

## Trabajos Originales

# Función sexual autoinformada en mujeres venezolanas con menopausia natural y quirúrgica

Nasser Baabel Z. PhD<sup>1</sup>, José Urdaneta M. MSc<sup>2</sup>, Alfi Contreras B.<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Universidad del Zulia, Departamento de Ginecología y Obstetricia. Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital Dr. Pedro García Clara. <sup>2</sup> Universidad del Zulia, Departamento de Morfofisiopatología. Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital Materno Infantil Dr. Rafael Beloso Chacín <sup>3</sup> Instituto Venezolano de los Seguros Sociales.

## RESUMEN

*Antecedentes:* La función sexual femenina es un importante indicador de la calidad de vida, la cual puede verse afectada al llegar la menopausia. *Objetivos:* Comparar la función sexual en mujeres con menopausia natural y quirúrgica que acuden a la consulta de ginecología del Hospital "Dr. Pedro García Clara", Estado Zulia, Venezuela. *Método:* Investigación de tipo comparativa y aplicada, con diseño no experimental, contemporáneo y de campo; que incluyó una muestra de 80 pacientes con diagnóstico de menopausia, divididas en dos grupos de acuerdo al tipo de menopausia y evaluadas mediante el Índice de Función Sexual Femenina (IFSF). *Resultados:* Hubo diferencias significativas ( $p < 0,05$ ) a favor de las histerectomizadas en cuanto a los indicadores: frecuencia de la excitación, frecuencia del orgasmo y dolor posterior a la penetración, así como a las dimensiones deseo, orgasmo y dolor. Si bien la puntuación total alcanzada en ambos grupos no mostró diferencias significativas entre ellos, las mujeres histerectomizadas presentaron mejores puntuaciones. *Conclusiones:* No existen diferencias en la función sexual general entre las menopáusicas naturales o quirúrgicas, salvo para el deseo, el orgasmo y dolor.

**PALABRAS CLAVE:** *Función sexual femenina, histerectomía, menopausia*

## SUMMARY

*Background:* Female sexual function is an important indicator of quality of life, which may be affected to reach menopause. *Aims:* To compare sexual function in women with natural and surgical menopause attending at the gynecology consultation in the "Dr. Pedro García Clara" Hospital, Zulia state, Venezuela. *Methods:* A comparative and applied type research with non-experimental, contemporary and field design, which included a sample of 80 patients diagnosed with menopause, divided into two groups according to type of menopause and evaluated by the Female Sexual Function Index (FSFI). *Results:* We found a significant differences ( $p < 0.05$ ) in hysterectomized women as to indicators excitation frequency, frequency of orgasm and pain after penetration, as well as the dimensions desire orgasm and pain. While the points achieved in both groups showed no significant differences between them, hysterectomized women showed better scores. *Conclusion:* It is concluded that there are no differences in the general sexual function between natural or surgical menopause, except for desire, orgasm and pain.

**KEY WORDS:** *Female sexual function, hysterectomy, menopause*

## INTRODUCCIÓN

La sexualidad es una parte fundamental en la vida del ser humano, mediante ella este ha podido reproducirse, conocer su anatomía y relacionarse con el sexo opuesto. Anteriormente, y aun en muchas culturas como la hispana, la mujer ha vivido su sexualidad de una forma reprimida, con numerosos temores y tabúes producto de la información que a través de los años estas han recibido. Cuando se habla de sexualidad, en su sentido más amplio se considera el conjunto de condiciones, estructuras, fisiología, comportamiento y contexto sociocultural que permiten el ejercicio de la función sexual; abarcando los sentimientos, la conducta, la manera de expresarse y de relacionarse con los demás (1). La sexualidad humana influye no sólo en la relación hombre-mujer, abarca también las demás relaciones que involucran personas (2).

La función sexual femenina es un importante indicador de la calidad de vida, el cual está influenciado por una variedad de factores físicos, psicológicos y sociales (3). El bienestar sexual es uno de los factores primordiales en la sensación de placer de la mujer, ya que logra unificar la satisfacción física-emocional, además de fortalecer su propia identidad y sentido de feminidad, elementos claves en la percepción de la calidad de vida de la mujer (4). Sin embargo, al llegar el climaterio y menopausia, la mujer se enfrenta a nuevos cambios producto del cese de función ovárica, los cuales pueden repercutir en la calidad de vida de la mujer y en su función sexual. Es oportuno señalar que la expectativa de vida actual de la mujer venezolana es 73,1 años, por lo que aproximadamente un tercio de su vida transcurre en menopausia y de allí la importancia de propiciar una vida sexual plena y satisfactoria para la mujer (5).

Es conocido que el cese de la función ovárica en las mujeres menopáusicas afecta algunas de las estructuras del piso pélvico las cuales a su vez pueden condicionar disfunción sexual (6). Por otro lado, cada año un gran número de mujeres en el mundo se ve enfrentada a la extracción del útero, siendo la histerectomía una de las cirugías más frecuente después de la cesárea. El útero ha sido descrito como un símbolo de feminidad, sexualidad, reproducción y maternidad, por lo que su extracción conlleva una serie de significados para la mujer, dada su particular importancia (7).

