



Revista médica de Chile

versión impresa ISSN 0034-9887

Rev. méd. Chile v.130 n.10 Santiago oct. 2002

<http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872002001000007>

Rev Méd Chile 2002; 130: 1131-1138

Prevalencia de los trastornos de la sexualidad en mujeres climatéricas. Influencia de la menopausia y de la terapia de reemplazo hormonal

Juan Enrique Blümel M, Hernán Araya M¹, Ruth Riquelme O¹, Gabriel Castro D¹, Fabio Sánchez E, Gloria Gramegna S.

Prevalence of sexual dysfunction in climacteric women. Influence of menopause and hormone replacement therapy

Servicios Personalizados

Artículo

-  Artículo en XML
-  Referencias del artículo
-  Como citar este artículo
-  Traducción automática
-  Enviar artículo por email

Indicadores

-  Citado por SciELO

Links relacionados

Compartir

- Otros 
- Otros
-  Permalink

Background: Few trials have studied the prevalence of sexual dysfunction (SD) and related risk factors in postmenopausal women using the DSM-IV criteria. **Aim:** To evaluate the prevalence of SD in menopausal women and the impact of risk factors. **Patients and methods:** Five hundred thirty four healthy women, 40 to 64 years of age were interviewed using the Laumann test (DSM-IV). **Results:** Mean age was 52.4±5.7 years. Eighty three percent were peri or postmenopausal, 23% used hormonal substitution therapy and 79.2% were sexually active. Among sexually active women, the prevalence of SD increased along with age, from 22.2% at the 40-44 years old range to 66.0% in the 60-64 years old group. Hormone users and healthy women had a low risk for SD (Odds ratio (OR): 0.1 IC: 0.0-0.1 and OR: 0.6 IC: 0.3-0.9, respectively). The risk increased in menopausal women (OR: 3.3 IC: 1.6-6.9), those older than 49 years (OR: 3.4 IC: 1.8-6.4), those subjected to hysterectomy (OR: 3.7 IC: 1.3-10.6) or those with an impotent sexual partner (OR: 3.2 IC: 1.2-8.6). **Conclusions:** There is a high prevalence of SD among climacteric women. Estrogens, either endogenous or exogenous, have a positive influence on sexuality (Rev Méd Chile 2002; 130: 1131-8)

(Key Words: Climacteric; Enteral nutrition; Menopause; Post menopause; Sexual dysfunctions)

Recibido el 4 de abril, 2002. Aceptado en versión corregida el 13 de agosto, 2002.
Departamento de Medicina Sur, Facultad Medicina, Universidad de Chile.
Hospital Barros Luco-Trudeau.
Fundación PROSAM.

¹ Alumnos de Medicina, Universidad de Chile

La sexualidad es un aspecto importante en la calidad de vida del ser humano. Sin embargo, su complejidad ha retardado el estudio y dificultado el conocimiento sobre los trastornos de sexualidad (TS). La clasificación realizada por la Asociación Psiquiátrica Americana ha sido un avance importante en este sentido y ha agrupado los TS en siete tipos, cuatro de los cuales se refieren a la respuesta sexual normal: 1. trastornos del deseo; 2. trastornos de la excitación; 3. falla orgásmica; y, 4. dolor sexual¹. Laumann, con esta clasificación, encontró en EE.UU que 43% de las mujeres entre 18 y 59 años tienen trastornos de la respuesta sexual².

La sexualidad se deteriora significativamente en las mujeres durante el climaterio. Usando una prueba específica para calidad de vida, hemos encontrado cómo el climaterio triplica el riesgo de presentar disfunciones sexuales³; sin embargo, no hemos estudiado específicamente los tipos de TS. Tampoco conocemos investigaciones latinoamericanas que estudien en mujeres de edad media, y con los criterios diagnósticos actuales, la prevalencia de los TS.

Con el objeto de conocer la prevalencia de los TS en mujeres climatéricas se planificó el presente estudio. Nos interesa conocer la influencia de la salud, la menopausia, la terapia de reemplazo hormonal (TRH) y algunas

variables socioculturales en los TS.

