



**UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE LA HABANA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS MANUEL FAJARDO
POLICLÍNICO DOCENTE FEDERICO CAPDEVILA MIÑO**

**Autopercepción de la salud sexual en mujeres de edad
mediana. Policlínico Federico Capdevila Miño, 2017-2018**

**Tesis para optar por el Título de
Máster en Investigaciones de Climaterio y Menopausia**

Autora: Dra. Aimé Nápoles Betancourt

Tutora: Dra. MSc. Ada Caridad Alfonso Rodríguez

La Habana

2019

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE LA HABANA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS MANUEL FAJARDO
POLICLÍNICO DOCENTE FEDERICO CAPDEVILA MIÑAO



**Autopercepción de la salud sexual en mujeres de edad
mediana. Policlínico Federico Capdevila Miñao, 2017-2018**

**Tesis para optar por el Título de
Máster en Investigaciones de Climaterio y Menopausia**

Autora: Dra. Aimé Nápoles Betancourt

Tutora: Dra. MSc. Ada Caridad Alfonso Rodríguez

La Habana

2019

“La mujer transita por la vida como flor que nace y crece, dejando el extracto de su perfume”

Aime Nápoles Betancourt
20 de enero de 2019

Dedicatoria

A la memoria de mi madre, a mi padre, por su constante aliento

A mis hijas

A mi compañero, el impulsor, lo constante e incondicional

A la vida, por darme la oportunidad

Agradecimientos

A todos mis seres queridos;

A mi tutora Dra. Ada Caridad, por ser una guía oportuna en cada paso de la investigación,

A la Dra. Daysi Navarro por su confianza y esmero;

Al profesor Dr. Lugones y a todos los profesores de la maestría por la calidad y entrega en los conocimientos aportados;

A la enfermera y al médico del consultorio No. 10 , por su apoyo incondicional;

A mis compañeros de la maestría y a los bibliotecarios, dispuestos y necesarios.

RESUMEN

Introducción: El estudio es una caracterización a la salud sexual de las mujeres de edad mediana, que remite a considerar su carácter y al conjunto de factores que intervienen; en cuanto a los componentes: biológico, motivo-afectivo- relacional y lo cognitivo, que integran al conjunto de condiciones, estructuras, fisiología, comportamientos y contextos socioculturales que permiten el ejercicio de la sexualidad. **Objetivo:** Es caracterizar la autopercepción acerca de la salud sexual de un grupo de mujeres de edad mediana atendidas en el consultorio No. 10 del Policlínico “Federico Capdevila Miñau”. Que cumplen objetivos específicos como diagnosticar los factores socio-culturales y biológicos que inciden en su salud sexual y su descripción.

Material y método: Se realizó una investigación descriptiva, de corte transversal, aplicada y analítica, con un diseño mixto, pues se aplicaron técnicas de la investigación cualitativa y la cuantitativa. Se utilizó la entrevista semiestructurada a profundidad , y variables socioculturales y Instrumentos para medir la intensidad del SC, el Test de percepción del funcionamiento familiar – FF-SIL, el Índice de condicionamiento de género -ICG y el Test de percepción de satisfacción personal – ISP RELEBA.

Resultados: Se estudiaron 19 mujeres, de ellas, entre 50-54 años (42,1%) y 55-59 años (31,6%), siendo la edad promedio 51.8 años, Entre los datos relevantes aportados: tener pareja estable fueron 12 mujeres (63%), de las cuales 26% tienen una familia funcional. Predominando la familia disfuncional (10.5%). En cuanto al Funcionamiento familiar, las familias entre disfuncional y severamente disfuncional en un 69%. **Conclusiones:** Predominó en el estudio las mujeres postmenopáusicas, con una intensidad del síndrome climatérico muy molesto y los síntomas psicológicos fueron los de mayor prevalencia, lo que requiere analizarse en el contexto de una cotidianidad signada por los roles de cuidado, entre otras importantes conclusiones.

Palabras clave

Autopercepción, climaterio, menopausia, deseo sexual, salud sexual, género, disfunción

Índice

Introducción	1
Problema científico	5
Objetivo general	5
Objetivos específicos	5
Novedad Científica	6
Capítulo I Marco Teórico	7
1.1 Breve reseña histórica	7
1.2 La edad mediana y elementos fisiológicos de la función sexual, el climaterio y la menopausia	9
1.3 Elementos relacionados con la autopercepción	13
1.4 Conceptos	16
1.5 Salud sexual, sexualidad, violencia de género y sociedad	18
Capítulo II Diseño metodológico	28
2.1 Tipo de estudio	28
2.2 Período y lugar donde se desarrolló el estudio	28
2.3 Universo	28
2.4 . Muestra	28
2.5 . Criterios de inclusión	28
2.6 . Criterio de exclusión	29
2.7. Definición y operacionalización de las variables	29
2.8 . Técnicas y Procedimientos	34
2.8.1 . De obtención de la información	34
2.9 . Instrumentos utilizados	35
2.10 . Consideraciones éticas	37
Capítulo III Análisis y Discusión de resultados	39

3. Características generales del grupo de mujeres estudiadas	39
3.1 - Características sociodemográficas	41
3.2 -Características biológicas y reproductivas	42
3.3 - Características de estilos de vida, convivencia y de autocuidado	42
3.4 Las voces de las mujeres	52
3.5 Ser mujer	53
3.6 Sexualidades	57
3.7 Comunicación efectiva acerca de la sexualidad.....	58
3.8 Deseo sexual	59
3.9 Satisfacción personal	63
3.10 Autocuidados	63
3.12 Violencias en las relaciones de pareja	64
3.13 Elementos integradores de las mujeres que sufrieron violencia.....	66
IV Conclusiones y Recomendaciones	72

V Referencias bibliográficas

VI Anexos

Introducción

Se entiende que la mujer de edad mediana, representa la línea de separación entre la adulta joven y la mujer de la tercera edad. Es la etapa de su ciclo vital, comprendida entre los 40 y los 59 años de edad, en la que acontece el climaterio, periodo en que ocurre el tránsito de la etapa reproductiva a la no reproductiva;^{1, 2} lo que no significa el cese de la sexualidad, puesto que esta acompaña a la persona como un reflejo del pulso vital y será imagen del momento de la vida en el que la persona se encuentra.³

El concepto de Salud Sexual emitido por la Organización Mundial de la Salud (OMS), refiere que: " La Salud Sexual es un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad y no solamente la ausencia de enfermedad, disfunción o incapacidad. La salud sexual requiere de un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y las relaciones sexuales, así como de la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de coerción, discriminación y violencia ".^{4, 5}

En cuanto a la salud sexual en esta etapa del curso de vida, edad mediana, ocurren cambios biológicos propios del envejecimiento humano, donde la mujer se asocia a la pérdida gradual y progresiva de la función ovárica debido al agotamiento de las reservas ováricas de ovocitos que producen un déficit estrogénico. Este proceso o etapa natural en la vida de la mujer se denomina: climaterio y ocurre como evento puntual, la menopausia.⁶

El climaterio se acompaña de síntomas y signos (Síndrome Climatérico-SC), que se manifiestan en el aparato urogenital, cardiovascular, osteomioarticular y en el sistema nervioso central, cuya expresión clínica (magnitud e intensidad) dependerá de las características personales, los factores psicológicos y los socioculturales, el patrón biológico y el estado de salud de las mujeres.^{1, 7, 8, 9, 10}

Se requiere diferenciar de los síntomas y malestares de las mujeres, cuales son asociados con el cese de la función estrogénica y cuáles no.¹¹

La perspectiva del género permite develar las experiencias que viven las mujeres durante la etapa del climaterio y la postmenopausia, sus vivencias, sus códigos; y comprender, la percepción que tienen acerca de su salud sexual. Esto supera la visión biomédica y pondera el enfoque médico social como pilar fundamental para la atención a las mujeres de edad mediana.^{1, 11} Además, posibilita identificar el grado o no de empoderamiento de las mujeres con el cuidado de su salud sexual como componente integral del derecho al goce del grado máximo alcanzable de salud.

Una aproximación a la salud sexual de las mujeres de edad mediana, remite a considerar el carácter pluridimensional y el conjunto de factores intervinientes, en cuanto a los componentes: biológico, motivo-afectivo- relacional y lo cognitivo;² sin desdeñar el conjunto de condiciones, estructuras, fisiología, comportamientos y contextos socioculturales que permiten el ejercicio de la sexualidad. Incluye además, los sentimientos, la manera de expresar y de relacionarse, las representaciones, las subjetividades y los comportamientos de las mujeres de edad mediana.¹²

Género, dado que esta no es una categoría descriptiva, sino una normativa que determina la percepción social de las mujeres y de los varones, brindando un acercamiento a las determinantes sociales de salud, tema este que ha sido profundamente debatido por estudiosos e investigadores.^{13,14}

Existe una asociación directa entre la sobrecarga de los diferentes roles de género asignados a la mujer en su vida cotidiana, las relaciones de familia y las laborales con la aparición de la sintomatología del síndrome climatérico de percepción variable en su intensidad pero que irremisiblemente influyen negativamente en la calidad de vida^{15, 16,17} y por tanto en su salud sexual como componente inseparable de la calidad de vida.

Al hablar de la percepción de un individuo cuando tiene lugar en su medio de existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores de la sociedad en que vive, se relaciona entonces con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, e inquietudes¹⁸, se trata de un concepto muy amplio, que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno, por lo cual, como punto de partida para este concepto, cuando se evalúa la salud

sexual de estas mujeres en edad mediana, se tendrá en cuenta tanto sus representaciones, sus subjetividades y sus comportamientos¹², así como las creencias, tabúes y toda estructura cultural creada alrededor de la sexualidad, teniendo impacto en la percepción de cada mujer, acorde a su medio de convivencia. Estas manifestaciones, marcarán en la salud sexual, y permitirá ser evaluada a través de una interpretación de género y de la sexualidad como construcción sociocultural.¹⁹

La mirada a la salud sexual, emana un pensamiento holístico pues la conducta sexual se determina en gran medida por el sentido de la vida y el sentido personal del individuo sobre la sexualidad, y por su integración al sistema de valores de su estructura social, de ahí que el tratamiento y enfoque de estos problemas deba realizarse y comprenderse con un enfoque multidisciplinario e integral^{1,15} que permita comprender de forma más fiel este ciclo vital¹⁹ y su salud sexualidad, siendo un instrumento sólido para su estudio, la teoría de Eusebio Rubio, quien conceptualizó la Sexualidad como la integración de cuatro potenciales humanos, que dan origen a la teoría de los Cuatro Holones, refiriéndose al Género, el Vínculo Afectivo, el Erotismo y la Reproducción, plantea que "...no es posible limitar la temática de ningún holón sexual a sus dimensiones biológicas, sin perder la posibilidad de una comprensión integral".²⁰

El aumento de la esperanza de vida trae aparejado el incremento de mujeres que viven en este período del ciclo vital; la Organización Mundial de la Salud estima que para el año 2030 más de 1200 millones de mujeres, estarán por encima de los 40 años de edad, lo que supone que se habrá multiplicado por tres su número en apenas 40 años, se considera que el 95 % de las mujeres de los países desarrollados deben pasar por la mediana edad, con una proyección para el 2020 de 967.463.000 mujeres en etapa de climaterio, el 12,22 % de la población total.^{21,22}

De acuerdo a los últimos estudios de la CEPAL, en el año 2016, la cifra de adultos mayores en América Latina y el Caribe fue de 73,5 millones de personas, lo que representa al 11,5% de la población regional y se prevé que este desarrollo alcance para el año 2050 el 26% de la población.²³

Cuba se encuentra entre los cuatro países más envejecidos de América Latina, junto a Uruguay, Argentina y Barbados.²⁴

Los indicadores demográficos de Cuba exponen que la esperanza de vida al nacer, según datos del 2017, va en crecimiento, siendo de 80.45 para las mujeres, las cuales viven 3.95 años más que los hombres; esto unido a una Tasa global de fecundidad en 1.61 (hijos por mujer) trayendo consigo que el número de mujeres que sobrepasan la cuarta década de vida sea mayor y por ende en términos poblacionales es mayor el número de mujeres que se encuentran en la edad mediana.^{25, 26}

Según datos del Anuario Estadístico 2017, en Cuba hay un total de 3 597 728 mujeres en edad mediana, representando el 32% de la población de mujeres y en la provincia de La Habana, el 32,6% de mujeres en edad mediana están representadas por 694 698.²⁵ El área que se propone estudiar está ubicada en el municipio Boyeros y corresponde al Policlínico Federico Capdevila Miñao, donde existe un total de 5738 mujeres en edad mediana, que equivalen al 31,42% de la población total de mujeres, cifra muy similar, en proporción, al dato nacional, de las cuales el 32,3% se circunscriben al Consultorio Médico de la Familia #10, con 121 mujeres en edad mediana, de un total de 374 mujeres en este CMF (datos del ASIS). El área de estudio pertenece a la circunscripción Alta Habana según información socio-administrativa.

En las últimas décadas, la salud sexual de las mujeres de edad mediana, y la sexualidad femenina han sido tratadas tanto en la literatura nacional como en la internacional.²⁷ La investigación en esta área, se ha enfocado en cómo viven las mujeres la sexualidad durante el climaterio, la posmenopausia y el envejecimiento. Los resultados obtenidos expresan la existencia de una prevalencia de disfunción sexual de entre el 25% y 43 % en mujeres de mediana edad.^{27, 28}

Esta investigación tiene el propósito de responder a las líneas de trabajo apoyadas también por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) para promover la obtención de conocimientos holísticos del proceso salud-enfermedad en la mujer climatérica en distintos ambientes físicos y culturales.^{29,30}

En el Policlínico Federico Capdevila, se evidencian similares proporciones demográficas a los indicadores nacionales en el tema de investigación. El por ciento

de mujeres en etapa climatérica se incrementa de ahí que se hace necesario, con vistas a garantizar la calidad de la atención a este grupo poblacional, indagar acerca de la subjetividad de estas mujeres, su sexualidad, las dudas con relación a la sexualidad; las prácticas de autocuidado, los estilos de vida no saludables y otros signos indirectos que podrían estar relacionados con la salud sexual y con una vida sexual no placentera dado que la sexualidad, es parte indisoluble de la vida humana, por tanto, entraña la capacidad de disfrutar de una vida satisfactoria, con placer y sin riesgos.

Cuba tiene una población envejecida, en un contexto sociocultural donde persisten estereotipos de género como rezagos del sistema social patriarcal. La mujer cubana de edad mediana, tiene un rol activo y participativo en la sociedad y la familia aunque persisten factores socioculturales que frenan el desarrollo integral de este grupo humano.

Problema científico

Cuáles son los factores socioculturales y biológicos que inciden en la autopercepción de la salud sexual de las mujeres de edad mediana atendidas en el consultorio 10 del Policlínico “Federico Capdevila Miñau”.

Objetivo general

Caracterizar la autopercepción acerca de la salud sexual de un grupo de mujeres de edad mediana atendidas en el consultorio No. 10 del Policlínico “Federico Capdevila Miñau”.

Objetivos específicos

- Diagnosticar los factores socio-culturales y biológicos que inciden en la salud sexual de las mujeres de edad mediana.
- Describir la autopercepción de las mujeres de edad mediana acerca de la salud sexual, la sexualidad y otros problemas asociados a esta.

Para dar salida a los objetivos se utilizó un diseño de investigación mixto que utilizó como técnicas de recolección de información primaria instrumentos validados en el país y la entrevista en profundidad.

Novedad Científica

La novedad científica de la investigación radica en el acercamiento a la problemática de las mujeres de edad mediana que se atienden en el consultorio 10 del área de salud “Federico Capdevila Miñau” desde la percepción que estas tienen de su salud sexual como sujetos sociales. El estudio permitió profundizar, desde un enfoque de género, en la integración de los factores que configuran la percepción que tiene el grupo estudio sobre los malestares que viven en su cotidianidad y los que se generan, a partir del desempeño de los roles asignados y asumidos socialmente. Es un estudio novedoso en el área de salud, pues las investigaciones realizadas en esta no tienen como grupo estudio a las mujeres de edad mediana, ni buscan profundizar en las principales problemáticas que afectan su salud sexual desde la perspectiva de los sujetos que la vivencian.

El informe de investigación se presenta en tres capítulos, una introducción, conclusiones y recomendaciones. El capítulo I contiene el marco teórico conceptual que sirve de base al estudio; el capítulo II presenta el diseño metodológico que fue esbozado en la presente introducción y por último, el capítulo III recoge los resultados de la presente investigación. El informe cierra con conclusiones y referencias bibliográficas. Se incluye un apartado de anexos para su consulta.

Capítulo I Marco Teórico

1.1 Breve reseña histórica

Existen diversos referentes históricos, en los que se hacen alusiones a la menopausia, uno es, en la obra Génesis: los papiros egipcios y en escritos de Aristóteles. La cultura greco-romana también emitía criterios sobre el proceso menopáusico. El término menopausia fue acuñado por primera vez por Gardanne en Francia en 1816, aludiéndolo primero, como un síndrome menopáusico que se daba en mujeres de clase alta (Chillida & Castillo, 2013; Jiménez, Enríquez & Puentes, 2010; Fernández, Fernández & Belda, 2014). Por otra parte, el término climaterio, del latín “climacter”, significa peldaño o escalón, fue conceptualizado por estudiosos tras el descubrimiento en 1857 de la relación entre la función ovárica y el cese menstrual y menopausia, término del griego menos= mes y pausia = cesación.³¹

Lugones Botell enfoca los estudios sobre este proceso fisiológico de la mujer desde la antigüedad, y lo argumenta desde el conocimiento de hombres de ciencia, como: Hipócrates, Aristóteles y Aecio de Amida, quienes señalaban que la menstruación ocurría hasta los 50 años de edad, criterio que coincide hasta nuestros días, sin embargo ya desde sus conocimientos individuales, Hipócrates ubica el cese de las menstruaciones entre los 45 y 50 años, Aristóteles, en el año 322 a. c., puntualizó el cese de la menstruación alrededor de los 50 años y Aecio de Amida (siglo VI a. c.) refiere que la menstruación no concluye antes de los 35 años y hacia los 50 años.³²

Las publicaciones científicas, que ya comenzaban a circular en el siglo XVII, manifestaban como criterio de la menopausia las hemorragias e irregularidades menstruales que ocurrían en la mujer. En el siglo XIX el enfoque comienza a cambiar y se destacan en la literatura otros síntomas, como el cambio de temperamento y los síntomas psicológicos. Con el siglo XX el estudio se hace más integrador, se comienza a dar importancia a este proceso femenino desde un contexto social, vinculándolo con los cambios y las manifestaciones que pueden presentarse.^{31, 32}

Con las indagaciones de la antropóloga Margaret Lock se define que los síntomas asociados con la menopausia, pueden estar contruidos culturalmente o basados en la genética, es decir, pueden ser biológicamente experimentados pero no percibidos o elaborados culturalmente, o pueden no estar físicamente presentes, incluso no ser reconocidos ni experimentados; por ejemplo, la cesación de la menstruación no es para algunas culturas, el momento a partir del cual la mujer considera que ha entrado en la menopausia.³³

En la actualidad se conoce que muchas de las manifestaciones, guardan estrecha relación con el contexto social en que vive la mujer, sus condiciones de vida, el rol de género que desempeña, constituyen determinantes del proceso salud-enfermedad.³⁴ La concepción antropológica del climaterio se halla íntimamente relacionada con el rol asignado a la mujer en cada sociedad.³⁵

Los estudios sobre el climaterio y la menopausia han reorientado la investigación en la última década, hacia aspectos cualitativos con la intención de profundizar la comprensión de las diferencias y a la vez demostrar con datos etnográficos que la experiencia de la mujer en esta etapa del ciclo vital, era captada de manera parcial por sus métodos de comprensión.³⁶

Ya en la segunda mitad del siglo XX, comenzó la explosión sobre el conocimiento de la sexualidad; ello ha producido un cambio en la demanda de información y esta necesidad se ha incrementado y el tratamiento del tema es más abierto.