Según algunos autores la sexualidad se deteriora significativamente en la mujer que sufre menopausia quirúrgica, aumentando incluso al triple las disfunciones sexuales en este período. Psicológicamente, la remoción del útero hace que las mu-

jes piensen que los cambios resultantes de ésta cirugía pueden contribuir al distrés vaginal y a una disminución de la sensación genital, la cual disminuiría la vasocongestión, reduciendo así la multiplicidad de orgasmos (4). Sin embargo, Urrutia y cols (8), han reportado que la sexualidad de las mujeres histerectomizadas es dinámica y la evolución de los cambios posterior a la cirugía, no excedería los 6 meses posoperatorios, describiendo un mantenimiento de la frecuencia de relaciones sexuales, un aumento de la libido y una disminución de la frecuencia de dolor y de problemas sexuales posterior a esta cirugía.

Reviste notable importancia que el médico conozca el entorno de la mujer menopáusica, sobre todo en países latinoamericanos como Venezuela, puesto que a diferencia de lo clásicamente descrito, en estas naciones no se ha observado un deterioro de la sexualidad. Por el contrario, se ha encontrado una disminución del número de mujeres sexualmente activas, circunstancia que pudiese estar explicada por diferencias culturales o de estilos de vida (9). Además, se ha podido demostrar que la persistencia de la práctica sexual, disminuye el porcentaje de atrofia de los tejidos sexuales secundarios (10).

En base a estos planteamientos, el objetivo de este estudio es comparar en mujeres venezolanas la función sexual en menopausia natural y quirúrgica.

## PACIENTES Y MÉTODOS

Se procedió a efectuar una investigación de tipo comparativa y aplicada, adecuada a los propósitos del diseño no experimental, en donde se estudió la variable función sexual femenina. Las unidades de análisis estaban representadas por la totalidad de las pacientes con diagnóstico de menopausia que se atendieron en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital "Dr. Pedro García Clara", del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales; localizado en el Municipio Lagunillas del Estado Zulia, Venezuela. Se tomó una muestra de tipo no probabilística e intencionada, conformada por 80 mujeres atendidas en este centro asistencial durante el año 2009.

Esta muestra fue separada en dos grupos de 40 sujetos cada uno, de acuerdo a si presentaban menopausia natural o quirúrgica, fijándose como criterios para su inclusión los siguientes: (a) presencia de menopausia natural o quirúrgica debido a histerectomía con ooforectomía bilateral, (b) manifestar actividad sexual y orientación heterosexual, (c) ausencia de enfermedades psiquiátricas concomitantes, tales

como depresión o trastornos de ansiedad, y (d) deseo voluntario de participar en la investigación. Se excluyeron a mujeres analfabetas o con discapacidad visual, debido a las características del instrumento empleado.

Se procedió a utilizar la técnica de la observación indirecta, mediante la utilización de un cuestionario autoadministrado para la valoración de la función sexual, denominado Índice de Función Sexual Femenina (IFSF). Este instrumento en su versión original fue desarrollado por Rosen y cols (11), utilizándose para esta investigación la versión en español del mismo. Este cuestionario es de uso sencillo y rápido, el cual consta de 19 preguntas, agrupadas en seis dimensiones: deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor; teniendo cada pregunta 5 ó 6 opciones de repuestas, a las que se les asigna un puntaje que va de 0 a 5. El puntaje de cada dominio se multiplica por un factor y el resultado final es la suma aritmética de los dominios; a mayor puntaje mejor sexualidad. Se llenó una ficha de trabajo mediante la entrevista clínica, resguardando la privacidad y confidencialidad de la paciente, para conocer aspectos demográficos relacionados con los sujetos de estudio.

Para la ejecución de esta investigación, se procedió a seleccionar en la consulta ginecológica a las pacientes con diagnóstico de menopausia, de acuerdo con los criterios previamente establecidos. A cada paciente, se le realizó el llenado del formulario o ficha de trabajo, previa explicación del procedimiento a seguir, se les solicitó el consentimiento por escrito para la inclusión en el estudio de acuerdo a los lineamientos de la declaración de Helsinki para estudio en humanos.

Seguidamente, se les entregó el instrumento seleccionado, previa explicación de los mismos, y cada encuestada procedió a leer y contestar en forma personal las preguntas, en un ambiente de privacidad y garantizándoles el anonimato de sus respuestas. Posteriormente, los datos obtenidos de la aplicación de este instrumento, fueron organizados, recopilados, e introducidos en una base de datos y por medio del paquete estadístico para ciencias sociales (SPSS), versión 15.0, se aplicó un tratamiento estadístico de tipo descriptivo; determinándose medidas de tendencia central (medias y desviación estándar). La comparación de los resultados obtenidos entre los dos grupos evaluados, se realizó mediante la prueba de Wilcoxon para grupos relacionados según distribución de grupos y variables estudiadas.

## RESULTADOS

En las Tablas I, II y III se presentan algunas características demográficas y clínicas de la población estudiada. La edad de las pacientes del estudio evidenció que el promedio de edad de las pacientes con menopausia natural fue de 54 años y las pacientes con menopausia quirúrgica de 49 años, la edad de aparición de la menopausia mostró edades promedio de inicio en el primer grupo de 47 años y en el segundo grupo de 43 años. La paridad evidenció medias de 4 partos en ambos grupos. El inicio de la vida sexual activa en ambos grupos fue alrededor de los 19 años de edad y el número de parejas mostró medias de 2 en ambos grupos.

