

**Congresos**

Medwave. Año IX, No. 10, Octubre 2009. Open Access, Creative Commons.

## Disfunción sexual en la mujer chilena

**Autor:** Juan Enrique Blümel<sup>(1)</sup>

**Filiación:** <sup>(1)</sup>Hospital Barros Luco-Trudeau, Santiago, Chile

**doi:** <http://dx.doi.org/10.5867/medwave.2009.10.4211>

**Ficha del Artículo**

**Citación:** Blümel JE. Disfunción sexual en la mujer chilena. *Medwave* 2009 Oct;9(10) doi: 10.5867/medwave.2009.10.4211

**Fecha de publicación:** 1/10/2009

**Resumen**

Este texto completo es una transcripción editada y revisada de la conferencia que se dictó en el Congreso Chileno de Climaterio, realizado en Viña del Mar los días 26 y 27 de Junio de 2009. El congreso fue organizado por la Sociedad Chilena de Climaterio bajo la presidencia del Dr. Juan Enrique Blümel.

**Introducción**

La sexualidad es un aspecto central de la calidad de vida de la mujer y es el reflejo de su nivel de bienestar físico, psicológico y social: no obstante es muy difícil estudiar un fenómeno tan complejo como la sexualidad humana, ya que el comportamiento sexual es variable según la época y en los diferentes grupos humanos. A esta diversidad se agregan las variaciones individuales de la sexualidad y la gran dificultad que supone cuantificar los diversos aspectos de ésta.

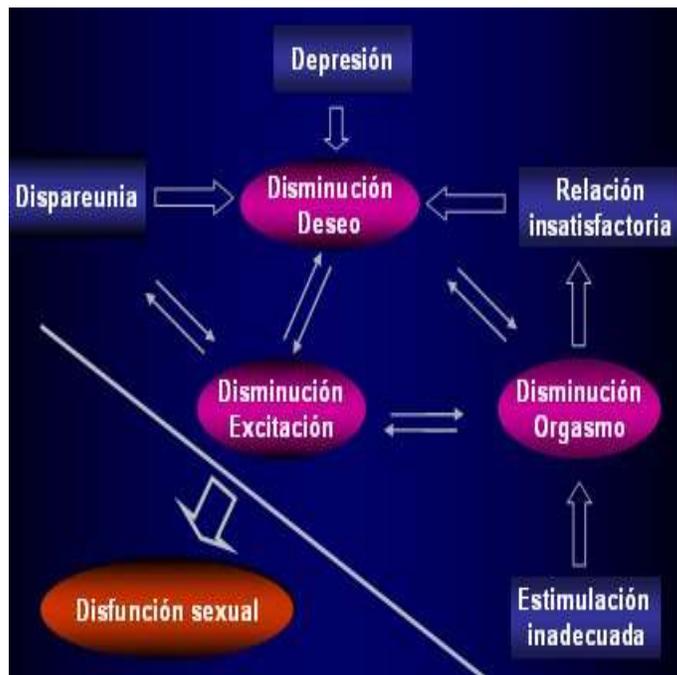
**Disfunción sexual en el climaterio**

En el climaterio, el déficit de estrógeno produce dispareunia, la cual por una parte afecta al deseo y éste a la excitación, lo que finalmente se traduce en disfunción sexual; y por otra parte se asocia a depresión, que disminuye el deseo y la excitación con el mismo resultado. Además existen fallas masculinas que producen relación insatisfactoria y disminución del deseo y excitación. En resumen, la mujer después de los 40 años está expuesta a los múltiples efectos que ejercen sobre su sexualidad el climaterio, la vida actual y su pareja (Fig. 1).

En un estudio poblacional efectuado en la Unidad de Climaterio del Hospital Barros Luco-Trudeau para determinar la calidad de vida después de la menopausia se encontró que el riesgo de disfunción sexual aumenta 5,4 veces en las mujeres climatéricas (1) (Tabla I).

