

Evaluación de la Función Sexual de Mujeres en Edad Reproductiva. Centro de Salud Familiar Rahue Alto, Osorno.

Evaluation of the Sexual Function of Women in Reproductive Age. Health Family Center *Rahue Alto*, Osorno.

Estela Arcos G.¹
Irma Molina V.²
Paulina Oelrich O.³

Resumen

La sexualidad se reconoce como una fuerza integradora de la identidad, que contribuye a fortalecer y/o producir vínculos integrales, que cuando está libre de conflictos y angustias promueve el desarrollo personal y social. En Chile, se ha reportado disfunciones sexuales femeninas en alrededor del 50% de las mujeres de edad media. Lo anterior, motivó la necesidad de estudiar la función sexual en mujeres en edad reproductiva en mujeres usuarias del Consultorio Rahue Alto de la comuna de Osorno. Un estudio de carácter exploratorio transversal descriptivo a 105 mujeres con consentimiento informado. Se aplicó el cuestionario Función Sexual Femenina (FSM), que valora las dimensiones deseo, excitación, lubricación, orgasmo, ansiedad anticipatoria y problemas con la penetración vaginal durante el último mes. El 47,2% de 89 mujeres, que respondieron todas las preguntas, reconocen una función sexual normal. El 52,8% presenta disfunción sexual determinada fundamentalmente por inhibición del deseo sexual (42,8%). Los resultados sobre aspectos relacionales de la actividad sexual mostraron que 50% de las mujeres no toma la iniciativa y 29,2% nunca o rara vez comunicó a su pareja lo que le gusta o desagrada en sus encuentros sexuales. El análisis de correspondencia múltiple con las variables sociodemográficas y la función sexual muestra como se presentan sus comportamientos característicos. Se insinúa una tipología atendiendo al estado civil y edad con respecto a la función sexual. Para mejorar la función sexual es fundamental la educación sexual y el empoderamiento de género para comprender las diferencias del comportamiento sexual.

Palabras clave: Función sexual, mujeres, género.

Abstract

Sexuality is recognized as an integrating force of identity, which strengthens or produces such bonds as personal and social development generates when freedom from conflict and anxiety prevails. In Chile, sexual

Recibido el 07 de junio de 2006. aceptado el 24 de noviembre de 2006

¹ Profesora Titular, Instituto de Enfermería Materna, Facultad de Medicina, Universidad Austral de Chile. Casilla 567, Valdivia-Chile. Fono: 56-63-221423, Fax: 56-63-214475, E-mail: earcos@uach.cl

² Profesora Asociada, Instituto de Estadísticas, Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas, Universidad Austral de Chile.

³ Estudiante Escuela de Obstetricia y Puericultura, Facultad de Medicina

disfunction has been reported in around half of middle-age women. This led us to study sexual performance in women of reproductiva age registered in Rahue Health Center.. A study of descriptive cross-sectional character exploratory to 105 women with informed consent. The questionnaire Female Sexual Function (FSF) was applied to value the desire, excitation, lubrication, orgasmo, anticipatory anxiety and problems with the vaginal penetration during the last month. The 47.2% of 89 women, who responded all the questions, recognize a normal sexual function. The 52,8% presents sexual dysfunction by inhibition of sexual desire (42.8%). The results on relational aspects of the sexual activity showed that 50% of the women do not take the initiative and 29.2% never or rare time communicated to their pair that it likes or dislikes in its sexual encounter. The multiple correspondence analyses show that the sociodemographic variables and the sexual function present her typical behaviors. A typology is insinuated attending to the marital status and age with regard to the sexual function. To improve the sexual function, the sexual education and gender empowerment is essential for to understand the differences of the sexual behavior.

Key words: Sexual function, women, gender

INTRODUCCIÓN

La actividad sexual es algo natural, sin embargo, un porcentaje alto de personas en algún momento de sus vidas relata presentar alguna alteración y, como consecuencia, no disfruta de una actividad sexual satisfactoria (1, 2). El deseo sexual hipoactivo es la causa más frecuente de disfunción sexual en parejas que solicitan terapia sexual. Se ha reportado que entre 22% a 50% de las mujeres pueden experimentar dificultades del deseo sexual y 44% con deseo sexual hipoactivo (3). El deseo sexual hipoactivo es definido como una deficiencia persistente o ausencia de fantasías y deseos de actividad sexual que causa intensa ansiedad y dificultades interpersonales (3-5). Numerosas evidencias han demostrado que la ausencia de deseo sexual de la mujer puede ser causada por una compleja red de factores económicos, demográficos, psicológicos, roles de género tradicionales y creencias que afectan las expectativas sexuales de hombres y mujeres (6-9). Con la edad el interés sexual persiste, aunque la frecuencia de actividad sexual disminuye, y así se pasa de cantidad a calidad (10). La mayor tendencia de las mujeres a la inhibición sexual es una respuesta a culturas represivas que ha convertido a la mujer en un ser asexual, reprimido, que no se estimula a tomar decisiones relativas a su sexualidad, elección de su pareja, planificación familiar y, menos aún, se apropia de su deseo sexual (1, 9, 11). El interés por información sobre la función sexual femenina es esencial para el manejo adecuado

de la sexualidad y problemas sexuales (12). Esto motivó estudiar la función sexual en mujeres en edad reproductiva como una forma de aproximarnos a las disfunciones sexuales y su relación con determinadas variables sociodemográficas en mujeres usuarias del Consultorio Rahue Alto de la comuna de Osorno.

