

***“Disfunciones Sexuales en el Climaterio y Percepción de las Usuarías Respecto del Rol que cumple el Profesional Matrona - Matrón en su Pesquisa y Tratamiento”***

Tesis para optar al Grado de  
Licenciada en Obstetricia y Puericultura

**Tesistas:** Isabel Bentsch Meneses  
Camila Jeldes Maturana  
Camila Tapia Fontecilla  
Vinka Veas Guerra  
Francisca Vega Astudillo

**Profesora Guía:** Ana María Alvarado Vargas

Valparaíso, Octubre de 2012

## **AGRADECIMIENTOS**

Especiales agradecimientos a los integrantes de los Comité de Ética del Hospital Carlos Van Buren y el Hospital de Quilpué por acoger el proyecto de tesis y sugerir cambios que contribuyeron posteriormente a la realización del estudio.

A la Sra. Tiare Hevia y a las Srtas. Margarita Candia y Gabriela Alcota, matronas de los Policlínicos de Ginecología del Hospital de Quilpué y Hospital Carlos Van Buren respectivamente, quienes dieron las facilidades para realizar las entrevistas a las usuarias.

A las mujeres entrevistadas, por regalarnos minutos valiosos de su tiempo y confiarnos parte de su intimidad.

A la Sra. María Elena Fontecilla Saavedra, por su colaboración en la traducción del resumen de la Tesis.

A nuestra profesora, Srta. Ana María Alvarado Vargas, quien semana a semana orientaba, dirigía y guiaba cada uno de los pasos a seguir durante la Investigación.

Finalmente agradecer a todas aquellas personas que de alguna manera u otra han hecho de esta tesis una realidad.

## INDICE

|                                         | <b>Páginas</b> |
|-----------------------------------------|----------------|
| Agradecimientos                         | 2              |
| Resumen                                 | 5              |
| Abstract                                | 6              |
| Introducción                            | 7              |
| Justificación Problema de Investigación | 9              |
| Problema de Investigación               | 10             |
| Definición de Términos                  | 10             |
| Marco Teórico                           | 12             |
| Objetivos Generales y Específicos       | 38             |
| Operacionalización de Variables         | 40             |
| Material y Método                       | 48             |
| - Diseño de la Investigación            |                |
| - Identificación del Universo y Muestra |                |
| - Criterios de Inclusión                |                |
| - Fuentes de Información                |                |
| - Metodología de Recolección de Datos   |                |
| - Limitaciones de la Investigación      |                |
| - Aspectos éticos Involucrados          |                |
| Resultados                              | 52             |
| Conclusiones                            | 74             |
| Recomendaciones                         | 85             |
| Bibliografía                            | 88             |

**Páginas**

Anexos

|                                                                |     |
|----------------------------------------------------------------|-----|
| - Anexo 1: Cuestionario                                        | 95  |
| - Anexo 2: Consentimiento Informado                            | 105 |
| - Anexo 3: Disfunciones Sexuales                               | 107 |
| - Anexo 4: Escala de Puntuación Menopáusica                    | 108 |
| - Anexo 5: Escala de Autoestima de Rosenberg                   | 110 |
| - Anexo 6: Relación afectivo-comunicativa con la pareja        | 112 |
| - Anexo 7: Conocimientos Básicos sobre Sexualidad y Climaterio | 113 |
| - Anexo 8: Tablas Complementarias                              | 115 |
| - Anexo 9: Muestra Página de Título: CD - ROM                  | 121 |

## Resumen

Se realizó un estudio cuantitativo, transversal, observacional, descriptivo en 122 usuarias de 45 a 59 años con alguna disfunción sexual atendidas entre enero y marzo de 2012, en establecimientos de atención secundaria dependientes de los Servicio de Salud Viña del Mar - Quillota y Valparaíso - San Antonio, con el objeto de determinar los factores biológicos, psicosociales y ambientales presentes en mujeres climatéricas con disfunciones sexuales y su percepción acerca del rol profesional de la matrona-matrón de APS en la pesquisa y tratamiento. La participación fue voluntaria, previa lectura y firma de consentimiento informado.

Las disfunciones sexuales más prevalentes fueron: trastornos de la excitación (56%), dispareunia (43,4%) y deseo sexual hipoactivo (38,5%). El trastorno por aversión alcanza un 18% de los casos y es el único que aumenta con la edad de la usuaria. Las patologías generales más frecuentes fueron hipertensión arterial (39,6%), depresión (34,4%) e hipotiroidismo (19,4%). Un 54% de las encuestadas sufría un grado severo de molestias en el climaterio medido por la Escala de Puntuación Menopáusica (MRS) y es en este grupo de mujeres donde aumenta la frecuencia de todas las disfunciones sexuales. Se encontró un alto nivel de autoestima (77,8%), evaluado por la Escala de Autoestima de Rosenberg, la participación en actividades recreativas apenas supera a 1/3 de la muestra, asociado a una sobrecarga laboral con un 44,3% de mujeres que trabajan de 9 - 12 horas diarias, y un 28,7% que labora más de 13 horas al día. La mayoría de las usuarias se siente apoyada por su familia superando el 70%. Referente a la pesquisa y tratamiento de la disfunción sexual en el nivel primario, el 60% de las mujeres no se sintió apoyada psicológica ni afectivamente por el profesional matrona-matrón y el 56,6% refirió que no tuvo las instancias para el diagnóstico de la disfunción, a pesar de ello, la satisfacción de las usuarias con respecto a la atención brindada alcanza al 83,6%, valorando la privacidad, trato respetuoso y uso de lenguaje claro por parte del profesional.

Considerando que la cobertura de la atención primaria en salud alcanza al 80% de las mujeres que acceden a distintas instancias de atención con el profesional matrona-matrón, éste debe valorar a la usuaria, incorporando aspectos de salud mental, relaciones familiares y especialmente de pareja que permitan establecer un diagnóstico biopsicosocial y un plan de intervención que las prepare y capacite para sortear con éxito los cambios biológicos, psicológicos y sociales que hacen del climaterio una etapa especialmente vulnerable.

**Palabras Clave:** climaterio, disfunciones sexuales, rol profesional matrona-matrón.

## Summary

A transversal observational descriptive research was done in 122 users between 45 to 59 years old suffering some kind of sexual dysfunction, they were checked between January and March 2012, in secondary attention institutions dependent of Viña del Mar- Quillota Health Service and Valparaíso- San Antonio Health Service with the objective of determining the biological, psychosocial and environmental factors present in climacteric women with sexual dysfunction and their perception of the midwife's role in Health Primary Attention treatment and inquiry. The women's participation was voluntary, previously they read and signed an informative assent document.

The most prevailing sexual dysfunctions were: arousal disorders (56%), dyspareunia (43,4%) and hypoactive sexual desire (38,5%). The aversion disorders reach 18% of the cases and it is the only dysfunction which increases with the users age. The most frequent concomitant general pathology was high blood pressure (39,6%), followed by depression (34,4%) and hypothyroidism affecting 19,4% of the women in research, 54% of them had a severe degree of climacteric discomfort, measured by Menopause Rating Scale (MRS) and it is in this group of women where the frequency of every sexual dysfunction increases. A high level of self-esteem was found (77,8%), evaluated according to Rosenberg's scale. The participation in recreational activities barely reaches 1/3 of the total sample, at the same time a big female work overload with 44,3% -women working about 9-12 hours- and 28,7% women working more than 13 hours in a day. Most of the women in research feel supported by their families exceeding 70%. According to the inquiry and treatment of the sexual dysfunction in primary level, 60% of the women did not feel psychological or emotionally supported by the midwife and 56,6% said that they did not have the opportunity of having a dysfunction diagnosis, in spite of that, there is a high percentage of users' satisfaction (83,6%) who considered privacy, respectful treat and the professional's clear use of the language.

Taking into account that the covering primary attention in health reaches 80% women who have access to different instances of attention with the professional midwife, he or she has to appreciate the user, including mental health aspects, family relationships and specially partner's relationship which allow him or her to establish a biopsychological diagnosis and an intervention plan to prepare and teach them to face with success the social, psychological and biological changes which make climacteric a specially susceptible stage.

**KEY WORDS:** climacteric, sexual dysfunction, midwife's professional role

## INTRODUCCIÓN

En la actualidad, los países desarrollados o que se encuentran en vías de desarrollo, presentan una pirámide de población envejecida, por lo cual deben enfrentarse a múltiples cambios en las problemáticas de salud de su población, que constituyen desafíos en el área de salud y de la investigación. Esto ha motivado, el interés por estudiar las disfunciones sexuales en mujeres climatéricas de la provincia de Valparaíso, explorando los factores asociados a tal situación y la percepción que las usuarias tienen respecto del rol que cumple el profesional matrona-matrón, al momento de la pesquisa y posterior tratamiento.

La salud sexual se define como la observación de las expresiones libres y responsables de las capacidades sexuales que propician un bienestar armonioso personal y social de las personas, que se ve influenciada por factores biológicos, psicológicos, sociales y ambientales<sup>1</sup>. Estos factores tienen especial importancia durante la etapa de climaterio, definida como el cese de la función ovárica o la transición de un estado reproductivo a uno no reproductivo. Los cambios biológicos asociados al climaterio, se dan habitualmente en paralelo a situaciones de estrés como: aparición de patologías crónicas u otras, que afectan el entorno familiar de las parejas como el cese de la crianza de los hijos o “síndrome de nido vacío” y a la necesidad de modificar los patrones de vida en conjunto, en un medio social que poco valora la experiencia y más bien la asocia a vejez. Estas alteraciones tanto biológicas como psicosociales se viven de manera diferente en cada individuo y afectan de distinta manera la vida de la mujer y de su pareja.

---

<sup>1</sup> Organización Mundial de la Salud (OMS). Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2002) Promoción de la Salud Sexual. Recomendaciones para la acción.

Las Políticas Públicas en Salud, proponen una atención integral de la mujer en todos sus aspectos, y así fue establecido en el Programa de Salud de la Mujer de 1997 y posteriormente en el Manual del Proceso Reproductivo del año 2008, en este sentido es especialmente importante el rol del profesional matrona-matrón en el cuidado de la salud de la mujer en todas las etapas de su ciclo de vida, especialmente en aquellos de mayor vulnerabilidad.

## JUSTIFICACIÓN PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

La sexualidad es considerada una parte integral y relevante de la calidad de vida de las personas, que se ve alterada por la menopausia, debido a la disfunción hormonal propia del climaterio que interacciona con aspectos biológicos, sociales y ambientales como: el nivel de autoestima, condición de hacinamiento en el hogar y presencia de patologías, entre otros aspectos.

El problema de investigación fue seleccionado puesto que es una de las preocupaciones más frecuentes en las consultas de las usuarias climatéricas, según las estadísticas entre un 30% y 50% de las mujeres<sup>2</sup> en este período presentan algún tipo de disfunción sexual. Por otra parte, el descenso de la natalidad y el aumento de la esperanza de vida de las personas, obliga a los profesionales de la salud a tener un mayor conocimiento acerca de las patologías de mayor incidencia en este grupo etario.

En estos aspectos, el profesional matrona-matrón debe hacer especial énfasis, realizando acciones preventivas y promocionales para fomentar una actitud positiva frente a esta etapa de la vida y reforzar aspectos como seguridad, autoestima y desarrollo personal. Además de realizar funciones propias de su competencia como la educación y consejería en todo el proceso de diagnóstico y tratamiento.

A raíz de esto nace el interés de conocer la situación actual de la zona respecto a cuáles son las disfunciones sexuales más frecuentes en mujeres climatéricas, qué factores están asociados y la percepción de la usuaria respecto al rol que cumple la matrona-matrón en la atención primaria de salud.

---

<sup>2</sup> Arena. J.O; (2006) Influencia del climaterio y la Terapia Hormonal de Reemplazo. Revista Chilena de obstetricia y Ginecología. V.71 N°2. Santiago.

## **PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

¿Cuáles son los factores biológicos, psicosociales y ambientales presentes en mujeres climatéricas con disfunciones sexuales y su percepción acerca del rol profesional de la matrona-matrón en su pesquisa y tratamiento durante el primer trimestre del año 2012 en establecimientos de atención secundaria dependientes del Servicio de Salud Viña del Mar - Quillota y Servicio de Salud Valparaíso - San Antonio?

## **DEFINICIÓN DE TÉRMINOS**

1. Factores biológicos: Características fisiológicas o patológicas presentes en el climaterio que se pueden asociar a una disfunción sexual.
2. Factores psicosociales: Hace referencia a aquellas situaciones familiares, y emocionales de la usuaria que se pueden asociar a una disfunción sexual.
3. Factores ambientales: Características o situaciones pertenecientes al ámbito educacional y laboral de la usuaria que se pueden asociar a una disfunción sexual.
4. Percepción del rol del profesional matrona-matrón: Apreciación personal de cada usuaria con respecto a la atención brindada por parte del profesional matrona-matrón durante las consultas y controles en Atención Primaria de Salud (APS).
5. Mujeres climatéricas: Mujeres entre 45 y 59 años que presentan signos y/o síntomas característicos relacionados a la premenopausia, menopausia o postmenopausia.

6. Disfunción sexual: Definida según el CIE X como diferentes formas de incapacidad para participar activamente en una relación sexual deseada. Según los casos, se trata de una falta de interés, una imposibilidad de sentir placer, un fracaso en la respuesta fisiológica necesaria para una interacción sexual efectiva o una incapacidad para controlar o sentir un orgasmo.

7. Establecimientos de atención secundaria: Entidades correspondientes a Consultorios de Especialidades o Policlínicos de Ginecología que atienden a usuarios derivados desde la atención primaria pertenecientes a Servicios de Salud Viña del Mar - Quillota y Valparaíso - San Antonio.

## MARCO TEÓRICO

La sexualidad humana “hace referencia una dimensión fundamental y amplia del ser humano que incluye aspectos como sexo, género, identidad de sexo y género, orientación sexual, erotismo, vínculo emocional, amor y reproducción. Esta se experimenta o se expresa en forma de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, actividades, prácticas, roles y relaciones, que son construidas y significadas según cada cultura”.<sup>3</sup>

En el ser humano, la sexualidad es aprendida, dinámica (a través de diferentes tareas o fases que se enfrentan para lograr la madurez sexual) y libre,<sup>4</sup> mediante la experiencia y la educación irá descubriendo la orientación y el sentido de la sexualidad, para que el cerebro humano esté en condiciones de dirigir la actividad sexual necesita de un período largo de crecimiento, desarrollo y equilibrio, a diferencia de los animales, donde no hay más sexualidad que la necesaria para la reproducción<sup>5</sup>.

Se distinguen por lo tanto, los términos de genitalidad y sexualidad, entendiendo al primero como el conjunto de características anatómicas y fisiológicas que diferencian a los seres vivos en función de la reproducción, y a la sexualidad como el conjunto de características genitales, afectivas, psicológicas, sociales y ético-espirituales que distinguen y complementan al hombre y a la mujer.

---

<sup>3</sup> Organización Mundial de la Salud (OMS),(2000) Organización Panamericana de la Salud. Asociación Mundial de Sexología (WAS) Guatemala.

<sup>4</sup> Aliaga, P.; Ahumada, S.; Villagrán, O.; Manzor, S. y Santamaría, M. (1999). ¿...Y la sexualidad qué? Visión desde la perspectiva de un Hospital Universitario. Revista Hospital Clínico de la Universidad de Chile.

<sup>5</sup> Romo, W; (2003). Ginecología. En: Pérez Sánchez. (Ed.). Antropología de la sexualidad. Chile. Mediterráneo.

A nivel biológico, la sexualidad, está regulada por el sistema neurovegetativo, que es el encargado de las conductas instintivas, y la corteza cerebral que es la conciencia psicológica, ambas encargadas de crear la conducta. Esta conducta es sexuada, es decir, se actúa como hombre o como mujer, puesto que la sexualidad, en un sentido integral, es impuesta por sobre las propias opciones y define el modo de ser y de existir de la persona.

Por ello se entiende que la sexualidad es un proceso complejo, en donde intervienen los sistemas neurológico, vascular y endocrino; y en el cual los aspectos familiares, sociales y religiosos juegan un papel preponderante.<sup>6</sup> La búsqueda del placer sensorial, permite que a través del placer sexual se logre una apertura a la corporalidad, es decir, una reconciliación y aceptación del propio cuerpo, aspecto que se relaciona con la autoestima.

La sexualidad abarca más allá de los mecanismos reflejos y circuitos neuronales, se establece antes de la intimidad genital, primero con un contacto entre hombre y mujer, seguido de un proceso de exclusividad de la pareja y un conjunto de procesos internos de descubrimiento físico y psicoafectivo que construye una identidad de pareja. Estas relaciones interpersonales son acompañadas por cariño, respeto, admiración, complementariedad; de modo que el acto sexual no tendrá sólo un fin reproductivo, sino que un lenguaje de comunicación y un medio de encuentro espiritual mediado por lo corporal.

---

<sup>6</sup> Bachmann. G; y Phillips. N;(1998). Sexual dysfunction. En: Chronic pelvic pain: an integrated approach. (P: 77-90). Philadelphia. WB Saunders.

Por otro lado, se habla de una salud sexual<sup>7</sup>, que se observa en las expresiones libres y responsables de las capacidades sexuales que propician un bienestar armonioso personal y social, y se puede reconocer en el plano personal o de la sociedad.

De esta manera se entiende que la sexualidad es una construcción de la identidad personal más la interacción socio cultural. Es por ello, que el contexto donde se desarrolle la sexualidad, influye profundamente en la forma de su expresión. La Asociación Mundial de Sexología, en su declaración de los Derechos Sexuales (1997) los plantea como un derecho de la persona a la privacidad, el placer y la toma de decisiones libres y responsables, éstos se verán expresados o no dependiendo de la situación en el cual se desarrollen las relaciones -muchas veces vulneradas- lo que permitirá o no el establecimiento una sana “salud sexual”.

### Climaterio y sexualidad

El término climaterio (del griego Klimak, que significa escalón) se define como la etapa que marca la transición desde el período fértil de la vida al no fértil. La Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia, lo define como el período de tiempo entre el final de la fase reproductora y el comienzo de la senilidad, es decir, el período que va aproximadamente entre los 40 – 45 a los 60 años<sup>8</sup>. Para la OMS (1976) es el período de transición de un estado reproductivo a uno no reproductivo.

---

<sup>7</sup> Organización Mundial de la Salud (OMS). Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2002) Promoción de la Salud Sexual. Recomendaciones para la acción. (P:19-22). Antigua Guatemala. Guatemala

<sup>8</sup> Serrano. M; (2002) La Educación para la Salud del Siglo XXI, Comunicación y Salud. Madrid. Díaz de Santos, S.A.

Cabe señalar que este período contempla dos etapas: la perimenopausia, desde el inicio de la declinación de la función ovárica hasta 1 año posmenopausia, y la posmenopausia, que abarca desde los 12 meses después de la menopausia en adelante. Entonces, la menopausia será definida, como la última menstruación, ya sea fisiológica (espontáneamente entre los 45-56 años), o iatrogénica (a causa de una ooforectomía, radio o quimioterapia), precoz (antes de los 40 años) o temprana (entre los 40 y 45 años). Independiente de la causa, se debe prolongar la amenorrea por 12 meses para calificarla como menopausia.

Este cese definitivo de la menstruación, que se acompaña de diversos cambios hormonales, metabólicos y orgánicos, marca el término de la vida reproductiva, lo cual puede afectar significativamente a la autoimagen de la mujer. Dependerá de la capacidad que tenga ella para adaptarse a este período lo que determinará el grado de afección de los diversos síntomas asociados a esta etapa. Junto con los cambios hormonales, aparece un cuadro psicológico variable en intensidad y características, marcado por un componente depresivo asociado al rol cultural que cumple la mujer dentro de la sociedad. Es por ello que no basta con identificar la presencia de la sintomatología, sino que se debe reconocer la apreciación propia de la mujer, de modo de determinar si estos cambios psíquicos afectan su capacidad de relacionarse consigo y con el entorno.

Dentro de las alteraciones biológicas más comunes relacionadas con la menopausia se encuentran, entre otras: síntomas vasomotores, trastornos del sueño, deterioro del estado anímico, atrofia urogenital, disminución de la libido, envejecimiento de la piel, aumento de la morbilidad cardiovascular y riesgo de osteoporosis. Los cambios psicológicos están dados por una labilidad emocional y tendencia a la depresión.

Desde el punto de vista psicológico, el climaterio ocurre en la adultez media, que comprende entre los 40 y los 60 años. Dentro de esta etapa, se producen diversos cambios en la esfera de la sexualidad relacionados principalmente con los afectos, el erotismo y el rol que cumple la mujer dentro de la pareja. El cambio de un estado

reproductivo a uno no reproductivo, puede tener dos efectos en la mujer climática: por un lado sentir una cierta libertad, por el abandono de los métodos anticonceptivos y el temor a una posible gestación, o por otro lado, que ocurra una sensación de minusvalía asociada a la pérdida de su capacidad reproductiva.

La etapa del ciclo vital en que se encuentra la mujer y su pareja, hacen surgir cuestionamientos sobre el cumplimiento o no de sus proyectos de vida, lo que conlleva a una introspección sobre la aceptación de logros o satisfacciones, las cuales pueden desencadenar críticas o intolerancias hacia la pareja. Esto también se puede ver reflejado en el ámbito laboral, ya que si bien éste es un periodo donde se ha alcanzando el mejor dominio de la profesión, actividad u oficio, consolidando una identidad laboral, se puede llegar al aburrimiento, comenzando una nueva vocación, o cambiando el lugar de trabajo.

Esta es la también llamada “Crisis de mitad de la vida” y según Erikson<sup>9</sup> se produce una crisis normativa de Generatividad v/s. Estancamiento, donde por un lado existe la preocupación de los adultos maduros por establecer y conducir a las generaciones venideras, haciéndose cargo también las generaciones precedentes y por otro lado el deseo de no cuidar a nadie y dejarse llevar por el tedio y la sensación de que todo lo que le espera es una declinación de las facultades físicas y psíquicas.

Pueden surgir demandas y tensiones tanto de los hijos (que se pueden encontrar en un período de adolescencia o adultez joven) como de los mismos padres, quienes ya en una etapa de senectud, pueden demandar ciertos cuidados, lo que constituye una carga emocional adicional, especialmente para la mujer. En el caso que la familia se encuentre en una etapa de reducción o plataforma de lanzamiento, el cese de la tarea de crianza de los hijos expone a la pareja a un nuevo periodo sólo para ellos, y

---

<sup>9</sup> Papalia. D; y Olds. S; (1997). Desarrollo humano. Capítulo 8: Desarrollo físico e intelectual en la infancia intermedia. Bogotá: McGraw- Hill

pueden surgir crisis como la del “nido vacío”, que propicie un nuevo acercamiento de la pareja, o simplemente evidenciar una escasa vinculación entre ellos.

Los roles de género se tienden a flexibilizar a partir de esta etapa, la distribución previa de tareas ya no es tan necesaria, se tiende a relativizar el peso de las expectativas sociales y se inicia un proceso hacia la conformación de la personalidad más androgénica, es decir, iría perdiendo peso la especificidad de funciones asignadas al hombre o a la mujer, permitiendo que cada persona reúna en sí características consideradas como propias de uno u otro género en nuestra sociedad, lo que habitualmente modifica las formas de interacción de la pareja<sup>10</sup>.

En el ámbito del erotismo, se va incorporando una nueva autoimagen, la cual se va construyendo a medida que se evidencian los cambios propios del envejecimiento y la aceptación que se tengan de éstos. En algunas mujeres se observa una mayor confianza y seguridad en sí mismas, consiguiendo con ello una mayor expresión de sus necesidades sexuales; pero en otras, esta autoimagen propicia los sentimientos de insatisfacción con su vida, lo que puede conducir a la evitación de la actividad sexual, relaciones extra matrimoniales y en algunos casos, crisis con la pareja.