**Tabla I**  
**MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS Y BIOLÓGICAS DE LAS PACIENTES CON MENOPAUSIA NATURAL Y QUIRÚRGICA**

Análisis descriptivo	Menopausia natural Media ± DE	Menopausia quirúrgica Media ± DE
Edad	53,60 ± 3,12	49,10 ± 5,89
Edad de la menopausia	46,95 ± 7,71	43,45 ± 4,45
Paridad	3,55 ± 2,42	3,85 ± 1,64
Sexarquía	19,0 ± 1,56	19,0 ± 1,24
Número de parejas	2,20 ± 1,34	2,20 ± 0,88

El nivel educativo de las pacientes evaluadas evidenció que en ambos grupos el mayor porcentaje (30%) de pacientes tenían un nivel de secundaria completa. El nivel universitario se observó en el 10% de las pacientes con menopausia natural y en el 15% en las con menopausia quirúrgica. El ingreso mensual mostró que la población estudiada tenía ingresos iguales al sueldo mínimo en el 25 y 60% en los grupos con menopausia natural y quirúrgica y mayores al sueldo mínimo en el 50 y 25%, respectivamente.

Por otra parte, las pacientes de la muestra en ambos grupos, el que tuvo menopausia natural y menopausia quirúrgica mostraron porcentajes importantes para el estatus de casada con el 35 y 55% en cada grupo. La frecuencia sexual fue evaluada en ambos grupos y se evidenció que el porcentaje de pacientes fue similar, en función de esta característica de la muestra, observándose que la frecuencia 1-2 veces al mes fue la más frecuente

en ambos grupos, el que presento menopausia natural y menopausia quirúrgica, con el 30 y 40%, seguida por la alternativa en la que afirmaban que la frecuencia de relaciones sexuales es de 1-2 veces por semana donde los porcentajes fueron de 25 y 20% respectivamente.

El uso de tratamiento de reemplazo hormonal en las pacientes de ambos grupos demostró que en el grupo con menopausia natural el 20% de las pacientes recibían tratamiento y en el grupo con menopausia quirúrgica el 45% recibían tratamiento. También se evaluó las comorbilidades de las pacientes observándose que el grupo con menopausia natural recibían en el 10% de las pacientes antidepressivos, mientras que el grupo con menopausia quirúrgica no hubo casos con estos fármacos. La presencia de diabetes mellitus en los grupos se presentó en el 10% de las pacientes con menopausia natural y en el 5% de las pacientes con menopausia quirúrgica, mientras que el 40% de las pacientes con menopausia natural presentaron prolapso genital y en el otro grupo solo estuvo presente en el 10% de los casos. La incontinencia urinaria fue proporcional en ambos grupos observándose en el 25% de las pacientes de cada grupo.

El antecedente de histerectomía estuvo en todos los casos agrupados en las pacientes con menopausia quirúrgica, siendo las causas más frecuentes la miomatosis uterina en el 45% de los casos, seguida de la presencia de alteraciones malignas en el 25% de las pacientes; mientras que las hemorragias uterinas disfuncionales justificaron la histerectomía solo en el 15% de los casos y solo en el 10% de los casos se presentaron tumores anexiales.

El análisis y comparación de las medias de los componentes de los dominios (Tabla IV), que evalúan la función sexual permitió establecer, que solo existen diferencias significativas estadísticamente, entre el grupo con menopausia natural y el grupo con menopausia quirúrgica, en las puntuaciones de los dominios excitación, componente frecuencia con un valor de  $p=0,004$ , orgasmo en el componente frecuencia con una  $p=0,010$ , y dolor en su componente después de la penetración con una  $p=0,017$ . Así mismo se observo que las puntuaciones por cada componente de los dominios mostro tendencias en la elección de la alternativa de respuesta en el dominio deseo, excitación, lubricación, orgasmo y satisfacción, la opción 3 (Moderado) en ambos grupos, mientras que en el dominio dolor, los dos primeros componentes dolor durante la penetración y después de la penetración en el grupo de mujeres con menopausia natural predomino la alternativa 3 y en las mujeres con menopausia quirúrgica la alternativa 4 (Alto).

**Tabla II**  
**CARACTERIZACIÓN DE LAS PACIENTES CON MENOPAUSIA NATURAL Y QUIRÚRGICA**

Análisis frecuencial	Menopausia natural		Menopausia quirúrgica	
	n	%	n	%
<b>Nivel Educativo</b>				
Primaria incompleta	2	5	4	10
Primaria completa	4	10	8	20
Secundaria incompleta	10	25	6	15
Secundaria completa	12	30	12	30
Técnico	8	20	4	10
Universitario	4	10	6	15
<b>Ingreso Mensual</b>				
Menor del sueldo mínimo	10	25	6	15
Sueldo mínimo	10	25	24	60
Mayor del sueldo mínimo	20	50	10	25
<b>Estado Civil</b>				
Soltera	8	20	8	20
Casada	14	35	22	55
Concubina	12	30	8	20
Divorciada	6	15	2	5
<b>Frecuencia Sexual</b>				
Menos de 1 vez mensual	6	15	12	30
1-2 veces mensual	12	30	16	40
1-2 veces semanal	10	25	8	20
3-4 veces semanal	6	15	2	5
Más de 4 veces semanal	6	15	2	5
<b>Tratamiento y Morbilidad</b>				
Terapia de reemplazo hormonal	8	20	18	45
Antidepressivos	4	10	0	0
Diabetes mellitus	4	10	2	5
Prolapso genital	16	40	4	10
Incontinencia urinaria	10	25	10	25
Histerectomía	0	0	40	100