MATERIAL Y MÉTODO

Diseño del estudio: Estudio exploratorio transversal descriptivo en 105 mujeres usuarias de procedencia urbana con control habitual en el Programa de Salud de la Mujer, Centro de Salud Familiar de Rahue Alto, CESFAM, ubicado en el área sur poniente de la Comuna de Osorno, X° Región de Los Lagos.

Muestra y criterios de inclusión: Muestra equiproporcional en tres tramos etarios entre 15 a 49 años (n= 35 para cada tramo: 15 a 25 años, 25 a 35 años y 35 a 49 años). Los criterios de inclusión fueron: edad 15 a 49 años, con pareja, con actividad sexual y sin la presencia de procesos que afectan la función sexual como: diabetes, depresión y/o ansiedad grave, tratadas con bloqueadores beta, diuréticos tiazídicos, antidepresivos, tioridazina, hormonas masculinas o femeninas, enfermedad concomitante grave (insuficiencia cardiaca congestiva, neoplasias, inmunodepresión, hepáticas, renales), accidente cerebrovascular o infarto agudo de miocardio reciente (4 últimos meses), alcoholismo/drogadicción, embarazo y otros factores de índole mental o social.

Variabes: *Función sexual (FS), Disfunción sexual femenina (DSF).* Aspectos relacionales: iniciativa sexual y el grado de comunicación sexual. *Dominios evaluadores de la función sexual (DEFS):* deseo, excitación, lubricación, orgasmo, problemas con la penetración vaginal y ansiedad anticipatorio. *Índice de función sexual (IFS):* criterio diagnóstico para función sexual en mujeres y pesquisar alteraciones en su función sexual. *Variable adicionales:* Escolaridad (años cursados); estado civil (soltera, casada, separada, conviviente, otro); tiempo de relación con la pareja actual (< 1 año, 1-3 años, 4 y más años); condición de tenencia de la vivienda (vive de allegada (si, no)

Mediciones: A través del instrumento diseñado y validado por un comité de expertos, formado por médicos de la familia y psicólogos clínicos con formación y experiencia en sexología (Sánchez et al, 13). El instrumento evalúa las distintas fases de la respuesta sexual de la mujer en iniciativa y grado de comunicación sexual con la pareja y la disfunción sexual (DSF). Permite describir la FS en 2 dominios: *dominios evaluadores de la función sexual (DEFS) y dominios descriptivos.*

El cuestionario consta de 14 preguntas cerradas y una alternativa con respuestas mediante una escala Likert de 5 valores que se integran en dominios. Las preguntas incluidas en los DEFS puntúan de 1 a 5, las preguntas de dominios descriptivos no tienen valores cuantitativos, ayudan a reconocer frecuencia sexual, existencia de pareja y otras esenciales para el diagnóstico de DSF en la encuestada o en su pareja sexual.

La medición de la FS, se realiza en base de las puntuaciones establecidas por el instrumento. Para cada dominio el cálculo del indicador es porcentual, indica la proporción del máximo esperado por dominio, por ejemplo para ID: 5 puntos para el 100% del dominio.

Índices de dominio DEFS :

i	DOMINIO	INDICADOR
1	Deseo, ID	$D = \sum_{i=1}^3 I_i$
2	Excitación, IEXC	$IEXC = \sum_{i=1}^3 I_i$
3	Lubricación, ILUB	$ILUB = \sum_{i=1}^1 I_i$
4	Orgasmo, IORG	$IORG = \sum_{i=1}^1 I_i$
5	Problemas Penetración Vaginal, IPP	$IPP = \sum_{i=1}^3 I_i$
6	Ansiedad Anticipatoria, IAA	$IAA = \sum_{i=1}^1 I_i$

Del registro de las respuestas, a cada una de las proposiciones incluidas en el instrumento, se diagnostica la presencia de DFS si el valor porcentual, al menos en uno de los 6 primeros DEAS, es $\leq 50\%$.

Criterios de Indicador de DFS (ID) y puntos de corte por dominio:

Función sexual normal (ID = 0) con punto de corte en el dominio $> 50\%$;

DS moderada (ID = 1) con punto de corte en el dominio > 25 a 50% ;

DS severa (ID = 2) con punto de corte en el dominio 0 a 25% .