### Disfunciones sexuales

La OMS, en el año 1992 define la disfunción sexual como “las varias formas en las cuales un individuo es incapaz de participar en una relación sexual, tal como él o ella lo quisieran.”

---

<sup>10</sup> Caldiz. L; y Resnicoff. D; (1997). Sexo, mujer y fin de siglo. La intimidad redescubierta. Buenos Aires: Editorial Paidós.

La respuesta sexual humana depende tanto de una estimulación sexual efectiva como de la libertad para responder a ella<sup>11</sup>. Creencias erróneas sobre la sexualidad, inculcadas desde el proceso de socialización, diferente para hombres y mujeres, que desde la antigüedad valoraban la “virtud” como el rechazo de la mujer a la tentación sexual, a través de protecciones institucionales como noviazgos y matrimonios forzados,<sup>12</sup> han generado diferencias en la concepción de la sexualidad para ambos sexos. Si bien ha habido cambios con el correr del tiempo, la cultura aún pesa en la crianza en salud sexual y reproductiva de muchas mujeres. Hamel señala: “La Revolución Sexual de los años '60 separó la sexualidad de la reproducción biológica, a través del uso cada vez más masivo de los anticonceptivos. El renacimiento sexual resexualizó a la mujer, reconociendo su derecho al placer y flexibilizó las actitudes y pautas de comportamiento de adultos y jóvenes”<sup>13</sup>. Aún así existe ignorancia en relación a formas efectivas de estimulación, y sobre lo que se espera de la respuesta sexual. Las disfunciones sexuales constituyen un tema poco abordado entre las parejas y es menos aún consultado, en especial en mujeres climatéricas, en quienes, además de los cambios biológicos producidos por el déficit estrogénico como la pérdida de lubricación del tejido urogenital, disminución del engrosamiento de los labios y erección del clítoris, se adicionan cambios en la configuración corporal. Esto se traduce en una mala auto imagen y reducción de la autoestima lo que conlleva finalmente a la pérdida del deseo sexual, sobre todo en aquellas con dispareunia secundaria a la pérdida de lubricación vaginal, lo que se ve agravado por las expectativas sociales vinculadas a la madurez y el envejecimiento.

---

<sup>11</sup> Fuentes. X; (2001). Medicina de la Mujer. En: Rodríguez, J. y López, G. (Ed.). Fisiología de la respuesta sexual humana. (P:247). Chile. Mediterráneo.

<sup>12</sup> Giddens, A. (1995). La transformación de la intimidad. Sexualidad, amor y erotismo en las sociedades modernas. Madrid. Ediciones Catedra.

<sup>13</sup> Hamel. P; (2001). Medicina de la Mujer. En: Rodríguez, J. y López, G. (Ed.). Aspectos psicológicos y socioculturales de la conducta sexual femenina. (P: 235). Chile. Mediterráneo.

Cuando es imposible desarrollar un ambiente no exigente, de confianza mutua entre un hombre y una mujer adultos, que permita el “abandonarse” a la experiencia erótica sin angustia ni culpa, se habla de una alteración de la respuesta sexual, la cual es llamada disfunción<sup>14</sup>. Estas son alteraciones de tipo psicosomático que se pueden presentar en forma permanente o pasajera en la vida sexual de las personas, afectan cualquiera de las fases de la respuesta sexual: deseo-excitación-orgasmo y tienen un marcado componente afectivo y de comunicación con la pareja.

A su vez, Rubio las define como “una serie de síndromes en los que los procesos eróticos de la respuesta sexual resultan no deseables para el individuo o para el grupo social y que se presentan en forma persistente o recurrente”<sup>15</sup>.

Masters y Johnson estudiaron el comportamiento del ciclo de la respuesta sexual humana, y lo dividieron en cuatro fases: excitación, meseta, orgasmo y resolución. La definición de estas fases los llevó a describir y delimitar las disfunciones sexuales inherentes, aunque no siempre presentes, de la sexualidad humana<sup>16</sup>.

Helen Singer Kaplan<sup>17</sup>, psiquiatra y terapeuta sexual, profundiza y avanza sobre las terapias descritas por Masters y Johnson sobre la “respuesta sexual humana”, ideando terapias breves y de alta efectividad para los trastornos sexuales, incluyendo los aspectos emocionales del sexo y la relación entre la mente y el cuerpo, sobre todo en el caso de las mujeres. Kaplan dio cuenta que habían tres

---

<sup>14</sup>Fuentes, X. (2001). Medicina de la Mujer. En: Rodríguez, J. y López, G. (Ed.). Disfunciones sexuales femeninas: diagnóstico y tratamiento. (p.251). Chile: Mediterráneo.

<sup>15</sup> Rubio, E; (1994) Introducción al estudio de la sexualidad humana. En: Conapo (Ed.) Antología de la Sexualidad Humana. Miguel Angel Porrúa, V.1 (P:17- 46). México

<sup>16</sup> Masters & Johnson. (1995). La sexualidad humana. 13ª edición. Ampliada y revisada. Barcelona. Ed. Grijalbo.

<sup>17</sup> Berman, J; Berman, L; (2003). Sólo para mujeres. Anatomía y Respuesta Sexual femenina Parte VI. <http://www.mundomujer.cl>

fases, postulando que existe el deseo como una fase primaria y más importante, seguida de la excitación y el orgasmo.

Los estudios existentes en Chile sobre sexualidad femenina son escasos, y los realizados en mujeres climatéricas se centran en grupos con patologías específicas o usuarias de alguna terapia en particular<sup>18</sup>. El estudio más detallado sobre prevalencia de disfunciones sexuales llevado a cabo hasta el momento se realizó en Estados Unidos en sujetos con edades comprendidas entre los 18 y 59 años y muestra unos resultados de un 30% de problemas de deseo sexual en la mujer y un 25% de problemas del orgasmo en la mujer<sup>19</sup>. Sin embargo, Leiblum y Bachmann señalan que la mayoría de las mujeres mantiene un vida sexual satisfactoria por sobre los 60 a 70 años, aun cuando se indique que la actividad sexual disminuye en ambos sexos con la edad<sup>20</sup>.

Otro estudio estima que los trastornos del deseo sexual y de la excitación serían los más frecuentes<sup>21</sup>, y que aproximadamente un 40% de las mujeres padecerían alguna disfunción. Sin embargo, se cree que el número de mujeres afectadas es mucho mayor, debido a que no son diagnosticadas por una inadecuada relación médico/matrona-matrón – paciente, lo cual dificulta el diagnóstico y tratamiento, además del estigma social que conlleva un problema de este tipo, que podría hacer sentir a la mujer avergonzada y con prejuicios respecto a su situación y autoestima.

---

<sup>18</sup> Figueroa, Jara y cols, (2009). Prevalencia de disfunción sexual en mujeres climatéricas. (P:345-350) Revista Médica de Chile. V.137. Nº.3. Santiago.

<sup>19</sup> Tárraga. P; Álvarez. M; Cerdán. M; Celada. A; y Solera. J; (2007) Disfunciones sexuales en Atención Primaria. Revista Medicina General, Sociedad española de médicos generales y de familia Nº 92

<sup>20</sup> Leiblum. S; y Bachmann. G; (1983). Vaginal atrophy in the postmenopausal woman.V. 249 Nº16 (P: 2195-2198). EEUU. JAMA.

<sup>21</sup> Laumman. E; Paik. A y Rosen. R; (1999). Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors.V.281 Nº6 (P:537-544). EEUU. JAMA

Aunque en su gran mayoría las disfunciones sexuales son multicausales, se intentará hacer un abordaje de los principales factores asociados: físico, psicológico y sociales.

#### Factores biomédicos:

- A nivel biológico, en la menopausia se produce un hipoestrogenismo que se asocia a disminución de la función sexual y a cambios físicos importantes, los que conllevan a alteraciones en la libido, excitación, frecuencia de la actividad sexual y dispareunia<sup>22</sup>. Sin embargo, este cambio no se observa en todas las mujeres, y aun cuando utilicen terapia de reemplazo hormonal (TRH), que efectivamente mejora la sensación de bienestar general en la mujer climatérica, ello no asegura una adecuada función sexual<sup>23</sup>.
- Efectos de enfermedades agudas y crónicas: en el caso de las enfermedades agudas se consideran aquellas que producen astenia, fatiga y debilidad, que pueden afectar al comportamiento sexual. En las crónicas en cambio, el efecto está dado tanto por la enfermedad en sí misma, como por el efecto de los fármacos usados en su tratamiento. Dentro de este grupo se encuentran: aterosclerosis, hipertensión arterial, infarto al miocardio, enfisema pulmonar, artritis reumatoide, enfermedad vascular periférica asociada a Diabetes Mellitus<sup>24</sup>, Parkinson y esclerosis múltiple; enfermedades crónicas de la glándula tiroides, insuficiencia renal y alcoholismo<sup>25</sup>. Por otro lado, las enfermedades urológicas también se consideran influyentes por la relación anatómica con el aparato genital.

---

<sup>22</sup> Cawood. E; y Bancroft. J; (1996). Steroid hormones, the menopause, sexuality and well-being of women. <http://dx.doi.org/10.1017/S0033291700035261>

<sup>23</sup> Kohn, I. y Kaplan. S; (2000). Female sexual dysfunction: what is known and what can be done?: What is known and what can be done. Contemporary Obs/Gyn. V.45 N° 2. (P:25-46)

<sup>24</sup> Enzlin. P; Mathieu. C; y Vanderschueren. D; (1998). Diabetes mellitus and female sexuality: a review of 25 years' research. <http://care.diabetesjournals.org/content/25/4/672.full>

<sup>25</sup> Binik, Y. y Mah, K. (1994). Sexuality and end-stage renal disease: reserch an clinical recommendations. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7614323>

- Cirugías: se correlacionan directamente con la repercusión que tiene una intervención quirúrgica en la vida de la mujer y su pareja, por la incertidumbre, ansiedad, temor a la mutilación y a la muerte que conllevan las cirugías, principalmente cuando son en cara, mamas y aparato reproductor, especialmente en el caso de la histerectomía.
- Drogas y fármacos: dentro de las drogas se encuentran: tabaco, alcohol, marihuana, cocaína, opiáceos y fármacos tales como antihipertensivos, diuréticos, hormonas y psicofármacos.

### Factores Psicosociales

- La educación restrictiva, desde el hogar y la escuela, en torno al tema de la sexualidad condiciona una respuesta alterada en la adultez. Si se considera que hace unas décadas atrás el rol de la mujer en la relación sexual era sólo visto como una tarea para satisfacer al hombre, y que una mujer “correcta” o buena esposa era aquella con un fuerte control de su sexualidad, y por otro lado, una mujer era catalogada como “incorrecta” si disfrutaba del placer. Estas concepciones fueron factores predisponentes para la adopción de un concepto errado sobre sexualidad sana.
- Factores personales: ansiedad, anticipación al fracaso, culpa, miedo a la intimidad, alteraciones de la autoimagen, mitos y trastornos psiquiátricos (depresión, anorexia, entre otros).
- Factores de pareja: pérdida de la atracción, problemas de comunicación, deterioro de la relación y violencia intrafamiliar.

Cuando ocurren problemas de comunicación, las parejas son incapaces de conversar sobre su actividad sexual y sus sentimientos en torno a ella, de modo que no expresan sus necesidades ni ansiedades, lo que obliga a cada miembro de la pareja, por separado, a adivinar los pensamientos del otro, formulando percepciones muchas veces erróneas sobre las necesidades y gustos del compañero. El deterioro de la relación produce un quiebre en cualquiera de los ámbitos en los cuales se

encuentra inmersa la pareja: sexualidad, confianza, afecto y armonía, por lo que un conflicto en cualquiera de las áreas produce la alteración de las otras.

Un aspecto importante a considerar y que repercute profundamente en la vida de la mujer, es la presencia de violencia. Según cifras del SERNAM en la Encuesta de Victimización (2008), los niveles de violencia contra la mujer han aumentado desde 1 cada 4 mujeres, el año 1992, a 1 cada 3 (35,7%); y que sólo en la Región Metropolitana, se reportan cifras de violencia psicológica del 16.3% y física y/o sexual de un 34%.

La violencia produce secuelas que conllevan a disfunciones y fobias sexuales, de acuerdo a datos sobre las consultas ginecológicas por disfunciones sexuales en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile, se revela que un importante número de las mujeres poseen de base un cuadro de violencia, mayoritariamente conyugal, el cual no es siempre percibido por la mujer, ya que esta situación pasa a ser parte cotidiana de la relación<sup>26</sup>.

Zambrano y Gómez definen los factores psicosociales que influyen en el desarrollo de disfunciones sexuales<sup>27</sup> en cuatro grupos: conflictos interpersonales, factores históricos, conflictos intrapersonales y factores de estrés cotidiano.

- 1) Conflictos interpersonales:
- Restricciones sociales
  - Tabúes religiosos
  - Conflictos de identidad sexual
  - Sentimientos de culpa

---

<sup>26</sup> Aliaga. P; y Ahumada. S; Villagrán. O; Manzor. S; Santa María. M; (1999). ¿...y la sexualidad qué? Visión desde la perspectiva de un Hospital Universitario. Revista Hospital Clínico de la Universidad de Chile.

<sup>27</sup> Zambrano. N; y Gómez. R; (2003). Ginecología. En: Pérez Sánchez. (Ed.). Respuesta sexual humana. Chile. Mediterráneo.

- 2) Factores históricos:
  - Abuso actual o pasado (sexual, verbal, físico)
  - Violación
  - Inexperiencia sexual
  
- 3) Conflictos intrapersonales:
  - Relaciones interpersonales conflictivos
  - Relaciones extramatrimoniales
  - Abuso sexual, verbal o físico actual
  - Deseos o práctica diferente a los de la pareja
  - Pobre comunicación sexual
  
- 4) Factores de estrés cotidiano:
  - Problemas económicos, familiares o laborales
  - Enfermedad o muerte en la familia
  - Depresión

El principal factor influyente en el impedimento de una sexualidad sana es la angustia, la cual generalmente se refiere al desempeño sexual. Entre los motivos de angustia se encuentra la excesiva necesidad de satisfacción del compañero, la auto exigencia, conflictos intrapsíquicos de la relación, sustos, miedos o traumas.<sup>28</sup> El temor al placer o a la opinión de la pareja si se muestra muy desinhibida o interesada, el temor al rechazo. Angustias por la relación, referidas a una pareja hostil, problemas de comunicación; educación familiar distorsionada, donde el sexo y el placer han sido asociados con peligro y culpa; un aprendizaje sexual traumático o repertorio sexual y de estimulación insuficientes son algunas de sus causas.

---

<sup>28</sup> Fuentes. X; (2001). Medicina de la Mujer. En: Rodríguez, J. y López, G. (Ed.). Fisiología de la respuesta sexual humana. (P:247). Chile. Mediterráneo.

## TIPOS DE DISFUNCIONES FEMENINAS:

Los trastornos sexuales pueden ser primarios, secundarios o selectivos, según su momento de aparición:

Primario: la disfunción ha estado presente desde el inicio de la actividad sexual.

Secundario: es adquirido, después de un periodo de actividad sexual normal.

Permanente: se ha mantenido siempre.

Selectivo: se produce sólo en algunas situaciones, tipo de estimulación o compañero sexual.

Clasificación de las disfunciones sexuales femeninas (Consenso Internacional 1999):

I: Trastornos del deseo sexual (libido)

I A: Deseo hipoactivo

I B: Aversión sexual

II: Trastorno de la excitación sexual

III: Trastorno del orgasmo

IV: Trastorno de dolor sexual

IV A: Dispareunia

IV B: Vaginismo

IV C: Trastorno del dolor sexual no coital

### I. Trastornos del deseo sexual

I A. Deseo sexual hipoactivo o anafrodisia: Disminución o ausencia de fantasías o deseo sexual de forma permanente o recurrente. Incluye la falta de disposición hacia la sexualidad, el placer y el contacto corporal erógeno. Este parámetro debe ser evaluado por un profesional, que contemple la existencia de otros factores como edad y contexto de la vida de la mujer, que pudieran tener implicancias en la actividad sexual. Es causado principalmente por aburrimiento, falta de interés por la pareja, o secundario a otra patología (anorgasmia o dispareunia). Es uno de los trastornos de mayor dificultad de tratamiento, cuyo éxito no supera el 50% de los

casos<sup>29</sup> debido a que es difícil determinar lo que es normal, si se considera que el deseo sexual es individual y puede variar según el nivel socioeconómico, la educación, factores religiosos, geográficos y culturales<sup>30</sup>.

I. B. Aversión sexual (fobias): Aversión extrema persistente o recidivante y con evitación de todos los contactos sexuales genitales con una pareja sexual. No se explica mejor por la presencia de otro trastorno. Se asocia a historia de abuso sexual y alteraciones significativas en la relación de pareja.

II. Trastorno de la excitación: Incapacidad persistente o recurrente para obtener o mantener la lubricación propia de la fase de excitación, hasta el término de la actividad sexual. Éste se manifiesta a través de la ausencia de lubricación y tumescencia vaginal. No se explica mejor por la presencia de otro trastorno ni tampoco como causa única debido a efectos fisiológicos directos de fármacos o patologías. Se asocia fundamentalmente a déficit estrogénico y a una estimulación inadecuada e insuficiente, debida especialmente a que la mujer mayor requiere de una preparación previa y un juego sexual más prolongado.

III. Trastornos orgásmicos femeninos: Ausencia o retraso del orgasmo tras una fase de excitación normal, pasando repentinamente desde la etapa de meseta hacia la de resolución. El diagnóstico se realiza cuando se considera que la capacidad orgásmica de una mujer es inferior a la que correspondería por edad, experiencia sexual y estimulación recibida, aun cuando las mujeres muestran una amplia variabilidad en el tipo o intensidad de la estimulación que desencadena el orgasmo. No se explica mejor por la presencia de otro trastorno ni tampoco como causa única debido a efectos fisiológicos directos de fármacos o patologías.

---

<sup>29</sup> Leiblum. S y Rosen. R; (1988). Sexual desire disorders. New York. Guilford Press.

<sup>30</sup> Rivlin. M; (1996). Evaluation of sexual dysfunction. Manual of Outpatient Gynecology, 4th edition. EEUU. Ed. Lippincott

Este trastorno es más frecuente en la etapa peri y post menopausia en la mujer. Se debe a una estimulación insuficiente, o es secundario a una eyaculación precoz en la pareja. La anorgasmia primaria rara vez es causada por agentes orgánicos. Dentro de los factores psicológicos se encuentran: influencia negativa de la familia (autoestima e imagen deterioradas), hogar restrictivo (poca privacidad), mala relación con la pareja (indiferencia, falta de comunicación, confianza y hostilidad), depresión y ansiedad.

#### IV. Trastornos del dolor

IV A. Dispareunia: Dolor genital recurrente o persistente asociado a la relación sexual, provocando desde irritación vaginal, hasta un profundo dolor. La alteración no es debida sólo a vaginismo o falta de lubricación, y no se explica mejor por la presencia de otro trastorno ni tampoco como causa única debido a efectos fisiológicos directos de fármacos o patologías.

Se debe identificar la causa orgánica y corregirla. El tratamiento será realizado por psicoterapeuta, para reafirmar la imagen corporal o realizar cambios en la técnica sexual (buscar posiciones que disminuyan el dolor) o uso de antiinflamatorios en casos específicos.

IV B. Vaginismo: (no debido a patología médica). Aparición persistente o recurrente de espasmos involuntarios de la musculatura del tercio externo de la vagina que interfiere en el coito. No se explica mejor por la presencia de otro trastorno ni tampoco como causa única debido a efectos fisiológicos directos de fármacos o patologías.

Es causado mayoritariamente por fobias sexuales, traumas o abuso sexual, y también por problemas en la relación de pareja. Para esta situación se necesita de apoyo psicológico más la ayuda de la pareja.

### Manejo Terapéutico

Lo primordial para enfrentar cualquier tipo de disfunción sexual es el diagnóstico oportuno, y definir si es de causa orgánica o psicológica, o mixta realizando una rigurosa historia del desarrollo psicosexual de la relación de pareja y de la evolución de su vida sexual.

Otro aspecto importante a considerar es el examen físico realizado por un profesional de la salud médico/matrona-matrón con énfasis en los cambios físicos que ocurren durante la menopausia y que son producidos principalmente por cambios hormonales que influyen directamente en la función sexual. El hipoestrogenismo genera cambios en el revestimiento vaginal, ya que las paredes se vuelven menos elásticas, más delgadas y la vagina se vuelve más corta. Además las secreciones lubricantes se vuelven acuosas y escasas generando sequedad vaginal. Junto con estos cambios se puede apreciar una disminución del tejido adiposo hipodérmico de labios mayores y monte de Venus (también estrógeno dependientes), lo que disminuye la elasticidad y amortiguación de la respuesta sexual.

El tratamiento se iniciará una vez definido el tipo de disfunción y será para la pareja o la mujer sola, pero con la participación activa de su pareja. Los objetivos que busca alcanzar la terapia son:

1. Bloquear la ansiedad que ha generado la disfunción, o que es producto de ésta.
2. Re erotizar el vínculo.
3. Crear mediante tareas progresivas de intimidad, la confianza y seguridad en la pareja para que reestablezca su sexualidad normal<sup>31</sup>.

---

<sup>31</sup> Fuentes. X; (2001). Medicina de la Mujer. En: Rodríguez, J. y López, G. (Ed.). Disfunciones sexuales femeninas: diagnóstico y tratamiento. (P:251). Chile. Mediterráneo.

Elementos básicos para el tratamiento conforman la suspensión del coito, la focalización sensorial I (caricias no exigentes, excluyendo zonas erógenas, por turno). La mujer se centra en sentir, luego se cambian los roles y se conversa de la experiencia (esto se repetirá hasta que sea bien aceptado por la pareja); focalización sensorial II, en donde se agregarán las caricias y estimulación de zonas erógenas, manteniendo prohibido el coito. Además se analizará junto a la pareja, miedos, fantasías, culpas y dificultades que surjan durante la terapia, según cada caso, se agregarán otras indicaciones. Algunas de estas tareas pueden ser:

- Actividades de distracción que reduzcan la ansiedad.
- Ejercicios de Kegel durante el coito.
- Uso de música, televisión o estímulos que propicien un ambiente relajado.
- Uso de gel lubricante.
- Cambio de posiciones sexuales.
- Uso de analgésicos o antiinflamatorios previo al coito (ocasional).

Se debe además educar en sexualidad, informar sobre la anatomía normal, función sexual y los cambios normales que ocurren durante el climaterio. Es conveniente mantener apoyo psicológico durante la etapa diagnóstica y terapéutica.

Dentro del manejo terapéutico, algunas mujeres por prescripción médica reciben Terapia de Reemplazo Hormonal (TRH), en estos casos se vuelve fundamental educar sobre las ventajas y desventajas de su uso. La terapia hormonal de reemplazo con estrógenos beneficia la respuesta sexual femenina en múltiples aspectos, el más notable de ellos se relaciona con la recuperación del trofismo de los órganos diana de los estrógenos. Las mujeres sometidas a la TRH con estrógenos experimentan: Mayor lubricación vaginal, almohadón adiposo del monte de Venus y labios mayores, mejora la sensibilidad cutánea generalizada y genital, disminuye la dispareunia, disminuyen los síntomas urogenitales, mejora el tono mamario y la formación de la plataforma orgásmica. Además ayuda en la disminución de dolores óseos, mejora el trofismo de la piel, disminuye la depresión y

mejora el carácter, que son factores que influyen indirecta pero sustantivamente en la respuesta sexual femenina.

El otro protagonista farmacológico del tratamiento de la disfunción sexual del climaterio, es la terapia con andrógenos. Cuando predomina la disminución o ausencia del deseo, apetito sexual o libido, así como disminución relevante de la frecuencia e intensidad del orgasmo, el complemento de la TRH con un aporte de testosterona o dihidrotestosterona, lograría mejoras significativas.

