

La función sexual y su relación con los factores psicológicos en las mujeres con el síndrome de ovario poliquístico

Sexual function and its relationship to psychological factors in women with polycystic ovary syndrome

Adriana Agramonte Machado^{1*} <https://orcid.org/0000-0001-8536-9250>

¹Instituto Nacional de Endocrinología (INEN), Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.

*Autor para la correspondencia: adriana.agramonte@infomed.sld.cu

RESUMEN

Introducción: El síndrome de ovario poliquístico tiene un notable impacto en la vida de las personas que lo padecen, siendo las áreas psicológica y sexual frecuentemente afectadas.

Objetivos: Realizar una revisión bibliográfica sobre la función sexual y su relación con factores psicológicos en mujeres con síndrome de ovario poliquístico.

Métodos: Se revisaron las bases de datos Google Scholar, Pubmed Central y SciELO Regional por intermedio del buscador web de Google. Algunos de los aspectos tratados en el artículo fueron los factores psicológicos, las hormonas sexuales y la función sexual, la imagen corporal y el síndrome de ovario poliquístico, y la función sexual y el síndrome de ovario poliquístico.

Conclusiones: Los aspectos más estudiados del síndrome de ovario poliquístico han estado relacionados con la conceptualización y fisiopatología de la enfermedad, y las manifestaciones reproductivas y metabólicas. Otros aspectos igualmente importantes como los psicosociales y sexuales han sido muy escasamente abordados y los datos disponibles son contradictorios. Se requieren investigaciones de corte psicosocial para profundizar en las particularidades de la vida psicoemocional y sexual de esta población. Aún existe un campo novedoso poco explorado y permanecen vacíos de información en

torno a la sexualidad que por su impacto influyen en el bienestar psicológico y la calidad de vida.

Palabras clave: síndrome de ovario poliquístico; función sexual; factores psicológicos; hormonas sexuales; imagen corporal.

ABSTRACT

Introduction: Polycystic ovary syndrome has a notable impact on the lives of those who suffer from it, with the psychological and sexual areas frequently affected.

Objective: To carry out a literature review on sexual function and its relationship with psychological factors in women with polycystic ovary syndrome.

Methods: Google Scholar, Pubmed Central and SciELO Regional databases were reviewed through the Google web search engine. Some of the aspects covered in the article were psychological factors, sex hormones and sexual function, body image and polycystic ovary syndrome, and sexual function and polycystic ovary syndrome.

Conclusions: The reviewed literature allows affirming that in the Cuban and international context the most studied aspects of polycystic ovary syndrome have been related to the conceptualization and physiopathology of the disease, and its reproductive and metabolic manifestations. Other equally important aspects such as psychosocial and sexual aspects have been very scarcely broached and the available information is contradictory. Psychosocial research is needed to delve deeper into the particularities of the psychoemotional and sexual life of this population. There is still a novel field that has not been sufficiently explored and there are still gaps in the information on sexuality that, due to their impact, influence the psychological well-being and the patients' quality of life.

Keywords: polycystic ovary syndrome; sexual function; psychological factors; sexual hormones; body image.

Recibido: 05/04/2021

Aprobado: 12/01/2022

Introducción

El síndrome de ovario poliquístico (SOP) es el trastorno endocrino más común que afecta a una de cada cinco mujeres en la etapa reproductiva.⁽¹⁾ De etiología multifactorial

constituye en la actualidad un problema de salud debido a sus manifestaciones psicológicas, metabólicas y reproductivas.⁽²⁾ Esta entidad se define según los criterios de hiperandrogenismo, disfunción ovulatoria y presencia de ovario poliquístico por ecografía,⁽³⁾ y desde el año 2012 se incorporó el fenotipo atendiendo a los criterios anteriores.⁽⁴⁾

Las estimaciones de la prevalencia de SOP varían dependiendo de la clasificación diagnóstica empleada, los aspectos étnicos y el tipo de muestra explorada, ya sea clínica o comunitaria.^(5,6) Sin embargo, de manera general se reconoce que el SOP es altamente prevalente.⁽⁷⁾ Según los criterios del Instituto Nacional de Salud de los Estados Unidos su prevalencia se ubica entre el 4-10 %, pero si se emplean los criterios del Consenso de Rotterdam de 2004,⁽⁸⁾ que son más amplios, la prevalencia podría duplicarse.⁽¹⁾

Los mecanismos fisiopatológicos del SOP son complejos y se destacan cuatro aspectos: la secreción inadecuada de gonadotrofinas, el hiperandrogenismo, la resistencia a la insulina y las alteraciones en la folículo-génesis.^(9,10,11,12) Además, de sus efectos reproductivos, el SOP tiene consecuencias metabólicas que derivan fundamentalmente del estado de resistencia a la insulina.^(13,14,15)

En mujeres adultas el SOP se asocia a la obesidad, a la diabetes mellitus tipo 2, a la hipertensión arterial, a la enfermedad cerebro-cardiovascular, a la dislipoproteinemia, a la aterosclerosis subclínica y al carcinoma de endometrio, comorbilidades que alteran de manera significativa la calidad de vida de estas pacientes.⁽¹⁶⁾

El hiperandrogenismo puede presentarse como acné, seborrea, hirsutismo y alopecia androgénica y la anovulación crónica se manifiesta con irregularidad menstrual, oligo o amenorrea e infertilidad.⁽¹⁷⁾ La obesidad es una manifestación clínica frecuente y por sí sola, o asociada a otras manifestaciones del SOP condiciona riesgo y severidad adicional.⁽¹⁴⁾ La resistencia a la insulina y la hiperinsulinemia han sido identificadas en los últimos años como factores patogénicos centrales en alrededor del 50 % de las pacientes con la enfermedad.^(13,17)

La heterogeneidad considerable de síntomas y signos asociados al síndrome pueden variar en una misma persona a lo largo de la vida y se vincula con el deterioro del bienestar psicológico y de la calidad de vida general. Además, la mayoría de las disfunciones endocrinas y metabólicas pueden conllevar alteraciones en la psique de la mujer.^(18,19)

Los aspectos más abordados del SOP han estado relacionados con la conceptualización, fisiopatología de la enfermedad y sus manifestaciones reproductivas y metabólicas, mientras que otros aspectos como los psicológicos y sexuales, con posible impacto en la

subjetividad de la mujer, han sido menos abordados.^(20,21) Por estas razones, el objetivo del estudio fue realizar una revisión bibliográfica sobre la función sexual y su relación con factores psicológicos en mujeres con síndrome de ovario poliquístico.

Métodos

La búsqueda se realizó en las bases de datos electrónicas Google Scholar, Pubmed Central y SCIELO Regional por medio del buscador web de Google. Se revisaron artículos completos, relacionados con estudios observacionales, prospectivos, ensayos clínicos, artículos de revisión publicados fundamentalmente entre 2010 y 2019 (acceso libre) a partir de las palabras clave síndrome de ovario poliquístico, función sexual, factores psicológicos, hormonas sexuales e imagen corporal.