Índice de Función Sexual (IFS): Un criterio diagnóstico de una posible DS en la mujer, selecciona los 6 primeros DEAS y calcula el indicador según *expresión 1:* donde ID es la calificación del índice del dominio i-esimo: i de 1 a 6.

$$IFS = \sum_{i=1}^6 D_i$$

Expresión 1: Indicador

Calificación para Función Sexual: Puntos de corte IFS:

IFS Normal punto de corte 0; *DS moderada* punto de corte 1 a 6 puntos, *DS severa* punto de corte \geq

a 7 puntos. Mientras menos respuestas esperadas por dominio aumenta el puntaje de calificación para el IFS.

Prueba piloto: El instrumento fue validado en 10 mujeres, en dependencias del consultorio, previo consentimiento informado de las participantes. Con esta información se corrigieron las preguntas que resultaron confusas para facilitar su comprensión. Se realizó procesamiento y análisis estadístico de los datos para evaluar la validez y confiabilidad del instrumento. Las mujeres que participaron en la prueba piloto no fueron incluidas en el estudio definitivo.

Recolección de la información: A través de entrevistas individuales, cara a cara, por una estudiante tesista previamente entrenada. Se informó a cada mujer sobre los objetivos del estudio garantizando privacidad, confidencialidad, anonimato y libertad de decidir su participación. Todas las mujeres dieron su consentimiento informado.

Procesamiento y análisis estadístico: El procesamiento de datos comenzó con la codificación y crítica de la información obtenida para todos los ítems del instrumento, condición que cumplieron 89 mujeres. Para el procesamiento y análisis estadístico de la base

de datos depurada se usó los programas Epi Info 6,04 y SPADN. Se calculó frecuencias absolutas y relativas, estadígrafos de posición y dispersión, y valores modales. El test chi-cuadrado fue usado para comparar las características sociodemográficas y para medir asociación entre presencia del atributo y el IFS. Diferencias de $p < 0,05$ fueron consideradas significativas. Se presenta en forma gráfica el análisis de correspondencia múltiple entre los factores supuestos como condicionantes de función sexual y las variables adicionales incluidas.

RESULTADOS

Treinta años fue la edad promedio de las mujeres y por grupos etarios de 21 años para mujeres con 15 a 25 años, de 30 años para mujeres de 26 a 35 años y de 40 años en mujeres de 36 a 49 años. El perfil biosociodemográfico evidencia que las mujeres de menor edad tienen mayor escolaridad (Fisher = 6,7, $p < 0,05$). La condición civil no legalizada predominó en el grupo más joven, situación que se revierte a mayor edad de la mujer. Una de cada tres mujeres vive de allegada a otra familia, con 1 por cada dos en mujeres de 26 a 35 años. La distribución por sectores de residencia fue homogénea. (Tabla 1).

Tabla 1:

Perfil sociodemográfico de la población en estudio. CESFAM "Rahue Alto" Osorno. 2005

Variables sociodemográficas	Categorías	Edad Mujeres							
		15-25 n= 34		26-35 n= 27		36-49 n= 28		Total n= 89	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Escolaridad ‡	Básica	4	11,4	6	22,2	16	57,1	26	29,2
	Media	26	77,2	19	70,4	11	39,3	56	62,9
	Superior	4	11,4	2	7,4	1	3,6	7	7,9
Estado civil	Soltera	14	41,2	5	18,5	4	14,3	23	25,8
	Casada	6	17,6	11	40,7	15	53,6	32	36,0
	Separada					1	3,6	1	1,1
	Conviviente	14	41,2	11	40,7	7	25,0	32	36,0
	Otro					1	3,6	1	1,1
Sector residencia	1	12	35,3	10	37,0	8	28,6	30	33,7
	2	7	20,6	9	33,3	7	25,0	23	25,8
	3	15	44,1	8	29,6	13	46,4	36	40,4
Tiempo de relación con pareja actual	< 1 año	6	17,6	3	11,1			9	10,1
	1-3 años	17	50,0	4	14,8	5	17,9	26	29,2
	≥4 años	11	32,4	20	74,1	23	82,1	54	60,7
Vive de allegada	Sí	10	29,4	13	48,1	4	14,3	27	30,3
	No	24	70,6	14	51,9	24	85,7	62	69,7

‡ Diferencias estadísticamente significativas en escolaridad por edad (Fisher = 6,7, $p < 0,05$)

El índice de evaluación de la función sexual fue normal para el 47,2% de las mujeres, condición que a mayor edad muestra una tendencia hacia la disfunción sexual moderada, $p > 0,05$, (ver gráfico1). El deseo sexual fue el dominio de la función sexual más frecuentemente alterado (38,2%), seguido de trastorno de la excitación (11,2%), ausencia de lubricación (11,2%), trastorno del orgasmo (11,2%), con el 4,5% de problemas con la penetración vaginal y 10,1% con ansiedad anticipatorio. Las mujeres con problemas en la penetración vaginal indicaron que el dolor y la falta de interés fueron las causas determinantes. Por edad de la mujer no se observaron diferencias significativas, no obstante, los resultados muestran deseo sexual hipoactivo, trastornos de la excitación y lubricación en mujeres de 36 a 49 años de edad, $p > 0,05$. (Tabla 2).