La primera investigación que relacionó las alteraciones de la esfera sexual con la fase menopáusica la realizó el Dr. Hallstrom, en 1977, y puso de manifiesto la existencia de una disminución del deseo sexual, de la capacidad para conseguir el orgasmo y de la frecuencia del coito en las mujeres. Años después, en 1993, Rosen y un colectivo de autores, elaboraron un estudio de características similares al primero.³³ Una de las dimensiones del ser humano que históricamente ha creado diferencias en su interpretación y estudio, es la sexualidad, ya que existen diversas opiniones y enfoques respecto a su significado, a su importancia y a las relaciones con los otros aspectos de

la naturaleza humana. De ahí, que cada cultura aborda en forma distinta esta expresión natural.³⁷

1.2 La edad mediana y elementos fisiológicos de la función sexual, el climaterio y la menopausia

Precisamente durante la edad mediana (40-59 años de edad), la mujer transita por el climaterio, proceso del cual hasta una fecha relativamente reciente eran escasos los conocimientos fisiológicos al respecto³⁸; en esta etapa ocurre un importante evento: la menopausia, esta es el cese permanente de la menstruación, representa el fin de la vida fértil de la mujer, su diagnóstico es retrospectivo y se hará después de un periodo de amenorrea mayor de 12 meses, según la OMS.^{1, 2}

Para comprender a que se deben los cambios endocrino-metabólicos que traen consigo las variaciones en el sistema endocrino metabólico, se precisa recordar que el ovario, es una glándula con doble función: - Endocrina: porque produce hormonas (estrógenos, progesterona y en menor cantidad andrógenos) necesarias para un correcto desarrollo del organismo femenino y - Exocrina: porque produce óvulos necesarios para la reproducción.^{39, 40, 41}

La respuesta sexual femenina está controlada por el sistema nervioso central, interviniendo el sistema nervioso parasimpático en la actividad general y los tejidos eréctiles, mientras que el sistema nervioso simpático, controla el orgasmo, siendo producto de cambios anatómicos, hormonales, vasculares y neuronales que ocurren en el organismo, interviniendo diversos neurotransmisores. La respuesta sexual consta de 4 fases:

1. Deseo (libido): deseo de tener actividad sexual, incluyendo pensamientos sexuales, imágenes y deseos.
2. Excitación: sensación subjetiva de placer sexual, acompañada de cambios fisiológicos, que incluyen vasocongestión genital y aumento de la frecuencia cardíaca, presión arterial y frecuencia respiratoria.

3. Orgasmo: pico del placer sexual y liberación de la tensión sexual, contracciones rítmicas de los músculos perineales y de los órganos reproductivos
4. Resolución: relajación muscular y sensación general de bienestar después de la actividad sexual.⁴²

Se realizará un paréntesis a cerca de la excitación sexual, pues este es un estado relacionado con algunos sentimientos específicos, vinculado con los genitales; en las mujeres tiene tres vías principales de expresión:

- Excitación central: caracterizada por activación mental que produce sueños Eróticos, ilusiones o fantasías sexuales voluntarias que pueden activar la excitación periférica física, genital y no genital.
- Excitación periférica no genital: se expresa por aumento de la secreción salival, sudoración, vasodilatación cutánea, erección del pezón, etc.
- Excitación genital: se expresa por congestión de la vulva vestibular y el clítoris, además de lubricación vaginal (Levin, 1992).²

La respuesta endocrina tiene un fundamental papel en el establecimiento del adecuado umbral para la óptima respuesta a los estímulos sexuales. Los estrógenos conservan la salud vaginal, coadyuvan a la lubricación y previenen la dispareunia, entretanto los andrógenos modulan de forma directa a la fisiología de la vagina y del clítoris, al actuar en el tono muscular, tanto del tejido eréctil como de las paredes vaginales, facilitando la excitación y por ende la lubricación vaginal; asimismo influyen a nivel central, como activadores del deseo.⁴³

El comportamiento sexual, aunque no debe modificarse, sufre algunos cambios ocasionados por la presencia de sequedad vaginal, la presencia de prolapsos, la aparición de las enfermedades crónicas dependientes de la aterosclerosis, de la osteoporosis, de desequilibrio endocrino-metabólico y el cáncer entre otras. En esta etapa es frecuente observar una disminución de la libido, dispareunia y anorgasmia, en mujeres que hasta ese momento no tenían dificultades en el área sexual.^{44, 45}

En cuanto a la función sexual es prudente recordar que los estrógenos conservan la salud vaginal, coadyuvan a la lubricación y previenen la dispareunia, entretanto los andrógenos, modulan de forma directa la fisiología de la vagina y del clítoris, al actuar en el tono muscular, tanto del tejido eréctil como de las paredes vaginales, facilitando la excitación y por ende la lubricación vaginal; asimismo influyen a nivel central, como activadores del deseo al igual que la disminución de los andrógenos en la merma del deseo sexual es decir que la respuesta endocrina tiene un fundamental papel en el establecimiento del adecuado umbral para la óptima respuesta a los estímulos sexuales.^{46,47}

La mujer luego de la menopausia pasará un proceso secundario a las variaciones fisiológicas que presenta en el sistema hipotálamo-hipófisis-ovario, debido a la incapacidad del ovario para realizar la función folicular, no hay maduración folicular incrementándose los niveles de la hormona folículo estimulante (FSH) y le sigue la hormona luteinizante (LH); al no existir maduración folicular no existe síntesis y secreción de estradiol y de inhibina, y tampoco se produce progesterona, esta última es la que más disminuye, seguida de los estrógenos y los andrógenos, estos normalmente incrementan la sensación genital y estimulan la libido y el orgasmo, lo cual trae consigo cambios en los genitales externos pues aminoran las fibras de colágeno, el epitelio vaginal se adelgaza, se presenta un aumento en la fibrina y adelgazamiento del tejido conectivo con la respectiva pérdida de los pliegues, disminución de la elasticidad vaginal, sequedad vaginal, disminución de la respuesta vascular al estímulo sexual y cambios en el suelo pélvico, en particular el elevador del ano o diafragma pelviano y los músculos bulbocavernoso e isquiocavernoso, los cuales contribuyen cuando se contraen, con la penetración y las contracciones rítmicas del orgasmo, por ende sus cambios se expresan en dispareunia y disminución del deseo, también en demora y menor intensidad de la respuesta orgásmica.⁴⁸

Dado que la función sexual y el desarrollo sexual humano abarca toda la vida, cada mujer tiene sentimientos, actitudes y creencias sexuales procesadas a través de una

perspectiva individual, conformando las experiencias personales, acarreado consigo que los cambios varíen de una mujer a otra.

Los estudios de Navarro, Méndez y Castelo⁴⁸ en Cuba, así como los de Espitia De La Hoz⁴⁷ en España, refieren los factores de riesgo que pudieran generar impacto negativo en la función sexual de la mujer en esta etapa de la vida, a continuación se hará referencia a una compilación de los mismos:

Factores Biológicos/orgánicos: Alteraciones hormonales, alteraciones urológicas o ginecológicas, enfermedades crónicas (Diabetes mellitus, dislipidemias, síndrome metabólico, hipertensión arterial, enfermedades reumatológicas y neurológicas,...), uso de drogas legales (fármacos para el control de enfermedades indicadas por profesionales, alcohol y tabaco) e ilegales (marihuana, cocaína, opiáceos, anfetaminas, cannabis, ácido lisérgico).

Factores psicológicos: Antecedentes de abuso físico o sexual, poca comunicación con la pareja, estrés, ansiedad, depresión, relaciones insatisfactorias, baja autoestima, conflictos con la imagen corporal.

Factores socioculturales: Educación sexual inadecuada, sobrecarga de género, conflictos con valores religiosos, personales o familiares, mitos y tabús sociales, desconocimiento de la propia anatomía y fisiología sexual, presencia de prejuicios sexuales, experiencia sexual traumática o incestuosa, inseguridad para el desempeño sexual, miedo a la intimidad sexual, expectativas irreales, trastornos sexuales personales anteriores, baja autoestima.

Factores dependiente de : pareja/vinculo: Dificultades sexuales de la pareja, falta de pareja, falta de privacidad, técnica y habilidad de la pareja sexual, expectativas de una experiencia negativa, calidad de la relación y conflictos, mala comunicación, terceras partes, Aburrimiento, decepción, resentimiento.

El II Consenso Cubano de Climaterio y Menopausia¹, establece las definiciones operacionales que permiten deslindar tanto al climaterio como a la menopausia:

Climaterio: Este se divide en dos etapas:

a) Perimenopausia: desde el inicio de los síntomas climatéricos hasta la menopausia, es decir que en orden clínico se producen cambios en el patrón menstrual acompañados o no de síntomas circulatorios y /o psicológicos.

b) Posmenopausia: etapa que se extiende desde la menopausia hasta los 64 años y que a su vez se subdivide en etapa temprana y etapa tardía.

También se definen:

Menopausia natural: cese definitivo de la menstruación como expresión de la pérdida de la capacidad reproductiva del ovario

Menopausia precoz: aquella menopausia natural que ocurre antes de los 40 años de edad.

Menopausia artificial: daño gonadal irreversible inducido por radio o quimioterapia o exéresis quirúrgica.

Las manifestaciones clínicas del Síndrome Climatérico (SC) se agrupan de la siguiente forma¹:

- Los síntomas circulatorios o neurovegetativos: sofocos u oleadas de calor, sudoraciones nocturnas, palpitaciones, parestesias –hiperestésias, dolores de cabeza .Estas oleadas de calor y otros síntomas vasomotores afectan a más del 50% de la población perimenopáusicas, refiriendo, el profesor Llanos Santiago Hung, que no se conoce el mecanismo exacto por el que se producen, pero es probable que estén relacionadas con alteraciones en los mecanismos de pérdida de calor y con un aumento de la actividad simpática central.⁴⁰
- Los síntomas genitourinarios: dispareunia, disminución del placer sexual, sequedad vaginal, atrofia genital, incontinencia urinaria, polaquiuria, tenesmo vesical, disuria, incontinencia urinaria y trastornos menstruales.
- Los síntomas psicológicos: Insomnio, nerviosismo, irritabilidad, labilidad emocional, disminución interés sexual, pérdida de la capacidad de memoria-concentración, apatía, tristeza, miedos y depresión, hay autores que plantean que el síntoma más frecuente es la depresión lo cual asocian con trastornos del metabolismo del triptófano por la falta de estrógenos.

- Los síntomas generales se presentan durante la posmenopausia, se destacan: Astenia, sequedad mucosa oral, aumento de peso y redistribución de la grasa corporal con transformaciones de su configuración, vértigos y dolores musculares-osteoarticulares, también pueden aparecer disminución de la densidad ósea y reducción de la función de soporte de la pelvis femenina.⁴⁷

1.3 Elementos relacionados con la autopercepción

El siquiatra John J. Ratey afirma: "el cerebro adulto es a la vez plástico y resistente, y está siempre dispuesto a aprender. Las experiencias, los pensamientos, las acciones y las emociones cambian realmente la estructura del cerebro.. La estructura cerebral no está predeterminada y fijada. Podemos alterar el desarrollo en marcha de nuestros cerebros y, por tanto, nuestras capacidades. Los seres humanos no somos prisioneros de nuestros genes o de nuestro entorno. Tenemos libre albedrío. Puede ser más duro para quienes tengan ciertos genes o entornos; pero ser «más duro» dista mucho de la predestinación. El cerebro está constantemente replanteando sus patrones conectivos en respuesta a todo lo que percibe, piensa o hace su poseedor. Cada experiencia, pensamiento, y emoción crea nuevas conexiones neuronales o refuerza las ya existentes.⁴⁹

En antropología del ciclo vital, la edad mediana está ubicada en la etapa de la adultez, por lo que la mujer llegará a la misma con un conocimiento y representación en su pensamiento que le permitirá tener una percepción de sí misma y su contexto.

La percepción conceptualmente ha tenido diferentes vertientes de estudio por las ciencias de la comunicación, la filosófica y la psicología, persistiendo como un proceso de formación de representaciones mentales con la función de realizar abstracciones a través de las cualidades, que definen lo esencial de la realidad externa, dicho también, que las percepciones, son los procesos mediante los cuales se registra todo con lo que se está interactuando y tiene significado, incluyen los valores, las tradiciones, los estereotipos, las vivencias y los conocimientos, que tienen los individuos sobre determinados aspectos de la vida.⁵⁰

La autopercepción de salud, es la representación o idea que el individuo tiene acerca de su estado o condición presente de salud, expresada en términos valorativos de placer o displacer, de satisfacción o insatisfacción y que puede o no corresponderse con el nivel de funcionamiento real de su organismo.⁵¹

La autopercepción de salud tanto del estado de salud general, como de la salud sexual, dependen de la historia de vida, estilo de vida, las condiciones de salud y trabajo tanto para las que laboran solo en casa, como para las que tienen doble jornada, la cultura y su construcción social, se individualiza en cada mujer, a través de su amplia dimensión de personalidad.

Los elementos que se mueven a raíz del declinar hormonal, estarán en relación con lo vivido en todas y cada una de las etapas de su vida, y los elementos socioculturales, la personalidad premórbida, la historia de vida y su construcción social, que conforman su personalidad, maneras de pensar y vivir y por ende las potencialidades y recursos psicológicos que le permitirán enfrentar el climaterio de disímiles maneras en cada mujer, así como la asimilación del envejecimiento, hacen que las mujeres de edad mediana constituyan un grupo altamente vulnerable en términos de salud.^{51, 52, 53}

Todos los cambios biológicos y fisiológicos por los que transita la mujer en la edad mediana son parte de la evolución misma en la biología humana por lo que estos no justifican en sí mismo una pérdida brusca y significativa de la actividad sexual, más bien si implican la readaptación y nuevos proyectos en el estilo de vida de los que necesitará la mujer, pues ninguna dificultad impide el placer pleno, dado que la respuesta sexual está afectada más por factores afectivos y cognitivos: fantasías, valoración de la relación, grado de intimidad, pasión sexual, entre otras.⁵⁴

En los temas de Antropología del ciclo vital, se refiere que en la edad mediana se produce una autoevaluación donde la mujer valora hasta qué punto se ha acercado al cumplimiento de sus metas, es así como la autorrealización dependerá de la biografía de vida, de la ruta que la persona haya seguido en su vida hacia la satisfacción de sus

necesidades, a la adaptación auto limitativa, a la expansión creadora y el mantenimiento del medio interno.

1.4 Conceptos

La sexualidad está basada en el sexo (XX/XY); incluye al género masculino/femenino); las identidades de sexo y género; la orientación sexual (hetero, homo o bisexual); el erotismo; la vinculación afectiva y el amor, y finalmente la reproducción.

En la Conferencia de Población y Desarrollo en El Cairo, Egipto, 1949⁵⁵, se realizó un proceso de legitimización discursiva de los términos, de género, sexualidad, derechos sexuales y reproductivos revolucionando el devenir de las ciencias sociales y biomédicas quedando así conceptualizado:

Sexo

“El sexo se refiere a las características biológicas que definen a los seres humanos como hembra o macho. Estos conjuntos de características biológicas no son mutuamente excluyentes ya que hay personas que poseen ambas, pero estas características tienden a diferenciar a los seres humanos como machos y hembras. En muchos idiomas, en el lenguaje común, suele utilizarse el término sexo para significar "actividad sexual"; sin embargo, para fines técnicos en el contexto de las discusiones sobre sexualidad y salud sexual, se prefiere la definición anterior”⁵⁵

Sexualidad

“La sexualidad es un aspecto fundamental de la condición humana, presente a lo largo de la vida y abarca el sexo, las identidades y los papeles de género, la orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad y la reproducción. La sexualidad se vivencia y se expresa por medio de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, comportamientos, prácticas, funciones y relaciones. Si bien la sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no todas ellas se vivencian o expresan siempre. La sexualidad recibe la influencia de la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, así como religiosos y espirituales”⁵⁵

La Federación Latinoamericana de Sexología y Educación Sexual, define la Respuesta sexual como:

“Toda actividad caracterizada por la presencia de activación cortical y medular en el sistema nervioso, que se correlaciona con un fenómeno de tumescencia y contractibilidad muscular lisa y/o estriada (fase de excitación y meseta), de contractibilidad muscular lisa y/o estriada (fase orgásmica) y fenómeno de detumescencia tanto a nivel genital como extra genital (fase resolutive), efecto de una situación/estímulo sexual”.⁵⁶

Salud sexual:

“La salud sexual es un estado general de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad; y no la mera ausencia de enfermedad, disfunción o incapacidad. La salud sexual requiere un enfoque positivo y respetuoso a la sexualidad y a las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de coacción, discriminación y violencia. Para alcanzar y mantener la salud sexual, deben respetarse, protegerse y satisfacerse los derechos sexuales de todas las personas”⁵⁶

La conferencia de Derechos Humanos de Viena 1993, Conferencia de Población, El Cairo 1995, párrafo 7.3 y la Conferencia de la Mujer. Declaración de Beijing 1995, dejan explícito que:

"Los Derechos Humanos de la mujer incluyen su derecho a tener control sobre las cuestiones relativas a su sexualidad, incluida su Salud Sexual y Reproductiva, y decidir libremente sobre estas cuestiones, sin verse sujeta a la coerción, la discriminación y la violencia"

La Asociación Mundial para la Salud Sexual (WAS)⁵⁶, en Salud sexual para el milenio aborda los derechos sexuales siendo declarados los siguientes:

- El derecho a la libertad sexual,
- El derecho a la autonomía, integridad y seguridad sexuales del cuerpo,
- El derecho a la privacidad sexual,

- El derecho a la equidad sexual,
- El derecho al placer sexual,
- El derecho a la expresión sexual emocional,
- El derecho a la libre asociación sexual,
- El derecho a la toma de decisiones reproductivas, libres y responsables,
- El derecho a la información basada en el conocimiento científico,
- El derecho a la educación sexual integral,
- El derecho a la atención de la salud sexual.⁵⁶

Dada la relevancia de estos conceptos, los investigadores han reflexionado al respecto, como son Orozco Ramírez M. en Salud reproductiva, género y sexualidad en la investigación mexicana de corte Antropológico⁵⁷, Alfonso Rodríguez, A.C. en Intersección de la salud mental y sexual en el contexto de los determinantes sociales de la salud. Apuntes⁵⁸, los investigadores Castillo Vargas A., Chinchilla Badilla I. en Salud sexual y reproductiva en la edad mediana femenina: una reflexión generacional-contextual⁵⁹, Bataller Perelló V. en De la sexualidad a las sexualidades⁶⁰, Artilles Visbal L. en La sexualidad como determinante social de la salud y su consideración en las políticas públicas¹³ y A diez años de El Cairo y Beijing⁶¹, entre otros.

Se evidencia en estas consultas bibliográficas que al adentrarnos en como la mujer de edad mediana, vive y percibe su sexualidad, está plasmada la interacción indisoluble con su medio, desde el nacimiento, quedando indisolublemente conectada a relaciones humanas complejas, donde las emociones, afecto y espiritualidad, les motivan y devienen en todo un constructo perceptual de su propia salud sexual que irá aparejado a los derechos sexuales.

1.5 Salud sexual, sexualidad, violencia de género y sociedad

Las concepciones del paradigma del curso de la vida, establecen desde los enfoques de diferentes investigadores las implicaciones en la clínica, la epidemiología y la salud pública; estos paradigmas convergen con los principios cardinales del enfoque de derechos y del enfoque de los determinantes sociales de la salud^{14,62}, concatenando

todo el proceso de desarrollo de la vida humana, en el cual, la salud sexual es un eslabón más, pues su presencia genera bienestar.

Muchos estudios enfocan la sexualidad humana desde diferentes puntos de vista, pero siempre convergen en eslabones inseparables: lo biológico, psicológico y lo social, que son una cualidad humana.