Entre los efectos secundarios indeseados derivados de la TRH se encuentran síntomas de la esfera psíquica como irritabilidad, ansiedad y depresión, especialmente atribuidos al uso de progestágenos. Cabe destacar que los síntomas generales derivados del uso de hormonas, como mastalgia, cefalea, malestar gastrointestinal, mareos, en ocasiones pueden ser determinantes en la suspensión del tratamiento.

Dentro de los principales riesgos asociados a la TRH en el largo plazo se encuentran:

Aumento del riesgo de Cáncer de mama.

Aumento del riesgo de litiasis biliar.

Aumento de incidencia de enfermedad trombo-embólica.

Aumento de peso y retención hídrica.

Aumento del riesgo de Cáncer de Endometrio.

El tratamiento con andrógenos en la mujer no está exento de efectos adversos, entre ellos el acné, el hirsutismo con virilización, retención hídrica, policitemia, daño hepático, comportamiento agresivo, apnea del sueño y alteración de las lipoproteínas particularmente la disminución del C-HDL e incremento del C-LDL, aumentando el riesgo de enfermedad aterosclerótica. Por todas estas razones se deben realizar estudios previos a la indicación del tratamiento, seguidos de control anual destinados a evitar o minimizar tales efectos.

### Políticas públicas

El aumento en las expectativas de vida de la población, ha convertido al climaterio en un problema de salud pública para las mujeres del país y del mundo en general. Uno de los objetivos principales de la medicina contemporánea es el de agregar calidad de vida a los años adicionales que ha adquirido la población.

Chile está en plena etapa de transición de la fecundidad. Su tasa global ha descendido en forma importante ya que a inicios de los años 60 era levemente superior a 5 hijas e hijos promedio por mujer y según los indicadores generales de salud de los años 2000-2009, la tasa global de fecundidad se encuentra en 1,92 hijas e hijos promedio por mujer<sup>32</sup>.

De acuerdo al Instituto Nacional de Estadística (INE) 2009, la distribución de la población total por grupos de edad, clasifica al 12,7% como mayor de 60 años, mientras que esta cifra era un 6,8% en los años 60. El notorio aumento de la población mayor hace imprescindible el reconocimiento de las necesidades en esta etapa, con especial énfasis en el período climatérico, situación que no ha sido adecuadamente incorporada a las políticas públicas como lo son, por ejemplo, las necesidades en la etapa reproductiva de la mujer. En 1990, la OPS señalaba: "El replanteamiento de la atención de la salud en términos que garanticen un cuidado verdaderamente integral de la persona -hombre o mujer- conducirá eventualmente a abogar por servicios de atención a la mujer y no simplemente a la madre...".

Por estos antecedentes, dentro de las Metas para Chile 2011-2020<sup>33</sup>, se han elaborado estrategias específicas para mejorar la calidad de vida de las mujeres

---

<sup>32</sup> Ministerio de Salud. MINSAL (2011). Situación actual de la Salud del Hombre, Distribución porcentual por grupo etario y sexo. <http://www.minsal.gob.cl>

<sup>33</sup> Ministerio de Salud. MINSAL. (2011). Estrategia Nacional de salud para el cumplimiento de los objetivos sanitarios de la década 2011 -2020. <http://www.minsal.gob.cl>

climatéricas dentro de las cuales se incluyen la estandarización de la atención de mujeres en climaterio. Para esto se han elaborado orientaciones técnicas, en conjunto con profesionales de la Sociedad Chilena de Climaterio, que también ha participado en la capacitación de profesionales de Atención Primaria de Salud.

Para el abordaje de la mujer climatérica se proponen tres líneas de acción:

1. Evaluación periódica de calidad de vida a nivel poblacional.
2. Aumento de la cobertura y calidad de la atención por síntomas climatéricos.
3. Difusión a nivel poblacional de contenidos relacionados a esta etapa.

El Programa de Salud de la Mujer, creado en 1997 y vigente hasta hoy, contempla el desarrollo de acciones que contribuyan al desarrollo integral, físico, mental y social en todas las etapas del ciclo vital, con un enfoque de riesgo abocado a la promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y autocuidado en salud. Son beneficiarias de este programa todas las mujeres adheridas al Sistema Público de Salud, y dentro de las atenciones que entrega en el Nivel Primario, enfocadas al periodo climatérico se encuentra el Control de Climaterio, dirigido a la población femenina climatérica de 45 a 64 años, sin embargo, cabe destacar, que atenciones generales para todas las mujeres incluyen: controles ginecológicos con toma del examen citológico, PAP, (hasta los 65 años), examen físico de mamas (EFM) y consejería en Salud Sexual y Reproductiva.

En el programa Orientaciones para Programación en Red año 2008<sup>34</sup>, se estableció como prioridad dentro de los Cuidados de Salud de la Mujer, la Salud integral de la Mujer Adulta, cuyo objetivo es brindar un enfoque integral del climaterio por medio de dos metas: 1) Incrementar en un 5% el número de mujeres con climaterio bajo

---

<sup>34</sup> Ministerio de Salud. MINSAL (2008) Orientaciones para la Programación en Red 2008, Subsecretaría de Redes Asistenciales.

<http://webhosting.redsalud.gov.cl/minsal/archivos/ORIENT070907.pdf>

control con enfoque integral. 2) Que el 50% de trabajadoras del Centro de Salud entre 45 y 65 años, participan en taller de Climaterio. Sin embargo, en el programa Orientaciones para la Planificación y Programación en Red año 2009, sólo fue incluida la segunda meta, y no existen datos que evalúen el cumplimiento de ésta.

### Rol profesional

La matrona-matrón de Atención Primaria de Salud (APS) es uno de los profesionales que mantienen mayor contacto con la mujer a través de todo su ciclo vital, y es por ello que es visto por las usuarias como el más adecuado para tratar asuntos sexuales.<sup>35</sup> Para cumplir con este cometido, el profesional deberá tener las competencias adecuadas para abordar a la consultante, dentro de ellas destacan:

- Incorporar la dimensión de la sexualidad como un área relevante a considerar.
- Entender el significado y causas de los problemas sexuales.
- Comprender la interrelación entre el contexto vital de la usuaria y su sexualidad.
- Valorar necesidades en el área afectiva y sexual.
- Diagnosticar dudas, conflictos o problemas, relacionados con su vida sexual.
- Ofrecer un esquema de manejo, diferenciando los casos de su competencia de los que requieran derivación.
- Proporcionar educación sexual a la consultante, la pareja, familia o comunidad a fin de prevenir la aparición de problemas sexuales.

El rol del profesional debe ser activo, formulando preguntas que luego puedan ser profundizadas según las consultas particulares que la mujer realice, la anamnesis debe ir enfocada a los comportamientos sexuales, historia y frecuencia coital, satisfacción con la vida sexual, relación con la pareja, presencia de dispareunia y dudas específicas de la mujer. Se debe consultar también por antecedentes de

---

<sup>35</sup> Aliaga. P; Ahumada. S y Torres. S; (2006). Selección de temas en Gineco - obstetricia. En: Guzmán, E. (Ed.) Perspectiva de la salud sexual en la práctica gineco-obstétrica. (P: 635). Chile. Publimpacto.

abuso sexual, problemas interrelacionales, personales, sociales y estrés que pueden producir ansiedad, y con ello afectar la función sexual.

Además el profesional debe tener la capacidad de pesquisar durante el examen físico signos patológicos, así como también aquellos producidos por los cambios hormonales que ocurren durante la etapa del climaterio y que afectan directamente la función sexual de la mujer.

La detección y evaluación del problema dependerá tanto de los conocimientos que posea la matrona-matrón sobre los aspectos de la sexualidad, su disposición y actitud para investigar sobre el tema, y las posibilidades de abordar a la usuaria desde un equipo multidisciplinario.

Las condiciones que debe tener presente el profesional matrona-matrón, al abordar los problemas sexuales son:

- Actitud: un escucha atenta y sin prejuicios, para ofrecer una atención respetuosa y acogedora.
- Información: lenguaje científico claro y preciso, evitando tecnicismos innecesarios y confusos.
- Privacidad y confidencialidad: este ámbito debe ser especialmente resguardado debido que a través de la confidencialidad se mantiene la intimidad de la mujer consultante.
- Interdisciplinariedad: tener la capacidad de derivar oportunamente y trabajar en equipo con otros profesionales en caso necesario.

Una adecuada relación profesional con la usuaria; empática, propiciando un ambiente de confianza y seguridad son imprescindibles a la hora de realizar la valoración para diagnosticar a una mujer con una disfunción sexual, identificando las posibles causas o factores predisponentes. Estas características permitirán ofrecer contención y un tratamiento oportuno y eficaz asegurando una atención en salud de calidad.

### Relación Matrona-Usuaría en Atención Primaria de Salud<sup>36</sup>

No existe literatura específica sobre la relación de los pacientes con otros profesionales de la salud, como es el caso de la matrona-matrn. No obstante, varias de las características que se suscriben a la relación médico-paciente son aplicables a la relación matrona-usuaría.

La introducción de nuevas tecnologías ha mermado la comunicación, perdiéndose poco a poco el contacto persona a persona, y disminuyendo la información oral, que permite establecer el diálogo, a favor de la información escrita, más fría e indirecta. A esta deficiencia se suman otras dificultades que podrían perjudicar la relación matrona-usuaría. Por ejemplo, el lenguaje que se utiliza suele ser dual. Por una parte está el lenguaje de la usuaria que trata de expresar sus sentimientos y dolencias de la mejor forma posible, y por otra el profesional de la salud, que utiliza un lenguaje más racional, cuantitativo, científico, que le impide ser entendido en forma clara por la usuaria.

Otra dificultad en la comunicación es precisamente la forma en que se hace, generalmente se quiere imponer el punto de vista, se evitan las explicaciones, se dan juicios de valor, o simplemente no hay comunicación. Estos aspectos dificultan la expresión personal y emocional tan importante en el establecimiento de la relación.

¿Qué rol cumple la matrona-matrn? ¿Cuál es su condición en la actualidad? La matrona-matrn ha sido considerada desde todos los tiempos como el profesional más cercano a la mujer. Requiriendo una entrega completa, fluida, veraz y empática por parte de este profesional, y una relación que se adapte a los cambios y desafíos que le impone la sociedad. Sin embargo, básicamente se ignora cómo se encuentra

---

<sup>36</sup> Riquelme Giselle; (2011). Relación Matrona-Usuaría en Atención Primaria de Salud. Departamento de Salud de la Mujer, Escuela de Enfermería, UC, Chile.

la relación matrona-usuaria en la actualidad. Este hecho hace difícil poder determinar cuáles son las falencias de esta y proponer soluciones a la misma. Sin duda, la comunicación es un factor esencial en las relaciones interpersonales, formando parte del quehacer diario de los distintos profesionales del área de la salud.

En la relación matrona-usuaria, no se ha perdido una característica esencial de la comunicación, el diálogo. Por lo general, las usuarias consideran que existe una comunicación efectiva y fluida con la matrona-matrón que las atiende, representado por la posibilidad de tratar diversos temas y el logro de una conversación, no de un monólogo. Valoran el hecho de que se les permita opinar, reafirmando la importancia de respetar la autonomía de la persona.

El lenguaje empleado por los profesionales de la salud puede favorecer o empeorar la relación. Sin embargo, el profesional matrona-matrón normalmente se expresa con un lenguaje claro y fácil de comprender. El paternalismo, característica bastante común en los profesionales de la salud, puede deteriorar una relación. También está presente, aunque en menor medida en la relación matrona-usuaria. Las mujeres deben sentir que son importantes y que se les toma en cuenta. En el caso de la matrona-matrón, las usuarias valoran el hecho de que se les escuche con atención. Para ellas es importante que la matrona-matrón deje de escribir, las mire a los ojos y les ponga atención cuando se dirige a ellas. Así sienten que el profesional está pendiente, atento, en todos los aspectos, especialmente en el plano de las emociones. El uso de apelativos generalizadores y/o infantilizadores por parte de los profesionales de la salud es considerado un trato humillante hacia los usuarios. Significa empequeñecer a la persona mermando su condición de seres autónomos e individuales, interfiriendo así con la comunicación, factor esencial en establecimiento de relaciones interpersonales, ya que implica cambiar la visión de ser único e individual a ser genérico o general.

El profesional matrona-matrón suele utilizar estos apelativos para dirigirse a las usuarias, empleando conjuntamente el nombre, sin embargo, no ven negativamente esta forma de dirigirse hacia ellas, sino más bien facilita la comunicación en muchas ocasiones, ya que las hace sentir más cercana al profesional que las atiende, relevándolas a un rol de amigas o compañeras. Es importante señalar que si bien el uso de apelativos es aprobado por las usuarias, no se debe caer en un empleo exagerado, poniendo especial énfasis en la entonación que se coloca a los mismos. Considerando lo importante que es la individualidad del ser humano, esta debería ser recíproca, incluyendo tanto a los usuarios como a los profesionales de la salud. Se hace necesario, por lo tanto, buscar las formas que permitan lograr dicha individualidad, una de las cuales, sería la identificación con nombre y apellido de los involucrados. También el número de controles efectuados podría influir en la relación, pues es factible aventurar que entre más tiempo ha pasado la matrona-matrón con la usuaria, mejor será la relación entre ambas. Si bien los primeros controles no reflejan necesariamente las características de la relación a futuro, no se debe olvidar que la base de la misma se funda desde el primer contacto. Escuchar a la mujer con atención, lograr entablar un diálogo, ser capaz de utilizar un lenguaje accesible, hacer partícipe a las usuarias de su condición, para finalmente satisfacer sus necesidades, son características esenciales en la relación matrona-usuaria. Se debe poner énfasis en la enseñanza de las técnicas de comunicación desde la formación de pregrado, a fin de lograr a futuro, profesionales integrales y conscientes de la necesidad de construir relaciones de calidad con las usuarias.

## **OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS**

1. Diagnosticar en las usuarias el tipo de disfunción sexual que presenta.
2. Caracterizar a las usuarias con disfunción sexual según factores biológicos presentes.
  - 2.1. Categorizar a las usuarias con disfunción sexual según Edad.
  - 2.2. Mostrar en las usuarias con disfunción sexual el Uso de Terapia Hormonal de Reemplazo (TRH).
  - 2.3. Detallar en las usuarias con disfunción sexual la Presencia de patología ginecológica concomitante.
  - 2.4. Detallar en las usuarias con disfunción sexual la Presencia de patología general concomitante.
  - 2.5. Estimar en las usuarias con disfunción sexual el Grado de molestias en el climaterio.
3. Caracterizar a las usuarias con disfunción sexual según factores psicosociales presentes.
  - 3.1. Categorizar a las usuarias con disfunción sexual según Nivel de autoestima.
  - 3.2. Identificar en las usuarias con disfunción sexual la Participación en actividades recreativas.
  - 3.3. Categorizar a las usuarias con disfunción sexual según Tipo de familia.
  - 3.4. Identificar en las usuarias con disfunción sexual las redes de Apoyo familiar.
  - 3.5. Identificar en las usuarias con disfunción sexual la Presencia de Redes de apoyo extrafamiliar.
  - 3.6. Categorizar a las usuarias con disfunción sexual según Relación afectivo-comunicativa con la pareja.
  - 3.7. Estimar en las usuarias con disfunción sexual la Presencia de Violencia intrafamiliar.

4. Reconocer factores ambientales presentes en las usuarias con disfunción sexual.
  - 4.1. Categorizar a las usuarias con disfunción sexual según hacinamiento hogareño.
  - 4.2. Identificar el tipo de Trabajo realizado por las usuarias con disfunción sexual.
  - 4.3. Categorizar a las usuarias con disfunción sexual según Horas de trabajo diario.
  - 4.4. Describir como es la Distribución de las tareas en el hogar de las usuarias con disfunción sexual.
  - 4.5. Categorizar a las usuarias con disfunción sexual según Conocimientos básicos sobre sexualidad y climaterio.
5. Relacionar la presencia de disfunciones sexuales con algunas de las variables en estudio.
  - 5.1. Asociar el tipo de disfunción presente con la edad de las usuarias.
  - 5.2. Asociar el tipo de disfunción presente con el grado de molestias del climaterio que experimentan las usuarias.
6. Describir la percepción de la usuaria con disfunción sexual respecto al rol ejercido por el profesional matrona-matrón al momento de la pesquisa y tratamiento de la disfunción.
  - 6.1. Deducir la percepción de la usuaria con disfunción sexual respecto al Apoyo psicológico y afectivo brindado por la matrona-matrón.
  - 6.2. Describir la percepción de la usuaria con disfunción sexual respecto a las Instancias diagnósticas en donde pudo comunicar su problema a la matrona-matrón.
  - 6.3. Deducir la percepción de la usuaria con disfunción sexual respecto al Nivel de resolutividad demostrado por el profesional matrona-matrón frente a su problema de salud.
  - 6.4. Deducir la Satisfacción de la usuaria con disfunción sexual con respecto a la atención recibida.

## OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

| Variables                            | Definición                                                                                            | Dimensiones                        | Sub Dimensión           | Indicadores        |
|--------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|-------------------------|--------------------|
| Tipo de disfunción sexual            | Diferentes formas de incapacidad para participar en una relación sexual deseada según CIE X (Anexo 3) | Trastornos del deseo sexual        | Deseo sexual hipoactivo | SI/NO              |
|                                      |                                                                                                       |                                    | Aversión sexual         | SI/NO              |
|                                      |                                                                                                       | Trastornos de la excitación sexual |                         | SI/NO              |
|                                      |                                                                                                       | Trastornos orgásmicos              |                         | SI/NO              |
|                                      |                                                                                                       | Trastornos por dolor               | Dispareunia             | SI/NO              |
|                                      |                                                                                                       |                                    | Vaginismo               | SI/NO              |
| Edad                                 | Número de años cumplidos al momento de la entrevista                                                  |                                    |                         | 45-49 años         |
|                                      |                                                                                                       |                                    |                         | 50-54 años         |
|                                      |                                                                                                       |                                    |                         | 55-59 años         |
| Uso de Terapia de reemplazo hormonal | Utilización de TRH en los últimos 2 años                                                              |                                    |                         | < a seis meses     |
|                                      |                                                                                                       |                                    |                         | Entre 6 y 12 meses |
|                                      |                                                                                                       |                                    |                         | Más de 12 meses    |
|                                      |                                                                                                       |                                    |                         | No utiliza         |

| Variables                           | Definición                                                                                                                                   | Dimensiones                          | Sub Dimensión | Indicadores   |
|-------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|---------------|---------------|
| Patología Ginecológica concomitante | Presencia de enfermedad ginecológica actual y/o antecedentes quirúrgicos en la esfera genital                                                | Miomatosis uterina                   |               | SI/NO         |
|                                     |                                                                                                                                              | Prolapso genital                     |               | SI/NO         |
|                                     |                                                                                                                                              | Endometriosis                        |               | SI/NO         |
|                                     |                                                                                                                                              | ITS                                  |               | SI/NO         |
|                                     |                                                                                                                                              | Vulvovaginitis                       |               | SI/NO         |
|                                     |                                                                                                                                              | Metrorragia no asociada a miomatosis |               | SI/NO         |
|                                     |                                                                                                                                              | Otros                                |               | SI/NO         |
| Patología General concomitante      | Presencia de enfermedad sistémica actual aguda o crónica                                                                                     | HTA                                  |               | SI/NO         |
|                                     |                                                                                                                                              | Diabetes                             |               | SI/NO         |
|                                     |                                                                                                                                              | Depresión                            |               | SI/NO         |
|                                     |                                                                                                                                              | Otros                                |               | SI/NO         |
| Grado de molestias del Climaterio   | Nivel de malestar que provocan los signos y/o síntomas característicos del climaterio según la Escala MRS (Menopause Rating Scale) (Anexo 4) | Ausente                              |               | 0 - 4 puntos  |
|                                     |                                                                                                                                              | Leve                                 |               | 5 – 8 puntos  |
|                                     |                                                                                                                                              | Moderado                             |               | 9 – 16 puntos |
|                                     |                                                                                                                                              | Severo                               |               | ≥ 17 puntos   |

| Variables                                | Definición                                                                                                       | Dimensiones                 | Sub Dimensión                           | Indicadores       |
|------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------------------|-------------------|
| Nivel de Autoestima                      | Percepción de la valoración que la mujer tiene de sí misma. Según Escala de Autoestima de Rosenberg (Anexo 5)    | Autoestima Elevada          |                                         | 30 – 34 puntos    |
|                                          |                                                                                                                  | Autoestima media            |                                         | 26 – 29 puntos    |
|                                          |                                                                                                                  | Autoestima Baja             |                                         | 25 puntos y menos |
| Participación en actividades recreativas | Participa en actividades que fomenten el bienestar físico y mental.                                              | Deportes o actividad física |                                         | SI/NO             |
|                                          |                                                                                                                  | Grupos sociales             |                                         | SI/NO             |
|                                          |                                                                                                                  | Actividades Artísticas      |                                         | SI/NO             |
|                                          |                                                                                                                  | No participa                |                                         |                   |
| Tipo de Familia                          | Clasificación de la familia dada por los integrantes del hogar con o sin lazos de parentesco y jefatura de hogar | Unipersonal                 | Personas que integran el grupo familiar |                   |
|                                          |                                                                                                                  | Nuclear monoparental        |                                         |                   |
|                                          |                                                                                                                  | Nuclear biparental          |                                         |                   |
|                                          |                                                                                                                  | Extensa monoparental        |                                         |                   |
|                                          |                                                                                                                  | Extensa biparental          |                                         |                   |
|                                          |                                                                                                                  | Allegada                    |                                         |                   |

| Variable                                     | Definición                                                                                                                               | Dimensiones      | Sub Dimensión | Indicadores  |
|----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|---------------|--------------|
| Redes de apoyo familiar                      | Soporte emocional de la familia cercana a la mujer (hijos, hijas, esposo o pareja)                                                       | Pareja o esposo  |               | SI/NO        |
|                                              |                                                                                                                                          | Hijos / Hijas    |               | SI/NO        |
| Redes de apoyo extrafamiliar                 | Soporte afectivo y emocional brindado por parte de personas externas a la familia cercana                                                |                  |               | SI/NO        |
| Relación afectivo-comunicativa con la pareja | Calidad de la interrelación socioafectiva entre la pareja, considerando temas de conversación, trato y resolución de problemas (Anexo 6) | Bueno            |               | 3 – 4 puntos |
|                                              |                                                                                                                                          | Regular          |               | 2 - puntos   |
|                                              |                                                                                                                                          | Malo             |               | 0 – 1 punto  |
| Presencia de violencia intrafamiliar         | Conductas agresivas físicas o psicológicas presentes en la relación de pareja                                                            | Física           |               | SI/NO        |
|                                              |                                                                                                                                          | Psicológica      |               | SI/NO        |
|                                              |                                                                                                                                          | Violencia sexual |               | SI/NO        |

| Variables               | Definición                                                              | Dimensiones             | Sub Dimensión                     | Indicadores                             |
|-------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------------|
| Hacinamiento hogareño   | Relación entre el número habitaciones y personas que viven en el hogar. | Sin hacinamiento        | 2 y menos personas por dormitorio | Número de dormitorios                   |
|                         |                                                                         | Hacinamiento medio      | 3 a 5 personas por dormitorio     | Número de personas que habitan el hogar |
|                         |                                                                         | Hacinamiento critico    | 6 y más personas por dormitorio   |                                         |
| Tipo de Trabajo         | Actividad laboral realizada por la mujer, remunerada o no               | Dueña de casa           |                                   | SI/NO                                   |
|                         |                                                                         | Trabaja fuera del hogar |                                   | SI/NO                                   |
| Horas de trabajo diario |                                                                         | Menos de 9 horas        |                                   | SI/NO                                   |
|                         |                                                                         | 9 - 12 horas diarias    |                                   | SI/NO                                   |
|                         |                                                                         | 13 y más horas          |                                   | SI/NO                                   |

| Variables                                                                         | Definición                                                                                                       | Dimensiones                 | Sub Dimensión                                                              | Indicadores  |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|----------------------------------------------------------------------------|--------------|
| Distribución de las tareas en el hogar.                                           | La o las personas que realizan la mayor parte de los quehaceres diarios en el hogar.                             |                             | La usuaria                                                                 | SI/NO        |
|                                                                                   |                                                                                                                  |                             | Su pareja/esposo                                                           | SI/NO        |
|                                                                                   |                                                                                                                  |                             | Los hijos e hijas o nietos                                                 | SI/NO        |
|                                                                                   |                                                                                                                  |                             | Se distribuyen de manera equitativa entre todos los integrantes del hogar  | SI/NO        |
|                                                                                   |                                                                                                                  |                             | Las realiza una persona externa u otro familiar                            | SI/NO        |
| Conocimientos básicos sobre sexualidad y climaterio                               | Nociones sobre conceptos básicos de sexualidad y climaterio (Anexo 7)                                            | Satisfactorios              |                                                                            | 5 puntos     |
|                                                                                   |                                                                                                                  | Medianamente satisfactorios |                                                                            | 4 – 3 puntos |
|                                                                                   |                                                                                                                  | Insatisfactorios            |                                                                            | 1 – 2 puntos |
| Percepción del apoyo psicológico y afectivo brindado por la matrona-matrón de APS | Apreciación de la usuaria acerca del apoyo emocional recibido de parte de la matrona-matrón de atención primaria |                             | Recibió apoyo psicológico y afectivo por parte de la matrona-matrón de APS | SI/NO        |

| Variables                                                                        | Definición                                                                                                                                                               | Dimensiones                        | Sub Dimensión | Indicadores |
|----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|---------------|-------------|
| Percepción de las Instancias Diagnósticas ofrecidas por la matrona-matrón de APS | Oportunidades, en donde la usuaria, según su experiencia, pudo expresar dudas y/o consultas con respecto a la aparición y/o desarrollo posterior de la disfunción sexual |                                    |               | SI/NO       |
| Percepción de la Resolutividad mostrada por la matrona-matrón de APS             | Forma en que la matrona-matrón da respuesta a la situación pesquisada                                                                                                    | Entrega educación respecto al tema |               | SI/NO       |
|                                                                                  |                                                                                                                                                                          | Entrega tratamiento                |               | SI/NO       |
|                                                                                  |                                                                                                                                                                          | Deriva a otro profesional          |               | SI/NO       |

| Variables                                                                    | Definición                                                                                                                      | Dimensiones                                             | Sub Dimensión                        | Indicadores |
|------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|--------------------------------------|-------------|
| Satisfacción<br>usuaria con la<br>atención de la<br>matrona-matrón<br>de APS | Medida en que el<br>profesional<br>matrona-matrón de<br>APS logra cumplir<br>las expectativas y<br>necesidades de la<br>usuaria | Cumple<br>ampliamente las<br>expectativas<br>4/4        | Privacidad                           | SI/NO       |
|                                                                              |                                                                                                                                 |                                                         | Trato respetuoso                     | SI/NO       |
|                                                                              |                                                                                                                                 | Cumple<br>medianamente<br>las expectativas<br>3/4 o 2/4 | Lenguaje claro                       | SI/NO       |
|                                                                              |                                                                                                                                 |                                                         | Genera confianza<br>(Escucha atenta) | SI/NO       |
|                                                                              |                                                                                                                                 | No Cumple las<br>expectativas<br>1/4 o 0/4              |                                      |             |