Gráfico 1:
Distribución porcentual del índice de función sexual (IFS) según edad de las mujeres, CESFAM "Rahue Alto" Osorno. 2005

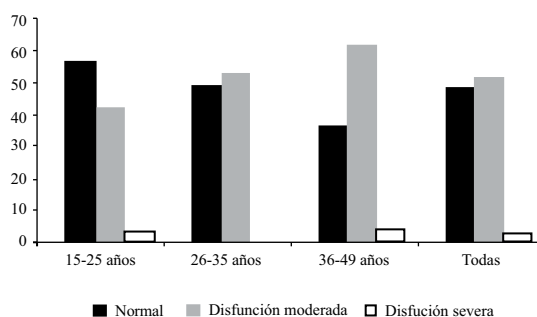


Tabla 2:
Perfil del dominio de la función sexual según edad de las mujeres. CESFAM "Rahue Alto" Osorno. 2005

Dominios de la función sexual	Categorías	Edad Mujeres							
		15-25 n= 34		26-35 n= 27		36-49 n= 28		Total n= 89	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Deseo	Normal	25	73,5	15	55,6	15	53,6	55	61,8
	T. Moderado	9	26,5	12	44,4	11	39,3	32	36,0
	T. Severo					2	7,1	2	2,2
Excitación	Normal	30	88,2	26	96,3	23	82,1	79	88,8
	T. Moderado	4	11,8	1	3,7	4	14,3	9	10,1
	T. Severo					1	3,6	1	1,1
Lubricación	Normal	31	91,2	25	92,6	23	82,1	79	88,8
	T. Moderado	2	5,9	2	7,4	4	14,3	8	9,0
	T. Severo	1	2,9			1	3,6	2	2,2
Orgasmo	Normal	29	85,3	27	100	23	82,1	79	88,8
	T. Moderado	3	8,8			5	17,9	8	9,0
	T. Severo	2	5,9					2	2,2
Problemas penetración vaginal	Normal	32	94,1	27	100	26	92,9	85	95,5
	T. Moderado	2	5,9			2	7,1	4	4,5
	T. Severo								
Ansiedad anticipatoria	Normal	29	85,3	26	96,3	25	89,3	80	89,9
	T. Moderado	5	14,7	1	3,7	3	10,7	9	10,1

Desde la muestra, en los aspectos relacionales de la actividad sexual se puede decir que: 1 de cada 2 mujeres no toma la iniciativa, 1 de cada 2 disfruta la actividad sexual, 1 de cada 2 casi siempre – siempre comunica a su pareja lo que le gusta o desagrada en sus encuentros sexuales y 2 de cada 3 se declaran

bastante satisfecha con su vida sexual durante las últimas 4 semanas. Según edad, los aspectos relacionales más alterados de la actividad sexual se presentan en mujeres mayores con disminución de la frecuencia de las relaciones sexuales. (Tabla 3)

Tabla 3:
Perfil del dominio de la función sexual según edad de las mujeres. CESFAM “Rahue Alto” Osorno. 2005

Actividad sexual en el último mes	Categorías	Edad Mujeres							
		15-25 n= 34		26-35 n= 27		36-49 n= 28		Total n= 89	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Frecuencia *	1 a 2 veces	4	11,8	4	15,4	5	18,5	13	14,9
	3 a 4 veces	9	26,5	5	19,2	9	33,3	23	26,4
	5 a 8 veces	7	20,6	5	19,2	7	25,9	19	21,8
	9 a 12 veces	5	14,7	5	19,2			10	11,5
	> de 12 veces	9	26,5	7	26,9	6	22,2	22	25,3
Tomó la iniciativa	Nunca	8	23,5	5	18,5	12	42,9	25	28,1
	Raramente	6	17,6	3	11,1	6	21,4	15	16,9
	A veces	16	47,1	14	51,9	9	32,1	39	43,8
	A menudo	2	5,9	4	14,8			6	6,7
	Casi siempre- siempre	2	5,9	1	3,7	1	3,6	4	4,5
Disfrutó su relación sexual	Nunca	1	2,9	1	3,7	2	7,1	4	4,5
	Raramente	1	2,9	2	7,4	1	3,6	4	4,5
	A veces	4	11,8	1	3,7	7	25,0	12	13,5
	A menudo	10	29,4	3	11,1	4	14,3	17	19,1
	Casi siempre-siempre	18	52,9	20	74,1	14	50,0	52	58,4
Comunicó a su pareja lo que le gusta o desagrada en sus encuentros sexuales	Nunca	8	23,5	6	22,2	5	17,9	19	21,3
	Raramente	1	2,9	3	11,1	3	10,7	7	7,9
	A veces	3	8,8			1	3,6	4	4,5
	A menudo	2	5,9	2	7,4	5	17,9	9	10,1
	Casi siempre-siempre	20	58,8	16	59,3	14	50,0	50	56,2
Satisfacción con su vida sexual	Muy insatisfecha			1	3,7	3	10,7	4	4,5
	Bastante Insatisfecha	2	5,9	2	7,4	2	7,1	6	6,7
	Ni satisfecha ni insatisfecha	10	29,4	5	18,5	10	35,7	25	28,1
	Bastante satisfecha	22	64,7	19	70,4	13	46,4	54	60,7

