

**FUNCIONALIDAD SEXUAL DE LAS MUJERES EN ETAPA DE CLIMATERIO
ATENDIDAS EN UNA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE LA
CIUDAD DE IBAGUÉ**

**SHEIDA YARIMA BAYONA ABELLO
DIANA CONSTANZA RIVERA MOYA**

**UNIVERSIDAD EL BOSQUE
FACULTAD DE ENFERMERIA
MAESTRÍA EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA
BOGOTA
2017**

Funcionalidad Sexual de las Mujeres en Etapa de Climaterio Atendidas en una Institución Prestadora de Servicios de la Ciudad de Ibagué

**FUNCIONALIDAD SEXUAL DE LAS MUJERES EN ETAPA DE CLIMATERIO
ATENDIDAS EN UNA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE LA
CIUDAD DE IBAGUÉ**

**Grupo de Investigación Salud Sexual y Reproductiva
Enfermería UNBOSQUE
Línea de investigación
Salud de colectivos**

**SHEIDA YARIMA BAYONA ABELLO
DIANA CONSTANZA RIVERA MOYA**

**Tutor y Asesor Metodológico
MIGUEL ANTONIO SÁNCHEZ CÁRDENAS**

**UNIVERSIDAD EL BOSQUE
FACULTAD DE ENFERMERIA
MAESTRÍA EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA
BOGOTA**

2017



Vigilada Mineducación

Acta de calificación y aprobación de trabajo de grado

Los suscritos directores de la División de Posgrados y el Programa Académico, con base en los criterios científicos, metodológicos y éticos que se han establecido para el efecto y después de haber oído el concepto de los respectivos evaluadores asignados para calificar

El trabajo de grado:

"FUNCIONALIDAD SEXUAL DE LAS MUJERES EN ETAPA DE CLIMATERIO ATENDIDAS EN UNA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE LA CIUDAD DE IBAGUÉ IPS DE LA CIUDAD DE IBAGUÉ"

Presentado como requisito parcial por las estudiantes:

**SHEIDA YARIMA BAYONA ABELLO
DIANA CONSTANZA RIVERA MOYA**

Para optar el título de:

Magister en Salud Sexual y Reproductiva

Deciden asignar la calificación final de:

APROBADO

Firmado en Bogotá, D.C el 02 de junio de 2017

JUAN CARLOS SÁNCHEZ PARIS
Director
División de Posgrados

MARTHA C. LÓPEZ MALDONADO
Directora de Posgrados
Facultad de Enfermería

ELSA MARINO SAMPER
Directora
Maestría en Salud Sexual y Reproductiva

Por una cultura de la vida, su calidad y su sentido

Carrera 7b Bis 132 - 11 - Teléfonos (1)648 90 00 - 01 8000 11 30 33
www.uelbosque.edu.co - atencionalusuario@unbosque.edu.co - Bogotá D.C. - Colombia, Sur América.

NOTA DE SALVEDAD DE RESPONSABILIDAD INSTITUCIONAL

“La Universidad El Bosque, no se hace responsable de los conceptos emitidos por los investigadores en su trabajo, sólo velará por el rigor científico, metodológico y ético del mismo en aras de la búsqueda de la verdad y la justicia”.

AGRADECIMIENTO

A nuestros profesores por su acompañamiento en este proceso, en especial al profesor Miguel Sánchez que creyó en nuestro proyecto, a la profesora Mercedes Lafouri y la profesora Mary Luz Mejía que nos abrieron una nueva mirada a la sexualidad humana.

A nuestros padres que coincidimos que son un ejemplo inigualable.

Y a todas las personas que de uno u otra forma nos apoyaron.

DEDICATORIA

A mis hijos Juan José y Viviana , y a mi esposo que siempre estuvieron presentes y me demostraron su amor dándome ánimo para llegar a la meta

Yarima Bayona

A mi esposo por su apoyo incondicional y a mis hijos por su comprensión por mis ausencias

Diana Rivera

CONTENIDO

	Pág.
RESUMEN	12
ABSTRACT	13
 CAPITULO I	
1. EL PROBLEMA	14
1.1 Planteamiento del Problema	14
1.1.2 Pregunta de investigación	19
1.2 Justificación	19
1.3. Objetivos	21
1.3.1 Objetivo general	21
1.3.2 Objetivos específicos	21
 CAPITULO II	
2. MARCO DE REFERENCIA	22
2.1 Marco Teórico	22
2.1.1 Climaterio	22
2.1.2. Función Sexual	25
2.1.3 Determinantes Sociales de la Salud	28
 CAPITULO III	
3. METODOLOGIA	35
3.1 Diseño	35
3.2. Definición de sujetos	35
3.3. Muestra	36
3.3.1 Criterios de inclusión	36
3.3.2 Criterios de exclusión	36
3.4 Recolección de información	37
3.5 Tipo de análisis	38
3.6 Consideraciones éticas y confidencialidad	39
3.7 Posibles limitaciones	40
 CAPITULO IV	
4. ANÁLISIS DE RESULTADOS	41
4.1 Perfil sociodemográfico de las mujeres en etapa de climaterio	41
4.1.1 Estrato socioeconómico	42
4.1.2 Edad	44

4.1.3 Nivel educativo	45
4.1.4 Estado civil	46
4.1.5 Ocupación	47
4.1.6 Zona de residencia	48
4.1.7 Hábito de actividad física	49
4.1.8 Presencia de ciclo menstrual	50
4.1.9 Tenencia de pareja	51
4.1.10 Tiempo de relación con la pareja	52
4.1.11 Tipo de Familia	53
4.1.12 Valoración de la relación familiar	55
4.1.13 Violencia en los últimos cinco años y tipo de violencia	56
4.1.14 Síntomas psíquicos	57
4.2 Funcionalidad sexual de las mujeres en etapa del climaterio	59
4.3 Relación entre los dominios del índice de funcionalidad sexual Y los determinantes sociales de la salud de las mujeres encuestadas En etapa de climaterio	60
4.3.1 Determinantes sociales de la salud y dominio Deseo	61
4.3.2 Determinantes sociales de la salud y dominio excitación	62
4.3.3 Determinantes sociales de la salud y dominio lubricación	64
4.3.4 Determinantes sociales de la salud y dominio orgasmo	66
4.3.5 Determinantes sociales de la salud y dominio satisfacción	67
4.3.6 Determinantes sociales de la salud y dominio dolor	68
4.3.7 Determinantes sociales de la salud e índice de función Sexual femenina	70
CAPITULO V	
5. CONCLUSIÓN	72
REFERENCIAS	74
ANEXOS	84

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 4.1. Función sexual de las mujeres en etapa del climaterio.	59
Tabla 4.2. Función sexual de las mujeres en etapa del climaterio	60
Tabla 4.3. Determinantes sociales de la salud y dominio deseo.	61
Tabla 4.3 Determinantes sociales de la salud y dominio excitación.	62
Tabla 4.4 Determinantes sociales de la salud y dominio lubricación	64
Tabla 4.5. Determinantes sociales de la salud y dominio orgasmo.	66
Tabla 4.6. Determinantes sociales de la salud y dominio satisfacción.	67
Tabla 4.7 Determinantes sociales de la salud y dominio dolor	68
Tabla 4.8 Determinantes sociales de la salud e Índice de Función Sexual	70

LISTA DE FIGURAS

	Pág.
Figura 4.1 Estrato socioeconómico	42
Figura 4.2 Edad	44
Figura 4.3 Nivel educativo	45
Figura 4.4 estado civil	46
Figura 4.5 Ocupación	47
Figura 4.6 Zona de residencia	48
Figura 4.7 Habito de actividad física	49
Figura 4.8 Presencia de ciclo menstrual	50
Figura 4.9 tenencia de pareja	51
Figura 4.10 tiempo de relación de pareja	52
Figura 4.11 Tipo de familia	53
Figura 4.12 Valoración de la relación familiar	55
Figura 4.13 Violencia en los últimos cinco años	56
Figura 5.14 Síntomas psicológicos	57

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo A. Formato de entrega de trabajo de grado a la biblioteca	85
Anexo B. Formato SIITIO - trabajo de grado	90
Anexo C. Consentimiento informado para permitir entrevista tipo Encuesta	93
Anexo D. Índice de función sexual femenina	94
Anexo E. Puntaje del índice de función sexual femenina	99
Anexo F. Cuestionario de características sociodemográficas y Determinantes sociales asociados a la funcionalidad sexual de las Mujeres en etapa de climaterio de la ciudad de Ibagué.	100

RESUMEN

Objetivo: Establecer la relación entre los determinantes sociales de la salud y la funcionalidad sexual de las mujeres en etapa de climaterio atendidas en una IPS de la ciudad de Ibagué.

Material y método: estudio observacional descriptivo de corte transversal. La población de estudio fueron las mujeres de 40 a 59 años que acudieron de manera espontánea a consulta de ginecología y cumplieron con los criterios de inclusión. La muestra fue de 141 mujeres a las cuales se les aplicó el instrumento de Índice de Función Sexual femenina (IFSF) y la encuesta de determinantes sociales de la salud. **Resultados:** El 49,6 % de las mujeres presentó IFSF por debajo de 26. Lo que significa disfuncionalidad sexual los dominios del IFSF más afectados fueron deseo y satisfacción los cuales estaban relacionados directamente con el determinante social violencia de género.

Conclusiones: Como hallazgo relevante se consideró como factor de riesgo, la relación entre violencia de género de cualquier tipo y funcionalidad sexual de las mujeres en etapa de climaterio. Aspecto fundamental para ser tenido en cuenta por el personal de salud que presta servicios asistenciales a esta población, así como por los entes y el personal que maneja programas de salud sexual y reproductiva en Colombia, para que en el abordaje tengan en cuenta que otra de las consecuencias de la violencia de género, además de las ya conocidas, es la disfuncionalidad sexual.

Palabras claves: climaterio, funcionalidad sexual y determinantes sociales de la salud

ABSTRACT

Objective: To establish the relationship between the social determinants of wellness and the sexual functionality of women in the climacteric stage who attended an institution for medical services known as IPS in the city of Ibagué, Colombia.

Material and method: The descriptive observational cross-sectional study was applied. One hundred forty-one women, aged 40 to 59 participated in this study. The participants were patients who spontaneously went to gynecology check-ups and met the inclusion criteria. The Female Sexual Function Index (FSFI) instrument of Rosen et al. and the social determinants of health survey elaborated by the authors were applied. **Results:** Out of the 141 women surveyed, 49.6% had FSFI below 26. That is, they had sexual dysfunction, and the most affected FSFI domains were desire and satisfaction, which were directly related to the social determinant of gender-violence.

Conclusions: The relevant data found in this study reveals that gender violence; whether sexual, physical or psychological, as a social determinant of health becomes a risk factor for the sexual functionality of women. In this sense, it is necessary that this aspect of sexual health must be acknowledged by health personnel who provides care services to women, as well as by the entities and staff member that manage sexual and reproductive health programs in Colombia. This approach aims to consider that another outcome besides the already known consequences of gender violence, can be sexual dysfunction.

Keywords: climacteric, sexual functionality and social determinants of health

CAPITULO I

1. EL PROBLEMA

1.1 Planteamiento del Problema

La sexualidad es una compleja dimensión del ser humano, que involucra factores como, identidad de sexo y de género, orientación sexual, erotismo, vínculo emocional, amor, y reproducción (Guerrero, 1996 p. 21). Se experimenta y se expresa en forma de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, prácticas, roles y relaciones. Según la OPS y OMS (2000) “también es resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, culturales, éticos y religiosos o espirituales (p. 8)”, así mismo, Bernhard (2002) expone: “que en su conjunto influyen en la función sexual de las mujeres” y refleja el nivel de su bienestar físico, psicológico y social.

Algunos autores como Lugones et, al (1999) expresan que “muchos mitos se han construido socialmente alrededor de la menopausia, los cuales han difundido la idea de que su llegada significa el fin del disfrute de la sexualidad” (p. 134); pero en realidad, las mujeres de edad mediana y las adultas mayores, pueden y deben disfrutar su sexualidad como fuente de crecimiento espiritual, espacio de recreo y comunicación (Lugones et, al, 1999), debido a que su práctica va mucho más allá de las relaciones sexuales de pareja (Botella, 1990 p. 211), de lo genital o de la función reproductiva. Para Suarez y Cortina (1996) “la sexualidad matiza los intercambios entre las personas en su vida familiar, laboral y social” (p. 6) y se constituye en un importante indicador del bienestar y de la calidad de vida (Baabel et, al, 2011 p.220)

Según Capote et, al (2011)

A lo largo de la vida sexual de la mujer se pueden distinguir etapas que para algunas se convierten en eventos de vital importancia: la menarquía, la primera relación sexual, el embarazo, el parto y el climaterio que, de una u otra forma, están atravesadas por la sexualidad. (p. 543)

Para autores como Labrador y cols, citados por González y Miyar (2001)

La vida de la mujer se divide en tres etapas, cada una de las cuales duran alrededor de 25 años; la primera, que va del nacimiento, pasando por la niñez hasta llegar a los 25 años de edad, en este tiempo transcurre gran parte de madurez reproductiva; la segunda, desde los 25 hasta los 50 años, abarca los años reproductivos y conduce a la menopausia; y, la tercera, desde los 50 hasta los 75 años; periodo en el que se considera superada la menopausia. (P. 390)

El climaterio según el Comité de Nomenclatura de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia, es una etapa en la que la mujer, inicia el proceso de envejecimiento, y pasa de la etapa reproductiva a la no reproductiva (Pernoll y Bensol, 1989). Dicho período, también denominado edad mediana, se inicia alrededor de los 40 años y finaliza al comenzar la senectud, (alrededor de 59 años) (González, 1988)

Según Gutiérrez (2013) Asegura que:

La población mundial se aproxima a siete mil millones de personas. Según datos correspondientes a 2010, el 10,55% de dicha población, es decir, 742.150.000 son mujeres que viven en etapa de climaterio. Una proyección hacia 2020 esta población será de 967.463.000, que equivale al 12,22 % de la totalidad de los habitantes del planeta. (p. 54)

Al respecto, Colombia no se comporta de manera diferente, ya que según los datos de proyección del DANE (2013), “un 11,47% de la población son mujeres en edad mediana; es decir, 5.407.639. Específicamente en el departamento del Tolima las mujeres en climaterio representan el 11,49 % de la población y en Ibagué el 12,68%” (p. 2).

Es por ello que Heredia y Lugones (2007) expresan:

Bajo el conocimiento de estos datos estadísticos es importante saber que esta etapa del ciclo vital de la mujer se caracteriza por múltiples cambios, tanto físicos, como psicológicos y de función sexual. Dichos cambios ocurren

secundariamente a las variaciones fisiológicas que se presentan en el sistema hipotálamo-hipófisis-ovario, con la consiguiente disminución de la secreción de estrógenos que determina su aparición. (p. 41)

Para Campusano et, al (2001) “dentro de los cambios físicos se destacan los síntomas vasomotores y de trastornos del ciclo menstrual, de los cuales el más importante es la menopausia, es decir, el cese permanente de la menstruación después de 12 meses de ausencia” (p. 16).

Así mismo, exponen Graziottin y Leiblum (2005).

Otros síntomas físicos son: dolor articular, resequedad vaginal y de la piel, redistribución de la grasa corporal y transformaciones de su configuración, además de reducción de la función de soporte de la pelvis femenina, pérdida de la capacidad de lubricar adecuadamente el tejido urogenital, dispareunia, disminución del engrosamiento de los labios y orgasmo más corto (p. 133)

Según Amore et, al (2007)

Los cambios psicológicos están relacionados con depresión, ansiedad, irritabilidad, insomnio, dificultad en la concentración, falta de energía, sentimientos negativos frente a la pérdida de la capacidad reproductiva, creerse menos femenina o menos deseada; que conllevan detrimento de la confianza en sí misma. (p. 303)

Todos estos cambios son percibidos por la mujer y repercuten sobre su imagen y autoestima, entre otros aspectos. Autoras como García y cols, plantean que la relación entre la vida laboral y el bienestar de las mujeres se ve afectada ante la proximidad de la edad de jubilación, puesto que la vinculación laboral proporciona una fuente importante de gratificaciones, relaciones sociales positivas y sentido de identidad. Otros autores, como OlaOlorun y Lawoyin (2009) plantean que “mujeres trabajadoras tienen menos síntomas específicos de la menopausia que las amas de casa” (p. 324); en tanto que autores como Dueñas et, al (2001), Salazar y Paravit (2005) y Blümel (2000); manifiestan que no han encontrado relación entre las variables trabajo, menopausia y calidad de vida.

Según Diago Caballero et, al (2008) argumentan:

En esta etapa de las mujeres la dinámica familiar está muy afectada; en su estudio reportan que el sentimiento de exigencia por parte de la familia es elevado; perciben incredulidad en cuanto a su sintomatología y un alto nivel de crítica sobre ellas (93.3%), se proyecta un desplazamiento de sus esfuerzos hacia las labores domésticas, crianza de los nietos o nietas, cuidados de ancianos, velar por el “normal” funcionamiento de la familia; situación que condiciona el desconocimiento de sus propios deseos, propósitos, necesidades y proyecciones para el futuro; lo cual desajusta su conducta y su comportamiento. (p. 122)

Según García et, al (2003 p. 42) corroboran estas afirmaciones al plantear que estas mujeres viven una etapa de desmembramiento familiar, descrita como síndrome de nido vacío, que disminuye los niveles de bienestar y afecta su rol de mujer como madre, aunado a la pérdida de su capacidad reproductiva.

Debido a todos estos factores, la función sexual se puede ver afectada y los cambios varían mucho de una mujer a otra. Los componentes psicosociales y culturales tienen una importancia considerable en la percepción por parte de las mujeres durante este período, ya que las personas son fruto de una cultura, (Herold et, al 1994 p. 427) y la cultura es una construcción de la sociedad en la cual se desarrolla la existencia. Así como los hábitos alimenticios están modulados por la cultura, también lo está la sexualidad, (Arena, 2005 p. 82)

En las revisiones realizadas para determinar el estado del arte de la investigación sobre este tema, encontramos que los estudios relacionados con la función sexual de mujeres en etapa de climaterio, por Abdo et, al (2002) “en el contexto mundial se registran prevalencia de la disfunción sexual, que oscila entre 20% y 30% de las mujeres en general” (p. 250). En Sur América, un estudio realizado por Castelo sobre este tópico, con 534 mujeres entre 44 y 64 años de edad, reportó que 51,3% presentaba algún problema sexual; 37,8% disminución del deseo, 33,6% alteración en la excitación, 34,8% dispareunia, 26% dificultad en el orgasmo (Castelo et, al, 2003 p. 243)

Todos estos estudios no difieren de los realizados por Blümel et, al (2004) en Chile, en los que aplicaron un instrumento desarrollado por Rosen y Col, que demuestran que la disfunción sexual propia del climaterio tiene una prevalencia que oscila entre el 30% y 40% (Dennerstein et, al 1994 p. 293).

Igualmente, en Colombia existe un estudio abordado por Raigosa y Echeverri (2012) que establece:

La prevalencia del desorden de deseo sexual hipo activo en mujeres Colombianas y factores asociados. En dicho estudio aplicaron el cuestionario *Female Sexual Function Index (FSFI)*, entre mujeres con edades comprendidas entre 15 y 59 años. El resultado reporta una prevalencia de desorden del deseo sexual hipo activo del 20.3%. (p. 127)

Por su parte, Arena (2005 p. 82) en la revisión bibliográfica de 465 artículos sobre la Influencia del Climaterio y su “Tratamiento sobre la Sexualidad Femenina”, reporta que la disfunción sexual en esta etapa representa entre 30% y 40%, cifra que corrobora lo encontrado en los estudios citados anteriormente.

La sexualidad femenina no está absolutamente determinada por sus características biológicas; también involucra factores sociales, culturales, y económicos, entre otros, que tienen su origen en la diferencia de género, que pueden actuar como factores de protección o de riesgo para las mujeres, colocándolas en una situación desfavorable en el plano social, económico y político, lo cual hace que les resulte más difícil proteger y promover su propia salud física, emocional y mental. (Martínez y Paz, 2005 p. 32) Las presiones ejercidas por los riesgos y desigualdades en la vida cotidiana de las mujeres, pueden ocasionar agotamiento físico, mental y psicológico, en particular durante la etapa del climaterio y la menopausia atribuidas solo a los cambios biológicos y que pocas veces son asociados a la sobrecarga por su condición de género (OPS, s.f)

De la revisión realizada de los estudios referidos al tema, se deduce que éstos han abordado el problema de la sexualidad y de la función sexual de las mujeres en climaterio con enfoque principalmente biologicista, restándole importancia a los aspectos sociales, psicológicos y culturales que influyen de manera determinante en esta dimensión de la vida del ser humano. De esta conclusión surge la necesidad de estudiar desde otro enfoque, que explique por qué una buena parte de mujeres en edad de climaterio presentan síntomas marcados con disminución de la función sexual; en tanto que otras, no se ven afectadas en estos aspectos.

