

# Disfunción sexual en mujeres climatéricas afrodescendientes del Caribe Colombiano (\*)

Álvaro Monterrosa-Castro<sup>1</sup>, Jhonmer Márquez-Vega<sup>2</sup>, Cindy Arteta-Acosta<sup>2</sup>

## RESUMEN

**Introducción:** Colombia es el tercer país americano con mayor población afrodescendiente, después de Estados Unidos y Brasil.

**Objetivo:** calcular la prevalencia de disfunción sexual (DS) en mujeres climatéricas afrodescendientes.

**Metodología:** estudio transversal con el Índice de Función Sexual Femenina (FSFI), en mujeres afrodescendientes saludables (40-59 años), hijas de padres de raza negra, naturales de municipios del Caribe Colombiano, voluntarias, anónimas y captadas en sus comunidades. A mayor puntaje mejor sexualidad. La DS se establece con un puntaje total de 26,55 o menos.

**Resultados:** se estudiaron 461 mujeres; 305 de ellas (66,2%) con actividad sexual, 70,8% eran premenopáusicas y 29,2%, posmenopáusicas. Los puntajes promedio de los dominios fueron: deseo ( $4,1 \pm 1,1$ ), excitación ( $4,4 \pm 1,0$ ), lubricación ( $4,9 \pm 1,0$ ), orgasmo ( $4,7 \pm 1,0$ ), satisfacción ( $5,3 \pm 1,0$ ) y dolor ( $4,3 \pm 1,5$ ). La media del puntaje total fue  $27,7 \pm 4,7$  y la prevalencia de disfunción sexual, 38,4%. El hábito de fumar (OR: 3,3 [IC95%: 1,0-10,6; p = 0,041] y la hipertensión arterial (OR: 2,2 [IC95%: 1,1-4,4; p = 0,026] incrementaron el riesgo de DS, mientras que la escolaridad mayor de diez años (OR: 0,4 [IC95%: 0,2-0,8; p = 0,003] lo redujo. La prevalencia de DS aumentó con el cambio en el estado menopáusico (p <0,001). Todos los dominios se deterioraron, excepto el dolor, con el paso a la posmenopausia (p <0,001).

**Conclusión:** en mujeres afrodescendientes del Caribe Colombiano, una de cada tres premenopáusicas y la mitad de las posmenopáusicas presentan DS.

## PALABRAS CLAVE

*Climaterio; Disfunción Sexual; Menopausia; Sexualidad*

\* Un producto del Grupo de Investigación *Salud de la Mujer*, Facultad de Medicina, Universidad de Cartagena, Colombia. Categorizado B por Colciencias, 2010-2012. [www.grupodeinvestigaciondelamujer.com](http://www.grupodeinvestigaciondelamujer.com)

<sup>1</sup> Médico, especialista en Ginecología y Obstetricia. Profesor Titular, Facultad de Medicina, Universidad de Cartagena, Colombia. Líder del Grupo de Investigación *Salud de la Mujer*, avalado por la Universidad de Cartagena, Colombia.

<sup>2</sup> Estudiante de pregrado, Facultad de Medicina. Integrante del Semillero FEM-SALUD, perteneciente al Grupo de investigación *Salud de la Mujer*, avalado por la Universidad de Cartagena, Colombia.

Correspondencia: Álvaro Monterrosa Castro MD; [alvaromonterrosa@gmail.com](mailto:alvaromonterrosa@gmail.com)

Departamento de Investigaciones, Facultad de Medicina, Universidad de Cartagena, Colombia

Recibido: enero 16 de 2013

Aceptado: mayo 22 de 2013

## SUMMARY

### Sexual dysfunction in climacteric women of African descent from the Colombian Caribbean region

**Introduction:** After the United States and Brazil, Colombia is the third American country with the greatest population of African descent.

**Objective:** To estimate the prevalence of sexual dysfunction (SD) in climacteric women of African descent.

**Methods:** Cross sectional study carried out with the Female Sexual Function Index (FSFI), in healthy women, whose mother and father were of black race, living in municipalities from the Colombian Caribbean region, who volunteered to anonymously participate in the study, and were recruited in their communities. Higher scores correlated with better sexuality.

**Results:** 461 women were studied; 305 (66.2%) with sexual activity; 70.8% were premenopausal and 29.2% postmenopausal. Average scores of the domains were: Sexual desire ( $4.1 \pm 1.1$ ), sexual arousal ( $4.4 \pm 1.0$ ), lubrication ( $4.9 \pm 1.0$ ), orgasm ( $4.7 \pm 1.0$ ), satisfaction ( $5.3 \pm 1.0$ ) and pain ( $4.3 \pm 1.5$ ). Average total score was  $27.7 \pm 4.7$ . Prevalence of SD was 38.4%. Smoking (OR: 3.3 [IC95%: 1.0-10.6;  $p = 0.041$ ]) and arterial hypertension (OR: 2.2 [IC95%: 1.1-4.4;  $p = 0.026$ ]) increased the risk of SD, while schooling higher than ten years (OR: 0.4 [IC95%: 0.2-0.8;  $p = 0.003$ ]) decreased it. Prevalence of SD increased with the change in the menopausal status ( $p < 0.001$ ). All domains deteriorated, except pain, with the transition to the postmenopausal status ( $p < 0.001$ ).

**Conclusion:** In females of African descent from the Colombian Caribbean region, one third of the premenopausal and half of the postmenopausal have SD.

## KEY WORDS

*Climacteric; Menopause; Sexuality; Sexual Dysfunction*

## INTRODUCCIÓN

El ciclo de respuesta sexual femenina consta de las fases: deseo, excitación, orgasmo y resolución. En 1966 Master y Johnson propusieron un modelo lineal de la respuesta sexual masculina y femenina. En 1997 Whipple y Brash-MacGreer aportaron el concepto de la existencia en algunas mujeres de un modelo circular

de respuesta sexual. Años después Rosemary Basson construyó un nuevo modelo no lineal de la respuesta sexual femenina y sugirió la importancia que tienen la intimidad emocional, el estímulo sexual y lo satisfactorio de la relación (1).