MATERIAL Y MÉTODO

Diseño del estudio. El diseño de esta investigación corresponde a un estudio de corte transversal que evalúa la prevalencia de los TS en mujeres de edad media. Se usó la prueba de Laumann², que estudia en ambos sexos la presencia de las siguientes disfunciones sexuales durante los últimos 12 meses: 1. Falta de deseo; 2. Dificultad de excitación; 3. Incapacidad de alcanzar orgasmo; 4. Ansiedad por el desempeño sexual; 5. Eyaculación precoz (hombres); 6. Dispareunia; y, 7. No encontrar el sexo agradable. En su conjunto, estos ítemes cubren los principales tipos de trastornos definidos en la clasificación de la *American Psychiatric Association* (DSM-IV); la prueba no estudia los trastornos de identidad de género, los TS provocados por fármacos, por enfermedades ni las parafilias (voyerismo, masoquismo, etc.). En cuanto al dolor sexual considera la dispareunia y no al vaginismo.

Se tradujo la encuesta de Laumann al español (técnica de *backward-translate*). Este texto fue probado en mujeres climatéricas, no encontrándose falla en la comprensión de las preguntas. Finalmente, se consignó la edad, estado civil, años de estudios, asistencia a iglesias, antecedentes de violaciones, antecedentes psiquiátricos, médico-quirúrgicos, edad de menopausia y uso de TRH; la percepción de salud, consumo de alcohol e impotencia de la pareja.

Pacientes. La muestra fue tomada de un universo constituido por mujeres entre 40 y 64 años de edad beneficiarias del Servicio de Salud Metropolitano Sur de Santiago, que se estima en 75.000 mujeres. El tamaño de la muestra fue determinado partiendo de la base que, en un estudio transversal de más de 1.000 mujeres beneficiarias del Servicio de Salud Metropolitano Sur, habíamos encontrado que los trastornos del ánimo, la dispareunia y otros síntomas climatéricos que deterioran la sexualidad afectaban aproximadamente a 50% de estas mujeres. Utilizando el programa estadístico Epi-info 6.04, obtuvimos que el tamaño mínimo de la muestra debía ser de 382 personas. Se procedió a encuestar a 534 mujeres que concurren como acompañantes de pacientes que consultaban en el CDT del Hospital Barros Luco-Trudeau entre los meses mayo a octubre de 2001. Los criterios de inclusión fueron que las mujeres tuvieran un estado de salud que fuera compatible con el desempeño de sus actividades rutinarias. Se excluyeron a las mujeres con déficit mental que pudiera dificultar la interpretación de la prueba.

Estadística. Los datos fueron analizados con el programa Epi-Info versión 6.04. Las diferencias de medias entre los grupos fueron evaluadas con ANOVA o con Mann-Whitney, según homogeneidad de la varianza medida con la prueba de Bartlett. Las diferencias en porcentajes se evaluaron con chi cuadrado. Los resultados se expresan como media \pm desviación estándar. Se considera como de significación estadística valores de $p < 0,05$.

Con el objeto de evaluar independientemente el impacto de diferentes variables (edad mayor de 49 años, condición de salud, menopausia, histerectomía, uso de TRH, educación mayor de 12 años, antecedentes de tratamientos psiquiátricos, asistencia regular a culto religioso, antecedentes de violación, pareja sexual única en la vida, pareja estable; y, alcoholismo, impotencia y salud del marido) sobre la sexualidad se definió como "caso" a las mujeres que presentaban uno o más TS; y, como "control" a aquellas que no tenían trastornos. Para evaluar simultáneamente la influencia de diferentes variables se usó la regresión logística del programa Epi-info 2000; considerándose como variable dependiente, la presencia de TS en cualquiera de los cuatro dominios del DSM-IV y como independientes, las variables citadas previamente. El ingreso de las variables al modelo se consideró con un nivel de significación de 20%, aplicándose el procedimiento de *stepwise*.

RESULTADOS

La edad promedio del grupo fue $52,4 \pm 5,7$ años; 92 mujeres (17,2%) eran premenopáusicas; 485 (90,8%), tenían una pareja estable. El promedio de años de estudio era $11,2 \pm 2,8$. La TRH era usada por 123 (23%) mujeres, siendo 8,6% del grupo histerectomizados.