La clasificación psiquiátrica de los trastornos de la sexualidad DSM-IV los agrupa en: trastornos del deseo; trastornos de la excitación; trastornos del orgasmo y dispareunia. Considerando estos cuatro aspectos, Laumann publicó en 1999 los resultados de un estudio global de sexualidad en los Estados Unidos en el que se encontró que 43% de las mujeres entre 18 y 59 años tiene disfunción sexual (2). En 2002, el grupo de trabajo

de la Unidad de Climaterio del Hospital Barros Luco-Trudeau aplicó el estudio de Laumann en mujeres chilenas y encontró que 94,2% de las mujeres de entre 45 y 49 años tiene actividad sexual, pero ésta disminuye a 80,5% a los 50 años, a 74,7% a los 55 y llega a 52,2% en el quinquenio de 60 a 64 años, lo que significa que sólo la mitad de las mujeres de ese rango de edad tiene actividad sexual (3): por lo tanto, algo sucede en la mujer después de los 50 años que la lleva a dejar de lado este aspecto de su vida.



**Figura 1.** Disfunción sexual en el climaterio.

Calidad de Vida	Riesgo (Odds Ratio)	Intervalo confianza	p
Vasomotor	9.3	3.5 - 26.8	<0.0001
Psicosocial	3.8	1.8 - 8.0	<0.0001
Físico	8.0	3.0 - 23.3	<0.0001
Sexual	5.4	2.2 - 14.3	<0.0001

Tabla I. Riesgo de deterioro de calidad de vida con el climaterio

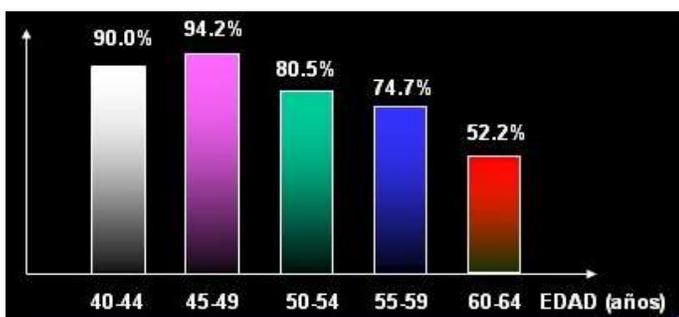


Figura 2. Porcentaje de mujeres con actividad sexual.

En cuanto a la prevalencia de trastornos de la sexualidad, aplicando la encuesta de Laumann y separando por quinquenios se puede apreciar que el deseo falla en 13,3% de las mujeres de 40 años, cifra que aumenta a 46,7% en las mujeres de 65 años. La excitación se comporta de forma similar. Llama la atención lo que sucede con la dispareunia, que aumenta después de los 40 años y luego decrece, lo que resulta inesperado puesto que se sabe que la sequedad vaginal aumenta con la edad (3).

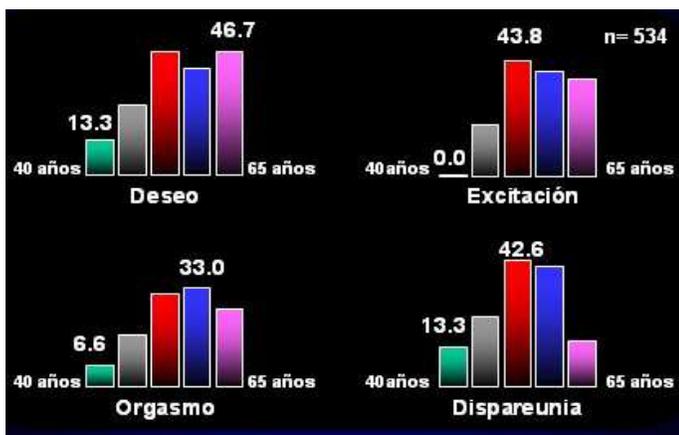


Figura 3. Prevalencia de trastornos de la sexualidad. Estos estudios poblacionales demostraron que un alto porcentaje de las mujeres abandona la actividad sexual y las que continúan activas sexualmente son las que mantienen la lubricación. Con esta base se realizó un

estudio separado en el que se analizó al grupo de mujeres que mantienen actividad sexual, en el que se encontró una alta prevalencia de trastornos del deseo (55,3%) y dispareunia (45,6%). Si bien la metodología que se utilizó en este estudio en la actualidad se puede considerar deficitaria, permitió determinar que 50% de las mujeres chilenas mayores de 50 años de edad padecen algún tipo de disfunción sexual (4).