**Tabla III**  
**CAUSAS DE HISTERECTOMÍA DE LAS PACIENTES CON MENOPAUSIA QUIRÚRGICA**

	Menopausia quirúrgica	
	n	%
Miomatosis uterina	18	45
Hemorragia uterina anormal	6	15
Tumor anexial	4	10
Prolapso genital	0	0
Lesiones premalignas	10	25
Endometriosis	2	5

**Tabla IV**  
**ANÁLISIS DE LOS COMPONENTES DE LA FUNCIÓN SEXUAL EN PACIENTES CON MENOPAUSIA NATURAL Y MENOPAUSIA QUIRÚRGICA**

Ítems por dominios de la función sexual	Menopausia natural Media ± DE	Menopausia quirúrgica Media ± DE	Valor p
Deseo			
Frecuencia	2,50 ± 0,93	2,90 ± 1,31	0,146
Nivel	2,60 ± 1,12	2,50 ± 1,13	0,724
Excitación			
Frecuencia	3,00 ± 1,01	3,70 ± 1,43	0,004*
Nivel	2,70 ± 0,79	3,10 ± 1,31	0,073
Confianza	2,80 ± 0,75	2,90 ± 1,23	0,612
Satisfacción	2,90 ± 1,05	3,30 ± 1,36	0,118
Lubricación			
Frecuencia	3,05 ± 1,06	3,30 ± 1,46	0,312
Dificultad	3,00 ± 0,78	3,30 ± 1,20	0,096
Mantenimiento	3,20 ± 0,99	3,60 ± 1,37	0,118
Orgasmo			
Frecuencia	2,70 ± 0,91	3,10 ± 1,23	0,010*
Dificultad	3,00 ± 1,28	3,40 ± 1,29	0,073
Satisfacción	2,80 ± 0,99	3,10 ± 1,53	0,194
Satisfacción			
Cercanía emocional con la pareja	3,20 ± 1,09	3,30 ± 1,57	0,694
Relación sexual con la pareja	3,30 ± 1,20	3,30 ± 1,59	1,000
Vida sexual general	3,30 ± 1,01	3,30 ± 1,50	1,000
Dolor			
Durante la penetración vaginal	3,10 ± 0,84	3,50 ± 1,51	0,088
Después de la penetración vaginal	3,10 ± 0,95	3,70 ± 1,43	0,017*
Durante y después la penetración vaginal	2,90 ± 0,95	3,30 ± 1,28	0,073

Prueba de rangos con signo de Wilcoxon. (\*)  $p < 0,05$  valor significativo.

El análisis de la función sexual en los grupos de pacientes evaluadas (Tabla V), evidencio que el total de la puntuación de los dominios de la prueba fue en el grupo de pacientes con menopausia natural de 18 puntos y en el grupo de pacientes con menopausia quirúrgica fue de 23,32, con una  $p=0,068$  lo que muestra que no hubo diferencias significativas en la puntuación entre ambos grupos, como lo demuestra la evaluación individual de cada dominio de la prueba, donde solo se observaron diferencias significativas entre los grupos al realizar la comparación de medias en los dominios deseo, orgasmo y dolor.

El diagrama de cajas en la comparación de la función sexual entre los grupos con menopausia natural y menopausia quirúrgica (Figura 1), eviden-

cia la distribución intercuartil de las medias de los indicadores que evalúan la variable función sexual, en el cual se observan que las medias de los puntajes del test según los dominios, en el grupo de pacientes con menopausia natural se ubicó entre 2,9 y 3,4 puntos y en el grupo de pacientes con menopausia quirúrgica la media de los puntajes se ubicó entre 3,7 y 4,2 puntos, según la escala de alternativas del instrumento. Según la distribución por cuartiles se evidencia que el 75% de las pacientes con menopausia quirúrgica, representada por el cuartil 3 (Q3) ubica puntajes entre 3,1 y 3,4 correspondientes a la alternativa de respuesta moderado y el 75% (Q3) de las respuestas de las pacientes del grupo con menopausia natural se correspondieron en la alternativa bajo, respectivamente.

**Tabla V**  
**COMPARACIÓN DE LA FUNCIÓN SEXUAL POR DOMINIOS DE LAS PACIENTES**  
**CON MENOPAUSIA NATURAL Y QUIRÚRGICA**

Análisis descriptivo	Menopausia natural Media ± DE	Menopausia quirúrgica Media ± DE	Valor p
Deseo	2,58 ± 1,17	3,28 ± 1,54	0,049*
Excitación	2,98 ± 1,10	3,72 ± 1,71	0,063
Lubricación	3,42 ± 1,18	3,92 ± 1,77	0,292
Orgasmo	2,90 ± 1,28	3,82 ± 1,63	0,028*
Satisfacción	3,34 ± 1,42	4,07 ± 1,78	0,070
Dolor	3,20 ± 1,17	4,51 ± 2,22	0,007*
Total IFS	18,42 ± 7,32	23,32 ± 10,65	0,068

Prueba de rangos con signo de Wilcoxon. \* p<0,05 valor significativo.