1.1.2 *Pregunta de investigación.* Por tanto, se plantea la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es la relación entre los determinantes sociales de la salud y la funcionalidad sexual de las mujeres, en etapa de climaterio, atendidas en una IPS de la ciudad de Ibagué?

1.2 Justificación

Los estudios con enfoque social y cultural sobre sexualidad femenina en nuestra región son escasos; con mayor razón, son insuficientes los realizados en mujeres climatéricas. En el Tolima, no se conocen estudios que evalúen la función sexual en mujeres en edad mediana y su asociación con factores que pueden estar relacionados al respecto. Por lo tanto, la presente investigación está motivada en las problemáticas aquí planteadas; máxime si se tiene en cuenta que las quejas más frecuentes en la consulta ginecológica, en una IPS de Ibagué, se refieren principalmente al desinterés por las relaciones sexuales y la disminución del deseo sexual en etapa de climaterio; consultas atendidas por profesionales de la salud, que a pesar de ser la primera opción de consejo sobre sexualidad en el caso de las mujeres

(Ospina y Munera, 2002), no dan a menudo una respuesta adecuada por falta de información científica sobre la sexualidad de la mujer; puesto que se desconoce cómo esta se puede ver afectada por todos los aspectos planteados y que enfrenta los determinantes sociales de la salud.

Basadas en lo expuesto, consideramos de vital importancia desarrollar este proyecto de investigación que nos permita profundizar el análisis y el estudio científico de la problemática sexual de las mujeres en su fase de climaterio en nuestra región; en aspectos tan determinantes como la funcionalidad y la disfuncionalidad sexual en esta etapa de la vida femenina; así como, caracterizar algunos de los componentes económicos, familiares, sociales y culturales que matizan su sexualidad; con el propósito de establecer con claridad el vínculo existente entre la práctica de sus relaciones, la calidad de vida de estas mujeres y posibles tratamientos para contribuir con el pleno y placentero disfrute de su sexualidad.

De otra parte, los resultados de la investigación se constituyen en valiosas herramientas para el diseño de instrumentos metodológicos que permita entregar información y orientaciones tanto a ginecólogos y ginecólogas, como al personal de la salud en general, para que, en el ejercicio de las consultas, puedan beneficiarse de la información y el conocimiento sobre los aspectos determinantes de la función sexual de la mujer, objeto del presente proyecto de estudio. Además, incluye indagar aquellos aspectos de su vida social, familiar y laboral que pueden estar influenciando positiva o negativamente esta función.

1.3. Objetivos

1.3.1 *Objetivo general*

Establecer la relación entre los determinantes sociales de la salud y la funcionalidad sexual de las mujeres en etapa de climaterio atendidas en una IPS de la ciudad de Ibagué.

1.3.2 *Objetivos específicos.*

- Caracterizar el perfil sociodemográfico de las mujeres en etapa de climaterio, que reciben atención médica en la institución donde se desarrollara el estudio.
- Identificar la funcionalidad sexual de las mujeres en etapa del climaterio atendidas en una IPS de la ciudad de Ibagué.
- Determinar la relación entre los dominios del índice de funcionalidad sexual y los determinantes sociales de la salud de las mujeres encuestadas en etapa de climaterio.

CAPITULO II

2. MARCO DE REFERENCIA

2.1 Marco Teórico

El presente marco teórico contempla las siguientes categorías conceptuales: climaterio, función sexual y determinantes sociales, las cuales emergen a partir de la comprensión del problema de investigación. Teniendo en cuenta el carácter multifactorial de la función sexual en el climaterio, se adopta para este trabajo de investigación la teoría de los determinantes sociales, que se refieren al conjunto de variable individuales, sociales y estructurales que, relacionadas entre sí, condicionan esta etapa del ciclo vital y explican el conjunto de fenómenos asociados a la salud sexual y reproductiva de las mujeres. Además, se basa en las directrices dadas por la OMS 2011, las cuales plantean que las determinantes sociales de la salud conforman un modelo que reconoce el concepto de que el riesgo epidemiológico está determinado individual, histórico y socialmente (Álvarez et, al, 2007 p. 33)

2.1.1 Climaterio.

El climaterio definido por Hunter y Rendall (2007) como “los cambios biológicos, psicológicos y socioculturales asociados a la involución gonadal” (p. 261), es un proceso considerado natural que constituye una etapa fisiológica en la que la mujer transita de la fase reproductiva a lo no reproductiva y se caracteriza por la disminución progresiva de la función de los ovarios que se traduce en una serie de síntomas y signos; los cuales van desde los llamados síntomas climatéricos, como sofocos, sequedad de la piel, disminución del

apetito sexual, sequedad vaginal, menopausia, entre otros (Speroff, 2000), hasta las modificaciones de la composición corporal como el aumento y redistribución de la grasa corporal, disminución de la masa ósea y muscular (Reyes, 2008 p. 77), todos estos acompañados de otros síntomas como la ansiedad, depresión e inestabilidad emocional.

Según Sueiro et, al (1999)

Con respecto a la repercusión social, los principales problemas encontrados están referidos a los de índole laboral, dados por ausentismo y llegadas tarde y los de índole familiar, al tener que asumir diferentes roles que les crean problemas en su desenvolvimiento personal, familiar y social (p. 155)

Al igual que en muchos procesos biológicos humanos, exponen Carménate et, al (1991)

En el desarrollo del climaterio interviene un amplio conjunto de factores de orden fisiológico, nutricional, psico-emocional, social y cultural. Pero este a su vez también es un factor desencadenante de diversas transformaciones en los factores mencionados anteriormente. Con esto, la menopausia y el climaterio deben entenderse como causa y efecto de muchos cambios. (p. 141)

Estas transformaciones pueden estar determinadas de manera importante por el nuevo ambiente hormonal que produce la aparición de múltiples síntomas y signos; pero también por otros aspectos no hormonales que tienen que ver principalmente con la intensidad con que cada mujer experimenta esta etapa de su ciclo vital; por ejemplo, los hábitos alimenticios, el hábito de actividad física o el consumo de tabaco , café (Marrodan et, al, 1995) el ambiente familiar y de pareja, como también, su situación laboral, su estatus social, y “especialmente las condiciones sanitarias y nutricionales que la acompañan” (Lopez y Montoso, 1998 p. 32)

Del mismo modo, el aislamiento y la soledad, condiciones muy típicas de la vejez, hacen más vulnerable a las climatéricas y ancianas frente a los múltiples problemas asociados a este período. Quiere esto decir, “que esta etapa que debe considerarse vital no solo se presenta por el declinar hormonal sino que es multicausal.” (Anzola et, al, 1993 p. 514)

El envejecimiento es un hecho natural que comienza con el nacimiento y en el que influyen los principios y fundamentos con los que la mujer ha vivido.

Según Botella (1990)

Lo que debería ser asumido como una fase natural que ocurre entre la etapa reproductiva y la segunda mitad de la vida, se ha transformado en una situación muchas veces difícil de asumir, al pretender considerar el climaterio y la menopausia como una enfermedad a la que se atribuye el fin de la sexualidad de las mujeres, ya que se relaciona ésta solamente con la capacidad para tener hijos; situación que denota que esta etapa está rodeada de mitos, miedos y temores. (p. 141)

En las últimas décadas se han producido algunos cambios que han colocado este tema sobre el tapete (Esteban, 1999 p. 31). Entre ellos cabe destacar, según Woods et, al (2010) “el avance de la medicina y de las ciencias afines, las cuales han determinado un aumento en la expectativa de vida, especialmente de la mujer” (p. 209).

Según Zeserson (2001)

A principios del siglo pasado, la edad promedio de vida era de cincuenta años; en la actualidad esta esperanza ha pasado a estar cerca de los ochenta; situación que ha generado un incremento de consultas de mujeres posmenopáusicas, es decir, las mujeres viven 30 años más, en esta etapa vital post-reproductiva. (p. 33)

Asimismo, para Gómez et, al, (2008)

Se han presentado cambios sociales que han determinado la participación de la mujer, a la par que los hombres, en el mundo de la economía, los negocios, la cultura, el trabajo y la política. Es así como, muchas mujeres a los 50 años de edad alcanzan puestos de relevancia, por lo tanto, se hace imprescindible contar con buena salud psicofísica, ya que con los avances de la liberación femenina, se asumen nuevos roles que se agregan a las funciones tradicionales de madre, esposa y ama de casa. (p. 159)

Por esta razón el climaterio y la menopausia deben ser comprendidos con un enfoque de género pues ello influye de manera decisiva en la función sexual de la mujer.

2.1.2 Función Sexual. Según lo expuesto por Rubio (1999)

A través de la historia la sexualidad ha sido objeto de varias teorías y análisis, desde Sigmund Freud, pasando por Ira Reiss, hasta la propuesta actual de Eusebio Rubio, que conceptualizó la Sexualidad como la integración de cuatro potenciales humanas, a saber: género, vínculo afectivo, erotismo y reproducción. (p. 116)

Por esto, planteamos que al estar presente la sexualidad en el ser humano desde que nace hasta que muere, se convierte en un elemento importante que determina la calidad de vida. Según la Organización Mundial de la Salud (2002 p. 1) Al perderse la función reproductiva en la etapa del climaterio, las mujeres deben rescatar las otras funciones de la sexualidad tales como la función erótica, función comunicativa y función afectiva; para poder entender que las mujeres en edad mediana inician una etapa de la vida en la que pueden seguir disfrutando de su sexualidad y, además, que pueden ocupar nuevos espacios en la sociedad que anteriormente su etapa reproductiva, de alguna manera, no les permitía. (Diago, 2008 p. 54)

La sexualidad es un aspecto importante y decisivo en la calidad de vida del ser humano, que influye en todo el transcurso de ella y se refleja en el nivel de bienestar físico, psicológico y social, (Organización Mundial de la Salud, 2002), abarcando los sentimientos, la conducta, la manera de expresarse y de relacionarse con los demás (Navarro, 2006); igualmente sucede en las mujeres de edad mediana, es decir, en etapa del climaterio, (Blumel et, al, 2002 p. 118). Además de influir en la capacidad de participar en aspectos importantes y significativos de la vida humana: idónea para trabajar, amar y mantener su función sexual. (Herrera, 2003 p. 150)

Según Blumel et, al, (2002)

La función sexual es la resultante de la interacción de múltiples factores en el individuo, tanto anatómicos, como biológicos, fisiológicos y psicológicos. A estos se agrega la interrelación con la pareja, donde juegan un importante papel los patrones culturales, las vivencias previas, los sentimientos hacia la pareja, el estado marital mismo y la autoestima. Mediante ella, se permite a la pareja mantener una íntima comunicación y el disfrute de sensaciones placenteras (p. 151)

Por todo lo anterior, no es fácil realizar una evaluación en la cual se pueda definir el estado menopáusico como única variable influyente en determinada respuesta sexual; más aún, cuando los instrumentos utilizados son auto informados, los cuales, por mejor diseñados y validados que sean, están supeditados a la evaluación subjetiva del sujeto en cuestión en muchos aspectos; inclusive, en muchos cuestionarios se hace la pregunta directa a la paciente sobre su función sexual y su condición de menopausia (González, 2002 p. 47)

Esta función está relacionada directamente con la respuesta sexual femenina como parte de su sexualidad, descrita por Master y Johnson (1983) en sus 4 fases: “Excitación, meseta, orgasmo y resolución. Durante la fase de excitación el sistema nervioso parasimpático produce congestión vascular, cambios genitales, incluido el alargamiento del clítoris, dilatación de los vasos peri vaginales y expansión de dos tercios del canal vaginal” (p. 211) Los estrógenos regulan la trasudación a través de la mucosa vaginal produciendo la lubricación de la misma para Tsui et, al (2011).

En la fase de meseta, que es continuación de la primera fase, se produce un estado de excitación sostenido por algún tiempo y precede al orgasmo, en esta fase, la vagina se expande dos tercios en todos sus diámetros y un tercio de ella se congestiona por aumento de flujo sanguíneo. En la fase de orgasmo se producen contracciones de la musculatura vaginal y otros grupos musculares del cuerpo, acompañadas de aumento de la presión sanguínea, frecuencia cardíaca y respiratoria; finalmente, la fase de resolución en el que el cuerpo regresa a su estado basal. (p. 474)

Posteriormente es identificada y caracterizada por Singer-Kaplan (1983)

Una fase que precede a las descritas anteriormente, llamada fase de deseo, la cual es modulada por el balance entre el centro excitatorio de dopamina y el

centro inhibitorio de serotonina a nivel cerebral donde la testosterona es la responsable, según reportes, de la modulación de estos dos centros. (p. 84)

Es relevante anotar que solo hasta 1994 quedaron establecidos los parámetros para la valoración de las alteraciones de la función sexual femenina, que se dividieron en 4 dominios: El deseo, la excitación, el orgasmo y el dolor, los cuales quedaron estipulados en el DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th edition) de la Asociación Americana de Psiquiatría

Laumann et, al (1999) en su trabajo titulado

«Índice de función sexual femenina: un test para evaluar la sexualidad de la mujer», consideró que la sexualidad es un aspecto central de la calidad de vida de la mujer y es el reflejo de bienestar físico, psicológico y social, pero frecuentemente en la práctica clínica se ven problemas serios de sexualidad, ya que en estudios recientes se ha descrito que los trastornos en esta dimensión afectan al 50% de las mujeres de edad media, comprometiendo principalmente el deseo y la excitación. Para tal efecto aplicó y validó en una población chilena el “índice de función sexual femenina” (p. 21)

Este instrumento creado por Rosen et, al (2000), el cual es auto administrado, simple y confiable para evaluar la función sexual femenina en un amplio rango de edad. Lo denominó “Índice de Función Sexual Femenina IFSF” y demostró su confiabilidad y propiedades psicométricas en la evaluación de la función sexual femenina (Laumann et, al 1999). Esto dentro del marco de la clasificación realizada por Spitzer y Williams (1980) que ha agrupado los trastornos de respuesta sexual en cuatro tipos: “1. Del deseo, 2. De la excitación 3. Del orgasmo y 4. Dolor sexual”. Además dos grupos que adicionó (Bason et, al 2000. P.888) en la clasificación, como son lubricación y satisfacción.

La sexualidad reflejada en mayores puntajes en el IFSF aumenta con los años y logra su máxima expresión alrededor de los 35 a 40 años, para caer posteriormente en los dominios

que evalúan el deseo que muestra un puntaje promedio entre 3,9 +/- 1,2 y 3,7 +/- 1,1 hasta los 40 años, para descender a 2,5 +/- 1,2 entre los 55 y 59 años de edad.

La excitación también disminuye, pues desciende de 4,6 +/- 1,0 entre 40 y 44 años hasta 3,1 +/- 1,6 después de los 55 años; mientras que la lubricación disminuye y el dolor aumenta en forma notoria sólo después de los 55 años.

Se observa que con el aumento de edad los puntajes del IFSF caen significativamente, especialmente a partir de los 40 años y coinciden con la clasificación de disfunciones sexuales DSM IV, que muestra que la prevalencia de estos trastornos aumenta de 22,2% a los 40 años a 66,6% en las mujeres de 60 años.

De esta manera se observa que la edad se convierte en un factor predictor de mayor riesgo de disfunción sexual, cuadruplicando el riesgo en mujeres mayores de 44 años, es decir, en mujeres que inician la edad media, también conocida como climaterio (Blumel et, al 2004 p. 118).

2.1.3 Determinantes Sociales de la Salud. Según Ariztizabal et, al (2013)

El concepto de salud ha evolucionado a lo largo del tiempo, dejando a un lado la mirada del ámbito médico en la cual, detectar y tratar la enfermedad era lo más importante, para dar paso a la conceptualización planteada por la OMS que considera la salud como un “estado de completo bienestar físico, mental y social y no sólo como la ausencia de afecciones o enfermedades” (p. 12)

Este nuevo concepto ha permitido comprender que la salud no solo depende de un equilibrio biológico, sino también de un sistema de valores; noción usada para interpretar sus relaciones con el orden social, como un recurso para la vida y no como el objetivo de ésta, en el cual estar sano es “la capacidad para mantener un estado de equilibrio apropiado a la edad y a las necesidades sociales”. Conocer el estado de salud de las personas es estudiar los determinantes relacionados con su biología, el medio ambiente, el sistema de

salud que le atiende y con los estilos de vida que caracterizan su comunidad y, por consiguiente, su cultura (Vergara, 2009 p. 21). La salud se ha convertido en un bien social al que las personas tienen derecho y se percibe como uno de los determinantes del desarrollo personal y de la felicidad del individuo. (Ariztizabal et, al 2013)

Según Departament of National Healt and Welfare. (1974) el concepto de determinantes sociales surge con fuerza desde hace dos décadas, ante el reconocimiento de las limitaciones de intervenciones dirigidas a los riesgos individuales de enfermar, que no tomaban en cuenta el rol de la sociedad. Y solo a partir de la 57 Asamblea Mundial de la Salud, realizada en Mayo de 2004, para lograr avanzar en favor de la equidad y fortalecer el apoyo de la Organización a los Estados Miembros, en la implementación de enfoques integrales sobre los problemas de salud, incluidas sus raíces sociales y ambientales, la OMS (2005) retoma el modelo de Determinantes Sociales de la Salud.

Dichos determinantes Sociales, según la OMS (2007) son

Factores que influyen en la salud individual, que interactuando en diferentes niveles de organización, determinan el estado de salud de la población; es decir, son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. (P. 11)

Dichas circunstancias son resultado de la distribución la riqueza, el ejercicio del poder y la distribución de los recursos a nivel mundial, nacional y local, que a su vez definen las políticas adoptadas. Los determinantes sociales de la salud explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, esto es, de las diferencias injustas y evitables, observadas intra y entre los países en lo relacionado con la situación sanitaria (Departament of National Healt and Welfare. 1974) La relación entre los Determinantes Sociales de la Salud y el estado de salud es compleja, e involucra muchos niveles de la sociedad (Ministerio de Salud 2012)

Lalonde (1981) como mayor exponente de este modelo de salud, en 1974 definió que:

La salud de un individuo y de una comunidad está influida por cuatro grandes grupos de dichos determinantes, como son: la biología humana, los estilos de vida y conductas de salud, el medio ambiente y por último el Sistema de asistencia sanitaria. (P. 41)

Desde esta perspectiva la influencia de los Determinantes Sociales de Salud sobre las mujeres, la OMS (2005) explica sobre los siguientes factores:

Ingreso y nivel social: Este aspecto nos muestra que la situación de salud mejora a medida que los ingresos y la jerarquía social son más altos, ya que a mayores ingresos económicos, mayores serán las posibilidades de tener una vivienda digna y segura y de satisfacer con calidad sus necesidades básicas.

- Redes de apoyo social: El apoyo de los amigos y las comunidades, se asocia con un mejor estado de salud, así como el de la familia, que se puede ordenar bajo el criterio de parentesco, con base en el trabajo de Ana Rico de Alonso, en familias unipersonales: o familias de una sola persona, nucleares: familias conformadas por la pareja heterosexual y sus hijos, puede ser completa cuando la familia tiene ambos padres e incompleta cuándo falta uno de ellos y pareja sin hijos; y extensa: También llamada extendida o familia conjunta, este tipo de familia agrupa subcategorías de familia que incluyen además de la pareja y los hijos e hijas, otras personas parientes o no. (OMS 2005 p. 4)
- Es un hecho innegable que la familia nuclear fue considerada por centurias, como el modelo central de familia, lo que concuerda con lo hallado en la población encuestada, ya que la familia nuclear (completa, incompleta y pareja sin hijos) alcanza el 85%; sin embargo es igualmente cierta, la enorme amplitud y diversidad en la morfología familiar (92). El grupo familiar, al pertenecer al nivel intermedio de determinación, funciona como mediador del proceso salud - enfermedad del ser humano (OMS 2005 p. 4)

- Educación: El nivel de educación determina de manera directa el estado de salud de una población o de un individuo ya que ésta, potencialmente, incrementa las oportunidades de ingresos y de trabajo. (World Health Organization. 2011)
- Empleo y condición de trabajo: Tanto el desempleo, el subempleo, los salarios precarios, como la informalidad y el trabajo estresante se relacionan frecuentemente con un estado de salud deficiente. Las personas que tienen mayor estabilidad y control sobre las condiciones laborales son más sanas y con frecuencia viven más tiempo. The World Bank (2011)
- Entornos sociales: El conjunto de valores y normas de una sociedad influye de diferentes maneras en la salud y el bienestar de los individuos y las poblaciones. Además, la estabilidad social, el reconocimiento a la diversidad, la seguridad, las buenas relaciones del trabajo y las comunidades cohesionadas, proporcionan una sociedad de apoyo que reduce o evita muchos riesgos potenciales a la buena salud. (Ministerio de Salud de Colombia, 2011).
- Entornos físicos: Los factores físicos en el entorno natural, como la calidad del aire y el agua, son influencias clave en la salud. Los factores del entorno creados (Ministerio de Salud de Colombia, 2011).