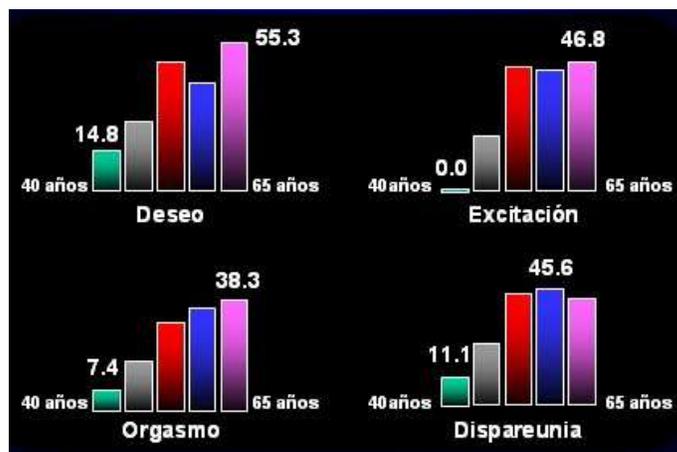


Figura 4. Trastornos de la sexualidad en mujeres con actividad sexual (n = 423).

Si se analizan las cuatro áreas que aplicó Laumann en el estudio de la sexualidad: deseo, excitación, orgasmo y dispareunia, se observa que 22,2% de las mujeres de 40 años de edad, 61,8% de las de 50 años y casi 70% de las de 60 a 64 años tienen disfunción sexual (Fig. 5).

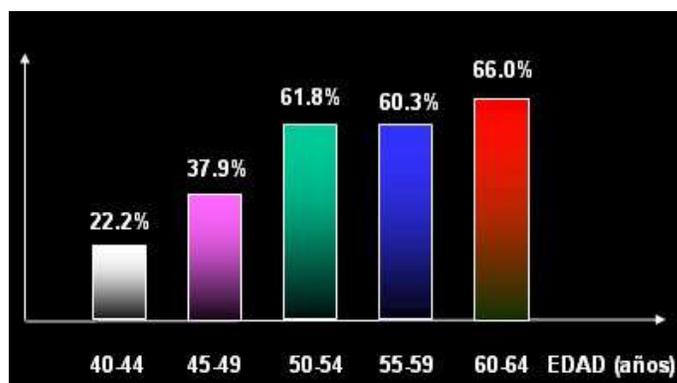


Figura 5. Prevalencia de trastornos de sexualidad en mujeres climatéricas con actividad sexual.

El análisis univariado de los factores de riesgo de disfunción sexual señaló como principal factor a la menopausia, seguida por la edad mayor de 50 años y la impotencia del marido, involucrando al hombre en la disfunción sexual de la mujer. El tener un marido alcohólico y el antecedente de violación también fueron factores de riesgo. Anteriormente se pensaba que la histerectomía producía disfunción sexual, pero en este estudio se encontró un OR de 1,1 para este factor.

También se pensaba que los aspectos religiosos y la actitud conservadora se asociaba a mayor disfunción sexual, pero se encontró lo contrario, con un OR de 0,5, es decir, la asistencia regular a la iglesia disminuía el riesgo de disfunción sexual a la mitad, independientemente de la religión. La salud normal disminuyó el riesgo de disfunción sexual y en este estudio el factor con mayor efecto protector fue el uso de Terapia de Reemplazo Hormonal (TRH), que disminuyó en 90% el riesgo de tener disfunción sexual de acuerdo al *test* de Laumann, aunque este resultado es discutible porque hay un cruce de factores (Tabla II).