En presencia de variados estímulos sensoriales, neurotransmisores no adrenérgicos y no colinérgicos como el péptido intestinal vasoactivo y el óxido nítrico inducen relajación del músculo liso vascular, aumento del flujo sanguíneo en el piso pélvico y de la lubricación vaginal y tumefacción del clítoris y los labios (2).

Los estrógenos y los andrógenos desempeñan un papel importante, los primeros en el mantenimiento de la turgencia del epitelio de la mucosa vaginal y los segundos, en la activación del deseo, la excitación, el orgasmo y sobre todo en la sensación de bienestar (3). Con la pérdida de la actividad folicular y la reducción en la biosíntesis del estradiol, característica endocrina esencial del climaterio, se esperan cambios urogenitales y posterior deterioro de la función sexual con repercusiones adversas en la calidad de vida (3).

La Asociación Psiquiátrica Americana (4) ha clasificado las alteraciones de la función sexual en cuatro tipos: trastornos del deseo, trastornos de la excitación, falla orgásmica y dolor sexual. Posteriormente, en el Consenso Internacional sobre las Disfunciones Sexuales Femeninas (*International Consensus Development Conference on Female Sexual Dysfunctions*) (5), se agregaron dos alteraciones más: en la lubricación y en la satisfacción.

A partir de dicha clasificación y congruente con ella, se propuso como herramienta para evaluar la función sexual femenina el Índice de función sexual femenina (FSFI, por la sigla en inglés de *Female Sexual Function Index*), compuesto por 19 preguntas, que tiene altos niveles de confiabilidad, consistencia interna y aplicabilidad en un amplio rango de edades (6).

El problema de la disfunción sexual (DS) femenina no ha sido suficientemente estudiado en nuestro entorno y se hace necesario obtener información acerca de su prevalencia. El desconocimiento es mayor cuando se tienen en cuenta las etnias/razas a las que pertenecen las mujeres. El objetivo de este estudio fue averiguar la prevalencia de DS en mujeres afrocolombianas en etapa de climaterio y con actividad sexual.

## MATERIALES Y MÉTODOS

### Participantes

Estudio transversal llevado a cabo con un formulario general de datos sociodemográficos y la autoaplicación anónima de una escala universal, en su versión en español y ampliamente validada, entre junio del 2010 y junio del 2011, a mujeres afrocolombianas saludables entre 40 y 59 años de edad. Este grupo hace parte de un conjunto mayor de mujeres de diferentes etnias/razas que conforman los proyectos de investigación SEX-MAY (*Sexualidad en la Mujer Mayor Colombiana*) y CAVIMEC (*Calidad de vida en la menopausia y etnias colombianas*). El proyecto fue inscrito en la Vicerrectoría de Investigaciones de la Universidad de Cartagena, Colombia. Acorde con la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia, durante la aplicación de los formularios prevalecieron el respeto a la dignidad y la protección de los derechos y el bienestar. La presente fue una investigación sin riesgos.

Las mujeres participantes en el estudio son afrodescendientes urbanas y rurales, nacidas y residentes en la costa Caribe Colombiana. Mujeres de rasgos fenotípicos y color de piel de la raza negra, hijas de padre y madre de dicha raza, de estratos socioeconómicos medio-bajos y bajos, descendientes directas de africanos traídos como esclavos en la época de la Colonia. Fueron incluidas mujeres de los siguientes municipios rurales, que son asentamientos ancestrales de afrodescendientes: San Basilio de Palenque, San Cayetano, Mahates, San Pablo y Marialabaja en el departamento de Bolívar. En cuanto a las mujeres afrodescendientes urbanas, son naturales de las ciudades de Cartagena y Barranquilla o emigraron a ellas en años previos, y residen en diferentes barriadas.

Un grupo de encuestadoras, profesionales de la salud, previamente capacitadas y pertenecientes a las mismas comunidades, hizo visitas puerta a puerta, en los barrios o poblaciones de residencia, identificando mujeres para incluir en el estudio según los criterios definidos, explicando los alcances de la investigación, el formulario y la escala que se iba a aplicar. La participación fue voluntaria y anónima y se llenó el formulario de consentimiento informado.

*Criterios de inclusión:* afrodescendientes entre 40 y 59 años, que realizaran sus actividades cotidianas y aceptaran participar.

*Criterios de exclusión:* mujeres con trastornos mentales que no pudieran llenar el formulario y la escala, las analfabetas, las que no comprendieran las preguntas de la encuesta, las sometidas previamente a histerectomía, las que finalmente no desearon participar y las embarazadas. Se concertó una segunda visita con las mujeres identificadas para la aplicación del formulario. Se descartaron todos los formularios incompletos, incorrectamente diligenciados, con enmendaduras o contradicciones. Se consideraron mujeres con actividad sexual las que manifestaron haber tenido relaciones sexuales en las cuatro semanas previas a la aplicación del formulario.

### Índice de función sexual femenina (Female Sexual Function Index, FSFI)

Es una escala multidimensional, con propiedades psicométricas, ampliamente aplicada, validada en español y útil para evaluar la función sexual femenina en las últimas cuatro semanas. Consta de 19 preguntas que se agrupan en seis dominios, a saber: deseo (preguntas 1 y 2), excitación (preguntas 3 a 6), lubricación (preguntas 7 a 10), orgasmo (preguntas 11 a 13), satisfacción (preguntas 14 a 16) y dolor (preguntas 17 a 19). Cada pregunta tiene cinco o seis opciones de respuesta, y se les asigna a estas un puntaje que va de 0 a 5. El puntaje de cada dominio se multiplica por un factor de homogenización y el resultado final es la suma aritmética de los dominios. A mayor puntaje mejor sexualidad. Un puntaje de 26,55 o menor establece la presencia de DS (6).