En la [Tabla 1](#) se aprecia que la mitad de las mujeres estudiadas, independiente que tengan o no actividad sexual, presentan TS y que la prevalencia de estos trastornos aumenta con la edad. Es así, como en las mujeres de 40 a 44 años 23,3% presenta algún trastorno, cifra que se incrementa a 61,5% en las mujeres entre los 50-54 años. La disminución del deseo sexual afecta a 13,3% de las mujeres de 40-44 años y aumenta a 46,7% en las de 50-54 años. Los trastornos de excitación que no se observan en las mujeres entre 40 y 44 años, se presentan en 43,8% del grupo de 50-54 años. La incapacidad de alcanzar orgasmo sube desde 6,7% a 31,4% en los mismos grupos etáreos. Finalmente, la dispareunia que compromete a 13,3% de las mujeres entre 40 y 44 años, se incrementa a 42,6% en aquellas 10 años mayores.

Tabla 1. Prevalencia de los trastornos de la sexualidad en mujeres climatéricas sanas a diferentes edades

Edad (años)	n	Con actividad Sexual (%)	Trastornos del deseo (%)	Trastornos excitación (%)	Falla orgásmica (%)	Dispareunia (%)	Trastornos sexualidad (%)
40-44	30	90,0	13,3	0,0	6,7	13,3	23,3
45-49	154	94,2	26,0	19,5	16,9	23,4	37,7
50-54	169	80,5	46,7	43,8	31,4	42,6	61,5
55-59	91	74,7	39,6	39,6	33,0	39,6	56,0
60-64	90	52,2	46,7	35,6	25,6	15,4	17,9
Total	534	79,2(*)	37,6(*)	32,2(*)	25,1(*)	32,8(*)	50,2(*)

(*) p <0,001

La actividad sexual disminuye con la edad. En este estudio, 90% de las mujeres entre 40 y 44 años eran sexualmente activas, porcentaje que baja a 52,2% en las de 60 a 64 años. Esta disminución del porcentaje de mujeres sexualmente activas, podría explicar la menor prevalencia de dispareunia que se observa en la [Tabla 1](#) en las mujeres mayores (42,6% a los 50-54 años vs 15,4% después de los 60). Por este motivo, en la [Tabla 2](#) se presentan la prevalencia de TS sólo en las mujeres que estaban con actividad sexual, observándose que alrededor de 50% de estas mujeres presentan disfunciones sexuales, las cuales alcanzan una alta prevalencia después de los cincuenta años de edad.

Tabla 2. Prevalencia de los trastornos de la sexualidad en mujeres climatéricas sanas y con actividad sexual a diferentes edades

Edad (años)	n	Trastornos del deseo (%)	Trastornos excitación (%)	Falla orgásmica (%)	Dispareunia (%)	Trastornos sexualidad (%)
40-44	27	14,8	0,0	7,4	11,1	22,2
45-49	145	26,2	20,0	17,2	24,1	37,9
50-54	136	47,8	44,9	30,1	43,4	61,8
55-59	68	39,7	44,1	35,3	45,6	60,3
60-64	47	55,3	46,8	38,3	40,4	66,0
Total	423	37,8 (*)	33,6 (*)	26,0 (*)	34,8 (*)	51,3 (*)

(*) p <0,001

En la [Tabla 3](#) se aprecia el impacto de diferentes variables de salud y socioculturales sobre el riesgo de tener TS. Las variables que más aumentan el riesgo son la menopausia (OR: 3,8; IC: 2,2-6,7), la edad superior a 49 años (OR: 3,0; IC: 2,0-4,6) y la impotencia del cónyuge (OR: 2,9; IC: 1,2-7,4). No parecen influir los antecedentes psiquiátricos, la histerectomía, la historia de violación, el número de compañeros sexuales o la estabilidad conyugal, como tampoco, el estado de salud o el consumo de alcohol de la pareja. Como factores que disminuyen el riesgo se encuentra el asistir regularmente a iglesias (OR: 0,5; IC: 0,3-0,7), la salud normal (OR: 0,4; IC: 0,2-0,6), la mayor educación (OR: 0,4; IC: 0,3-0,8) y el uso de TRH (OR: 0,1; IC: 0,1-0,2). En relación con esta última variable, es interesante destacar que la hormonoterapia no sólo se asocia a menor riesgo de TS, sino que también de inactividad sexual (OR: 0,4; IC: 0,2-0,8; p <0,002).