Se descargaron artículos completos de forma manual, y se extrajeron datos sobre los acápites que conforman la investigación: SOP, factores psicológicos, hormonas sexuales y función sexual, imagen corporal y SOP, función sexual y SOP.

Factores psicológicos, hormonas sexuales y función sexual

Todo proceso psicológico conlleva una experiencia emocional de mayor o menor intensidad y de diferente cualidad.⁽²²⁾ En la actualidad existe consenso acerca del vínculo de los factores psicológicos en la expresión de las enfermedades, especialmente la relevancia de los estados emocionales negativos permanentes en la aparición y mantenimiento de diferentes formas clínicas como depresión y ansiedad.⁽²³⁾ La emoción se ha definido como una experiencia multidimensional afectiva, en cierta medida agradable o desagradable, que supone al menos tres sistemas de respuesta: cognitivo-subjetivo, conductual-expresivo, y fisiológico-adaptativo.⁽²²⁾

Según *Le Breton*, 2013⁽²⁴⁾ los sentimientos y las emociones no son solo procesos fisiológicos, son relaciones, y por tanto producto de una construcción social y cultural. Este autor plantea que la emoción es a la vez interpretación, expresión, significación, relación y regulación de un intercambio. Puede modificarse de acuerdo con el público o el contexto, diferenciándose en su intensidad e incluso en sus manifestaciones de acuerdo a la singularidad de cada persona.⁽²⁴⁾

Las enfermedades endocrinas son vividas con mucha frecuencia como experiencias profundamente demandantes y complejas debido a su impacto emocional y psicológico, a sus significados sociales, a las transformaciones corporales que producen y a las interacciones que demandan en los diversos espacios de la vida.⁽²⁵⁾ La evidencia destaca la frecuencia de afectación psicológica en mujeres con SOP.^(26,1,27) La revisión de estudios en esta temática realizada por *Gómez-Acosta* y otros, 2015⁽²⁰⁾ halló que las alteraciones psicológicas suelen presentarse como comorbilidades en esta enfermedad. *Sirmans y Pate*, 2014⁽⁶⁾ examinan varios temas relacionados con el SOP y exponen que la afectación de la salud mental ha sido un hallazgo frecuentemente reportado en las investigaciones. Estos autores afirman que las mujeres con SOP en comparación con las mujeres sin la enfermedad tienen un mayor riesgo de presentar una serie de trastornos psicológicos y psiquiátricos como depresión, trastorno bipolar, ansiedad y trastornos alimentarios. Aunque pocos estudios se han ocupado de explorar la prevalencia de trastorno bipolar (TB), el consenso indica que las mujeres con SOP tienen mayor riesgo de presentar este trastorno psiquiátrico.^(27,28,29,30)

El SOP además ha sido vinculado con la insatisfacción con la apariencia física, los trastornos sexuales y el funcionamiento cognitivo. Se ha señalado además que la comorbilidad psicológica agrava la condición.⁽²⁰⁾ Datos epidemiológicos reportan presencia de depresión en mujeres con SOP. Se habla de un 28 a 64 % de afectación^(31,32,33) y es la condición psicológica que más afecta a las mujeres con esta enfermedad.^(34,35) La ansiedad afecta entre un 34 a un 57 %^(36,37,38) y ambas son más frecuentes en mujeres con esta enfermedad que en mujeres sin la condición.⁽³⁹⁾ Se ha documentado que la percepción de los signos de hiperandrogenismo (alopecia, acné, seborrea, hirsutismo) y las alteraciones reproductivas (infertilidad) emergen como resultado de las discrepancias entre la propia apariencia física y el estereotipo “ideal” femenino dominante en la cultura occidental.^(40,41)

Cada vez hay más reconocimiento del carácter multidimensional y contextual de la expresión de la sexualidad femenina y aunque no se cuestiona la función de las hormonas en el desempeño sexual, ha sido ampliamente reconocido que esta es una respuesta fisiológica compleja que depende de múltiples factores (expectativa personal, humor, factores psicológicos, aspectos de salud general de la mujer, calidad de la relación de pareja, medicación, entre otros) y no exclusivamente del estado hormonal.⁽⁴²⁾

Sin embargo, a las hormonas sexuales, andrógenos y estrógenos se les atribuye un efecto facilitador importante de la respuesta sexual femenina (RSF). Se plantea que los

estrógenos tienen un papel esencial en el mantenimiento de la integridad estructural y funcional del tracto genital y del tracto urinario inferior de la mujer, fundamental para el desarrollo de una RSF satisfactoria. El efecto de los andrógenos aún no está suficientemente esclarecido.⁽⁴³⁾

En relación con los andrógenos se señala su influencia positiva en el deseo/apetito sexual tanto en varones como en mujeres y específicamente las concentraciones de la hormona testosterona se ha relacionado positivamente con la función sexual.⁽⁴⁴⁾ La asociación entre los andrógenos específicos y autoreportes positivos de la función sexual se ha identificado tanto en las mujeres en etapa premenopáusica como en las posmenopáusicas.⁽⁴⁵⁾ Los estudios aleatorizados y controlados con placebo han mostrado que puede ser un tratamiento eficaz para la disfunción sexual femenina.⁽⁴⁵⁾ Se ha referido que en mujeres con menopausia natural o quirúrgica la administración de testosterona ha demostrado ser efectiva para el tratamiento del trastorno de deseo sexual hipoactivo.⁽⁴⁴⁾ También se ha hallado una asociación estrecha entre la frecuencia de la masturbación y el deseo sexual y las concentraciones endógenas de testosterona total y libre y sus precursores.⁽⁴⁴⁾

Las investigaciones dirigidas a estudiar el papel de los andrógenos en la función sexual de mujeres con SOP y su determinación en el deseo sexual femenino permanece como aspecto insuficientemente esclarecido. El estudio de *Relline* y otros, 2013⁽⁴⁶⁾ confirmó la hipótesis de que los signos clínicos que sugieren sensibilidad a los niveles de andrógenos y no los niveles de andrógenos en sí se asocian a los niveles de deseo sexual.

Este estudio presentó una manera diferente de investigar el deseo sexual y mostró algunos hallazgos preliminares sobre la importancia de considerar la sensibilidad a los andrógenos cuando se investiga la relación entre el deseo sexual y las hormonas.⁽⁴⁶⁾ Los investigadores hallaron una relación entre la sensibilidad a los andrógenos y algunos aspectos del deseo sexual. Las señales que estuvieron más relacionadas con el coito se asociaron significativamente con la sensibilidad a los andrógenos, pero no las señales asociadas con el deseo sexual de sentirse emocionalmente cercano o crear un vínculo de amor con una pareja.

El estudio con grupo control de *Stowall* y otros, 2012⁽⁴⁷⁾ constató que las mujeres con SOP tuvieron puntajes de funcionamiento sexual similares a los controles, excepto en lo que respecta al orgasmo. Las mujeres con SOP cuyos niveles de testosterona fueron mayores que uno y la desviación estándar por encima de la media tuvieron un funcionamiento sexual significativamente mejor en comparación con aquellas mujeres con niveles menores que esta cifra.