### Definición del estado menopáusico

Se consideraron premenopáusicas todas las mujeres que presentaban las siguientes condiciones: ciclos menstruales regulares (variaciones menores de siete días), ciclos menstruales irregulares (variaciones superiores a siete días) y las que en el momento de ser incluidas tenían amenorrea inferior a doce meses. Se consideran en posmenopausia las que tenían uno o más años sin presentar sangrados menstruales.

### Tamaño de la muestra

El último censo poblacional colombiano se hizo en el año 2005 y estableció que las mujeres entre 40-59 años eran 4.347.590. De ellas 384.693 (8,8%) eran de la etnia negra, mulata, afrocolombiana o

raizal ([www.dane.gov.co](http://www.dane.gov.co)). A su vez, el Departamento Nacional de Planeación de Colombia ([http://www.dnp.gov.co/LinkClick.aspx?fileticket=3jjuXj\\_H04%3D&tabid=273](http://www.dnp.gov.co/LinkClick.aspx?fileticket=3jjuXj_H04%3D&tabid=273)) considera que la población afrocolombiana de la región Caribe representa el 11,3% de toda la comunidad afrodescendiente colombiana; por lo tanto, el universo de estudio son 43.470 mujeres afrocolombianas residentes en la zona Caribe con edades entre 40-59 años. Se calculó un tamaño de muestra de 381 mujeres, con nivel de heterogeneidad del 50%, error del 5% y nivel de confianza del 95%. Dado que un estudio latinoamericano previo halló que entre 6% y 10% de las mujeres invitadas a participar se rehúsan (7), se agregó un 10% (38 mujeres) para una muestra de 419 mujeres. Y para compensar los cuestionarios eliminados por incompletos o por estar diligenciados incorrectamente se agregó un 20% (83 mujeres) para un tamaño total de la muestra de 502 formularios.

El mismo estudio (7) ha establecido que en promedio el 70% de las mujeres latinoamericanas de 40-59 años de edad tienen actividad sexual. Por lo tanto, se define un universo de 30.429 mujeres afrodescendientes del Caribe Colombiano en el rango etario señalado que tienen actividad sexual. Con un margen de error del 5%, un nivel de heterogeneidad del 50% y un nivel de confianza del 90% se requieren 269 formularios; para un nivel de confianza del 92% son necesarios 304 formularios, y para alcanzar un nivel de confianza del 95% se precisa un total de 380 formularios diligenciados correctamente de mujeres con actividad sexual.

## Análisis estadístico

El análisis se efectuó con Epi-Info 3.5.1 (*Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, EE. UU.*; 2008). Los datos continuos se expresan en medias con desviación estándar ( $\pm$  DE) y los categóricos, en porcentajes. Las diferencias se evaluaron con ANOVA o test de Student y Mann-Witney o Kruskal-Wallis, según la homogeneidad de la varianza. Los porcentajes se evaluaron usando el  $\chi^2$ . Un valor de p menor de 0,05 se consideró estadísticamente significativo. Para la evaluación simultánea de la influencia de diferentes variables sobre la función sexual femenina se hizo un análisis de regresión logística. Para esto, el puntaje PSFI total, una variable continua, fue transformado a una categórica, considerando como casos las mujeres

que obtuvieron un puntaje de 26,55 o menos. Se ingresaron en el modelo de regresión las siguientes variables independientes: edad ( $\geq$  47 años, mediana), paridad ( $\geq$  3, mediana), escolaridad ( $\geq$  10, mediana), IMC ( $\geq$  27, mediana), hábito de fumar, hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo II y uso de terapia hormonal. La entrada de las variables al modelo fue considerada con un 20% de nivel de significancia y el procedimiento se llevó a cabo paso a paso. Un valor de p menor de 0,05 se consideró estadísticamente significativo.

## RESULTADOS

Se identificaron 509 mujeres, pero 15 (2,9%) se retiraron por no poder o no desear participar. Se autoaplicaron 494 formularios, pero se eliminaron 33 (6,7%) por no estar correctamente diligenciados; participaron las 461 mujeres restantes. La edad media fue de  $48,4 \pm 5,7$  años; 306 (66,4%) estaban en premenopausia y 155 (33,6%), en posmenopausia; 333 (72,2%) tenían pareja sexual estable. La edad media de la última menstruación de las posmenopáusicas fue de  $46,3 \pm 4,1$  años y la media de años en posmenopausia, de  $6,1 \pm 3,9$ .

De las 461 participantes, 305 (66,2%) manifestaron haber sido sexualmente activas en las últimas cuatro semanas. Su edad media fue de  $47,6 \pm 5,4$  años. De esas 305, 216 (70,8%) eran premenopáusicas y 89 (29,2%), posmenopáusicas. Estaban actualmente unidas, fuese en matrimonio o en unión libre, 272 (89,2%) y 300 (98,4%) tenían pareja sexual estable en el momento del estudio.

La tabla 1 presenta las características sociodemográficas de toda la población y la distribución según la actividad sexual en el mes previo. Las mujeres que manifestaron haber tenido actividad sexual en dicho mes eran en promedio más jóvenes que las que no la tuvieron ( $p < 0,01$ ) y fueron similares en peso, talla, índice de masa corporal y paridad.

En las mujeres con actividad sexual (tabla 2), el dominio más deteriorado fue el deseo sexual ( $4,1 \pm 1,1$ ), seguido del dolor coital ( $4,3 \pm 1,5$ ) y el mejor valorado, la satisfacción sexual ( $5,3 \pm 1,0$ ). Todos los dominios, excepto el dolor coital, se deterioraron de forma significativa con el cambio del estado premenopáusico al posmenopáusico ( $p < 0,001$ ). El dolor coital se incrementó, aunque sin diferencia significativa, pero su presencia era alta desde la premenopausia. El cambio

en el puntaje total de la escala desde la premenopausia a la posmenopausia indica la magnitud del deterioro de la función sexual ( $28,7 \pm 4,6$  frente a  $25,4 \pm 4,4$ ;  $p < 0,001$ ).