La mujer en edad mediana transita por los cambios fisiológicos, naturales, ya descritos y propios del envejecimiento, pero estos no la difieren de su condición de ser sexuado, por lo cual para adentrarse en como ella percibe su salud sexual, es de alta valía el enfoque holístico del Dr. Eusebio Rubio, dado que redirecciona a entender que la sexualidad se construye en la mente del individuo a partir de las experiencias que su naturaleza biológica y la interacción con el grupo que le hacen vivir, por lo cual los Holones interactúan entre sí es decir operan integralmente, la reproductividad, el género, el erotismo y el vínculo afectivo.²⁰

Holón es una palabra griega, Holos = todos, totalidad y on = parte, por lo que un holón es un sistema que a su vez, es tan complejo que merece considerarse como un todo en sí mismo.²⁰

Se hace mención a la conceptualización de género, el cual es una construcción sociocultural, este se entiende como una red de símbolos culturales, normas, patrones institucionales y elementos de identidad subjetiva que, a través de un proceso de construcción social, diferencia a los sexos, y al mismo tiempo los articula dentro de relaciones de poder, los roles de género son: productivo, reproductivo y de gestión comunal. La construcción de género lleva a asumir roles diferenciados determinados y determinantes en un guión que precariza la subjetividad y empobrece las vidas de las personas.⁶³

El género se ira entrelazando en todo el discurso dado que los holones operan integralmente como parte integra de la naturaleza humana.²⁰

La salud sexual de las mujeres en edad mediana tiene un elemento biográfico que muchas veces es determinante en la forma de ellas vivir su sexualidad, de ahí la importancia de sus historias de vida, pues están transversalizadas por la sexualidad desde su nacimiento, a la muerte, las mujeres viven biográficamente su proceso evolutivo, es allí donde los estereotipos, prejuicios y estigmas con relación a la sexualidad limitan su expresión y han ido conformando la manera de pensar y por tanto vivir su sexualidad.⁶⁴

La mujer de edad mediana cubana vive en el seno de una sociedad que tiende a elevar sus índices de vejez, donde, su infancia, adolescencia y además de la socialización y culturalización, mostró elementos relacionados con la primera menstruación y cuidados de la casa entre otros, pero, en muy pocos casos las madres, abuelas y el contexto sociocultural,^{65,66,67} logran incluir en el currículo del tema, los placeres de la sexualidad, la diversidad sexual, en especial la orientación sexual y los comportamientos sexuales responsables.⁶⁸

Es así como la mujer conforma una personalidad donde los estereotipos sociales de género (creencias, expectativas), las llevan a incluir rasgos de personalidad, quedando identificada la femineidad con atributos como subordinación, cuidadora, subordinarse a las necesidades y expectativas de los hombres, silenciar la propia fortaleza e inteligencia, entrega, pasividad, otras más manifestaciones, como ser dependiente, cariñosa, dedicada, fiel, honesta, organizada, buena esposa, buena madre, ternura, fragilidad, emoción, delicadeza, abnegación, renuncia y roles: - las mujeres deben ser madres y amas de casa y estar al servicio de las necesidades de los hombres a quienes les deben obediencia y espacios, donde el espacio privado es “femenino” donde se realizan las labores reproductivas, domésticas, de cuidado de otros - .^{69, 70}

Todos estos elementos demuestran que la vivencia interna de bienestar y proyección hacia el futuro de la mujer en edad mediana y por ende su salud sexual, así como las

potencialidades aún existentes, se puede ver afectada debido a los mitos, prejuicios y tabúes que también forman parte de esa herencia socio-cultural.⁷¹

A cerca de la Vinculación afectiva, Eusebio Rubio²⁰ afirma que “se entiende como la capacidad humana de desarrollar afectos intensos (resonancia afectiva) ante la presencia o ausencia, disponibilidad o indisponibilidad de otro ser humano en específico, así como las construcciones mentales, individuales y sociales que de ellos se derivan”

La capacidad de enamorarse puede estar presente en todas las etapas de la vida, pues todo humano necesita un contacto íntimo, personal, por lo que a cualquier edad se piensa y repiensa en la vida amorosa; en la edad mediana, las relaciones de pareja, pasan por los avatares del vínculo amoroso, sobre todo, en la etapa del amor maduro, donde existen etapas de crisis dadas por el contexto familiar, así como por una serie de conflictos individuales.

Entre las formas de vínculos afectivos, a decir de Rubio, además del amor romántico y el enamoramiento, existe también posiblemente la matriz del vínculo materno-infantil y los fenómenos demográficos como las migraciones y los patrones de formación de uniones.

En el indagar por la biografía pasada o presente de las mujeres, podemos encontrar diferentes situaciones y condiciones biológicas, psicológicas, conductuales y del contexto que nos permitan conocer la persona, para poder entenderlas en toda su integralidad pues para acercarse al estado de salud de las personas, se hace imprescindible conocer las personas; dada su transcendencia, se hará alegoría a un flagelo: la violencia contra la mujer, este es un problema que afecta la salud en todas sus dimensiones porque la violencia en cualquiera de sus manifestaciones, es daño e impacta la salud mental, atentando el bienestar y la calidad de vida, pudiendo dejar secuelas psicológicas, físicas, sociales que no siempre son remediabiles y como defirió la investigadora Alfonso AC “... la dimensión de los prejuicios para la mujer no solo

subyace a los efectos clínicos, sino al impacto en la percepción de bienestar asociado a nociones de la calidad de vida y el desarrollo humano”.⁷²

La ONU emitió el concepto de violencia contra la mujer:

“Todo acto de violencia de género que resulte o pueda tener como resultado un daño físico, sexual o psicológico para las mujeres, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada”(ONU)⁷³

Violencia de género:

“Es un tipo de violencia física, psicológica, ejercida contra cualquier persona, sobre la base de un sexo o género que impacta de manera negativa su identidad y bienestar social, físico o psicológico; según la ONU, es aquella que se dirige para distinguir la violencia común a individuos o grupos sobre la base de su género” (ONU)⁷³

En septiembre del 2015, el periódico Granma, publicó un artículo que brinda datos valiosos para comprender la magnitud del tema violencia, titulado “Violencia de género. Cicatrices de la cobardía”: La prevalencia de violencia de género (según información de Myrta Kaulard, coordinadora residente del Sistema de las Naciones Unidas (SNU) en Cuba) se ha registrado que en el 2013, a nivel global, el 35 % de las mujeres había sufrido violencia física y/o sexual en el contexto de relaciones de pareja o violencia sexual fuera de relaciones de pareja”, se estima que en prácticamente la mitad de los casos de mujeres asesinadas en el 2012, el autor de la agresión fue un familiar o un compañero sentimental.⁷⁴

Cerca de 120 millones de niñas de todo el mundo han sufrido el coito forzado u otro tipo de relaciones sexuales impuestas en algún momento de sus vidas, y en general, mujeres y niñas representan el 55 % del total de víctimas del trabajo forzoso y el 98 % de las personas que son explotadas sexualmente contra su voluntad, el panorama en América Latina y el Caribe advierte de una preocupante realidad al interior de la región: se estima que el “40 % de las mujeres en América Latina han sido víctimas de violencia física y la tasa de maltrato psicológico en las relaciones íntimas alcanza el 50 % y según la Organización Mundial de la Salud (OMS) del 15 al 71 % de las mujeres de 15

a 49 años manifestaron haber sufrido violencia física y/o sexual por parte de su cónyuge en algún momento de sus vidas y más recientes en la región, a partir de un análisis comparativo en una docena de países, reseña que entre el 17 y el 53 % de las mujeres han vivido episodios de los dos tipos a mano de sus parejas. Sin embargo, entre el 28 y 64 % dejó este dolor en el silencio.⁷⁵

En las relaciones de pareja la violencia contra la mujer está indisolublemente ligada a la problemática de género, debido a la relación asimétrica de poder, a la subordinación, esto tiene impacto en la vida de la mujer y pudiera explicar cualquier otro “motivo” por el cual una mujer asista a una unidad de salud.

La violencia es pues un mecanismo que, desde las relaciones interpersonales, las instituciones, la normatividad y la subjetividad de los sujetos, refuerza constantemente las relaciones de poder dentro del sistema de género.⁷⁶

Un análisis particular permite precisar que la mujer se puede ver afectada cuando no reconoce que están siendo víctimas de violencia, o no quieren compartir con otras personas su situación, aduciendo el papel del esposo como sostén económico de la familia.^{77, 78}

Las expresiones de violencia pueden ser: violencia física, sexual, psicológica, económica, simbólica, institucional y estructural. También se reconoce en la actualidad al feminicidio —asesinato selectivo de mujeres por motivos estrictamente sexistas.

Referente a la violencia contra la mujer en Cuba, la Dra C Clotilde Proveyer Cervantes expreso:

...“La sociedad cubana en transformación, es un laboratorio social donde pujan los nuevos valores a contrapelo de los viejos rezagos y poderes. La lucha por desnaturalizar la lacra de la violencia de género apenas comienza, pero muestra ya sus primeros resultados. En ese empeño la política social del Estado cubano ha sido clave en modificar la situación histórica de marginación y subordinación

de las mujeres. El protagonismo alcanzado por ellas es resultado de ese accionar”⁷⁹

Las primeras investigaciones sobre la violencia de género y la violencia contra la mujer, en Cuba, comenzaron en 1993.⁷⁷ Destacadas investigadoras cubanas, más recientemente han publicado investigaciones y propuestas de trabajo en función de promover la prevención de la violencia, identificar la violencia intrafamiliar, la violencia contra las mujeres por su pareja, el necesario papel de los profesionales de la salud en la prevención, la posición de desigualdad y subordinación de la mujer cubana acentuada en las mujeres maltratadas, así como la importancia de los medios de comunicación para la prevención.^{15, 16, 17, 18-80-81-82-83}

En temas de salud sexual deben tenerse presente los padeceres y enfermar, con el enfermar, recordar que en la posmenopausia se produce un déficit estrogénico que a su vez induce cambios en la distribución de la grasa corporal, en el patrón de lípidos y en los niveles de glucemia y de insulinemia, que favorecen(en población susceptible) el debut y/o la progresión de enfermedades como la diabetes mellitus, la hipertensión arterial y enfermedades cardiovasculares (Navarro DA y cols)⁴⁸, del padecer, será la persona quién dará la ruta de donde está.

En la salud sexual debido a las características biológicas, psicológicas, sociales y culturales que están alrededor de esta etapa, debe tenerse en cuenta que cuando el estrés transgrede los límites y afecta en menor o mayor grado el equilibrio del medio interno(homeostasis) y la estabilidad psíquica del individuo, en este caso de la mujer climatérica o postmenopáusica, se produce el Distrés; las situaciones tensionantes mayormente sociales, problemas personales, familiares y la sobrecarga de género que en fin llevan a un inapropiado reajuste orgánico y psicológico, posibilitando el desequilibrio del individuo y con ello el individuo es más vulnerable a enfermar.⁸⁴

En los aspectos de la reproducción Eusebio Rubio señala que la “reproductividad significa la posibilidad humana de producir individuos similares a los que los produjeron así como, las construcciones mentales que se producen acerca de ésta posibilidad”²⁰

De ahí que la reproductividad, no se limita a la reproducción biológica, así como en el plano sociológico, la reproductividad, suele estudiarse en temáticas como las significaciones sociales del hecho reproductivo y la contracepción en el plano sociocultural, y en la institucionalización de las políticas reproductivas.

Son variados los sentidos y órganos sensoriales en todo el cuerpo humano, sin embargo, unos pocos son utilizados en el ejercicio del erotismo; mujeres y hombres han aprendido a vivir la sexualidad de una forma prácticamente genitalizada, centrada en el orgasmo inmediato y fugaz, como si los genitales fuesen la única parte del cuerpo y los únicos órganos sensitivos para disfrutar la relación de pareja y experiencias corporales placenteras individualmente vividas, Proaño y un colectivo de autores, realizaron un estudio con hallazgos, que muestran que la función sexual en las mujeres está fuertemente asociada a la función psicosocial, incluyendo relaciones íntimas, soporte social y bienestar emocional.⁸⁵

Eusebio Rubio conceptualiza el erotismo como *“los procesos humanos en torno al apetito por la excitación sexual, la excitación misma y el orgasmo, sus resultantes en la calidad placentera de esas vivencias humanas, así como las construcciones mentales alrededor de estas experiencias”*²⁰

La mujer de edad mediana tiende a desplazar el disfrute de su sexualidad, lejos de readaptarse e incluso enriquecerla, también se ve limitada por mitos, tabúes y prejuicios relativos a la sexualidad, la jerarquía de disfrute de su sexualidad es desplazada totalmente para cumplir el rol de cuidadora, madre, esposa y el rol social y condicionamiento de género, situaciones de vida socioeconómicas que disminuyen su intimidad, las parejas caen en la rutina, la mujer no disfruta de fantasías sexuales,

desplaza el autocuidado de su salud, doble jornada laboral, en fin muchos problemas psicosociales que pueden afectar la vida sexual en la edad mediana.^{11, 86,}

Una de las causas más frecuentes por la que las mujeres entre los 40 y 59 años de edad, acuden a las clínicas de climaterio es por las disfunciones sexuales y de ellas la más frecuente la disminución del deseo sexual, el deseo sexual hipo activo, sin embargo en la bibliografía se hallaron múltiples investigaciones y estudios que coinciden en que los factores psicosociales y culturales, juegan un papel relevante, donde el condicionamiento de género son una de las principales causa de estos problemas.^{11, 87,88,89}

La salud sexual es multidimensional por lo cual el rol de género y las desigualdades que este trae en el hogar y en la sociedad van aparejados a la necesidad de que se tengan presente los *derechos sexuales* en los temas de sexualidad para que de una parte los profesionales de la salud, se empoderen de dichos elementos y llevar los temas de sexualidad aparejado ante la atención de la salud de la mujer y que estos no tengan una posición de poder, dándole sentido de libertad a las mujeres que sean atendidas, pudiendo modificar y en algunos casos hasta cambiar conductas, criterios y mitos que dificulten la salud sexual; por otro lado las mujeres de la edad mediana necesitan empoderarse de estos elementos para a través de la equidad, llegar a la igualdad de género y tener un mejor disfrute de su sexualidad.

Los seres humanos en su interacción con la naturaleza y la sociedad, constantemente están creando valores materiales y espirituales, así como simultáneamente asimilando y adueñándose de lo creado por generaciones anteriores, se apropian de las experiencias, conocimientos, practicas, valores, habilidades y maneras de concebir su relación con el mundo; siendo la familia como elemento de la estructura social de la sociedad, un elemento activo y mediador en las relaciones de los individuos con la sociedad, por lo que, al estudiar la salud sexual en la edad mediana, debe hacerse sobre el fundamento integral, multidimensional, biológico- social dado que estas últimas, constituyen dimensiones de una única calidad humana: la esencia humana; la

cultura, constituye un medio primario de adaptación , por lo que para los seres humanos, las contribuciones culturales a la siguiente generación, pueden ser tan importantes como las contribuciones genéticas, la filosofía, la bioética, además de la antropología y el género.^{89, 90}

Capítulo II Diseño metodológico

2.1 Tipo de estudio

Se realizó una investigación descriptiva, de corte transversal, aplicada y analítica, con un diseño mixto, pues se aplicaron técnicas de la investigación cualitativa y la cuantitativa:

- Para diagnosticar el estado de salud sexual se utilizó metodología cualitativa, utilizándose la entrevista semiestructurada a profundidad como técnica de recolección de la información.
- Para describir al grupo se utilizaron las variables siguientes: edad actual, nivel escolar, color de la piel, enfermedades crónicas, el Instrumento para medir la intensidad del SC, el Test de percepción del funcionamiento familiar – FF-SIL, el Índice de condicionamiento de género -ICG y el Test de percepción de satisfacción personal – ISP RELEBA.

2. 2 Período y lugar donde se desarrolló el estudio

En el consultorio médico de la familia 10 del área de salud del Policlínico Federico Capdevila Miñao, en el municipio Boyeros de La Habana en el período de junio 2017 a diciembre 2018. Esta área de salud según el Análisis de la situación de salud (ASIS) está enclavada en un área urbana. Una población femenina de 374 de las cuales 121 son mujeres de edad mediana que corresponden a un 32.3% del total de mujeres.

2.3 Universo

Estuvo constituido por las 121 mujeres, con edades comprendidas entre 40 a 59 años de edad.

2.4 Muestra

La muestra se conformó con 19 mujeres pertenecientes al CMF número 10.

2.5 Criterios de inclusión

Mujeres comprendidas en el rango de edades de 40- 59 años de edad.

Mujeres pertenecientes al CMF 10, del policlínico Federico Capdevila Miñao.

Consentimiento y disposición a participar en la investigación.

2.6 Criterio de exclusión

Mujeres que no están comprendidas en el grupo de edades.

Mujeres que no deseen participar.

Que no residan en el área de estudio.

2.7 Definición y operacionalización de las variables

Definición

Variables socio-demográficas: Edad, color de la piel, estado civil, escolaridad, vinculación laboral (en esta variable se sustituyó el término ama de casa por trabajadora para su casa), creencia religiosa.

Historia Ginecológica y Obstétrica: Menarquía, edad de las primeras relaciones sexuales, partos, abortos, menopausia, paridad satisfecha, uso de método contraceptivo, uso del preservativo.

Hábitos tóxicos.

Declaración de presencia de violencia en el marco doméstico.

Enfermedades crónicas declaradas o agudizadas después de los 40 años de edad.

Actividad física: Regular, irregular, sedentarismo.

Intensidad del Síndrome Climatérico. (Anexo 1)

Condicionamiento de género (ICG). Anexo 2)

Percepción de satisfacción personal (ISP RELEBA). (Anexo 3)

Percepción del funcionamiento familiar (FF-SIL). (Anexo 4)

Entrevista a profundidad para la cual se realizó una guía. (Anexo 5)

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variables	Escala de medición	Tipo	Definición operacional de la escala	Indicador
Edad	40-44 años 45-49 años 50-54 años	Cuantitativa Continua	Según carné de identidad	Porcentaje

	55-59 años			
Color de la piel	Blanca Negra Mestiza	Cualitativa Nominal	Según los rasgos étnicos	Porcentaje
Presencia de pareja estable.	Si No	Cualitativa Nominal Dicotómica.	Según respuesta de la paciente	Porcentaje Frecuencia
Escolaridad	Primaria Secundaria Pre-universitario Técnico medio Universitario	Cualitativa Nominal	Según nivel educacional vencido	Porcentaje Frecuencia
Hábitos tóxicos: Tabaquismo Café Bebidas alcohólicas Otros	Si No	Cualitativa Nominal Dicotómica	Consumo de esta infusión, independientemente de la cantidad Consumo de alcohol, independientemente de la cantidad o presentación Consumo de derivados del tabaco, independientemente de la cantidad o presentación	Porcentaje
Funcionamiento Familiar (FF-SIL)	Funcional Moderadamente funcional Disfuncional Severamente disfuncional	Cualitativa Nominal después de la categorización se convierte en una variable cualitativa ordinal	Según instructivo (FF- SIL): Funcional: de 70 a 57 puntos Moderadamente funcional: 56 a 43 puntos Disfuncional: de 42 a 28 puntos	Porcentaje Frecuencia

			Severamente disfuncional: de 27 a 14 puntos	
Número de partos	Nulípara 1-2 partos 3 y más	Cualitativa Ordinal	Según cantidad de partos previos	Porcentaje
Menarquia	Precoz > 10 años Normal 10-15 años Tardía < 16 años	Cualitativa Ordinal	Según edad de la 1ra menstruación	Porcentaje
Paridad satisfecha	Si No	Cualitativa nominal	Según respuesta consiste en si la mujer desea tener o no hijos.	Porcentaje
Edad de la menopausia	Menos de 40 años 40-44 años 45-49 años 50 o más	Cuantitativa continua	En años cumplidos	Porcentaje
Etapa del Síndrome Climatérico	Perimenopausia Postmenopausia - Temprana - Tardía	Cualitativa Ordinal	Se precisará la etapa del climaterio en que las mujeres se encuentran. Clasificándose como: - Perimenopausia: Las que todavía menstrúan. - P. Temprana: Menos de 5 años sin menstruar. - P. Tardía : Desde los 5 años de la post menopausia, hasta los 64 años.	Por ciento de mujeres según etapa del climaterio

Síntomas circulatorios	Asintomático Leve Moderado Muy molesto	Cualitativa nominal	Según escala para medir intensidad del síndrome climatérico	Porcentaje
Síntomas psicológicos	Asintomático Leve Moderado Muy molesto	Cualitativa nominal	Según escala para medir intensidad del síndrome climatérico ANEXO 4	Porcentaje
Síntomas genitourinarios	Asintomático Leve Moderado Muy molesto	Cualitativa nominal	Según escala para medir intensidad del síndrome climatérico	Porcentaje
Síntomas generales	Asintomático Leve Moderado Muy molesto	Cualitativa nominal	Según escala para medir intensidad del síndrome climatérico	Porcentaje
Puntuación general	Asintomático Leve Moderado Muy molesto	Cualitativa nominal	Según escala para medir intensidad del síndrome climatérico	Porcentaje
Realiza ejercicios físicos	Si No	Cualitativa nominal Dicotómica	Si: cuando la mujer refiere que realiza ejercicios físicos de forma regular No: cualquier otra respuesta	Porcentaje
Estado nutricional	Peso deficiente < 18.5 Kg /m ² Normopeso 18,5-25 Kg /m ² Sobrepeso 25.1-29,9 Kg /m ² Obesa ≥ 30 Kg /m ²	Cuantitativa continua	Relación peso talla, medida a través del índice de masa corporal	Porcentaje

Índice de satisfacción personal	Satisfacción personal presente Satisfacción personal Ausente	Cualitativa nominal	Se considera presente cuando la puntuación total del instrumento este entre 46-90	Porcentaje
			Se considera ausente cuando la puntuación total del instrumento es menos 46 puntos	
Índice de condicionamiento de género	Con recarga de género Sin recarga de género	Cualitativa nominal	Con recarga de género según valor del índice de condicionamiento (ICG) mayor de 5 puntos	Porcentaje de mujeres según recarga de género
			Sin recarga de género según valor del índice de condicionamiento (ICG) menor de 5 puntos	

Enfermedades Crónicas

Variable	Tipo de variable	Operacionalización		Indicador
		Escala de clasificación	Definición operacional de la escala	
Hipertensión Arterial	Cualitativa Nominal Dicotómica	Si No	Presencia de antecedentes de HTA diagnosticada o intensificada después de los 40 años de edad	Por ciento de mujeres con Hipertensión Arterial
Cardiopatía Isquémica	Cualitativa Nominal	Si No	Presencia de antecedentes de ECV	Por ciento de mujeres con

	Dicotómica		diagnosticada o intensificada después de los 40 años de edad	Cardiopatía Isquémica
Diabetes Mellitus	Cualitativa Nominal Dicotómica	Si No	Antecedentes de Diabetes Mellitus diagnosticada o intensificada después de los 40 años de edad	Por ciento de mujeres D. Mellitus
Asma Bronquial	Cuantitativa continua	Si No	Antecedentes de Asma Bronquial diagnosticada o intensificada después de los 40 años de edad	Por ciento de mujeres con A. Bronquial
Migraña	Cualitativa Nominal Dicotómica	Si No	Antecedentes de Migraña diagnosticada o intensificada después de los 40 años de edad	Por ciento de mujeres con Migraña
Artosis	Cualitativa Nominal Dicotómica	Si No	Antecedentes de Artrosis diagnosticada o intensificada después de los 40 años de edad	Por ciento de mujeres con artrosis

2.8 Técnicas y Procedimientos

2.8.1 . De obtención de la información

Con el objetivo de darle salida a las variables, fué confeccionada una entrevista semiestructurada a profundidad (Anexo-1), cada entrevista duró en promedio unos 80 minutos, todas se grabaron en audio y fueron transcritas en su totalidad por la investigadora. La entrevista abordó las esferas, biológica, social, familiar, psicológica y sexual, permitiendo obtener todos los datos propuestos en los objetivos.