Hace más de dos décadas, *Campbell* y otros⁽⁴⁸⁾ plantearon que al explorar las implicaciones de las influencias hormonales en el comportamiento sexual los estudios se han centrado en los andrógenos debido a la evidencia convincente de los efectos androgénicos en la motivación sexual femenina. Esto se basa en los hallazgos clínicos de que los niveles más altos de testosterona aumentarán la motivación sexual femenina, lo que a su vez dará como resultado una mayor frecuencia del coito. Sin embargo, afirman los autores que la consideración cuidadosa de la evidencia no confirma ese papel de la testosterona en el comportamiento sexual entre las mujeres “normales” en ningún momento del periodo reproductivo.

Si bien una cierta cantidad de testosterona parece ser importante para mantener la motivación sexual femenina, hay poca evidencia de que la variación en la testosterona dentro del rango normal esté asociada con la variación en la motivación sexual. Se desconoce aún por qué la testosterona no parece jugar el mismo papel en la libido entre las mujeres con hiperandrogenismo y sin esta condición.⁽⁴⁸⁾

Según estos autores, en el hiperandrogenismo relacionado con las fuentes endógenas de testosterona presente en el SOP, los niveles altos de testosterona interfieren en la función ovárica. En estas mujeres el comportamiento sexual parece estar relacionado con los efectos directos de los andrógenos sobre la motivación, mientras que los efectos indirectos del estrógeno y la progesterona disminuyen. Entre las mujeres sin esta condición, por otro lado, hay poca evidencia de un papel tan dominante de un efecto androgénico directo sobre el comportamiento sexual. En cambio, otras hormonas ováricas, como los estrógenos y la progesterona, también pueden desempeñar un papel importante, a pesar de que en este sentido aún existe falta de evidencia sólida.⁽⁴⁸⁾

Un estudio Iraní, que incluyó 492 mujeres con SOP de 18-45 años (según los criterios de Rotterdam), pretendió determinar la correlación del SOP y sus parámetros hormonales y clínicos con la función sexual. Este, no halló asociación significativa entre tener un puntaje bajo para ninguno de los dominios sexuales evaluados en el cuestionario aplicado (Índice de Función Sexual Femenina) y tener un nivel bajo de testosterona total o libre en suero. La baja alfabetización, la alopecia y la infertilidad contribuyeron a la baja función sexual en las mujeres con SOP. Los autores concluyeron que la carga del SOP y la disfunción sexual sugieren la necesidad de prestar más atención a estas pacientes.⁽⁴⁹⁾

Imagen corporal y SOP

La imagen corporal es un constructo teórico complejo y multidimensional considerado crucial para explicar aspectos importantes de la personalidad y sus alteraciones, o de la integración social.⁽⁵⁰⁾ Otros términos utilizados, cercanos conceptualmente, o como sinónimos, son: esquema corporal, satisfacción corporal, apariencia corporal. Dentro de las alteraciones se figuran el trastorno de la imagen corporal, la alteración de la imagen corporal, la insatisfacción corporal, la dismorfia corporal y la distorsión perceptiva corporal. La realidad es que aún la terminología a utilizar no ha sido consensada por la comunidad científica.⁽⁵⁰⁾

Aunque existe gran cantidad de información sobre los factores implicados en su definición tampoco se ha logrado un consenso científico en este aspecto, ni en su evaluación o sobre sus alteraciones. Una definición integradora de imagen corporal fue propuesta por Raich, 2000, y citado por Baile, 2003. “Es un constructo complejo que incluye tanto la percepción que tenemos de todo el cuerpo y de cada una de sus partes, como del movimiento y límites de éste, la experiencia subjetiva de actitudes, pensamientos, sentimientos y valoraciones que hacemos y sentimos y el modo de comportarnos derivado de las cogniciones y los sentimientos que experimentamos.”⁽⁵⁰⁾

Raich, 2004, una de las investigadoras que más ha trabajado el concepto, opina que la presión por la estética es superior en las mujeres que en los hombres, y presentan mayor insatisfacción al valorar su apariencia corporal.⁽⁵¹⁾ Según esta autora, el malestar está asociado con las alteraciones que se producen concomitantemente de una manera regular como la baja autoestima, o sentir que no se cumple con las características de feminidad asignada al género, lo que puede causar malestar interpersonal.⁽⁵¹⁾

Se ha referido que las mujeres con SOP tienen una mayor insatisfacción corporal que las mujeres sin el síndrome con ciclos regulares, incluso después que alcanzan un índice de masa corporal (IMC) adecuado.⁽⁴³⁾ El estudio de *Himelein y Thatcher*, 2006⁽⁴⁰⁾ reportó que la insatisfacción con la imagen corporal estuvo relacionada con la percepción negativa de la apariencia física, pérdida de la feminidad, pérdida de atractivo físico y auto vigilancia sobre la apariencia. Otros autores opinan que existen diferencias psicosocioculturales y los significados y apreciación de los factores influyentes en la imagen corporal varía entre las naciones y las distintas culturas.^(52,53) Se plantea que la insatisfacción corporal predice el desarrollo del estado de ánimo deprimido y es un factor de riesgo y mantenimiento para el desarrollo de trastornos alimentarios.⁽⁵⁴⁾

En la mayoría de las sociedades contemporáneas, las mujeres conceden gran importancia a la apariencia física y el factor sociocultural facilita entender por qué tienen más dificultades cuando sufren cambios físicos o transformaciones debido a una enfermedad como el SOP.⁽³⁸⁾ En un alto porcentaje la autoestima se basa exclusivamente en la imagen corporal y como consecuencia el funcionamiento social y las relaciones interpersonales pueden afectarse.⁽⁸⁾

Se ha referido que las pacientes con SOP parecen tener más razones para estar insatisfechas con la imagen corporal debido al sobrepeso u obesidad y manifestaciones del hiperandrogenismo, por lo que pueden incurrir en comportamientos extremos de cambio corporal, como la dieta restrictiva, o conductas bulímicas. Se plantea además que la percepción negativa del cuerpo afecta la identidad sexual y favorece el aislamiento social,^(55,56) empeora la autoestima e incrementa otras comorbilidades psicológicas,⁽⁵⁷⁾ con impacto negativo en la sexualidad.^(57,58,59,60)

En el estudio de *Coffey* y otros,⁽⁶¹⁾ así como en el de *Keegan* y otros⁽⁶²⁾ se identificó que la mayoría de las mujeres con SOP estaban preocupadas debido al acné y el exceso de crecimiento del vello en zonas del cuerpo típicamente asociadas a varones. En particular la investigación de *Keegan* y otros⁽⁶²⁾ constató que un alto porcentaje de las mujeres con hirsutismo manifestaron conductas de rechazo a participar en actividades sociales como por ejemplo la natación, donde el cuerpo estuviese desnudo total o parcialmente o inhibición ante el desnudo en las relaciones sexuales. La percepción de los signos dermatológicos de hiperandrogenismo (alopecia, acné, seborrea, hirsutismo) y la percepción de las alteraciones reproductivas (desajustes en el ciclo menstrual e infertilidad) explican la discrepancia entre la propia imagen corporal y el estereotipo o “ideal” femenino culturalmente dominante.⁽³⁸⁾

Según la literatura actual, más del 50 % de las mujeres con SOP tienen sobrepeso u obesidad.⁽⁶³⁾ Investigaciones que buscan asociaciones entre SOP y el IMC plantean que este último puede ser considerado un predictor de trastornos psicológicos en mujeres con la enfermedad.^(33,64,65) Se ha informado un mayor nivel de ansiedad asociado a mayor IMC.⁽⁶⁶⁾ En este sentido la investigación de *Scaruffi* y otros, 2018⁽⁶⁷⁾ halló que tanto la imagen corporal como la percepción negativa de la salud física tuvieron un lugar central en la afectación psíquica de las mujeres con SOP investigadas. Sentirse incómodas con el propio cuerpo afectó la interrelación con el mundo exterior y favoreció que emergieran estados de ira, hostilidad y desconfianza con deterioro de las relaciones sociales, profesionales e íntimas.