La prevalencia de DS en todas las mujeres con actividad sexual en el último mes fue del 38,4%. También

aumentó dicha prevalencia con el cambio de la premenopausia (31,0%) a la posmenopausia (56,2%) ( $p < 0,001$ ). Los dominios más alterados en las premenopáusicas fueron el deseo sexual y el dolor coital, mientras que en las posmenopáusicas predominaron el deseo sexual y la excitación (tabla 2).

**Tabla 1. Características sociodemográficas**

Variables	Toda la población n = 461	Sin actividad sexual n = 156 (33,8%)	Con actividad sexual n = 305 (66,2%)	Valor de p
Edad (X ± DE)	48,4 ± 5,7	49,9 ± 6,12	47,6 ± 5,4	<0,001 <sup>a</sup>
Peso (X ± DE)	73,8 ± 13,6	74,7 ± 14,7	73,3 ± 12,9	0,367 <sup>a</sup>
Talla (X ± DE)	1,6 ± 0,1	1,6 ± 0,1	1,6 ± 0,1	0,668 <sup>a</sup>
IMC (X ± DE)	27,3 ± 4,9	27,7 ± 5,2	27,2 ± 4,7	0,525 <sup>a</sup>
Años de escolaridad (X ± DE)	7, ± 5,8	6,8 ± 6,3	8,5 ± 5,5	0,001 <sup>a</sup>
Número de hijos (X ± DE)	3,2 ± 1,9	3,1 ± 2,2	3,3 ± 1,7	0,166 <sup>a</sup>
Casadas (%) [IC 95%]	42,1 [37,6-46,7]	14,7 [37,6-6,7]	5,1 [50,3-61,7]	<0,001 <sup>b</sup>
Unión libre (%) [IC 95%]	25,2 [21,3-29,4]	9,6 [37,6-46,7]	33,1 [27,9-38,7]	<0,001 <sup>b</sup>
Fumadoras (%) [IC 95%]	6,9 [4,9-9,8]	10,9 [6,5-16,9]	4,9 [2,9-8,2]	0,017 <sup>b</sup>
Terapia hormonal (%) [IC 95%]	3,5 [2,1-5,7]	3,2 [1,0-7,3]	3,6 [1,9-6,5]	0,823 <sup>b</sup>
Con pareja sexual (%) [IC 95%]	72,2 [67,9-76,2]	21,2 [15,0-28,4]	98,4 [96,0-99,4]	<0,001 <sup>b</sup>
Uso diario de café (%) [IC 95%]	63,8 [59,2-68,1]	65,4 [57,4-72,8]	63,0 [57,3-68,4]	0,606 <sup>b</sup>
Diabéticas (%) [IC 95%]	8,7 [6,3-11,7]	7,7 [4,0-13,1]	9,2 [6,3-13,1]	0,591 <sup>b</sup>
Hipertensas (%) [IC 95%]	18,7 [15,3-22,6]	21,8 [15,6-29,1]	17,0 [13,1-21,9]	0,215 <sup>b</sup>
Premenopausia (%) [IC 95%]	66,4 [61,8-70,6]	57,7 [49,5-65,6]	70,8 [65,4-75,9]	0,005 <sup>b</sup>
Posmenopausia (%) [IC 95%]	33,6 [29,4-38,2]	42,3 [34,4-50,5]	29,2 [24,2-34,7]	0,005 <sup>b</sup>
Edad última regla (X ± DE) <sup>c</sup>	46,3 ± 4,1	47,1 ± 4,5	45,9 ± 3,9	0,005 <sup>a</sup>
Años posmenopausia (X ± DE) <sup>c</sup>	6,1 ± 3,9	6,5 ± 4,2	5,8 ± 3,8	0,350 <sup>a</sup>

<sup>a</sup> Test de Mann-Whitney. El test de Kolmogorov-Smirnov no reportó normalidad de las variables

<sup>b</sup> Chi cuadrado

<sup>c</sup> Solo mujeres en posmenopausia (n=155)

**Tabla 2. Índice de función sexual femenina (FSFI). Dominios y puntaje total. Prevalencia de disfunción sexual en mujeres con actividad sexual. Distribución según el estado menopáusico**

Dominios	Todas n = 305	Premenopáusicas n = 216 (70,8%)	Posmenopáusicas n = 89 (29,2%)	Valor de p
Deseo (X ± DE)	4,1 ± 1,1	4,3 ± 1,1	3,6 ± 0,9	<0,001 <sup>a</sup>
Excitación (X ± DE)	4,4 ± 1,0	4,7 ± 1,0	3,9 ± 0,9	<0,001 <sup>a</sup>
Lubricación (X ± DE)	4,9 ± 1,0	5,0 ± 0,9	4,5 ± 1,0	<0,001 <sup>a</sup>
Orgasmo (X ± DE)	4,7 ± 1,0	4,9 ± 0,9	4,4 ± 1,0	<0,001 <sup>a</sup>
Satisfacción (X ± DE)	5,3 ± 1,0	5,4 ± 0,9	5,0 ± 1,0	<0,001 <sup>a</sup>
Dolor (X ± DE)	4,3 ± 1,5	4,3 ± 1,5	4,2 ± 1,4	0,297 <sup>a</sup>
Puntaje total. Disfunción sexual: ≤ 26,5 (X ± DE)	27,7 ± 4,7	28,7 ± 4,6	25,4 ± 4,4	<0,001 <sup>a</sup>
Prevalencia de disfunción sexual (%) [IC 95%]	38,4 [32,9-44,1]	31,0 [24,9-37,6]	56,2 [45,3-66,7]	<0,001 <sup>b</sup>

<sup>a</sup> Test de Mann-Whitney

<sup>b</sup> Chi cuadrado

Todos los dominios se deterioraron con el incremento en la edad (tabla 3) ( $p < 0,001$ ), excepto el dolor coital ( $p = 0,71$ ), aunque este dominio fue el más deteriorado en el rango de 40-44 años. En todos los otros rangos de edad el dominio más deteriorado fue el deseo coital. El dominio con

menor alteración fue la satisfacción sexual, seguida de la lubricación vaginal y el orgasmo, en todos los grupos de edad desde los 40 hasta los 59 años. La prevalencia de disfunción sexual fue mayor en los rangos etarios de 45-49 y 50-54 años (29,1% y 27,4%, respectivamente).