El análisis de correspondencia múltiples con las características de estado civil y edad permitió reconocer cuatro grupos para comportamiento de la función sexual atendiendo a los dominios del instrumento aplicado (Factor 1: excitación, lubricación y Factor 2: deseo y problemas con la penetración) *Grupo 1*: disfuncional, algunos casos con trastorno severo de lubricación y excitación; *Grupo 2*: algunos casos de mujeres jóvenes con relación de pareja breve, reportando trastorno moderado de excitación, problemas de penetración y ansiedad anticipatorio; *Grupo 3*: mujeres con trastorno severo en deseo y orgasmo y trastorno moderado de excitación; *Grupo 4*: mujeres adultas que se proyectan sanas en cuatro dominios (penetración, deseo sexual,

sin ansiedad anticipatoria y excitación (FS) o con trastornos moderados de orgasmo y deseo (Gráfico 2). El análisis de correspondencia múltiple con todas las variables sociodemográficas y los dominios de la función sexual insinúa tres grandes grupos separados (Factor 1: orgasmo y excitación y Factor 2: lubricación y deseo) *Grupo 1*: corresponde a comportamientos sanos y con trastorno moderado en los dominios de lubricación y deseo, para la mayoría de mujeres en todas las edades y condiciones sociales; *Grupo 2*: algunas mujeres que manifiestan trastornos severos en lubricación y excitación; *Grupo 3*: algunas mujeres que manifiestan trastornos severos de orgasmo y deseo, con trastorno moderado de excitación. (Gráfico 3)

Gráfico 2:
Clasificación del comportamiento de Función Sexual de mujeres, CESFAM "Rahue Alto" Osorno. 2005