## MATERIAL Y MÉTODO

### DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Estudio cuantitativo, transversal, observacional, descriptivo.

### IDENTIFICACIÓN DEL UNIVERSO Y MUESTRA

**Universo:** Mujeres de entre 45-59 años, con algún tipo de disfunción sexual, consultantes en establecimientos de atención secundaria dependientes del Servicio de Salud Viña del Mar – Quillota y Servicio de Salud Valparaíso San Antonio.

**Muestra:** Se entrevistó a un total de 140 usuarias que cumplían con los criterios de inclusión, 92 en el Policlínico de Ginecología del Hospital Carlos Van Buren y 48 en el Policlínico de Ginecología del Hospital de Quilpué, durante el proceso de análisis de datos se eliminaron 18 encuestas que contenían información insuficiente respecto de las variables en estudio, con lo que la muestra se redujo a 122 casos.

**Unidad de análisis:** Mujeres entre 45-59 años con disfunciones sexuales consultantes en algunos establecimientos de atención secundaria dependientes del Servicio de Salud Viña del Mar – Quillota y Servicio de Salud Valparaíso – San Antonio.

## CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Mujeres de entre 45-59 años.
- Consultantes de establecimientos de atención secundaria dependientes del Servicio de Salud Viña del Mar – Quillota (Policlínico de Ginecología del Hospital de Quilpué) y del Servicio de Salud Valparaíso – San Antonio (Policlínico de Ginecología del Hospital Carlos Van Buren).
- Con pareja estable, de más de un año de relación y que mantuvieran vida sexual activa.
- Que, al momento de la consulta, refirieran algún tipo de disfunción sexual.
- Que no hubieran sido intervenidas quirúrgicamente en los últimos seis meses.
- Que no presentaran patologías o características que afectaran de manera negativa su autoestima, como: antecedente de mastectomía radical sin reconstrucción posterior o alguna mutilación facial sin cirugía reconstructiva o con cirugía reconstructiva insatisfactoria.
- Que no presentaran patologías sistémicas graves como: cáncer en etapa avanzada, Alzheimer, esclerosis múltiple, obesidad mórbida, Parkinson en etapa avanzada.
- Informadas y dispuestas a participar en el estudio mediante la firma de un formulario de consentimiento informado.

## FUENTES DE INFORMACIÓN

**Unidad Informante:** Mujeres entre 45-59 años con disfunciones sexuales consultantes en establecimientos de atención secundaria dependientes del Servicio de Salud Viña del Mar – Quillota y Servicio de Salud Valparaíso – San Antonio.

**Unidad referencial:** Policlínicos de ginecología del Hospital Carlos Van Buren y del Hospital de Quilpué, dependientes del Servicio de Salud Valparaíso – San Antonio y del Servicio de Salud Viña del Mar – Quillota respectivamente.

## **METODOLOGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.**

Previo al proceso de recolección de datos, se requirió de la aprobación del proyecto de investigación por parte de los respectivos Comités de ética del Hospital Carlos Van Buren y del Hospital de Quilpué, los cuales, durante el mes de Enero de 2012 autorizaron la realización del estudio en los establecimientos de su jurisdicción.

El proyecto de investigación contemplaba la aplicación de un instrumento de recolección de datos que daba cuenta de los objetivos del estudio. Este cuestionario, aplicado mediante la técnica de entrevista, estaba estructurado en base a preguntas cerradas y otras semi – abiertas (Anexo 1). Para aplicar el instrumento, se contó con la colaboración de las matronas de los Policlínicos de Ginecología de los hospitales antes señalados quienes estaban informadas respecto del tema a investigar y las características de las usuarias a entrevistar.

Las usuarias que participaron en el estudio fueron seleccionadas por conveniencia de entre las mujeres consultantes en los Policlínicos de Ginecología del Hospital Carlos Van Buren y Hospital de Quilpué que reunían los criterios de inclusión, a quienes, previamente se les informó sobre los fines del estudio y su derecho a rehusarse a participar a través de la lectura y firma del Consentimiento Informado (Anexo2).

### **Prueba del instrumento**

La prueba del instrumento se realizó entre el 13 y el 17 de febrero de 2012, logrando un total de 14 encuestas, 7 de ellas en el Policlínico de Ginecología del Hospital Carlos Van Buren y 7 en el Policlínico Ginecología del Hospital de Quilpué, debido a que la prueba del instrumento fue exitosa y no se le realizó modificación alguna, estos 14 cuestionarios forman parte de la muestra total del estudio.

### **Recolección final de datos**

Se realizó durante todo el mes de Marzo en el Policlínico de Ginecología del Hospital Carlos Van Buren y Hospital de Quilpué.

### **LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN**

- Al incluir sólo a mujeres consultantes al nivel de atención secundaria del Servicio de Salud Viña del Mar – Quillota y Servicio de Salud Valparaíso – San Antonio, se están excluyendo usuarias que teniendo una disfunción sexual, ésta no haya sido diagnosticada o su manejo se esté realizando en el nivel primario de atención.
- Incluye sólo a mujeres beneficiarias del sistema público de salud que mayoritariamente atiende a usuarias de nivel socio económico bajo / medio-bajo.
- Omisión de respuestas, o respuestas emitidas desde el “deber ser” dada la connotación de tabú que el tema aún tiene para una parte de nuestra sociedad.
- Falta de privacidad para aplicar el instrumento de recolección de datos, especialmente en el Hospital de Quilpué, donde por problemas de espacio físico las entrevistas fueron realizadas en el pasillo.

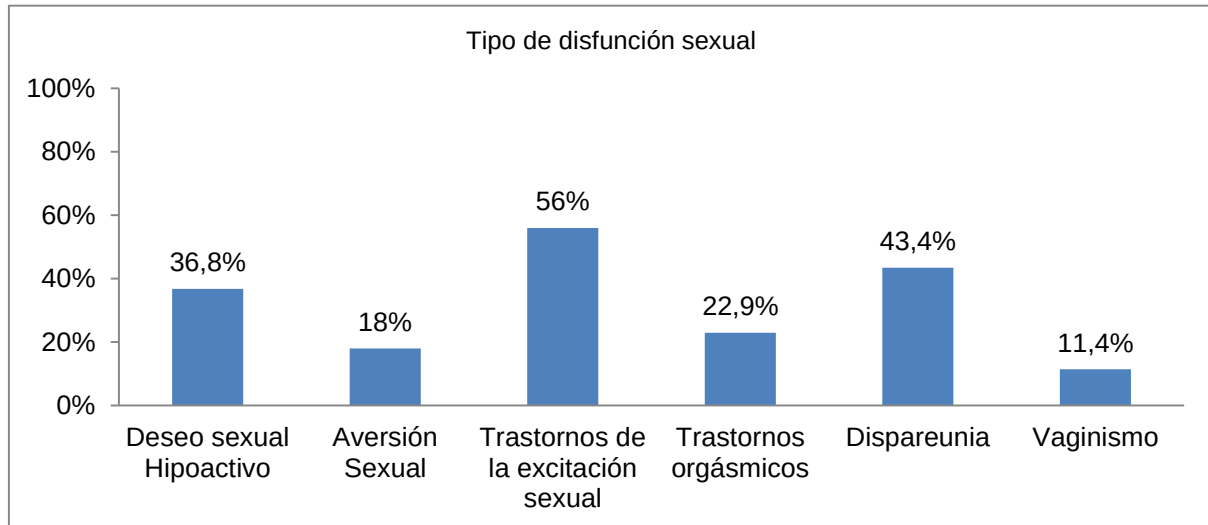
### **ASPECTOS ÉTICOS INVOLUCRADOS**

La participación de las mujeres fue de carácter voluntario, después de habersele informado las características del estudio y sus alcances, quienes accedieron a participar firmaron un documento de consentimiento informado (Anexo2).

Se aseguró a las usuarias la confidencialidad de la información recabada, de tal forma que, en las publicaciones que eventualmente genere la investigación se mantendrá el anonimato de los individuos en estudio, resguardando su identidad e intimidad.

## RESULTADOS

**Gráfico I: Mujeres climatéricas con disfunciones sexuales\* según tipo de disfunción sexual \*\***



\*Consultantes en el Policlínico de Ginecología Hospital Carlos Van Buren y Policlínico de Ginecología Hospital de Quilpué Marzo – Abril de 2012, El total no corresponde al tamaño de la muestra pues hubo mujeres con más de una disfunción.

\*\*Según CIE X (Anexo 3)

Tabla 1 en anexo 8

Las disfunciones sexuales más frecuentes en el grupo de estudio son: Trastorno de la excitación 56% de los casos, Dispareunia 43% de los casos y Deseo sexual hipoactivo 36,8% de los casos. Destaca la alta proporción de usuarias con aversión sexual y vaginismo (18% y 11,4% respectivamente).

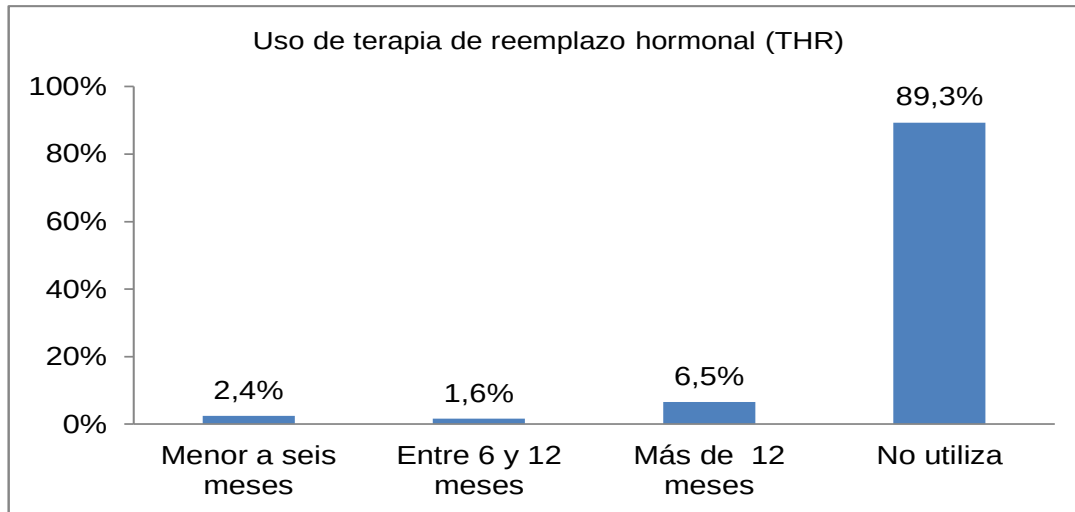
**Tabla 1: Mujeres climatéricas con disfunciones sexuales\* según edad.**

| <b>Edad</b> | <b>Número de Usuarias</b> | <b>Porcentaje %</b> |
|-------------|---------------------------|---------------------|
| 45-49 años  | 46                        | 37,7%               |
| 50-54 años  | 41                        | 33,6%               |
| 55-59 años  | 35                        | 28,6%               |
| TOTAL       | 122                       | 100%                |

*\*Consultantes en el Policlínico de Ginecología Hospital Carlos Van Buren y Policlínico de Ginecología Hospital de Quilpué Marzo – Abril de 2012.*

El grupo de estudio estaba conformado por mujeres entre 45 – 59 años, distribuyéndose de manera casi homogénea, con un ligero predominio de las usuarias de 45 – 49 años.

**Gráfico II: Mujeres climatéricas con disfunciones sexuales\* según uso de terapia de reemplazo hormonal.**



*\*Consultantes en el Policlínico de Ginecología Hospital Carlos Van Buren y Policlínico de Ginecología Hospital de Quilpué Marzo – Abril de 2012.*

*Tabla N° 2 en anexo 8*

La mayoría de las mujeres en estudio no era usuaria de terapia de reemplazo hormonal, sólo el 6,5% de ellas refería su uso por más de 12 meses.

**Tabla 2: Mujeres climatéricas con disfunciones sexuales\* según presencia de Patología Ginecológica concomitante\*\*.**

| <b>Patología Ginecológica concomitante</b> | <b>Número de Usuaris</b> | <b>Porcentaje %</b> |
|--------------------------------------------|--------------------------|---------------------|
| Miomatosis uterina                         | 31                       | 25,4%               |
| Prolapso genital                           | 22                       | 18,0%               |
| Endometriosis                              | 10                       | 8,1%                |
| ITS                                        | 4                        | 3,2%                |
| Vulvovaginitis                             | 24                       | 19,6%               |
| Metrorragia no asociada a miomatosis       | 14                       | 11,4%               |
| Lesiones preinvasoras del cuello Uterino   | 4                        | 3,2%                |
| Procesos inflamatorios pelvianos           | 4                        | 3,2%                |
| Quistes ováricos                           | 3                        | 2,5%                |
| Otras                                      | 36                       | 29,5%               |

*\*Consultantes en el Policlínico de Ginecología Hospital Carlos Van Buren y Policlínico de Ginecología Hospital de Quilpué Marzo – Abril de 2012.*

*\*\* El total no corresponde al tamaño de la muestra pues hubo mujeres con más de una patología ginecológica concomitante.*

Las patologías ginecológicas concomitantes más frecuentes eran: miomatosis uterinas 25,4% de los casos, Vulvovaginitis 19,6% de los casos y Prolapso genital 18% de los casos. El grupo de “otras patologías” estaba constituido por una miscelánea que sólo afectaba a una o dos usuarias.

**Tabla 3: Mujeres climatéricas con disfunciones sexuales\* según presencia de Patología General concomitante\*\*.**

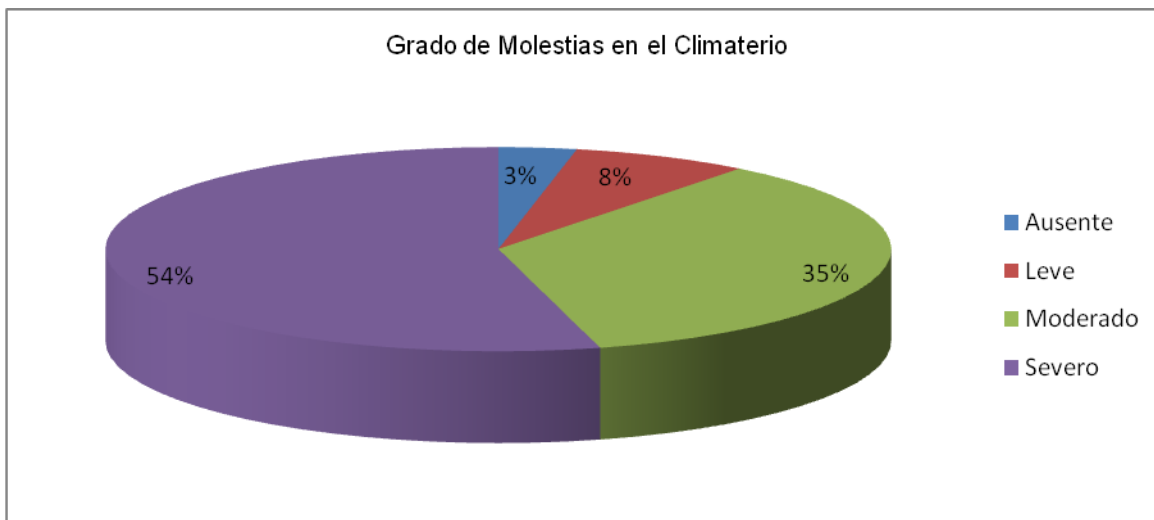
| <b>Patología General concomitante</b> | <b>Número de Usuarías</b> | <b>Porcentaje %</b> |
|---------------------------------------|---------------------------|---------------------|
| HTA                                   | 48                        | 39,3%               |
| Diabetes                              | 12                        | 9,8%                |
| Depresión                             | 42                        | 34,4%               |
| Hipotiroidismo                        | 16                        | 13,1%               |
| Otras                                 | 9                         | 7,3%                |
| Sin patologías                        | 22                        | 18%                 |

*\*Consultantes en el Policlínico de Ginecología Hospital Carlos Van Buren y Policlínico de Ginecología Hospital de Quilpue Marzo – Abril de 2012.*

*\*\*El total no corresponde al tamaño de la muestra pues hubo mujeres con más de una patología general concomitante.*

La Patología General concomitante más frecuente corresponde a Hipertensión arterial 39,6% de los casos, Depresión 34,4% de los casos e Hipotiroidismo con un 13,1% de los casos. El grupo de “otras patologías” estaba constituido por una miscelánea que sólo afectaba a una o dos usuarias.

**Gráfico III: Mujeres climatéricas con disfunciones sexuales\* según Grado de Molestias en el Climaterio\*\*.**



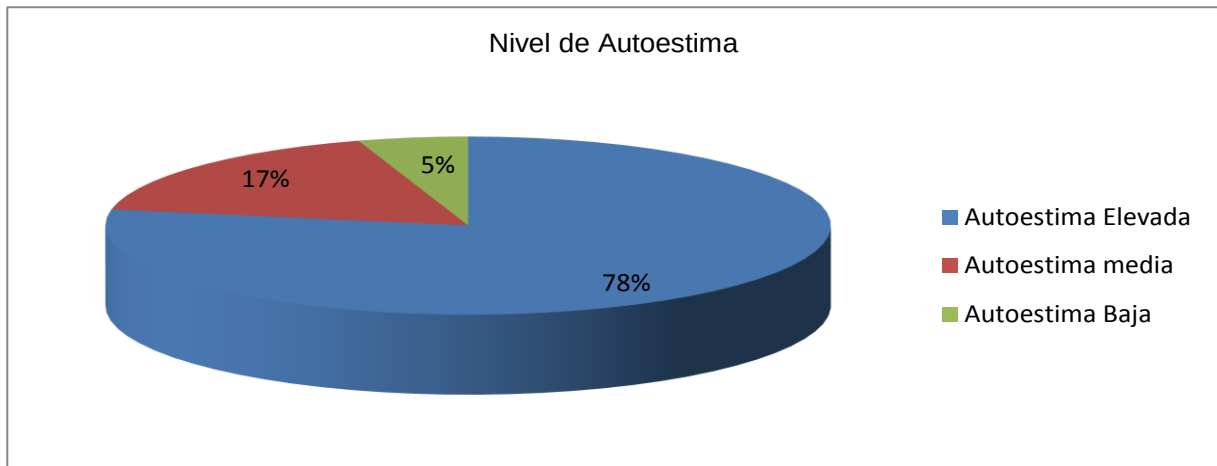
*\*Consultantes en el Policlínico de Ginecología Hospital Carlos Van Buren y Policlínico de Ginecología Hospital de Quilpué Marzo – Abril de 2012.*

*\*\* Según Escala MRS Menopause Rating Scale (Anexo 4).*

*Tabla 3 en anexo 8*

La mayoría de las mujeres en estudio sufre de molestias moderadas con un 35,2% a severas con un 54% medidas según la Escala MRS (Menopause Rating Scale).

**Gráfico IV: Mujeres climatéricas con disfunciones sexuales\* según Nivel de Autoestima**



*\*Consultantes en el Policlínico de Ginecología Hospital Carlos Van Buren y Policlínico de Ginecología Hospital de Quilpué Marzo – Abril de 2012.*

*\*\*Según Escala de Autoestima de Rosenberg (Anexo 5).*

*Tabla N° 4 en Anexo 8*

El 77,8 % de las mujeres en estudio presenta una autoestima elevada medida según Escala de Autoestima de Rosenberg.

**Tabla 4: Mujeres climatéricas con disfunciones sexuales\* según Participación en actividades recreativas\*\*.**

| <b>Participación en actividades recreativas</b> | <b>Número de Usuarías</b> | <b>Porcentaje %</b> |
|-------------------------------------------------|---------------------------|---------------------|
| Deportes o actividad física                     | 38                        | 31,1%               |
| Grupos sociales                                 | 44                        | 36%                 |
| Actividades Artísticas                          | 27                        | 22,1%               |
| No participa                                    | 78                        | 63,9%               |

*\*Consultantes en el Policlínico de Ginecología Hospital Carlos Van Buren y Policlínico de Ginecología Hospital de Quilpué Marzo – Abril de 2012.*

*\*\*El total no corresponde al tamaño de la muestra pues hubo mujeres que participaban en más de una actividad recreativa.*

Existe baja participación en todo tipo de actividades recreativas que apenas supera a 1/3 de la muestra en el caso de la participación en grupos sociales.