**Tabla 3. Índice de función sexual femenina (FSFI). Dominios y puntaje total. Prevalencia de disfunción sexual en mujeres con actividad sexual. Distribución según rangos etarios**

Dominios	40-44 n = 95	45-49 n = 108	50-54 n = 59	55-59 n = 43	Valor de p
Deseo (X ± DE)	4,4 ± 1,1	4,3 ± 1,0	3,7 ± 0,9	3,6 ± 0,9	<0,001 <sup>a</sup>
Excitación (X ± DE)	4,8 ± 1,0	4,6 ± 1,1	4,0 ± 0,8	3,9 ± 0,9	<0,001 <sup>a</sup>
Lubricación (X ± DE)	5,1 ± 0,8	5,0 ± 1,1	4,4 ± 1,0	4,7 ± 0,9	<0,001 <sup>a</sup>
Orgasmo (X ± DE)	4,9 ± 0,9	4,9 ± 1,0	4,3 ± 0,9	4,4 ± 0,9	<0,001 <sup>a</sup>
Satisfacción (X ± DE)	5,5 ± 0,8	5,3 ± 0,9	5,2 ± 0,9	4,8 ± 1,1	<0,001 <sup>a</sup>
Dolor (X ± DE)	4,2 ± 1,7	4,4 ± 1,5	4,2 ± 1,4	4,4 ± 1,3	0,718 <sup>a</sup>
Puntaje total. Disfunción sexual: ≤ 26,5 (X ± DE)	28,9 ± 4,6	28,5 ± 4,9	25,7 ± 4,3	25,8 ± 4,1	<0,001 <sup>a</sup>
Prevalencia de disfunción sexual (%) [IC 95%]	23,1 [15,8-31,8]	29,1 [21,0-38,2]	27,4 [19,5-36,4]	20,5 [13,6-29,0]	<0,001 <sup>b</sup>

<sup>a</sup> Test de Mann-Whitney

<sup>b</sup> Chi cuadrado

La escolaridad superior a diez años fue el único factor protector de la adecuada función sexual (tabla 4) (OR: 0,4; IC95%: 0,2-0,8,  $p = 0,003$ ), mientras que la hipertensión arterial (OR: 2,2; IC95%: 1,1-4,4,  $p = 0,026$ ) y el hábito de fumar (OR: 3,3; IC95%: 1,0-10,6,  $p = 0,041$ ) fueron factores de riesgo para DS. Los otros factores considerados en el estudio no tuvieron significancia.

**Tabla 4. Factores de riesgo para disfunción sexual**

Factor	OR	IC 95%	p
Fumar actualmente	3,3	1,0-10,6	0,041
Hipertensión arterial	2,2	1,1-4,4	0,026
Estado posmenopáusico	1,8	1,0-3,4	0,068
Diabetes	1,6	0,7-4,0	0,250
Más de tres hijos	1,5	0,9-2,5	0,167
Edad superior a 47 años	1,4	0,8-2,6	0,277
Uso de terapia hormonal	1,3	0,3-4,8	0,712
Índice de masa corporal superior a 27	0,8	0,5-1,4	0,446
Más de 10 años de estudio	0,4	0,2-0,8	0,003

## DISCUSIÓN

Se debe considerar la sexualidad como una parte importante del bienestar de la mujer y el resultado de su evaluación, como un indicador de calidad de vida (3). No obstante, usualmente la mujer no consulta por las manifestaciones, cambios o alteraciones atinentes a la sexualidad.

La presencia de barreras culturales, mitos, temores y creencias religiosas, así como la ausencia de una educación sexual fundamentada en el desarrollo integral del individuo, contribuyen a que el silencio sobre estos asuntos sea generalizado. Ello se incrementa en las mujeres mayores y en la etapa de climaterio (8). Incluso muchos profesionales de la salud carecen de la formación y la capacitación que les permitan enfocar correcta y científicamente el tema de la sexualidad.

La DS femenina es un grupo de trastornos de origen multifactorial, que involucra aspectos socioculturales, psicológicos y biológicos, políticos, económicos, de la pareja sexual y de la interrelación personal (8). En el climaterio se suman los cambios endocrinos que caracterizan esta etapa vital (2,9).

Mundialmente, se calcula la frecuencia de DS entre 41,0% y 47,0% (10,11). La Encuesta Nacional de Salud en los Estados Unidos (*National Health Survey*) (10) reveló que el 43% de las mujeres menores de 60 años tienen alguna forma de DS. Se ha considerado que el 50% de las mujeres chilenas en edad media presentan DS, con especial afectación del deseo y la excitación, y que el riesgo aumenta 3,6 veces después de los 44 años (12). En el presente estudio de mujeres colombianas afrodescendientes, entre 40 y 59 años de edad, se encontró menor prevalencia de DS (38,4%), pero también con mayor deterioro del deseo sexual. La tasa de prevalencia de disfunción sexual en poblaciones climatéricas hispánicas es mayor que la encontrada en afrodescendientes colombianas: entre 51,3 y 78,4% (13).