**Tabla 3. Factores de riesgo de trastornos de la sexualidad
Análisis univariado**

Variables	Prevalencia trastornos sexualidad (%)		OR (IC)	p
Menopausia	Si: 57,7	No: 26,4	3,8 (2,2-6,7)	0,0001
Edad >49	Si: 62,2	No: 35,5	3,0 (2,0-4,6)	0,0001
Impotencia marido	Si: 74,2	No: 49,5	2,9 (1,2-7,4)	0,008
Marido alcohólico	Si: 70,6	No: 50,5	2,4 (0,8-7,9)	ns
Violación	Si: 71,4	No: 51,0	2,4 (0,4-18,4)	ns
Antecedentes psiquiátricos	Si: 63,6	No: 50,3	1,7 (0,8-3,9)	ns
Sólo 1 pareja sexual en la vida	Si: 46,8	No: 54,0	1,3 (0,9-2,0)	ns
Histerectomía	Si: 53,3	No: 51,1	1,1 (0,5-2,5)	ns
Pareja estable	Si: 51,3	No: 50,0	1,0 (0,3-3,8)	ns
Marido sano	Si: 49,4	No: 54,4	0,8 (0,5-1,3)	ns
Asistir a iglesias	Si: 41,6	No: 60,7	0,5 (0,3-0,7)	0,0001
Salud normal	Si: 37,1	No: 61,3	0,4 (0,2-0,6)	0,0001
Educación >12 años	Si: 34,7	No: 54,9	0,4 (0,3-0,8)	0,002
Usar TRH	Si: 16,0	No: 63,1	0,1 (0,1-0,2)	0,0001

Como podrían haber algunas variables interactuando entre sí, realizamos un análisis multivariado de regresión logística (Tabla 4). La edad, la menopausia y la impotencia de la pareja continuaron siendo variables importante en el mayor riesgo de presentar TS, pero emergió la histerectomía como un predictor de riesgo significativo, situación que había permanecido oculta en el análisis univariado. En cuanto a los factores que disminuyen el riesgo de disfunciones sexuales, la salud y la TRH fueron los más importantes; la educación aunque persistió en el modelo, no alcanzó significación. La asistencia regular a la iglesia, que se asociaba a un menor riesgo en el análisis univariado, desapareció como variable importante en la regresión logística, situación que podría estar influida, en parte, porque 41,1% de las mujeres que asisten a las iglesias usan TRH, un factor de menor riesgo de TS, comparado con sólo 9,1% de las que no lo hacen ($p < 0,0001$).

Tabla 4. Factores de riesgo de trastornos de la sexualidad. Análisis de regresión logística

Variables	OR (IC)	p
Histerectomía	3,7 (1,3-10,6)	0,02
Edad >49	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)	0,02
Educación >12 años	0,6 (0,3-1,2)	Ns
Salud normal	0,6 (0,3-0,9)	0,03
Usar TRH	0,1 (0,0-0,1)	0,0001

DISCUSIÓN

Es difícil estudiar un fenómeno tan complejo como la sexualidad humana, ya que el comportamiento sexual ha variado en el tiempo y en los diferentes grupos humanos. A esta diversidad debemos agregar además, las variaciones individuales de la sexualidad⁴. Los primeros estudios de la sexualidad se enfocaron desde una perspectiva psicológica; es así como Freud decía que "todo los impulsos y todas las actividades que producen placer son básicamente sexuales". Posteriormente, con Masters y Johnson se tiene una visión más biológica, planteándose que las actitudes psicológicas respecto a la sexualidad se relacionan con la fisiología y la afectan, independiente de los conflictos que subyacen. Nuestro estudio está más cerca de la línea biológica; siendo la continuación de otro trabajo que mostró que el climaterio, un evento biológico, deterioraba globalmente la sexualidad³.