- Prácticas de salud personales: Cada día hay más evidencia científica de que los comportamientos y los hábitos de vida condicionan no sólo la salud, sino la situación sanitaria de las poblaciones y los recursos a ellas destinados. La conducta personal en determinados aspectos influye enormemente en el binomio salud-enfermedad. Esta conducta se forma por decisiones personales y por influencias de nuestro entorno y grupo social y puede modificarse con la adecuada educación. (OPS, 2002)
- Características biológicas y genéticas: La dotación genética proporciona una serie de respuestas individuales que puede predisponer a ciertos individuos a problemas de salud o discapacidad. (OPS, 2002)
- Servicios de salud: En particular aquellos diseñados para mantener y promover la salud, prevenir enfermedades, restituir la salud y el funcionamiento, contribuyen a la salud de la población. (OPS, 2002)
- Género: Se refiere al conjunto de funciones determinadas por la sociedad, rasgos de la personalidad, actitudes, comportamientos, valores, poder e influencias relativas que la sociedad atribuye a los dos sexos de una manera bidireccional, que genera inequidades de género; si se adoptan medidas que las disminuyan, mejoran la salud de la población.

Cultura: Algunas personas o grupos pueden enfrentarse a riesgos adicionales para la salud debido a un entorno socioeconómico determinado en gran parte por valores culturales dominantes que contribuyen a la perpetuación de condiciones como marginación, estigmatización, pérdida del valor del idioma o la cultura, falta de acceso a la atención de salud y los servicios culturalmente aceptados (Departamento Administrativo de Prosperidad Social. 2012)

- El contexto socioeconómico y político: Hace referencia a los factores que afectan de forma importante la estructura social, la distribución del poder y los recursos dentro de ella (Borrell y Malmusi, 2010 p. 101); incluye el mercado de trabajo, el sistema educativo, las instituciones políticas y los valores socioculturales (Ministerio de salud de Chile, 2008). En los últimos años aumentó el interés por la unidad de análisis vecindario (*neighborhood*) que en nuestro caso podría ser el barrio, la comuna o la localidad (Castaño, 2009 p. 8). Todos estos factores crean y mantienen una jerarquía social, que asigna a los grupos y los individuos diferentes posiciones, con posibilidades diferenciadas de acceso y exposición, según las condiciones materiales, los factores psicosociales y las conductas o hábitos asociadas a la salud socioculturales (Ministerio de salud de Chile, 2008). Generalmente se reconoce que el ingreso está mediado por la ocupación que desempeñan las personas y que ésta a su vez está condicionada por el nivel educativo (Castaño, 2009 p. 8), que genera vulnerabilidades sociales e individuales distintas, según la posición en la jerarquía social y por ende, se traduce en distintas consecuencias para la salud, según la ubicación en la escala social (Ministerio de salud de Chile, 2008).
- La estructura social: Incluye los distintos ejes de desigualdad que determinan jerarquías de poder en la sociedad, tales como la clase social en función de sus ingresos, estado civil, educación, género, edad, la etnia o raza y el territorio (Castaño, 2009 p. 8), el peso de cada uno de estos factores varía según las realidades de cada sociedad (Castaño, 2009 p. 8), conforman así en la base explicativa, más allá de la tradicional fundamentación lineal, la relación causa-efecto, que impacta la salud, al involucrar determinantes intermediarias que condicionan diferencias en la vulnerabilidad, exposición y en la respuesta de salud (Estrada y Hernández, 2001 p. 37). Estas posiciones socioeconómicas,

a su vez, definen y modelan un conjunto de factores determinantes del estado de salud, es decir, de los condicionantes intermediarios de la salud para dar forma a los resultados de la misma.

- Como determinantes intermediarios se consideran aquellos que establecen diferencias en la exposición y vulnerabilidad (Borrell y Malmusi, 2010 p. 101). En este modelo, la estructura social determina desigualdades en los recursos materiales, que a su vez influyen en procesos psicosociales y conductas, los cuales causan las desigualdades en salud (Vargas y Casillas, 1999 p. 84) e incluyen: condiciones de vida y de trabajo, disponibilidad y barreras para la adopción de estilos de vida saludables. El sistema de salud es entendido como un determinante intermediario, porque el acceso a los servicios de salud constituye una brecha que se traduce en diferencias en la exposición y vulnerabilidad de las poblaciones, que tienen consecuencias diferenciales, en los programa de asistencia, información, y promoción de la salud (Castaño, 2009 p. 8).

Bajo esta perspectiva se asumen para esta investigación, cómo los determinantes sociales de la salud están relacionados con la funcionalidad sexual en las mujeres en etapa de climaterio.

CAPITULO III

3. METODOLOGIA

3.1 Diseño

Para alcanzar el cumplimiento de los objetivos propuestos en este proyecto de investigación, se realizará un estudio observacional descriptivo de corte transversal de las pacientes que acuden de manera espontánea al servicio de consulta externa especializada en Ginecología del servicio de salud del magisterio en la Ciudad de Ibagué. El periodo de reclutamiento de pacientes está estimado a partir del mes de agosto hasta diciembre del año 2015.

3.2. Definición de sujetos

A través de la dinámica de consulta especializada en Ginecología adscrita al servicio de salud del magisterio en la ciudad de Ibagué, se identificarán las mujeres que cumplan con los criterios de inclusión descritos y se invitarán a ser parte del estudio; proceso que se formalizará a través del diligenciamiento del consentimiento informado.

La condición de las pacientes objeto del estudio atendidas en el servicio de salud de Magisterio se tuvo en cuenta, con el único propósito de favorecer el reclutamiento, por la facilidad de captación en la consulta de Ginecología para este estudio ya que dentro de ella se atenderán estas pacientes; No existe otra condición diferente a la antes descrita que motive al grupo investigador para escoger este grupo de mujeres.

3.3. Muestra

Se incluirá el total de mujeres que asistan a la consulta de Ginecología y cumplan con los criterios de inclusión; teniendo en cuenta que la consulta de ginecología tienen un volumen mensual de 120 pacientes, de las cuales 60 % corresponde a los criterios de inclusión y acepten hacer parte del estudio; en el periodo comprendido entre los meses de mayo y octubre de 2014, o una vez aprobado el protocolo. Se estima que potencialmente participen 133 mujeres, de acuerdo con la consulta promedio que se ha venido presentando en este sentido.

3.3.1 Criterios de inclusión

- Mujeres residentes en la región del Departamento del Tolima.
- Mujeres con edad comprendida entre 40 y 59 años de edad.
- Asistir a la consulta de Ginecología de su servicio de salud de manera espontánea.
- Que haya tenido actividad sexual en las últimas cuatro semanas
- Haber aceptado hacer parte del estudio a través de la firma del consentimiento informado.(Anexo 1)

3.3.2 Criterios de exclusión

Mujeres residentes en región diferente al Departamento del Tolima.

- Mujeres con edad diferente a la descrita en los criterios de inclusión.
- Mujeres con cuadro clínico de reconocida influencia en la función sexual como: uso de diuréticos tiazídicos, antidepresivos, tioridazina, hormonas masculinas o femeninas.

- Pacientes con enfermedad concomitante grave como: diabetes, insuficiencia cardíaca congestiva, neoplasias, inmunodepresión, hepática, renal, accidente cerebrovascular o infarto agudo de miocardio reciente (en los 4 últimos meses), alcoholismo o drogadicción.
- Paciente con ooforectomía bilateral.
- Mujeres gestantes.
- Mujeres que no aceptan hacer parte del estudio.

3.4 Recolección de información

Para el proceso de recolección de la información se contempla la entrevista personalizada con cada una de las pacientes por parte de las investigadoras del estudio, quienes en el momento de la consulta y después de impartir el proceso de consentimiento informado, registrará una a una las variables objeto del estudio, utilizando el instrumento (anexo 1) diseñado y validado de Rosen que consiste en 19 preguntas que explora cada uno de los dominios del IFSF, el cual es resultante de la suma de cada uno de ellos que fue multiplicado con un factor como se observa en la tabla (anexo 3), cada dominio tiene un valor de 6 puntos para total de 36, considerando Rosen que un IFSF por debajo de 26 indica que hay disfuncionalidad sexual, además se usará documento tipo plantilla que se diseñó para la recolección de información sobre determinantes sociales de la salud (anexo 2), lo cual facilitará el proceso de registro de información de manera estandarizada.

La recolección de la información se realizará en las instalaciones del servicio de salud de pacientes del magisterio del Departamento del Tolima, en la ciudad de Ibagué, donde se

contactarán las pacientes, las cuales serán invitadas a participar en el proyecto y se registrará la información.

El personal encargado de la recolección de esta información es integrado por las investigadoras del proyecto, quienes utilizarán la plantilla de captura de información que será sometida a una prueba piloto con diez pacientes; este pilotaje permitirá identificar inconsistencias o dudas en la interpretación de preguntas y opciones de respuesta, que deben ser resueltas antes de iniciar formalmente el registro de la información de las pacientes que harán parte del estudio.

Se realiza un instructivo para el diligenciamiento de la plantilla, considerando que su seguimiento garantiza la adquisición de datos confiables y de calidad.

3.5 Tipo de análisis

La información registrada en cada una de las plantillas, será sometida a un análisis estadístico cuantitativo, con el objeto de generar contenidos relevantes para la investigación, que se tabularán en el programa Microsoft Excel 2010® y se analizarán en el programa SPSS 15.0® versión de evaluación.

Se hará uso de técnicas de estadística descriptiva a través del análisis de las variables cuantitativas, se les calculará el promedio, la desviación estándar y se agruparán para calcular frecuencias absolutas y relativas, lo cual permitirá, para este último caso, conocer la distribución porcentual de las variables estudiadas y su posible influencia en la funcionalidad sexual de las mujeres objeto del estudio. A través de un análisis bi-variado para evaluar la asociación entre las variables IFSF y Determinantes sociales de Salud.

Se efectuará un resumen numérico y gráfico de las características demográficas, sociales, culturales y familiares mediante métodos convencionales de estadística descriptiva (uso de medias o medianas junto con sus correspondientes medidas de dispersión para variables numéricas, o de frecuencias y proporciones para variables categóricas). Esta descripción permitirá caracterizar las participantes en el estudio.

3.6 Consideraciones éticas y confidencialidad

Este estudio por sus características metodológicas y con base en la Resolución 008430/93 del Ministerio de Salud, se clasifica de bajo riesgo. Los nombres y la información personal de cada paciente se mantendrán en absoluta reserva, ocultos a través de un sistema de codificación de datos. La información será utilizada con fines académicos y con el único propósito de generar conocimiento, en ningún momento se incurrirá en conductas que afecten la honra y el buen nombre de las mujeres sujeto de investigación.

Es importante mencionar que el procedimiento de abordaje de las pacientes en este estudio será realizado por parte de profesionales con amplio conocimiento y experiencia y bajo el respaldo de una entidad de salud que cuenta con los recursos humanos y técnicos necesarios para realizar la encuesta en condición de comodidad y privacidad a las pacientes.

El estudio contará con la aprobación de la entidad de salud que acoge cada una de las pacientes en su servicio de consulta externa especializada en Ginecología.

3.7 Posibles limitaciones

- Ausencia de registros que dificultan la respuesta a las variables contenidas en la plantilla de recolección de información.
- Se espera cierta dificultad en el diligenciamiento de algunas variables que, por sus características, pueden ser consideradas como intromisión en la vida íntima de la paciente y eventualmente llevar a la negativa de su diligenciamiento o a entregar información no veraz.
- El número de pacientes que hagan parte del estudio en el período de tiempo determinado.
- El incumplimiento del cronograma establecido en el estudio por factores ajenos a la voluntad del equipo investigador, como por ejemplo, situaciones de orden administrativo del prestador, que impidan la atención de pacientes objeto del estudio.

CAPITULO IV

4. ANÁLISIS DE RESULTADOS

Dando cumplimiento al objetivo general del trabajo de investigación y una vez culminada la fase de recolección de datos, la cual se desarrolló en el periodo comprendido entre septiembre de 2014 y febrero de 2015, se logró realizar un total de 156 encuestas, de las cuales 15 mujeres que por no cumplir con los criterios de inclusión del estudio, fueron eliminadas del análisis.

Se presenta el análisis de resultados de 141 encuestas de mujeres cotizantes y beneficiarias del servicio de un régimen especial de salud.

4.1 Perfil sociodemográfico de las mujeres en etapa de climaterio

El análisis del perfil sociodemográfico de las mujeres participantes incluye las variables estrato socioeconómico, edad, nivel educativo, estado civil, ocupación, zona de residencia.

4.1.1 Estrato socioeconómico

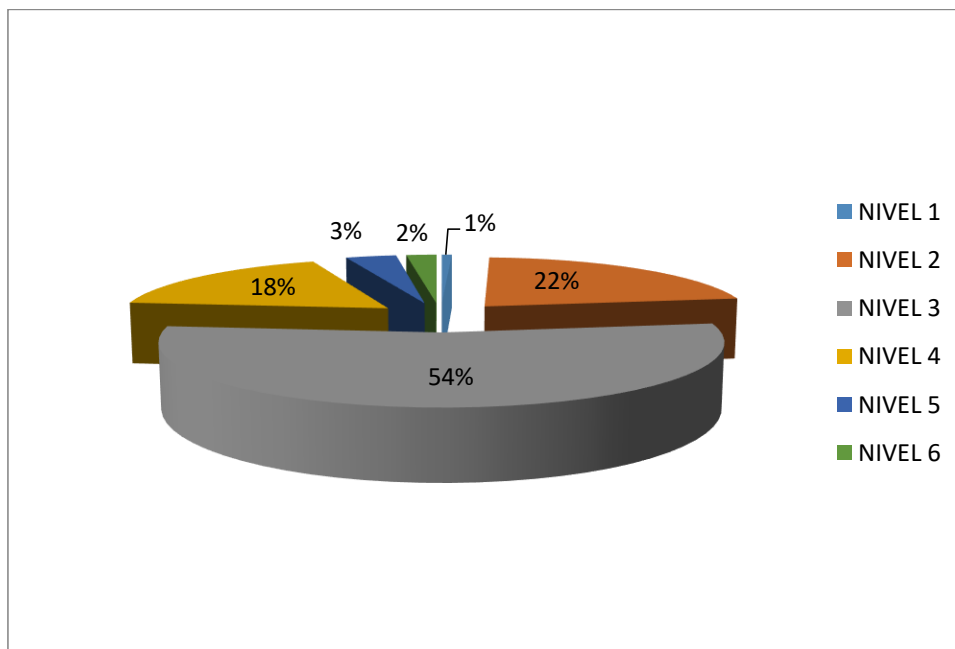


Figura 4.1 Estrato socioeconómico. Fuente. Elaboración propia de los autores.

En la distribución porcentual del estrato socioeconómico de las mujeres participantes se encuentra que éstas mayoritariamente pertenecen al estrato 3, seguido del estrato 2. En Colombia la estratificación socioeconómica clasifica los inmuebles residenciales del 1 a 6, de éstos, los estratos 1, 2 y 3 corresponden a estratos bajos que albergan a los usuarios con menores recursos, los cuales son beneficiarios de subsidios en los servicios públicos domiciliarios; los estratos 5 y 6 corresponden a estratos altos que albergan usuarios con mayores recursos económicos, los cuales deben pagar una contribución sobre el valor de dichos servicios públicos (DANE, 2013). Estratificar con base en las características de las viviendas y su entorno urbano o rural tiene asociaciones significativas con las condiciones socioeconómicas de los usuarios. La vivienda no es ni ha sido un simple modo de "albergar"; es un modo de habitar, es un medio físico que más allá de tener una significación fisiológica,

tiene sentido psicológico y social-histórico referido a la estética y conforme a diversas razones económicas y de posición social (DANE, 2013).

El estrato socioeconómico desde los determinantes sociales de la salud y la perspectiva material estructuralista en las sociedades occidentales, las condiciones materiales precarias como la alimentación insuficiente, vivienda precaria, ambiente laboral inseguro, generan riesgos diferenciales para los estratos sociales y estos riesgos se expresan en forma de inequidades en salud (World Health Organization. 2010). Así, las personas con mejores condiciones materiales de vida tienden a tener mayores recursos económicos y cognitivos, para prevenir daños en su salud y utilizar de manera más eficiente la información disponible sobre prevención de las enfermedades (Castaño, 2009 p. 17). Igualmente, esta inequidad conlleva a una distribución desigual en los hábitos de vida que atentan contra la salud, y son más prevalentes en la medida que decrecen en el estatus socioeconómico, es decir, las personas más pobre asumen conductas de riesgo para su salud en mayor proporción que los estratos superiores (World Health Organization. 2010).

4.1.2 Edad

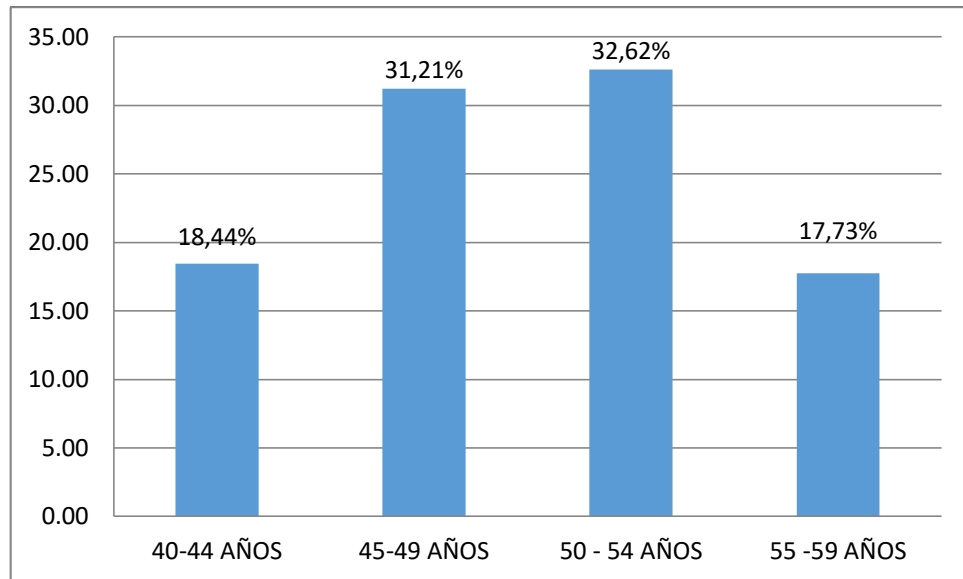


Figura 4.2 Edad. Fuente. Elaboración propia de los autores.