La Red Latinoamericana para la Investigación del Climaterio y la Menopausia (Redlinc) ha hecho estudios en 7.243 mujeres, en 11 países latinoamericanos (7), también en mujeres de 40-59 años de edad; se encontró una tasa de prevalencia de DS del 56,8%, con amplio rango de variación entre ciudades: desde 21,0% en Cartagena, Colombia, hasta 98,5% en Quito, Ecuador. Fue mayor la prevalencia de DS en las ciudades latinoamericanas donde existe una alta proporción de población indígena, muy por encima de lo estimado en promedio para la mujer latinoamericana. La prevalencia de disfunción sexual en mujeres de Cochabamba (Bolivia) fue del 86,3%; en las de Santa Cruz de la Sierra (Bolivia), 87,9%; en las de Lima (Perú), 71,8% y en las de Cuzco (Perú), 54,9%, lo cual puede guardar relación con hallazgos que hemos descrito previamente (14), en los que hemos señalado edades más tempranas de la menopausia, mayor frecuencia de síntomas urogenitales, así como una instalación precoz de mayor prevalencia de deterioro grave del dominio urogenital en poblaciones indígenas. Ese deterioro temprano de la dimensión urogenital es el aspecto que más influye en la pérdida de la calidad de vida de las mujeres indígenas durante el climaterio (15). Se había señalado que esos eventos se presentaban en indígenas residentes en poblaciones a muchos

metros sobre el nivel del mar en la cordillera de los Andes, pero también hemos publicado un estudio (15) en el que se observó un comportamiento similar en indígenas colombianas del Trapecio Amazónico, en zenúes y en la comunidad wayoo residente al nivel del mar en la Guajira colombiana. Incluso en un estudio no publicado hecho en una comunidad mestiza por rasgos fenotípicos, pero nacida y residente en un área donde en tiempos precolombinos se asentó una comunidad indígena se observó un comportamiento similar al de las indígenas en cuanto a edad de menopausia, síntomas y deterioro urogenital y prevalencia de DS del 77,4%. Hemos propuesto la hipótesis de la presencia de genes amerindios que pudieran condicionar la pérdida temprana de la salud genital, la cual a su vez puede explicar la elevada prevalencia de DS observada en mujeres indígenas (7,14,15).

Los resultados del Estudio de la Salud de la Mujer a través de la Nación (*Study of Women's Health Across the Nation, SWAN*) (16) señalan que 54,8% de las afroamericanas tenían muy buena satisfacción emocional; 65,2%, buen placer físico y 70,2% siempre o casi siempre experimentaban excitación sexual, valores más altos que los observados en mujeres hispanicas ( $p < 0,001$ ).

En el mismo estudio latinoamericano de Redlinc (7) se observó que las mujeres de La Habana, Cuba, tuvieron prevalencia de DS del 33,2%, las de Santiago de los Caballeros en República Dominicana, del 43,7% y las de ciudad de Panamá, del 40,9%, valores muy cercanos al 34,8% encontrado en mujeres afrodescendientes del Caribe Colombiano. En ese mismo estudio latinoamericano (7) están incluidas 350 mujeres cartageneras de Colombia, todas de raza negra que tuvieron prevalencia de DS del 21,0%, la menor tasa de todas las ciudades incluidas. Cartagena es la ciudad con el peso relativo más alto de población afrodescendiente de Colombia. El 36,5% de sus habitantes se autorreconocen como negros, mulatos o afrodescendientes, según el censo del 2005. Cartagena es la segunda ciudad en términos absolutos de concentración de población afrodescendiente, después de Cali. Cartagena está en el Caribe y Cali en el Pacífico ([www.dane.gov.co](http://www.dane.gov.co)).

Ciudad de Panamá, La Habana y Santiago de los Caballeros, al igual que todas las poblaciones y ciudades del Caribe Colombiano de donde se tomaron

las mujeres para el presente estudio, tienen elevada proporción de habitantes de raza negra, descendientes de la migración forzosa de diferentes grupos étnicos africanos traídos al Continente Americano en la época de la Colonia. En ese entonces los flujos migratorios y las rutas de la esclavitud unían las ciudades de Cartagena, La Habana y distintas poblaciones de República Dominicana.

Con los datos aportados por los estudios citados (7,14,15) y los resultados de esta evaluación, se puede afirmar que es diferente la prevalencia de DS en mujeres afrodescendientes y en indígenas latinoamericanas. Cuando se evalúa la calidad de vida de mujeres en climaterio y menopausia con la escala *Menopause Rating Scale*, se observa que en las mujeres afrodescendientes colombianas el dominio menos deteriorado es el urogenital, e incluso en la posmenopausia tienen baja prevalencia de síntomas urogenitales (17). Es coherente que la escasa frecuencia de manifestaciones de deterioro en el aparato urogenital se acompañe de baja prevalencia de disfunción sexual. Sumados a aspectos biológicos, pueden estar presentes condicionantes culturales, influencias sociales, connotaciones educativas y patrones familiares de conducta propios de la cultura afro, e influir en la reducida prevalencia que tienen de DS.

En otra publicación del SWAN (18) se señalaron diferencias en la valoración de la sexualidad en mujeres blancas, afroamericanas, chinas, japonesas e hispanicas. Al evaluar la excitación encontraron que las afroamericanas frente a las blancas no hispanicas tienen OR: 0,45 (IC95%: 0,31-0,65), satisfacción emocional OR: 0,57 (IC95%: 0,42-0,77) y placer físico OR: 0,69 (IC95%: 0,50-0,97), todas con  $p < 0,001$ . Los resultados sugieren que el comportamiento sexual tiene un fuerte componente cultural. Es importante que los profesionales de la salud sepan que existen diferencias en la función sexual de acuerdo con las etnias/razas al momento de hablar de DS con sus pacientes (16).

Se han descrito muchos factores de riesgo para la DS. Los más importantes son: edad, posmenopausia, cirugías previas, partos múltiples, hábito del tabaco, enfermedades crónicas y conflictos en la relación de pareja (3,10,19,20). Los cambios endocrinos con la caída de los estrógenos y el deterioro subsiguiente del aparato genital luego del cese menstrual son factores importantes en la elevación de la prevalencia de DS



con relación al estado premenopáusicos (9). En el presente estudio se encontró una diferencia significativa en la prevalencia de DS: 31,0% en las premenopáusicas y 56,2% en las posmenopáusicas. La prevalencia de DS en las mujeres que ya no presentan menstruaciones está por debajo de la observada en mujeres de edad media de otras etnias/razas.