Otro estudio que exploró la relación imagen corporal y presencia de síntomas depresivos en mujeres con SOP, con y sin obesidad, constató que en las mujeres con el síndrome sin obesidad, la imagen corporal estaba fuertemente asociada con la gravedad de los síntomas depresivos mientras que la mayor parte de las mujeres con SOP y obesidad tenían no sólo síntomas de depresión sino además baja satisfacción corporal.⁽⁶⁸⁾

Las investigaciones cualitativas en este campo son prácticamente inexistentes. Un estudio cubano-peruano en personas con diversas endocrinopatías que provocan cambios en la apariencia física halló que, en su mayoría, tanto mujeres como hombres revelaron la vivencia de situaciones que los señalaban como personas diferentes. Las modificaciones corporales vividas a raíz del proceso de enfermedad, en especial para las mujeres, significaron romper con la realidad de sentirse parte de una “normalidad” estética, según los modelos hegemónicamente aceptados de belleza, juventud y salud.⁽⁶⁹⁾ Este estudio, entre otros aspectos develó además que la enfermedad, los cambios corporales y las dificultades para cumplir con roles y expectativas de género (tradicionales) impactaron profundamente sobre la sexualidad.⁽⁶⁹⁾

Función sexual y SOP

La sexualidad es entendida como categoría subjetiva, histórica y sociocultural, y constituye un área significativa de la vida en la mayoría de las personas.⁽⁷⁰⁾ Satisface necesidades, involucra aspectos físicos, biológicos, afectivos y emocionales, y está muy relacionada con conceptos como la intimidad, el amor y el cuidado.⁽⁶⁰⁾ Si bien la sexualidad y la reproducción son dos áreas íntimamente relacionadas, en el campo de la endocrinología, la reproducción ha recibido mayor atención en comparación con la sexualidad, en especial, cuando constituye un motivo de consulta de salud.⁽⁷⁰⁾

Los trastornos endocrinos son la causa orgánica de más frecuente aparición de los problemas sexuales.⁽⁷¹⁾ La literatura científica ha mostrado el impacto sexual provocado por las endocrinopatías, con efectos deletéreos sobre la dinámica de la función sexual y sobre el sentido de satisfacción sexual.^(72,73) Si a ello se añaden las consecuencias funcionales, psíquicas y sociales de la enfermedad, se acrecientan sus impactos sobre la sexualidad y el área psicoemocional, favoreciendo estados negativos como la depresión, la creación de malestares y las dificultades con el autocuidado.⁽⁷⁴⁾

A pesar de que se reconoce que el SOP afecta a un gran número de mujeres y se asocia con una serie de síntomas que cada uno por sí solo puede mediar en la sexualidad,⁽⁷⁵⁾ se

ha dedicado poca atención científica a la vida sexual de las mujeres con esta enfermedad.⁽⁷⁶⁾ Un meta análisis en este campo indicó que la información disponible es aún insuficiente y contradictoria.⁽⁷⁷⁾ La mayoría de las investigaciones se centran sólo en algunos aspectos de la función sexual, por lo que en su mayoría, los estudios informan sólo aspectos globales^(75,78,79,80) y no aspectos más complejos de la función sexual.^(60,81) Si bien un trastorno sexual puede ser un indicador de una calidad de vida sexual deteriorada, el bienestar o satisfacción sexual debe evaluarse con más detalle, principalmente si ya ha sido identificado que el funcionamiento físico general, la actitud hacia el propio cuerpo y la autoestima influyen en la calidad de vida sexual.⁽⁸²⁾

Investigaciones centradas en la búsqueda de asociaciones entre SOP, obesidad y sexualidad han documentado que la obesidad tiene un efecto negativo sobre la sexualidad pero la naturaleza de la relación no está suficientemente dilucidada. A diferencia de lo reportado por *Dashti* y otros, 2016,⁽⁸³⁾ en la investigación de *Zueff* y otros, 2015⁽⁸⁴⁾ el IMC no fue predictor del funcionamiento sexual. Los investigadores no hallaron diferencias significativas entre las mujeres con SOP y sin la enfermedad.

Se ha descrito que el hirsutismo tiene efectos adversos sobre la sexualidad al causar insatisfacción corporal e interferir con la autopercepción femenina de las mujeres,⁽⁸⁵⁾ lo que podría afectar la sexualidad. En este sentido el estudio de *Stapinska* y otros, 2018⁽⁸⁶⁾ en mujeres con SOP observó una correlación entre la reducción de la satisfacción sexual y una sensación de bajo atractivo ($r=0,465$, $p<.001$). El 52 % (130/250) de las mujeres estudiadas presentaron síntomas depresivos y el 42 % (106/250) se veían a sí mismas como poco atractivas. Sin embargo, la investigación de *Kowalczyk* y otros, 2015⁽⁸⁷⁾ encontró que la respuesta sexual, la actitud hacia la sexualidad y las relaciones con las parejas sexuales fueron similares en mujeres con y sin SOP.

Investigaciones que buscan asociación entre el estado psicológico y la calidad de la vida sexual han hallado que la depresión es un factor que influye la sexualidad. Así lo reflejó el estudio de *Fliegner* y otros, 2019⁽⁸⁸⁾ en el que más de la mitad de las mujeres con SOP afectadas por depresión presentaron sentimientos de inadecuación en las situaciones sociales y sexuales, en correlación con el grado de hirsutismo. Los reportes de resultados negativos de salud mental parecen estar asociados con la infertilidad y otras complicaciones del SOP, por lo que deben considerarse como causas curables de disfunción sexual en estas pacientes.^(83,89)

Entre los estudios que constatan alteraciones en la función sexual de mujeres con SOP, se encuentra el de *Bazarganipour* y otros, 2014⁽⁸⁵⁾ quienes reportaron que los trastornos

del deseo y la excitación sexual fueron más frecuentes en la población estudiada. Aquellas con educación sexual limitada o nula y con historia de irregularidades menstruales fueron las que más expresaron disfunción sexual. Estos autores concluyeron que examinar el funcionamiento sexual femenino de mujeres con SOP es indispensable para establecer intervenciones terapéuticas. Otras investigaciones recientes confirmaron que la disfunción sexual es notable en mujeres con esta condición.^(83,90)