**Tabla 5: Mujeres climatéricas con disfunciones sexuales\* según Tipo de Familia.**

| <b>Tipo de Familia</b> | <b>Número de Usuarías</b> | <b>Porcentaje %</b> |
|------------------------|---------------------------|---------------------|
| Unipersonal            | 5                         | 4%                  |
| Nuclear monoparental   | 4                         | 3,2%                |
| Nuclear biparental     | 70                        | 57,3%               |
| Extensa monoparental   | 11                        | 9%                  |
| Extensa biparental     | 31                        | 25,4%               |
| Allegada               | 1                         | 0,8%                |
| <b>TOTAL</b>           | <b>122</b>                | <b>100%</b>         |

*\*Consultantes en el Policlínico de Ginecología Hospital Carlos Van Buren y Policlínico de Ginecología Hospital de Quilpué Marzo – Abril de 2012.*

La mayoría de las mujeres en estudio proviene de familias biparentales ya sea Nuclear o extensa, 57,3% y 25,4% respectivamente.

**Tabla 6: Mujeres climatéricas con disfunciones sexuales\* según Redes de Apoyo Familiar.**

| Redes de Apoyo Familiar |    | Número de Usuarías | Porcentaje % |
|-------------------------|----|--------------------|--------------|
| Pareja o esposo         | SI | 90                 | 73,7%        |
|                         | NO | 32                 | 26,3%        |
| Hijos / Hijas           | SI | 98                 | 80,3%        |
|                         | NO | 24                 | 19,6%        |

*\* Consultantes en el Policlínico de Ginecología Hospital Carlos Van Buren y Policlínico de Ginecología Hospital de Quilpué Marzo – Abril de 2012.*

La mayoría de las mujeres en estudio se siente apoyada por sus familias representada por su pareja/esposo (73,7%) o hijos/hijas (80,3%).

**Tabla 7: Mujeres climatéricas con disfunciones sexuales\* según Redes de apoyo extrafamiliar**

| Redes de apoyo extrafamiliar |    | Número de Usuarías | Porcentaje % |
|------------------------------|----|--------------------|--------------|
| Redes de apoyo extrafamiliar | SI | 109                | 89,3%        |
|                              | NO | 13                 | 10,7%        |
| TOTAL                        |    | 122                | 100%         |

*\*Consultantes en el Policlínico de Ginecología Hospital Carlos Van Buren y Policlínico de Ginecología Hospital de Quilpué Marzo – Abril de 2012.*

El 89,3% de las mujeres con estudio un refiere tener redes de apoyo extrafamiliar.

**Tabla 8: Mujeres climatéricas con disfunciones sexuales\* según Relación Afectivo-Comunicativa con la pareja\*\*.**

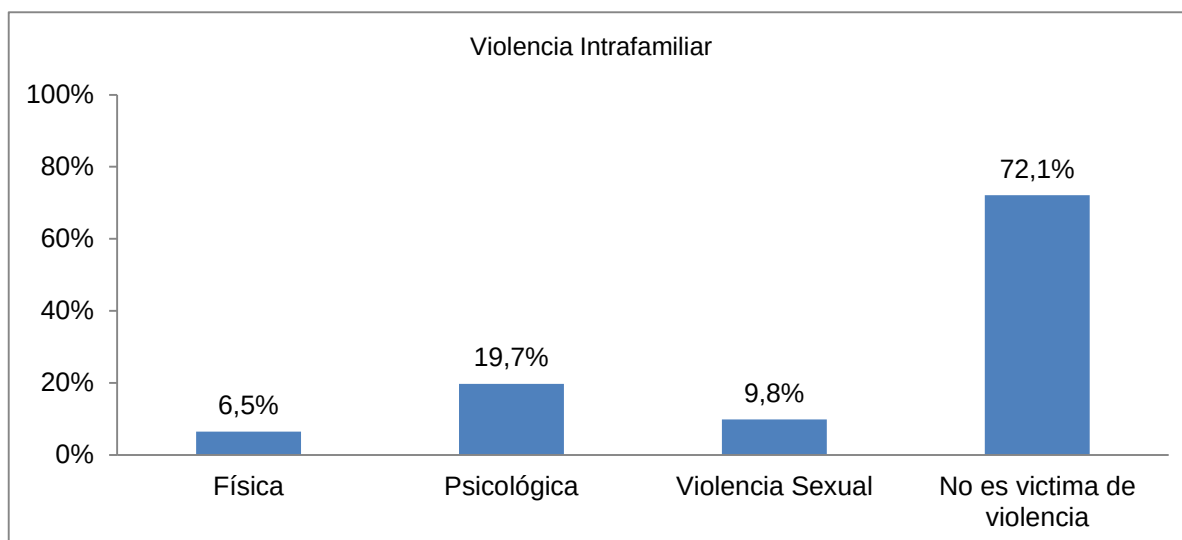
| <b>Relación Afectivo-Comunicativa con la pareja.</b> | <b>Número de Usuarías</b> | <b>Porcentaje %</b> |
|------------------------------------------------------|---------------------------|---------------------|
| Bueno                                                | 70                        | 57,4%               |
| Regular                                              | 19                        | 15,6%               |
| Malo                                                 | 33                        | 27%                 |
| TOTAL                                                | 122                       | 100%                |

*\*Consultantes en el Policlínico de Ginecología Hospital Carlos Van Buren y Policlínico de Ginecología Hospital de Quilpué Marzo – Abril de 2012.*

*\*\* Según instrumento que considera temas de conversación, trato y resolución problemas (Anexo 6).*

El 57,4% de las mujeres en estudio percibe su relación afectiva con la pareja como buena. No obstante existe un 27% que la percibe como mala.

**Gráfico V: Mujeres climatéricas con disfunciones sexuales\* según presencia de Violencia Intrafamiliar\*\*.**



*\*Consultantes en el Policlínico de Ginecología Hospital Carlos Van Buren y Policlínico de Ginecología Hospital de Quilpué Marzo – Abril de 2012.*

*\*\*El total no corresponde al tamaño de la muestra pues hubo mujeres que experimentaban distintas formas de violencia intrafamiliar.*

*Tabla 5 en Anexo 8.*

El 72,1% de las mujeres no refiere haber sido víctima de violencia intrafamiliar, en el grupo que la sufre, la forma más frecuente es violencia psicológica 19,7%, seguida de violencia sexual, 9,8% y violencia física el 6,5 % de los casos.

**Tabla 9: Mujeres climatéricas con disfunciones sexuales\* según Hacinamiento Hogareño.**

| Hacinamiento Hogareño | Número de Usuaris | Porcentaje % |
|-----------------------|-------------------|--------------|
| Sin hacinamiento      | 114               | 93,4%        |
| Hacinamiento medio    | 8                 | 6,6%         |
| Hacinamiento crítico  | 0                 | 0%           |
| <b>TOTAL</b>          | <b>122</b>        | <b>100%</b>  |

*\*Consultantes en el Policlínico de Ginecología Hospital Carlos Van Buren y Policlínico de Ginecología Hospital de Quilpué Marzo – Abril de 2012.*

La gran mayoría de las mujeres en estudio no vive en condiciones de hacinamiento hogareño. No hubo casos de usuarias en condiciones de hacinamiento crítico.

**Tabla 10: Mujeres climatéricas con disfunciones sexuales\* según Tipo de Trabajo.**

| Tipo de Trabajo                         | Número de Usuaris | Porcentaje % |
|-----------------------------------------|-------------------|--------------|
| Dueña de casa                           | 54                | 44,20%       |
| Trabaja fuera del hogar                 | 24                | 19,60%       |
| Dueña de casa y trabaja fuera del hogar | 48                | 39,30%       |
| <b>Total</b>                            | <b>122</b>        | <b>100%</b>  |

*\*Consultantes en el Policlínico de Ginecología Hospital Carlos Van Buren y Policlínico de Ginecología Hospital de Quilpué Marzo – Abril de 2012.*

De las mujeres en estudio un 44,2% refiere ser sólo dueña de casa, mientras que un 39,3% de los casos, estas labores las realiza junto a un trabajo fuera del hogar.

**Tabla 11: Mujeres climatéricas con disfunciones sexuales\* según Horas de trabajo diario.**

| <b>Horas de trabajo diario</b> | <b>Número de Usuaris</b> | <b>Porcentaje %</b> |
|--------------------------------|--------------------------|---------------------|
| Menos de 9 horas               | 33                       | 27%                 |
| 9 - 12 horas diarias           | 54                       | 44,3%               |
| 13 y más horas                 | 35                       | 28,7%               |
| TOTAL                          | 122                      | 100%                |

*\*Consultantes en el Policlínico de Ginecología Hospital Carlos Van Buren y Policlínico de Ginecología Hospital de Quilpué Marzo – Abril de 2012.*

De las mujeres de estudio un 44,3% refiere trabajar entre 9 – 12 horas diarias, mientras que un 28,7% trabaja más de 13 horas diarias.

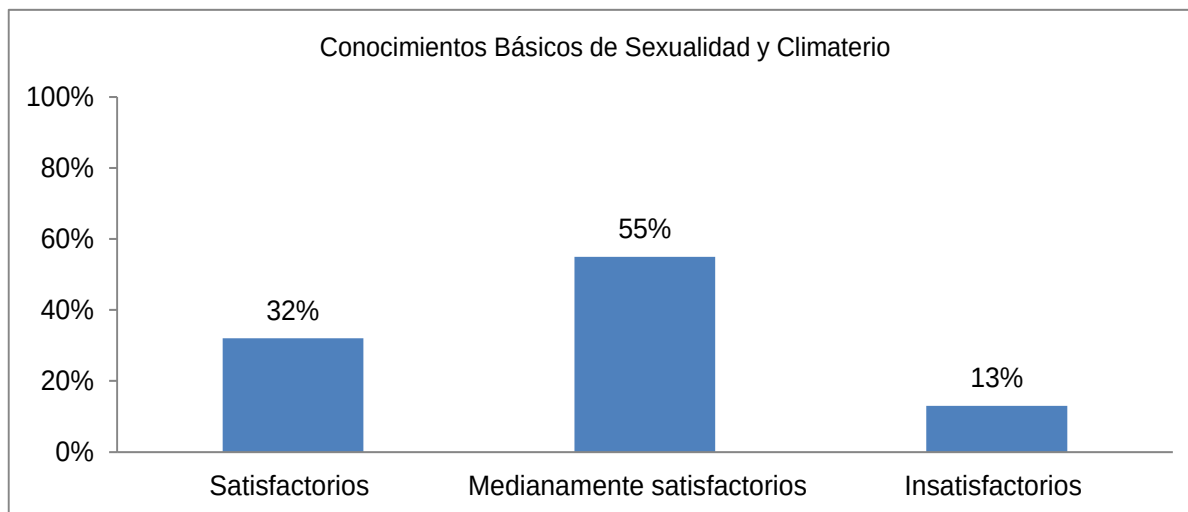
**Tabla 12: Mujeres climatéricas con disfunciones sexuales\* según Distribución de las tareas del hogar.**

| <b>Distribución de las tareas del hogar</b>                               | <b>Número de Usuaris</b> | <b>Porcentaje %</b> |
|---------------------------------------------------------------------------|--------------------------|---------------------|
| La usuaria                                                                | 88                       | 72,1%               |
| Su pareja/esposo                                                          | 2                        | 1,6%                |
| Los hijos e hijas o nietos                                                | 2                        | 1,6%                |
| Se distribuyen de manera equitativa entre todos los integrantes del hogar | 23                       | 18,9%               |
| Las realiza una persona externa u otro familiar                           | 7                        | 5,7%                |
| <b>TOTAL</b>                                                              | <b>122</b>               | <b>100%</b>         |

*\*Consultantes en el Policlínico de Ginecología Hospital Carlos Van Buren y Policlínico de Ginecología Hospital de Quilpué Marzo – Abril de 2012.*

El 72,1% de las mujeres en estudio asume en su totalidad las labores del hogar. Sólo en un 18,9% de los casos las tareas son compartidas entre los miembros de la familia.

**Gráfico VI: Mujeres climatéricas con disfunciones sexuales\* según Conocimientos Básicos de Sexualidad y Climaterio\*\*.**



*\*Consultantes en el Policlínico de Ginecología Hospital Carlos Van Buren y Policlínico de Ginecología Hospital de Quilpué Marzo – Abril de 2012.*

*\*\*Según instrumento que mide Nivel de conocimientos básicos sobre sexualidad y climaterio (Anexo 7).*

*Tabla 6 en Anexo 8.*

El 55% de las usuarias encuestadas tiene conocimientos medianamente satisfactorios sobre sexualidad y climaterio, sólo en el 13% de los casos éstos fueron calificados como insatisfactorios.

**Tabla 13: Mujeres climatéricas con Disfunciones sexuales\*. Tipo de Disfunción sexual según edad.**

| Disfunciones Sexuales              |                         | Edad       |      |            |      |            |      |       |     |
|------------------------------------|-------------------------|------------|------|------------|------|------------|------|-------|-----|
|                                    |                         | 45-49 años |      | 50-54 años |      | 55-59 años |      | Total |     |
|                                    |                         | Nº         | %    | Nº         | %    | Nº         | %    | Nº    | %   |
| Trastornos del deseo sexual        | Deseo sexual hipoactivo | 18         | 40   | 12         | 26,6 | 15         | 33,3 | 45    | 100 |
|                                    | Aversión sexual         | 6          | 27,2 | 7          | 31,8 | 9          | 40,9 | 22    | 100 |
| Trastornos de la excitación sexual |                         | 20         | 28,9 | 27         | 39,1 | 22         | 31,8 | 69    | 100 |
| Trastornos orgásmicos              |                         | 9          | 32,1 | 11         | 39,2 | 8          | 28,5 | 28    | 100 |
| Trastornos por dolor               | Dispareunia             | 16         | 30,1 | 19         | 35,8 | 18         | 33,9 | 53    | 100 |
|                                    | Vaginismo               | 5          | 35,7 | 6          | 42,8 | 3          | 21,4 | 14    | 100 |

*\*Consultantes en el Policlínico de Ginecología Hospital Carlos Van Buren y Policlínico de Ginecología Hospital de Quilpué Marzo – Abril de 2012.*

De todas las disfunciones sexuales presentes en las mujeres en estudio, el trastorno por aversión, es el único que muestra una tendencia clara a aumentar, conforme aumenta la edad de la usuaria, el resto de las disfunciones muestra una tendencia a aumentar en el grupo de 50 a 54 años, para luego disminuir en el quinquenio posterior.

**Tabla 14: Mujeres climatéricas con Disfunciones sexuales. Tipo de Disfunción sexual según edad según Grado de Molestias en el Climaterio.**

| Disfunciones Sexuales              |                         | Grado de Molestias |     |      |     |          |      |        |      |       |     |
|------------------------------------|-------------------------|--------------------|-----|------|-----|----------|------|--------|------|-------|-----|
|                                    |                         | Ausente            |     | Leve |     | Moderado |      | Severo |      | Total |     |
|                                    |                         | Nº                 | %   | Nº   | %   | Nº       | %    | Nº     | %    | Nº    | %   |
| Trastornos del deseo sexual        | Deseo sexual hipoactivo | 0                  | 0   | 3    | 6,6 | 18       | 40   | 24     | 53,3 | 45    | 100 |
|                                    | Aversión sexual         | 0                  | 0   | 1    | 4,5 | 3        | 13,6 | 18     | 81,8 | 22    | 100 |
| Trastornos de la excitación sexual |                         | 1                  | 1,4 | 6    | 8,6 | 23       | 33,3 | 39     | 56,5 | 69    | 100 |
| Trastornos orgásmicos              |                         | 0                  | 0   | 1    | 3,5 | 8        | 28,5 | 19     | 67,8 | 28    | 100 |
| Trastornos por dolor               | Dispareunia             | 2                  | 3,7 | 1    | 1,8 | 17       | 32   | 33     | 62,2 | 53    | 100 |
|                                    | Vaginismo               | 0                  | 0   | 0    | 0   | 1        | 7,1  | 13     | 92,9 | 14    | 100 |

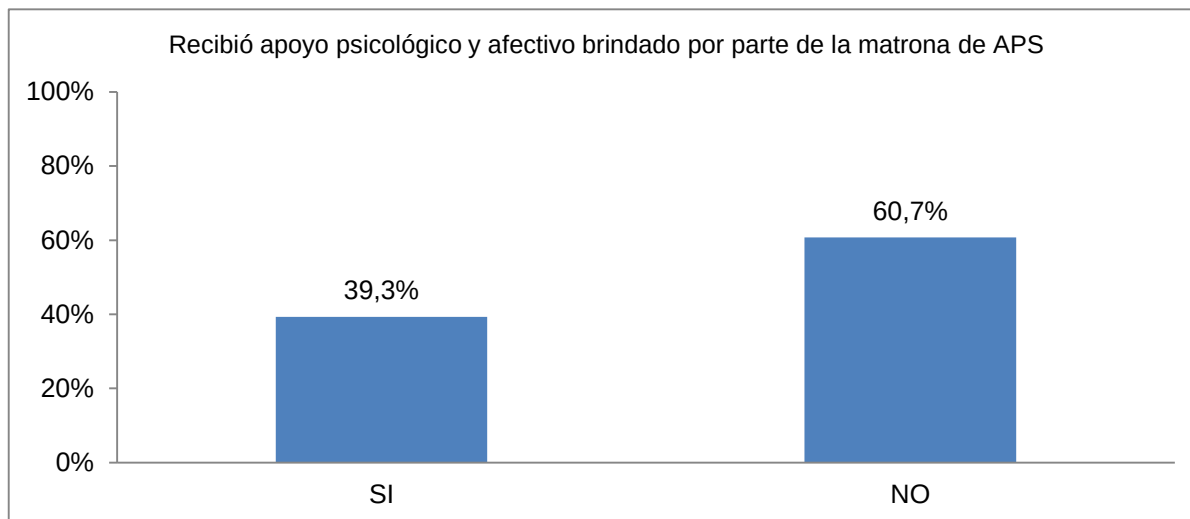
\*Consultantes en el Policlínico de Ginecología Hospital Carlos Van Buren y Policlínico de Ginecología Hospital de Quilpué Marzo – Abril de 2012.

\*\*Según Escala MRS (Menopause Rating Scale)

(Anexo 4).

Todas las disfunciones sexuales aumentan en la medida en que se incrementa el grado de molestias en el climaterio, siendo especialmente importante la proporción de mujeres con aversión sexual y molestias severas (81,8%) y de vaginismo con molestias severas (92,9%).

**Gráfico VII: Mujeres climatéricas con disfunciones sexuales\* según percepción del apoyo psicológico y afectivo brindado por parte de la matrona-matrón de APS.**

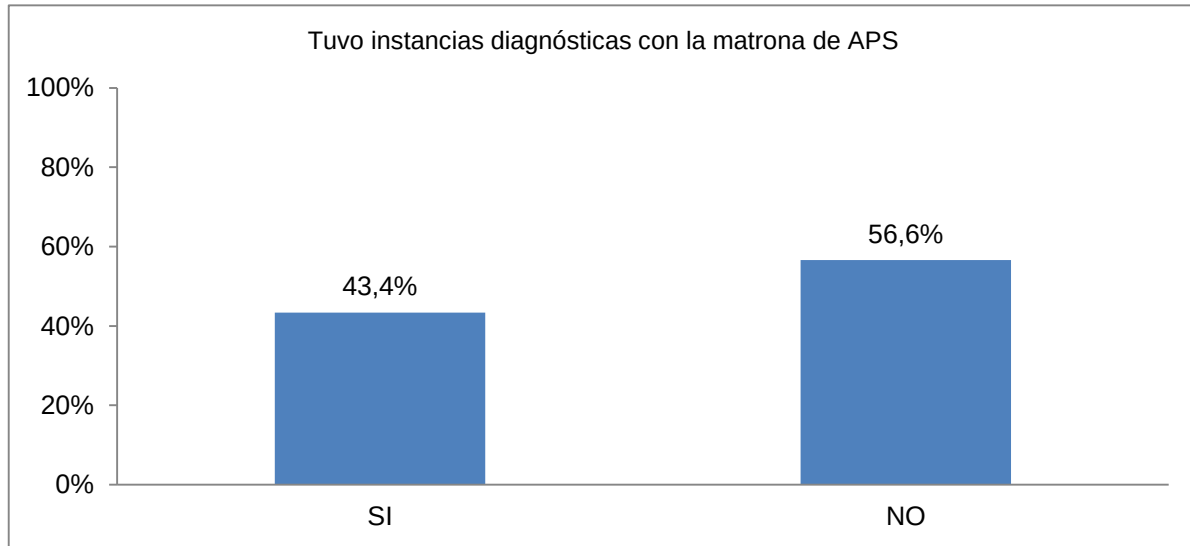


*\*Consultantes en el Policlínico de Ginecología Hospital Carlos Van Buren y Policlínico de Ginecología Hospital de Quilpué Marzo – Abril de 2012.*

*Tabla 7 en Anexo 8*

El 60,7% de las mujeres en estudio refiere no haber recibido apoyo psicológico y afectivo por parte de la matrona-matrón de APS.

**Gráfico VIII: Mujeres climatéricas con disfunciones sexuales\* según Percepción de las Instancias Diagnósticas ofrecidas por la matrona- matró de APS.**



*\*Consultantes en el Policlínico de Ginecología Hospital Carlos Van Buren y Policlínico de Ginecología Hospital de Quilpué Marzo – Abril de 2012.*

*Tabla 8 en Anexo 8.*

Un 56,6% de las usuarias encuestadas refieren no haber tenido instancias diagnósticas con la matrona-matró de APS.

**Tabla 15: Mujeres climatéricas con disfunciones sexuales\* según Percepción de la Resolutividad mostrada por la matrona-matrón de APS\*\*.**

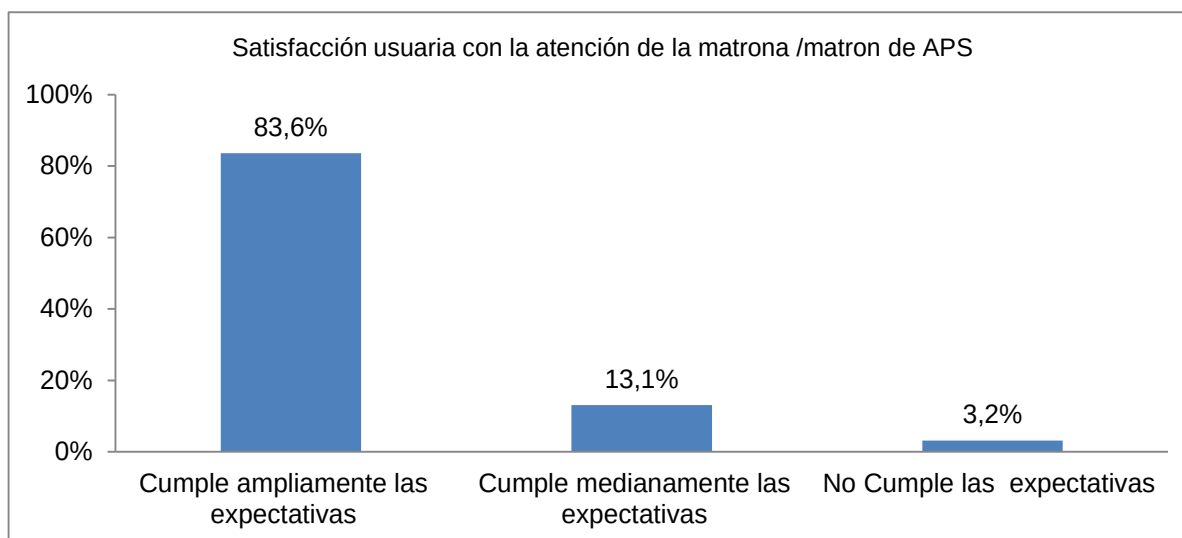
| Percepción respecto de la resolutividad mostrada por la matrona-matrón de APS |    | Número de Usuarías | Porcentaje % |
|-------------------------------------------------------------------------------|----|--------------------|--------------|
| Entrega educación respecto al tema                                            | SI | 45                 | 36,9%        |
|                                                                               | NO | 77                 | 63,1%        |
| Entrega tratamiento                                                           | SI | 25                 | 20,5%        |
|                                                                               | NO | 97                 | 79,5%        |
| Deriva a otro profesional                                                     | SI | 33                 | 27%          |
|                                                                               | NO | 89                 | 73%          |

*\*Consultantes en el Policlínico de Ginecología Hospital Carlos Van Buren y Policlínico de Ginecología Hospital de Quilpué Marzo – Abril de 2012.*

*\*\*El total no corresponde al tamaño de la muestra pues las dimensiones no eran excluyentes.*

El nivel de resolutividad de la matrona-matrón de APS es escasamente percibido por las usuarias, quienes en un 63,1% refiere no haber recibido educación sobre disfunciones sexuales, en tanto el 79,5% señala no haber recibido tratamiento y un 73% refiere no haber sido derivadas a otro profesional.