El 63,83% de las mujeres participantes del estudio se encuentran en una edad promedio de 45 a 54 años, lo cual permite identificar algunas características de este grupo etario, desde lo biológico con cambios importantes en su ciclo menstrual (Montaño et, al 2001), acompañado de síntomas vasomotores, pérdida en la capacidad de lubricar adecuadamente el tejido urogenital generando dispareunia (Graziottin, 2005). Dentro de los cambios psicológicos, se presentan síntomas mentales como depresión, irritabilidad, ansiedad y detrimento en la confianza en sí misma (Amore et, al 2007) Estos cambios están relacionados con los determinantes sociales próximos en salud, ya que está relacionado con características individuales que incluyen aspectos físicos y mentales que conforman la corporalidad del ser humano (Mignolio, et, al 2011) y factores del comportamiento como las relaciones sexuales (Compes social 147)

4.1.3 Nivel educativo

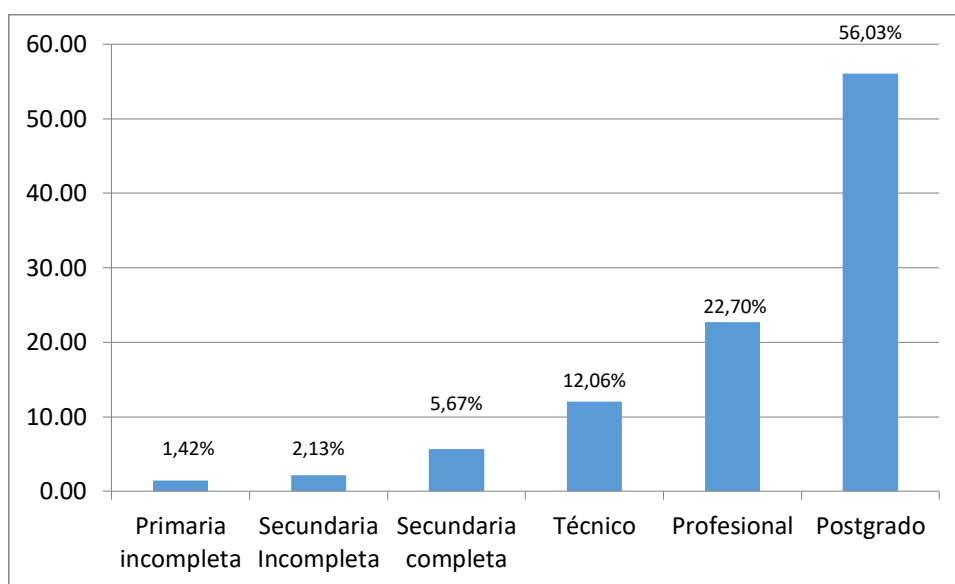


Figura 4.3 *Nivel educativo*. Fuente. Elaboración propia de los autores.

Como hallazgo significativo, 79 de las mujeres encuestadas cuentan con un nivel de formación en postgrado. Dentro de los determinantes sociales intermedios en salud, se considera el nivel educativo como un factor protector, no solo por las oportunidades que representa tener una mayor educación, sino por las habilidades que se adquieren a través de la misma para propiciar el propio desarrollo; tener percepciones más ajustadas y positivas sobre sí mismo, sobre la identidad de género y por la capacidad que se adquiere para valorar y evaluar la adecuación de las normas sociales, las creencias sobre el rol de género, el lugar que se ocupa en la familia, el trabajo, la comunidad o la sociedad e incluso sobre los comportamientos de autocuidado; lo que conduce a tener comportamientos sexuales menos riesgosos y decisiones con mayor autonomía y responsabilidad (Documento Compes social 147), así el mayor nivel educativo se convierte en un factor protector de la disfunción sexual como lo muestran otros estudios realizados sobre el tema (Blümel et, al 2004 p. 2)

4.1.4 Estado civil

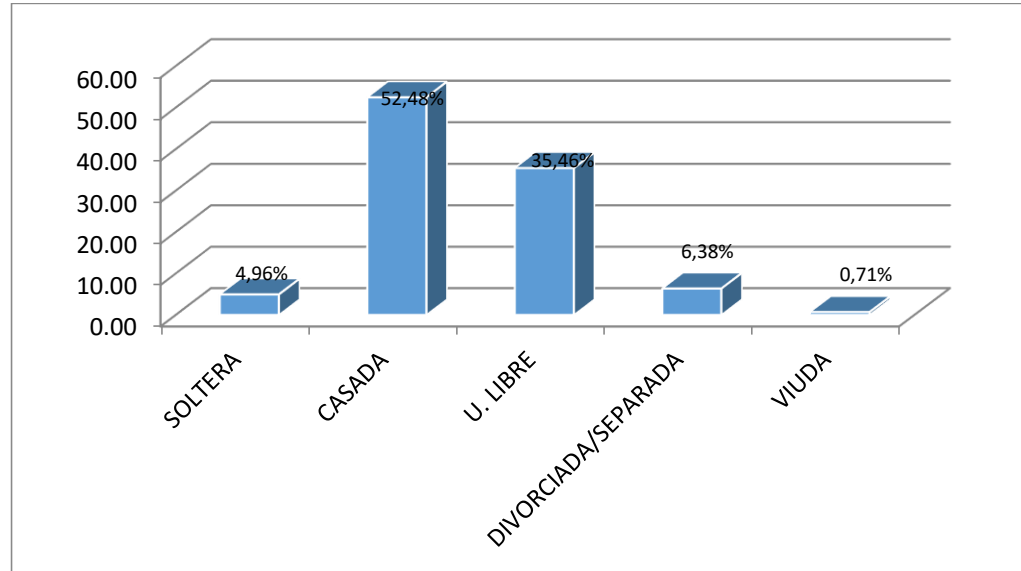


Figura 4.4 estado civil. Fuente. Elaboración propia de los autores.

De la población encuestada el 52,48 % su estado civil es casada, uno de los estados civiles establecidos en el artículo cuarto de la Constitución Política de Colombia (Codigo civil colombiano. En Colombia), y el 35,46 % en unión marital de hecho, reconocida en la Ley 54 de 1990 como la formada entre un hombre y una mujer, que sin estar casados, hacen una comunidad de vida permanente y singular. El estado civil casado compromete al menos moralmente, con un papel firmado y una expectativa social respecto del mantenimiento de la relación, a formar una familia y consolidar un patrimonio dentro de un proyecto de vida conjunto. El estado civil es un determinante social próximo que tiene un efecto en la salud y bienestar de los individuos, así lo ha demostrado estudios realizados por Laumann y Blümel, (1999 p. 537) donde plantean que aumenta el riesgo de disfunción sexual el tener una pareja que no proporcione estabilidad (Blümel et, al 2004 p. 79)

4.1.5 Ocupación

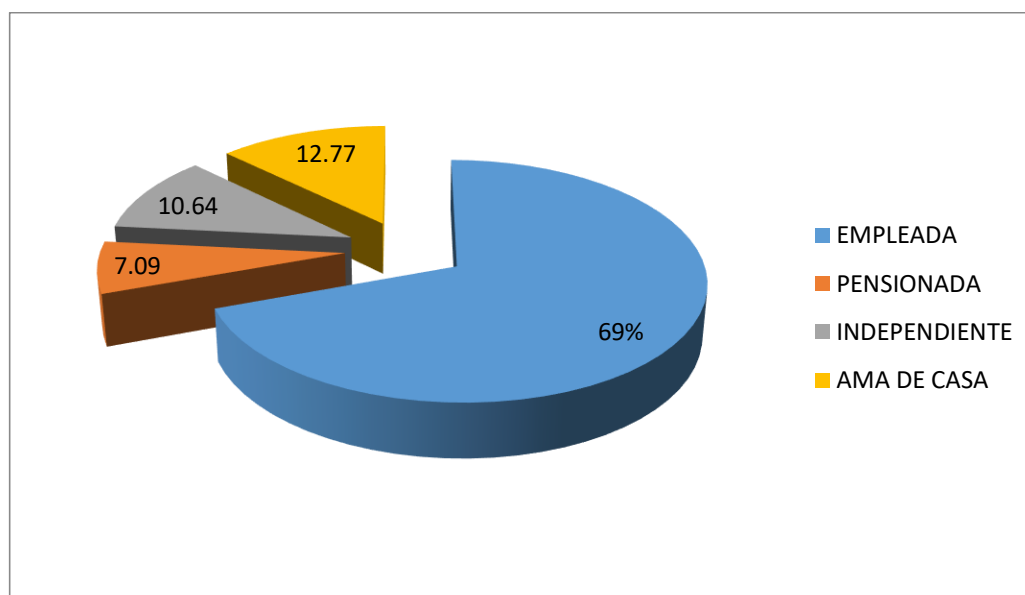


Figura 4.5 Ocupación. Fuente. Elaboración propia de los autores.

98 de las mujeres encuestadas se encuentra laboralmente activas. Desde el enfoque de los determinantes sociales de la salud, la ocupación es uno de los indicadores de estatus socioeconómicos que está relacionado con el nivel de ingreso, el aumento de las oportunidades, la seguridad en el trabajo; además, proporciona un mejor nivel de salud. Ecuación que no se cumple en Colombia, ya que se encuentra que en los sectores medios de la población existen personas con un alto nivel educativo que no se ve reflejado en su nivel de ingresos (Mignolio et, al, 2011)

La actividad extradoméstica de las mujeres ha sido considerada como una condición necesaria para su emancipación, el logro de su autonomía, permitiéndoles tener la libertad de decidir quienes quieren ser, qué quieren hacer y luchar por su dignidad con el derecho de experimentar una sexualidad propia (Maria, 2006) lo cual ha desencadenado procesos que invaden otras esferas de la vida individual y social, como la reproducción biológica, la

formación de otro tipo de parejas o bien, la disolución de parejas, la educación de los hijos, los modelos de consumo, así como su participación social y política (Cedillo, 2003 p. 30)

4.1.6 Zona de residencia

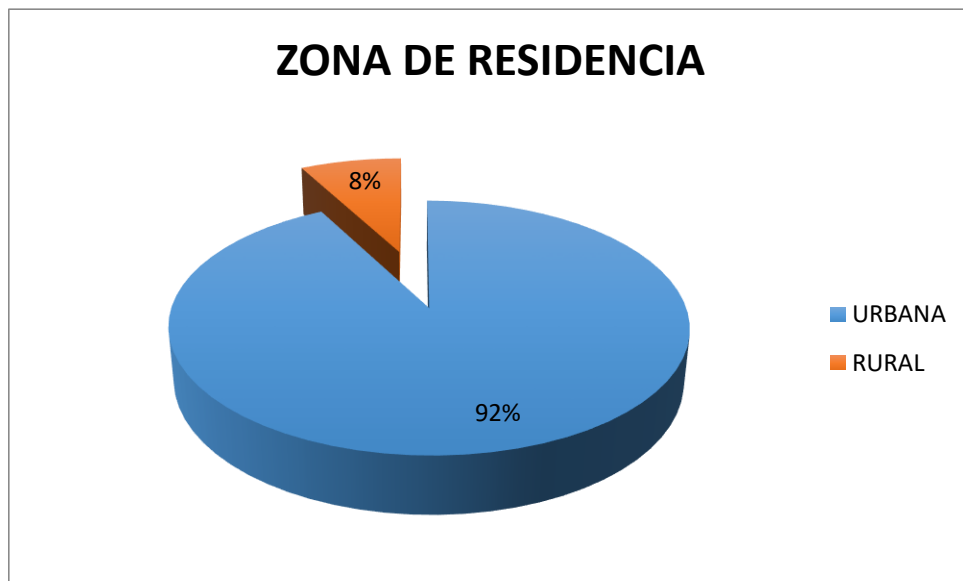


Figura 4.6 Zona de residencia. Fuente. Elaboración propia de los autores.

De las mujeres encuestadas el 92 % residen en zona urbana, característica que se relaciona dentro de los determinantes sociales estructurales, en el cual confluyen múltiples factores tales como, calidad de la vivienda, accesibilidad a los servicios públicos y de salud (Alvarez, 2011) Y, a su vez se encuentra intrínseca en el bienestar de los mismos, mostrando que en la población urbana, en los grupos de mayor instrucción y con mayor ingreso hay un incremento en la calidad y en la esperanza de vida, por el contrario la poca educación, la pobreza, y la ubicación en zonas rurales y urbanas marginales están asociados a bajos niveles de salud sexual y reproductiva, que afectan los valores culturales sobre sexualidad, reproducción y relaciones afectivas.

De igual manera, se contemplaron variables procedentes de la reducción teórica del problema en el marco de los determinantes sociales de la salud, como son, hábito de actividad física; presencia del ciclo menstrual; tenencia de pareja; tiempo de relación de la pareja; tipo de familia; relación familiar; violencia y presencia de síntomas psicológicos

4.1.7 Hábito de actividad física

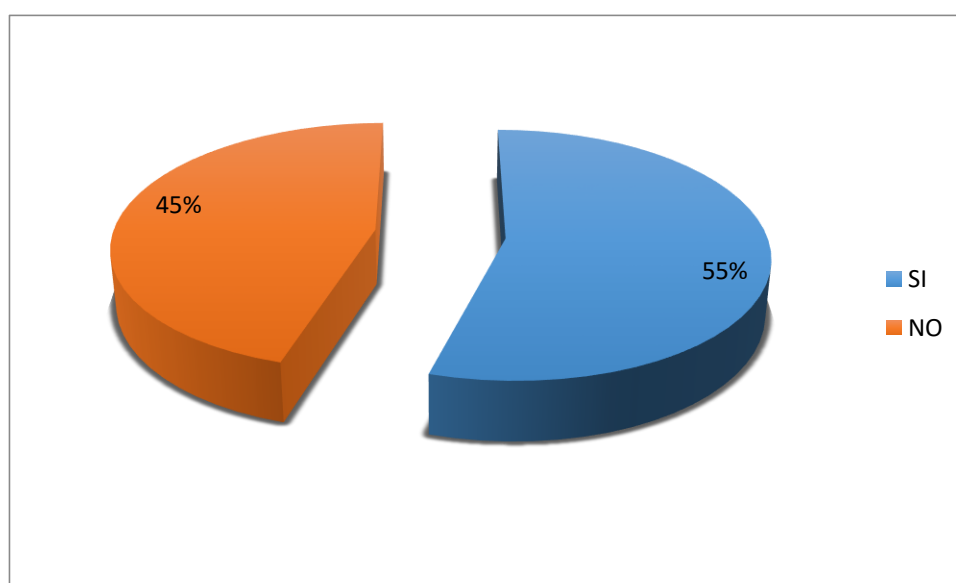


Figura 4.7 *Habito de actividad física.* Fuente. Elaboración propia de las autoras.

Las personas con buen estado físico tienen más posibilidad de estar casados o de mantener una relación íntima y tener una sexualidad activa (Stancy, 2007)

De las 141 pacientes encuestadas, el 55 % realizan actividad física, aspecto que, dentro de los determinantes próximos de la salud, se comporta como un factor protector ya que las personas que se ejercitan poseen una imagen corporal positiva, además que repercute sobre la satisfacción sexual y la salud corporal porque se perciben beneficios en la apariencia el peso y la imagen corporal (Pinto, 2015 p. 13)

4.1.8 Presencia de ciclo menstrual

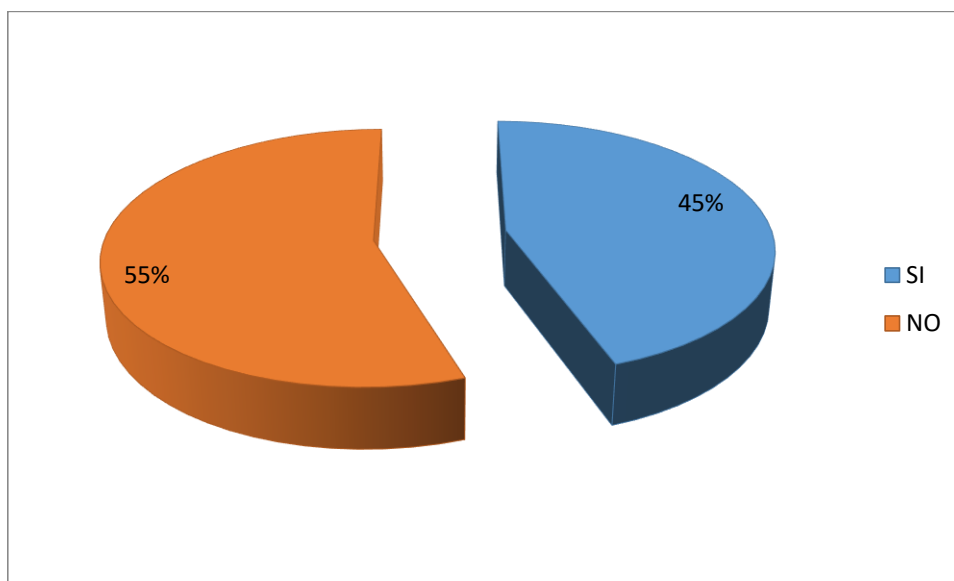


Figura 4.8 *Presencia de ciclo menstrual.* Fuente. Elaboración propia de los autores.

78 de las mujeres, es decir, el 55% de las encuestadas no tiene ciclo menstrual, característica biológica que implica la presencia de otros cambios asociados a la etapa del climaterio. En la mayoría de las sociedades el climaterio y la menopausia se considerada como una enfermedad (Botella, 1990) porque la mujer deja de ser la reproductora natural en términos biológicos y sociales; condición que influye negativamente en su función sexual (Anaya Gutiérrez et, al 2006 p. 2)

4.1.9 Tenencia de pareja

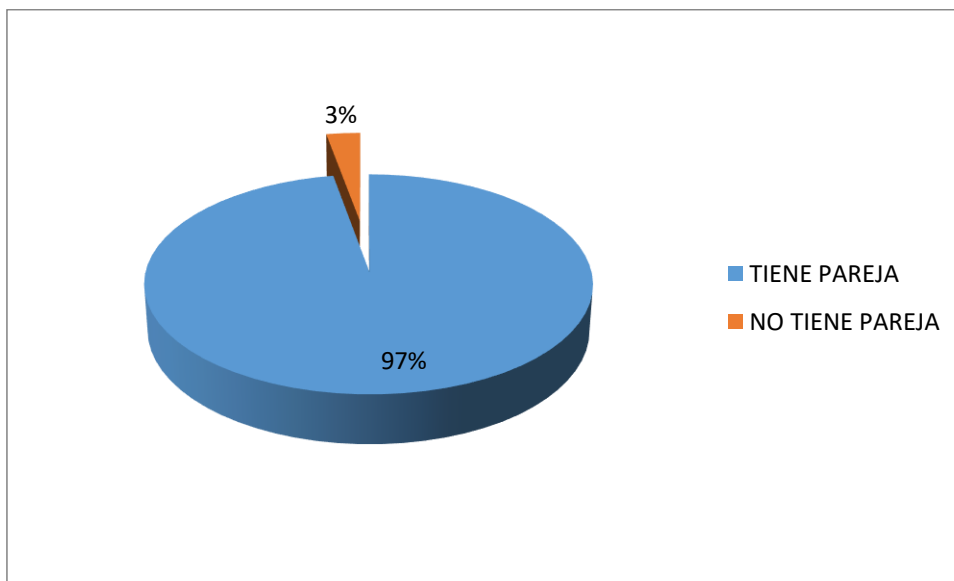


Figura 4.9 *tenencia de pareja*. Fuente. Elaboración propia de los autores.

De las pacientes encuestadas, se halló que el 97 % de mujeres tienen actualmente una relación de pareja, aspecto que desde el punto de vista dominante en la sociedad, considera que la pareja es una institución social, basada en la relación entre dos personas, la cual se comporta como una unidad y es reconocido así por quienes los rodean (García, 2002 p. 41)

La existencia social de la pareja implica que, en muchos aspectos, mantiene una conducta común única y que existen una serie de bienes sobre los que comparten propiedad y uso común. Además, comparten e intercambian conductas, así un aspecto importante es el apoyo mutuo; se plasma la fórmula de estar juntos en la salud y la enfermedad, es decir, el otro es el principal sostén ante las dificultades y las amenazas de la vida y en el apoyo al desarrollo personal y social (García, 2002 p. 41). En contraste los problemas en la relación de pareja causan estrés y este a su vez provoca nuevos problemas, creando un círculo vicioso y una serie de emociones negativas, que terminan deteriorando la relación y afectando la vida

personal de cada uno de los miembros que la componen (Martínez, 2011 p. 1) así como su función sexual (Blümel et, al, 2004 p. 118)

4.1.10 Tiempo de relación con la pareja

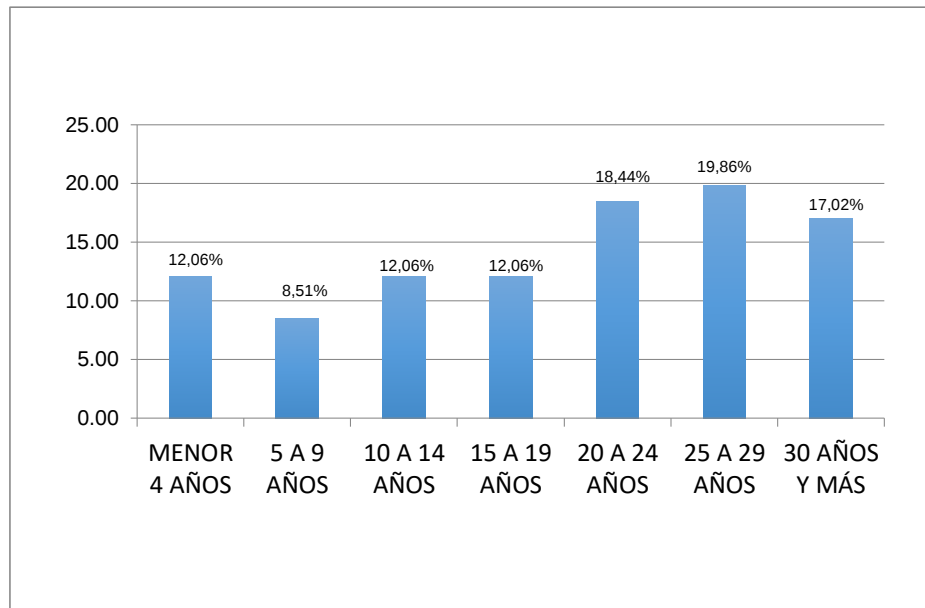


Figura 4.10 tiempo de relación de pareja. Fuente. Elaboración propia de los autores.