Variable	OR (IC)	p
Menopausia	3.8 (2.2-6.7)	0.0001
Edad >49 años	3.0 (2.0-4.6)	0.0001
Impotencia marido	2.9 (1.2-7.4)	0.008
Marido alcohólico	2.4 (0.8-7.9)	ns
Violación	2.4 (0.4-18)	ns
Consulta psiquiatría	1.7 (0.8-3.9)	ns
Histerectomía	1.1 (0.5-2.5)	ns
Marido sano	0.8 (0.5-1.3)	ns
Asistir a iglesia	0.5 (0.3-0.7)	0.0001
Salud normal	0.4 (0.6-0.6)	0.0001
Educación >12 años	0.4 (0.3-0.8)	0.002
Usar TRH	0.1 (0.1-0.2)	0.0001

**Tabla II.** Factores de riesgo de trastornos de la sexualidad: análisis univariado.

En el análisis multivariado destacó el hecho de que la histerectomía apareciera en primer lugar como factor de riesgo, ya que estas mujeres estaban recibiendo terapia de estrógenos, la cual es un fuerte factor protector de disfunción sexual. El asistir a la iglesia desapareció como factor protector, pero al hacer un análisis de subgrupos se encontró que 66% de las mujeres que acudían regularmente a la iglesia y sólo 18% de las que no asistían consumían hormonas, lo que sugiere que la mujer que tiene disciplina en cuanto al hábito de asistir a la ceremonia religiosa también la tiene para cumplir con el tratamiento hormonal; por lo tanto no es la creencia religiosa, sino la conducta de la persona el factor protector. En la tabla III se resume el resultado de este análisis: la histerectomía aparece en primer lugar, seguida de la edad y la menopausia como factores de riesgo; la impotencia de la pareja está muy cerca de la menopausia como factor de riesgo de disfunción sexual. La educación es un factor protector muy importante, con un OR 0,6, aunque es este estudio el resultado no fue estadísticamente significativo. La salud normal y el uso de TRH se mantuvieron como factores protectores de disfunción sexual.

Variable	OR (IC)	p
Histerectomía	3.7 (1.3-11)	0.02
Edad >49 años	3.4 (1.8-6.4)	0.0001
Menopausia	3.3 (1.6-6.9)	0.001
Impotencia pareja	3.2 (1.2-8.6)	0.008
Educación >12 años	0.6 (0.3-1.2)	ns
Salud normal	0.6 (0.3-0.9)	0.03
Usar TRH	0.1 (0.1-0.2)	0.0001

**Tabla III.** Factores de riesgo de trastornos de la sexualidad: análisis multivariado.

En un estudio publicado en 2004, en el que se incluyó a mujeres mayores de 40 años que no tenían actividad sexual con el objetivo de determinar la razón de esta conducta, los resultados mostraron que 68% de estas mujeres estaban casadas y 3% eran convivientes, es decir, 70 % de las mujeres que no tienen actividad sexual después de los 40 años tienen pareja; eran viudas, solteras o separadas 4,3%, 2,3% y 22%, respectivamente (4). Entre las causas del término de sus relaciones de pareja aparecía la falla sexual de la mujer en sólo 11,7% de los casos, pero es probable que esta falla influya en las otras causas, como las malas relaciones personales (42,3%) o el hecho de que el marido tenga una nueva pareja (19,7%). Cuando los hombres no tienen una actividad sexual adecuada suelen ser agresivos en las relaciones personales, luego el deterioro de éstas podría ocultar un problema de la sexualidad. La impotencia del cónyuge apareció nuevamente como una causa importante de término de la relación de pareja (8,8) y la viudez fue la causa en 17,5% de los casos. Al analizar a las mujeres que no tienen actividad sexual por grupos de edad se encontró que en el grupo de 40 a 44 años la principal causa era la impotencia de la pareja (40,7%), mientras que a partir de los 45 años la primera causa es la falta de deseo (39,6%) y a los 60 años la principal causa es la falta de pareja. Por lo tanto, la falta de deseo es un elemento central como causa de inactividad sexual en mujeres mayores de 40 años.

### Índice de función sexual femenina en Chile y Latinoamérica

Después de estos estudios, un Consenso Internacional efectuado en los Estados Unidos (*International Consensus Development Conference on Female Sexual Dysfunctions: Definitions and Classifications*) estableció una nueva clasificación para los problemas de disfunción sexual femenina, en la cual se mantuvo las cuatro áreas básicas y se agregó los factores de lubricación y satisfacción, ya que existen mujeres que no tienen orgasmos y sí tienen satisfacción en la actividad sexual. Con estos elementos se desarrolló el Índice de Función Sexual Femenina (IFSF), que actualmente se considera como el patrón de oro para estudiar los problemas de disfunción sexual.