**Gráfico IX: Mujeres climatéricas con disfunciones sexuales\* según Satisfacción usuaria\*\* con la atención de la matrona-matrn de APS.**



*\*Consultantes en el Policlínico de Ginecología Hospital Carlos Van Buren y Policlínico de Ginecología Hospital de Quilpué Marzo – Abril de 2012.*

*Tabla 9 Anexo 8.*

*\*\*Sub indicadores de satisfacción usuaria en Tabla 10 Anexo 8*

Un 83,6% de las mujeres encuestadas, refieren que la matrona-matrn de APS cumple ampliamente las expectativas con respecto a la satisfacción usuaria.

## CONCLUSIONES

Los trastornos de la excitación sexual fueron las disfunciones que mayor prevalencia tuvieron en las mujeres en estudio, alcanzando al 56% de la muestra, seguido de dispareunia 43,4% y deseo sexual hipoactivo 36,8% de los casos.

Los resultados anteriores se pueden explicar dado a la estrecha relación existente entre una disfunción y otra, de modo que al existir un trastorno por excitación de base, la lubricación de los genitales femeninos va a ser escasa e incluso nula, lo que provocará dispareunia que impedirá percibir el coito como un acto de placer. Frente a esto, se produce un mecanismo de retroalimentación negativa al relacionar el acto sexual con dolor, lo que concuerda con la tercera disfunción sexual más frecuentemente encontrada deseo sexual hipoactivo.

Cabe destacar la presencia de un 18% de mujeres con aversión sexual, ya que se le considera un trastorno grave del deseo sexual que puede originarse por disfunciones anteriores, problemas de pareja, antecedentes de abuso sexual, trastornos orgánicos e incluso mentales.

La mayor presencia de dispareunia (43,4%) respecto a vaginismo, (11,4%) se explica debido a que este último es generalmente primario, es decir, se ha presentado desde el inicio de los intentos por mantener relaciones sexuales, en cambio la dispareunia se desarrolla generalmente en mujeres que han mantenido relaciones sexuales y que posteriormente desarrollan el cuadro de dolor<sup>37</sup>, esto es especialmente válido durante el climaterio, cuando se producen cambios en la esfera biológica, determinados por el déficit de estrógenos, y modificaciones en el ámbito psicológico y social, que pueden potenciar la presencia de disfunciones sexuales.

---

<sup>37</sup> Roberto Rosenzvaig (2012). Sexualidad humana. <http://robertorosenzvaig.cl/articulos/trastornos-sexuales/dispareunia-y-vaginismo>

Durante la aplicación del instrumento de recolección de datos, se pudo evidenciar la falta de conocimientos que tiene la gran mayoría de las usuarias acerca de sexualidad, pues en ocasiones fue necesario explicar algunos términos, como el significado de la palabra orgasmo. La baja frecuencia relativa de este trastorno (22,9%), no resulta coherente con la proporción de mujeres con trastornos por dolor y se podría explicar por un error de concepto más que por una baja prevalencia de la disfunción.

La prevalencia de disfunciones sexuales en el grupo en estudio, es mayor a la encontrada en mujeres de similar edad donde el deseo sexual hipoactivo se da en el 20% de los casos, trastornos de la excitación 16%, trastorno sexual del dolor 12%, trastorno por aversión 8% y vaginismo 4%.

En cuanto a las disfunciones sexuales reportadas a nivel mundial, se ha encontrado una elevada prevalencia de 20 al 55%<sup>38</sup>. En Chile, la frecuencia promedio de disfunciones es de 52%, con un promedio de 2,25 disfunciones por mujer.<sup>39</sup>

En el año 2002 el grupo de trabajo de la Unidad de Climaterio del Hospital Barros Luco-Trudeau<sup>40</sup> aplicó la metodología del estudio de Laumann<sup>41</sup> en mujeres chilenas y encontró que 94,2% de las mujeres de entre 45 y 49 años tiene actividad sexual, pero ésta disminuye a 80,5% a los 50 años, a 74,7% a los 55 y llega a 52,2% en el

---

<sup>38</sup> Martínez. R; Bustos. L; Ayala; Leroy. L; Morales. F; Watty. A; Briones. C; (2010) Evaluación de la función sexual en mujeres sometidas a histerectomía total y supracervical por vía laparoscópica Revista Chilena Obstetricia Ginecología. V.75 N°4.(P:247-252) Santiago.

<sup>39</sup> Martínez. R; Bustos. L; Ayala; Leroy. L; Morales. F; Watty. A; Briones. C; (2010) Evaluación de la función sexual en mujeres sometidas a histerectomía total y supracervical por vía laparoscópica. Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología V.75 N°4. Santiago.

<sup>40</sup> Blümel. J.E;(2009) Disfunción sexual en la mujer chilena, Hospital Barros Luco-Trudeau, Medwave. Año IX, N° 10. Santiago, Chile.

<sup>41</sup> Laumann. E; Paik. A; Rosen. R; (1999) Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. V.281. N°6 (P:537-544).United States. JAMA.

quinquenio de 60 a 64 años. En cuanto a la prevalencia de trastornos de la sexualidad, observaron que el deseo falla en 13,3% de las mujeres de 40 años, cifra que aumenta a 46,7% en las mujeres de 65 años. La excitación se comporta de forma similar. El mismo estudio afirma que al analizar a las mujeres que no tienen actividad sexual por grupos de edad se encontró que en el grupo de 40 a 44 años la principal causa era la impotencia de la pareja (40,7%), mientras que a partir de los 45 años la primera causa es la falta de deseo (39,6%) y a los 60 años la principal causa es la falta de pareja.

La mayoría de las mujeres en estudio no era usuaria de terapia de reemplazo hormonal, sólo el 6,5 % de ellas refería su uso por más de 12 meses, al comparar con otros estudios, como el de Blümel<sup>42</sup> se puede destacar la importancia de la hormonoterapia, puesto que, en esa experiencia el análisis de regresión logística, mostró que las mujeres con TRH, comparadas con las no-usuarias, tienen la décima parte de riesgo de disfunción sexual.

La baja prevalencia en el uso de TRH en el grupo de estudio, se podría explicar debido a que no todos los centros de salud primarios cuentan con este recurso farmacológico y al realizar la consulta en forma particular los costos se incrementan lo que dificulta el acceso a las usuarias del servicio público de salud, otra probable razón es que el grupo encuestado tiene una alta prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles como hipertensión u otros factores de riesgo que desaconsejan el uso de THR.

---

<sup>42</sup> Blümel. J.E; Araya. H; Riquelme.H; Castro. G; Sánchez. F; Gramegna. G;(2002) *Prevalencia de los trastornos de la sexualidad en mujeres climatéricas*. Revista médica de Chile. V.130 N°10. Santiago.

Dentro de las patologías ginecológicas concomitantes, la miomatosis uterina fue la más frecuente con un 25,4% de los casos, según un estudio publicado en la Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología<sup>43</sup> la miomatosis uterina es una de las principales causas de Histerectomía en el país. En el caso de la endometriosis, que ocupó el segundo lugar en frecuencia (19,6%), constituye la patología ginecológica más frecuente de consulta al especialista, aún así en algunas ocasiones el diagnóstico de esta patología no es oportuno y en consecuencia muchas mujeres no reciben el tratamiento adecuado.

El prolapso genital se presentó en un 18% de las usuarias, esta es una de las patologías que más afecta la calidad de vida de las mujeres que lo presentan, tanto por su relación con incontinencia urinaria, como con la aparición de disfunciones sexuales. En la actualidad el prolapso genital femenino es una de las causas más frecuentes de consulta e indicación quirúrgica en la práctica ginecológica diaria, de tal forma se estima, que alrededor de un 11% de las mujeres es sometida a una cirugía de prolapso y/o de incontinencia urinaria en algún momento de su vida. Por otra parte estudios de prevalencia sitúan al prolapso genital en valores cercanos al 5% en población femenina entre los 20 a 59 años<sup>44</sup>.

En la muestra en estudio, la frecuencia de HTA, alcanzó al 39.3% de los casos, mayor a la mostrada por la Encuesta Nacional de Salud (ENS) 2009-2010 que encontró una prevalencia de HTA en mujeres de un 25,3%, situación similar ocurre con la depresión que en este estudio afecta al 34,4% de las mujeres y en la ENS al 27,5%. Por otra parte, se evidenció una prevalencia de diabetes mellitus del 9.8% similar al 10,4% de la ENS. Cabe destacar que los datos obtenidos sobre prevalencia de hipotiroidismo que afecta al 19.4% de las mujeres en estudio difiere ampliamente con el 1.2% obtenido por la ENS. Las diferencias observadas pueden

---

<sup>42</sup> Araya. G; Urrutia. M.T;(2008). El Proceso de ser Histerectomizada: aspectos educativos a considerar. Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología. V. 73 N°5. (P: 347 – 352). Santiago.

<sup>44</sup> Laíz. D; Urzúa. F; (2006). Cervico histeropexia sacra con reparación paravaginal. Revista chilena de Obstetricia y Ginecología. V.71. N°1 Santiago.

explicarse debido a que la muestra seleccionada para este estudio son mujeres de entre 45 a 59 años de edad, en donde aumenta la prevalencia de patologías crónicas especialmente trastornos de la glándula tiroidea.

La Variable Grado de Molestias en el Climaterio medido por la escala MRS, que ha sido aplicada y validada en múltiples ocasiones<sup>45</sup>, muestra que, mientras en Europa, Norteamérica, Latinoamérica y Asia el porcentaje de mujeres con síntomas severos es de 24,3%, 22,5%, 22,7% y 9,5% respectivamente<sup>46</sup>, en Chile el porcentaje se sitúa en el 41,1 % de las mujeres de 40 a 59 años<sup>47</sup>. En el grupo en estudio el 54% de las usuarias entrevistadas presenta un grado severo de molestias, la razón de esta mayor prevalencia, probablemente se debe a que, dentro de los criterios de inclusión de la muestra seleccionada estaba el tener “algún” tipo de problema sexual con su pareja. Quizás al no haber incluido este criterio dentro de la encuesta los resultados se podrían haber orientado más a los grados ausente y leve. Así lo demuestra el estudio “Calidad de vida relacionada con el climaterio en una población chilena de mujeres saludables”<sup>48</sup> en el cual la muestra se dividió en dos grupos, el primero conformado por usuarias que sólo asistían a control preventivo habitual en el sistema de atención pública y el segundo por aquellas usuarias derivadas al ginecólogo por presentar alguna patología ginecológica, al revisar los puntajes, se

---

<sup>45</sup> Aedo. S; Porcile. A; Iribarra. C;(2006). Calidad de vida relacionada con el climaterio en una población chilena de mujeres saludables Departamento de Ginecología y Obstetricia, Facultad de Medicina, Campus Oriente, Universidad de Chile. Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología. V. 71 N°6. (P: 402-409), Santiago.

<sup>46</sup> Heinemann L. Comparison of "degree of severity" of the MRS and its domains. Menopause rating scale. Center for Epidemiology and Health Research, Berlin. Disponible en: [http://www.menopause-rating-scale.info/documents/Ref\\_Values\\_CountrGr.pdf](http://www.menopause-rating-scale.info/documents/Ref_Values_CountrGr.pdf) .

<sup>47</sup> Del Prado. M; Fuenzalida. A; Jara. D; Figueroa. R; Flores. D; Blümel. J.E;(2008). Evaluación de la calidad de vida en mujeres de 40 a 59 años mediante la escala MRS (*Menopause Rating Scale*) Revista médica de Chile. V.136 N°12. Santiago.

<sup>48</sup> Aedo. S; Porcile. A; Iribarra. C; (2006). Calidad de vida relacionada con el climaterio en una población chilena de mujeres saludables Departamento de Ginecología y Obstetricia, Facultad de Medicina, Campus Oriente, Universidad de Chile. Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología. V. 71 N°6. (P: 402-409), Santiago.

demuestra que ambos grupos presentan sintomatología climatérica, pero bien, si se comparan las puntuaciones en ambos grupos, se encuentra una puntuación significativamente más elevada en el grupo concurrente al ginecólogo, que la población concurrente a control preventivo de salud en el consultorio.

Un 77,8% de las usuarias refiere tener un nivel de autoestima elevada, resultado que no coincide con el 34,4% de mujeres con depresión y tampoco con el 54% de usuarias que presentan un grado severo de molestias medido por la escala MRS, Esto se puede atribuir a los cambios de ánimo que constituyen uno de los síntomas más comunes en el climaterio generando situaciones de conflicto momentáneos que a la larga no deterioran la autoestima de la mujer.

Respecto a la variable Participación en Actividades recreativas, se evidencia que un 63,9% de las mujeres no participa en ninguna de ellas, esto se puede deber a que la mujer puede presentar un cierto grado de desinterés en realizar otro tipo de actividades en su diario vivir, lo que se relacionaría con la alta prevalencia de depresión encontrada en el grupo en estudio, o a que su tiempo lo destinan principalmente a realizar los quehaceres del hogar, ya que un 44,2% de las mujeres encuestadas son dueña de casa y otro porcentaje no menor, 39.3%, señala que además realiza un trabajo fuera del hogar y el tiempo que destinan a sus labores fluctúa entre 9 y 12 horas (44,3%) e incluso puede llegar a mas de 13 horas diarias (28,7%).

Lo mencionado anteriormente se puede relacionar con la Encuesta Nacional de Salud (ENS) 2009-2010<sup>49</sup> en donde la prevalencia de sedentarismo en el tiempo libre aumenta significativamente con la edad, alcanzando en mujeres un 92,9% sin distinción de rango de edad.

---

<sup>49</sup> Ministerio de Salud. MINSAL(2011). Encuesta Nacional de Salud 2009-2010 <http://www.minsal.cl>

La mayoría de las usuarias encuestadas refieren pertenecer a familias biparentales, ya sea nucleares (57,3%) o extensas (25,4%). Según el Censo 2002<sup>50</sup> en Chile, la distribución de los hogares por tipo de hogar las familias biparentales pertenecían al porcentaje más alto con un 38,1%, con la segunda mayoría se encontraban las familias extensas biparentales con un 14,1%. Dado que aún no se han publicado los resultados del Censo 2012, no se pueden hacer comparaciones más actualizadas. Sin embargo en la encuesta CASEN 2006<sup>51</sup> las familias biparentales corresponden a un 61,2%.

La mayoría de las mujeres encuestadas refiere sentirse apoyada por su pareja/esposo e hijas/hijos alcanzando porcentajes que bordean el 80%, los resultados, son comparables a otro estudio<sup>52</sup>, en el cual, variables similares basadas en el apoyo familiar y/o social en mujeres climatéricas presentan niveles elevados, lo cual constituye un aspecto bastante positivo, ya que es al interior de la familia donde se vigila y promueve el desarrollo y bienestar de aquellos que la componen,<sup>53</sup> lo que es especialmente relevante en periodos de crisis como es el climaterio.

Un alto porcentaje de las mujeres encuestadas refiere tener redes de apoyo extrafamiliar alcanzando un 89,3%. Según la CEPAL<sup>54</sup> en la mayoría de los países de Latino América, los sistemas de protección social, especialmente aquellos ligados a las necesidades de salud, son inexistentes o limitados y en estos casos, las redes

---

<sup>50</sup> Instituto Nacional de Estadísticas. INE(2003). *Censo 2002*. <http://www.ine.cl>

<sup>51</sup> Ministerio de desarrollo social ex MIDEPLAN (2009). Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN). Módulo Familias.

<http://www.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen2009/educacion.php>.

<sup>52</sup> Salazar. A; Paravic. T; (2005). Desempeño laboral y climaterio en trabajadoras de instituciones públicas. *Revista médica de Chile*. V.133 (P: 315-322)

<sup>53</sup> Van Barneveld. H; Morales. M; Zarza. S;(2008) *Resiliencia y familia. Socialización y familia. Estudios sobre procesos psicológicos y sociales*. México.Fontamara.

<sup>54</sup> Comisión Económica para América Latina. CEPAL.(2002). Redes de apoyo social a las personas mayores. <http://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/7/11497/JMGuzman.pdf>

de apoyo familiar y extrafamiliar constituyen la estructura de apoyo principal, lo cual queda en evidencia con los resultados obtenidos.

Según la variable relación afectivo-comunicativa con la pareja el 57,4% de las mujeres en estudio percibe una BUENA relación afectiva con su pareja, no obstante existe un 27% que percibe su relación de pareja como mala, que puede ser resultado de conflictos presentes y no resueltos previamente o a que durante el climaterio, los cambios en el patrón de vida establecido anteriormente pueden ocasionar en las mujeres una sensación de desubicación, confusión y en algunos casos, sentimientos de menor valía personal e inclusive desesperanza total ante un futuro incierto, puesto que culturalmente ha primado la idea de que a medida que la mujer que envejece se torna menos deseable, generando así conflictos que puedan afectar a la relación de pareja<sup>55</sup>.

El 72,1% de las usuarias declaro no ser víctima de violencia intrafamiliar, el 19,7% sufre de violencia psicológica, un 6,5% es víctima de de agresión física y el 9,8% sufre de violencia sexual, estos resultados están por debajo de las cifras nacionales, según la encuesta de Victimización, desarrollada por el Ministerio de Interior en el año 2008<sup>56</sup> se destaca en primer lugar la violencia psicológica con un 37,2%, en segundo la física dividida en violencia física grave y leve con porcentajes de 15% y 24,6% respectivamente y en tercer lugar la sexual alcanzando un porcentaje de 15,6%. Las diferencias observadas se podrían deber a que las mujeres encuestadas no declararon su situación por pudor o por los tabúes y prejuicios que rondan en torno a esta problemática que llevan a subestimar su magnitud.

---

<sup>55</sup> Asociación Mexicana para el Estudio del Climaterio, (2007). La atención de los síntomas psicológicos durante el climaterio femenino. V.25 N°.1. Bogotá. Colombia.

<sup>56</sup> Servicio Nacional de la Mujer. SERNAM.(2010). Departamento de estudios y capacitación: *Violencia Intrafamiliar en cifras* .<http://www.sernam.cl>

El hacinamiento hogareño se considera como un factor que influye tanto en las relaciones del grupo familiar como en la aparición de disfunciones sexuales, no obstante en el grupo en estudio, esta condición se dio en una baja proporción de casos, con sólo un 6,6% de mujeres viviendo en situación de hacinamiento medio y ninguna en hacinamiento crítico.

Se estima que circunstancias como la muerte de un familiar, enfrentar un cambio de casa o un evento importante en el entorno, así como la sobrecarga laboral, son causantes de situaciones de estrés derivadas de distintos mecanismos, como: aumento del cortisol y de la prolactina (PRL), disminución de la testosterona y la DHEA, que se manifiestan en contracturas y tensiones musculares, ansiedad, miedo, hipertensión arterial (HTA) y disfunciones sexuales<sup>57</sup>.

La condición de dueña de casa significa serlo durante 24 horas 7 días a la semana y estar preocupada de la familia, casa, hijos, pareja, amigos, entre otras, con una retribución generalmente escasa. En tanto, es factible que las mujeres que desarrollan un trabajo fuera del hogar, a pesar de la doble carga laboral que habitualmente implica, experimenten un sentimiento de autorrealización personal por el valor que le otorgan a la labor que desempeñan y por aportar económicamente al sustento familiar.

En este estudio el 39,3% de las mujeres cumplía una doble jornada laboral como trabajadora y dueña de casa, en tanto el 44% eran dueñas de casa. De acuerdo a lo anterior, el 44,3% tenían jornadas de entre 9 y 12 horas, en tanto el 28,7% trabajaba más de 13 horas diarias. Esto es congruente con que el 72% asume sola las tareas del hogar, a pesar de que sólo el 44% se declara dueña de casa.

---

<sup>57</sup> Sapetti. A; (2009). Disfunciones sexuales y estrés. *Psiquiatría Forense, Sexología y Praxis*. Año 16, V.6. Nº 4.

Los resultados obtenidos a partir del instrumento creado para medir conocimientos básicos sobre sexualidad y climaterio (Anexo7), mostraron que el 68% de las usuarias encuestadas tiene conocimientos insatisfactorios o medianamente satisfactorios.

De las disfunciones sexuales presentes en las usuarias en estudio, el trastorno por aversión, es el único que muestra una tendencia clara a aumentar, conforme aumenta la edad de la usuaria, el resto de las disfunciones muestra una tendencia a incrementarse en el grupo de 50 a 54 años, para luego disminuir en el quinquenio posterior. Esto se puede deber, a que el promedio de edad de aparición de la menopausia en Chile<sup>58</sup> se sitúa en los 49 años y como resultado a la depresión estrogénica, comienzan a manifestarse con mayor intensidad los signos y síntomas del climaterio generándose mayor alerta y ansiedad ante su aparición sumado a cambios anímicos que contribuyen a la aparición de disfunciones sexuales.

El puntaje elevado de la Escala MRS se traduce en una mayor severidad sintomática e impacto del climaterio en la calidad de vida de las mujeres, esto se correlaciona con los resultados encontrados en la muestra estudiada en que todas las disfunciones sexuales presentes en las usuarias aumentaban en la medida en que se incrementa el grado de molestias en el climaterio, siendo especialmente importante la proporción de mujeres con aversión sexual y molestias severas (81,8%) y de vaginismo con molestias severas (92,9%).

Respecto de la atención brindada por la matrona-matrn de APS a su problema de disfunción sexual, el 60% de las usuarias no se sintió apoyada psicológica ni afectivamente, el 56,6% refirió que no tuvo las instancias que llevaran a realizar el diagnóstico de disfunción, el 36,9% refiere recibir educación, el 20,5% haber recibido tratamiento y el 27% fue referida a otro profesional. No obstante a lo anterior, la

---

<sup>58</sup> Araya. A; Urrutia. M; Cabieses. B; (2006) Climaterio y postmenopausia: Aspectos educativos a considerar según etapa del período. Ciencia y enfermería. V. XII N° 1 (P: 19 -27). Chile

satisfacción usuaria es de un 83,6%, donde destaca que la atención es otorgada respetando la privacidad (94,1%), en forma respetuosa, (97,5%) y utilizando de un lenguaje claro (92,1%).

Este hecho concuerda con los resultados del estudio realizado en nuestro país en el año 2009<sup>59</sup> que midió la satisfacción usuaria y la percepción de éstos frente a determinados servicios prestados por la red asistencial del servicio de salud Valparaíso-San Antonio, donde el índice total de satisfacción usuaria en los centros de salud de atención primaria fue de 80,9 siendo Valparaíso la comuna con mejor índice de satisfacción usuaria con calificación moderadamente positiva, sin embargo, un 40% de los encuestados señaló que debieran ampliar el número de horas de atención de los profesionales de la salud.

---

<sup>59</sup>Servicio de Salud Valparaíso – San Antonio (2009) Informe Evaluación Medición Satisfacción usuaria año 2009 en el Servicio de Salud Valparaíso - San Antonio. Sub Depto. Participación Social - Sección OIRS. <http://ssvalparaiso.redsalud.gob.cl/url/item/852977f8c55d24b2e04001011f011d27.pdf>

## RECOMENDACIONES

Si bien el climaterio es una etapa de transición que experimentan las mujeres a partir de los 40 años, es necesario capacitarlas con anterioridad para enfrentar este periodo de cambios en condiciones de salud que les permitan sortear con éxito los cambios biológicos, psicológicos y sociales que hacen del climaterio una etapa especialmente vulnerable.