Poco se ha investigado sobre los efectos del climaterio en la sexualidad, lo que sumado a problemas metodológicos, dificultan la interpretación y comparación de los resultados⁵. En Chile, la mayor parte de la investigación sobre sexualidad se ha enfocado a adolescentes⁶⁻⁸ o se ha referido a los problemas de la educación sexual⁹⁻¹¹, pero se conoce poco de la patología sexual en general y de la mujer climaterica en particular. Un estudio de nuestro grupo encontró que la frecuencia de relaciones sexuales disminuye con la edad; y, que la mayor educación se asocia a menor riesgo de falla orgásmica¹².

En este estudio, lo primero que llama la atención es que el porcentaje de mujeres sexualmente activas

desciende casi a la mitad desde los 40 años a los 60 años de edad; este porcentaje es similar a otro previo¹². En segundo lugar, es notable la alta prevalencia de TS, que afecta a la mitad de las mujeres encuestadas; estas disfunciones aumentan con la edad, a excepción de la dispareunia, que disminuye en las mujeres mayores de 60 años por las razones antes descritas. Al estudiar posteriormente sólo a las mujeres sexualmente activas, los resultados no cambiaron apreciablemente; sin embargo, si se compara sólo a las mujeres de 60 a 64 años de la [Tabla 1](#) (todas la encuestadas) con las de la [Tabla 2](#) (mujeres sexualmente activas) se observa un incremento de los TS, especialmente la dispareunia.

Encontramos que la mitad de las mujeres sexualmente activas tienen disfunciones sexuales y que éstas aumentan con la edad; en cambio Laumann, describiendo una prevalencia similar de los TS, encontró que tienden a disminuir con la edad. Una posible explicación a esta observación puede ser el mayor uso TRH en las mujeres norteamericanas¹³. La importancia de la hormonoterapia se ve reforzada en nuestro estudio, por el análisis de regresión logística, el cual muestra que las mujeres con TRH, comparadas con las no-usuarias, tienen la décima parte de riesgo de disfunción sexual. Otro hecho interesante en relación con la hormonoterapia, es el menor porcentaje de inactividad sexual en las usuarias. Creemos que es un área a investigar por las implicancias que pudiera tener en la estabilidad de la familia. Los efectos positivos de la TRH en la sexualidad han sido sugeridos por diferentes autores, pero muchos de estos trabajos tienen deficiencias metodológicas que restan seriedad a sus conclusiones o son comunicaciones preliminares¹⁴⁻¹⁷.

En nuestro estudio, las mujeres que perciben su salud como normal tienen menor riesgo de tener TS. En un interesante estudio de Avis, que también aplicó regresión logística, la salud normal también surgió como un importante factor protector¹⁸.

La educación es otro factor que disminuye el riesgo de TS. Nosotros ya habíamos descrito esta asociación, encontrando que las mujeres con menor educación tenían más falla orgásmica¹². Igualmente, Laumann había encontrado que el riesgo decaía a la mitad en mujeres graduadas de college comparadas con las que no habían terminado su educación². En nuestro modelo de regresión, encontramos que más de 12 años de estudio disminuye el riesgo a 0,60. Sin embargo, por el bajo porcentaje de mujeres con mayor nivel de educación que existía en la población analizada, diecisiete por ciento, este rol protector no alcanzó significación.

Entre los factores que aumentan el riesgo de disfunción sexual, encontramos que la impotencia del cónyuge triplica el riesgo de TS en la mujer. Un estudio canadiense mostró que la impotencia es el problema más común que afecta la vida sexual de la mujer mayor¹⁹. Otro estudio, muestra como este tipo de trastornos no sólo dificultan la sexualidad de la pareja, sino que puede llegar a impedir completamente las relaciones sexuales; en una clínica de impotencia, se observó que 50% de los hombres con trastornos de erección no han tenido actividad sexual en los últimos dos años²⁰.