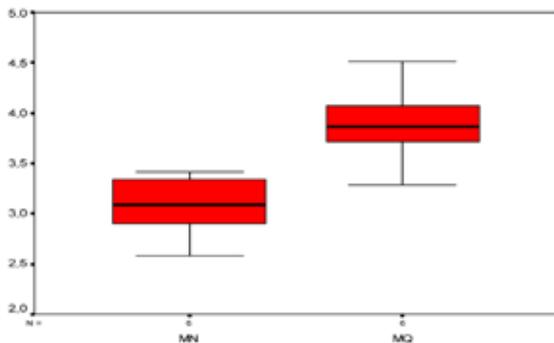


Figura 1. Comparación de la función sexual por las medias de los dominios de las pacientes con menopausia natural (MN) y quirúrgica (MQ)

**DISCUSIÓN**

La histerectomía es una intervención quirúrgica usual, que se practica desde hace mucho tiempo en la historia de la medicina, y que implica al útero, órgano que social y culturalmente está rodeado de significado, simbólicamente vinculado a la identidad y femineidad de la mujer, ligado a su ciclo menstrual y a la maternidad; en este contexto, este procedimiento, implica un impacto importante en las mujeres. Se ha afirmado que la histerectomía como intervención no necesariamente es la que incide en generar malestar en la mujer, sino el estado emocional previo a la operación y de aceptación que tenga del procedimiento, íntimamente relacionado con el nivel de información recibida (12).

En la actualidad el funcionamiento sexual de las mujeres debe ser analizado de forma independiente dada la importancia que revela en la calidad de vida

de las mujeres. La preservación de la sexualidad, tal como era vivenciada antes de la cirugía, es el gran desafío de las mujeres sometidas a histerectomía; tal necesidad surge como consecuencia del hecho de que el útero es concebido como símbolo de feminidad (2).

Los resultados encontraron que ambos grupos presentaban una edad promedio similar, siendo la edad de aparición de la menopausia más temprana en las menopáusicas quirúrgicas que en las naturales; en tanto que la paridad, sexarquía y número de parejas no se presentaron diferencias entre ambos grupos. Al igual que en la serie de Martínez y cols (13), la mayoría de estas mujeres iniciaron su actividad sexual desde la adolescencia y tal como en el estudio de Urrutia y cols (14) la mayoría de estas mujeres presentaban parejas estables.

Respecto al nivel educativo de las pacientes evaluadas se encontró que la mayoría en ambos grupos presentaban niveles iguales o superiores a la secundaria completa; existen autores que plantean que un nivel educacional mayor se correlaciona a un aumento de la satisfacción sexual; por tanto esta variable es importante de tenerla en consideración por los profesionales de la salud, ya que pueden influir en la habilidad de la mujer en la forma de enfrentar este proceso (8). Sin embargo, los resultados presentados por Martínez y cols (13), develaron que ni la edad, la escolaridad, la edad del inicio de la actividad sexual, ni la paridad, influían en la función sexual de mujeres histerectomizadas con y sin disfunción sexual.

En este estudio al igual que en otras series, las principales causas de la menopausia quirúrgica fueron patologías ginecológicas benignas y principalmente histerectomías totales. Cabe señalar que el significado que la mujer atribuye a la extracción del útero se encuentra relacionado a una experien-

cia de pérdida, que si bien conlleva un alivio de la enfermedad, también implica vivir el dolor, la tristeza y la soledad propias de este duelo; las mujeres perciben que la histerectomía puede afectar su vida sexual y por lo tanto su relación de pareja, siendo la falta de educación en relación al cuerpo humano y el machismo de sus parejas las causas por las cuales estas creencias se mantienen (9).

Muchas mujeres evitan responder preguntas acerca de su sexualidad, por ser este un tema percibido como íntimo, por ello los profesionales de la salud evitan también referirse al tema si sus pacientes no se lo manifiestan, asumiendo que ellas les dirán si hay algún problema en esta área (4); asimismo se ha señalado que las mujeres prefieren a las enfermeras para hablar de sus ajustes sexuales después de la histerectomía y, en general, prefieren hablar estos temas con un profesional de sexo femenino (15). En este sentido, la utilización de un instrumento de autoevaluación como el IFSF representa una gran ayuda a la hora de abordar este tema en la consulta ginecológica, puesto que le ofrece a la paciente suministrar información sobre su función sexual, la cual permite al clínico detectar alteraciones en esta esfera.

Los resultados de la investigación detectaron que en la mayor parte de las menopáusicas evaluadas, indistintamente del tipo de menopausia, la frecuencia del apareamiento era baja en más del 50% de ellas. En investigaciones realizadas en mujeres histerectomizadas, se ha establecido un promedio cercano a 2 relaciones semanales luego de tres meses de la intervención; si bien el número de relaciones sexuales por sí sola no entrega información acerca de la calidad de la vida sexual, puede ser un factor que influye negativamente en la percepción de las parejas si lo comparan con la frecuencia preoperatoria, lo que es importante tener en consideración durante el seguimiento de las mujeres y sus parejas (16).