Estas entrevistas se realizaron en el hogar de cada una de las mujeres en estudio con previo consentimiento informado y se grabaron para una mejor interpretación de la información y de ser necesario, para usos posteriores en esta esfera de la investigación. En muchas de las mujeres estudiadas, para mayor compenetración y fidelidad de las respuestas, fue necesario completar la entrevista en dos sesiones. El tamaño de la muestra se precisó teniendo en cuenta la calidad y cantidad de la información ofrecida por las participantes, hasta lograr la saturación de la información. De otra parte, con el objetivo garantizar una visión holística de la salud sexual de las mujeres, se aplicaron instrumentos validados, para solventar el problema científico.

2.9 Instrumentos utilizados

- Instrumento para la clasificación de La Intensidad del Síndrome Climatérico validado en la Escuela Nacional de Salud de Cuba, por Julia Pérez Piñera. (Anexo-2).

Instructivo para clasificar el síndrome climatérico

Subescalas de Síntomas Circulatorios:

Asintomático o muy leve: 0 - 6 puntos

Leve: 7 – 14 puntos

Moderado: 15 – 23 puntos

Crítico: 24 puntos o más.

Subescalas de Síntomas Psicológicos:

Asintomático o muy leve: 0 - 9 puntos

Leve: 10 – 19 puntos

Moderado: 20 – 32 puntos

Crítico: 33 puntos o más.

Subescalas de Síntomas Genitourinarios

Asintomático o muy leve: 0 - 1 puntos

Leve: 2 – 7 puntos

Moderado: 8 – 16 puntos

Crítico: 17 puntos o más.

Subescalas de Síntomas Generales:

Asintomático o muy leve: 0 - 3 puntos

Leve: 4 – 6 puntos

Moderado: 7 – 11 puntos

Crítico: 12 puntos o más.

Determinándose luego un puntaje total:

Asintomático o muy leve: 0 - 24 puntos

Leve: 25 – 50 puntos

Moderado: 51 – 80 puntos

Crítico: 81 puntos o más

- Índice de condicionamiento de Sobrecarga de género (ICG) (Anexo-3).

Para medirlo a cada ítem se le asigna un valor según la complejidad o sobrecarga en el desempeño.

Concluyéndose:

Sin sobrecarga de género menos de 5

Con sobrecarga de género más de 5.

- Test para la evaluación de la percepción de satisfacción personal en mujeres de edad mediana (ISP RELEBA), (Anexo-4).

Es un instrumento que permite establecer un índice de satisfacción personal en la mujer de mediana edad, validado en la Escuela Nacional de Salud de Cuba en 1995.

Clasificación Puntuación total del instrumento

Satisfacción personal ausente: Menos 46 puntos

- Test de Percepción del Funcionamiento Familiar (ISP RELEBA), (Anexo-5).

Este instrumento fue formulado en Cuba en la década de los 90, cuyo objetivo es evaluar la dinámica en las relaciones intrafamiliares. Ha aportado información válida y confiable para medir los procesos relacionados con la dinámica familiar familia,

Clasifica a la familia en cuatro puntos:

• Familia funcional: 70 – 57 puntos.

• Familia moderadamente funcional o de riesgo: 56 –43 puntos.

• Familia disfuncional: 42 – 28 puntos.

• Familia severamente disfuncional: 27 – 14 puntos.

Satisfacción personal presente: 46-90 puntos

2 .Procesamiento y análisis de la información

El procesamiento de la información se realizó en dos partes, primeramente los índices y test realizados, todos los datos obtenidos se vertieron en una hoja de cálculo en Microsoft Excel, los datos fueron procesados mediante la utilización del programa estadístico SPSS versión 19, para el análisis de las variables cuantitativas.

De otra parte para el análisis de la información cualitativa se empleó el análisis de contenido.

El análisis de la información a través de la entrevista a profundidad, se realizó a nivel individual, y el número de entrevistas realizadas a las mujeres de edad mediana del consultorio 10, se definió según el criterio de “saturación teórica o de categorías”.

Para el análisis de la información se utilizó la técnica de análisis de contenido y el proceso se dividió en tres fases. En la primera se sistematizó la información obtenida en las entrevistas. En la segunda se organizó la información mediante la construcción de una matriz de análisis, en un proceso de síntesis y agrupamiento de la información; así se establecieron las frases más significativas de las entrevistadas cuando hicieron referencia a un tema particular. La tercera fase implicó un proceso de discusión y reflexión.

En la redacción del informe se procedió a la descripción general del grupo estudio, por acápite y luego el análisis y discusión de los elementos cualitativos investigados.

2.10 Consideraciones éticas

La investigación fue realizada bajo las normas éticas imperantes en los servicios médicos de salud. Se obtuvo el Consentimiento Informado (Anexo 6), en todas las mujeres entrevistadas. En este se señaló de forma legible, coherente y resumida, toda la información necesaria: título, objetivos de la investigación, cómo sería procesada la misma, el carácter voluntario y de protección de la identidad, así como los beneficios que brindaría la investigación para la salud integral de la mujer en edad mediana, quedó plasmada la firma de aceptación de las mujeres y de la investigadora. Durante el análisis y discusión de la información recibida para proteger el anonimato de las mujeres que dieron su consentimiento de participar los nombres fueron sustituidos por el número que les correspondió en la hoja de cálculo (Microsoft Excel 2010) a partir del

número 2. (M-2) hasta el 20(M-20), constituyendo las 19 mujeres del estudio, en la base de datos Excel donde se procesó la información.

Capítulo III Análisis y Discusión de resultados

3. Características generales del grupo de mujeres estudiadas

3.1 Características sociodemográficas

El grupo de estudio estuvo constituido por 19 mujeres, predominando la edad de las mujeres del estudio entre los 50-54 años (42,1%) y 55-59 años (31,6%), siendo la edad promedio 51.8 años, predominaron las mujeres con color de piel blanca para 68.4%, le siguen las mujeres con color de piel negra en 21% y luego las mestizas con el 10.6% (ver tabla 1).

Tabla 1. Distribución de mujeres estudiadas según grupo de edades y color de la piel. CM 10. Policlínico Federico Capdevila. 2017-2018

Grupo de edades	Color de la piel						Total	
	Blanca		Mestiza		Negra			
	No	%	No	%	No	%	No	%
de 40 a 44	2	10,5	0	0	0	0	4	10,5
de 45 a 49	2	10,5	0	0	1	5,3	3	15,8
de 50 a 54	6	31,6	1	5,3	1	5,3	8	42,1
de 55 a 59	3	15,8	1	5,3	2	10,5	6	31,6
Total	13	68,4	2	10,6	4	21	19	100,0

Fuente: Planilla de recolección de datos

Estas mujeres de edad mediana tienen mayoritariamente un nivel escolar preuniversitario (57.9%), le sigue el universitario (31.5%), además el 63.2% del grupo de mujeres del estudio son trabajadoras y 36.8% trabajadoras de su casa, de las cuales 85.7% son preuniversitarias. Datos que corresponden con los altos niveles de preparación de las mujeres cubanas (ver tabla 2). El 53% refirió tener algún tipo de creencia religiosa (ver tabla 3).

Tabla 2. Estado del vínculo laboral y nivel de escolaridad

Nivel de escolaridad	Ocupación laboral					
	Trabajadora		Trabajadora de la casa		Total	
	No	%	No	%	No	%
Secundaria	1	8,3	-	-	1	5,3
Pre-universitaria	5	41,6	6	85,7	11	57,9
Técnico medio	1	8,3	-	-	1	5,3
Universitario	5	41,6	1	14,3	6	31,5
Total	12	63,2	7	36,8	19	100

Fuente: Planilla de recolección de datos

Tabla 3. Distribución de mujeres de mediana edad estudiadas, según tienen o no creencias religiosas

Creencias religiosas	No	Por ciento (%)
Si	10	53
No	9	47
Total	19	100

Fuente: Planilla de recolección de datos

Las que respondieron tener pareja estable fueron 12 mujeres (63%), de las cuales 26% tienen una familia funcional. Sin pareja 7 (37%), predominando la familia disfuncional (10.5%). De forma general en el grupo estudio predominó la familia funcional (31.4%) y luego las moderadamente funcional y disfuncional, ambas con 26.3% (ver tabla 4).

Tabla 4. Distribución según el funcionamiento familiar y la existencia de pareja estable

Funcionamiento familiar	Pareja					
	Con pareja estable		Sin pareja		Total	
	No	%	No	%	No	%
Funcional	5	26	1	5,⁴	6	31,4
Moderadamente funcional	2	10,5	3	16	5	26,3
Disfuncional	3	16	2	10,5	5	26,3
Severamente disfuncional	2	10,5	1	5,⁴	3	16
Total	12	63	7	37	19	100

Fuente: Planilla de recolección de datos

Teniendo en cuenta, las características sociodemográficas, en estudio realizado por Martínez, Sarduy y cols,⁸⁷ en el municipio 10 de octubre, también predominó el grupo de edades entre 50 y 59 años de edad, con un 38.4% y 47.3%, el color de la piel blanco en un 56%, las preuniversitarias en un 24.2% y las trabajadoras en un 39%, similares datos se recogen en la tesis de maestría de Valdez Riesgo realizada en municipio plaza, y los estudios de Turquina González y cols⁸⁸ en el municipio plaza de 532 mujeres en edad mediana con relación a la edad, nivel y el número de trabajadoras, sin embargo el color de la piel que predominó fue mestizas

3.2 -Características biológicas y reproductivas

La totalidad de las mujeres del grupo estudio, tuvieron una menarquía normal, entre los 10 y los 15 años de edad, el 90% tuvo antecedentes de paridad; 2 mujeres tienen paridad insatisfecha, el 5%. Además el 79 % de las mujeres estudiadas tienen antecedente de haberse realizado abortos (ver tabla 5).

Tabla 5. Distribución de mujeres de mediana edad estudiadas, según variables ginecológicas y reproductivas

Variables	Si		No		Total	%
	No	%	No	%		
Menarquía normal	19	100	-	-	19	100
Partos	17	89,5	2	10,5	19	100
Paridad insatisfecha	1	5	18	95	19	100
Aborto	15	79	4	21	19	100

Fuente: Planilla de recolección de datos

Referente a la edad de las primeras relaciones sexuales, el 74% del grupo refirió estas entre los 16 y 21 años de edad, 15.8% entre 10 y 15 años de edad y el 10.5% tuvo sus primeras relaciones sexuales entre 22 y 27 años de edad (ver tabla 6).

Tabla 6. Distribución de mujeres de mediana edad estudiadas, según, edad de las primeras relaciones sexuales

Edad de las primeras relaciones sexuales (años)	No	Porcentaje (%)
10-15	3	15,8
16-21	14	73,7
22-27	2	10,5
Total	19	100

Fuente: Planilla de recolección de datos

Tabla 8. Distribución según etapa del climaterio y tipo de menopausia y etapa posmenopáusica

Etapa climática	No	%
Perimenopausia	7	37
Posmenopausia	12	63
Total	19	100
Menopausia natural	10	83
Menopausia artificial	2	17

Total	12	100
Posmenopausia temprana	6	50
Posmenopausia tardía	6	50
Total	12	100

Fuente: Planilla de recolección de datos

Predominó en el estudio las mujeres postmenopáusicas (63%) de las cuales el 83% tuvo su menopausia natural, siendo la edad más frecuente entre 50 y 54 años de edad y un 5% de ellas que tuvieron menopausia artificial (quirúrgica), el total de mujeres postmenopáusicas están en igual proporción de postmenopausia temprana y tardía. Las mujeres en la etapa perimenopáusica fueron 7, de ellas están (37%) (ver tablas 7 y 8).

Tabla 7. Distribución según edad de la menopausia

Grupo de edades	No	%
40-44	2	20
45-49	2	20
50-54	4	40
55-59	2	20

Total	10	100
--------------	-----------	------------

Fuente: Planilla de recolección de datos

Tabla 9. Resultados sobre la percepción de la intensidad del síndrome climatérico

Sintomatología	Total	Por ciento
Asintomático	2	10,5
Leve	5	26,3
Moderado	4	21
Muy molesto	8	42, 2
Total	19	100

Fuente: Planilla de recolección de datos

La intensidad del síndrome climatérico (SC) es muy molesto, se comporta en 42.2 %, el 21% moderado, leve en un 26.3 % y solamente el 10.5 % están asintomáticas. (ver tabla 9 y gráfico 1) Los síntomas circulatorios estuvieron muy molestos en el 37% de las mujeres, los síntomas psicológicos muy molestos en el 47,3%, los genitourinarios tuvieron un predominio asintomático en el 42% y un 32% lo percibieron moderado; por último, los síntomas generales, fueron muy molestos en el 74% de las mujeres a predominio del aumento de peso, en un 84.2% (ver tabla 10).

Tabla 10. Distribución según intensidad de los síntomas del síndrome climatérico

Síntomas Climatéricos		No.	%
Síntomas circulatorios	Asintomático	9	47,3
	Moderado	1	5.2
	Muy molesto	7	37
	Leve	2	10.5
	TOTAL	19	100
Síntomas psicológicos	Asintomático	5	26.3
	Leve	1	5.2
	Moderado	4	21
	Muy molesto	9	47,5
	TOTAL	19	100
Síntomas genitourinarios	Asintomático	8	42
	Leve	3	16
	Moderado	6	31.5
	Muy molesto	2	10.5
	TOTAL	19	100
Síntomas generales	Asintomático	3	16
	Leve	1	5.2
	Muy molesto	9	73.6

	Severo	1	5.2
	TOTAL	19	100

Fuente: Planilla de recolección de datos

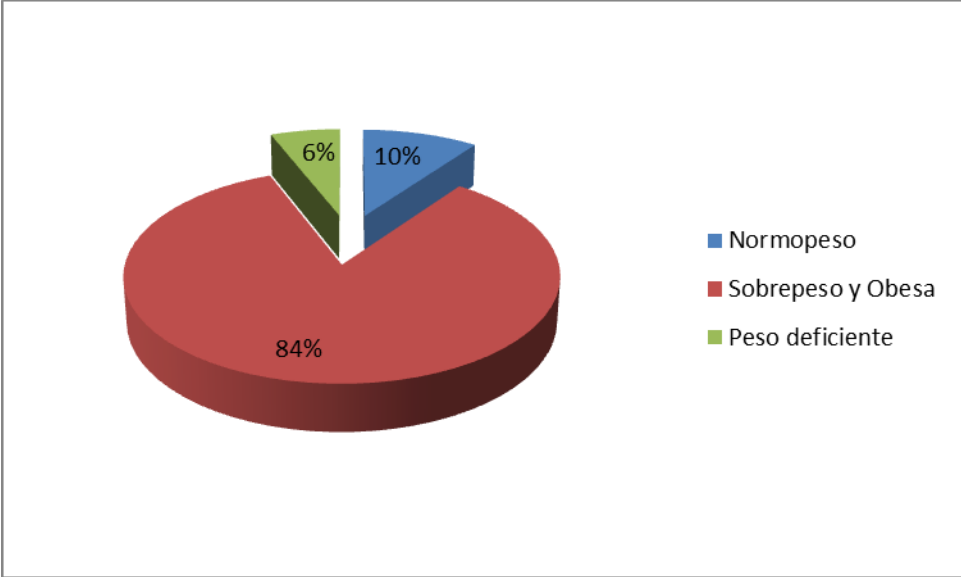
En el grupo estudiado prevalece la obesidad y el sobrepeso, constituyendo el 84% de la muestra. (ver tabla 11 y gráfico 2). El antecedente de enfermedades crónicas diagnosticadas en este grupo de mujeres estuvo en un 74%. La aparición y diagnóstico de la enfermedad ≥ 40 años de edad fue de un 68%, las que refirieron intensificación de sus enfermedades después de los 40 años de edad, fue un 32%, (ver tabla 12). Las enfermedades con mayor presencia en el grupo fueron la hipertensión arterial crónica y la enfermedad cardiovascular. (ver tabla 13).

Tabla 11. Distribución según Evaluación nutricional

Evaluación nutricional	No.	%
Normopeso	2	10
Sobrepeso	6	31
Obesa	10	53
Peso deficiente	16	6

Fuente: Planilla de recolección de datos

Gráfico 2 . . Distribución según Evaluación nutricional



Fuente: Tabla 11

Tabla 12. Distribución de las mujeres según APP, edad de diagnóstico de la enfermedad e intensificación

APP De salud		APPP de enfermedades crónicas		Diagnostico ≥ 40 años de edad		Intensificaron enfermedades con ≥ 40 años	
No	%	No	%	No	%	No	%
5	26	14	74	13	68	6	32

Fuente: Planilla de recolección de datos

Tabla 13. Distribución según enfermedades crónicas

Enfermedades Crónicas	<i>Intensificación</i> <i>≥ 40 años de edad</i>		
	No.	No.	No.
Hipertensión Arterial	4	1	5
CVC	1	4	5
Diabetes Mellitus	2		2
Asma Bronquial	1	2	3
Migraña	1	2	3
ARTRS REU1 Artrosis	4	1	5
Psoriasis	1	1	2
Nódulo del tiroides	1		1
Gastritis crónica	3		3
Displasia de mama		1	1

Fuente: Planilla de recolección de datos

Referente a las características biológicas y reproductivas del grupo de estudio, la edad de la menarquia coincide con los estudios de Pelaez y otros autores^{89, 90} y no así la edad de las primeras relaciones sexuales, en estudio realizado

El 79% del grupo estudio tiene el antecedente de abortos, lo cual se corresponde con el comportamiento que tiene este parámetro en el país, sobre este tema en particular Albizu y Fazito, señalan:

... al menos desde 1993, es clara la tendencia al aumento del recurso a la interrupción voluntaria del embarazo en el país... Si los patrones de comportamiento reproductivos tienen arraigos culturales seculares, las personas, nivel donde se construyen esos patrones, no pueden escapar ni aislarse de su cotidianidad, y resolvieron el problema de los embarazos no deseados haciendo un aún mayor recurso a la interrupción, ya fuera por aborto o por regulación menstrual...⁹¹

3.3 . Características de estilos de vida, convivencia y de autocuidado

La totalidad del grupo de mujeres estudiadas, no realizan ejercicios físicos, el 84% de ellas toman café y el 16% tienen tabaquismo (ver tabla 14).

Tabla 14. Distribución según hábitos tóxicos y realización de ejercicios físicos

	Café		Tabaco		Ejercicios físicos	
	No	%	No	%	No	%
SI	16	84	3	16	0	0
NO	3	16	16	84%	19	100

TOTAL	19	100	19	100	19	100
--------------	-----------	------------	-----------	------------	-----------	------------

Fuente: Planilla de recolección de datos

El Índice de condicionamiento de género (ICG), (Anexo 3), se ubica en 95% de sobrecarga de género que coincide con las que tienen ausente la percepción de satisfacción personal en Test de Percepción satisfacción personal (ISP RELEBA), (Anexo-4). Solo el 5% refirió no tener sobrecarga de género y percepción de satisfacción personal presente (ISP RELEBA), (ver tabla 15).

Tabla 15. Distribución de las mujeres según percepción de satisfacción personal en mujeres de edad mediana (ISP RELEBA) y el índice de condicionamiento de sobrecarga de género (ICG)

	Índice de condicionamiento de Sobrecarga de género (ICG)		Percepción de satisfacción personal en mujeres de edad mediana (ISP RELEBA)			
			Presente		Ausente	
			No	%	No	%
Sin sobrecarga de género	1	5	1	5	-	-
Con sobrecarga de género	18	95	-	-	18	95

TOTAL	19	100	1	5	18	95
--------------	-----------	------------	----------	----------	-----------	-----------

Fuente: Planilla de recolección de datos

En cuanto al Funcionamiento familiar predominaron las familias entre disfuncional y severamente disfuncional en un 69%. El 31% restante provenían de familias funcionales. El 68% son cuidadoras y el 63% han sido víctimas de violencia de género (ver tabla 4).