Se halló que un 55 % de las mujeres encuestadas tiene relación de pareja de 20 a 30 años, aspecto relevante como determinante social próximo de la salud; ya que las relaciones de pareja, comprometidas y de larga duración, son buenas para la salud mental y física. Además, el estudio ha demostrado que los beneficios de estas relaciones aumentan con el paso del tiempo (García, 2002 p. 41).

Los casados entre los 31 y 65 años sienten o tienen más obligaciones y/o presiones sociales y consideran como una prioridad las inversiones irrecuperables, como el tiempo o el esfuerzo, que otro tipo de relación de pareja; adicionalmente, su prioridad está en la relación de pareja y se esfuerzan por su mantenimiento por el compromiso que adquieren; así como, la

moralidad de la misma. Por esta razón, ven su relación o matrimonio como un lazo sagrado incapaz de romperse y consideran una obligación moral permanecer en él (Torres y Ojeda, 2009 p. 5). Todas estas razones son argumentos de la pareja para evitar romper la relación, ya que el divorcio puede tener un impacto devastador en los individuos (García, 2002 p. 41), característica que proporciona estabilidad en la pareja, comportamiento que actúa como factor protector del riesgo de disfunción sexual (Blümel et al. 2002 p. 15)

4.1.11 Tipo de Familia

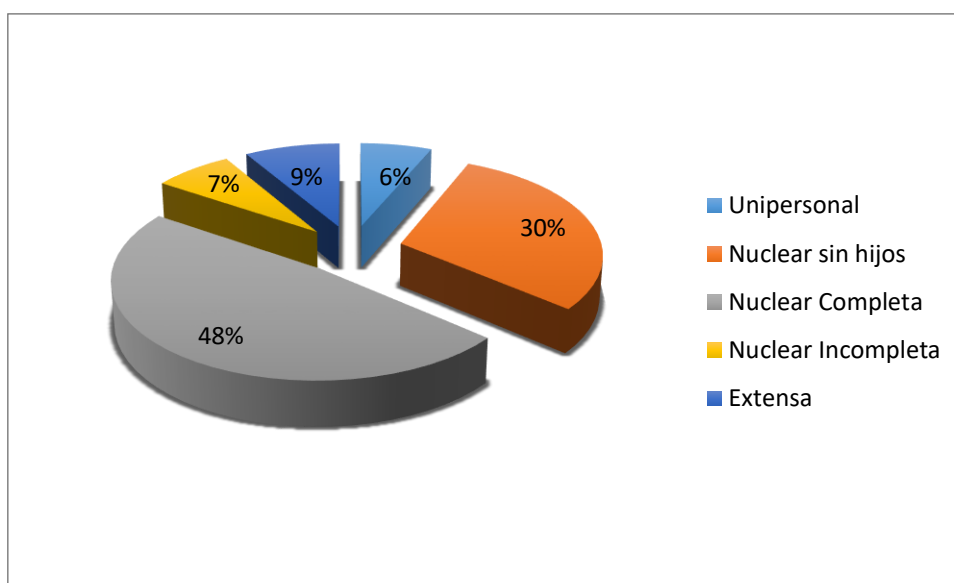


Figura 4.11 *Tipo de familia.* Fuente. Elaboración propia de los autores.

El 85 % de la población encuestada pertenece a una familia nuclear ya sea con hijos completa o incompleta.

La familia cumple funciones importantes en el desarrollo biológico, psicológico y social del individuo, y se encarga de la formación y desarrollo de la personalidad y asegura, junto a otros grupos sociales, la socialización y educación de este, para su inserción en la vida

social y la trasmisión generacional de valores culturales, ético - morales y espirituales (Suárez, et, al 2015 p. 121) también es fuente de amor, satisfacción, bienestar, apoyo y constituye la unidad de reproducción y mantenimiento de la especie humana (Martínez, 2015 p. 257), sin olvidar que la familia también suele entrar en crisis y puede constituir fuente de insatisfacción, malestar, estrés y enfermedad.(Louro, 2003 p. 48)

Estas funciones tradicionales se están transformando, lo cual determina cambios en su morfología, en sus relaciones y que incluso, en algunos casos, la gratificación sexual no requiera ni de la convivencia, ni de la legalidad de la unión (Rico de Alonso 1999 p. 11).

En la sociedad actual es común que coincidan tres generaciones conviviendo en la misma casa lo que conlleva a que las personas de mayor edad compartan la habitación, o que aun teniendo una propia, no se les respete su privacidad por considerar que no es necesario para ellos, que no necesitan de privacidad; estas son situaciones adversas para desarrollar una sexualidad satisfactoria (Burgos y Paravick, 2003 p. 9)

4.1.12 Valoración de la relación familiar

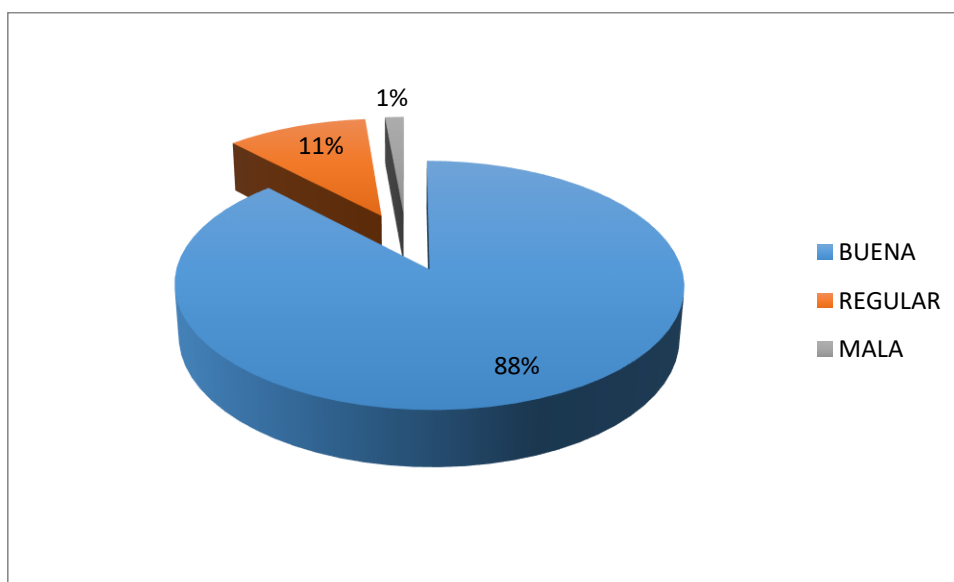


Figura 4.12 *Valoración de la relación familiar.* Fuente. Elaboración propia de los autores.

El condicionamiento de género hace que las mujeres a lo largo de su ciclo vital desempeñen un conjunto de funciones simultáneas al interior de su familia y de la sociedad, que ante los cambios físicos, psíquicos y sociales que afrontan en la etapa de climaterio, pueden llevarla a modificar su conducta y actitudes. Por este motivo requieren de soporte y estímulo por parte de sus familiares y de su pareja (Lugones et, al, 1999 p. 134)

Generalmente el punto de partida de la familia es la pareja, la cual sufre múltiples cambios a lo largo de la vida familiar que influyen en la convivencia de la misma, por lo que es necesario que la pareja comparta sus experiencias, dolores, frustraciones, éxitos y felicidad, y que se adapte a los cambios individuales del otro y a los desafíos de cada etapa, como crisis de la edad, lo que les permitirá mejorar la vida sexual ligándola a la afectividad; esto concuerda con el 88 % de las mujeres encuestadas que valoraron su relación familiar como buena.

4.1.13 Violencia en los ultimos cinco años y tipo de violencia

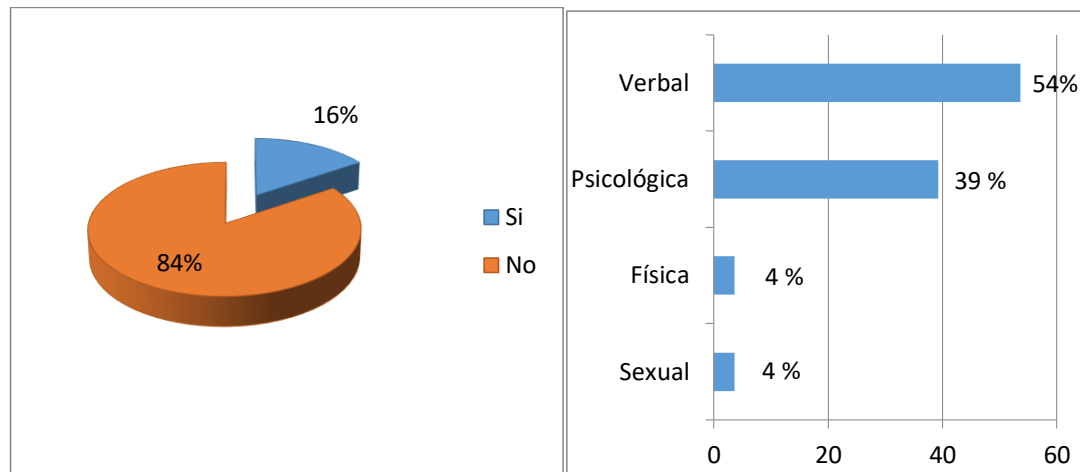


Figura 4.13 *Violencia en los últimos cinco años* .Fuente. Elaboración propia de los autores.

La violencia doméstica contra las mujeres ha sido definida como aquellos patrones de comportamientos violentos y coercitivos, caracterizados por ataques físicos, sexuales y psicológicos, incluso coerción económica, que caracterizan de forma permanente las relaciones de pareja (Ospina et, al, 2006 p. 83); problemática reconocida en la Constitución Política de Colombia de 1991, que dispuso una serie de preceptos para la defensa de las mujeres, que son mayoritariamente las víctimas. El inciso 5 del artículo 42 de nuestra Constitución, resalta que “cualquier forma de violencia en la familia se considera destructiva de su armonía y unidad y será sancionada conforme a la ley” (McFarlane et, al 1991 p. 245). Esta violencia es un problema de salud de gran magnitud, epidémico en todas las razas, clases y culturas, por lo que se presume que cualquier factor que determine cierta dosis de violencia, dolor y conflicto produce profundos efectos en la vida sexual de las personas, y hace que el ejercicio de la sexualidad y la reproducción se impregne de experiencias dolorosas y difíciles de manejar para la mujer (Arcos, et, al, 1999 p. 1322)

Dentro de la población encuestada, el 16% reportó haber sufrido algún tipo de violencia por parte de su pareja; de las cuales, el 93 % refiere haber sufrido violencia psicológica y verbal.

Según Ruiz Pérez las consecuencias de la violencia contra las mujeres son muy amplias e influyen en todos los aspectos de sus vidas y su salud dentro de las que se encuentran la obesidad, dolor crónico, síndrome de colon irritable, trastornos gastrointestinales, fibromialgia, estrés postraumático, depresión, ansiedad, trastorno de pánico, trastornos alimenticios, disfunciones sexuales, baja autoestima, tabaquismo, abuso de sustancias psicoactivas y alcohol, conductas sexuales de riesgo, inactividad física, embarazo no deseado, VIH/ITS, trastornos ginecológicos, aborto no deseado, enfermedad pélvica inflamatoria e incluso la muerte. Estas consecuencias se extienden a los hijos y al conjunto de la sociedad (Plazaola y Pérez, 2004 p. 141)

4.1.14 Síntomas psíquicos

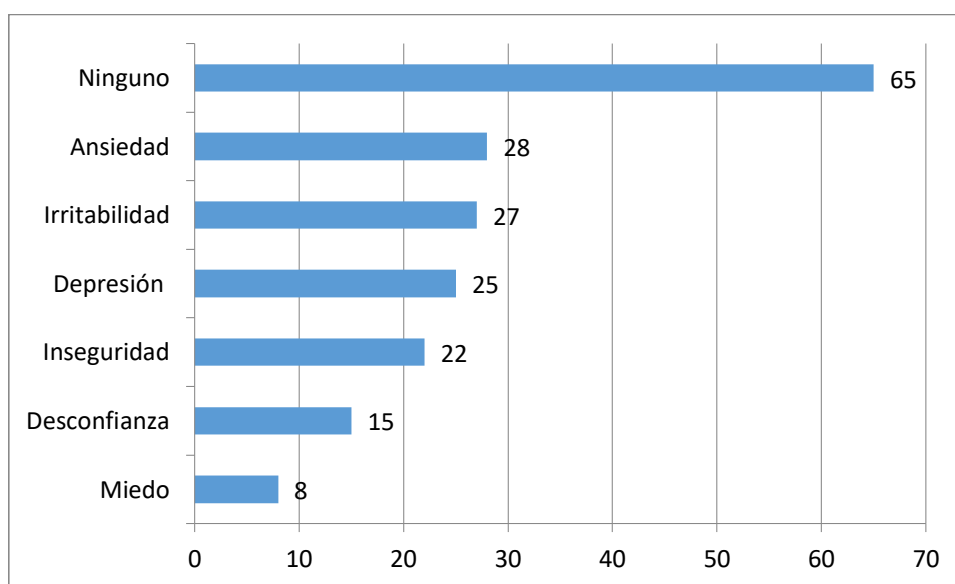


Figura 4.14 *Síntomas psicológicos.* Fuente. Elaboración propia de los autores.

Existen manifestaciones psicológicas (Lugones , 1999) de causa endocrina, mediados por el estrés, consideradas como severas; entre los cuales está la irritabilidad, cefalea, signos de ansiedad y depresión, entre otros, que se asocian a la etapa del climaterio y la menopausia; estos síntomas mentales son muy frecuentes en esta etapa, que si bien no tienen por qué conducir al deterioro de la salud mental, sí se traducen en una disminución de la satisfacción personal e influyen en muchos aspectos, tanto de la vida, como en las relaciones personales y familiares (Carroble y Guadix, 2011 p. 27).

Los trastornos por ansiedad, la depresión, el estrés y la fatiga, interfieren con el interés de tener actividad sexual ya que estas manifestaciones psicológicas contribuyen desde el punto de vista psicofisiológico a la disfunción sexual (Carroble y Guadix, 2011 p. 27).

Estos síntomas mentales también están presentes en las mujeres participantes, pues 65 de las 141, informaron padecer algún síntoma mental; dentro de los más relevantes están la ansiedad, seguidos por la irritabilidad y la inseguridad.

4.2 Funcionalidad sexual de las mujeres en etapa del climaterio.

Tabla 4.1. *Función sexual de las mujeres en etapa del climaterio. Elaboración propia de las autoras*

EDAD	DESEO	EXCITACIÓN	LUBRICACIÓN	ORGASMO	SATISFACCIÓN	DOLOR	TOTAL
40-44	3,5 +/- 1,0	3,6 +/- 0,8	5,2 +/- 0,7	5,0 +/- 0,9	4,8 +/- 0,9	5,1 +/- 1,0	27,3 +/- 4,32
45-49	3,5 +/- 0,8	3,3 +/- 0,8	4,6 +/- 1,1	4,6 +/- 1,1	4,7 +/- 1,0	4,6 +/- 1,3	25,5 +/- 5,1
50-54	3,3 +/- 1,0	3,0 +/- 0,9	4,2 +/- 1,2	4,4 +/- 1,1	4,4 +/- 1,3	4,8 +/- 1,2	24,3 +/- 5,3
55-59	3,4 +/- 1,0	3,0 +/- 0,9	4,0 +/- 1,0	4,2 +/- 1,1	4,3 +/- 1,4	4,3 +/- 1,3	23,3 +/- 5,7
TOTAL	3,4 +/- 0,9	3,2 +/- 0,9	4,5 +/- 1,1	4,5 +/- 1,1	4,6 +/- 1,2	4,7 +/- 1,2	25,1 +/- 5,3

Fuente. Elaboración propia de los autores.

Blümel en su estudio determina que hay funcionalidad sexual, cuando IFSF está por encima de 26 (Wiegel, 2005) Lo que demuestra que este grupo tiene disfuncionalidad sexual con un puntaje promedio de 25,1 +/- 5,3, no encontrándose una diferencia significativa a lo hallado por Blümel en las mujeres de 40 a 59 años, con un IFSF de 24,95 +/- 6,2 ni en los diferentes dominios; deseo 3 +/- 1,2; excitación 3,8 +/- 1,2; lubricacion 4,5 +/- 1,3; orgasmo 4,2 +/- 1,4; satisfacción 4,8 +/- 1,2 y dolor 4,7 +/- 1,3 (78). Es de anotar que de las 141 mujeres encuestadas 70 es decir el 49,6 % tienen IFSF por debajo de 26.

Tabla 4.2. Función sexual de las mujeres en etapa del climaterio. Elaboración propia de las autoras

EDAD	IFSF > 26	%	IFSF < 26	%	TOTAL
40-44 AÑOS	9	34.6	17	65.4	26
45 . 49 AÑOS	22	50.0	22	50.0	44
50- 54 AÑOS	23	50.0	23	50.0	46
55 -59 AÑOS	16	64.0	9	36.0	25
TOTAL	70	49.6	71	50.4	141

Fuente. Elaboración propia de los autores.

4.3 Relación entre los dominios del índice de funcionalidad sexual y los determinantes sociales de la salud de las mujeres encuestadas en etapa de climaterio

El análisis de la relación entre los determinantes sociales de la salud con la funcionalidad sexual, se hace por cada uno de los dominios y uno general con el Índice de Función Sexual Femenina (IFSF).

4.3.1 Determinantes sociales de la salud y dominio Deseo

Tabla 4.3. *Determinantes sociales de la salud y dominio deseo. Elaboración propia de las autoras*

DETERMINANTES SOCIALES		DESEO	
VARIABLE	OR	IC	P
Violencia	3,59	1,3 - 9,27	0,07
No actividad física	1,61	0,81 - 3,21	0,11
Depresión	1,85	0,76 - 4,79	0,12
Irritabilidad	2,04	0,73 - 5,67	0,13
Tenencia de pareja	5,22	0,52 - 51,5	0,14
Tiempo de relación más de 20 a	1,45	0,73 - 2,90	0,18
Ocupación	1,79	0,66 - 4,85	0,18
Edad de 45 a 49 años	1,37	0,65 - 2, 8	0,25
Estado civil	1,66	0,55 - 4,96	0,25
Ausencia de ciclo menstrual	1,32	0,66 - 2,65	0,26
Ausencia de síntomas psíquicos	1,42	0,60 - 3,33	0,27
Nivel educativo	2,5	0,41 - 15, 9	0,27
Edad de 55 a 59 años	1,38	0,57 - 3,32	0,3
Zona residencia rural	0,69	0,17 - 2,8	0,44
Tipo de familia no nuclear	1,35	0,34 - 5,28	0,45
Inseguridad	1,2	0,36 - 4,0	0,49
Desconfianza	1,12	0,37 - 3,34	0,52
Miedo	1,26	0,27 - 5,86	0,52
Edad de 40 a 44 años	1,04	0,43 - 2, 5	0,54
Estrato socioeconómico menor de 3	0,99	0,44 - 2, 44	0,58
Mala relación de familia	1,67	0,10 - 27,3	0,61
Edad de 50 a 54 años	0,57	0,27 - 1,2	0,96
Ansiedad	1,8	0,7 - 4,5	0,14

Fuente. Elaboración propia de los autores.

En esta tabla en la que se relaciona el dominio Deseo con las variables de los determinantes sociales, se destaca la violencia con un OR DE 3, 59, IC (1,3 - 9,27) siendo estadísticamente significativo $p < 0,07$ comportándose como factor de riesgo para este dominio del IFSF.