La edad se relaciona directamente con el aumento del riesgo de disfunción sexual (21). Chedraui (22) en una muestra de 409 mujeres ecuatorianas halló que el incremento en la edad implica un riesgo 3,3 veces mayor de desarrollar disfunción sexual (IC95%: 1,6-6,8,  $p = 0,001$ ), seguido del estado posmenopáusicos con 2,8 [IC95%: 1,3-6,1,  $p = 0,007$ ].

La hipertensión arterial se ha relacionado con elevación en la prevalencia de DS (23). En el presente estudio se encontró que este es un factor de riesgo significativo para la presencia de disfunción sexual: OR: 2,2 [IC95%: 1,1-4,4]. La hipertensión está más relacionada con la disminución de la lubricación y el deterioro del orgasmo (23). También el hábito de fumar se encontró como factor de riesgo: OR: 3,3 [IC95%: 1,0-10,6]. Un estudio (21) en 200 mujeres premenopáusicas y posmenopáusicas encontró que el tabaquismo incrementa el riesgo de disfunción sexual. El IMC superior a 27 no tuvo significancia estadística.

La amplia y permanente educación de la población puede permitir que desaparezcan algunos factores que contribuyen al deterioro de la calidad de vida. El acceso y cumplimiento de la formación escolarizada, con información y capacitación en general puede favorecer en los varones y las mujeres la búsqueda de la educación sexual; esta, a su vez, permite erradicar mitos y solicitar atención en salud, y proporciona una visión de la sexualidad más amplia y correcta. El estudio permite señalar que más de diez años de escolaridad son un factor significativamente protector de la disfunción sexual: OR: 0,4 [IC95%: 0,2-0,8] en mujeres afrodescendientes del Caribe Colombiano.

Al igual que lo descrito en la literatura mundial (10,24), el principal dominio afectado en este estudio fue el deseo sexual o libido, tanto en toda la población con actividad sexual, como entre premenopáusicas y posmenopáusicas. La magnitud del deterioro del deseo sexual con el cambio del estado menopáusicos tuvo una diferencia estadísticamente significativa. También

el deseo fue el dominio más deteriorado en todos los grupos de edad, excepto el de 40-44 años. La reducción del deseo sexual es una problemática importante y frecuente (11), reportada por Hallstrom y colaboradores (25) como del 27% y en Latinoamérica por Blumel (26) como del 13,3% en mujeres de 40-44 años, y del 46,7% en mujeres de 50-54 años. Del mismo modo, el Estudio Internacional de Mujeres sobre la Salud y la Sexualidad (*Women's International Study on Health and Sexuality, WISHeS*) (27) halló que la prevalencia de los trastornos del deseo depende de la edad y del estado menopáusicos, variando entre 9% y 26%. La razón para que sea el dominio más afectado todavía es incierta. Se han señalado el papel que juegan hormonas como la testosterona en la fase de iniciación de la actividad sexual (9), el componente psicológico y afectivo como lo proponen Leiblum y colaboradores (27) y la relación de pareja. La reducción del deseo sexual está asociada a merma de la satisfacción física y emocional de la pareja (10,11,25,26,27). El deterioro del deseo sexual está asociado a reducción o ausencia de fantasías y/o sueños sexuales (28).

La satisfacción sexual fue el dominio con mejor puntaje en todas las mujeres con actividad sexual, en todos los grupos etarios, en premenopáusicas y en posmenopáusicas. Aunque el puntaje promedio se redujo significativamente con el cambio del estado menopáusicos, siguió siendo el dominio con mejor puntaje después de 5,8 años del cese de las menstruaciones. En el estudio latinoamericano (7) entre 5.391 mujeres sexualmente activas, con prevalencia de DS del 56,8%, la satisfacción sexual también fue el dominio con mejor puntaje. Ello parecería un contrasentido en las afrodescendientes colombianas y en las latinoamericanas. Pueden estar involucrados distintos factores culturales, costumbres, patrones sociales e incluso influencias del comportamiento sexual de la pareja, para que las mujeres no puedan hacer juicios de valor adecuados, y terminen considerando como normales o adecuados algunos aspectos sexuales y manifiesten estar satisfechas con la cercanía emocional de la pareja, con la relación sexual y con la vida sexual, que son los items que explora el dominio satisfacción sexual del PSFI.

Una limitación del estudio es la inherente a su corte transversal. Sus resultados no pueden ser extrapolados

a toda la población afrocolombiana ni tampoco a la afroamericana. Tiene como limitación no haber evaluado, desde la percepción femenina o desde la masculina, la presencia y la influencia que pueda tener la disfunción sexual masculina. Es el primer estudio que utiliza la escala FSFI en un grupo representativo de mujeres afrodescendientes del Caribe Colombiano, proporcionando datos que sirven como referencia para comparar con los obtenidos en otras comunidades de raza negra o en otras etnias. Se requieren más estudios que además exploren aspectos socioculturales y patrones de comportamiento de las comunidades afrodescendientes. La evaluación de la sexualidad, componente especial de la calidad de vida, debe hacer parte de la atención sanitaria de toda mujer en etapa de climaterio.

## CONCLUSIÓN

La prevalencia de DS en mujeres afrodescendientes del Caribe colombiano fue del 38,4%, y es significativamente más frecuente en posmenopáusicas que en premenopáusicas. La mitad de las primeras y la tercera parte de las segundas presentan DS.

**CONFLICTOS DE INTERÉS:** ninguno que declarar.

**FINANCIACIÓN:** Vicerrectoría de Investigaciones de la Universidad de Cartagena, Colombia. Proyecto ganador en la convocatoria de proyectos de semillero (2010-2011).