En este grupo de mujeres los procedimientos de autocuidado como la prueba citológica y el examen de las mamas se comportan como se refieren a continuación: una de las mujeres nunca se ha realizado la prueba citológica, 53 % solo se la realiza cuando le avisan del Consultorio Médico de la Familia (CMF) y por su propia decisión se la realizan menos de la mitad (42%). Similar porcentaje se realiza el autoexamen de mamas en ocasiones (42%) y el 58% restante respondió que nunca se ha realizado el autoexamen de mama (ver tabla 16).

16. Distribución de las mujeres según autocuidados

Realización de:	No	%
Prueba citológica por propia decisión	8	42
Prueba citológica solo cuando le orientan en el CMF	10	53
Nunca se ha realizado la prueba citológica	1	5
Total	19	100

3.4 Las voces de las mujeres

Las respuestas de las mujeres del estudio (Las voces de las mujeres), se muestran teniendo en cuenta las categorías que emergieron de la entrevista a profundidad, de forma similar a la investigación realizada por Vargas²⁷ en Colombia, estas categorías

son: Ser mujer, tareas de autocuidado, sexualidades, comunicación efectiva acerca de la sexualidad, deseo sexual, satisfacción personal, autocuidados, violencias en las relaciones de pareja. Toda esta información se enriquece e interpreta con mayor profundidad, apoyándose en los instrumentos aplicados y toda la caracterización de la población antes explicada.

3.5 Ser mujer

Las entrevistas permitieron profundizar en la percepción de las mujeres en cuanto a su salud sexual. Sus experiencias acerca del ser mujer estuvieron ligadas al ser madre y cuidadoras. Fragmentos de sus discursos reafirman la aseveración anterior: *“para mi ser mujer es ser madre, cuidar de la familia”* (M-18); *“es lo mejor, ser madre”* (M-19).

Destaca como la reproducción y el ejercicio de la maternidad son vías para la realización personal, definen esto último como: *“lo más grande de la vida, tengo mis dos niños, me siento realizada”* (M-3); *“estoy orgullosa de ser mujer, me siento realizada, me siento llena, independientemente de que el peso de la casa cae sobre uno, pero así y todo yo me siento bien”* (M-2). El ejercicio de los roles reproductivos son fuente de satisfacción aunque reconocen que el desempeño en dichas tareas las sobrecargan.

Las mujeres entrevistadas consideran que aquellas que no han podido o no han querido tener hijos están incompletas, vacías e incluso que pueden tener alguna afectación en el orden de su salud mental. El mito de “ser mujer es igual a ser madre” se expresa en los siguientes fragmentos: *“...ser madre y las que no lo son, pienso que tendrán un vacío”* (M-4); *“...las mujeres que quieren salir embarazadas y no pueden porque están síquicas...”* (M-18); *“...las mujeres que no tienen hijos, si son mujeres, pero me imagino que tienen un vacío”* (M-16)

Es interesante que la mujer que no ha tenido la experiencia de la maternidad se define por múltiples roles entre los que se encuentra su desarrollo como profesional:

...yo soy un todo aunque no soy madre, soy hija, soy esposa, amiga, compañera, tengo muchas amistades, la familia, no es ser ama de casa, el desarrollo profesional, familiar, aquí yo soy el centro (M-5)

Sin embargo, la no tenencia de hijos no la exime de ser el centro de su familia...de lo que puede inferirse su responsabilidad en el cuidado de “los otros” y de su hogar.

Se recoge en otras investigaciones que la magnificación del hecho de ser madre apuntó al reconocimiento de su importancia social.⁸⁹

Tareas de cuidado

El desempeño de los roles de cuidado estuvo presente en catorce de las mujeres estudiadas, pudiéndose apreciar el impacto que tienen los roles reproductivos en la utilización del tiempo libre, el acceso a las actividades de ocio y en la salud mental:

... no tengo mucho tiempo libre porque cuido a una señora de 96 años y tengo que dedicarle tiempo a ella, sus alimentos, sus actividades... cuando salgo a alguna parte voy tensa, voy preocupada porque tengo que buscar a alguien que la cuide, entonces a veces me siento aquí encerrada, necesito salir, necesito despejar, pero me frena eso, entonces salgo afuera respiro estoy un ratico afuera porque no tengo tiempo, tengo que salir me siento encerrada necesito salir, necesito despejar, estoy... ahogada, me siento mal, desesperada, siento esa necesidad de distraerme de otra manera salir a la calle ir a lugares que me despejen (M-17).

La necesidad de transferir la responsabilidad de cuidado, las ansiedades, los malestares y los costos asociados al cuidado tienen repercusión en la percepción de la imagen corporal y en el proyecto de vida de las mujeres de edad mediana... *“cuidarle fue difícil, deje de trabajar y me puse muy delgada” (M-7).*

No obstante, el grado de dificultad asociado al cuidado, las mujeres con buena autoestima, logran desempeñarse en dicho rol con menos afectación para su salud mental, lo que se evidencia en el fragmento siguiente: *“...cuido a mi mamá de 80 años de edad, yo hago todo, la atiendo a ella me atiendo yo, lo llevo todo parejo, trato, trato... mi autoestima está bien” (M-12).*

La sobrecarga de cuidado de las mujeres de edad mediana tiene como telón de fondo la creencia compartida de que “...*si una mujer no atiende su familia es una mala mujer*” (M-17). La sociedad estigmatiza a las mujeres que no devuelve el cuidado a sus adultos mayores a pesar que se conoce la carga que para la salud representa el desempeño de dicho rol.

En las entrevistas se puso de manifiesto que las representaciones de la reproductividad y la maternidad se extienden al espacio público en aquellas mujeres que no han tenido hijos...*no tengo hijos pero mi trabajo es todo, doy clases* (M-14). También, en las mujeres que por razones como salida del país de sus hijas han quedado a cargo de sus nietos “... *ahora yo soy mamá de mi nieta*” (M-8) produciéndose un relevamiento del rol materno, aunque también de otros familiares:

...Le puedo decir que casi, casi soy mamá soy madre de 54 años y trabajando, trabajando para poder tener algo más, soy madre - abuela y de todos, porque siempre estoy pendiente de mis hermanos y de todos y trabajando. (M-8)

La multiplicidad de tareas de cuidado ha tenido un impacto en la salud mental y física de esta mujer que a pesar de la sobrecarga siente los efectos “del nido vacío” por la añoranza de su hija, se muestra deprimida, con ausencia de satisfacción personal, obesidad, un síndrome climatérico moderado, pero con síntomas psicológicos y generales muy molestos, con recarga de género, funcionamiento familiar severo disfuncional. Luego aunque, en el discurso no emerge directamente la insatisfacción personal, los instrumentos develan el impacto de la cotidianidad y las experiencias de vida en la percepción de la salud.

Durante las entrevistas algunas mujeres hicieron mención a las mujeres lesbianas, consideran que no tienen los mismos problemas ya que no tienen la responsabilidad de cuidar a los hijos, aunque manifestaron que las que tienen hijos se ocupan al igual que ellas por estos:

...las lesbianas claro que son mujeres también, cada cual con su preferencia sexual, yo no me meto en eso, le podrá gustar otra mujer, yo me puedo llevar con ella normal, son personas, son seres humanos, yo no estoy en nada en contra de eso, esa es la preferencia sexual de cada cual (M-9)

...si una mujer no es femenina es mujer igual, cuida la familia, atiende la familia, el hogar (M-12)

De los fragmentos anteriores se puede inferir cambios en la realidad cubana en cuanto a la desconstrucción de muchos de los estereotipos relacionados con la aceptación de la diversidad sexual, de lo que se pueden visualizar saltos favorables debido a las acciones que se realizan todos los años en las jornadas contra la homofobia.

También se deja ver, como aún perviven estereotipos tradicionales de género, en cuanto al desempeño de los roles de reproducción social, trabajar en la casa, atender la familia, son calificadores sociales de alta puntuación para las mujeres, por tanto, toda mujer que se aleja de ese patrón, recibe la censura de las otras mujeres y de su entorno social. Llama la atención que asociado a la feminidad o no de las mujeres lesbianas, están los roles de cuidado ante estos los que pierde valor la orientación sexual, *“...no es femenina es mujer igual, cuida la familia, atiende la familia, el hogar”*. El ser mujer está anudado con la responsabilidad por el cuidado de “los otros”

Las construcciones psicológicas alrededor de lo reproductivo van más allá del querer tener hijos o no. Las valoraciones de las mujeres que no pueden o que optan por no tener hijos pueden ser minimizantes o descalificantes al ser catalogadas de “vacías”. Ser mujer igual a ser madre, está instalado en la subjetividad de las mujeres como uno de los mitos asociados a la feminidad, responde a la culturización sexuada, a los preceptos de la ideología patriarcal, arraigados en la sociedad cubana, sin desdorar la significación personal que puede tener la concepción como fuente de realización.

Se plantea que la percepción por parte de las mujeres durante este período, acotan estudiosas, es fruto de una cultura que está inmersa en la sociedad, modulando por los comportamientos, lo que ha motivado a muchos investigadores a estudiar este comportamiento, aseverando, “la cultura está inmersa en la sociedad en la que se desarrolla la existencia, así como los hábitos alimenticios están modulados por la cultura”⁹⁰

3.6 Sexualidades

En cuanto a la exploración de la sexualidad predominan en el discurso de las mujeres respuestas que vinculan lo erótico con lo afectivo aunque reconocen diferencias en cuanto al disfrute de la misma. Los registros van desde definirla como “*placer, distención, liberación, comunicación*” (M- 9); hasta los aspectos relativos al romance y la gestualidad: “*...el matrimonio, lo espiritual*” (M-16), *es toda la relación de la pareja, es un todo, una caricia un gesto, una flor que nunca me regalan* (M-5). Una sola de las mujeres vinculó la sexualidad a las relaciones sexuales

Tener pareja y buenas relaciones con esta, es una garantía para el disfrute de la sexualidad:

...lo máximo. (M-13)

...llevarse bien, tener relación sexual. (M-17)

.....cuando tengo una pareja me siento bien, el sexo. (M-6)

...romanticismo con mi esposo. (M-8)

...para mí es la unión entre un hombre y una mujer, es todo lo que yo soy capaz de dar dentro de una relación como mujer, hacer el sexo es llegar al orgasmo es sentirte bien de verdad. (M-4)

La sexualidad es una dimensión de la personalidad, trasciende lo corporal, para implicar lo emocional, intelectual, social y ético; la realización personal, la vinculación afectiva, la atracción y el amor en pareja.

Uno de los factores asociados a la sexualidad guarda relación con cómo las mujeres perciben su imagen corporal.

...un poco gorda, realmente me siento bien, pero me gustaría estar menos gordita. (M -15)

...la apariencia si es importante para mí, me siento mal porque estoy gorda nunca he sido gorda, no solo por lo estético sino también por un problema de salud, en honor a la verdad, estoy loca por bajar de peso. (M-18)

Muy pocos casos, expresaron estar satisfechas con su apariencia y tener una buena autoestima” *...un poco gordita, yo me siento bien, yo no me siento una gente fea (M-19)*

Además del factor estético, es importante destacar que las mujeres de edad mediana no perciben la obesidad como un factor de riesgo para su salud, sienten esto como parte de la evolución normal del ciclo vital y aún cuando eran portadoras de enfermedades crónicas, el sentirse bien no les lleva a pensar que el sobrepeso y la obesidad son agravantes para su salud. Sus estilos de vida fueron los responsables de mantener y aumentar la obesidad.

En cuanto a las relaciones de pareja, las mujeres con o sin pareja sentían malestares asociados a esta. La que mantenían relaciones de pareja aludían insatisfacción y sentimientos de soledad “*... me siento sola porque él llega muy tarde del trabajo*” (M-14). Las que no tenían pareja en el momento de la entrevista reconocieron también la soledad y expresaron que “*uno a veces necesita su pareja también para conversar, para lo que sea, para tener un momento de relajación...*” (M-12). Solo algunas expusieron su deseo de volver a vivir en pareja “*...desearía tener una nueva pareja estable que viva en la misma casa.*” (M -11)

Es interesante el papel que se le concede al cuerpo, en su relación pareja –sexualidad y como se deposita en el cuerpo la existencia o no de pareja. El fragmento que le continúa es muy esclarecedor “*...soy criticada por no tener pareja, me dicen las compañeras de trabajo que con el cuerpo que tengo, no saben por qué no tengo pareja*” (M-19)

3.7 Comunicación efectiva acerca de la sexualidad

En el grupo estudio predominó la pobre comunicación sobre sexualidad, la mayoría no conversa sobre temas sexuales ni con sus parejas ni en sus casas. La sexualidad es el

área de la vida sobre lo que no se habla; es lo aprendido de generación en generación, solo refieren hablar de estos temas mayormente con amigas y en el trabajo:

Sobre sexualidad es una falta de respeto hablarlo con mi mamá porque ella limitó su vida por nosotros, limitó esa área de su vida por cuidar a sus hijos, yo tenía dos años (M-5).

El aprendizaje de la sexualidad desde las pautas de lo reproductivo y el cuidado es un aprendizaje internalizado que influye con posterioridad en los modelos que se transmiten a hijos e hijas. El placer sexual como un derecho de las personas queda en un silencio comunicativo en el hogar. Algunas como

(M-5) refiere que:

“... solo hablo de sexualidad con mi pareja, no estoy preparada para conversarlo con nadie más, pienso que es para mí, no lo tengo interiorizado hablarlo con otras personas. (M-5)

Mientras que otras encuentran interlocutores entre sus compañeras y sus hijas:

... converso sobre sexualidad solo con las compañeras de trabajo (M-19)

... solo con mi hija, la comunicación con mi pareja es muy difícil, conversamos y el vuelve a lo mismo, la infidelidad (M-13)

... no converso con nadie (M-2)

3.8 Deseo sexual

La mayoría de las mujeres del estudio, tienen disminución del deseo sexual y de la frecuencia de las relaciones, las respuestas dejan ver que además de los cambios fisiológicos de la sexualidad, el factor sociocultural y la sobrecarga de género son determinantes en un buen número de ellas:

... tengo una pareja de hace años ya las relaciones sexuales son menos, se hace pero ya no es como antes, se hace pero, siempre hay una fantasía sexual una acción erótica ...el tiempo del coito, no es prolongado, se demora de uno a

otro, la frecuencia es menos, estamos cansados, él llega cansado del trabajo, hay otras preocupaciones. (M-20)

El agotamiento físico, las preocupaciones de la cotidianidad y familiares y la falta de comunicación acerca de la sexualidad son factores que asocian a la disminución del deseo sexual:

...el deseo si está pero a veces estoy cansada por tanto trabajo, a veces no quiero ni que me toque porque estoy cansada o brava pero eso no perdura tanto tiempo. (M-2)

...más pausado, más distanciado quizás un poco, pero no es que falte deseo, no es muy regular, depende de las preocupaciones que uno tenga, a veces estás con el problema de otro lugar, mi familia está en otro lugar y cuando vengo para acá, traigo... (M-9)

...hay ocasiones en que no tengo deseos, es que chocan las preocupaciones, chocan veinte mil cosas (M-14)

...me ha disminuido, es que a él no le gusta conversar mucho y a veces es difícil... (M-7).

Las mujeres identifican y asocian la disminución de la frecuencia de relaciones sexuales con la doble jornada laboral:

...ha disminuido la frecuencia de mis relaciones sexuales y el deseo, pienso que sea el cansancio del trabajo, la mujer trabaja más que el hombre porque la mujer busca los mandados, la balita, cola de la papa, hoy eres mujer y además trabajas también, la ama de casa trabaja igual, siempre hay algo que hacer (M-3)

Aunque también, la disminución del deseo sexual puede corresponderse con síntomas asociados a enfermedades que aparecieron o se intensificaron después de los 40 años de edad y a la ingestión de medicamentos bajo prescripción médica para tratar los malestares producidos por estas.

A continuación un fragmento de discurso *in extenso*

...el deseo sexual en mi persona no anda bien, por muchas cosas por esas razones que le digo de tantos medicamentos, esteroides, hace unos seis

años...no tengo deseo sexual y no he pedido ayuda porque estoy cansada, pienso que es por mi enfermedad y los medicamentos, no quiero buscar más médicos.(M-17)

Esta mujer tiene 56 años de edad, es preuniversitaria, trabajadora de su casa, pareja estable, tuvo un hijo, cuatro abortos, menopausia a los 54 años de edad, tiene síndrome climatérico muy molesto, con recarga de género, familia disfuncional, percepción de satisfacción personal ausente, cuidadora de una adulta mayor, no tiene satisfacción sexual, no tiene fantasías sexuales, nunca ha tenido la experiencia de la masturbación, es portadora de artritis reumatoide y de hipertensión arterial, ambas enfermedades iniciaron después de los 40 años de edad y refiere que cada vez los síntomas son más intensos.

Esta situación es la de otras mujeres del grupo, en la que la disminución del deseo se asocia a diabetes mellitus, migraña, asma bronquial, psoriasis y otras. A pesar de la falta de deseos sexuales, las mujeres sienten la obligación de satisfacer sexualmente a sus parejas, en algunos casos logran su satisfacción sexual y en otros, temen que sus compañeros sexuales busquen satisfacción fuera del hogar:

... a mí no me interesa el deseo sexual, hace más menos un año para acá que yo no tengo una relación sexual quizás un día pero no es con frecuencia, realmente no tengo deseo, no es que lo desee pero tengo que hacerlo, ya después que empiezo ya si me gusta, ya si quiero continuar y me siento bien... (M-18)

...no he tenido el deseo pero como él quiere, no es que el me obligue... mi mente está concentrada en otra cosa que no es hacer el amor, pero lo complazco a él, para que él no se sienta mal que este quietecito y no vaya a buscar a otro lado... hay veces que lo invito yo, él no tiene el deseo y no pasa nada. Cuando lo hago sin deseo no tengo orgasmo y me he sentido frustrada... una de las funciones de la mujer es satisfacer al hombre, aunque ahora ya las mujeres tenemos la libertad de decir que no pero... El día ha sido largo, duro y ya cuando vamos a la cama lo que quiero es descansar...tengo cosas en la cabeza y solo tengo relaciones por complacerlo (M-16)

Las fantasías sexuales y la masturbación no fueron utilizadas para estimular el deseo sexual por las mujeres. La mayoría de las mujeres no comprenden realmente que son las fantasías sexuales y las opiniones de las que respondieron están cargadas de estereotipos. Otro tanto acontece con la masturbación, consideran que “es *una vía para cuando estoy sola pero con mi esposo no, ni hablo de eso*” (M-16), una práctica sexual que se realiza en pareja “*sola no, es normal pero solo con mi pareja*” (M-2), o que no es necesaria en las relaciones de pareja: “*yo nunca la he necesitado*” (M-9); “*yo nunca lo he hecho, pero lo veo normal, no me he visto con la necesidad de hacerlo, no sé*”. (M-3)

Emergió durante una de las entrevistas los mitos que se han sostenido en el tiempo acerca de la masturbación:

Es una cosa desagradable, pienso que es algo cochino, irrespetuoso, para el hombre igual, en una pareja no me gusta. Cuando estoy sola si he tenido imaginación pero no me masturbo para nada, solo me relajo (M-19)

Las mujeres del grupo estudio tenían experiencias orgásmicas, las que no la tenían en el momento de la entrevista lo habían experimentado en algún momento de su vida. Sin embargo, la sexualidad había perdido el lugar que ocupó durante la adultez más joven:

...estoy más cansada después de los 42, estoy más cansada porque tengo que hacer más cosas aquí en la casa, otras responsabilidades y muchas veces caigo destruida... es trabajar en la calle, es cocinar aquí en la casa, tengo las piernas, la circulación muy mala, tengo más achaques, más cosas y eso limita un poco. (M-5)

...el tiempo que ya no es tan prolongado que ya tampoco es muy sistemático, de una a otra, la frecuencia es menos porque ya estamos cansados, él también, él viene de su trabajo cansado, yo también hay otras preocupaciones (M-20)

3.9 Satisfacción personal

Tanto las mujeres con pareja, como las mujeres sin pareja refirieron no sentirse realizadas, y esta insatisfacción se asoció con desvinculación laboral, salida de hijos fuera del país y limitaciones en cuanto a la salud. Veamos algunos fragmentos que ilustran lo anterior:

...es un vacío por haber dejado el trabajo. (M-16)

...a veces me siento un poco triste por haber tenido que dejar de trabajar, hay momento que uno está deprimido y eso, pero me siento bien de verdad que no tengo ningún problema en ese aspecto... yo quisiera estar trabajando, yo quisiera hacer otras cosas... hay cosas que uno siente un vacío, son momentos que uno está que no sabe qué hacer. (M-19)

Expresan duelos, añoranzas de sus hijos que se traducen en malestares emocionales “... la depresión, es que tengo mi hija que esta fuera y me deprimó mucho, la extraño, está bien pero yo la extraño” (M-18)

Los resultados del Test para la evaluación de la percepción de satisfacción personal en mujeres de edad mediana (ISP RELEBA) alertaron acerca de la existencia en el grupo estudio de un elevadísimo número de mujeres con ausencia de satisfacción personal. Esta insatisfacción guarda relación con otros factores como los bajos recursos económicos para solucionar las necesidades básicas “...solo las principales con ayuda”.