En artículos como el de Leticia Casique se plantea que muchos estudiosos analizan la violencia contra las mujeres, y todos concuerdan que se trata de un fenómeno que deteriora la integridad de la mujer, dando como consecuencias una salud deficiente y un comportamiento sexual inseguro (Casique 2006) Con base en la encuesta nacional de demografía y salud 2015 se evidencia que dentro de las consecuencias psicológicas de la violencia de género se encuentra la pérdida del interés en las relaciones sexuales y disminución de la autoestima, violencia que es Mayor en la medida que aumenta de la edad de las mujeres, especialmente entre los 45 y 49 años (Ministerio de Salud y Protección social. 2015) El 56,4 % de las mujeres que tienen relación de pareja conflictiva manifiestan deseo sexual hipoactivo, según el estudio realizado por Hurtado y colaboradores (Hurtado, 2004 p. 9)

4.3.2 Determinantes sociales de la salud y dominio excitación

Tabla 4.3 *Determinantes sociales de la salud y dominio excitación. Elaboración propia de las autoras*

DETERMINANTES SOCIALES		EXCITACION		
VARIABLE	OR	IC	P	
Depresión	3,7	1,46 - 9,39	0,004	
Presencia síntomas psíquicos	3,14	1,31 - 7,51	0,008	
Violencia	2,46	0,97 - 6,22	0,04	

Ausencia ciclo menstrual	1,85	0,92 - 3,69	0,05
Irritabilidad	2,34	0,83 - 6,56	0,08
Estado civil	1,9	0,63 - 5,67	0,18
Tenencia de pareja	4,61	0,46 - 45,48	0,18
Desconfianza	1,79	0,61 - 5,26	0,21
Edad de 55 a 59 años	1,45	0,61 - 3,47	0,26
Ocupación	1,56	0,57 - 4,21	0,26
Estrato socioeconómico menor a 3	0,71	0,31 - 1,63	0,28
Edad de 45 a 49 años	0,75	0,35 - 1,59	0,29
Tiempo de relación mayor a 20 años	1,25	0,63 - 2,46	0,31
Nivel educativo	2,27	0,36 - 14,08	0,32
Edad de 40 a 44 años	0,73	0,30 - 1,79	0,33
Edad de 50 a 54 años	1,23	0,60 - 2,49	0,34
Inseguridad	1,52	0,46 - 5,0	0,34
Mala relación de familia	0,59	0,51 - 0,67	0,35
Ansiedad	1,27	0,51 - 3,19	0,38
No actividad física	1,14	0,58 - 2,24	0,41
Tipo de familia no nuclear	1,19	0,30 - 4,64	0,53
Miedo	1,11	0,23 - 5,16	0,59
Zona residencia urbana	0,98	0,26 - 3,64	0,62

Fuente. Elaboración propia de los autores

En el análisis de esta tabla que relaciona los determinantes sociales de la salud con la excitación, se encuentra que dicho dominio está afectado por la presencia de síntomas psíquicos con un OR de 3,14, con IC de (1,3 – 7,5) siendo estadísticamente significativo y $p < 0,008$, específicamente la depresión con un OR de 3,7 con IC (1,46 – 9,39) y $p < 0,004$.

En la literatura Basson plantea que la depresión es uno de los factores biológicos que afectan la acción de los estímulos tornándolos poco eficaces y se interponen en el camino hacia el deseo-excitación, es decir plantea que cuando hay depresión la mujer tiene poca motivación para iniciar o aceptar la actividad sexual (Basson, 2005 p. 291)

4.3.3 Determinantes sociales de la salud y dominio lubricación

Tabla 4.4 *Determinantes sociales de la salud y dominio lubricación. Elaboración propia de las autoras*

DETERMINANTES SOCIALES	LUBRICACION		
	OR	IC	P
VARIABLE			
Ausencia ciclo menstrual ausente	4,35	2,13 - 8,88	0
Irritabilidad	5,48	1,50 - 20,04	0,004
Tenencia de pareja	0,48	0,41 - 0,58	0,06
Depresión	2,25	0,89 - 5,67	0,06
Inseguridad	2,09	0,60 - 7,30	0,19
Presencia de síntomas psíquicos	1,56	0,66 - 3,65	0,2
Ocupación	1,65	0,60 - 4,53	0,23
Edad de 40 a 44 años	0,67	0,28 - 1,58	0,24
Mala relación de familia	0,49	0,42 - 0,58	0,25
Ansiedad	1,51	0,60 - 3,82	0,25
Tiempo de relación de más de 20 años	1,29	0,66 - 2,50	0,28
Desconfianza	0,62	0,21 - 1,86	0,28

Edad de 55 a 59 años	1,31	0,55 - 3,14	0,34
Zona residencia urbana	1,52	0,41 - 5,64	0,38
Violencia	1,22	0,49 - 3,04	0,42
Edad de 45 a 49 años	1,29	0,54 - 2,31	0,44
Nivel educativo	0,64	0,10 - 3,99	0,49
Tipo de familia no nuclear	0,77	0,20 - 3,01	0,49
Miedo	0,72	0,15 - 3,37	0,49
No actividad física	0,97	0,50 - 1,89	0,53
Edad de 50 a 54 años	0,97	0,48 - 1,96	0,54
Estado civil	1,01	0,37 - 2,73	0,58
Estrato socioeconómico menor de 3	0,5	0,22 - 1,14	0,73

Fuente. Elaboración propia de los autores

En esta tabla se observa que la variable que se comporta como factor protector es la de tenencia de pareja con un OR DE 0,48, CON IC (0,41 – 0,58) y $p < 0,06$; por el contrario la ausencia del ciclo menstrual como determinante biológico afecta a la lubricación comportándose como un factor de riesgo con un OR 4,35, IC (2,13 – 8,8) y $p < 0,00$ estadísticamente significativo, e igualmente la variable de irritabilidad con un OR de 5,48, IC (1,5 – 20) y $p < 0,004$.

En la literatura se halla que la lubricación se ve afectada como consecuencia a los cambios endocrinos en la etapa del climaterio como la irritabilidad y la ausencia del ciclo menstrual ,por otro lado Blümel reporta en su estudio que la estabilidad de pareja disminuyen el riesgo a la disfunción sexual. OR: 0,45; IC: (0,28-0,80); $p < 0,005$ y OR:0,58; IC:0,35-0,98; $p < 0,05$ respectivamente (Blümel et al, 2002) Porque para que exista una adecuada sexualidad es necesario el contacto y la vinculación de la especie humana (Diago, 2008 p. 7)

4.3.4 Determinantes sociales de la salud y dominio orgasmo

Tabla 4.5. *Determinantes sociales de la salud y dominio orgasmo. Elaboración propia de las autoras*

DETERMINANTES SOCIALES		ORGASMO	
VARIABLE	OR	IC	P
Ciclo menstrual ausente	2	1,0 - 3,97	0,03
Tiempo de relación mayor de 20 años	1,73	0,88 - 3,42	0,07
Nivel educativo	5,54	0,60 - 50,92	0,11
Irritabilidad	2,04	0,73 - 5,72	0,13
Depresión	1,69	0,70 - 4,11	0,16
Violencia	1,71	0,68 - 4,28	0,17
Ansiedad	1,71	0,68 - 4,28	0,17
Tenencia de pareja	4,08	0,41 - 40,28	0,21
Edad de 55 a 59 años	1,53	0,64 - 3,65	0,22
Estado civil	1,61	0,57 - 4,58	0,25
Edad de 45 a 49 años	0,76	0,35 - 1,54	0,26
Actividad física	1,3	0,67 - 2,55	0,26
Edad de 40 a 44 años	0,78	0,32 - 1,87	0,37
Tipo relación de familia	1,31	0,08 - 21, 48	0,38
Edad de 50 a 54 años	1,17	0,58 - 2,36	0,39
Inseguridad	1,34	0,41 - 4,39	0,42
Estrato socioeconómico	0,87	0,39 - 1,93	0,44
Zona residencia	1,33	0,37 - 4,85	0,44
Desconfianza	0,86	0,28 - 2,56	0,5
Ausencia de síntomas psíquicos	1,06	0,45 - 2,47	0,52
Tipo de familia	1,05	0,27 - 4,09	0,6
Miedo	0,98	0,21- 4,56	0,64
Ocupación	2,29	0,83 - 6,32	0,84

Fuente. Elaboración propia de los autores

En la tabla de orgasmo se observa que la variable que lo afecta es uno de los determinantes próximos y biológicos de las mujeres encuetadas y es la ausencia de ciclo menstrual con un OR de 2, IC (1,0 -3,97) y $p < 0,03$.

Resultado que se encuentra en otros estudios como el realizado por Baabel y colaboradores (Baabel et, al, 2011 p. 220) quienes reportan un puntaje promedio del orgasmo de 2,9 +/- 1,28 en mujeres con menopausia secundario al descenso fisiológico de los niveles de estrógenos que tiene como consecuencia orgasmos más cortos, sin desconocer que estos síntomas que varía de una mujer a otra de acuerdo a factores psicosociales y culturales (Heredia y Lugones, 2007)

4.3.5 Determinantes sociales de la salud y dominio satisfacción

Tabla 4.6. *Determinantes sociales de la salud y dominio satisfacción.*

DETERMINANTES SOCIALES	SATISFACCION		
VARIABLE	OR	IC	P
Violencia	3,73	1,44 - 9,64	0,005
Edad de 40 a 44 años	0,34	0,12 - 0,97	0,03
Ciclo menstrual ausente	1,62	0,80 - 3,27	0,11
Depresión	1,92	0,79 - 4,67	0,11
Tipo relación de familia	0,36	0,28 - 0,44	0,13
Ausencia de síntomas psíquicos	1,78	0,76 - 4,17	0,13
Desconfianza	2,13	0,72 - 2,26	0,13
Edad de 55 a 59 años	1,75	0,73 - 4,19	0,14
Tenencia de pareja	5,38	0,54 - 53, 20	0,14
Zona residencia	0,4	0,08 - 1,98	0,21
Irritabilidad	1,61	0,58 - 4,48	0,25
Estrato socioeconómico menor de 3	0,72	0,31 - 1,68	0,29
Ocupación	1,43	0,52 - 3,90	0,32
Tiempo de relación mayor de 20 años	0,84	0,42 - 1,67	0,37

Funcionalidad Sexual de las Mujeres en Etapa de Climaterio Atendidas en una Institución Prestadora de Servicios de la Ciudad de Ibagué

Edad de 50 a 54 años	1,19	0,58 - 2,44	0,38
Ansiedad	1,22	0,48 - 3,09	0,42
Estado civil	1,19	0,42 - 3,40	0,47
Actividad física	0,92	0,46 - 1,84	0,48
Miedo	0,67	0,12 - 3,59	0,48
Edad de 45 a 49 años	1,07	0,51 - 2,26	0,49
Inseguridad	0,84	0,24 - 2,95	0,52
Tipo de familia	0,84	0,20 - 3,54	0,56
Nivel educativo	1,14	0,18 - 7,09	0,61

Fuente. Elaboración propia de las autoras

En esta tabla se observa que la violencia como determinante estructural de la salud en las mujeres encuestadas se comporta como un factor de riesgo para el dominio de satisfacción con un OR de 3,73, IC (1,44 – 9,64) y $p < 0,005$ siendo estadísticamente significativo.

Hurtado, plantea que la persistencia de un conflicto crónico en la relación de pareja incide directamente en la posibilidad que se produzca conductas de violencia de género por lo que las relaciones conflictivas de pareja afecta la satisfacción sexual, y reporta que el 28 % de las mujeres de su investigación manifiestan insatisfacción sexual (Hurtado, 2004 p. 9)

Como factor de protección se destaca la edad de 40 a 44 años con un OR de 0,34; con IC (0,12 – 0,97) y $p < 0,03$.

4.3.6 Determinantes sociales de la salud y dominio dolor

Tabla 4.7 *Determinantes sociales de la salud y dominio dolor*

DETERMINANTES SOCIALES		DOLOR	
VARIABLE	OR	IC	P
Ciclo menstrual ausente	2,04	1,02 - 4,08	0,03
edad de 40 a 44 años	0,51	0,22 - 1,38	0,14
Violencia	1,83	0,73 - 4,59	0,14
Actividad física	1,46	0,74 - 2,86	0,17
Tipo relación de familia	0,41	0,33 - 0,50	0,17
Inseguridad	2,07	0,62 - 6,88	0,18
Edad de 50 a 54 años	1,45	0,72 - 2,94	0,19
Tenencia de pareja	4,33	0,44 - 42,79	0,19
Irritabilidad	1,66	0,60 - 4,60	0,23

Desconfianza	1,68	0,57 - 4,92	0,24
Tiempo de relación	0,77	0,39 - 1,50	0,27
Estado civil	0,68	0,25 - 1,84	0,3
Ocupación	1,46	0,54 - 3,93	0,3
Zona residencia	0,57	0,14 - 2,31	0,33
Nivel educativo	2,14	0,34 - 13,24	0,34
Depresión	1,21	0,50 - 2,94	0,41
Tipo de familia	0,67	0,16 - 2,83	0,43
Edad de 45 a 49 años	0,92	0,44 - 1,92	0,49
Edad de 55 a 59 años	1,11	0,46 - 2,66	0,49
Estrato socioeconómico	0,93	0,42 - 2,08	0,52
Ausencia de síntomas psíquicos	0,94	0,40 - 2,21	0,53
Ansiedad	0,95	0,37 , 240	0,55
Miedo	1,64	0,22 - 4,85	0,62

Fuente. Elaboración propia de las autoras

En esta tabla donde se relaciona las variables de los determinantes sociales de la salud con el dolor como dominio del IFSF se observa que la variable biológica de ciclo menstrual ausente se comporta como un factor de riesgo con un OR de 2,04 con un IC (1,02 – 4,08) y $p < 0,03$.

Baabel et, al (2011) reporta en su estudio que el puntaje de dolor en mujeres posmenopáusicas es de 3,2 +/- 1,17 denotando su afectación en este dominio, en otro estudio, el dolor estuvo presente en más del 30 % de las mujeres sin ciclo menstrual secundarios a los cambios endocrinos de esta etapa de las mujeres, situación que lleva a las mujeres a evitar las relaciones sexuales (Calderón y Chío, 2008)

4.3.7 Determinantes sociales de la salud e índice de función sexual femenina

Tabla 4.8 *Determinantes sociales de la salud e Índice de Función Sexual ((IFSF).*

DETERMINANTES SOCIALES VARIABLE	IFSF		
	OR	IC	P
Irritabilidad	8,22	1,79 - 37,73	0,001
Ciclo menstrual ausente	2,12	1,07 - 4,19	0,02
Violencia	3,05	1,11 - 8,34	0,02
depresión	2,57	0,98 - 6,72	0,03
Tenencia de pareja	0,49	0,41 - 0,58	0,06
Síntomas psíquicos	1,71	0,71 - 4,10	0,15
Inseguridad	2,06	0,59 - 7,19	0,19
Ocupación	1,62	0,59 - 4,46	0,24
Tipo relación de familia	0,5	0,42 - 0,59	0,25
Actividad física	1,26	0,65 - 2,47	0,29
Edad de 55 a 59 años	1,29	0,54 - 3,09	0,35
Edad de 40 a 44 años	0,79	0,34 - 1,87	0,38
Edad de 45 a 49 años	0,83	0,40 - 1,72	0,38
Edad de 50 a 54 años	1,16	0,57 - 2,34	0,4
Ansiedad	1,2	0,48 - 2,99	0,43
Estado civil	1,18	0,42 - 3,26	0,47
Tipo de familia	0,76	0,19 - 2,97	0,48
Nivel educativo	1,47	0,23 - 9,12	0,51
Miedo	1,31	0,28 - 6,09	0,51
Desconfianza	1,12	0,38 - 3,29	0,52
Estrato socioeconómico	1,04	0,47 - 2,32	0,53
Tiempo de relación	0,99	0,51 - 1,93	0,56
Zona residencia	0,97	0,26 - 3,51	0,6

Elaboración propia de las autoras

Los determinantes sociales de la salud analizadas que afectan el IFSF de la población estudiada son la ausencia del ciclo menstrual con un OR de 2,12 con IC (1,07 – 4,19) y $p < 0,02$; y la irritabilidad con OR de 8,2 con IC (1,79 - 37,73) y $p < 0,001$ resultados que son esperados al compararlos con los diferentes estudios sobre funcionalidad sexual y climaterio, en especial los de Baabel et, al (2011) que revelan que el IFSF se afecta claramente por los cambios fisiológico del sistema endocrino como son la menopausia y posmenopausia e irritabilidad como parte de su manifestaciones, pero como resultado relevante en este estudio es la relación de la violencia de género con la disfuncionalidad sexual con un OR de 3,05; IC (1,11 – 8,34) y $p < 0,02$. La estrategia de búsqueda de trabajos no arrojó resultados puntuales que relacionen la violencia de género con IFSF.

CAPITULO V

5. CONCLUSIÓN

Esta investigación tuvo como propósito conocer la funcionalidad sexual de las mujeres en etapa de climaterio y los factores que desde los determinantes sociales de la salud podían afectarla, ya que este aspecto importante de la sexualidad humana influye en la calidad de vida de las mujeres. Sobre todo se pretendió examinar otros factores diferentes a los cambios bilógicos del climaterio que podían estar afectando dicho IFSF. A continuación, presentamos los principales hallazgos de este estudio.

Se encontró que la mitad de la población encuestada tiene disfuncionalidad sexual, que factores de los determinantes sociales de la salud como el estrato socioeconómico, la zona de residencia, el nivel educativo, el tipo de familia, la calidad de relación familiar, la ocupación, la actividad física y el tiempo de relación de pareja no afectan el Índice de Función Sexual; este hallazgo probablemente pudo presentarse por el tamaño de la muestra.

Se observó que IFSF de nuestra población cambia de acuerdo a la edad, pero dicho cambio, sin tener una relación directa, está asociado a otros factores como la presencia o no del ciclo menstrual. También se encontró que efectivamente los cambios endocrinológicos del climaterio tales como la menopausia y síntomas psíquicos asociados a esta etapa, como son la depresión y la irritabilidad, afecta de manera negativa la funcionalidad sexual, la investigación nos permitió corroborar lo que ya han reportado otros investigadores sobre el tema y consultados durante este proceso investigativo como Blümel en Chile y Baabel en Venezuela.

El dato relevante que se descubrió en este trabajo, que ha sido poco estudiado de manera sistemática por otros investigadores, es el referido a la violencia de género, sea esta sexual ,

física o psicológica como determinante social de la salud que se convierte en un factor de riesgo para la funcionalidad sexual de las mujeres, que se ve afectada de manera importante, especialmente en los dominios de deseo con un OR de 3,59 IC (1,3 - 9,27) dato estadísticamente significativo $p < 0,07$ y satisfacción sexual con un OR de 3,73, IC (1,44 – 9,64) y $p < 0,005$ que por consiguiente perturba significativamente el IFSF.

La violencia de género en sus distintas manifestaciones, como suceso vital, es un evento que provoca cambios drásticos en la trayectoria y transición del curso de vida y trasciende a diferentes escenarios de la vida cotidiana de las mujeres y su sexualidad, escenarios como el hogar, el medio laboral, el medio educativo, comunitario e institucional. Por tal motivo es relevante que el resultado de este estudio se tenga en cuenta para que visibilice a la mujer en todo su curso de vida, la sexualidad como dimensión humana y aspectos como la violencia que pueden afectarla, con el fin de que se promuevan cambios y política públicas que generen transformaciones, tanto en los entornos educativos como en los institucionales.

En este sentido se considera importante, que este aspecto sea conocido por el personal de salud que presta servicios asistenciales a las mujeres, así como por los entes y el personal que maneja programas de salud sexual y reproductiva en Colombia, para que en el abordaje tengan en cuenta que otra de las consecuencias de la violencia de género, además de las ya conocidas, es la disfuncionalidad sexual. Razón por la cual los programas de formación del personal de la salud deberían fortalecer el reconocimiento de la sexualidad como dimensión humana y los factores que la pueden afectar, como la violencia de género.

Después de terminado este estudio, es posible inferir que el instrumento utilizado para evaluar el IFSF no tiene en cuenta la función afectiva de la sexualidad, lo cual hace necesario profundizar en futuros estudios, sobre esta dimensión para determinar que influencia tiene la afectividad en la función sexual.