Un estudio cualitativo cubano que examinó la experiencia sexual de mujeres y varones con enfermedades endocrinas, específicamente de personas con acromegalia y el síndrome de Cushing, documentó que la sexualidad de hombres y mujeres fue vivida en términos de fracaso, y para las segundas, a partir de las inestabilidades vividas en términos de deseo sexual. El estudio concluyó que la vivencia sexual de estas personas se articulaba con elementos relativos a los significados del cuerpo, las construcciones de género y los significados atribuidos al proceso de enfermedad.⁽⁹¹⁾

Una revisión sistemática y metaanálisis reciente de la función sexual en mujeres con SOP consignó, que si bien los datos sobre este tema son aún limitados y a menudo contradictorios, las mujeres con este síndrome tienen comprometida la vida sexual. Además, frecuentemente se reportan alteraciones en la función sexual y afectación de la satisfacción con la vida sexual. El análisis concluyó que si bien la vida sexual satisfactoria es tan importante para las mujeres con SOP como para las mujeres sin el síndrome, aquellas con la enfermedad son menos capaces de alcanzar este objetivo.⁽⁹²⁾

Conclusiones

Los estudios sobre la función sexual de la mujer con enfermedad endocrina son aún escasos, sin embargo, las alteraciones en esta área son frecuentes.⁽⁹³⁾ Estudios recientes en Cuba informan una prevalencia de disfunción sexual femenina de 42 %.⁽⁹³⁾ Varios aspectos de la complejidad de la experiencia sexual de la mujer así como de los factores relacionados, no están suficientemente esclarecidos.^(94,95)

La literatura revisada permite afirmar que en el contexto cubano e internacional los aspectos más estudiados del SOP han estado relacionados con la conceptualización y fisiopatología de la enfermedad y sus manifestaciones reproductivas y metabólicas. Otros aspectos igualmente importantes como los psicosociales y sexuales han sido muy escasamente abordados y los datos disponibles son contradictorios. Por tanto, resulta

esencial integrar en la investigación las aristas fisiológicas, clínicas, psíquicas, sociales y culturales que faciliten la comprensión de las experiencias sexuales de las mujeres aquejadas de SOP.

Si bien las personas afectadas de SOP tienen aspectos de naturaleza psicológica comunes a las personas afectadas por otras endocrinopatías, es preciso profundizar en las particularidades de la vida psicoemocional y sexual de esta población. Existe un campo novedoso poco explorado y permanecen vacíos de información en torno a la sexualidad que por su impacto influyen en el bienestar psicológico y la calidad de vida.

Referencias bibliográficas

1. Rodríguez M, Gempeler J, Pérez V, Ribero O. Síndrome de ovario poliquístico y su potencial asociación con trastorno bipolar en pacientes con trastorno del comportamiento alimentario. *Rev Mex Trastor Aliment* 2017 [acceso: 27/12/2021];8(2):142-50. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-15232017000200142&lng=es.
2. Conway G, Dewailly D, Diamanti E. The polycystic ovary syndrome: A position statement from the European Society of Endocrinology. *Eur J Endocrinol*. 2014 [acceso: 27/12/2021];171:P1-P29. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24849517/>
3. Azziz R, Carmina E, Dewally D, Diamanti E, Escobar H, Futterwet W, *et al*. Position Statement: Criteria for defining Polycystic Ovary Syndrome as a predominantly hyperandrogenic syndrome: An Androgen Excess Society Guideline. *J Clin Endocrinol Metabol*. 2006 [acceso: 27/12/2021];91:4237-45. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16940456/>
4. Fauser JM, Tarlatzis BC, Rebar RW, Legro RS, Balen AH, Lobo R, *et al*. Consensus on women's health aspects of polycystic ovary syndrome (PCOS): The Amsterdam ESHRE/ASRM-Sponsored 3rd PCOS Consensus Workshop Group. *Fertil Steril*. 2012 [acceso: 27/12/2021];97:28-38. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22153789/>
5. Dumesic DA, Oberfield SE, Stener E, Marshal JC, Laven JS, Legro RS. Scientific statement on the diagnostic criteria, epidemiology, pathophysiology, and molecular genetics of polycystic ovary syndrome. *Endocrine Reviews*. 2015;36(5):487-525. DOI: <http://dx.doi.org/10.1210/er.2015-1018>.

6. Sirmans SM, Pate KA. Epidemiology, diagnosis, and management of polycystic ovary syndrome. *Clinical Epidemiology*. 2014 [acceso: 27/12/2021];6:1-13. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3872139/>
7. SirPeterman T, Preisler J, Magendzo A. Síndrome de ovario Poliquístico. Diagnóstico y manejo. *Rev Med Clin Condes*. 2013 [acceso: 27/12/2021];24(5):818-26. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-pdf-S0716864013702293>.
8. ESHRE/ASRM. Consensus on diagnostic criteria and long-term health risks related to polycystic ovary syndrome (PCOS) 2004 Rotterdam. *Hum Reprod*. 2004;41-47. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14688154/>
9. Seeber B, Morandell E, Lunger F, Wildt L, Dieplinger H. Afamin serum concentrations are associated with insulin resistance and metabolic syndrome in polycystic ovary syndrome. *Reprod Biol Endocrinol* 2014 [acceso: 27/12/2021];12:88-94. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25208973/>
10. Spritzer PM. Polycystic ovary syndrome: reviewing diagnosis and management of metabolic disturbances. *Arq Bras Endocrinol Metabol*. 2014 [acceso: 27/12/2021];58:182-7. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24830595/>
11. Cırık DA, Dilbaz B. What do we know about metabolic syndrome in adolescents with PCOS? *J Turk Ger Gynecol Assoc*. 2014 [acceso: 27/12/2021];15(1):49-55. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24790517/>
12. Barthelmeß EK, Naz RK. Polycystic ovary syndrome current status and future perspective. *Front Biosci (Elite Ed)*. 2014 [acceso: 27/12/2021];6:104-19. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24389146/>
13. Jamil AS, Alalaf SK, Al-Tawil NG, Al-Shawaf T. A case-control observational study of insulin resistance and metabolic syndrome among the four phenotypes of polycystic ovary syndrome based on Rotterdam criteria. *Reprod Health*. 2015 [acceso: 27/12/2021];12:7-11. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25595199/>
14. Rojas J, Chávez M, Olivar L, Rojas M, Morillo J, Mejías J, *et al*. Polycystic ovary syndrome, insulin resistance and obesity: navigating the pathophysiologic labyrinth. *Int J Reprod Med*. 2014 [acceso: 27/12/2021];2014:1-17. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25763405/>
15. Goodman NF, Cobin RH, Futterweit W. American Association of Clinical Endocrinologists, American College of Endocrinology, and Androgen Excess and PCOS Society disease state clinical review: Guide to the best practices in the evaluation and