3.10 Autocuidados

Las prácticas de autocuidado no son una prioridad en sus vidas han descansado en los profesionales de la salud el cuidado preventivo de su salud sexual:

No me hago la prueba citológica porque me da miedo, porque tengo miedo de saber algo que no quiera saber (M-18)

La enfermera viene y ella dice cuándo es que le toca (M -15).

Lo anterior se refleja en cifras, el Anuario Estadístico de Salud de Cuba 2018, recoge la tasa de mortalidad por cáncer de mama, útero y cuello de útero, todos con tasas superiores a 9 por cada 100 000 habitantes.

Al preguntar a las mujeres, si sentían temor de contraer algún tipo de infección de transmisión sexual o el VIH solo una mujer que refirió “...mi esposo es infiel, ella dijo:... yo si tengo temor de contraer una ITS, pero no le exijo confiada de que él se cuida con otras”. El condón fue utilizado solo por algunas en el inicio de las relaciones, por muy poco tiempo, ya después desestimaron su uso, lo que expresa la baja percepción de riesgo de las mujeres ante las infecciones de transmisión sexual y la pobre autogestión de cuidado en cuanto a su salud sexual.

3.12 Violencias en las relaciones de pareja

La mayoría de las mujeres del estudio refirieron experiencias de violencia en algún momento de sus vidas:

...tengo dos hijas, de padres diferentes, tuve una relación de tres años, vivió conmigo, era violencia física, palabras, celoso, yo lo perdonaba y luego lo mismo, más grave de golpes, machete y... fue difícil (M-3)

...si, por el temperamento de él, siento violencia gestual, verbal (M-4)

... yo viví una relación casi 20 años, era una “controladera”, hay hombres que te entienden y ayudan pero el mío no lo hizo (M-8),

La violencia se presentó en diversas formas desde el control y la sujeción hasta formas físicas más graves. En algunos casos fue más evidente el ciclo de la violencia que en otros, sin embargo en todos los discursos se evidenció el impacto sobre la salud mental de las víctimas.

...la infidelidad de mi esposo me sentí violentada, él me daba una mano de golpes cuando venía de la calle tomado, yo lo denuncié a la policía, por una consideración a su mamá y la familia no fue preso pero fue difícil recuperarme de eso, yo tenía miedo que él me diera y me quedaba en la calle, yo no quería venir para acá hasta un día que dijeron que yo no estaba loca..., sufrí ese

trauma, fue difícil recuperarme, no me importaba nada doctora, a mí lo único que me importaba, eran mis hijos y en muchas de las ocasiones pensé en matarme y no lo hice por mis hijos, hoy les doy gracias a ellos que yo tengo vida, porque... no por un hombre porque le voy a decir que no era por un hombre, era porque no sé, ya yo no tenía deseos de nada en la vida... yo en mi vida he pasado bastante...(M-18)

En el fragmento anterior se hace evidente, que para romper el ciclo de la violencia las mujeres pueden recurrir al suicidio, en el caso de M-18, los hijos jugaron un papel importante para la no opción por esa forma de violencia autoinflingida.

Para otras mujeres, el control sobre el cuerpo y la sexualidad, se expresó en lesiones que dejaron secuelas y limitaron la reconstrucción de su vida afectiva en pareja:

*...terrible, no quisiera que alguien pasara por eso, yo tenía 44 años de edad una relación de 9 años, nos separamos e intentó violarme... me marcó, me fue difícil tener otra pareja, demore unos 5 años para volver a tener relaciones sexuales, hasta que me volví a enamorar y tengo una relación de cuatro años.
(M-1)*

Las mujeres explican como causa de la violencia la ingestión de bebidas alcohólicas, este fragmento ilustra la violencia sexual recibida de su pareja *... lo he hecho sin deseo porque tomaba mucho y salía por los poros el alcohol... él me exigía...yo aceptaba... (M 19)*

Las formas de violencia psicológica se entremezclan con la violencia patrimonial y económica, la no tenencia de un espacio de vivienda en ocasiones mantiene a las mujeres ligadas a sus parejas violentas:

...él me trato de sacar de la casa, fue difícil la convivencia hasta que yo pude resolver salir, nunca me pego pero si me sentí maltratada (M-10)

Una sola de las mujeres refiere estar viviendo en una relación violenta, que sostiene porque *"...él es el proveedor"...*

La violencia repercute tanto a la familia conviviente como al resto de la familia. Refiere (M-9):

Mi hermana tiene mucha agonía, fue muy sobreprotegida desde niña, fue operada del tiroides, ella vivió violencia de palabra en su matrimonio, eso afectó a mi mamá, la violencia del matrimonio de mi hermana ha afectado a toda la familia, ahora ellas están solas los hijos lejos y cuando ellos vuelven y se van, ella se queda peor...

También esta mujer nos habló sobre la separación con el padre de su hijo:

... la separación de nosotros fue violenta, por "tomadera", por mujeres, pasaron muchas cosas y decidimos separarnos, mantuvimos la relación pero de padre y madre, hasta que él enfermó... (M-7)

Esta mujer tiene 58 años de edad, es universitaria, trabaja, no tiene creencias religiosas, es obesa, no practica ejercicios físicos, tiene SC molesto, con recarga de género, familia disfuncional, percepción de satisfacción personal presente, las relaciones sexuales no son satisfactorias, no tiene fantasías sexuales y la masturbación no la utiliza sola ni con su pareja.

3.13 Elementos integradores de las mujeres que sufrieron violencia

(M-17) Esta mujer tiene 56 años de edad, es preuniversitaria, trabajadora de su casa, pareja estable, tuvo un hijo, cuatro abortos, menopausia a los 54 años de edad, tiene síndrome climatérico muy molesto, con recarga de género, familia disfuncional, percepción de satisfacción personal ausente, cuidadora de una adulta mayor, no tiene satisfacción sexual, no tiene fantasías sexuales, nunca ha tenido la experiencia de la masturbación, es portadora de artritis reumatoide y de HTA, ambas enfermedades iniciaron después de los 40 años de edad y refiere que cada vez más intensas.

(M-11)

Mujer de 48 años de edad, preuniversitaria, trabaja, fuma, no tiene pareja estable, si tiene creencias religiosas, síndrome climatérico moderado, con recarga de género, familia funcional, normopeso que refiere: "...he notado que mi cintura ha aumentado", con percepción de satisfacción personal ausente, no parto, tuvo una interrupción de embarazo, es portadora de hipertensión arterial crónica y artrosis, ambas iniciaron después de los 40 años de edad.

(M-15)) Esta mujer tiene 57 años de edad, no deseó profundizar la entrevista en temas de sexualidad (lo cual fue respetado), nivel escolar preuniversitaria, trabajadora de su casa, se dedica a su familia y hacen 13 años, decidió no tener más parejas (luego de su última relación), es religiosa, soltera, trabajadora de su casa, con un síndrome climatérico muy molesto a predominio de los síntomas psicológicos muy molestos, con recarga de género, familia moderadamente funcional, obesa, no realiza ejercicios físicos, tuvo dos hijos, se realizó 10 interrupciones de embarazos, su menopausia fue a los 41 años, es cuidadora de su nieto, dice: me gusta ser ama de casa, atender a mis hijos y familia...siempre estoy preocupada por saber que voy a cocinar... La percepción de satisfacción personal, está ausente, con autoestima baja, dice sobre su apariencia: ...no es importante para mí, no tengo nuevos proyectos, me siento feliz... Tiene Diabetes mellitus tipo I e HTA, ambas enfermedades iniciaron después de los 40 años de edad.

(M-10) Mujer de 51 años de edad, universitaria, trabaja, sin pareja estable, no tiene creencia religiosa, satisface sus necesidades con ayuda, obesa, no hace ejercicios físicos, tiene hijos, se realizó dos abortos, familia moderadamente disfuncional, SC muy molesto, satisfacción personal ausente, con recarga de género, baja autoestima, no tiene nuevos proyectos, ante la pregunta ¿Qué es la sexualidad para UD.?, la respuesta fué el silencio, sobre la masturbación refirió...no tengo experiencia... es portadora de enfermedades que todas se han intensificado después de los 40 años de edad: Diabetes, HTA, Migraña, Asma bronquial, IVP, Psoriasis y de aparición después de los 40 años de edad la artrosis además esta mujer fue víctima de violencia de género como complemento casi decisivo y detonador en toda esta historia de vida.

(M-7) Esta mujer tiene 58 años de edad, es universitaria, trabaja, no tiene creencias religiosas, es obesa, no practica ejercicios físicos, tiene síndrome climatérico molesto, con recarga de género, familia disfuncional, percepción de satisfacción personal presente, las relaciones sexuales no son satisfactorias, no tiene fantasías sexuales y la masturbación no la utiliza sola ni con su pareja, es portadora de diabetes mellitus desde los 44 años de edad.

(M-5)

Mujer de 51 años de edad, trabaja, tiene pareja estable, síndrome climatérico muy molesto, con recarga de género, percepción de satisfacción personal ausente, no tuvo partos, antecedente de un aborto, usa anticoncepción(DIU), posmenopausia temprana, es cuidadora(de su mamá), autocuidado deficiente (se realiza la prueba citológica solo cuando lo orientan en el CMF y el autoexamen de mama en ocasiones), ha notado cambio(aumento de peso), es portadora de hipertensión arterial crónica, diagnosticada después de los 40 años de edad y se le han agudizado luego de esa edad el asma bronquial, la migraña e insuficiencia venosa periférica.

(M-3)

Esta mujer de 52 años de edad, obesa, ahora hace tres años que se ha mantenido sin pareja, fuma, trabaja en la calle, tiene un síndrome climatérico muy molesto, no se siente realizada ni feliz, dice...deseo tener un compañero, para conversar y compartir la vida, la soledad no es mala porque me siento bien aunque... me siento preocupada con frecuencia por mi hija...

En este momento no hace algo que le guste, la familia es disfuncional, sin privacidad, padecimiento: Insuficiencia venosa periférica, dice que le empeoró después de los 40 años de edad, percepción de satisfacción personal ausente, con recarga de género, refiere tener deseo sexual pero no tiene fantasías sexuales, sobre la masturbación alega...yo nunca me lo he hecho, lo veo normal, pero no me he visto con la necesidad de hacérmelo... Esta mujer vivió la violencia psicológica y física, ahora vive sus secuelas, con inseguridad, una salud sexual mellada.

(M-4)

satisface sus necesidades solo las principales y con ayuda, es cuidadora de sus padres con ayuda, preuniversitaria, trabaja en la calle, tiene creencia religiosa, tiene un síndrome climatérico muy molesto, con recarga de género, familia moderadamente funcional, percepción de satisfacción personal presente, con buena autoestima, enfermedades crónicas que aparecieron después de los 40 años de edad: gastritis, ulcera y hernia hiatal, se le intensificaron después de los 40 años de edad, la displasia

de mama y la artrosis, esta mujer refiere que: sus relaciones de pareja son satisfactorias solo a veces, ella refiere que tiene fantasías sexuales y deseo sexual.

(M-8)

Es una mujer que fue víctima de violencia de género, psicológica, su libertad fue limitada, su autonomía, vivió 20 años de subordinación y maltratos lo cual dejó secuelas, tiene 56 años de edad ahora con sobrecarga de género y un estado depresivo que responde a todo un conjunto: la añoranza por la hija que se fue hacen dos años del país, la responsabilidad del cuidado de la nieta, trabaja en la calle; es técnico medio, toma café, obesa, tuvo un solo parto, tres abortos, menopausia quirúrgica a los 44 años de edad, no tiene creencias religiosas, síndrome climatérico moderado, con los síntomas psicológicos muy molestos, familia severamente disfuncional, tiene una pareja estable que se ven en ocasiones, refiere que no tiene tiempo libre, la sobrecarga de género, la función de cuidadora, dando como resultado el estado de depresión marcada que vive esta mujer.

...(M-18).

Mujer que fué víctima de violencia psicológica y física, recibiendo impacto en su salud mental, tiene 43 años de edad, trabajadora de su casa, tiene creencia religiosa, preuniversitaria, trabajadora de su casa, tiene creencia religiosa, tiene pareja estable, síndrome climatérico muy molesto, con recarga de género, familia funcional, percepción de satisfacción personal ausente, obesa, tiene tres hijos, antecedente de dos abortos, nunca se ha realizado la prueba citológica, no realiza autoexamen de mama, refiere sentirse triste porque su hija mayor se fue a otro país, es portadora de enfermedades crónicas(Insuficiencia cardiovascular, diabetes mellitus tipo 1 y psoriasis) que aparecieron desde los 30 años, refiere que se le han intensificado los síntomas desde los 40 años de edad, la hija mayor se fue a vivir a otro país por lo que dice mantenerse “deprimida y preocupada”, nunca se ha realizado la prueba citológica y no se realiza el autoexamen de mama.

(M-2)

Mujer que fué víctima de violencia sexual, que luego de cinco años tienen esta relación que no conviven juntos y ella refiere sentirse bien, tiene 52 años de edad, preuniversitaria, trabaja, creencia religiosa, unión estable, síndrome climatérico asintomático, con recarga de género, percepción de satisfacción personal presente,, obesa, con antecedente de dos abortos, con buena autoestima y refiere le diagnosticaron que tiene un fibroma uterino.

(M 19)

Mujer de 49 años de edad, preuniversitaria, trabajadora de su casa, con creencia religiosa, no tiene pareja estable, síndrome climatérico leve, recarga de género, familia disfuncional, percepción de satisfacción personal ausente, obesa, un partos, no abortos,, satisface solo sus necesidades principales, tiene gastritis, ella refiere:

...desearía tener una nueva pareja que no viva en mi casa...

(M-9)

Mujer de 59 años de edad, universitaria, trabaja, no tiene creencia religiosa, unión estable, sobrepeso, síndrome climatérico leve, percepción de satisfacción personal presente, sin recarga de género y familia funcional, tuvo un parto, enfermedad crónica después de los 40 años de edad: asma bronquial y artrosis, se hace el autoexamen de mamá y la prueba citológica acude a realizársela por propia decisión. Es una mujer con buena autoestima, con recursos psicológicos que le permiten no llevar todos los problemas de sus familiares a su familia con la que convive en su entrevista cuando la preguntamos si dedicaba tiempo para ella, nos respondió:

... yo no comparto la teoría de que mi media naranja, no, yo soy una naranja y él es una naranja, entonces hay mitad de mi naranja que es para él, la otra mitad es mía para que si yo me quiero dormir, dormir cuando....yo quiera y si él quiere dormir, dormir cuando... si él no quiere ir al cine, ah pues quédate y yo voy al cine... ese es, uno tiene que guardarse la parte de uno..."

IV. Conclusiones

- . Las mujeres del grupo de estudio autoperciben su salud sexual asociada a ser mujer igual a ser madre y las responsabilidades por el cuidado de los otros, aún cuando se desempeñan en roles productivos.
- . En las entrevistas se hace evidente una mejor aceptación de las mujeres con sexualidades no hegemónicas aunque su principal valoración está articulada a los roles reproductivos de estas y no con su orientación sexual.
- . La sexualidad está asociada a las relaciones de pareja y la percepción, de bienestar está fuertemente anudada a la vinculación afectiva como fuente de placer.
- . Se identifican en la construcción de la subjetividad de estas mujeres la presencia del mito del amor romántico.
- . Predominó en el estudio las mujeres postmenopáusicas, con una intensidad del síndrome climatérico muy molesto y los síntomas psicológicos fueron los de mayor prevalencia, lo que requiere analizarse en el contexto de una cotidianidad signada por los roles de cuidado.
- . La obesidad, el sobrepeso y la presencia de enfermedades crónicas no transmisibles pueden influir en la autopercepción de salud y la autoimagen en el grupo de mujeres estudiadas.
- . Se identificó la violencia física, sexual, psicológica y económica o patrimonial, como uno de los problemas a considerar en cuanto a la salud sexual de las mujeres.

. Recomendaciones

. Continuar con investigaciones que tributen a una mejora de la salud sexual e integral de la mujer en la edad mediana.

. Proyectarse estrategias a partir de la interacción médico- paciente, que tributen a la continuación del empoderamiento de la mujer en edad mediana, con relación a género, para poder contribuir a disminuir su vulnerabilidad en el Policlínico Federico Capdevila Miñau.

. Establecer acciones de comunicación que resulten en una mejora de la comprensión de esta etapa de vida de la mujer. A través de talleres, encuentros periódicos, actividades con activistas sociales y otras acciones en el Policlínico Federico Capdevila Miñau.

Comunicar los resultados de la tesis a las instancias pertinentes del Policlínico Federico Capdevila Miñau y a la Facultad de Ciencias Médicas Enrique Cabrera. Así como socializarlo en las jornadas científicas y a través de artículos para las revistas científicas.

V. Referencias bibliográficas

1. Sarduy Nápoles MR, Lugones Botell M eds. II Consenso cubano sobre climaterio y menopausia[Internet].En: Taller Nacional de Revisión y Actualización;14-15 diciembre 2006; La Habana, Cuba[citado 21 may 2019].Disponible en: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/ginecobs/consenso2006seccclimymenop.pdf>
- 2.Federacion Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG). Climaterio y Menopausia[Internet].Ciudad México: Nieto Editores; 2016[citado 21 may 2019].Disponible en: www.fasgo.org.ar/index...flasog/1449-publicacion-flasog-climaterio-y-menopausia
- 3.Información. Así cambia el sexo según la edad. Editorial Prensa Alicantina; Sep 20, 2016. Disponible en: <https://www.diarioinformacion.com/vida-y-estilo/salud/2016/05/25/varia-sexualidad-edad/1765710.html>
- 4.Organización Mundial de la Salud. Temas de Salud. Salud Sexual [Internet].Ginebra, Suiza: OMS;2019[citado 2019 Jun 11]. Disponible en: https://www.who.int/topics/sexual_health/es/
- 5.McCabe MP, Sharlip ID, Lewis R, Atalla E, Balon R, Fisher AD, et al. Incidence and prevalence of sexual dysfunction in women and men: A Consensus Statement from Fourth International Consultation on Sexual Medicine 2015. J Sex Med 2016;13:144-52.
- 6 Manzano Ovies BR. Climaterio. En: Rigor Ricardo O, Santiesteban Alba S. Obstetricia y Ginecología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2014 p. 223-31.
- 7Navarro Despaigne D, Fontaine Semanat Y. Síndrome climatérico: su repercusión social en mujeres de edad mediana. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2001 Abr [citado 2019 Jun 11];17(2): [aprox.7p.]. Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252001000200010&lng=es
- 8.Santiesteban Alba S. Atención integral a la mujer en edad mediana. Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2011[citado 2019 Jun 11];37(2): [aprox.20p.].Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/gin/v37n2/gin15211.pdf>

9Sarmiento Leiva M. Caracterización de la severidad del síndrome climatérico [tesis]. Santa Cruz del Norte: Facultad de Salud Pública; 2000

10. González CLT, Bayarre VHD, Hernández ME. Factores de riesgo de baja calidad de vida en mujeres con climaterio del Municipio Plaza de la Revolución de la Habana, Cuba. Arch Med Fam [Internet]. 2019[citado 2019 Jun 13]; 21 (1):[aprox.11p.]. Disponible en:

<https://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2019/amf191b.pdf>

11.Couto Núñez D, Nápoles Méndez D. Aspectos sociopsicológico del climaterio y la menopausia. MEDISAN [Internet]. 2014 Oct [citado 2019 Ene 02];18(10): [aprox.9p.].Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-192014001000011&lng=es

12.Alfonso Rodríguez A. C. Sexualidad. Salud sexual y determinantes sociales de la salud: notas para el debate. Sexol Soc [Internet].2010[citado 2019 Jun 11]; 16(43): [aprox.5p.]. Disponible: en:

<http://revsexologiaysociedad.sld.cu/index.php/sexologiaysociedad/article/view/399/4411>

13.Artiles Visbal L. La Sexualidad como Determinante Social de la Salud y su Consideración en las Políticas Públicas. Sexol Soc [Internet]. 2014 [citado 2019 Jun 12]; 14(38):[aprox. p.]. Disponible en:

<http://revsexologiaysociedad.sld.cu/index.php/sexologiaysociedad/article/view/35514>

14Castañeda IE. Construcción de indicadores sintéticos para medir diferencias de género en el contexto social cubano [Tesis]. La Habana: Editorial Universitaria; 2012 [citado 5 Feb 2018].Disponible en:

<http://beduniv.reduniv.edu.cu/index.php?page=13&id=1250&db=1>

15Maure Barcia J. Modelo de atención a la mujer climatérica, su implementación en el nivel primario de salud. [Tesis]. La Habana: Facultad de Ciencias Médicas Manuel Fajardo; La Habana, 2016

16Navarro D. Cambios en la fisiología femenina tras el cese de la función reproductiva del ovario. 2 ed. La Habana: Editorial Científico Técnica; 2006 p.32-52.