En cuanto a función sexual femenina y edad, en un estudio realizado para aplicar y validar el IFSF en una población chilena, en el que se incluyó a 383 mujeres sanas de 20 a 59 años de edad con actividad sexual, se encontró que la sexualidad en todos sus aspectos: deseo, dolor, lubricación, orgasmo, excitación y satisfacción, logra su máxima expresión a los 35-40 años (puntaje:  $29,1 \pm 4,9$ ), para caer posteriormente ( $21,0 \pm 6,0$ ), especialmente el deseo y excitación y que después de los 44 años se incrementa notoriamente el riesgo de disfunción sexual. En los estudios anteriores no había un punto de corte para identificar la disfunción sexual, mientras que en la actualidad se considera como tal al valor 2,6, que es el promedio de las mujeres de 45 a 49 años, lo que significa que en este grupo etario la mitad de las mujeres tiene disfunción sexual (5).

Para aclarar el estudio publicado en la *Revista Médica de Chile* según el cual el uso de TRH es un factor protector importante, se tomó a un grupo de 300 mujeres chilenas de edad similar, de las cuales las que estaban con TRH tenían un porcentaje mucho mayor de histerectomías (29,6%) que las mujeres sin TRH (18,3%), lo que introduce un sesgo. No obstante se observó que el deseo, dolor, orgasmo, satisfacción, excitación y sobre todo la lubricación eran mucho mejores en las mujeres que recibían TRH (Tabla IV).

		TRH (+)	TRH (-)	p
	N° casos	81 (27%)	219 (73%)	-
	Edad	$51,6 \pm 4,9$	$50,9 \pm 5,4$	ns
	Histerectomía	24 (29,6%)	40 (18,3%)	< 0,04
Índice Función Sexual Femenina	Deseo	$3,6 \pm 1,2$	$3,2 \pm 1,3$	< 0,04
	Dolor	$5,2 \pm 1,0$	$4,7 \pm 1,3$	< 0,004
	Orgasmo	$4,8 \pm 1,2$	$4,1 \pm 1,4$	< 0,0002
	Satisfacción	$5,1 \pm 1,2$	$4,4 \pm 1,5$	< 0,0004
	Excitación	$4,3 \pm 1,2$	$3,7 \pm 1,3$	< 0,0008
	Lubricación	$5,1 \pm 1,1$	$4,4 \pm 1,5$	< 0,00008
	Puntaje Total	$28,1 \pm 5,5$	$24,6 \pm 6,8$	< 0,00005

**Tabla IV.** Características clínicas y puntaje del IFSF según uso de TRH.

En cuanto a la prevalencia de disfunción sexual en Latinoamérica, en uno de los estudios más grandes realizados hasta la fecha se aplicó el IFSF a 7243 mujeres sanas de 40 a 59 años, definiendo como punto de corte un valor total  $< / = 26,55$ . Cartagena de Indias fue la ciudad con menor prevalencia de disfunción sexual (21%), mientras que en Santiago de Chile la cifra alcanzó a 36%. La prevalencia fue mayor en zonas con población de más edad, como Buenos Aires y Montevideo y en zonas con predominio de población indígena (6). En Cartagena de Indias las mujeres indígenas tuvieron mayor sequedad vaginal que las mujeres negras e hispanicas, las mujeres negras tuvieron mayor tasa de depresión y las mujeres hispanicas mostraron menos compromiso que las

indígenas y negras. Las mujeres de Quito, Santa Cruz, Cochabamba y Lima, que son ciudades con alta proporción de población indígena, tuvieron alta tasa de disfunción sexual Si se desglosa por áreas se observa que el deseo cae desde 4,5 hasta 3,1 en Quito, prácticamente en 30%, pero curiosamente la satisfacción no cae en la misma proporción, lo que coincide con lo que se describió recientemente en Londres, donde las mujeres postmenopáusicas tenían poca insatisfacción sexual aunque no tuvieran buena sexualidad. Esto sugiere una probable participación masculina en el desarrollo de la disfunción sexual, por lo tanto es fundamental estudiar el rol del hombre en este problema (Tabla V).