En esta investigación encontramos que la menopausia triplica el riesgo de TS. La plausibilidad biológica de este deterioro se basa en los múltiples efectos de los estrógenos en la función sexual; la disminución de los niveles de estrógenos disminuye la lubricación vaginal, afecta la mecánica del piso pélvico, cambia la configuración corporal y aumenta los trastornos del ánimo, traduciéndose todos estos efectos en una pérdida de la autoestima y del deseo sexual²¹. Si a esto agregamos, el impacto que tiene la visión de la sociedad, que mira a la mujer de edad mayor como carente de atractivos sexuales, no es sorprendente que tengan una alta prevalencia de TS. El estudio "*Midlife Women's Health Survey (MWHS)*", realizado en Estados Unidos en blancas de clase acomodada, mostró que los cambios físico-psíquicos de la menopausia eran considerados la principal causa de TS²². En cambio, otro estudio realizado en mujeres perimenopáusicas, no histerectomizadas, sin TRH y sexualmente activas, aplicando regresión logística, mostró que la menopausia se asocia a una significativa pérdida de deseo y excitación sexual, pero que su impacto es menor que el que ejerce el estado de salud, la condición psíquica o el estado civil²³.

Ahora bien, separar el efecto de la menopausia sobre la sexualidad del efecto de la vejez, implica que se estudien no sólo a mujeres en la edad de la transición menopáusica, sino que también a aquellas mayores. En este estudio, que incluye mujeres de 40 a 64 años, encontramos que la edad es un factor independiente de riesgo de TS y con una magnitud similar (OR: 3,4 IC: 1,8 a 6,4) a la menopausia. Pocos estudios han analizado el efecto de la edad separadamente del de la menopausia sobre la sexualidad. Uno, encontró que casi 70% de las mujeres tenía una vida sexual satisfactoria, pero, que la mayor edad o la soltería eran predictores significativos de TS²⁴. En cambio, Dennerstein demostró que sólo la respuesta sexual cambiaba con la edad, no así la frecuencia de relaciones sexuales, orgasmo ni el deseo sexual²⁵. Sin embargo, esta autora sólo analiza mujeres menores de 60 años y nosotros hemos visto en este estudio, que incluye a mujeres mayores, cómo disminuye notoriamente la sexualidad después de los 60 años de edad.

Finalmente, el factor que apareció con mayor fuerza deteriorando la sexualidad en nuestro modelo de regresión logística fue la histerectomía, observación que no habíamos logrado con el análisis univariado, lo que destaca la importancia de usar metodologías estadísticas adecuadas. El hecho que 8,6% de las mujeres de este estudio estaban histerectomizadas, cifra cercana al 9,7% encontrado en otro estudio chileno²⁶, implica que el impacto de la histerectomía sobre los TS compromete a un grupo significativo de mujeres. La disfunción sexual en las histerectomizadas ha sido ampliamente discutido, encontrando algunos autores que la histerectomía mejora la sexualidad y otros, que la deteriora. En una revisión de dieciocho estudios, Farrel concluyó que la histerectomía no afectaba a la sexualidad; sin embargo, este autor dice, que con pocas excepciones, la calidad metodológica

de estas investigaciones era pobre²⁷. Además, Galavotti, ha descrito que las diferentes culturas pueden vivenciar en forma distinta la histerectomía y por lo tanto tener diferentes impactos sobre la sexualidad²⁸. La importancia de lo sociocultural en la sexualidad se deduce del estudio de Laumann que muestra que las mujeres hispánicas tienen menos TS que las anglosajonas, y éstas, menos que las afro-americanas². Nuestros resultados, que muestran una fuerte influencia de la histerectomía sobre la sexualidad, pueden por lo tanto deberse a la metodología estadística que hemos usado o a factores socioculturales que debieran estudiarse. Además, hay que destacar la importancia que pudiera tener la ooforectomía que se realiza con cierta frecuencia junto con la histerectomía, y por ende el déficit androgénico subsecuente, en el mayor riesgo de TS. Nuestros resultados hacen necesario investigar con mayor profundidad la importancia que pudiera tener la ooforectomía en los TS de las mujeres histerectomizadas.