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Basson R. Female sexual response: the role of drugs in the management of sexual dysfunction. *Obs. Gynecol.* 2001 Aug;98(2):350-3.
2. Marthol H, Hilz MJ. [Female sexual dysfunction: a systematic overview of classification, pathophysiology, diagnosis and treatment]. *Fortschr Neurol Psychiatr.* 2004 Mar;72(3):121-35.
3. Nappi RE, Lachowsky M. Menopause and sexuality: prevalence of symptoms and impact on quality of life. *Maturitas.* 2009 Jun 20;63(2):138-41.
4. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders.* Washington D.C.: American Psychiatric Association; 2004. p. 943.
5. Basson R, Berman J, Burnett A, Derogatis L, Ferguson D, Fourcroy J, et al. Report of the international consensus development conference on female sexual dysfunction: definitions and classifications. *J Urol.* 2000 Mar;163(3):888-93.
6. Rosen R, Brown C, Heiman J, Leiblum S, Meston C, Shabsigh R, et al. The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *J Sex Marital Ther.* 2000;26(2):191-208.
7. Blümel JE, Chedraui P, Baron G, Belzares E, Bencosme A, Calle A, et al. Sexual dysfunction in middle-aged women: a multicenter Latin American study using the Female Sexual Function Index. *Menopause.* 2009;16(6):1139-48.
8. Plaut S, Graziottin A, Heaton J. *Sexual dysfunction.* Oxford: Health Press; 2004.
9. Wierman ME, Nappi RE, Avis N, Davis SR, Labrie F, Rosner W, et al. Endocrine aspects of women's sexual function. *J Sex Med.* 2010 Jan;7(1 Pt 2):561-85.
10. Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *JAMA.* 1999 Feb 10;281(6):537-44.
11. Shifren JL, Monz BU, Russo PA, Segreti A, Johannes CB. Sexual problems and distress in United States women: prevalence and correlates. *Obs Gynecol.* 2008 Nov;112(5):970-8.
12. Blümel M JE, Binfa E L, Cataldo A P, Carrasco V A, Izaguirre L H, Sarrá C S. Índice de función sexual femenina: un test para evaluar la sexualidad de la mujer. *Rev Chil Obs Ginecol.* 2004;69(2):118-25.
13. Castelo-Branco C, Blümel JE, Araya H, Riquelme R, Castro G, Haya J, et al. Prevalence of sexual dysfunction in a cohort of middle-aged women: influences of menopause and hormone replacement therapy. *J Obs Gynaecol.* 2003 Jul;23(4):426-30.
14. Ojeda E, Monterrosa A, Blümel JE, Escobar-López J, Chedraui P. Severe menopausal symptoms in mid-aged Latin American women can be related to their indigenous ethnic component. *Climacteric.* 2011 Feb;14(1):157-63.
15. Monterrosa Castro Á de J, Paternina Caicedo Á, Márquez Vega J, Romero Pérez I. Prevalencia de la sintomatología urogenital en mujeres indígenas colombianas en posmenopausia. *Iatreia.* 2012;25(4):357-68.
16. Avis NE, Zhao X, Johannes CB, Ory M, Brockwell S, Greendale GA. Correlates of sexual function among

- multi-ethnic middle-aged women: results from the Study of Women's Health Across the Nation (SWAN). *Menopause*. 2005;12(4):385–98.
17. Monterrosa A, Blumel JE, Chedraui P. Increased menopausal symptoms among Afro-Colombian women as assessed with the Menopause Rating Scale. *Maturitas*. 2008 Feb 20;59(2):182–90.
  18. Avis NE, Brockwell S, Randolph JF, Shen S, Cain VS, Ory M, et al. Longitudinal changes in sexual functioning as women transition through menopause: results from the Study of Women's Health Across the Nation. *Menopause*. 2009;16(3):442–52.
  19. Hayes RD, Dennerstein L, Bennett CM, Sidat M, Gurrin LC, Fairley CK. Risk factors for female sexual dysfunction in the general population: exploring factors associated with low sexual function and sexual distress. *J Sex Med*. 2008 Jul;5(7):1681–93.
  20. Witting K, Santtilä P, Varjonen M, Jern P, Johansson A, von der Pahlen B, et al. Female sexual dysfunction, sexual distress, and compatibility with partner. *J Sex Med*. 2008 Nov;5(11):2587–99.
  21. Avis NE, Stellato R, Crawford S, Johannes C, Longcope C. Is there an association between menopause status and sexual functioning? *Menopause*. 2000;7(5):297–309.
  22. Chedraui P, Perez-Lopez FR, San Miguel G, Avila C. Assessment of sexuality among middle-aged women using the Female Sexual Function Index. *Climacteric*. 2009 Jun;12(3):213–21.
  23. Zoulia V, Aggelopoulou A, Mpiskini I, Sarakatsianou M, Michalopoulou T, Triantafyllou G. Female sexual dysfunction (F.S.D.) in women with essential hypertension. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2008 Mar;7(S52):S52–S52.
  24. Basson R. Clinical practice. Sexual desire and arousal disorders in women. *N Engl J Med*. 2006 Apr 6;354(14):1497–506.
  25. Hällström T, Samuelsson S. Changes in women's sexual desire in middle life: the longitudinal study of women in Gothenburg. *Arch Sex Behav*. 1990 Jun;19(3):259–68.
  26. Blümel JE, Araya H, Riquelme R, Castro G, Sánchez F, Gramegna G. [Prevalence of sexual dysfunction in climacteric women. Influence of menopause and hormone replace therapy]. *Rev Med Chil*. 2002 Oct;130(10):1131–8.
  27. Leiblum SR, Koochaki PE, Rodenberg CA, Barton IP, Rosen RC. Hypoactive sexual desire disorder in postmenopausal women: US results from the Women's International Study of Health and Sexuality (WISHeS). *Menopause*. 2006;13(1):46–56.
  28. Tomlinson J. *Sexual health and menopause*. London: Royal Society Medicine Press; 2005.