Ciudad	Deseo	Excitación	Lubricación	Orgasmo	Satisfacción	Dolor	% Falla
Cartagena	$4,5 \pm 1,0$	$4,7 \pm 0,9$	$5,3 \pm 0,9$	$5,3 \pm 0,9$	$5,1 \pm 1,0$	$5,0 \pm 1,1$	210
<b>Santiago</b>	<b><math>4,0 \pm 1,2</math></b>	<b><math>4,6 \pm 1,0</math></b>	<b><math>4,8 \pm 1,2</math></b>	<b><math>4,8 \pm 1,2</math></b>	<b><math>4,9 \pm 1,1</math></b>	<b><math>4,8 \pm 1,2</math></b>	<b>360</b>
Guayaquil	$3,8 \pm 1,1$	$4,3 \pm 1,2$	$4,9 \pm 1,1$	$4,6 \pm 1,2$	$4,7 \pm 1,2$	$4,7 \pm 1,3$	433
Bogotá	$3,5 \pm 1,0$	$4,0 \pm 1,0$	$4,7 \pm 1,1$	$4,5 \pm 1,1$	$4,6 \pm 1,2$	$4,7 \pm 1,2$	503
Lima	$3,6 \pm 1,4$	$3,8 \pm 1,4$	$4,1 \pm 1,4$	$3,9 \pm 1,3$	$4,1 \pm 1,3$	$3,6 \pm 1,5$	718
Buenos Aires	$3,6 \pm 1,2$	$4,0 \pm 1,3$	$3,8 \pm 1,4$	$3,7 \pm 1,1$	$4,3 \pm 1,3$	$3,4 \pm 1,6$	795
Cochabamba	$3,1 \pm 1,1$	$3,0 \pm 1,1$	$3,7 \pm 1,0$	$3,5 \pm 1,1$	$3,3 \pm 1,2$	$4,1 \pm 1,0$	863
Montevideo	$3,7 \pm 1,2$	$4,5 \pm 1,2$	$3,0 \pm 0,5$	$3,8 \pm 0,7$	$4,8 \pm 1,2$	$4,9 \pm 1,0$	945
Quito	$3,1 \pm 0,8$	$3,6 \pm 1,1$	$3,4 \pm 0,6$	$3,6 \pm 0,9$	$4,2 \pm 1,4$	$2,7 \pm 1,3$	985

**Tabla V.** Disfunción sexual femenina en Latinoamérica.

El análisis de regresión logística para determinar los factores de riesgo de disfunción sexual en este estudio demostró que la falta de lubricación aumenta el riesgo en 31,19 veces; la dispareunia, en 8 veces y la falla sexual de la pareja, en 2,43 veces. El factor violación tuvo un OR de 1,67, sólo un poco mayor que estar casada (1,29), lo que demuestra la capacidad del ser humano para superar ese tipo de agresiones (Tabla VI).

Factor de riesgo	OR	IC 95%
<b>Poca lubricación</b>	<b>31.19</b>	<b>31.27 - 46.64</b>
<b>Dispareunia</b>	<b>8.74</b>	<b>7.28 - 10.48</b>
<b>Falla sexual de la pareja</b>	<b>2.43</b>	<b>1.97 - 2.99</b>
<b>Antecedente de violación</b>	<b>1.67</b>	<b>1.10 - 2.54</b>
<b>Edad (&gt;48 años)</b>	<b>1.57</b>	<b>1.31 - 1.89</b>
<b>Ooforectomía</b>	<b>1.45</b>	<b>1.03 - 2.03</b>
<b>Estar casada</b>	<b>1.29</b>	<b>1.07 - 1.55</b>

**Tabla VI.** Factores de riesgo de disfunción sexual femenina en Latinoamérica.

## Rol masculino en la disfunción sexual femenina

También se hizo un estudio en 5.942 hombres de 19 centros en 11 países de Latinoamérica; para ello se preguntó a las mujeres si sus maridos tenían disfunción eréctil o eyaculación precoz, de acuerdo a definiciones preestablecidas. Se encontró que 8,9% de los hombres menores de 40 años tenía disfunción eréctil, 13,3% tenía eyaculación precoz y 17,5% tenía alguna disfunción, considerando que algunos hombres tienen ambas disfunciones simultáneamente. Entre los 40 y 44 años el porcentaje de disfunción eréctil fue 21%, llegando a 60% en hombres mayores de 70 años (Tabla VII).