El antecedente de tratamientos psiquiátricos no pareció influir en la prevalencia de TS en este estudio. Nosotros esperábamos que las mujeres con antecedente de consultas psiquiátricas tuvieran mayor riesgo de TS, ya que se sabe que los trastornos del ánimo deterioran la sexualidad y que las mujeres que tienen una historia de estos trastornos presentan mayor sintomatología al llegar al climaterio²⁹. Nuestros resultados no descartan la importancia de los antecedentes psiquiátricos, ya que la consulta con especialistas no siempre es asequible. Por otra parte, el menor riesgo de TS con la TRH puede deberse no sólo a la mejoría de la dispareunia, sino que también a la mejoría del ánimo que tienen las usuarias de estrógenos³⁰.

Podríamos concluir, señalando que nuestro estudio encuentra una significativa prevalencia de TS. Pareciera que los estrógenos, tanto endógenos (menopausia) como exógenos (TRH) influyen significativamente en la sexualidad. Con la edad, el deterioro de la salud y el uso de medicamentos pueden afectar aún más la sexualidad. Si a esto agregamos los problemas de erección y de salud del marido, no es sorprendente que un grupo importante de mujeres mayores tengan problemas de sexualidad. Desde esta óptica, la sexualidad es parte importante de la calidad de vida, un concepto que debiera ser la brújula del accionar de todo médico; y por lo tanto un área prioritaria de estudio y tratamiento de la mujer.

REFERENCIAS

1. American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fourth Edition. Washington, DC, American Psychiatric Association, 1994. [[Links](#)]
2. Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual Dysfunction in the United States. Prevalence and Predictors. *JAMA* 1999; 281: 537-44. [[Links](#)]
3. Blümel 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; 34: 17-23. [[Links](#)]
4. Gramegna G. Sexualidad Humana. En: Heerlein A, ed. *Psiquiatría Clínica*. Santiago de Chile: Ediciones World Psychiatric Association - Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía. 2000. [[Links](#)]
5. McCoy NL. Methodological problems in the study of sexuality and the menopause. *Maturitas* 1998; 29: 51-60. [[Links](#)]
6. Millán T, Valenzuela S, Vargas NA. Reproductive health in adolescent students: knowledge, attitudes, and behavior in both sexes, in a community of Santiago. *Rev Méd Chile* 1995; 123: 368-75. [[Links](#)]
7. Cabezon Gil C. Sexuality of adolescents (an ethical commentary). *Rev Chil Obstet Ginecol* 1991; 56: 140-1. [[Links](#)]
8. Avendaño A, Valenzuela C, Correa F, Almonte C, Sepulveda G. Characteristics of psychosocial development in adolescents 16 to 19 years of age with longitudinal follow-up. II. Sex behavior. *Rev Chil Pediatr* 1988; 59: 34-40. [[Links](#)]
9. Fernández L, Bustos L, González L, Palma D, Villagrán J, Muñoz S. Beliefs, attitudes and knowledge about sex education. *Rev Méd Chile* 2000; 128: 574-83. [[Links](#)]
10. Herold JM, Thompson NJ, Valenzuela MS, Morris L. Unintended pregnancy and sex education in Chile: a behavioural model. *J Biosoc Sci* 1994; 26: 427-39. [[Links](#)]
11. Langdon MC, Gazmuri C, Venegas L. Chile: perspectives in school health. *J Sch Health* 1990; 60: 313-7. [[Links](#)]
12. Gramegna G, Blümel JE, Roncagliolo ME, Aracena B, Tacla X. Patrones de conducta sexual en mujeres chilenas. *Rev Méd Chile* 1998; 126: 162-8. [[Links](#)]
13. Keating NL, Cleary PD, Rossi AS, Zaslavsky AM, Ayanian JZ. Use of hormone replacement therapy by postmenopausal women in the United States. *Ann Intern Med* 1999; 130: 545-53. [[Links](#)]
14. Borissova AM, Kovatcheva R, Shinkov A, Vukov M. A study of the psychological status and sexuality in middle-aged Bulgarian women: significance of the hormone replacement therapy (HRT). *Maturitas* 2001; 39:

