima sexual: su relación con la excitación sexual. *Suma Psicológica*. 2018;25(2):146-52.
- Real Academia Española. Sexualidad [Internet]. España: RAE; 2020 [citado el 29 de octubre de 2020]. Disponible en: <https://dle.rae.es/sexualidad>
- Prairie BA, Scheier MF, Matthews KA, Chang CC, Hess R. A higher sense of purpose in life is associated with sexual enjoyment in midlife women. *Menopause*. 2011;18(8):839-44.
- Thomas HN, Thurston RC. A biopsychosocial approach to women's sexual function and dysfunction at midlife: A narrative review. *Maturitas*. 2016;87:49-60.
- Figuerola JR, Jara AD, Fuenzalida PA, Del Prado AM, Flores D, Blumel JE. Prevalence of sexual dysfunction among climacteric women. *Rev Med Chil*. 2009;137(3):345-50.
- Organización Mundial de la Salud. Defining sexual health: Report of a technical consultation on sexual health. Geneva: OMS; 2002 [citado el 20 de enero de 2019]. Disponible en: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexualhealth/definingsexualhealth.pdf>
- Montoya L. Sexualidad humana, valoración clínica y ginecológica; protocolos y tratamiento. En: Bajo J, Vicens L, Montosa X, editores. *Fundamentos de Ginecología*. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (S.E.G.O.). Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2009. p. 285-91.
- Kaplan HS. *The new sex therapy*. London: Bailliere, Tindal; 1974.
- Munarriz R, Kim N, Goldstein I, Traish AM. Biología de la función sexual femenina. *Clínicas Urológicas de Norteamérica*. 2002;(3):693-702.
- 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.
- Valenzuela R, Contreras Y, Manríquez K. Índice de función sexual en trabajadoras de la salud. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2014;79(2):92-101.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5*. 5a ed. Washington, DC: APA, 2013.
- Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *JAMA*. 1999;281(6):537-44.
- Singh JC, Tharyan P, Kekre NS, Singh G, Gopalakrishnan G. Prevalence and risk factors for female sexual dysfunction in women attending a medical clinic in south India. *J Postgr Med*. 2009;55(2):113-20.
- Blümel JE, 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 Ginecol*. 2004;69(2):118-25.
- Ibrahim ZM, Ahmed MR, Sayed Ahmed WA. Prevalence and risk factors for female sexual dysfunction among Egyptian women. *Arch Gynecol Obstet*. 2013;287(6):1173-80.
- Hayes RD, Dennerstein L, Bennett CM, Sidat M, Gurrin LC, Fairley CK. Risk factors for female sexual dysfunction in the general population: exploring factors associated with low sexual function and sexual distress. *J Sex Med*. 2008;5(7):1681-93.
- Romera M. Sexualidad y enfermedades reumáticas. *Reumatol Clín*. 2018;14(3):125-6.
- Lunelli R, Irigoyen MC, Goldmeier S. Hypertension as a risk factor for female sexual dysfunction: cross-sectional study. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(5):2477-82.
- Jaafarpour M, Khani A, Khajavikhan J, Suhrabi Z. Female sexual dysfunction: prevalence and risk factors. *J Clin Diagn Res*. 2013;7(12):2877-80.
- Rahmanian E, Salari N, Mohammadi M, Jalali R. Evaluation of sexual dysfunction and female sexual dysfunction indicators in women with type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Diabetol Metab Syndr*. 2019;11:73.
- International Diabetes Federation. *Atlas de la diabetes de la FID*. Novena edición 2019 [Internet]. 2019 [citado el 29 de octubre de 2020]. Disponible en: https://www.diabetesatlas.org/upload/resources/material/20200302_133352_2406-IDF-ATLAS-SPAN-BOOK.pdf
- Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre la diabetes. Resumen de orientación [Internet]. Ginebra: OMS; 2016 [citado el 29 de octubre de 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/diabetes/global-report/es/#:~:text=Resumen%20de%20orientaci%C3%B3n&text=La%20diabetes%20es%20una%20grave,eficacia%20la%20insulina%20que%20produce>.
- Santana LM, Perin L, Lunelli R, Inácio JFS, Rodrigues CG, Eibel B, et al. Sexual Dysfunction in Women with Hypertension: a Systematic Review and Meta-analysis. *Curr Hypertens Rep*. 2019;21(3).
- Coordinadora Nacional de Artritis. Cerca del 50% de los pacientes reumáticos tiene alguna discapacidad sexual [Internet]. España: Conartritis; 2013 [citado el 11 de abril de 2020]. Disponible en: <http://www.conartritis.org/actualidad/cerca-del-50-de-los-pacientes-reumaticos-tiene-alguna-discapacidad-sexual/>
- Nastri CO, Lara LA, Ferriani RA, Rosa-E-Silva AC, Figueiredo JB, Martins WP. Hormone therapy for sexual function in perimenopausal and postmenopausal women. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2013 [citado el 11 de abril de 2020];5(6):CD009672. doi: 10.1002/14651858.CD009672.pub2.



Cómo citar

Ahumada D, Espinoza C. Mujeres entre 45 y 75 años con baja escolaridad presentan uniformemente mayor disfunción en todos los dominios de sexualidad, en comparación a mujeres con mayor escolaridad. Rev. Conflu [Internet]. 30 de diciembre de 2020 [citado 22 de enero de 2025];3(2):11-5. Disponible en: <https://revistas.udd.cl/index.php/confluencia/article/view/450>