REFERENCIAS

- Abdo, C. H. N., Oliveira, W. M., Moreira, E. D., & Fittipaldi, J. A. S. (2002). Sexual profile of Brazilian population: results from Brazilian Study of Sexual Behavior (BSSB). *REVISTA BRASILEIRA DE MEDICINA*, 59(4), 250-257.
- Álvarez Pérez, A. G., García Fariñas, A., & Bonet Gorbea, M. (2007). Pautas conceptuales y metodológicas para explicar los determinantes de los niveles de salud en Cuba. *Revista Cubana de Salud Pública*, 33(2).
- Amore, M., Di Donato, P., Berti, A., Palareti, A., Chirico, C., Papalini, A., & Zucchini, S. (2007). Sexual and psychological symptoms in the climacteric years. *Maturitas*, 56(3), 303-311.
- Anaya Gutiérrez, A., Urrutia Soto, M. T., & Cabieses Valdés, B. C. (2006). posmenopausia Aspectos educativos a considerar según la etapa del periodo. *Ciencia y Enfermería*, 1, 19-27.
- Anzola Pérez, E., RESTREPO, I., Wallace, R., & Colsher, P. (1993). Analisis comparativo del envejecimiento en Brasil, Colombia, El Salvador, Jamaica y Venezuela. *Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo*, 35(6), 514-514.
- Arcos, E., Molina, I., Repossi, A., Uarac, M., Ritter, P., & Arias, L. (1999). Violencia doméstica y sexualidad. *Revista médica de Chile*, 127(11), 1329-1338.
- Arena Faroppa, J. (2005). Revisión Bibliográfica de la Influencia del Climaterio y su Tratamiento sobre la Sexualidad Femenina. *Arch. Gin. Obstet.[online]*, 43(2), 82-94.
- Aristizábal Vélez, P. A., García Chamorro, D. A., & Vélez Álvarez, C. (2013). Asociación de los determinantes sociales de la salud y la calidad de vida con el sobrepeso y la obesidad en adolescentes entre 15 y 19 años de Manizales 2011: estudio de casos y controles.
- Baabel, N., Urdaneta, J., & Contreras, A. (2011). Función sexual autoinformada en mujeres venezolanas con menopausia natural y quirúrgica. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 76(4), 220-229.
- Basson, R., Berman, J., Burnett, A., Derogatis, L., Ferguson, D., Fourcroy, J., ... & Leiblum, S. (2000). Report of the international consensus development conference on female

- sexual dysfunction: definitions and classifications. *The Journal of urology*, 163(3), 888-893.
- Basson R (2005) Assessment and management of women's sexual dysfunctions: problematic desire and arousal. *J Sex Med*. 2005;2(3):291-300.; 2(3).
- Bernhard, L. A. (2002). Sexuality and sexual health care for women. *Clinical Obstetrics and gynecology*, 45(4), 1089-1098.
- Blumel, J. E., Castelo-Branco, C., Binfa, L., Gramegna, G., Tacla, X., Aracena, B. & Sanjuan, A. (2000). Quality of life after the menopause: a population study. *Maturitas*, 34(1), 17-23.
- Blümel JE, Araya H, Riquelme R, Castro G, Sánchez F, Gramegna G. (2002) Prevalencia de los trastornos de la sexualidad en mujeres climatéricas. Influencia de la menopausia y de la terapia de reemplazo hormonal.. *Rev Méd Chile* ; 130(1): 1131-38.
- Blümel, J. E., Binfa, L., Cataldo, P., Carrasco, A., Izaguirre, H., & Sarrá, S. (2004). Índice de función sexual femenina: un test para evaluar la sexualidad de la mujer. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 69(2), 118-125.
- Borrell, C., & Malmusi, D. (2010). La investigación sobre los determinantes sociales y las desigualdades en salud: evidencias para la salud en todas las políticas. Informe SESPAS 2010. *Gaceta Sanitaria*, 24, 101-108.
- Botella Llusia, J. (1990). La sexualidad en el climaterio. *La edad crítica*. Barcelona: Salvat, 211-9.
- Burgos Moreno, M., & Paravic Klijn, T. (2003). Violencia hospitalaria en pacientes. *Ciencia y enfermería*, 9(1), 9-14.
- Calderón, M. Y., & Chio Naranjo, I. (2008). Climaterio y sexualidad: su repercusión en la calidad de vida de la mujer de edad mediana. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 24(2), 0-0.
- Campusano, C., Arteaga, E., P Contreras, P., & González, O. (2001). Conceptos y definiciones en climaterio y menopausia. *Arteaga E, P Contreras P, González O. editores. Consenso en Climaterio*.
- Capote Bueno, M. I., Segredo Pérez, A. M., & Gómez Zayas, O. (2011). Climaterio y menopausia. *Revista cubana de medicina general integral*, 27(4), 543-557.

- Carmenate, M., Prado, C., & Martinez, A. (1991). Patrones reproductivos de la mujer cubana en: Botella, MC; Jiménez, S; Ruiz, L; Du Souich, P (Editores) Nuevas perspectivas en antropología. *España, Laboratorio de Antropología. Universidad de Granada*, 141-146.
- Carrobbles, J. A., & Guadix, M. G. (2011). Funcionamiento sexual, satisfacción sexual y bienestar psicológico y subjetivo en una muestra de mujeres españolas. *Anales de psicología*, 27(1), 27.
- Casique L FA. (2006) Violencia contra mujeres: reflexiones teoricas. *Rev latino-am enfermagem*. 2006 noviembre; 14.
- Castaño, L. S. Á. (2009). Los determinantes sociales de la salud: más allá de los factores de riesgo. *Gerencia y políticas de salud*, 8(17).
- Castelo-Branco, C., Blumel, J. E., Araya, H., Riquelme, R., Castro, G., Haya, J., & Gramegna, G. (2003). Prevalence of sexual dysfunction in a cohort of middle-aged women: influences of menopause and hormone replacement therapy. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 23(4), 426-430.
- Cedillo, C. U. (2003). La participación de la mujer en actividades productivas. Un enfoque de género. *Revista Latinoamericana de Salud en el Trabajo*, 3(1), 30-35.
- Codigo civil colombiano. encolombia. [Online]. [cited 2015 agosto 3. Available from: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=30896>
- Consejo Nacional de Política Económica y Social. Documento Compes social 147. 2012..
- DANE. (2013) Estratificacion https://www.dane.gov.co/files/geoestadistica/Preguntas_frecuentes_estratificacion.pdf f. [Online].; 2013 [cited 2015 AGOSTO 1.
- DANE. (2013) proyecciones poblacionales. <http://www.dane.gov.co/index.php/poblacion-y-demografia/proyecciones-de-poblacion>. [Online].; 2013 [cited 2013 diciembre 10.)
- Dennerstein, L., Gotts, G., Brown, J. B., Morse, C. A., Farley, T. M., & Pinol, A. (1994). The relationship between the menstrual cycle and female sexual interest in women with PMS complaints and volunteers. *Psychoneuroendocrinology*, 19(3), 293-304.
- Departament of National Healt and Welfare. (1974) Anew perspective on the health of Canadians. 1981. aworking document ed. Otttawa: information Canada

- Departamento Administrativo de Prosperidad Social. (2012) Caracterización de las familias en Colombia. 2012.
[http://www.icbf.gov.co/portal/page/portal/IntranetICBF/macro_procesos/MP_misionales/G_atencion_familiasycomunidades/Caracterizaci%C3%B3n%20de%20Familias%20\(Doc%20Final-Rev%20%20ACTUALIZACION%20MA.pdf](http://www.icbf.gov.co/portal/page/portal/IntranetICBF/macro_procesos/MP_misionales/G_atencion_familiasycomunidades/Caracterizaci%C3%B3n%20de%20Familias%20(Doc%20Final-Rev%20%20ACTUALIZACION%20MA.pdf).
- Dueñas, J. L., Durán, M., & Abad, P. (2001). Calidad de vida en las mujeres españolas sintomáticas. *Dueñas Díez JL. Climaterio y calidad de vida. Madrid: Masson*, 97-102.
- Esteban M.(1999) El análisis y la intervención Congreso Internacional sobre Género y Políticas de Acción
- Estrada Molné, A. T., & Hernández González, M. (2001). Cultura en la enfermería comunitaria. *Humanidades Médicas*, 1(3), 0-0.
- García Higuera, J. A. (2002). La terapia de pareja, desde una perspectiva cognitivo conductual. *La estructura de la pareja. Recuperado el, 15*.
- García-Viniegras, V., Regina, C., & Maestre Porta, S. (2003). Climaterio y bienestar psicológico. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 29(3), 0-0.
- Gómez Martínez, Angélica, Mateos Ramos, Antonio, Lorenzo Díaz, Marca, Simón Hernández, Mercedes, García Núñez, Llanos, & Cutanda Carrión, Benedicta. (2008). Representaciones socio-culturales sobre la menopausia: Vivencias del proceso en mujeres residentes en Albacete (España). *Index de Enfermería*, 17(3), 159-163. Recuperado en 10 de agosto de 2017, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962008000300002&lng=es&tlng=es.
- González J. (1988) Texto de ginecología. 6th ed. barcelona: salvat.
- González Labrador, I., & Miyar Pieiga, E. (2001). Respuesta sexual en la mujer climaterica. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 17(4), 390-394.
- Gonzalez M. (2002) menopausia y disfuncion sexual. revista de menopausia.
- Graziottin, A., & Leiblum, S. R. (2005). Biological and psychosocial pathophysiology of female sexual dysfunction during the menopausal transition. *The Journal of Sexual Medicine*, 2(s3), 133-145.
- Guerrero Borrego, N. (1996). La sexualidad femenina. *Sex Soc*, 2(3), 20-3.

- Gutiérrez H. (2013) Demografía y Epidemiología de una población que envejece. UNMSM, Clínica Centenario perunao japonesa; 2013.
- Heredia Hernández, B., & Lugones Botell, M. (2007). Principales manifestaciones clínicas, psicológicas y de la sexualidad en un grupo de mujeres en el climaterio y la menopausia. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 33(3), 0-0.
- Herold, J. M., Thompson, N. J., Valenzuela, M. S., & Morris, L. (1994). Unintended pregnancy and sex education in Chile: a behavioural model. *Journal of Biosocial Science*, 26(4), 427-439.
- Herrera, P. (2003). Sexualidad en la vejez:¿ mito o realidad? *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 68(2), 150-162.
- Hunter, M., & Rendall, M. (2007). Bio-psycho-socio-cultural perspectives on menopause. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 21(2), 261-274.
- Hurtado F (2004) El conflicto de pareja como variable asociada a la violencia de género contra la mujer : consecuencias sobre la salud sexual y mental. psicopatología y psicología clínica, Asociación española de psicología clínica. 9(1).
- Lalonde, M. (1981). *New perspective on the health of Canadians a working document*. Minister of supply and services.
- Lugones Botell, M., Valdés Sánchez, S., & Pérez Piñero, J. (1999). Climaterio, familia y sexualidad. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 15(2), 134-139.
- Lugones Botell, M., Valdés Domínguez, S., & Pérez Piñero, J. (2001). Caracterización de la mujer en la etapa del climaterio (II). *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 27(1), 22-27.
- Lopez, D., & Montoso, C. (1998). El envejecimiento de la población en la Unión Europea. *Documentos del Instituto de Ciencias para la Familia. España, Rialp.[Links]*.
- Louro Bernal, I. (2003). La familia en la determinación de la salud. *Revista Cubana de Salud Pública*, 29(1), 48-51.
- Lugones Botell, M., Valdés Sánchez, S., & Pérez Piñero, J. (1999). Climaterio, familia y sexualidad. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 15(2), 134-139.
- Laumann, E. O., Paik, A., & Rosen, R. C. (1999). Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *Jama*, 281(6), 537-544.

- Laumann, E. O., Paik, A., & Rosen, R. C. (1999). Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *Jama*, 281(6), 537-544.
- Maria DG. (2006) La condicion humana en la obra de Graciela Hierro. 2006. facultad de Filosofia y Letras, UNAM.
- Martinez, Y (2011) Las relaciones de pareja pueden aumentar la salud física y mental. Tendencia 21. *Revista electrónica de ciencia, tecnología, sociedad y cultura*. ISSN 2174-6850 [Online]. [cited 2015 agosto 10. Available from: http://www.tendencias21.net/notes/Las-relaciones-de-pareja-pueden-aumentar-la-salud-fisica-y-mental_b2660752.html.
- Martínez, V., & Paz, P. (2005). Estudio de la sexualidad en la mujer en el período climatérico. *Rev Cubana Obstet Ginecol*, 31(3).
- Martínez Calvo, S. (2001). La familia: una aproximación desde la salud. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 17(3), 257-262.
- Marrodán, M. D., de Espinosa, M. G. M., & Martínez, C. P. (1995). *Antropología de la nutrición: técnicas, métodos y aplicaciones*. Nóesis.
- Masters, W. H., & Johnson, V. E. (1961). The sexual response cycle of the human female. III. The clitoris: anatomic and clinical consideration. *Western journal of surgery, obstetrics, and gynecology*, 70, 248-257.
- Masters, W. H., Johnson, V. E., & Kolodny, R. C. (1983). Tratado de medicina sexual. *Barcelona: Salvat Editores*.
- McFarlane, J., Christoffel, K., Bateman, L., Miller, V., & Bullock, L. (1991). Assessing for abuse: Self-report versus nurse interview. *Public Health Nursing*, 8(4), 245-250.
- Mignolio J, Macri M, Balsamo A. (2011) salud y enfermedad.determinantes de la salud. Montevideo: salud publica, De salud preventiva y social
- Minsalud. (2012) Plan decenal de salud publica
- Ministerio de Salud y Proteccion social. (2015) Resumen Ejecutivo Encuesta Nacional de Demografia y Salud. 2015. resumen ejecutivo.
- Ministerio de salud de chile. (2008) estrategiaas para la integracion de los determinantes sociales y equidad en la agenda de salud de chile. 2008. documento tecnico.
- Navarro D (2006) Climaterio y menopausia. De médico a mujer. La Habana: Cuba.: Editorial científico –técnica.

- OlaOlorun, F. M., & Lawoyin, T. O. (2009). Experience of menopausal symptoms by women in an urban community in Ibadan, Nigeria. *Menopause*, 16(4), 822-830.
- Organización Mundial de la Salud. OMS (2002) Defining sexual health [online]. In: Report of a technical consultation on sexual health 28-31 January 2002, Geneva. p. 1. [Cit.ed feb 19, 2012].. Available from Internet: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications>. 2012.
- Organización Mundial de la Salud OMS (2005)Comision de determinantes de la salida. documento preparado para la comisonde determinantes sociales de la salud. 2005. Organizacion Mundial de la salud Secretaria sobre determinates sociales de la salud.pttp://www.who.int/social-detrminants/en/.
- Organización Mundial de la Salud OMS. (2007) Commission on social determinants of health. A conceptual framework for action on the social determinants of health.. 2007). citado 2012 Mar 29; Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_framework_action_05_07.pdf.
- OPS., & OMS. (2000). *Promoción de la salud sexual. Recomendaciones para la acción*. OPS (Organizacion Panamericana de la Salud).
- OPS (S.F) Una Guía práctica para la incorporación de la perspectiva de género Washington, D. C OPS.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2002) La inactividad física: Un factor principal de riesgo para la salud en las Américas. Programa de Alimentación y Nutrición / División de Promoción y Protección de la Salud. [En línea] 2002. Disponible en URL: <http://www.ops-oms.org/Spanish/HPP/HPN/whd2002-factsheet3.pdf>.
- Ospina de González, B., & Múnera Garcés, A. M. (2002). La sexualidad en pacientes con cáncer de mama o cérvix sometidas a tratamiento quirúrgico en el Hospital General, Hospital San Vicente de Paúl e Instituto de Cancerología de la Clínica las Américas, Medellín, 1999. *Revista colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 53(2).
- Ospina, D., Jaramillo, D. E., Uribe, T. M., & Cabarcas-Iglesias, G. (2006). Escala de identificación de las etapas de cambio conductual en mujeres en una relación conyugal violenta. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38(3).

- Pernoll, M. L., & Benson, R. C. (Eds.). (1989). *Diagnóstico y tratamiento ginecoobstétricos. Manual Moderno*
- Pinto O. Meiry (2015) Calidad de vida, perfil socioeconómico, conocimiento y actitud sobre sexualidad de “personas que viven” con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2015 enero; disponible en http://www.scielo.br/pdf/rlae/2015nahead/es_0104-1169-rlae-3424-2542.pdf.
- Plazaola-Castaño, J., & Pérez, I. R. (2004). Violencia contra la mujer en la pareja y consecuencias en la salud física y psíquica. *Medicina clínica*, 122(12), 461-467.
- Raigosa-Londoño, G., & Echeverri-Ramirez, M. C. (2012). Prevalencia del desorden de deseo sexual hipoactivo en mujeres Colombianas y factores asociados. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 63(2), 127-133.
- Reyes Cañizales, A. J. (2008). Problemas de mujeres: La menopausia y el climaterio a la luz de la Bioantropología. *Revista venezolana de estudios de la mujer*, 13(30), 077-087.
- Rico de Alonso, A. (1999). Formas, cambios y tendencias en la organización familiar en Colombia. *Nómadas (Col)*, (11).
- Rosen, C. Brown, J. Heiman, S. Leiblum, C. Meston, R. Shabsigh, D. Ferguson, R. D'Agostino, R. (2000). The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 26(2), 191-208.
- Rubio, E (1999). *Antología de la sexualidad humana..* México:. Edic. Conapo; t. 1..
- Salazar, A., & Paravic, T. (2005). Desempeño laboral y climaterio en trabajadoras de instituciones públicas. *Revista médica de Chile*, 133(3), 315-322.
- Singer-Kaplan, H. (1983). The evaluation of sexual disorders.
- Speroff, L. (2000). *Endocrinología ginecológica e infertilidad.*
- Spitzer, R. L., & Williams, J. B. (1980). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. In *American Psychiatric Association*.
- Stancy T. Lindau (2007) sexualidad y salud en los adultos mayores. *intramed*. 2007 octubre; disponible en <http://www.intramed.net/contenido.asp?contenidoID=48706&pagina=1>.

- Suárez Estévez, A., & Cortina Mena, I. (1996). La familia: comparación entre las sanas y disfuncionales con respecto a la influencia que ejercen en la formación de la masculinidad y femeneidad de sus hijos. *Sexol. soc*, 2(5), 6-7.
- Suárez, M., de los Ángeles, M., Díaz Bringas, M., Sánchez Lozada, M., Fernández Cárdenas, E. J., Alfonso, C. & Guasch Almeida, T. (2015). Caracterización de la salud familiar en estudiantes de Medicina. *Revista Médica Electrónica*, 37(2), 121-129.
- Sueiro, E., Carbulleira, M. M., Perdiz, C., Rodríguez, J. A., & González, A. (1999). Promoción de la salud. Intervención psicológica en un grupo de mujeres en climaterio. Una experiencia práctica. *Psicología conductual*, 7(1), 155-167.
- The World Bank. World Development Indicators Database [Internet]; 2010. Acceso el 27 de septiembre de 2011.
- Torres González, T., & Ojeda García, A. (2009). El Compromiso y la Estabilidad en la Pareja: Definición y Dimensiones dentro de la Población Mexicana. *Psicología Iberoamericana*, 17(1).
- Tsui, K. H., Wang, P. H., Chen, C. K., Chen, Y. J., Chiou, S. H., Sung, Y. J., & Li, H. Y. (2011). Non-classical estrogen receptors action on human dermal fibroblasts. *Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology*, 50(4), 474-478.
- Vargas, L. A., & Casillas, L. E. (1999). El efecto del padecer sobre el individuo-persona y el riesgo de transformar al paciente en sujeto u objeto. *Primer Coloquio Nacional de Antropología y Psicología de la Dirección Nacional de Etnología y Antropología Social*.
- Vergara Quintero, M. D. C. (2009). Representaciones sociales sobre salud, de algunos grupos de jóvenes de Manizales, Colombia. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 7(1).
- Wiegel, M (2005) The female sexual function index (FSFI): cross-validation and development of clinical cutoff scores.. *J Sex Marital Ther*. 2005; 3(1:1-20.).
- Woods, N. F., Mitchell, E. S., & Smith-Di Julio, K. (2010). Sexual desire during the menopausal transition and early postmenopause: observations from the Seattle Midlife Women's Health Study. *Journal of women's health*, 19(2), 209-218.
- World Health Organization. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health [Internet]; 2008. Acceso el 3 de mayo de 2017.

World Health Organization. (2010). A conceptual framework for action on the social determinants of health.

Zeserson J. (2001) conversation with Japanese women about menopause. *Anthropology and Medicine*. 8(1):33-7.