- treatment of Polycystic ovary syndrome. *Endoc Pract.* 2015 [acceso: 27/12/2021];21:1415-42. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26642102/>
16. Hart R, Doherty DA. The potential implications of a PCOS diagnosis on a woman's long-term health using data linkage. *J Clin Endocrinol Metab.* 2015;100:911-9. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25532045/>
17. Silva R. Síndrome de ovario poliquístico e infertilidad. *Rev Med Clin Condes.* 2010 [acceso: 27/12/2021];21(3):387-96, Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864010705496>.
18. Niet JE, Koning CM, Pastoor H. Psychological well-being and sexarche in women with polycystic ovary syndrome. *Hum Reprod.* 2010;25:1497-1503.
19. Bellver J, Rodríguez L, Robles A, Muñoz E, Martínez F, Landeras J, *et al.* Polycystic ovary syndrome throughout a woman's life. *J Assist Reprod Genet.* 2018;35(1): 25-39.
20. Gómez C, Vinaccia S, Quiceno M. El síndrome de ovario poliquístico: aspectos psicológicos. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2015 [acceso: 27/12/2021];80(4):341-7. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262015000400010&lng=es.
21. Fliegner M, Richter H, Krupp K, Brunner F. Sexual Function and Socio-Sexual Difficulties in Women with Polycystic Ovary Syndrome (PCOS). *Geburtshilfe Frauenheilkd.* 2019 [acceso: 27/12/2021];79(5):498-509. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6529231/>
22. Chóliz M. Psicología de la emoción: el proceso emocional. *Scribd.* 2005 [acceso: 27/12/2021]. Disponible en: <https://es.scribd.com/doc/162073181/Choliz-Mariano-Psicologia-de-la-emocion-el-proceso-emocional>.
23. Piqueras JA, Ramos V, Martínez AE, Oblitas LA. Emociones negativas y su impacto en la salud mental y física. *Suma Psicológica.* 2009 [acceso: 27/12/2021];16(2):85-112. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/fr/lil-539397>
24. Le Breton D. Por una antropología de las emociones. *Relaces.* 2013 [acceso: 27/12/2021];10(4):67-77. Disponible en: <http://www.relaces.com.ar/index.php/relaces/article/view/239>
25. Ledón L. El desafío de vivir con enfermedades endocrinas: algunas anotaciones para la atención en salud. *Rev Cubana Endocrinol.* 2008 [acceso: 27/12/2021];19(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532008000200008&lng=es.

26. Scaruffi E, Gambineri A, Cattaneo S, Turra J, Vettor R, Mioni R. Personality and psychiatric disorders in women affected by polycystic ovary syndrome. *Front Endocrinol (Lausanne)*. 2014 [acceso: 27/12/2021];5(185):1-8. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4228916/>
27. Hung J, Hu L, Tsai S, Yang A, Huang M, Chen P, *et al*. Risk of psychiatric disorders following polycystic ovary syndrome: A nationwide population-based cohort study. *Plos One*. 2014 [acceso: 27/12/2021];9(5):7-12. Disponible en: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0097041>
28. Cesta CE, Mansson M, Palm C, Lichtenstein P, Iliadou AN, Landén M. Polycystic ovary syndrome and psychiatric disorders: Co-morbidity and heritability in a nationwide Swedish cohort. *Psychoneuroendocrinology*. 2016;7:196-203. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psyneuen.2016.08.005>
29. Davari F, Hosseini B, Ghajarzadeh M, Noorbala AA. Bipolar disorder in women with polycystic ovarian syndrome (PCO). *Acta Med Iran*. 2014;52(1),46-8.
30. Hussain A, Chandel R, Ganie M, Dar M, Rather YH, Wani Z, *et al*. Prevalence of psychiatric disorders in patients with a diagnosis of polycystic ovary syndrome in Kashmir. *Indian J Psychol Med*. 2015;37(1):66-70. DOI: <http://dx.doi.org/10.4103/0253-7176.150822>.
31. Bhattacharya SM, Jha A. Prevalence and risk of depressive disorders in women with polycystic ovary syndrome (PCOS). *Fertil Steril*. 2010 [acceso: 27/12/2021];94:357-9. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19896652>.
32. Kerchner A, Lester W, Stuart SP, Dokras A. Risk of depression and other mental health disorders in women with polycystic ovary syndrome: a longitudinal study. *Fertil Steril*. 2009 [acceso: 27/12/2021];91:207-12. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18249398/>
33. Martino PL, Bonet JL, De Bortoli MA. Síndrome de Ovario Poliquístico: una revisión de sus correlatos patológicos en el ánimo y en el rendimiento cognitivo. *Rev Chil Neuropsicol*. 2015 [acceso: 27/12/2021];10:38-43. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-784604>
34. Niet JE, Koning CM, Pastoor H, Duivenvoor-den HJ, Valkenburg O, Ramakers MJ, *et al*. Psychological well-being and search in women with polycystic ovary syndrome. *Hum Reprod*. 2010 [acceso: 27/12/2021];25(6):1497-503. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20356900/>

35. Hollinrake E, Abreu A, Maifeld M, Van Voorhis B, Dokras A. Increased risk of depressive disorders in women with polycystic ovary syndrome. *Fertil Steril*. 2007 [acceso: 27/12/2021];87:1369-76. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17397839/>
36. Deeks A, Gibson M, Teede H. Anxiety and depression in polycystic ovary syndrome: a comprehensive investigation. *Fertil Steril*. 2010 [acceso: 27/12/2021];93:2421-3. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20117778>.
37. Barry JA, Kuczmierczyk AR, Hardiman PJ. Anxiety and depression in polycystic ovary syndrome: a systematic review and meta-analysis. *Hum Reprod*. 2013; (26)9:2442-51.
38. Bazanganipour F, Ziaei S, Montazeri A, Foroozanfard F, Kazemnejad A, Faghihzadeh S. Psychological investigation in patients with polycystic ovary syndrome. *Health Qual Life Outcomes* 2013 [acceso: 27/12/2021];11:141. Disponible en: <https://hqlo.biomedcentral.com/articles/10.1186/1477-7525-11-141>
39. Dokras A, Clifton S, Futterweit W, Wild R. Increased prevalence of anxiety symptoms in women with polycystic ovary syndrome: systematic review and meta-analysis. *Fertil Steril*. 2012 [acceso: 27/12/2021];97(1):225-30. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22127370/>
40. Himelein MJ, Thatcher SS. Depression and body image among women with polycystic ovary syndrome. *J Health Psychol*. 2006 [acceso: 27/12/2021];11:613-25. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16769740/>
41. Bishop SC, Basch S, Futterweit W. Polycystic ovary syndrome, depression, and affective disorders. *Endocrinol Pract*. 2009 [acceso: 27/12/2021];15:475-82. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19454378/>
42. Cópola F, Nader J, Aguirre R. Síndrome de insuficiencia androgénica en la mujer. *Rev Med Urug*. 2005 [acceso: 27/12/2021];21(3):174-85. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-03902005000300002&lng=en.
43. Mas M. Sustratos hormonales de la respuesta sexual femenina. *Rev Inter Androl Sal Sex Reprod*. 2007 [acceso: 27/12/2021];5(1):38-49. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5787233>.
44. Mas M, Báez D. Abordaje clínico de las disfunciones sexuales femeninas: perspectiva orgánica. *Rev Inter Androl Sal Sex Reprod*. 2007; 5(1): 92-101.