177-83. [[Links](#)]

15. Eskin BA. Hormone replacement therapy and sexual response in postmenopause and geripause. *Obstet Gynecol* 2001; 97(4 Suppl 1): S25. [[Links](#)]

16. Khastgir G, Studd J. Patients' outlook, experience, and satisfaction with hysterectomy, bilateral oophorectomy, and subsequent continuation of hormone replacement therapy. *Am J Obstet Gynecol* 2000; 183: 1427-33. [[Links](#)]

17. Omu AE, al-Qattan N. Effects of hormone replacement therapy on sexuality in postmenopausal women in a mideast country. *J Obstet Gynaecol Res* 1997; 23: 157-64. [[Links](#)]

18. Avis NE, Stellato R, Crawford S, Johannes C, Longcope C. Is there an association between menopause status and sexual functioning? *Menopause* 2000; 7: 297-309. [[Links](#)]

19. Loehr J, Verma S, Seguin R. Issues of sexuality in older women. *J Womens Health* 1997; 6: 451-7. [[Links](#)]

20. Riley A, Riley E. Behavioural and clinical findings in couples where the man presents with erectile disorder: a retrospective study. *International Journal of Clinical Practice* 2000; 54: 220-4. [[Links](#)]

21. Bachmann GA. Influence of menopause on sexuality. *Int J Fertil Menopausal Stud* 1995; 40 Suppl 1:16-22. [[Links](#)]

22. Mansfield PK, Koch PB, Voda AM. Midlife women's attributions for their sexual response changes. *Health Care Women Int* 2000; 21: 543-59. [[Links](#)]

23. Avis NE, Stellato R, Crawford S, Johannes C, Longcope C. Is there an association between menopause status and sexual functioning? *Menopause* 2000; 7: 297-309. [[Links](#)]

24. Rosen RC, Taylor JF, Leiblum SR, Bachmann GA. Prevalence of sexual dysfunction in women: results of a survey study of 329 women in an outpatient gynecological clinic. *J Sex Marital Ther* 1993; 19: 171-88. [[Links](#)]

25. Dennerstein L, Dudley EC, Hopper JL, Burger H. Sexuality, hormones and the menopausal transition. *Maturitas* 1997; 26: 83-93. [[Links](#)]

26. Blümel JE, Roncagliolo ME, Gramegna G, Tacla X, Sepúlveda H. Prevalencia de síntomas psíquicos y vasomotores en diferentes períodos del climaterio. *Rev Chil Obstet Ginecol* 1997; 62: 412-8. [[Links](#)]

27. Farrell SA, Kieser K. Sexuality after hysterectomy. *Obstet Gynecol* 2000; 95: 1045-51. [[Links](#)]

28. Galavotti C, Richter DL. Talking about hysterectomy: the experiences of women from four cultural groups. *J Womens Health Gend Based Med* 2000; 9 Suppl 2: S63-7. [[Links](#)]

29. Studd J, Smith R. Oestrogens and depression in women. *The Diplomat* 1994; 1: 18-23. [[Links](#)]

30. Blümel JE, Roncagliolo ME, Gramegna G, Vásquez R, Estartus A, Tacla F et al. Estudio doble ciego del efecto sobre la sintomatología menopáusica, el perfil lipídico y el grosor endometrial de una terapia continua de valerato de estradiol más acetato de medroxiprogesterona. *Rev Chilena de Obstet Ginecol* 1994; 59: 354-60. [[Links](#)]

Correspondencia a: Dr. Juan Enrique Blümel. San Antonio 885. San Miguel. Santiago. Tel: 5516684. Fax: 5516734. E mail: jeblumel@entelchile.net

Todo el contenido de la revista, excepto dónde está identificado, está bajo una Licencia Creative Commons

Sociedad Médica de Santiago

**Bernarda Morín 488, Providencia,
Casilla 168, Correo 55
Santiago - Chile**

Tel.: (56-2) 2753 5520

Tel./Fax: (56-2) 2753 5524



revmedchile@smschile.cl