ANEXOS

Anexo A. Formato de entrega de trabajo de grado a la biblioteca

Para la recepción oficial por parte de la Biblioteca de los trabajos de grado, es necesario que la facultad registre los datos dados a continuación:

1. MENCIÓN DE RESPONSABILIDAD

1.1 Autores

BAYONA ABELLO SHEIDA YARIMA

RIVERA MOYA DIANA CONSTANZA

1.2 Colaboradores

MIGUEL ANTONIO SÁNCHEZ CÁRDENAS

2. TÍTULO DEL TRABAJO

2.1 Título en español

**FUNCIONALIDAD SEXUAL DE LAS MUJERES EN ETAPA DE
CLIMATERIO ATENDIDAS EN UNA INSTITUCION PRESTADORA DE
SERVICIOS DE LA CIUDAD DE IBAGUÉ**

2.2 Título en inglés

SEXUAL FUNCTIONALITY OF WOMEN IN THE CLIMACTERIC STAGE WHO ATTENDED AN INSTITUTION FOR MEDICAL SERVICES KNOWN AS INSTITUTION OF THE CITY OF IBAGUÉ

3. PUBLICACIÓN Y DESCRIPCIÓN FÍSICA

3.1 Información de publicación

Ciudad: Bogotá Año: 2017 Facultad: Enfermería

Programa académico: SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Otras instituciones participantes: NO

Título profesional obtenido: MAGISTER EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

3.2 Descripción física

3.2.1 No. de páginas (solo las numeradas), o cantidad de volúmenes: _____

3.2.1 Ilustraciones: (seleccione en frente con una “x” el tipo de ilustración contenida en el documento)

a. Ilustraciones general en		d. Tablas, gráficos, diagramas, etc.	X	g. Música impresa	
--	--	---	---	-----------------------------	--

b. Mapas		e. Planos		h. Facsímiles	
c. Retratos		f. Láminas		i. Escudos	

4. NOTAS GENERALES

4.1 Notas

Mención (en caso de recibir alguna calificación especial)_____

4.2 Resumen del contenido

Objetivo: Establecer la relación entre los determinantes sociales de la salud y la funcionalidad sexual de las mujeres en etapa de climaterio atendidas en una IPS de la ciudad de Ibagué.

Material y método: estudio observacional descriptivo de corte transversal. La población de estudio fueron las mujeres de 40 a 59 años que acudieron de manera espontánea a consulta de ginecología y cumplieron con los criterios de inclusión. La muestra fue de 141 mujeres a las cuales se les aplicó el instrumento de (Índice de Función Sexual femenina (IFSF) de Rosen y cols y la encuesta de determinantes sociales de la salud.

Resultados: El 49,6 % de las mujeres presentó IFSF por debajo de 26. Lo que significa disfuncionalidad sexual los dominios del IFSF más afectados fueron deseo y satisfacción los cuales estaban relacionados directamente con el determinante social violencia de género.

Conclusiones: Como hallazgo relevante se consideró como factor de riesgo, la relación entre violencia de género de cualquier tipo y funcionalidad sexual de las mujeres en etapa de climaterio. Aspecto fundamental para ser tenido en cuenta por el personal de salud que presta servicios asistenciales a esta población, así como por los entes y el personal que maneja programas de salud sexual y reproductiva en Colombia, para que en el abordaje tengan en cuenta que otra de las consecuencias de la violencia de género, además de las ya conocidas, es la disfuncionalidad sexual.

4.3 Material anexo (otros soportes físicos aislados del soporte impreso, y que sean complementarios)

4.4 Otros soportes (réplica total del trabajo en otros soportes como CD-ROM, DVD, etc.)

SI

4.4.1 Requerimientos técnicos de legibilidad de otros soportes no impresos (pdf, word, etc.):

NO

5. DESCRIPTORES

5.1 Descriptores (palabras claves que representan el contenido del trabajo)

Descriptor principal: _____ funcionalidad sexual

Otros descriptores: _____ climaterio, y determinantes sociales de la salud

6. AUTORIZACIÓN DE USO A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD EL BOSQUE

El(los) abajo firmante(s), actuando en calidad autor(es) de trabajo de tesis, trabajo de grado, monografía denominado como relaciona el ítem 2.1 de este documento, hago entrega del ejemplar respectivo y autorizo a la Universidad El Bosque, para que utilice y use en todas sus formas, los derechos patrimoniales de reproducción, comunicación pública, transformación y distribución (alquiler, préstamo público e importación) que me(nos) corresponde como acreedor de la obra objeto del presente documento. PARÁGRAFO: La

presente autorización se hace extensiva no solo a las facultades y derechos de uso sobre la obra en formato o soporte material, sino también para formato virtual, digital, óptico, uso en red, Internet, extranet, intranet, etc. y en general para cualquier formato conocido o por conocer.

El(los) autor(es) manifiesta(n) que la obra objeto de la presente autorización es original se realizó sin violar o usurpar derechos de autor de terceros, por lo tanto la obra es de su exclusiva autoría y detenta la titularidad sobre la misma. PARÁGRAFO: En caso de presentarse cualquier reclamación o acción por parte de un tercero en cuanto a los derechos de autor sobre la obra en cuestión, el(los) autor(es) asumirá(n) toda la responsabilidad, y saldrá en defensa de los derechos aquí autorizados; para todos los efectos la Universidad actúa como un tercero de buena fe.

Para constancia se firma el presente documento en la ciudad de Santa fe de Bogotá, a los 8 días del mes de agosto del año 2017.

FIRMAS (y nombre bajo la firma)

SHEIDA YARIMA BAYONA

DIANA CONSTANZA RIVERA MOYA

Anexo B. Formato sIITIO - trabajo de grado

FORMATO SiITIO - TRABAJO DE GRADO				
TITULO DEL TRABAJO (completo)		FUNCIONALIDAD SEXUAL DE LAS MUJERES EN ETAPA DE CLIMATERIO ATENDIDAS EN UNA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE LA CIUDAD DE IBAGUÉ		
PALABRA CLAVES (En términos MeSh, máximo 5)		CLIMATERIO, FUNCIONALIDAD SEXUAL Y DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD		
FACULTADES, PROGRAMAS DE PRE O POSGRADO		FACULTAD DE ENFERMERÍA , MAESTRIA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA		
GRUPOS A LOS QUE ESTE VINCULADO EL TRABAJO		SALUD DE COLECTIVOS		
Líneas a las que pertenece el trabajo				
DISEÑO DE INVESTIGACIÓN (Marcar con una X)	Estudio Cualitativo			
	Estudio Cuantitativo	x		
	Estudio Teórico			
NIVEL (Marcar con una X)	Pregrado			
	Maestría	x		
AUTORES		Docente MIGUEL ANTONIO SÁNCHEZ CÁRDENAS		
		Estudiantes SHEIDA YARIMA BAYONA ABELLO DIANA CONSTANZA RIVERA MOYA		
NÚMERO DE ESTUDIANTES		2		

RESUMEN O ABSTRACT (<i>Síntesis del trabajo, justificación, objetivos, materiales y métodos y resultados</i>)	Objetivo: Establecer la relación entre los determinantes sociales de la salud y la funcionalidad sexual de las mujeres en etapa de climaterio atendidas en una IPS de la ciudad de Ibagué. Material y método: estudio observacional descriptivo de corte transversal. La población de estudio fueron las mujeres de 40 a 59 años que acudieron de manera espontánea a consulta de ginecología y cumplieron con los criterios de inclusión. La muestra fue de 141 mujeres a las cuales se les aplicó el instrumento de (Índice de Función Sexual femenina (IFSF) de Rosen y cols y la encuesta de determinantes sociales de la salud. Resultados: El 49,6 % de las mujeres presentó IFSF por debajo de 26. Lo que significa disfuncionalidad sexual los dominios del IFSF más afectados fueron deseo y satisfacción los cuales estaban relacionados directamente con el determinante social violencia de género. Conclusiones: Como hallazgo relevante se consideró como factor de riesgo, la relación entre violencia de género de cualquier tipo y funcionalidad sexual de las mujeres en etapa de climaterio. Aspecto fundamental para ser tenido en cuenta por el personal de salud que presta servicios asistenciales a esta población, así como por los entes y el personal que maneja programas de salud sexual y reproductiva en Colombia, para que en el abordaje tengan en cuenta que otra de las consecuencias de la violencia de género, además de las ya conocidas, es la disfuncionalidad sexual.
TIPO DE CITACIÓN (APA-Vancouver-ISO)	VANCOUVER
Asesores temáticos/investigadores principales y co-investigadores	MIGUEL ANTONIO SÁNCHEZ CÁRDENAS, SHEIDA YARIMABAYONA ABELLO , DIANA CONSTANZA RIVERA MOYA
Asesores metodológicos y otros asesores.	MIGUEL ANTONIO SÁNCHEZ CÁRDENAS
Asesores estadísticos	DOCTOR DANIEL TOLEDO

Funcionalidad Sexual de las Mujeres en Etapa de Climaterio Atendidas en una Institución Prestadora de Servicios de la Ciudad de Ibagué

Organismos Participantes			
Apoyo externo (<i>nombre de la organización</i>)			
Apoyo interno (<i>nombre convocatoria interna</i>)			
Año de ejecución (<i>fecha de inicio y finalización</i>)	2014-2016		
Año de grado	2017	Periodo	2
Firma de aprobación de este formato: investigador principal o asesor temático.			

Anexo C. Consentimiento informado para permitir entrevista tipo encuesta

Título del estudio: Relación entre los determinantes sociales e intermediarios de la salud y la funcionalidad sexual de las mujeres en etapa de climaterio atendidas en una IPS de la ciudad de Ibagué.

Secuencial: _____ Iniciales de la Paciente: _____

Este consentimiento informado tiene como objeto solicitar su autorización para obtener información a través del diligenciamiento de formatos tipo encuesta, los cuales pretenden obtener información acerca de su condición personal, social y familiar actual, así como de su función sexual .

Si usted acepta es importante que tenga en cuenta que la información suministrada será independiente de los procedimientos diagnósticos de rutina y de su tratamiento generado como resultado de su motivo de consulta, por lo tanto, los resultados que se obtengan no tienen utilidad clínica para su tratamiento y su interpretación no se realizará de forma individual si no de forma grupal.

No existirá ningún beneficio si usted acepta ser encuestada, por el contrario, si usted no acepta su atención y tratamiento se le prestaran sin ninguna limitación, de igual forma es importante que sepa que su información se obtiene únicamente con fines académicos.

Los datos son confidenciales por lo que se asignará un número de inclusión y en lugar de su nombre se manejaran iniciales. Los resultados serán analizados por el equipo investigador y pueden ser presentados en publicaciones científicas, donde la identificación de las pacientes permanecerá confidencial.

Declaro que he leído o me ha sido leída la información con respecto al estudio y tuve la oportunidad de hacer preguntas y todas han sido respondidas satisfactoriamente. Entiendo que puedo rehusarme a permitir que se me realice la encuesta sin que esto afecte mi atención. Con la firma de este documento doy libre consentimiento informado para autorizar al equipo investigador a utilizar mi información.

Nombre y Apellido

Cédula

Anexo D. Índice de función sexual femenina

Instrucciones

Estas preguntas son sobre su sexualidad durante las últimas 4 semanas. Por favor responda las siguientes preguntas lo más honesta y claramente posible. Sus respuestas serán mantenidas completamente confidenciales.

DEFINICIONES

- **Actividad sexual:** se refiere a caricias, juegos sexuales, masturbación y relaciones sexuales.
- **Relación sexual:** se define como penetración del pene en la vagina.
- **Estimulación sexual:** incluye juegos sexuales con la pareja, auto estimulación (masturbación) o fantasías sexuales.

Marque sólo una alternativa por pregunta

Deseo o interés sexual es la sensación que incluye deseo de tener una experiencia sexual, sentirse receptiva a la incitación sexual de la pareja y pensamientos o fantasías sobre tener sexo.

1. En las últimas 4 semanas, ¿Cuán a menudo usted sintió deseo o interés sexual?

- Siempre o casi siempre
- La mayoría de las veces (más que la mitad)
- A veces (alrededor de la mitad)
- Pocas veces (menos que la mitad)
- Casi nunca o nunca.

2. En las últimas 4 semanas, ¿Cómo clasifica su nivel (intensidad) de deseo o interés sexual?

- Muy alto
- Alto
- Moderado
- Bajo
- Muy bajo o nada.

Excitación sexual es una sensación que incluye aspectos físicos y mentales de la sexualidad. Puede incluir sensación de calor o latidos en los genitales, lubricación vaginal (humedad) o contracciones musculares.

3. En las últimas 4 semanas, ¿Con cuánta frecuencia usted sintió excitación sexual durante la actividad sexual?

- No tengo actividad sexual
- Siempre o casi siempre
- La mayoría de las veces (más que la mitad)
- A veces (alrededor de la mitad)
- Pocas veces (menos que la mitad)
- Casi nunca o nunca

4. En las últimas 4 semanas, ¿Cómo clasifica su nivel de excitación sexual durante la actividad sexual?

- _ No tengo actividad sexual
- _ Muy alto
- _ Alto
- _ Moderado
- _ Bajo
- _ Muy bajo o nada

5. En las últimas 4 semanas, ¿Cuánta confianza tiene usted de excitarse durante la actividad sexual?

- No tengo actividad sexual
- Muy alta confianza
- Alta confianza
- Moderada confianza
- Baja confianza
- Muy baja o nada de confianza

6. En las últimas 4 semanas, ¿Con qué frecuencia se sintió satisfecho con su excitación durante la actividad sexual?

- No tengo actividad sexual
- Siempre o casi siempre
- La mayoría de las veces (más que la mitad)
- A veces (alrededor de la mitad)
- Pocas veces (menos que la mitad)
- Casi nunca o nunca

7. En las últimas 4 semanas, ¿Con cuanta frecuencia usted sintió lubricación o humedad vaginal durante la actividad sexual?

- No tengo actividad sexual
- Siempre o casi siempre
- La mayoría de las veces (más que la mitad)
- A veces (alrededor de la mitad)
- Pocas veces (menos que la mitad)
- Casi nunca o nunca

8. En las últimas 4 semanas, ¿le es difícil lubricarse (humedecerse) durante la actividad sexual?

- No tengo actividad sexual
- Extremadamente difícil o imposible
- Muy difícil
- Difícil
- Poco difícil
- No me es difícil

9. En las últimas 4 semanas, ¿Con qué frecuencia mantiene su lubricación (humedad) vaginal hasta finalizar la actividad sexual?

- No tengo actividad sexual
- Siempre o casi siempre la mantengo
- La mayoría de las veces la mantengo (más que la mitad)
- A veces la mantengo (alrededor de la mitad)
- Pocas veces la mantengo (menos que la mitad)
- Casi nunca o nunca mantengo la lubricación vaginal hasta el final

10. En las últimas 4 semanas, ¿Le es difícil mantener su lubricación (humedad) vaginal hasta finalizar la actividad sexual?

- No tengo actividad sexual
- Extremadamente difícil o imposible
- Muy difícil
- Difícil
- Poco difícil
- No me es difícil

11. En las últimas 4 semanas, cuando usted tiene estimulación sexual o relaciones, ¿Con qué frecuencia alcanza el orgasmo o clímax?

- No tengo actividad sexual
- Siempre o casi siempre
- La mayoría de las veces (más que la mitad)
- A veces (alrededor de la mitad)
- Pocas veces (menos que la mitad)
- Casi nunca o nunca

12. En las últimas 4 semanas, cuando usted tiene estimulación sexual o relaciones, ¿Le es difícil alcanzar el orgasmo o clímax?

- No tengo actividad sexual
- Extremadamente difícil o imposible
- Muy difícil
- Difícil
- Poco difícil
- No me es difícil

13. En las últimas 4 semanas, ¿Cuan satisfecha está con su capacidad para alcanzar el orgasmo (clímax) durante la actividad sexual?

- No tengo actividad sexual
- Muy satisfecha
- Moderadamente satisfecha
- Ni satisfecha ni insatisfecha
- Moderadamente insatisfecha
- Muy insatisfecha

14. En las últimas 4 semanas, ¿Cuan satisfecha está con la cercanía emocional existente durante la actividad sexual entre usted y su pareja?

- No tengo actividad sexual
- Muy satisfecha
- Moderadamente satisfecha
- Ni satisfecha ni insatisfecha
- Moderadamente insatisfecha
- Muy insatisfecha

15. En las últimas 4 semanas, ¿Cuan satisfecha está con su relación sexual con su pareja?

- Muy satisfecha
- Moderadamente satisfecha
- Ni satisfecha ni insatisfecha
- Moderadamente insatisfecha
- Muy insatisfecha

16. En las últimas 4 semanas, ¿Cuan satisfecha está con su vida sexual en general?

- _ Muy satisfecha
- _ Moderadamente satisfecha
- _ Ni satisfecha ni insatisfecha
- _ Moderadamente insatisfecha
- _ Muy insatisfecha

17. En las últimas 4 semanas, ¿Cuan a menudo siente discomfort o dolor durante la penetración vaginal?

- No tengo actividad sexual
- Siempre o casi siempre
- La mayoría de las veces (más que la mitad)
- A veces (alrededor de la mitad)
- Pocas veces (menos que la mitad)
- Casi nunca o nunca

18. En las últimas 4 semanas, ¿Cuan a menudo siente disconfort o dolor después de la penetración vaginal?

- No tengo actividad sexual
- Siempre o casi siempre
- La mayoría de las veces (más que la mitad)
- A veces (alrededor de la mitad)
- Pocas veces (menos que la mitad)
- Casi nunca o nunca

19. En las últimas 4 semanas, ¿Cómo clasifica su nivel (intensidad) de disconfort o dolor durante o después de la penetración vaginal?

- No tengo actividad sexual
- Muy alto
- Alto
- Moderado
- Bajo
- Muy bajo o nada

Anexo E. Puntaje del índice de función sexual femenina

Dominio	Preguntas	Puntaje	Factor	Mínimo	Máximo
Deseo	1-2	1-5	0,6	1,2	6
Excitación	3-6	0-5	0,3	0	6
Lubricación	7-10	0-5	0,3	0	6
Orgasmo	11-13	0-5	0,4	0	6
Satisfacción	14-16	0-5	0,4	0,8	6
Dolor	17-19	0-5	0,4	0	6
Rango Total				2	36

Anexo F. Cuestionario de características sociodemográficas y determinantes sociales asociados a la funcionalidad sexual de las mujeres en etapa de climaterio de la ciudad de Ibagué.

1. Secuencial de cuestionario: ____
2. Iniciales de la paciente Nombre y Apellidos: _____
3. Fecha de recolección: _____
4. Edad en años cumplidos: _____
5. Estrato Socioeconómico: 1 ____ 2 ____ 3 ____ 4 ____ 5 ____ 6 ____ Sin dato_
6. Nivel Educativo: Ninguno ____
Primaria incompleta ____
Primaria completa ____
Secundaria incompleta ____
Secundaria completa ____
Técnico ____
Profesional ____
Posgrado ____
7. Estado Civil: Casada: ____
Soltera ____
Unión libre ____
Viuda ____

8. Ocupación actual: Empleada ____
Desempleada ____
Pensionada ____
Independiente ____
Ama de casa ____

9. Zona de residencia urbana _____ Rural _____
10. Hábito de actividad física (igual o más de 2 veces por semana): Si _____ No _____
11. Presencia de ciclo menstrual: Si _____ No _____
12. Tenencia de pareja: Si _____ No _____

13. Tiempo de relación con su pareja (expresé el número de años compartidos)
- a. Menor a 4 años _____
 - b. 5 a 9 años _____
 - c. 10 a 14 años _____
 - d. 15 a 19 años _____
 - e. 20 a 24 años _____
 - f. 25 a 29 años _____
 - g. 30 años y más _____
14. Tipo de familia:
- a. Unipersonal (sola) _____
 - b. Nuclear sin hijos (sola con la pareja) _____
 - c. Nuclear completa (pareja e hijos) _____
 - d. Nuclear incompleta (sola con sus hijos) _____
 - e. Extensa (otros miembros o no de la Familia) _____
15. La relación familiar es:
- a. Buena _____
 - b. Regular _____
 - c. Mala _____
16. En los últimos cinco años ha sufrido algún tipo de violencia:
- a. Si _____
 - b. No _____
17. Si su respuesta es positiva ¿Qué tipo de violencia?
- a. Física _____
 - b. Psicológica _____
 - c. Verbal _____
 - d. Sexual _____
 - e. Económica _____
18. Síntomas psíquicos:
- a. Ansiedad _____
 - b. Depresión _____
 - c. Irritabilidad _____
 - d. Inseguridad _____
 - e. Miedo _____
 - f. Desconfianza _____
 - g. Ninguna _____