17Martínez Chang YM. Síntomas climatéricos según el estilo de vida en mujeres de edad mediana. [Tesis]. La Habana: Facultad de Ciencias Médicas Manuel Fajardo; 2016.

- 18Hernández Sánchez J, Forero Bulla CM. Concepciones y percepciones sobre salud, calidad de vida, actividad física en una comunidad académica de salud. Rev Cubana de Enferm [Internet]. 2011[citado 2019 Ene 02]; 27(2): [aprox.12p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192011000200008
- 19.Artilles Visbal L. Contribución de los roles de género a la determinación del síndrome climatérico [Internet]. Ciudad de La Habana: Instituto superior de Ciencias Médicas de la Habana;2001.
- 20.Rubio Auriolles E. Antología de la sexualidad humana I. México: Miguel Ángel Porrúa/Grupo Nacional de Población (CONAPO); 1994
- 21.González Gumana C, Pérez I, Britapaja I, Martín M, Salas L. Calidad de vida de las mujeres en climaterio y cuidados de Enfermería. Enfermería Comunitaria [Internet]. 2014[citado 2019 Jun 11] 10(2):[aprox.12p.]. Disponible: en: <https://www.index-f.com/comunitaria/v10n2/ec9285r.php>
22. Diana Constanza Rivera Moya D, Bayona Abello SY. Climaterio y función sexual: un abordaje integral a la sexualidad femenina. CES Salud Pública 2014; 5:70-6
23. Huenchuan S. La protección de la salud en el marco de la dinámica demográfica y los derechos. Santiago de Chile: Centro Latinoamericano y caribeño de Demografía CELADE, División de población de la CEPAL; 2011[citado 2019 Jun 14]. Disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/7137/1/S1100140_es.pdf
24. Rosales Rodríguez RC, García Díaz RC, Quiñones Masias E. Estilos de vida y Autopercepción sobre Salud mental en el adulto mayor. Medisan [Internet].2014[citado 2019 Jun 11];18 (1): [aprox.10p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol18_1_14/san09114.pdf
- 25Cuba. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Estadísticas. Anuario Estadístico de Salud [Internet].La Habana: MINSAP; 2017[citado 2019 Jun 11]. Disponible en: <http://www.sld.cu/sitios/dne/http://bvscuba.sld.cu/anuario-estadistico-de-cuba/>
- 26González RicardoY, Maceo CoelloT, Navarro Despaigne DA, Domínguez Alonso E. Respuesta sexual en mujeres de edad mediana trabajadoras de la salud. Rev Cubana Endocrinol [Internet]. 2011[citado 2019 Jun 11]; 22(2): [aprox.10p.]. Disponible en:

<http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v17n4/mgi13401.pdf>

27Vargas-Fandiño Á, Leal-Vargas J , Hackson E, Castillo-Zamora MF, Restrepo-Castro OI, Zambrano-Vera ME. Percepción de la menopausia y la sexualidad en mujeres adultas mayores en dos hospitales universitarios de Bogotá, Colombia, 2015. Rev Colomb Obstet Ginecol [Internet]. 2016 [citado 2019 Jun 11]; 67(3): [aprox.10p.]. Disponible en:

<http://dx.doi.org/10.18597/rcog.767>

28Sánchez Izquierdo M, Hernández García E. Climaterio y sexualidad. Enfermer Global [Internet]. 2015[citado2017Dic19];(40):[aprox.10p.]. Disponible en:

<https://revistas.um.es/eglobal/article/view/214871/181451>

29.Rosales Rodríguez RC, García Díaz RC, Quiñones Masias E. Estilos de vida y Autopercepción sobre Salud mental en el adulto mayor. Medisan [Internet]. 2014[citado 2019 Jun 11];18(1): [aprox.7p.]. Disponible en:

http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol18_1_14/san09114.pdf

30.Santisteban Alba S. Atención integral a las mujeres de edad mediana. Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet].2011[citado 2019 Jun 11];37(2): [aprox.19p.].Disponible en:

http://scielo.sld.cu,http://www.sld.cu/sitios/biomedicinacngc/verpost.php?blog=http://articulos.sld.cu/biomedicinacngc/&post_id=102&tipo=2&idblog=107&p=1&n=ddk

31. Lugones Botell Miguel, Ramírez Bermúdez Marieta. Apuntes históricos sobre el climaterio y la menopausia. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2008 Dic [citado 2019 Jun 13]; 24(4).Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252008000400016&lng=es

32Lugones Botell M, Ramírez Bermúdez M. Lo social y lo cultural: Su importancia en la mujer de edad mediana. Rev Cubana Obstet Ginecol[Internet]. 2008 Abr [citado 2017 Dic 19];34(1):[aprox.19p.].Disponible en:

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2008000100004&lng=es.](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2008000100004&lng=es)

33. Cardavá García RM, Cárdua García I. Concepción sociocultural del climaterio en Occidente. Rev Enfermer Humanidades [Internet].2018[citado 2019 Jun 11]; 21(49): [aprox.7p.].Disponible en:

<https://culturacuidados.ua.es/article/view/2017-n49-concepcion-sociocultural-del-climaterio-en-occidente>

34. Navarro D, Lugones M, Fontaine Y. Factores biológicos y sociales en la mujer de edad mediana. Experiencias en la atención primaria. Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2006 [citado 2019 Jun 11];32(1):[aprox.10p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol32_1_06/gin02106.htm Consultado 3/6/15

35. Artilles Visbal L. Las condiciones de vida como determinantes del proceso salud enfermedad de la mujer climatérica. En: Artilles Visbal L, Navarro Despaigne D, Manzano Ovies D, eds. Climaterio y Menopausia. Un enfoque desde lo social. La Habana: Científico Técnica; 2007.p.39

36. Cárdbaga García RM, Cárdbaga García I. Concepción sociocultural del climaterio en Occidente. Cultura de los Cuidados [Internet]. 2017 [citado 2017 Dic 19];21(49):[aprox.7p.]. Disponible en:

<https://culturacuidados.ua.es/article/view/2017-n49-concepcion-sociocultural-del-climaterio-en-occidente>

37 Segura Soler I. Variables psicosociales que afectan en el deseo sexual de la mujer dentro de la adultez media [tesis]. La Habana: Facultad de Psicología, 2016. Disponible: <http://scielo.sld.cu/pdf/gin/v43n2/gin04217.pdf>.

38. Lugones Botell M, Valdés Domínguez S , Pérez Piñero J. Caracterización de la mujer en la etapa del climaterio I. Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2001 Abr [citado 2019 Jun 13]; 27(1): [aprox.7p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2001000100003&lng=es

39. González Merlo J, González Bosquet E. Ginecología 8va. España: MASSON SA; 2003.

40. Llanos Hung S. Endocrinología I [Internet]. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2006 [citado 2019 Jun 13]. Disponible en:

http://www.bvs.sld.cu/libros_texto/ginecologia_endocrinologia/completo.pdf

41. Hall JE, Guyton Arthur C. Female Physiology Before Pregnancy and Female Hormones. En su: Guyton and Hall Textbook of Medical Physiology 30 ed. [Internet]. Philadelphia: Elsevier; 2016 [citado 2019 Jun 13]. Disponible en:

<https://www.clinicalkey.es/#!/content/book/3-s2.0-B9781455770052000822>

42. Proaño Landázuri SM., Villagómez Vega MD. Factores que influyen en la satisfacción sexual de las mujeres postmenopáusicas [tesis]. Quito: Pontificia Universidad Católica del Ecuador /Facultad de Medicina; 2015 [citado 2019 Jun 13]. Disponible: <http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/9710>
43. Nelson HD. Menopause. Lancet. 2008;371(9614):760-70.
44. Bajo Arenas JM, Lailla Vicens JM, Xercavins Montosa J. Fundamentos de Ginecología. España: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (S.E.G.O.); 2009
45. Navarro Despaigne D. Moduladores selectivos del receptor estrogénico. Su utilidad en la mujer posmenopáusica. Rev Cubana Endocrinol [Internet]. 2001 [citado 2019 Jun 13];12(2): [aprox.5p.]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/end/v12n2/end08201.pdf>
46. Davis SR, Tran J. Testosterone influences libido and well being in women. Trends Endocrinol Metab. 2001;12:33-7.
47. Espitia De La Hoz FJ. Fisiopatología del trastorno del deseo sexual en el climaterio. Rev Méd Risaralda 2018; 24 (1): 58–60
48. Navarro Despaigne D, Méndez Gómez N, Duany Navarro A. Menopausia y función sexual. En: Torres Rodríguez B, Alfonso Rodríguez AC. Salud, malestares y problemas sexuales, textos y contextos. Diabetes mellitus y salud sexual.V.5.La Habana: CENESEX; 2017.
49. Casañas Velástegui Néstor Eduardo. Psicología del docente 2009, p.77-78.
50. Oviedo Gilberto L. La definición del concepto de percepción en psicología con base en la teoría Gestalt. Rev Estud Soc 2004;18:89-96.
51. Hernández Sánchez J, Forero Bulla CM. Concepciones y percepciones sobre salud, calidad de vida, actividad física en una comunidad académica de salud. Cátedra Universidad Industrial de Santander. Bucaramanga, Colombia. Rev Cubana Enfermer [Internet]. 2011 [citado 2019 Jun 13]; 27(2): [aprox.11p.]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v27n2/enf08211.pdf>
52. Orama Díaz J. Lecturas de filosofía salud y sociedad. La Habana: ECIMED; 2000

53. Artilles L. Ambiente, persona, sociedad, y cultura: Integralidad en el proceso de atención a la mujer de edad mediana. En: Artilles L, Navarro DA, Manzano BR. Climaterio y menopausia: un enfoque desde lo social. La Habana: Editorial Científico-Técnica; 2007p. 58-65.
54. Argote LA, Mejía ME, Vázquez ML, Villaquirán ME. Climaterio y menopausia en mujeres afrodescendientes: una aproximación al cuidado desde su cultura. Colombia Aquichan: Universidad de La Sabana; 2008; 8(001):33-49.
55. Centro Nacional Educación Sexual. Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, el Cairo, 1994. Discurso de la Jefa de la Delegación Cubana. Sexol Soc [Internet]. 2014 [citado 2019 Jun 21];13(35):[aprox. 4p.]. Disponible en: <http://revsexologiaysociedad.sld.cu/index.php/sexologiaysociedad/article/view/380>
56. Salud Sexual para el Milenio. Declaración y documento técnico [Internet]. Minneapolis, USA: World Association for Sexual Health; 2008 [citado 2019 jun14]. Disponible en:
http://www.flashes.net/boletines/millennium_declaracion.pdf
57. Orozco Ramírez MM. Salud reproductiva, género y sexualidad en la investigación mexicana de corte antropológico (1995-2005) Alteridades [Internet]. 2010 [citado 2019 Jun 17]; 20(40): [aprox.32p.]. Disponible en:
<http://scielo.sld.cu/pdf/end/v22n2/end07211.pdf>
58. Alfonso Rodríguez AC. Intersección de la salud mental y sexual en el contexto de los determinantes sociales de la salud. Apuntes. En: Torres Rodríguez B, Alfonso Rodríguez AC. Salud, malestares y problemas sexuales, textos y contextos.V.3.La Habana: CENESEX; 2017
59. Castillo Vargas Andrés, Chinchilla Badilla Ivannia. ¿Protección u olvido? Salud sexual y reproductiva en la edad mediana femenina: una reflexión generacional-contextual. Cuadernos Intercambio sobre Centroamérica y el Caribe [Internet]. 2014 [citado 2019 Jun 14]; 11(1): [aprox. 19p.]. Disponible en:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=476947241007>
60. Bataller I, Perelló V. De la sexualidad a las sexualidades. Educación sexual integral básica. Sexologos sin Fronteras. Mineapolis USA: WAS. Disponible en:
<http://www.vicentbataller.com> <http://www.sxlgsf.org>

61. Artiles Visbal L. A diez años de El Cairo y Beijing. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2006[citado 2019 Jun 11]; 32(1):[aprox.8p.]. Disponible en:
<http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v32n1/spu09106.pdf>
62. Álvarez Castaño LS. Los determinantes sociales de la salud: más allá de los factores de riesgo. Gerencia y Políticas de Salud [Internet]. 2009[citado 2019 Jun 11]; 8(17):[aprox.10p.]. Disponible en:
<http://redalyc.uamex.mx/src/inicio/ArtPdRed.jsp?>
63. WaisblatWainberg L, Sáenz Berbejillo L. La construcción sociohistórica de los roles masculino y femenino. Patriarcado, capitalismo y desigualdades instaladas. Sexol Soc [Internet]. 2014 [citado 2019 Abr 10];19(2):[aprox.7p.]. Disponible en:
<http://www.revsexologiaysociedad.sld.cu/index.php/sexologiaysociedad/article/view/195>
64. Declaración y Plataforma de Acción de Beijing[Internet]. En: Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer; 4-15 sep 1995; Beijing [citado 21 may 2019]. Disponible en:
<https://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/BDPfA%20S.pdf>
65. WaisblatWainberg L, Sáenz Berbejillo L. La construcción sociohistórica de los roles masculino y femenino. Patriarcado, capitalismo y desigualdades instaladas. Sexol Soc [Internet]. 2014 [citado 2019 Abr 10]; 19(2):[aprox. p.]. Disponible en:
<http://www.revsexologiaysociedad.sld.cu/index.php/sexologiaysociedad/article/view/195>
- 66.. Heredia Hernández B, Lugones Botell M. Entorno familiar, laboral, manifestaciones clínicas y enfermedades crónicas en mujeres de edad mediana. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2009 Sep [citado 2015 Mayo 14]; 25(2): [aprox.13p.]. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252009000200008&lng=es
67. Sierra B, Hidalgo LA, Chedraui PA. Measuring climacteric symptoms in an Ecuadorian population with the Greene Climacteric Scale [Resumen]. Maturitas 2005 Jul 16;51(3):236-45
68. Alfonso Rodríguez AC. Salud sexual y reproductiva desde la mirada de las mujeres. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2006 Mar [citado 2019 Jun 17];32(1):[aprox.15p.]. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662006000100010&lng=es

69. Pla Julián Isabel, Adam Donat Antoni, Bernabeu Díaz Isabel. Estereotipos y prejuicios de género: factores determinantes en Salud Mental. Norte de salud mental [Internet]. 2013[citado 2019 Jun 17];11(46): [aprox.8p.]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4694952>
70. Ruiz Bravo P. Una aproximación al concepto de género. En Defensoría del Pueblo Sobre género, derecho y discriminación. Lima: PUCP-D;1999
71. Febles Elejalde M. Una nueva etapa del desarrollo: la adultez. La Habana: Editorial Félix Varela; 2009
72. Alfonso Rodríguez AC. Violencia contra las mujeres. Una alerta para el profesional de salud. Ciudad de la Habana: Editorial CENESEX; 2007
73. Organización Mundial de la Salud. Violencia y salud mental [Internet]. Ginebra: OMS; 2014[citado 2019 Jun 17]. Disponible en: <https://www.uv.mx/psicologia/files/2014/11/Violencia-y-Salud-Mental-OMS.pdf>
74. Infomed Portal de salud del Centro Provincial de educación para la Salud Santiago de Cuba. Santiago: Infomed .Centro Provincial de Información de Ciencias Médicas; © 1999-2019 [actualizado 21 Sep 2015 ; citado 17 Jun 2019].Violencia de género. Cicatrices de la cobardía; [aprox.13p.].Disponible en: <https://instituciones.sld.cu/promocionscu/2015/09/21/violencia-de-genero-cicatrices-de-la-cobardia/>
75. Organización de Naciones Unidas. Observatorio de igualdad de género de América Latina y el Caribe[Internet].New York: ONU/Cepal; 2013 [citado 2019 Jun 17]. Violencia contra la mujer respuesta del sector salud; [aprox. 8 pantallas]. Disponible en: https://oig.cepal.org/sites/default/files/who_nmh_vip_pvl_13.1_spa.pdf
76. Violencia basada en género. Marco conceptual para las políticas públicas y la acción del estado [Internet]. Lima–Perú: Ministerio de la mujer y poblaciones vulnerables (MIMP); 2016 [citado 2019 Jun 17].Disponible en: https://www.mimp.gob.pe/files/direcciones/dgcvq/MIMP-violencia-basada_en_genero.pdf
77. Perojo Páez V M. La violencia contra la mujer: abordaje en profesionales de la Atención Primaria desde una perspectiva bioética. Rev Cubana Med Gen Integr

[Internet]. 2015[citado 2019 Jun 17]; 31(4):[aprox.25p.]. Disponible en: <http://www.revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/92/39>

78. Molina Martínez M, Martínez García D, Hernández Pedroso DD. Comportamiento de la Violencia Psicológica contra un grupo de mujeres en las relaciones de pareja. Sexol Soc [Internet]. 2015 [citado 2019 Jun 17];20(2):[aprox.18p.]. Disponible en: <http://www.revsexologiaysociedad.sld.cu/index.php/sexologiaysociedad/article/view/482>

79. Proveyer C. Violencia de género. Aproximación desde la realidad cubana. Sexol Soc [Internet]. 2014 [citado 2019 Abr 10];20(1):[aprox.15p.]. Disponible en: <http://revsexologiaysociedad.sld.cu/index.php/sexologiaysociedad/article/view/465/507>

80. Arce Bustabard S. Inmunología clínica y estrés. En busca de la conexión perdida entre el alma y el cuerpo. En su: Estrés y autoinmunidad [Internet]. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2007[citado 2019 Jun 1]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/libros/inmunologia_clinica/cap05.pdf

81. Proaño Landázuri SM., Villagómez Vega MD. Factores que influyen en la satisfacción sexual de las mujeres postmenopáusicas[tesis]. Quito: Pontificia Universidad Católica de Ecuador; 2015 [citado 2019 Abr 10]. Disponible en: <http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/9710>

82. García Tirada MA. Cómo viven su sexualidad las mujeres de mediana edad, un enfoque desde la vida cotidiana. Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2009[citado 2019 Jun 17]; 35(2): [aprox.12p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2009000200007

83. Artiles Visbal L. Disminución del Deseo Sexual en la Mujer de Edad Mediana. ¿Realidad o Mito?. Sexol Soc [Internet]. 2014 [citado 2019 Jun 17];12(31):[aprox.4p.]. Disponible en: <http://revsexologiaysociedad.sld.cu/index.php/sexologiaysociedad/article/view/327>

84 Artiles-visbal L. Nudos críticos y capitales en las mujeres de edad mediana. Sexol Soc [Internet]. 2010 [citado 2019 Jun 17];16(45):[aprox.13p.]. Disponible en: <http://revsexologiaysociedad.sld.cu/index.php/sexologiaysociedad/article/view/406/452>

85. Martínez Chang YM. Síntomas climatéricos según el estilo de vida en mujeres de edad mediana. [Tesis]; La Habana: Facultad de Ciencias Médicas Manuel Fajardo; 2016

86. Peláez, J.: Ginecología pediátrica y de la adolescente. Editorial Científico Técnica. La Habana; 2007. p. 183-87
87. Martínez-Chang Y, Sarduy-Nápoles M, Rodríguez-Martínez L, Rodríguez-Molina M, Iglesias-González B. Síntomas climatéricos según el estilo de vida en mujeres de edad mediana. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 2016 [citado 22 Jul 2017];42(3). Disponible en: <http://revginecobstetricia.sld.cu/index.php/gin/article/view/73>
88. González Cardenas, L.T; Abich Gómez; A.L., Ballarrez Vea, H.D. Hernández Melendez, E, Cuesta Mejía, L. Síndrome Climatérico en mujeres de edad mediana. P.12 2017 Disponible en <http://www.revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/737/221>
89. Quintana Llanio L. Maternidad y paternidad en los imaginarios sociales de mujeres. Revista Novedades en población, n.o 18, julio-diciembre, 2013, pp. 81-90 Disponible en: <http://www.cedem.uh.cu/revista>
90. Rivera Moya DC, Bayona Abello SY. Climaterio y función sexual: Un abordaje integral a la sexualidad femenina. Rev CES Salud Pública 2014; 5(1): 70-76. Disponible: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4804768>
91. Albizu-Campos Espiñeira JC., Fazito de Almeida Rezende D. Dinámica demográfica cubana. Antecedentes para un análisis. Novedades en población. 2013 • pp. 1-35. ISSN: 1817- 4078. Disponible: <http://www.cedem.uh.cu/revista>