Dentro de las atenciones de salud a las cuales acceden las usuarias, resulta especialmente importante el EMPA, en la medida que permite la pesquisa precoz de patologías crónicas que afectan la salud de la mujer, especialmente hipertensión arterial y diabetes, las cuales tienen una fuerte repercusión en la vida sexual tanto por el daño que producen a nivel sistémico como por los efectos colaterales de los medicamentos que se utilizan para su tratamiento y control. Por su parte el control ginecológico, permite realizar pesquisa de cáncer de mamas y cérvico uterino y de otras patologías de alta prevalencia como prolapso genital y escherichia nitis, entre otras, que también tienen un impacto negativo sobre la calidad de vida de las usuarias.

Considerando que la cobertura de la atención primaria en salud alcanza al 80%<sup>60</sup> de las mujeres que acceden a control de planificación familiar, control prenatal, control del trinomio, control ginecológico, entre otras actividades, éstas constituyen instancias en que el profesional matrona-matrón debe valorar a la usuaria desde una perspectiva holística, incorporando aspectos de salud mental, relaciones familiares y especialmente de pareja que permitan establecer un diagnóstico biopsicosocial y un plan de intervención que abarque a la mujer en todas sus dimensiones.

---

<sup>60</sup>Ministerio de salud. MINSAL. (2007).Metas regionales en materia de recursos humanos para Chile. [http://www.observatoriorh.org/andino/sites/default/files/webfiles/fulltext/OPS\\_27\\_CSP\\_Metas\\_Recurso\\_s\\_Humanos\\_2007.pdf](http://www.observatoriorh.org/andino/sites/default/files/webfiles/fulltext/OPS_27_CSP_Metas_Recurso_s_Humanos_2007.pdf)

Uno de los pilares del plan de intervención es la educación continua acorde a las necesidades pesquisadas, pero también con una visión de futuro que capacite a las mujeres para enfrentar los constantes cambios que se experimentan a través del ciclo vital.

Para enfrentar la problemática que se genera al existir disfunciones sexuales en la mujer, lo esencial es resolver la crisis en conjunto con la pareja. El profesional matrona-matrón debe realizar una valoración con la finalidad de conocer la naturaleza exacta del problema y elaborar un plan de acción personalizado y adaptado a cada mujer y sus necesidades, para esto es aconsejable que en las consultas ginecológicas se pueda incorporar a la pareja, haciéndolo partícipe del problema y de la solución, a través de la educación, la consejería y la derivación a especialista de ser necesario.

Aunque la calidad de vida de la mujer climatérica requiere intervenciones que exceden al uso de terapia de reemplazo hormonal y en este estudio no existe evidencia concreta de la asociación entre disfunciones sexuales y la baja prevalencia en el uso de TRH, es factible que algunas usuarias se podrían ver beneficiadas al acceder a este recurso farmacológico. Este tratamiento resulta de un elevado costo, pues requiere además una rigurosa selección y seguimiento de las mujeres a quienes se les indica.

Dentro de las medidas para mejorar la calidad de vida de las personas se encuentra la participación en actividades recreativas especialmente deportes y actividad física, aspecto que debe ser fomentado por los profesionales de la salud en todas las instancias de atención de los usuarios, ya que está demostrado que un entrenamiento periódico no sólo tiene beneficios a nivel físico, puesto que disminuye el riesgo de mortalidad por enfermedades cardiovasculares, ayuda a mantener la estructura y función de las articulaciones y tejido óseo, mejora el perfil de los lípidos en sangre, así como también los niveles de glicemia y aumenta los niveles de serotonina, con lo cual mejora el ánimo y la autoestima de la usuaria, constituyendo

además una instancia para ampliar las redes de apoyo y mejorar en general su calidad de vida.

Un constante perfeccionamiento y capacitación hacen que el servicio entregado por el profesional de salud en todo ámbito de su competencia sea de mayor calidad y excelencia, en este caso se hace necesario que el profesional matrona-matrón acceda de forma constante a programas de capacitación en el área de la sexualidad y climaterio, ya que ello le permitirá tener una base aún más sólida a la hora de enfrentarse a la vasta gama de manifestaciones físicas y emocionales relacionadas con cambios biológicos y sociales propios a esta etapa de transición.

Dado que Chile es, dentro de Latinoamérica<sup>61</sup> uno de los países que más rápidamente camina hacia el envejecimiento poblacional se hace imprescindible incrementar la investigación en los problemas de salud que afectan a la población adulta y que en el futuro constituirán un desafío para la atención de salud.

---

<sup>61</sup> Instituto Nacional de estadísticas. INE (2012). Resultados preliminares, Censo de población y vivienda 2012. <http://www.ine.cl>

## BIBLIOGRAFÍA

### Libros:

- Aliaga, P.; Ahumada, S. y Torres, S. (2006). Selección de temas en Ginecoobstetricia. Perspectiva de la salud sexual en la práctica ginecoobstétrica. (p.635). Chile. Publimpacto.
- Bachmann, G. y Phillips, N. (1998). Sexual dysfunction. En: Chronic pelvic pain: an integrated approach. (P: 77 – 90). Philadelphia.WB Saunders.
- Caldiz. L; y Resnicoff. D; (1997). Sexo, mujer y fin de siglo. La intimidad redescubierta. Buenos Aires. Ed. Paidós.
- Fuentes. X; (2001). Medicina de la Mujer. En: Rodríguez, J. y López, G. Fisiología de la respuesta sexual humana. (P:247). Chile. Mediterráneo.
- Giddens. A; (1995). La transformación de la intimidad. Sexualidad, amor y erotismo en las sociedades modernas. Madrid. Ediciones Cátedra.
- Hamel. P; (2001). Medicina de la Mujer. En: Rodríguez, J. y López, G. (Ed.). Aspectos psicológicos y socioculturales de la conducta sexual femenina. (P: 235). Chile. Mediterráneo.
- Kohn. I y Kaplan. S; (2000). Female sexual dysfunction: what is known and what can be done?: What is known and what can be done. Contemporary Obs/Gyn. V.45 Nº 2. (P:25-46).
- Leiblum, S. y Rosen, R. (1988). Sexual desire disorders. New York. Ed.Guilford Press.
- Masters & Johnson. (1995). La sexualidad humana. 13ª edición. Ampliada y revisada. Barcelona. Ed. Grijalbo.

- Organización Mundial de la Salud (OMS). Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2002) Promoción de la Salud Sexual. Recomendaciones para la acción. (P: 19-22). Antigua Guatemala. Guatemala.
  
- Papalia, D y Olds, S. (1997). Desarrollo humano. Capítulo 8: Desarrollo físico e intelectual en la infancia intermedia. Bogotá. McGraw-Hill.
  
- Rivlin. M; (1996). Evaluation of sexual dysfunction. Manual of outpatient gynecology, 4º editions. EEUU.Lippincott.
  
- Romo. W; (2003). Ginecología. En: Pérez Sánchez. (Ed.). Antropología de la sexualidad. Chile. Mediterráneo.
  
- Rubio. E; (1994) Introducción al estudio de la sexualidad humana. En: Conapo (Ed.) Antología de la Sexualidad Humana. Miguel Angel Porrúa. V.1 (P:17-46). México.
  
- Serrano. M; (2002) La Educación para la Salud del Siglo XXI, Comunicación y Salud. Madrid. Díaz de Santos, S.A.
  
- Van Barneveld. H; Morales. M; Zarza. S;(2008). Resiliencia y familia. Socialización y familia. Estudios sobre procesos psicológicos y sociales. México. Fontamara.
  
- Zambrano. N; y Gómez. R; (2003). Ginecología. En: Pérez Sánchez. (Ed.). Respuesta sexual humana. Chile. Mediterráneo.

**Revistas:**

-Aedo. S; Porcile. A; Iribarra. C; (2006) Calidad de vida relacionada con el climaterio en una población chilena de mujeres saludables. Departamento de Ginecología y Obstetricia, Facultad de Medicina, Campus Oriente, Universidad de Chile. Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología. V71. N°6 (P: 402-409).

-Aliaga. P; Ahumada. S; Villagrán. O; Manzor. S; y Santamaría. M; (1999). ¿...Y la sexualidad qué? Visión desde la perspectiva de un Hospital Universitario. Revista Hospital Clínico de la Universidad de Chile.

-Araya. G; Urrutia. M.T; (2008). El Proceso de ser Histerectomizada: aspectos educativos a considerar. Revista Chilena de Obstetricia y ginecología. V. 73. N°5 (P: 347 – 352).

-Araya. A; Urrutia. M; Cabieses. B; (2006) Climaterio y postmenopausia: Aspectos educativos a considerar según etapa del período. Ciencia y enfermería. V. XII N° 1 (P: 19 -27). Chile.

-Arena. J.O; (2006) Influencia del climaterio y la Terapia Hormonal de Reemplazo. Revista Chilena de obstetricia y Ginecología. V.71 N°2. Santiago.

-Asociación Mexicana para el Estudio del Climaterio, (2007). La atención de los síntomas psicológicos durante el climaterio femenino. V.25 N°.1. Bogotá. Colombia.

-Blümel. J.E. (2009). Disfunción sexual en la mujer chilena, Hospital Barros Luco-Trudeau. Medwave. Año IX, N° 10. Santiago, Chile.

-Blümel. J.E; Araya. H; Riquelme. R; Castro. G; Sánchez. F; Gramegna. G;(2002) Prevalencia de los trastornos de la sexualidad en mujeres climatéricas. Revista Médica de Chile V.130 N°10. Santiago.

- Del Prado. M; Fuenzalida. A; Jara. D; Figueroa. R; Flores. D; Blümel. J.E. (2008). Evaluación de la calidad de vida en mujeres de 40 a 59 años mediante la escala MRS (Menopause Rating Scale). Revista médica de Chile. V.136 N°12. Santiago.
- Figueroa, Jara y cols, (2009). Prevalencia de disfunción sexual en mujeres climatéricas. Revista médica de Chile. V.137 N°3. Santiago.
- Kamei. L; Kamei. J. (2005) Estudio de Prevalencia de los trastornos de la Sexualidad en mujeres que asisten a Consultorio Externo de Gineco-Obstetricia del Hospital de la Serena. Universidad de Chile, Hospital San Borja Arriarán. Hospital de La Serena. Revista chilena de Urología Volumen 70 N°4 año 2005.
- Laíz. D; Urzúa. F; (2006). Cervico histeropexia sacra con reparación paravaginal. Revista chilena de Obstetricia y Ginecología. V.71. N°1 Santiago.
- Laumann. E; Paik A, Rosen RC.(1999). Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. V.281 N°6 (P: 537-544). United States. JAMA.
- Leiblum. S y Bachmann. G. (1983). Vaginal atrophy in the postmenopausal woman. V.249 N°16 (P: 2195-2198).United states. JAMA.
- Martínez. R; Bustos; Ayala; Leroy. L; Morales. F; Watty. A; Briones. C; (2010) Evaluación de la función sexual en mujeres sometidas a histerectomía total y supracervical por vía laparoscópica. Revista Chilena de Obstetricia Y ginecología V.75 N°4. (P:247-252). Santiago.
- Riquelme Giselle; (2011). Relación Matrona-Usuaría en Atención Primaria de Salud. Departamento de Salud de la Mujer, Escuela de Enfermería, UC, Chile.

-Salazar. A; Paravic. T; (2005). Desempeño laboral y climaterio en trabajadoras de instituciones públicas. Revista Médica de Chile V.133, (P: 315-322).

-Sapetti, A. (2009). Disfunciones sexuales y estrés. Psiquiatría Forense, Sexología y Praxis. Año 16. V. 6. Nº 4.

-Tárraga. P; Álvarez. M; Cerdán. M; Celada. A; y Solera. J; (2007) Disfunciones sexuales en Atención Primaria. Revista Medicina General, Sociedad española de médicos generales y de familia Nº 92.

**Web:**

-Berman. J; Berman. L; (2003). Sólo para mujeres. Anatomía y Respuesta Sexual femenina Parte VI. <http://www.mundomujer.cl>.

-Binik, Y. y Mah, K. (1994). Sexuality and end-stage renal disease: research and clinical recommendations. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7614323>

-Cawood. E; y Bancroft. J; (1996). Steroid hormones, the menopause, sexuality and well-being of women. <http://dx.doi.org/10.1017/S0033291700035261>

-Comisión Económica para América Latina (CEPAL). (2002). Redes de apoyo social a las personas mayores.  
<http://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/7/11497/JMGuzman.pdf>.

-Enzlin, P.; Mathieu, C., y Vanderschueren. (1998). Diabetes mellitus and female sexuality: a review of 25 years' research.  
<http://care.diabetesjournals.org/content/25/4/672.full>.

-Instituto Nacional de Estadísticas. INE (2002). Censo 2002.<http://www.ine.cl>.

-Instituto Nacional de estadísticas. INE (2012). Resultados preliminares, Censo de población y vivienda 2012. <http://www.ine.cl>

-Ministerio de desarrollo social ex MIDEPLAN (2009). Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN). Módulo Familias.  
<http://www.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen2009/educacion.php>.

-Ministerio de Salud. MINSAL (2011). Encuesta Nacional de Salud 2009-2010  
<http://minsal.cl>

-Ministerio de Salud. MINSAL. (2011). Estrategia Nacional de salud para el cumplimiento de los objetivos sanitarios de la década 2011 -2020.  
<http://www.minsal.gob.cl>

-Ministerio de salud. MINSAL. (2007). Metas regionales en materia de recursos humanos para Chile.  
[http://www.observatoriorh.org/andino/sites/default/files/webfiles/fulltext/OPS\\_27\\_CSP\\_Metas\\_Recursos\\_Humanos\\_2007.pdf](http://www.observatoriorh.org/andino/sites/default/files/webfiles/fulltext/OPS_27_CSP_Metas_Recursos_Humanos_2007.pdf)

-Ministerio de Salud. MINSAL. (2008). Orientaciones para la Programación en Red 2008, Subsecretaría de Redes Asistenciales.  
<http://webhosting.redsalud.gov.cl/minsal/archivos/ORIENT070907.pdf>

-Ministerio de Salud. MINSAL (2011). Situación actual de la Salud del Hombre, Distribución porcentual por grupo etario y sexo. <http://www.minsal.gob.cl>

-Roberto Rosenzvaig. (2012) Sexualidad humana.  
<http://robertorosenzvaig.cl/articulos/trastornos-sexuales/dispareunia-y-vaginismo>.

-Servicio de Salud Valparaíso – San Antonio. (2009). Informe Evaluación Medición Satisfacción usuaria año 2009 en el Servicio de Salud Valparaíso – San Antonio. Sub Depto. Participación Social – Sección OIRS.

<http://ssvalparaiso.redsalud.gob.cl/url/item/852977f8c55d24b2e04001011f011d27.pdf>

-Servicio Nacional de la Mujer. SERNAM.(2010). Departamento de estudios y capacitación: Violencia Intrafamiliar en cifras . <http://www.sernam.cl>

-Tasa de fecundidad nacional (2011) DEIS, Minsal

[http://deis.minsal.cl/deis/indicadores/Folleto\\_IBS\\_2011.pdf](http://deis.minsal.cl/deis/indicadores/Folleto_IBS_2011.pdf).

-Violencia Intrafamiliar en cifras.(2011) Servicio Nacional de la Mujer; (SERNAM) Chile. Departamento de estudios y capacitación: <HTTP://sernam.cl>

## ANEXOS

### ANEXO 1

#### Cuestionario

**Instrucciones:** Conteste con la mayor honestidad posible.  
Marque con una X la alternativa que elija.  
Recuerde que sus respuestas son absolutamente confidenciales.

1. ¿Qué edad tiene?

|  |            |
|--|------------|
|  | 45-49 años |
|  | 50-54 años |
|  | 55-59 años |

2. En los últimos 2 años, usted, ha utilizado Terapia Hormonal de Reemplazo:

|  |                      |
|--|----------------------|
|  | Por menos de 6 meses |
|  | Entre 6 a 12 meses   |
|  | Por más de 12 meses  |
|  | No ha utilizado      |

3. Marque si en los últimos dos años ha presentado alguna de las siguientes patologías ginecológicas (Puede seleccionar más de una):

|  |                                                                                                                                                   |
|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | Miomas uterinos                                                                                                                                   |
|  | Prolapso genital                                                                                                                                  |
|  | Endometriosis                                                                                                                                     |
|  | Infecciones de transmisión de transmisión sexual como: gonorrea, sífilis, condilomas (verrugas genitales), herpes genital, uretritis, VIH – SIDA. |
|  | Vulvovaginitis (flujo vaginal de mal olor, picazón o dolor vulvo – vaginal)                                                                       |
|  | Sangrados genitales no asociado a miomas                                                                                                          |
|  | Otras, especifique.....                                                                                                                           |

4. Indique si en los últimos dos años ha presentado algunas de las patologías siguientes (Puede seleccionar más de una):

|  |                          |
|--|--------------------------|
|  | Hipertensión             |
|  | Diabetes                 |
|  | Depresión                |
|  | Otras, especifique:..... |
|  | No presenta enfermedades |

5. Conteste las siguientes frases con la respuesta que considere más apropiada. Marque con una X.

| ¿Cuál de los siguientes síntomas sufre en la actualidad y con qué intensidad? Marque la casilla pertinente de cada síntoma. Marque "no procede" cuando no sufra el síntoma. |                          |                          |                          |                          |                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Síntomas:                                                                                                                                                                   | extremadamente           |                          |                          |                          |                          |
|                                                                                                                                                                             | no procede               | leve                     | moderado                 | grave                    | grave                    |
| Puntuación =                                                                                                                                                                | 0                        | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        |
| 1. Sofocos, sudación (episodios de sudación).....                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Molestias cardíacas (consciencia no habitual de los latidos, bradicardia, taquicardia, opresión torácica).....                                                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Trastornos del sueño (dificultades a la hora de dormirse, se despierta con facilidad, se despierta pronto).....                                                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Estado de ánimo depresivo (sentirse deprimida, triste, a punto de llorar, falta de ímpetu, cambios de estado de ánimo).....                                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Irritabilidad (sentirse nerviosa, tensión interna, sentirse agresiva) .....                                                                                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Ansiedad (inquietud interna, se deja llevar por el pánico) .....                                                                                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Cansancio físico y mental (menor rendimiento generalizado, problemas de memoria, menor concentración, mala memoria) .....                                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Problemas sexuales (alteraciones de la libido/deseo, de la actividad y la satisfacción sexual).....                                                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Problemas de vejiga (dificultades a la hora de orinar, mayor necesidad de orinar, incontinencia vesical) .....                                                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Sequedad vaginal (sensación de sequedad o escozor en la vagina, dificultades a la hora de realizar el coito) .....                                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Molestias musculares y de las articulaciones, (dolor en las articulaciones, reumatismos) .....                                                                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

6. Conteste las siguientes frases con la respuesta que considere más apropiada.

Marque con una **X**.

|                                                                                         | <b>Muy de<br/>acuerdo</b> | <b>De<br/>acuerdo</b> | <b>En<br/>desacuerdo</b> | <b>Muy en<br/>desacuerdo</b> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|-----------------------|--------------------------|------------------------------|
| 1. Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás. |                           |                       |                          |                              |
| 2. Estoy convencida de que tengo cualidades buenas.                                     |                           |                       |                          |                              |
| 3. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente.                   |                           |                       |                          |                              |
| 4. Tengo una actitud positiva hacia mi misma.                                           |                           |                       |                          |                              |
| 5. En general estoy satisfecha de mi misma.                                             |                           |                       |                          |                              |
| 6. Siento que no tengo mucho de lo que estar orgullosa.                                 |                           |                       |                          |                              |
| 7. En general, me inclino a pensar que soy una fracasada.                               |                           |                       |                          |                              |
| 8. Me gustaría poder sentir más respeto por mi misma.                                   |                           |                       |                          |                              |
| 9. Hay veces que realmente pienso que soy una inútil.                                   |                           |                       |                          |                              |
| 10. A veces creo que no soy buena persona                                               |                           |                       |                          |                              |

7. Practica usted deportes y/o actividad física (Baile, Pilates, Yoga Otros)

|  |    |
|--|----|
|  | Si |
|  | No |

8. Participa usted en grupos sociales (Centro de madres, Grupo de Adultos, Iglesia u otros).

|  |    |
|--|----|
|  | Si |
|  | No |

9. ¿Usted asiste a talleres de manualidades, pintura, tejido, artesanía, etc.?

|  |    |
|--|----|
|  | Si |
|  | No |

10. Indique con quien o quienes vive (Puede seleccionar más de una):

|  |                        |
|--|------------------------|
|  | Sola                   |
|  | Con su pareja o esposo |
|  | Con sus hijos          |
|  | Con sus nietos         |
|  | Con otros parientes    |
|  | Con no parientes       |

11. Con respecto al soporte emocional que le brinda su familia usted:

|                                                        | SI | NO |
|--------------------------------------------------------|----|----|
| Recibe apoyo permanente por parte de su esposo/pareja. |    |    |
| Recibe apoyo permanente por parte de sus hijos e hijas |    |    |

12. Con respecto al soporte afectivo y emocional brindado por parte de personas externas a la familia, (vecinos, amistades, otros familiares) usted:

|                          | SI | NO |
|--------------------------|----|----|
| Recibe apoyo permanente. |    |    |

13. ¿Qué tema de conversación es más frecuente con su pareja? (Marque con **X** una sola alternativa):

|  |                                                                                        |
|--|----------------------------------------------------------------------------------------|
|  | Principalmente acerca de sus hijos                                                     |
|  | Enfocado en los gastos y quehaceres del hogar                                          |
|  | Acerca de la intimidad de pareja, sentimientos y actividades propias de la convivencia |
|  | Casi no hablan                                                                         |

14. ¿Cómo percibe usted el trato que recibe por parte de su pareja normalmente? (Marque con **X** una sola alternativa):

|  |                                      |
|--|--------------------------------------|
|  | Se siente ignorada                   |
|  | Se siente valorada                   |
|  | Se siente subestimada, menospreciada |

15. ¿De qué forma resuelven normalmente los problemas con su pareja? (Marque con **X** una sola alternativa):

|  |                                                          |
|--|----------------------------------------------------------|
|  | Conversan y llegan a un acuerdo                          |
|  | Discuten, pelean y alguno de los dos o los dos se enojan |
|  | Simplemente se ignoran                                   |

16. Es usted víctima de alguna forma de violencia intrafamiliar por parte de su pareja (Puede marcar más de una alternativa)

|    |    |                                                                                                                                                             |
|----|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Si | No | Violencia física ( Empujones, Zamarreos, Patadas, Golpes, Tirones de pelo, Sofocación o ahorcamiento)                                                       |
| Si | No | Violencia psicológica (Critica constante, la aísla de su familia y/o amigos, es chantajeada emocionalmente, garabatos, burlas constantes, trato humillante) |
| Si | No | Violencia sexual (Es obligada a tener relaciones sexuales cuando no lo desea, Es obligada a realizar practicas sexuales no deseadas)                        |

17. ¿Cuántas personas viven en su hogar?.....

18. ¿Cuántos dormitorios hay en su hogar?.....