Muchas reacciones psicológicas hacia la histerectomía tienen un efecto importante sobre la sexualidad y la respuesta sexual humana en general, siendo la más generalizada la percepción de una disminución de la autoestima, por sentir su propia imagen corporal alterada (dañada, incompleta y defectuosa), por lo que pueden sentirse sexualmente poco atractivas, lo que conlleva a una disminución del deseo o impulso sexual, con disminución igualmente de la respuesta sexual, del placer o el disfrute durante la relación sexual, que provoca, en algunos casos, que la mujer se sienta asexual; produciéndose igualmente, alteraciones en cuanto al ritmo, variedad y frecuencia de las relaciones sexuales (6).

Asimismo, es relevante señalar que muchas mujeres luego de ser sometidas a una histerectomía no tienen actividad sexual, motivadas principalmente por el "miedo" a reiniciar el coito (8); contrariamente a estos planteamientos, los resultados obtenidos determinaron que el deseo sexual evaluado mediante el IFSF presentaba de forma significativa mejores puntuaciones en las menopáusicas quirúrgicas comparadas con las naturales. Por su parte, en otros estudios las puntuaciones alcanzadas en esta dimensión han sido igualmente bajas tanto en menopáusicas con o sin actividad sexual (12).

Al analizar el indicador excitación, se encontraron diferencias significativas a favor de las mujeres histerectomizadas; sobre todo en la frecuencia de la misma. Resultado coincidente con el presentado por Urrutia y cols (8), quienes determinaron una notoria mejoría en aspectos de la calidad de vida sexual, como la excitación en mujeres histerectomizadas, posterior a seis meses de la cirugía; asimismo en otra serie se determinó una concordancia entre las respuestas de las mujeres en la entrevista basal y al tercer mes en cuanto a grado de excitación alcanzado (valor de Kappa=0,377; significativo) y percepción de deseo sexual (valor de Kappa=0,290; significativo), lo que indica que no hubo cambio posterior a la cirugía (16).

En cuanto a la lubricación vaginal, es clásico apreciar una menor lubricación vaginal pericoital, la que puede vincularse directamente al descenso del tenor estrogénico; además de que conforme avanza la edad aumenta la latencia de dicha respuesta, que mientras ocurre entre 10 y 30 segundos, en la mujer añosa se retarda hasta entre 1 y 3 minutos (17). Sin embargo, al evaluarse aspectos relacionados con la lubricación, no se determinaron diferencias significativas en las mujeres histerectomizadas; presentando tanto las menopausias naturales como las quirúrgicas puntuaciones aceptables.

En relación con el orgasmo, se encontraron diferencias estadísticamente significativas a favor del grupo de las menopáusicas quirúrgicas, sobre todo en el indicador frecuencia; este resultado concuerda con los presentados por Kuppermann y cols (18), quienes al analizar la calidad de vida relacionada a la salud de mujeres que fueron sometidas a histerectomía, encontraron una mejora significativa ( $p < 0,05$ ) en la frecuencia y calidad de los orgasmos posterior a la cirugía.

La literatura señala que la frecuencia de orgasmo es un buen predictor de la sexualidad posterior a la cirugía (8). Sin embargo, otros estudios señalan que en mujeres evaluadas posterior a una histerectomía no se han encontrado diferencias significativas en la frecuencia de orgasmo antes y

después de ésta intervención (16).

En relación al mantenimiento del grado de satisfacción sexual, los resultados encontrados en estas mujeres coinciden con otras investigaciones que señalan que no hay cambios asociados a esta intervención quirúrgica; como en la serie publicada por Urrutia y Araya (16), quienes no encontraron diferencias significativas entre mediciones antes y después de la histerectomía (valor  $Kappa=0,186$ ).

De igual forma, respecto a la satisfacción con la cercanía y comunicación con la pareja, estudios realizados en mujeres histerectomizadas, no han encontrado cambios significativos en esta dimensión luego de seis meses de practicada la cirugía; asimismo, la satisfacción con sus vida sexual apunta a una mejoría posterior a la histerectomía (8,18). Existen evidencias que indican el impacto positivo de la histerectomía sobre la función sexual, tanto las histerectomías abdominales totales y parciales no han producido diferencias en la frecuencia y calidad del coito, en la localización del orgasmo o en la satisfacción con la vida sexual; dependiendo este último de la existencia de satisfacción antes de la cirugía, de una buena relación con la pareja, del bienestar físico y de la existencia de reposición hormonal (2).

Referente a la dimensión dolor, se conoce que a las pacientes que durante la histerectomía le realizaron ooforectomía, pueden mostrar síntomas climatéricos a cualquier edad en que se realice la operación, y algunos de ellos son la disminución de la libido y cambios atróficos de la vagina, los cuales son más propensos a producir molestias e incomodidades durante el coito y representan un impedimento para la actividad sexual (19). En este sentido y contrario a estos planteamientos, los resultados alcanzados en la muestra evaluada permitieron determinar que en las mujeres con menopausia quirúrgica la prevalencia de dolor o dispareunia era menor, sobre todo posterior a la penetración, presentando estas mejores y significativas puntuaciones respecto a las menopáusicas naturales.

Estos resultados coinciden con los presentados por Hartmann y cols (20), quienes encontraron una mejoría de la dispareunia posterior a la cirugía; así como por los obtenidos en otras series (8,16), los cuales han evidenciado en mujeres histerectomizadas una disminución significativa de la frecuencia de dispareunia posterior a la intervención.