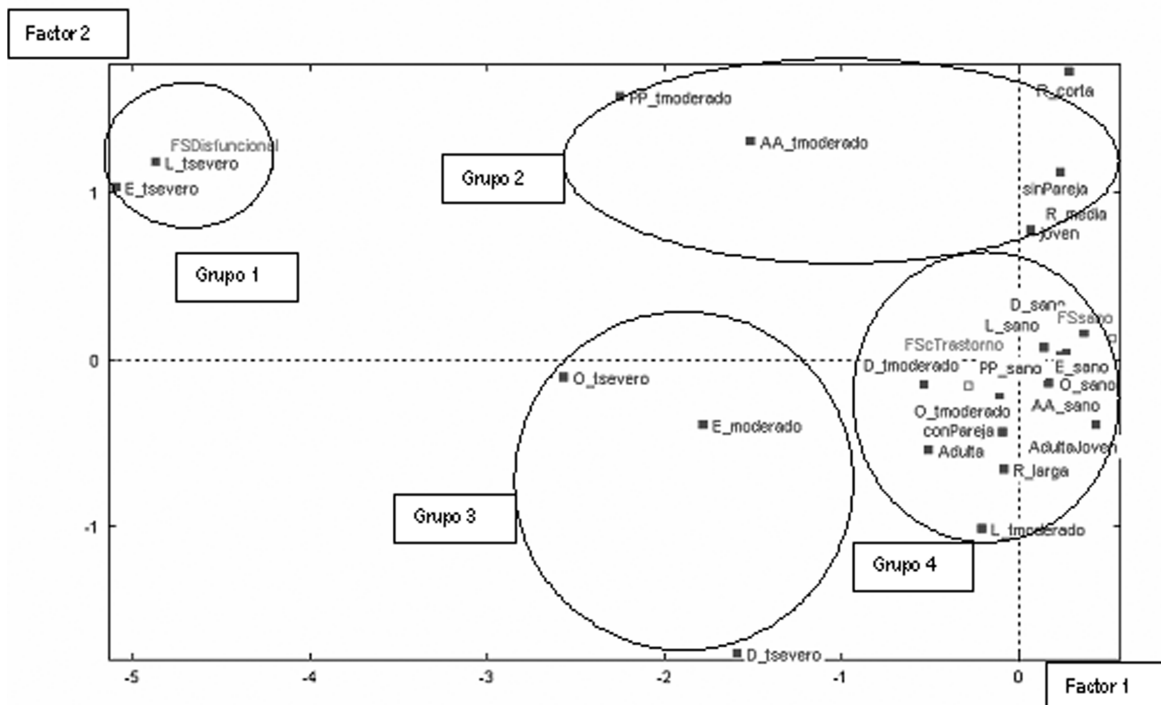
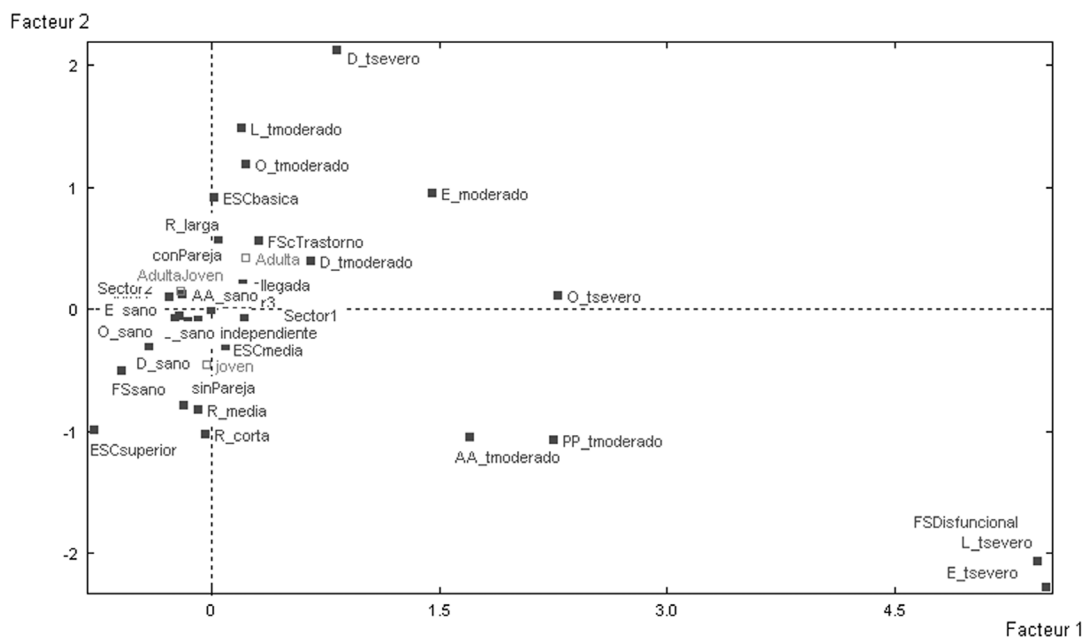


Grafico 3:
Análisis de Correspondencias Múltiples para caracterización de Función Sexual y condiciones sociodemográficas de mujeres, CESFAM "Rahue Alto" Osorno. 2005.



DISCUSIÓN

Los índices de función sexual para mujeres han sido desarrollados para el diagnóstico y monitoreo clínico de disfunciones sexuales (14). En nuestro estudio, el índice de función sexual permitió detectar que casi la mitad de las mujeres disfruta de una función sexual normal (47,2%) otros estudios reportan evidencia de 43% de disfunciones sexuales en mujeres y 31% en hombres (15). El análisis de correspondencia múltiple insinuó tres grandes grupos separados por dos factores: orgasmo-excitación y lubricación-deseo, es decir, de aquellos dominios que en el cuestionario están caracterizados por varios ítems (13). La agrupación de factores no mostró que los factores de respuesta sexual se deriven de la construcción psicosocial individual y de la normativa de la sexualidad del contexto socio-cultural. La posición feminista invalida las asociaciones cuantitativas, porque sólo sirve para estigmatizar la función sexual femenina y reforzar la subyugación de las mujeres a la hegemonía y explotación de la industria farmacéutica

(16). Más que clasificar, lo que se requiere es problematizar las definiciones sobre "normalidad" de la función sexual femenina y explorar la subjetividad de los discursos y practicas socioculturales (16). Se reconoce la edad como predictora de mayor riesgo de disfunción sexual, porque el riesgo se cuadruplica en mujeres mayores de 44 años, (17,18). El 23,3% de mujeres de 40 a 44 años, presenta algún trastorno de la función sexual, cifra que se incrementa a 61,5% en mujeres entre 50-54 años. El interés, las fantasías sexuales y respuestas a códigos visuales, escritos o verbales persisten con la edad, no obstante, la mujer puede ser poco receptiva a la actividad sexual porque su pareja tiene pobres habilidades sexuales y en este caso la disfunción es por la pareja (10,19). A lo anterior se agrega asociaciones de la edad con pobre imagen corporal que tienen las mujeres con disfunción sexual (20), por el deterioro físico gradual que se produce con el envejecimiento.