Edad (años)	n	Disfunción eréctil (%)	Eyaculación precoz (%)	Total disfunción (%)
<40	348	8.9	13.3	17.5
40-49	2105	10.1	15.5	21.0
50-59	2639	20.8	21.4	31.6
60-69	822	36.4	28.2	47.1
≥70	28	57.6	30.3	60.6

**Tabla VII.** Prevalencia de disfunción sexual en 5.942 hombres de 19 centros en 11 países de Latinoamérica.

En un estudio efectuado en hombres chilenos en el Hospital Barros Luco, para determinar los cambios con la edad de los niveles plasmáticos de testosterona total, SHBG (*Sex hormone-binding globulin*) y testosterona libre y biodisponible, se tomó una muestra de población sana de acuerdo los segmentos etarios del área sur de Santiago, con el objetivo de lograr una muestra representativa desde el punto de vista estadístico. Se observó que la testosterona total decrece desde 503 hasta 383 en hombres de 40 a 54 años, pero la variabilidad es tan amplia que las diferencias no son estadísticamente no significativas, de modo que no se puede decir que el nivel de testosterona decrece a medida que avanza la edad; de hecho el nivel más alto de testosterona total, 800 ng/dl, se encontró en un hombre de 80 años. La SHBG tiene un valor de 31 en hombres de 40 a 54 años y aumenta a 47,5 en los mayores de 70 años, es decir, el transportador aumenta; como consecuencia los niveles de testosterona libre decrecen de 10,6 a 8,6 ng/dl en hombres mayores de 55 años, hasta 6,4ng/dl en mayores de 70 años. El punto de corte es de 9,8 de testosterona libre, quedando de manifiesto la disminución de este parámetro. La testosterona biodisponible, que incluye a la testosterona libre más la testosterona ligada a albúmina, que es la verdaderamente útil, cae en forma importante, desde 266 a 152 ng/dl (Tabla VIII).

Edad (años)	TT (ng/dl)	Δ (%)	SHBG (nmol/L)	Δ (%)	TLC (ng/dl)	Δ (%)	TB (ng/dl)	Δ (%)
40-54	503.6±180.1	100.0	31.0±15.0	100.0	10.6±3.2	100.0	266.6±81.2	100.0
55-69	473.7±175.4	94.1	40.4±16.7	130.3	8.6±3.2	81.1	220.1±85.8	82.6
≥70	382.1±247.3	75.9	47.5±18.6	153.2	6.4±3.6	60.4	152.2±97.6	57.1
p	ns	ns	0.001	0.001	0.0001	0.0001	0.0001	0.0001

**Tabla VIII.** Cambios con la edad de los niveles plasmáticos de testosterona total (TT), SHBG, testosterona libre calculada (TLC) y biodisponible (TB).

Actualmente, para describir la declinación de la función androgénica en el hombre mayor se utiliza el término PADAM (*partial androgen deficiency in aging male*). También se utiliza el término andropausia, que tiene una connotación emocional similar a la de la menopausia entre los pacientes, e incluso entre los profesionales de la salud. Otro término en uso es *hipogonadismo de aparición tardía* (LOH). El porcentaje de andropausia en hombres entre 40 y 54 años es 17,9%, después de los 55 años es 29,2% y en los mayores de 70 años, 66,7%. Un alto porcentaje de esta población ajustada por edad (28,1%) tiene un déficit de testosterona biodisponible (Tabla IX).

Edad	Niveles Testosterona biodisponible	
	PADAM (+) / Total	(%)
40-54	12/57	17.9
55-69	23/24	29.2
≥70	11/15	66.7
Todos	27/96	28.1

**Tabla IX.** PADAM según niveles de testosterona biodisponible. Chi cuadrado 8,04

## Opciones de tratamiento

Las opciones de tratamiento son las siguientes:

- Terapia sexual de pareja
- Terapia hormonal con: estrógenos; estrógenos/andrógenos; andrógenos; o tibolona.
- Otras terapias; sildenafil; lubricantes/humedificantes.