Así como con los resultados presentados, en tanto en la investigación realizada por Komura y cols (2), como en la de Kuppermann y cols (21), quienes encontraron en mujeres sometidas a histerectomías abdominales una mejoría notoria en la satisfacción con su función sexual, bien se tratase de histerectomías totales o parciales. Por su parte, los resultados

presentados por Martínez y cols (13), confirman que las alteraciones en la función sexual se comportan como variables independientes al procedimiento quirúrgico, no existiendo ningún tipo de repercusión en la función sexual de las pacientes que fueron sometidas a histerectomía total o supracervical.

Si bien se encontraron diferencias significativas en cuanto a aspectos como el deseo, orgasmo y el dolor, no se encontraron resultados estadísticamente significativos en la función sexual global, evaluada mediante el IFSF entre las mujeres con menopausia natural o quirúrgica. Al respecto, la literatura es contradictoria, ya que por algunos autores la ooforectomía es considerada como un factor que influye significativamente en la obtención de resultados insatisfactorios posteriores a la histerectomía producto del cese hormonal, mientras que otros estudios muestran que estos resultados dependen de cada mujer; sin embargo, estudios realizados en mujeres chilenas encontraron que la remoción de los ovarios es el único predictor negativo de la calidad de vida sexual de las pacientes histerectomizadas (8).

En otras investigaciones realizadas en menopáusicas, con un gran número de mujeres histerectomizadas, aunque no se discriminó la muestra según el tipo de menopausia, el nivel de satisfacción sexual, en el puntaje general del IFSF fue de 17,96 puntos para el total de la muestra; encontrándose en todas las dimensiones evaluadas diferencias significativas entre las mujeres con y sin actividad sexual (12). Igualmente los resultados presentados por Martínez y cols (13), evidenciaron en histerectomizadas medias en la puntuación del IFSF alrededor de los 24 puntos, similares a las encontradas en el grupo de menopáusicas quirúrgicas analizados en el presente estudio.

La sexualidad es uno de los aspectos a considerar al momento de intervenir a las mujeres histerectomizadas; el reinicio de la vida sexual depende de la seguridad y confianza que la mujer tiene de sí misma, factores que sin lugar a dudas deben ser fortalecidos a través de la educación entregada por los profesionales del área. La consejería profesional, es imprescindible para facilitar el proceso de adaptación a la sexualidad definitiva postoperatoria, y contribuir a una percepción positiva de las mujeres sobre su cuidado (8,14,15,16).

Por tanto, es de crucial importancia que el clínico incorpore el estudio de la función sexual durante la evaluación de la mujer en climaterio o menopausia, de manera que puedan detectarse oportunamente los cambios que esta pueda provocar en la sexualidad de la mujer. Asimismo, es recomendable incorporar investigaciones cualitativas en esta área, que

permitan conocer las experiencias vividas de las mujeres, desde su percepción y de esta manera, poder complementar el cuerpo de conocimientos ya construido, que permita ahondar en las necesidades de las menopáusicas, sobre todo de las histerectomizadas, identificando nuevas variables que no han sido consideradas en el instrumento aplicado, de manera que se puedan mejorar los aspectos educativos y de consejería a estas mujeres.

El uso de un instrumento de autovaloración como el IFSF permitirá al clínico, de forma rápida y confiable, investigar estos aspectos de la vida de la mujer. En este estudio si bien no se encontraron diferencias significativas entre la función sexual de las mujeres con menopausia natural o quirúrgica, es importante reconocer que aquellos significados descritos en este estudio, son los que acompañan a la mujer mientras se encuentra en el transcurrir de su menopausia, por lo que deben ser considerados por sus ginecólogos que las atiendan durante este período; de modo de mejorar tanto la sexualidad como la calidad de vida de estas mujeres.

Una limitación del presente estudio es que no se tomaron en cuenta mujeres histerectomizadas a quienes si se les preservaron sus ovarios, de modo de poder precisar de forma más acuciosa el efecto de la histerectomía sobre la función sexual femenina. Otra limitación de esta investigación es que la aplicación del instrumento en el grupo de menopáusicas quirúrgicas fue realizada únicamente posterior a la cirugía, lo que circunscribe la visión que la mujer tiene durante su post-operatorio tardío; desconociéndose cual era la percepción que la mujer tenía de su sexualidad antes de la extracción del útero.

Otra limitación que se puede mencionar es no haber discriminado en relación a algunos aspectos tanto de índole demográficos como el estrato socioeconómico; o haber considerados aspectos físicos como la presencia de obesidad o alteraciones en los niveles de andrógenos, o factores relacionados con la pareja como la disfunción eréctil o la eyaculación precoz, los cuales son aspectos importantes al evaluar la función sexual. Asimismo, no se discriminó entre las menopáusicas que recibían terapia de reemplazo hormonal y las que no; al respecto, en investigaciones realizadas en menopáusicas de la región se determinó al analizar la calidad de vida de estas mujeres, mediante el uso de la escala MRS, que la dimensión sexual de las menopáusicas que recibían TRH era mejor que la de aquellas mujeres no tratadas, sin embargo, las medias encontradas estaban por debajo de los valores de la estandarización efectuada para la población latinoamericana (22).