Se ha reconocido la asociación entre edad y escolaridad de la mujer con deseo sexual hipoactivo, la frecuencia de relaciones sexuales disminuye a mayor edad y la mayor educación se asocia a menor riesgo de falla orgásmica (17). Mujeres que no terminaron sus estudios presentan deseo sexual disminuido (42%), mientras que aquellas que han finalizado sus estudios solo se da en un 24%. Un nivel educacional mayor y la estabilidad con la pareja son factores protectores de disfunción sexual (1, 18, 21).

La disfunción sexual relacionada con deseo sexual hipoactivo puede ocasionar una fuerte aversión hacia todo lo relacionado con el sexo en general y con el sexo opuesto en lo particular, llegando incluso a sentir rechazo hacia el acto sexual (22, 23). En el Hospital Clínico de la Universidad de Chile se informó 38% de deseo sexual hipoactivo en mujeres consultantes en la unidad de sexualidad humana (1). En la región de la Araucanía de Chile se observó que en el 49% de las mujeres el deseo sexual nunca existió (1). Otro estudio, reportó un 34,9% de mujeres con deseo sexual inhibido, con asociación estadísticamente significativa con el nivel educacional de la mujer y de la pareja, situación laboral de la pareja, satisfacción de las necesidades básicas, satisfacción sexual, y satisfacción con la relación de pareja (24).

Hay consenso internacional que la desinformación sobre sexualidad afecta la respuesta sexual satisfactoria. Para reducir estos trastornos es fundamental la educación sexual, el desarrollo de una autoconciencia de género y claridad de las diferencias de género en el interés sexual y problemas sexuales (5, 21). Los resultados presentados sobre aspectos relacionales de la actividad sexual muestran que 50% de las mujeres no toma la iniciativa sexual y 29,2% nunca o rara vez comunica a su pareja lo que le gusta o desagrada en sus encuentros sexuales. Esto se podría explicar por desigualdades entre los géneros que se plasman en la sexualidad femenina, que ha sido un espacio donde existen más prohibiciones, pero también existen concesiones y planteamientos ambiguos (25). El cuerpo femenino es regulado socialmente por el aprendizaje social del significado de ser mujer, que resguarda la conformación de la identidad tradicional de género (26). La familia construye y perpetúa las asimetrías

de poder en las relaciones de género y recorta la capacidad de negociación y la autonomía femenina (27). Los estereotipos de género de mujeres sumisas y hombres poderosos pueden restringir el acceso a la información, entorpecen la comunicación y promueven el comportamiento de riesgo en las mujeres y los hombres en formas diferentes, pero igualmente peligrosas (19, 28). A las mujeres les resulta difícil asumir que tienen deseos sexuales, por tanto tienden a esperar que sean sus parejas quienes las busquen y quienes inicien la actividad sexual. Es necesario incluir en este análisis la importancia de creencias y mitos como sustrato de vulnerabilidad de la respuesta sexual y disfunciones sexuales (29). Algunos de estos mitos y creencias señalan que "aquellas mujeres que toman la iniciativa en el sexo son inmorales", "el sexo sólo debe ser estimulado por el hombre". Lo anterior, ha definido posturas conservadoras para la mayoría de las mujeres con disfunción sexual (20).

La actitud de la sociedad frente al comportamiento sexual ha variado hacia una mayor libertad. Un aspecto importante de este cambio es el reconocimiento, aceptación y preocupación por la respuesta sexual de la mujer y su satisfacción. Para conseguir una salud sexual plena y segura es necesario que los derechos sexuales de las personas (como el derecho al placer sexual, a la expresión sexual emocional, a información basada en el conocimiento científico, a la educación sexual integral, a la atención de la salud sexual) se reconozcan y garanticen considerando las diferencias de género.

Referencias

- 1 Charnay, M. y Henríquez, E. 2003 Prevalencia del deseo sexual inhibido en mujeres en edad fértil y factores relacionados. *Cienc. enferm.* 9:55-64
- 2 Baldwin, D. 2001 Depression and sexual dysfunction. *Br Med Bull* 57:81-99.
- 3 Farley, D., Singh, D., Menendez, D., Fertel, E., Fernández, F., Salgado, C. 2005 The role of sexual functioning in the sexual desire adjustment and psychosocial adaptation of women with hypoactive sexual desire. *Canadian Journal of Human Sexuality* 14:1-2
- 4 Derogatis, L., Rust, J., Golombok, S., Bouchard, C., Naghtigall, L., Rodenbergh, C. et al. 2004 Validation of the Profile of Female Sexual Function (PFSF) in