VI. ANEXOS

ANEXO 1

Guía de entrevista, semiestructurada

Título de la investigación: Autopercepción de la salud sexual en mujeres de edad mediana

*TODA LA ENTREVISTA ES PERSONALIZADA, EN DIALOGO QUE FLUIRÁ DURANTE LA INTERRELACION, CON ESTA GUÍA DE BASE

Nombre del entrevistador: _____ Fecha: _____

Datos personales

Nombres y Apellidos: _____

Dirección: _____

Edad: _____ Color de la piel: Blanca ___ Negra ___ Mestiza _____

Escolaridad: Primaria ___ Secundaria ___ Técnico medio ___ Preuniversitario ___
Universitario _____

Con vínculo laboral: Trabaja _____

Trabajadora para su casa: _____

Hábitos tóxicos: Tabaquismo: _____ Café ___ Alcohol _____ Otros _____

Tiene algún tipo de creencia religiosa: Si _____ No _____

Tiene pareja estable: Si _____ No _____

Peso: _____ Talla _____ Cintura _____

IMC _____

Actividad física sistemática: Si ___ No ___

Edad de la primera menstruación (menarquia) _____

Primeras relaciones sexuales _____

Paridad: Sin hijos ___ Con hijos _____

Abortos: Si ___ No ___ Provocado: _____ Espontáneo: ___ Ectópico: _____

Operaciones: _____

Ud. ha tenido a los 40 años de edad ò después: Aborto: Si ___ No ___

Parto: Si ___ No: _____ Deseo de tener hijos: Si ___ No ___

De tener menstruación: Sus menstruaciones son regulares: Sí ___ No ___

No tiene menstruación: ¿Desde cuándo no ve la menstruación? _____

Ud. ha notado cambios en su organismo en este periodo Si: ___ No: _____

En caso de ser afirmativa la respuesta, explique: _____

Relación de pareja

Con pareja estable: _____

Relación de pareja Satisfactorias Siempre: _____ Satisfactorias a veces: _____
Nunca Satisfechas: _____

Ud. Se siente sola: Si ___ No ___ de ser Si, explique Por qué: _____

Se siente realizada, explique: _____

Sin pareja estable: _____

Tiempo que lleva sin pareja estable: _____

Ha estado casada: _____

Ha tenido unión consensual: _____

Ud. Se siente sola: Si ___ No ___ De ser Si, explique Por qué?: _____

Se siente realizada, explique: _____

Desearía tener una nueva pareja estable: Si ___ No ___

Desearía tener una nueva pareja estable que vivan en la misma casa: _

Desearía tener una nueva pareja estable que no convivan juntos: _

Desearía tener una nueva pareja estable que no convivan juntos y la comparta con otra u otras parejas: _

Desearía tener solamente pareja fortuita u ocasional: _

Se ha sentido criticada por no tener pareja sexual estable: Si _____ No _____

Se siente feliz en estos días y por qué: _____

Relación de pareja: Satisfactorias siempre ___ Satisfactorias a veces ___

Nunca Satisfechas ___

¿Qué hace en su tiempo libre? _

¿Puede Ud., satisfacer todas las necesidades económicas suyas y de su familia? ___

Enfermedades crónicas asociadas: HTA_ AB_ DM_ Cardiopatía_ Otras_

El diagnóstico fué después de los 40 años de edad: Si: ___ No: ___

De ser antes: ¿Se le ha intensificado luego de los 40 años de edad?: Si- No-

Tiene temor contraer alguna ITS: Si ___ No ___

Su pareja usa el condón o Preservativo: Si ___ No ___ A veces ___

En este momento utiliza algún método contraceptivo: Si ____ No ____

Se realiza la Prueba citológica con regularidad: Si ____ No ____

Se realiza la prueba citológica: Por su propia decisión ____ Solo cuando se lo orientan en el CMF ____ Solo cuando le solicitan el carnet de salud en su trabajo: _

Sabe realizarse el autoexamen de mama: Si ____ No ____

Se realiza el auto examen de mama: Con regularidad: ____ En ocasiones ____ Nunca ____

Comparte su habitación: Si ____ No ____

Tiene responsabilidad del cuidado de alguien familiar en particular dentro de su casa: Si ____ No ____

Comparte el cuidado de los miembros de su familia: Si ____ No ____

Ud. se siente preocupada con mucha frecuencia Sí ____ No ____

De ser SI, explique: _____

Tiene algún nuevo proyecto(os) en esta etapa de su vida: Si ____ No ____

Es importante para Ud. su apariencia física: Si ____ No ____

Se ha sentido víctima de violencia en alguna relación de pareja: Si ____ No ____

De ser SI, explique: _____

Relación con los compañeros de trabajo: Buenas ____ Regular ____ Malas ____

Sabe que es el climaterio: Si ____ No ____

¿Qué es para usted ser mujer? _____

Para usted: ¿qué es su sexualidad? _____

Sobre el deseo sexual: ¿cuál es su experiencia? _____

¿Tiene usted fantasías sexuales? Sí___ No___

¿Qué piensa usted sobre la masturbación?

¿Tiene usted privacidad en su casa que le permita disfrutar de su vida sexual a plenitud? Sí_____ No _____

¿Ha notado cambios en su sexualidad después de los 40 años de edad hasta la fecha?
De ser positiva la respuesta, explique_____

Sabe usted qué es el orgasmo: Si___ No _____

¿Usted tiene orgasmos?: Si ___ No ___

Usted conversa sobre sexualidad: Si ___ No ___ De ser positiva la respuesta, diga ¿con
quién o con quiénes?: _____

Anexo 2

INSTRUMENTO PARA MEDIR INTENSIDAD DEL SÍNDROME CLIMATÉRICO

	Ausente (0)	Leve (1)	Moderado (2)	Severo (3)	Peso	Puntos
Síntomas circulatorios						
Sofocos u oleadas de calor					4	
Sudoraciones nocturnas					4	
Palpitaciones					2	
Parestesias-hiperestesias					2	
Dolores de cabeza					1	
	<i>SUBTOTAL CIRCULATORIOS</i>					
Síntomas psicológicos						
Insomnio					3	
Nerviosismo					3	
Irritabilidad					3	
Labilidad emocional					3	
Disminución interés sexual					3	
Pérdida capac. memoria-concentración					2	
Apatía					2	
Tristeza					2	
Miedos					1	
	<i>SUBTOTAL PSICOLÓGICOS</i>					
Síntomas genitourinarios						
Dispareunia					3	
Disminución placer sexual					3	

Sequedad vaginal	Ausente (0)		Presente (2)		3	
Atrofia genital	Ausente (0)		Presente (2)		3	
Incontinencia urinaria					1	
Polaquiuria					1	
Disuria					1	
<i>SUBTOTAL GÉNI-TOURINARIOS</i>						
Síntomas generales						
Dolores musculares- osteoarticulares					2	
Aumento de peso					2	
Vértigos					1	
Sequedad mucosa oral					1	
Astenia					1	
Pérdida de peso					1	
Sequedad de la piel	Ausente (0)		Presente (2)		1	
<i>SUBTOTAL GENERALES</i>						
					TOTAL	

Anexo 3

ÍNDICE DE CONDICIONAMIENTO DE GÉNERO(ICG):

¿Está vinculada Laboralmente? (IT)

1) Si ____ 2) No ____

Las tareas domésticas las realiza (TD)

Sola ____ (2) con ayuda ____ (1) Otra persona ____ (0)

Composición del Núcleo Familiar (CF)

- 1 año ____ 1 – 9 años ____ 10 – 14 años ____ 15 – 19 años ____
15 – 19 años ____ 20 – 59 años ____ 60 y más ____

La atención a enfermos la realiza (AE)

Sola ____ (2) con ayuda ____ (1) Otra persona ____ (0)

Anexo 4

TEST DE PERCEPCIÓN DE SATISFACCIÓN PERSONAL DE MUJERES EN EDAD MEDIANA (ISP RELEBA)

		Casi siempre 3	a veces 4	Casi nunca 1	Nunca 0
1	Pienso que aún tengo una buena apariencia				
2	Los síntomas de la menopausia afectan mi vida diaria				
3	Espero que algunas cosas placenteras me hagan feliz en el futuro				
4	En mi casa el trabajo doméstico se comparte entre todos				
5	Me haría feliz compartir la vida con una pareja				
6	Enfrento las dificultades cotidianas con seguridad y confianza en mis capacidades				
7	Mi sueño es tranquilo y reparador				
8	Mi pareja y yo tenemos metas comunes que alcanzar				

9	Me complace ocuparme de mis familiares en el hogar				
10	Disfruto la sexualidad con mi pareja				
11	me siento satisfecha con la familia que he logrado formar				
12	Tengo buena vitalidad y ganas de hacer cosas				
13	Confío en que podré lograr próximos éxitos en mi vida				
14	Durante el día me asigno un tiempo para hacer lo que deseo				
15	Mantengo buena comunicación con mi pareja				
16	Me satisface desempeñar mi trabajo como parte importante de mi vida				
17	Mi estado de ánimo es alegre				
18	Creo que aún tengo muchas cosas que hacer en la vida				
19	Me satisface realizar el trabajo domestico				
20	He pensado que con otra pareja sería más feliz				
21	Estoy satisfecha con la imagen que otros tienen de mi				

22	Me siento irritable e inquieta aunque no se explicar lo que me pasa				
23	Pienso que mi desarrollo personal aun puede continuar				
24	Las responsabilidades domésticas y familiares logran agotarme				
25	Estoy satisfecha con las relaciones que mantengo con mi pareja				
26	Me siento bien de salud				
27	Me he propuesto realizar actividades como tejer, leer, hacer ejercicio u otro entretenimiento que enriquezca mi tiempo libre				
28	En el hogar puedo disfrutar de un tiempo personal				
29	Mi pareja y yo compartimos las responsabilidades familiares y tareas del hogar				
30	Me siento satisfecha con lo que en la vida he podido lograr				

Anexo 5

Test de percepción del funcionamiento familiar (FF-SIL)

SITUACIONES	Casi nunca (1)	Pocas veces (2)	A veces (3)	Muchas veces (4)	Casi siempre (5)
1. Se toman decisiones para cosas importantes de la familia.					
2. En mi casa predomina la alegría.					
3. En mi casa cada uno cumple sus responsabilidades.					
4. Las manifestaciones de cariño forman parte de la vida cotidiana.					
5. Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa.					
6. Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos.					
7. Tomamos en consideración las experiencias de otras familias.					
8. Cuando alguno de la familia tiene un problema, los demás lo ayudan.					
9. Se distribuyen las tareas de forma que nadie esté sobrecargado.					
10. Las costumbres familiares pueden modificarse ante					

determinadas situaciones.					
11 Podemos conversar diversos temas sin temor.					
12. Ante una situación familiar difícil somos capaces de buscar ayuda en otras personas.					
13. Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar.					
14. Nos demostramos el cariño que nos tenemos.					
SUBTOTAL					
				TOTAL	

Anexo 6

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____

con CI _____ doy mi consentimiento para participar en la investigación "Autopercepción de la salud sexual, en mujeres de edad mediana", pues, se me ha informado el objetivo por el que se realizará el estudio, los elementos a investigar, cómo será presentado el mismo, precisándome el carácter confidencial y de preservación de nuestra ética moral y personal, que en ningún momento serán divulgados datos personales de los contribuyentes en la investigación y se nos explicó que este estudio contribuirá a hacer más integral la atención a las mujeres entre los 40 y los 59 años de edad.

Para constancia, firmo la presente: _____

A los ____ días del mes _____ del año 2018

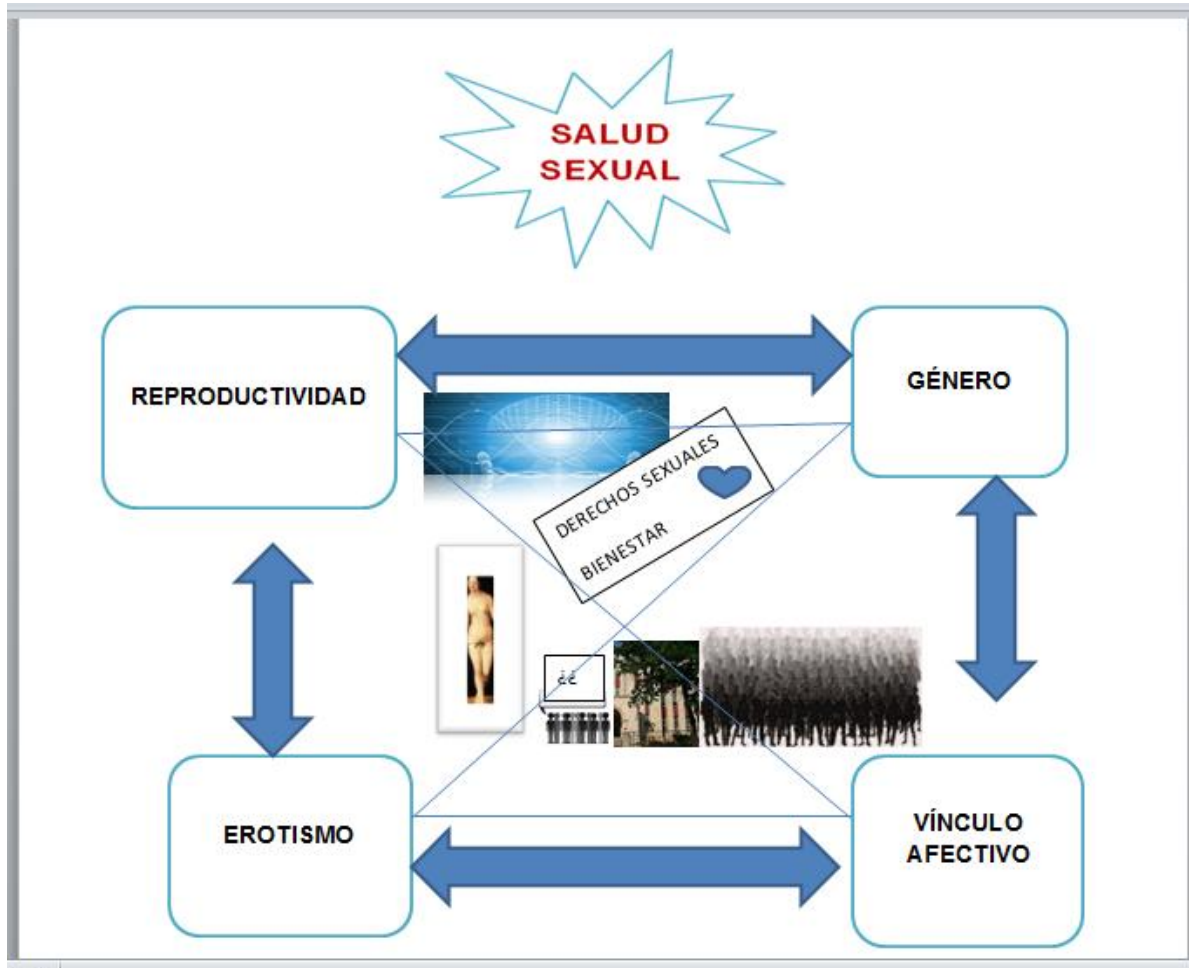
Firma del investigador: _____

A los ____ días del mes _____ del año 2018

Anexo 7

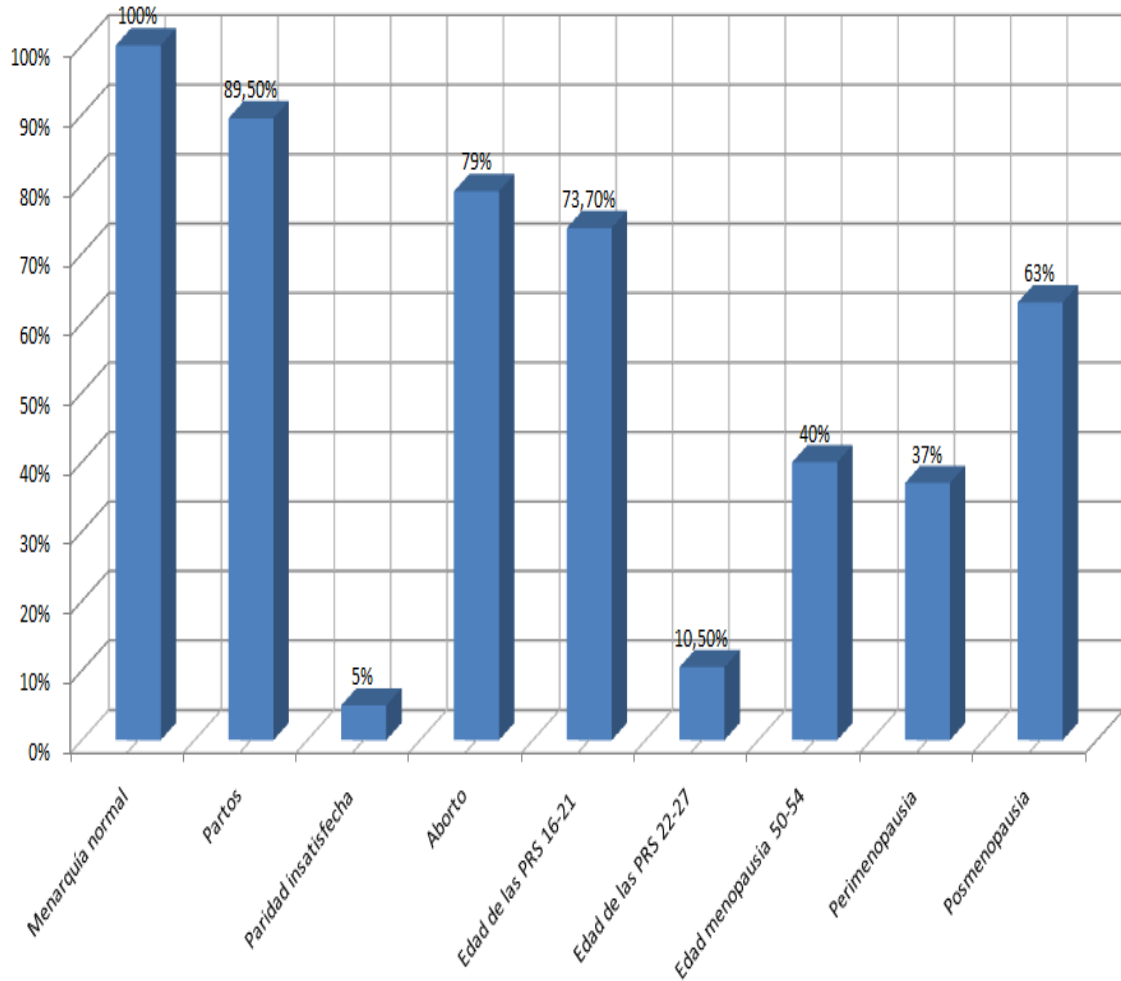
Los utilizados para la defensa de la Tesis

Grafico integrador de salud sexual



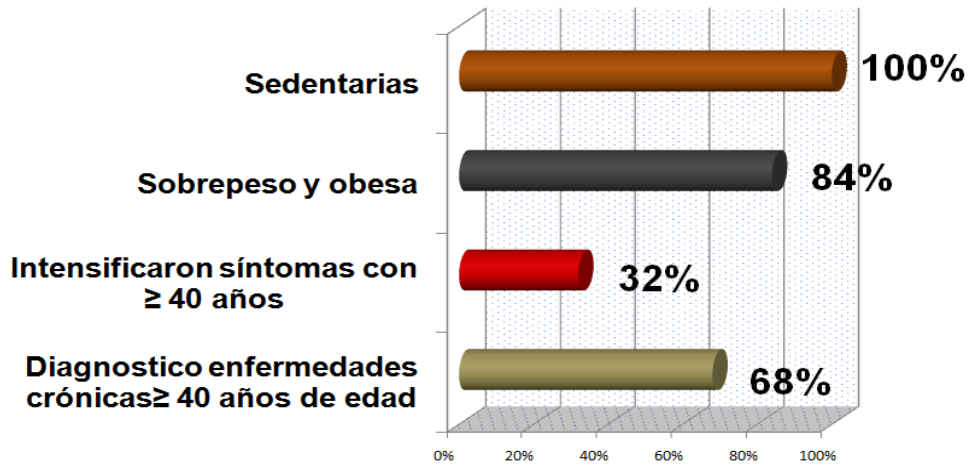
Fuente: Elaboración propia fundamentada en la teoría de los cuatro Holones de Eusebio Rubio, 1983

Gráfico 3. Características biológicas y reproductivas



Fuente: Tablas 5, 6, 7 y 8

Gráfico 4. Distribución según Evaluación nutricional y enfermedades crónicas diagnosticadas e intensificadas, así como estilos de vida



Fuente: Tabla 11, 12, 13 y 14

Gráfico 5. Distribución de las mujeres según percepción de satisfacción personal en mujeres de edad mediana (ISP RELEBA) y el índice de condicionamiento de sobrecarga de género (ICG)



Fuente: Tabla 15