45. Davis SR, Wahlin S. Testosterone in women the clinical significance. *Lancet Diabetes Endocrinol.* 2015 [acceso: 27/12/2021];3(12):980-92. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26358173/>.
46. Rellini AH, Stratton N, Tonani S, Santamaria V, Brambilla E, Nappi RE. Differences in sexual desire between women with clinical versus biochemical signs of hyperandrogenism in polycystic ovarian syndrome. *Horm Behav.* 2013 [acceso: 27/12/2021];63(1):65-71. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23127604>.
47. Stovall DW, Scriver JL, Clayton AH, Williams CD, Pastore LM. Sexual Function in Women with Polycystic Ovary Syndrome. *J Sex Med.* 2012; 9(1): 224-30.
48. Campbell BC, Udry JR. Implications of hormonal influences on sexual behavior for demographic models of reproduction. *Ann N Y Acad Sci.* 1994; 18 (709):117-27.
49. Nasiri F, Ramezani F, Esmailzadeh S, Tohidi M, Azizi F, Basirat Z. Sexual function in women with polycystic ovary syndrome and their hormonal and clinical correlations. *Int J Impot Res.* 2018 [acceso: 27/12/2021];30(2):54-61. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29242633>.
50. Baile JI. ¿Qué es la imagen corporal? *Rev Hum Cuad Marqués San Adrián.* 2003 [acceso: 27/12/2021];2(3):1-17. Disponible en: <https://www.researchgate.net/publication/28112716>.
51. Raich RM. Una perspectiva desde la psicología de la salud de la imagen corporal. *Avan Psic Latinoam.* 2004 [acceso: 27/12/2021];22:15-27. Disponible en: <https://revistas.urosario.edu.co/index.php/apl/article/view/1261>.
52. Kitzinger C, Willmott J. The thief of womanhood': women's experience of polycystic ovarian syndrome. *Soc Sci Med.* 2002 [acceso: 27/12/2021];54: 349-61. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11824912/>
53. Deeks AA, Gibson ME, Paul E, Teede HJ. Is having polycystic ovary syndrome a predictor of poor psychological function including anxiety and depression? *Hum Reprod.* 2011 [acceso: 27/12/2021];26:1399-1407. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21436137/>
54. Stice E. Risk and maintenance factors for eating pathology: A meta-analytic review. *Psychol Bull.* 2002 [acceso: 27/12/2021];128:825-48. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12206196/>
55. Annagür BB, Kerimoglu OS, Tazegül A, Gündüz S, Gencoglu BB. Psychiatric comorbidity in women with polycystic ovary syndrome. *J Obstet Gynaecol Res.* 2015

- [acceso: 27/12/2021];41(8):1229-33. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25833092/>.
56. Roldán Mb, Echeverría M. Hiperandrogenismo, ¿Qué hacer? *Adolescere*. 2015 [acceso: 27/12/2021];(2):118-26. Disponible en: <https://www.adolescenciasema.org/caso-clinico-hiperandrogenismo-que-hacer-m-b-roldan-martin-et-al-adolescere-2015-iii-2-118-126/>.
57. Carazo B, Lafalla O, García Rl, Gascón E, Moreno E, Pérez B. Calidad de vida relacionada con la salud en mujeres con ovario poliquístico. *Medi Sur*. 2014 [acceso: 27/12/2021];12(2):408-15. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2014000200007&lng=es.
58. Komarowska H, Stangierski A, Warmuz I, Ochmanska K, Wasko R. Differences in the psychological and hormonal presentation of lean and obese patients with polycystic ovary syndrome. *Neuro Endocrinol Lett*. 2013 [acceso: 27/12/2021];34(7):669-74. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24464003/>
59. Micskei O, Deli T, Jakab A, Bugan A. Body image and quality of life in women with polycystic ovary syndrome. *Orv Hetil*. 2014 [acceso: 27/12/2021];155(27):1071-7. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24974842/>.
60. Stowall D, Scriver JL, Clayton AH, Willams CD, Pastore LM. Sexual function in women with polycystic ovary syndrome. *J Sex Med*. 2012 [acceso: 27/12/2021];9(1):224-30. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22082203/>
61. Coffey S, Mason H. The Effect of Polycystic Ovary Syndrome on Health-Related Quality of Life. *Gynecol Endocrinol*. 2003 [acceso: 27/12/2021];17(5):379-86. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14710585/>
62. Keegan A, Liao LM, Boyile M. Hirsutism: A psychological analysis. *J Health Psychol*. 2003 [acceso: 27/12/2021];8(3):327-45. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14670212/>
63. Zabuliene L, Tutkuvienė J. Body composition and polycystic ovary syndrome. *Medicina (Kaunas)*. 2010 [acceso: 27/12/2021];46(2):142-57. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20440089>.
64. Annagür BB, Tazegül A, Akbaba N. Body Image, Self-Esteem and Depressive Symptomatology in Women with Polycystic Ovary Syndrome. *Noro Psikiyatrs Ars*. 2014 [acceso: 27/12/2021];51(2):129-32. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28360612>.

65. Jedel E, Waern M, Gustafson D, Landén M, Eriksson E, Holm G, *et al.* Anxiety and depression symptoms in women with polycystic ovary syndrome compared with controls matched for body mass index. *Human Reproduction*. 2010 [acceso: 27/12/2021];25:450-6. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19933236/>
66. Lu D, Guo X. Parameters of obesity in polycystic ovary syndrome. *J Rare Dis Res Treat*. 2016 [acceso: 27/12/2021];2(1):19-22. Disponible en: <https://www.rarediseasesjournal.com/articles/parameters-of-obesity-in-polycystic-ovary-syndrome.html>
67. Scaruffi E, Franzoi IG, Civilotti C, Guglielmucci F, La Marca L, Tomelini, *et al.* Body image, personality profiles and alexithymia in patients with polycystic ovary syndrome (PCOS). *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2019 [acceso: 27/12/2021];40(4):294-303. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30398405/>.
68. Pastore LM, Patrie JT, Morris WL, Dalal P, Bray MJ. Depression symptoms and body dissatisfaction association among polycystic ovary syndrome women. *J Psychosom Res*. 2011 [acceso: 27/12/2021];71(4):270-6. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21911106>.
69. Ledón L, Agramonte A, García CT, Mendoza M, Fabrè BL, Hernández J, *et al.* Experiencias sexuales y corporales en personas con endocrinopatías: resultados de estudios en Cuba y Perú. *Rev Cubana Endocrinol*. 2008 [acceso: 27/12/2021];19(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532008000100002&lng=es.
70. Ledón L. ¿Paradojas en la atención a la sexualidad de personas con enfermedades endocrinas? *Rev Cubana Endocrinol*. 2016 [acceso: 27/12/2021];27(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532016000100008&lng=es.
71. Kolodny RC, Masters WH, Johnson VE. Factores endocrinos de las disfunciones sexuales. En: Kolodny RC, Masters WH, Johnson VE. *Tratado de medicina sexual*. La Habana: Editorial Científico-Técnica; 1988. p. 87-124.
72. Crespo I, Santos A, Resmini E, Valassi E, Martínez MA, Webb SM. Improving Quality of Life in Patients with Pituitary Tumours. *Eur Endocrinol*. 2013 [acceso: 27/12/2021];9(1):32-6. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6193521/>