- Surgically and Naturally Menopausal Women. J Sex Marital Ther* 30:25-36
- 5 Guibert, W., Prendes, M., Portuondo, V. 1998 Factores asociados con la aparición de disfunciones sexuales en una población femenina. *Rev Cubana Med Gen Integr* 14:15-21
 - 6 Warnock, J. 2002 Female Hypoactive Sexual Desire Disorder Epidemiology, Diagnosis and Treatment. *CNS Drugs* 16:745-753
 - 7 Gramegna, G., Blumel, J., Roncagliolo, M., Aracena, B., Tacta, X. 1998 Patrones de conducta sexual en mujeres chilenas. *Rev Méd Chile* 126:162-168
 - 8 Drew J. 2003 The myth of female sexual dysfunction and its medicalization. *Sexualities, Evolution & Gender* 5:89-96
 - 9 Richardson, M 2003. What is female sexual dysfunction. *Harvard Women's Health Watch* 10:1-3
 - 10 López-Olmos, J. 2003 Problemas sexuales de la pareja de la mujer posmenopáusica con tratamiento hormonal sustitutivo (THS). *Clin Invest Ginecol Obstet* 30:333-338
 - 11 Bean, J. 2002 Expressions of Female Sexuality. *J Sex Marital Ther* 28:29-38
 - 12 Wiegel, M., Meston, C., Rosen, R. 2005 The Female Sexual Function Index (FSFI): Cross-Validation and Development of Clinical Cutoff Scores, *J Sex Marital Ther* 31:1-20
 - 13 Sánchez, F., Pérez, M., Borrás, J., Gómez, O., Aznar, J., Caballero, A. 2004 Diseño y validación del cuestionario de Función Sexual de la Mujer (FSM). *Aten Primaria* 34:286-94
 - 14 Meston, C. 2003 Validation of the female sexual function index (FSFI) in women with female orgasmic disorder and women with hypoactive sexual desire disorder. *J Sex Marital Ther* 29:39-46
 - 15 Leiblum, S. 2002 Reconsidering gender differences in sexual desire: an update *Sexual & Relationship Therapy* 17:57-68
 - 16 Lavie-Ajayie, M. 2005 "Because all real women do". The construction and deconstruction of "female orgasmic disorder". *Sexualities, Evolution & Gender* 7:57-72
 - 17 Blumel, J., 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 hormonal de reemplazo. *Rev. Méd. Chile* 130:1131-1138
 - 18 Blumel, J., Binfa, L., Cataldo, P., Carrasco, A., Izaguirre, H., Sarra, S. 2004 Índice de función sexual femenina: un test para evaluar la sexualidad de la mujer. *Rev Chil. Obstet. Ginecol.* 69:118-125
 - 19 Basson, R. 2001 Are the Complexities of Women's Sexual Function Reflected in the New Consensus Definitions of Dysfunction? *Journal of Sex & Marital Therapy* 27:105-112
 - 20 Nobre, P. & Pinto-Gouveia, J. 2006 Dysfunctional Sexual Beliefs as Vulnerability Factors for Sexual Dysfunction. *Journal of Sex Research* 43:68-75
 - 21 Laumann, E., Paik A, Rosen C. 1999 Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *JAMA* 281:537-544
 - 22 Herrera, R., & Llaca, V. 2004 Trastornos sexuales durante el climaterio. *Revista Climaterio* 7:62-77
 - 23 Aliaga, P., Ahumada, S., Villagran, O., Santamaría, M., Manzor, S., Rojas, O. 2000 Disfunciones Sexuales: Asistencia Clínica y Factores Asociados en Ginecología. *Rev Chil de Obstet Ginecol* 65:444-452
 - 24 Keiser, F. 1996 Sexuality in the elderly. *Urol Clin North Am* 23:99-109
 - 25 Gómez, E. 2002 Equidad de género en las políticas de reforma del sector de la salud de América Latina y el Caribe. *Rev Panam Salud Pública. Disponible en: www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892002000500020&lng=en&nr m=iso* (acceso 14 junio 2004).
 - 26 Vicenty, C. 2003 Socialización, lenguaje y educación: una mirada desde el enfoque de género. *Rev Antropol Experimental* 3:1-3
 - 27 Kiratzis, A. 2001 Children's gender indexing in language: from the separate worlds hypothesis to considerations of culture, context, and power. *Research on Language & Social Interaction* 34:1-13.
 - 28 Henry, K. 2002 Estereotipos ponen en peligro la salud sexual. *Net work en español, Family Health International (FHI), Disponible en: <http://www.fhi.org/sp/networks/sv21-4/ns2142.html>*
 - 29 Martín-Cano, F. 2002 Comparación entre sexualidad humana y animal. *Revista Familia; Revista Cultural y Educativa (Disponible en <http://es.geocities.com/contraandrocentrismo/sexualidad.html>*. Consultado el: 10/10/2004)