19. Indique la/las siguientes actividades laborales que realiza (Puede marcar más de una alternativa)

|  |                                               |
|--|-----------------------------------------------|
|  | Es dueña de casa                              |
|  | Trabaja fuera del hogar con/sin remuneración. |

20. Indique el número de horas que trabaja a diario, considere también el trabajo que realiza en su casa:

|  |                    |
|--|--------------------|
|  | Menos de 9 horas   |
|  | Entre 9 a 12 horas |
|  | Más de 13 horas    |

21. En su hogar ¿quién realiza **la mayoría de las veces**, las tareas y quehaceres domésticos? **(Marque una sola alternativa)**

|  |                                                                           |
|--|---------------------------------------------------------------------------|
|  | Usted                                                                     |
|  | Su pareja/esposo                                                          |
|  | Los hijos e hijas o nietos                                                |
|  | Se distribuyen de manera equitativa entre todos los integrantes del hogar |
|  | Las realiza una persona externa u otro familiar                           |

22. En relación a sus conocimientos sobre sexualidad y climaterio (Marque a cada pregunta según corresponda)

|                                                                                                                                            | Sí | No | No lo sé |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|----------|
| ¿Cree usted que la vagina pierde elasticidad o se coloca más rígida cuando no se tienen relaciones sexuales por largos períodos de tiempo? |    |    |          |
| ¿Cree usted que la menopausia marca el fin de la vida sexual?                                                                              |    |    |          |
| ¿Cree usted que durante la menopausia se requiere de mayor estimulación previo al acto sexual por parte de la pareja?                      |    |    |          |
| ¿EL orgasmo se obtiene solo con la penetración de la pareja?                                                                               |    |    |          |
| ¿Cree que el uso de lubricantes mejora el acto sexual?                                                                                     |    |    |          |

23. Marque cada pregunta según corresponda.

|                                                                                                                                                                                                          | SI | NO |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|
| ¿Usted ha recibido apoyo psicológico y afectivo por parte de la matrona de Atención Primaria en Salud (Consultorio)?                                                                                     |    |    |
| ¿Usted ha tenido la oportunidad de expresar sus dudas y/o consultas con respecto a la aparición y/o desarrollo posterior de su problema sexual a la matrona de Atención Primaria en Salud (Consultorio)? |    |    |
| ¿La matrona de consultorio le ha entregado educación respecto a su problema sexual?                                                                                                                      |    |    |
| ¿Usted ha recibido tratamiento para su problema sexual por parte de la matrona de Atención Primaria en Salud (Consultorio)?                                                                              |    |    |
| ¿La matrona de consultorio ha derivado su caso a otro profesional en salud?                                                                                                                              |    |    |

24. Al momento de ser atendida por su matrona-matrón, ella-el:

|                                                  | SI | NO |
|--------------------------------------------------|----|----|
| Le brinda privacidad.                            |    |    |
| La trata respetuosamente.                        |    |    |
| Le habla con un lenguaje claro (¿es entendible?) |    |    |
| Le genera confianza.                             |    |    |

25. Marque en cada pregunta según corresponda.

|                                                                                                                                   | <b>Siempre</b> | <b>Casi siempre</b> | <b>Casi nunca</b> | <b>Nunca</b> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|---------------------|-------------------|--------------|
| ¿Siente usted deseos de tener relaciones sexuales con su pareja?                                                                  |                |                     |                   |              |
| ¿Siente usted miedo persistente, asco, repulsión, evasión, ansiedad, disgusto, ataques de pánico y/o fobia a la actividad sexual? |                |                     |                   |              |
| ¿Siente usted sus genitales secos al momento de tener relaciones sexuales?                                                        |                |                     |                   |              |
| ¿Siente usted orgasmos al tener relaciones sexuales?                                                                              |                |                     |                   |              |
| ¿Siente usted dolor a la penetración cuando tiene relaciones sexuales con su pareja?                                              |                |                     |                   |              |
| No logran realizar el acto sexual porque usted "apreta" la vagina y su pareja no puede realizar la penetración                    |                |                     |                   |              |

**Muchas Gracias por su colaboración**

## **ANEXO 2**

### **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

#### **Introducción**

Somos estudiantes de V año de la Escuela de Obstetricia y Puericultura de la Universidad de Valparaíso, e investigamos acerca de los problemas sexuales que pueden afectar a las mujeres durante esta época de la vida, si usted reúne las siguientes características solicitamos su colaboración:

- Edad 45-59 años.
- Tener pareja estable, de más de un año de relación con vida sexual activa.
- Tener algún tipo de dificultad o problema sexual.
- No haber sido intervenida quirúrgicamente en los últimos seis meses.
- No haber sido sometida a mastectomía sin reconstrucción mamaria.
- No presentar enfermedades graves como: cáncer en etapa avanzada, Alzheimer, esclerosis múltiple, Parkinson en etapa avanzada.

Su participación es totalmente voluntaria y no habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted en caso de no aceptar.

Si acepta, no será sometida a ningún procedimiento, sólo se le pedirá que responda un cuestionario que le será aplicado por las investigadoras y, en donde deberá contestar preguntas sobre usted, su salud, su relación familiar y de pareja y la atención proporcionada por el profesional matrona-matrón.

El cuestionario que usted responderá es anónimo, la información obtenida es confidencial y nadie salvo las investigadoras, tendrá acceso a ella, los resultados del estudio podrán ser publicados, pero en ningún caso se divulgará la identidad de los participantes.

### **CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

He sido invitada a participar en una investigación conducida por estudiantes de V año de la Escuela de Obstetricia y Puericultura de la Universidad de Valparaíso sobre las disfunciones sexuales en mujeres en la etapa del climaterio y su percepción acerca del rol del profesional matrona-matrón.

Mi participación se limitara a responder un cuestionario sobre mi salud, mi relación familiar y de pareja y la atención proporcionada por el profesional matrona-matrón.

Yo, \_\_\_\_\_ entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos, sin divulgar mi identidad y que mi participación en este estudio es voluntaria y gratuita.

SI acepto participar:.....

NO acepto participar: .....

\_\_\_\_\_  
Firma de la usuaria

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma de la encuestadora

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Investigador responsable:**

Prof. Ana Maria Alvarado V.

### ANEXO 3

#### Disfunciones sexuales

|                                                                                                                                           | Siempre                                   | Casi siempre | Casi nunca                     | Nunca |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|--------------|--------------------------------|-------|
| ¿Siente usted deseos de tener relaciones sexuales con su pareja?                                                                          |                                           |              | <b>Deseo sexual hipoactivo</b> |       |
| ¿Siente usted miedo persistente, asco, repulsión, evasión, <u>ansiedad</u> , disgusto, ataques de pánico y/o fobia a la actividad sexual? | <b>Aversión sexual</b>                    |              |                                |       |
| ¿Siente usted sus genitales secos al momento de tener relaciones sexuales?                                                                | <b>Trastornos de la excitación sexual</b> |              |                                |       |
| ¿Siente usted orgasmos al tener relaciones sexuales?                                                                                      |                                           |              | <b>Trastornos orgásmicos</b>   |       |
| ¿Siente usted dolor a la penetración cuando tiene relaciones sexuales con su pareja?                                                      | <b>Dispareunia</b>                        |              |                                |       |
| No logra realizar el acto sexual porque su pareja no puede realizar la penetración por que “apreta” la vagina                             | <b>Vaginismo</b>                          |              |                                |       |

## ANEXO 4

| ¿Cuál de los siguientes síntomas sufre en la actualidad y con qué intensidad? Marque la casilla pertinente de cada síntoma. Marque "no procede" cuando no sufra el síntoma. |                          |                          |                          |                          |                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Síntomas:                                                                                                                                                                   | no procede               | leve                     | moderado                 | grave                    | extremadamente grave     |
| Puntuación =                                                                                                                                                                | 0                        | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        |
| 1. Sofocos, sudación (episodios de sudación).....                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Molestias cardíacas<br>(consciencia no habitual de los latidos, bradicardia,<br>taquicardia, opresión torácica).....                                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Trastornos del sueño (dificultades a la hora de<br>dormirse, se despierta con facilidad, se despierta pronto).....                                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Estado de ánimo depresivo (sentirse deprimida, triste,<br>a punto de llorar, falta de ímpetu, cambios de estado<br>de ánimo).....                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Irritabilidad (sentirse nerviosa, tensión interna,<br>sentirse agresiva) .....                                                                                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Ansiedad (inquietud interna, se deja llevar por el pánico) .....                                                                                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Cansancio físico y mental (menor rendimiento<br>generalizado, problemas de memoria, menor concen-<br>tración, mala memoria) .....                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Problemas sexuales (alteraciones de la libido/deseo,<br>de la actividad y la satisfacción sexual) .....                                                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Problemas de vejiga (dificultades a la hora de orinar,<br>mayor necesidad de orinar, incontinencia vesical) .....                                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Sequedad vaginal (sensación de sequedad o escozor<br>en la vagina, dificultades a la hora de realizar el coito) .....                                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Molestias musculares y de las articulaciones,<br>(dolor en las articulaciones, reumatismos) .....                                                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

La Escala de Puntuación Menopáusica (MRS), cuestionario compuesto por once síntomas y dividida en tres dominios: 1. Somático: incluye bochornos, sudoración excesiva, molestias cardíacas, trastornos del sueño, molestias musculares y de las articulaciones (ítems 1-3 y 11, respectivamente); 2. Psicológico: estado depresivo, irritabilidad, ansiedad, cansancio físico y mental (ítems 4-7, respectivamente); 3- Urogenital: problemas sexuales, de vejiga y sequedad vaginal (ítems 8-10, respectivamente). Para cada ítem la mujer otorga un grado de 0 a 4 (0 =ausente; 1 =leve; 2 =moderado; 3 =severo; 4 =muy severo). Para una persona en particular, el puntaje de un dominio corresponde a la sumatoria de los valores obtenidos de cada ítem de esa subescala. El puntaje MRS total será la suma de los puntajes obtenidos de cada dominio.

TABLA DE PUNTAJES SEGÚN DOMINIO Y PUNTAJE TOTAL

| <b>DOMINIOS</b>              | <b>DOMINIO SOMÁTICO</b> | <b>DOMINIO PSICOLÓGICO</b> | <b>DOMINIO UROGENITAL</b> | <b>PUNTAJE TOTAL</b> |
|------------------------------|-------------------------|----------------------------|---------------------------|----------------------|
| <b>GRADO DE MOLESTIAS</b>    |                         |                            |                           |                      |
| <b>AUSENTE</b>               | 0-2 puntos              | 0-1 puntos                 | 0 puntos                  | 0-4 puntos           |
| <b>LEVE</b>                  | 3-4 puntos              | 2-3 puntos                 | 1 puntos                  | 5-8 puntos           |
| <b>MODERADO</b>              | 5-8 puntos              | 4-6 puntos                 | 2-3 puntos                | 9-16 puntos          |
| <b>SEVERO</b>                | ≥9 puntos               | ≥7 puntos                  | ≥4 puntos                 | ≥17 puntos           |
| <b>TOTAL PUNTAJE DOMINIO</b> | X puntos                | Y puntos                   | Z puntos                  | X+Y+Z puntos         |

## ANEXO 5

### ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSEMBERG

Cuestionario para explorar la autoestima personal entendida como los sentimientos de valía personal y de respeto a sí mismo.

Este test tiene por objeto evaluar el sentimiento de satisfacción que la persona tiene de sí misma.

- A. Muy de acuerdo
- B. De acuerdo.
- C. En desacuerdo
- D. Muy en desacuerdo

|                                                                                         | A | B | C | D |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|
| 1. Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás. |   |   |   |   |
| 2. Estoy convencido de que tengo cualidades buenas.                                     |   |   |   |   |
| 3. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente.                   |   |   |   |   |
| 4. Tengo una actitud positiva hacia mi misma.                                           |   |   |   |   |
| 5. En general estoy satisfecha de mi misma.                                             |   |   |   |   |
| 6. Siento que no tengo mucho de lo que estar orgullosa.                                 |   |   |   |   |
| 7. En general, me inclino a pensar que soy una fracasada.                               |   |   |   |   |
| 8. Me gustaría poder sentir más respeto por mi misma.                                   |   |   |   |   |
| 9. Hay veces que realmente pienso que soy una inútil.                                   |   |   |   |   |
| 10. A veces creo que no soy buena persona                                               |   |   |   |   |

## INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS ESCALA AUTOESTIMA DE ROSEMBERG

- De los Ítems 1 al 5 las respuestas de la A a la D tienen una puntuación de 4 a 1
  - A= 4 puntos
  - B= 3 puntos
  - C= 2 puntos
  - D = 1 punto
- De los Ítems 6 al 10 las respuestas de la A a la D tienen una puntuación de 1 a 4
  - A= 1 punto
  - B= 2 puntos
  - C= 3 puntos
  - D= 4 puntos

## RESULTADOS

- **De 30 a 40 puntos:** AUTOESTIMA ELEVADA→ Considerada como autoestima normal
- **De 26 a 29 puntos:** AUTOESTIMA MEDIA→ No presenta problemas de autoestima grave, pero es conveniente mejorarlos.
- **Menos de 25 puntos:** AUTOESTIMA BAJA→ Existen problemas significativos de autoestima.

## ANEXO 6

### Relación afectivo-comunicativa con la pareja

Puntajes según **Tema de conversación** con la pareja

#### 1.- ¿Qué tema de conversación es más frecuente con su pareja?

- ☐ Principalmente acerca de sus hijos (1 puntos)
- ☐ Enfocado en los gastos y quehaceres del hogar (1 puntos)
- ☐ Acerca de la intimidad de pareja, sentimientos y actividades propias de la convivencia (2 puntos)
- ☐ Casi no hablan (0 puntos)

#### 2.- ¿Cómo percibe usted el trato que recibe por parte de su pareja normalmente?

- ☐ Se siente ignorada (0 puntos)
- ☐ Se siente valorada (1 punto)
- ☐ Se siente subestimada, menospreciada (0 puntos)

#### 3.- ¿De qué forma resuelve normalmente los problemas con su pareja?

- ☐ Conversan y llegan a un acuerdo (1 punto)
- ☐ Discuten, pelean y alguno de los dos o los dos se enojan (0 puntos)
- ☐ Simplemente la ignora (0 puntos)

|                                                                 |
|-----------------------------------------------------------------|
| - Relación afectivo/comunicativa <b>Buena:</b> 4/4 – 3/4 puntos |
| - Relación afectivo/comunicativa <b>Regular:</b> 2/4 puntos     |
| - Relación afectivo comunicativa <b>Mala:</b> 1/4 – 0/4 puntos  |

## ANEXO 7

### Conocimientos básicos sobre sexualidad y climaterio

1.- ¿Cree usted que la vagina pierde elasticidad o se coloca más rígida cuando no se tienen relaciones sexuales por largos períodos de tiempo?

\_\_\_ Sí (1 punto)

\_\_\_ No (0 puntos)

\_\_\_ No lo sé (0 puntos)

2.- ¿Cree usted que la menopausia marca el fin de la vida sexual?

\_\_\_ Sí (0 punto)

\_\_\_ No (1 puntos)

\_\_\_ No lo sé (0 puntos)

3.- ¿Cree usted que durante la menopausia se requiere de mayor estimulación previo al acto sexual por parte de la pareja?

\_\_\_ Sí (1 punto)

\_\_\_ No (0 puntos)

\_\_\_ No lo sé (0 puntos)

4.- ¿EL orgasmo se obtiene solo con la penetración de la pareja?

\_\_\_ Sí (0 punto)

\_\_\_ No (1 puntos)

\_\_\_ No lo sé (0 puntos)

5.- ¿Cree que el uso de lubricantes mejora el acto sexual?

\_\_\_ Sí (1 punto)

\_\_\_ No (0 puntos)

\_\_\_ No lo sé (0 puntos)

|                                                                      |
|----------------------------------------------------------------------|
| - Nivel de conocimientos satisfactorio 5 / 5 puntos                  |
| - Nivel de conocimientos medianamente satisfactorio 4/5 – 3/5 puntos |
| - Nivel de conocimientos insatisfactorio 2/5 – 1/5 puntos            |

## ANEXO 8

### TABLAS COMPLEMENTARIAS

**Tabla 1: Mujeres climatéricas con disfunciones sexuales\* según tipo de disfunción sexual \*\***

| Tipo de disfunción sexual          |                 | Número de Usuarías | Porcentaje % |
|------------------------------------|-----------------|--------------------|--------------|
| Trastornos del deseo sexual        | Deseo sexual    | 45                 | 36,8%        |
|                                    | Hipoactivo      |                    |              |
|                                    | Aversión Sexual | 22                 | 18%          |
| Trastornos de la excitación sexual |                 | 69                 | 56%          |
| Trastornos orgásmicos              |                 | 28                 | 22,9%        |
| Trastornos por dolor               | Dispareunia     | 53                 | 43,4%        |
|                                    | Vaginismo       | 14                 | 11,4%        |

*\*Consultantes en el Policlínico de Ginecología Hospital Carlos Van Buren y Policlínico de Ginecología Hospital de Quilpue Marzo – Abril de 2012, El total no corresponde al tamaño de la muestra pues hubo mujeres con más de una disfunción.*

*\*\*Según CIE X (Anexo 3).*

**Tabla 2: Mujeres climatéricas con disfunciones sexuales\* según uso de terapia de reemplazo hormonal.**

| Uso de terapia de reemplazo hormonal | Número de Usuarías | Porcentaje % |
|--------------------------------------|--------------------|--------------|
| Menor a seis meses                   | 3                  | 2,4%         |
| Entre 6 y 12 meses                   | 2                  | 1,6%         |
| Más de 12 meses                      | 8                  | 6,5%         |
| No utiliza                           | 109                | 89,3%        |
| TOTAL                                | 122                | 100%         |

*\*Consultantes en el Policlínico de Ginecología Hospital Carlos Van Buren y Policlínico de Ginecología Hospital de Quilpue Marzo – Abril de 2012.*

**Tabla 3: Mujeres climatéricas con disfunciones sexuales\* según Grado de Molestias en el Climaterio\*\*.**

| Grado de Molestias en el Climaterio | Número de Usuarías | Porcentaje % |
|-------------------------------------|--------------------|--------------|
| Ausente                             | 4                  | 3,2%         |
| Leve                                | 9                  | 7,3%         |
| Moderado                            | 43                 | 35,2%        |
| Severo                              | 66                 | 54%          |
| TOTAL                               | 122                | 100%         |

*\*Consultantes en el Policlínico de Ginecología Hospital Carlos Van Buren y Policlínico de Ginecología Hospital de Quilpue Marzo – Abril de 2012.*

*\*\* Según Escala MRS (Menopause Rating Scale (Anexo 4).*

**Tabla 4: Mujeres climatéricas con disfunciones sexuales\* según Nivel de Autoestima\*\***

| Nivel de Autoestima | Número de Usuarias | Porcentaje % |
|---------------------|--------------------|--------------|
| Autoestima Elevada  | 95                 | 77,8%        |
| Autoestima media    | 21                 | 17,2%        |
| Autoestima Baja     | 6                  | 4,9%         |
| TOTAL               | 122                | 100%         |

*\*Consultantes en el Policlínico de Ginecología Hospital Carlos Van Buren y Policlínico de Ginecología Hospital de Quilpue Marzo – Abril de 2012, El total no corresponde al tamaño de la muestra pues hubo mujeres con más de una disfunción.*

*\*\* Según Escala de Autoestima de Rosenberg (Anexo 5).*

**Tabla 5: Mujeres climatéricas con disfunciones sexuales\* según presencia de Violencia Intrafamiliar.**

| Violencia Intrafamiliar    | Número de Usuarias | Porcentaje % |
|----------------------------|--------------------|--------------|
| Física                     | 8                  | 6,5%         |
| Psicológica                | 24                 | 19,7%        |
| Violencia Sexual           | 12                 | 9,8%         |
| No es víctima de violencia | 88                 | 72,1%        |

*\*Consultantes en el Policlínico de Ginecología Hospital Carlos Van Buren y Policlínico de Ginecología Hospital de Quilpue Marzo – Abril de 2012, El total no corresponde al tamaño de la muestra pues hubo mujeres que experimentaban distintas formas de violencia intrafamiliar.*

**Tabla 6: Mujeres climatéricas con disfunciones sexuales\* según Conocimientos Básicos de Sexualidad y Climaterio\*\*.**

| <b>Conocimientos Básicos de Sexualidad y Climaterio</b> | <b>Número de Usuarías</b> | <b>Porcentaje %</b> |
|---------------------------------------------------------|---------------------------|---------------------|
| Satisfactorios                                          | 39                        | 32%                 |
| Medianamente satisfactorios                             | 67                        | 55%                 |
| Insatisfactorios                                        | 16                        | 13%                 |
| <b>TOTAL</b>                                            | <b>122</b>                | <b>100%</b>         |

*\*Consultantes en el Policlínico de Ginecología Hospital Carlos Van Buren y Policlínico de Ginecología Hospital de Quilpue Marzo – Abril de 2012.*

*\*\*Según instrumento que mide Nivel de conocimientos básicos sobre sexualidad y climaterio (Anexo 7).*

**Tabla 7: Mujeres climatéricas con disfunciones sexuales\* según percepción del apoyo psicológico y afectivo brindado por parte de la matrona-matrn de APS.**

| <b>Percepción del apoyo psicológico y afectivo brindado por parte de la matrona-matrn de APS</b> |    | <b>Número de Usuarías</b> | <b>Porcentaje %</b> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|----|---------------------------|---------------------|
| Recibió apoyo psicológico y afectivo brindado por parte de la matrona-matrn de APS               | SI | 48                        | 39,3%               |
|                                                                                                  | NO | 74                        | 60,7%               |
| <b>TOTAL</b>                                                                                     |    | <b>122</b>                | <b>100%</b>         |

*\*Consultantes en el Policlínico de Ginecología Hospital Carlos Van Buren y Policlínico de Ginecología Hospital de Quilpue Marzo – Abril de 2012.*

**Tabla 8: Mujeres climatéricas con disfunciones sexuales\* según Percepción de las Instancias Diagnósticas ofrecidas por la matrona-matrn de APS.**

| Percepción de las Instancias Diagnósticas ofrecidas por la matrona-matrn de APS |    | Número de Usuaras | Porcentaje % |
|---------------------------------------------------------------------------------|----|-------------------|--------------|
| Tuvo instancias diagnósticas con la matrona-matrn de APS                        | SI | 53                | 43,4%        |
|                                                                                 | NO | 69                | 56,6%        |
| TOTAL                                                                           |    | 122               | 100%         |

*\*Consultantes en el Policlínico de Ginecología Hospital Carlos Van Buren y Policlínico de Ginecología Hospital de Quilpue Marzo – Abril de 2012.*

**Tabla 9: Mujeres climatéricas con disfunciones sexuales\* según Satisfacción usuaria con la atención de la matrona-matrn de APS.**

| Satisfacción usuaria con la atención de la matrona-matrn de APS | Número de Usuaras | Porcentaje % |
|-----------------------------------------------------------------|-------------------|--------------|
| Cumple ampliamente las expectativas                             | 102               | 83,6%        |
| Cumple medianamente las expectativas                            | 16                | 13,1%        |
| No Cumple las expectativas                                      | 4                 | 3,2%         |
| TOTAL                                                           | 122               | 100%         |

*\*Consultantes en el Policlínico de Ginecología Hospital Carlos Van Buren y Policlínico de Ginecología Hospital de Quilpue Marzo – Abril de 2012.*

**Tabla 10: Mujeres climatéricas con disfunciones sexuales\* según subindicadores de Satisfacción usuaria\*\* con la atención de la matrona-matrn de APS**

| Sub indicadores de Satisfacción usuaria | Si  |       | No |       |
|-----------------------------------------|-----|-------|----|-------|
|                                         | Nº  | %     | Nº | %     |
| Privacidad                              | 116 | 94,1% | 6  | 4,9%  |
| Trato respetuoso                        | 119 | 97,5% | 3  | 2,5%  |
| Lenguaje claro                          | 113 | 92,6% | 9  | 7,4%  |
| Genera confianza (Escucha atenta)       | 104 | 85,2% | 18 | 14,8% |

*\*Consultantes en el Policlínico de Ginecología Hospital Carlos Van Buren y Policlínico de Ginecología Hospital de Quilpue Marzo – Abril de 2012.*

**ANEXO 9**

**MUESTRA PÁGINA DE TÍTULO: CD - ROM**