73. Novoa MM, Vargas R, Triana L, Held Y. Bienestar psicológico de personas con síndrome de Cushing. *Diversitas*. 2013;9(1):159-77. DOI: <https://doi.org/10.15332/s1794-9998.2013.0001.11>.
74. Lindau ST, Tang H, Gomero A, Vable A, Huang ES, Drum ML, *et al*. Sexuality among Middle-Aged and Older Adults with Diagnosed and Undiagnosed Diabetes. A national, population-based study. *Diabetes Care*. 2010 [acceso: 27/12/2021];33(10):2202-10. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20802158/>
75. Aloulou J, Halouani N, Charfeddine F. Marital sexual satisfaction in women with polycystic ovary syndrome. *Eur Psychiat*. 2012 [acceso: 27/12/2021];27:1. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0924933812755013>.
76. Fliegner M, Richter H, Krupp K, Brunner F. Sexual Function and Socio-Sexual Difficulties in Women with Polycystic Ovary Syndrome (PCOS). *Geburtshilfe Frauenheilkd*. 2019 [acceso: 27/12/2021];79(5):498-509. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6529231/>.
77. Firmino AC, Santos R, Gar M, Soares JM, Baracat EC. Sexual Dysfunction in Women With Polycystic Ovary Syndrome: Systematic Review and Meta-Analysis. *J Sex Med*. 2019;16(4):542-50. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2019.01.313>
78. Mansson M, Norström K, Holte J. Sexuality and psychological wellbeing in women with polycystic ovary syndrome compared with healthy controls. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2011 [acceso: 27/12/2021];155:161-5. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21232840/>
79. Ferraresi SR, da Silva A, Reis RM. Changes in sexual function among women with polycystic ovary syndrome: a pilot study. *J Sex Med*. 2013 [acceso: 27/12/2021];10:467-73. Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=ADOLEC&lang=&p&nextAction=lnk&exprSearch=23210985&indexSearch=ID>
80. Veras AB, Bruno RV, de Ávila AP. Sexual dysfunction in patients with polycystic ovary syndrome: clinical and hormonal correlations. *Compr Psychiat*. 2011 [acceso: 27/12/2021];52:486-9. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21193185/>
81. Jones GL, Hall JM, Lashen HL. Health-related quality of life among adolescents with polycystic ovary syndrome. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2011 [acceso: 27/12/2021];40:577-88. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22273414/>

82. Woertman L, Brink F. Body image and female sexual functioning and behavior: a review. *J Sex Res.* 2012 [acceso: 27/12/2021];49:184-211. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22380588/>
83. Dashti S, Latiff LA, Hamid HA, Sani SM, Akhtari M, Abu AS, *et al.* Sexual Dysfunction in Patients with Polycystic Ovary Syndrome in Malaysia. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2016 [acceso: 27/12/2021];17(8):3747-51. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27644611>.
84. Zueff LN, da Silva LA, Vieira CS, Martins P, Ferriani RA. Body composition characteristics predict sexual functioning in obese women with or without PCOS. *J Sex Marital Ther.* 2015;41(3):227-37. DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/0092623X.2013.864369>.
85. Bazarganipour F, Ziaei S, Montazeri A, Foroozanfard F, Kazemnejad A, Faghihzadeh S. Sexual functioning among married Iranian women with polycystic ovary syndrome. *Int J Fertil Steril.* 2014 [acceso: 27/12/2021];8(3):273-80. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25379156/>
86. Stapinska A, Grabowska K, Szpotanska M, Pietrzak B. Depression, sexual satisfaction, and other psychological issues in women with polycystic ovary syndrome. *Gynecol Endocrinol.* 2018 [acceso: 27/12/2021];34(7):597-600. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29336189/>
87. Kowalczyk R, Skrzypulec V, Nowosielski K, Lew Z. Sexuality in women with polycystic ovary syndrome. *Ginekol Pol.* 2015 [acceso: 27/12/2021];86(2):100-6. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25807833/>
88. Fliegner M, Richter H, Krupp K, Brunner F. Sexual Function and Socio-Sexual Difficulties in Women with Polycystic Ovary Syndrome (PCOS). *Geburtshilfe Frauenheilkd.* 2019 [acceso: 27/12/2021];79(5):498-509. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6529231/>.
89. Morotti E, Persico N, Battaglia B, Fabbri R, Meriggiola MC, Venturoli S. Body imaging and sexual behavior in lean women with polycystic ovary syndrome. *J Sex Med.* 2013 [acceso: 27/12/2021];10(11):2752-60. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23981769/>
90. Eftekhari T, Sohrabvand F, Zabandan N, Shariat M, Haghollahi F, Ghahghaei-Nezamabadi A. Sexual dysfunction in patients with polycystic ovary syndrome and its affected domains. *Iran J Reprod Med.* 2014 [acceso: 27/12/2021];12(8):539-46. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25408703/>

91. Ledón L, Agramonte A, Chirinos J, Mendoza M, Fabré B, Hernández Yero JA. Experiencia sexual de mujeres y varones que viven con enfermedades endocrinas. *Rev Inter Androl Sal Sex Reprod*. 2006 [acceso: 27/12/2021];4(2):60-9. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5788936>
92. Pastoor H, Timman R, Klerk C, Bramer WM, Laan H, Laven J. Sexual function in women with polycystic ovary syndrome: a systematic review and meta-analysis. *Reprod Biomed*. 2018 [acceso: 27/12/2021];37(6):750-60. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30420168>.
93. Real RM. Frecuencia y tipo de disfunción sexual en mujeres con diabetes mellitus tipo 1. *Rev Sex Soc*. 2016 [acceso: 27/12/2021];22(1)98-112. Disponible en: <http://www.revsexologiaysociedad.sld.cu/index.php/sexologiaysociedad/article/view/575/614>
94. Erten ZK, Zincir H, Özkan F, Selçuk A, Elmali F. Sexual lives of women with diabetes mellitus (type 2) and impact of culture on solution for problems related to sexual life. *JCN*. 2014 [acceso: 27/12/2021];23(7-8):995-1004. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23875532/>
95. Benedito S, Lerika R, Márcio G, Menezes TM, Jairo C. Incidência de disfunção sexual em pacientes com obesidade e sobrepeso. *Rev Col Bras Cir*. 2013 [acceso: 27/12/2021];40(3):196-202. Disponible en: http://old.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-69912013000300006&lng=es&nrm=iso

Conflictos de intereses

La autora declara que no existe conflicto de intereses.