## CONCLUSIÓN

El análisis de la función sexual auto informada en menopáusicas discriminadas según el tipo de menopausia, permitió conocer una mejoría de los indicadores frecuencia de la excitación, frecuencia del orgasmo y dolor posterior a la penetración; encontrándose diferencias estadísticamente significativas a favor de las mujeres histerectomizadas en cuanto a las dimensiones: deseo, orgasmo y dolor. Si bien la puntuación total alcanzada por medio del IFSF fue superior en las pacientes con menopausia quirúrgica, esta diferencia no fue estadísticamente significativa.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Navarro D. Climaterio y menopausia. De médico a mujer. Editorial científico-técnica. La Habana: Cuba. 2006
2. Komura LA, Herrmann P, Silva D, Massumi M. Histerectomía y vivencia de la sexualidad. *Index de Enfermería* 2007;16(57):28-32.
3. Botros S, Abramov Y, Miller J, Sand P, Gandhi S, Nickolov A, Goldberg R. Effect of parity on sexual function. An identical twin study. *Obstet Gynecol* 2006;107(4):765-70.
4. Cerda P, Pino P, Urrutia MT. Calidad de vida en mujeres histerectomizadas. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2006;71(3):216-21.
5. Álvarez R, Martín E, Bordones M. Conocimiento y actitud sobre el climaterio en mujeres entre 40 y 50 años. *Rev Obstet Ginecol Venezolana* 2008;68(1):32-40.
6. González I. Sexualidad femenina e histerectomía. *Revista Cubana de Medicina General Integral* 2008;24(4) [Periódico en línea] Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252008000400011&lng=es&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252008000400011&lng=es&nrm=iso). Fecha de recuperación: 21 de Julio de 2010.
7. Urrutia MT, Riquelme P. Significado de la histerectomía para un grupo de mujeres chilenas. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2009;74(5):276-80.
8. Urrutia MT, Araya A, Rivera S, Viviani P, Villarroel L. Sexualidad de la mujer histerectomizada: modelo predictivo al sexto mes posterior a la cirugía. *Rev Méd Chile* 2007;135(3):317-25.
9. Ortiz N, Mariño C, Méndez B, Olarte N, Blumel JE. Deterioro de la calidad de vida durante el climaterio. *Rev Colomb Menopausia* 2001;7(2):201-10.
10. Leno D, Lozano M, Leno J. Estereotipo psico-socio-cultural de la menopausia en mujeres rurales. *Revista electrónica de Enfermería Global* 2006;(9). [Periódico en línea]. Disponible en: <http://www.um.es/eglobal/>. Fecha de recuperación: 29 de julio de 2008.
11. Rosen R, Brown C, Heiman J, Leiblum S, Meston C, Shabsigh R, Ferguson D, D'Agostino R. The female sexual function index (FSFI): A multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *J Sex Marital Therapy* 2000;26:191-208.
12. Chenevard C, Román F. Percepción, síntomas y

- sexualidad en mujeres hysterectomizadas. *Rev Cubana Obstet Ginecol* 2007;33(1):1-7.
13. Martínez M, Bustos H, Ayala R, Leroy L, Morales F, Watty A, Briones C. Evaluación de la función sexual en mujeres sometidas a hysterectomía total y supracervical por vía laparoscópica. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2010;75(4):247-52.
  14. Urrutia MT, Riquelme P, Araya A. Educación de mujeres hysterectomizadas: ¿Qué desean saber? *Rev Chil Obstet Ginecol* 2006;71(6):410-6.
  15. Urrutia MT, Araya A, Riquelme P. Satisfacción con la educación recibida en un grupo de mujeres hysterectomizadas. *Rev Ciencia y Enfermería* 2008;14(1):33-42.
  16. Urrutia MT, Araya A. Sexualidad en mujeres hysterectomizadas al tercer mes posterior a la cirugía. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2005;70(3):160-5.
  17. Arena J. Influencia del climaterio y la terapia hormonal de reemplazo sobre la sexualidad femenina. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2006;71(2):141-52.
  18. Kuppermann M, Summitt RL, Varner RE, McNeeley SG, Goodman D, Learman LA, Ireland CC, Vittinghoff E, Lin F, Richter HE, Showstack J, Hulley SB, Washington AE. Sexual functioning after total compared with supracervical hysterectomy: a randomized trial. *Obstet Gynecol* 2005;105(6):1309-18.
  19. González M. Menopausia y disfunción sexual. En: *Rev Colomb Menopausia*. [Periódico en línea] Disponible en: <http://www.encolombia.com/medicina/menopausia/Meno10104-Menopausia.htm> Fecha de recuperación: 19 de Septiembre de 2010.
  20. Hartmann K, Ma C, Lamvu G, Langenberg P, Steege J, Kjerulff K. Quality of life and sexual function after hysterectomy in women with preoperative pain and depression. *Obstet Gynecol* 2004;104(4):701-9.
  21. Kuppermann M, Varner RE, Summitt RL, Learman LA, Ireland CC, Vittinghoff E, Stewart AL, Lin F, Richter HE, Showstack J, Hulley SB, Washington AE. Effect of hysterectomy vs medical treatment on health-related quality of life and sexual functioning. *JAMA* 2004;291(12):1447-55.
  22. Urdaneta JR, Cepeda M, Guerra M, Babel NS, Contreras A. Calidad de vida en mujeres menopáusicas con y sin terapia de reemplazo hormonal. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2010;75(1):17-34.
-