La TRH es un factor de protección que disminuye los problemas de lubricación. En la siguiente tabla se muestran los resultados de un estudio reciente, prospectivo, aleatorio, con placebo y doble ciego, realizado con el objetivo de determinar la utilidad de la terapia hormonal más andrógenos (THA). Hubo una notable mejoría de la dispareunia y el deseo con la THA, no obstante lo que se utiliza como primera opción es la TRH convencional (7) (Tabla X).

Dominios IFSF	Cambio	p
<b>Deseo</b>	Placebo	0.4 ± 1.5
	THA	1.9 ± 1.4
<b>Excitación</b>	Placebo	0.7 ± 1.4
	THA	1.6 ± 1.0
<b>Lubricación</b>	Placebo	0.4 ± 1.1
	THA	1.5 ± 1.5
<b>Orgasmo</b>	Placebo	0.4 ± 1.2
	THA	1.4 ± 1.1
<b>Satisfacción</b>	Placebo	0.1 ± 1.0
	THA	1.4 ± 1.4
<b>Dispareunia</b>	Placebo	0.2 ± 1.1
	THA	1.6 ± 1.5

**Tabla X.** Terapia hormonal más andrógenos en el tratamiento de la disfunción sexual femenina.

## Recomendaciones

1. En toda mujer mayor de 40 años que consulte al médico se debe indagar sobre la presencia de sequedad vaginal y dispareunia, que es un fuerte factor de riesgo de disfunción sexual.
2. Las terapias locales o sistémicas mejoran la lubricación y disminuyen la dispareunia.

3. Los profesionales de la salud deben preocuparse por este tema y ofrecer opciones para mejorar la sexualidad y por ende, la calidad de vida de la mujer, su pareja y su familia.

## Referencias

1. Blumel JE, Castelo-Branco C, Binfa L, Gramegna G, Tacla X, Aracena B, et al. Quality of life after the menopause: a population study. *Maturitas*. 2000 Jan 15;34(1):17-23. [↑](#) | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
2. Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *JAMA*. 1999 Feb 10;281(6):537-44. [↑](#) | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
3. Blümel JE, Araya H, Riquelme R, Castro G, Sánchez F, Gramegna G. Prevalencia de los trastornos de la sexualidad en mujeres climatéricas. Influencia de la menopausia y de la terapia de reemplazo hormonal. *Rev Med Chil*. 2002 Oct;130(10):1131-8. [↑](#) | [PubMed](#) |
4. Blümel JE, Castelo-Branco C, Canelo MJ, Romero H, Aprikian D, Sarrá S. Impairment of sexual activity in middle-aged women in Chile. *Menopause*. 2004 Jan-Feb;11(1):78-81. [↑](#) | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
5. Blümel JE, Araya H, Riquelme R, Castro G, Sánchez F, Gramegna G. Prevalencia de los trastornos de la sexualidad en mujeres climatéricas. Influencia de la menopausia y de la terapia de reemplazo hormonal. *Rev Méd Chile* 2002; 130(1): 1131-38. [↑](#) | [PubMed](#) |
6. Blümel JE, Chedraui P, Baron G, Belzares E, Bencosme A, Calle A, et al. Sexual dysfunction in middle-aged women: a multicenter Latin American study using the Female Sexual Function Index. *Menopause*. 2009 Nov-Dec;16(6):1139-48. [↑](#) | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
7. Monterrosa A, Blumel JE, Chedraui P, Gomez B, Valdez C. Quality of life impairment among postmenopausal women varies according to race. *Gynecol Endocrinol*. 2009 Aug;25(8):491-7. [↑](#) | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |



Esta obra de Medwave está bajo una licencia Creative Commons Atribución-NoComercial 3.0 Unported. Esta licencia permite el uso, distribución y reproducción del artículo en cualquier medio, siempre y cuando se otorgue el crédito correspondiente al autor del artículo y al medio en que se publica, en este caso, Medwave.