

Sexualidad en la posmenopausia: aspectos anatomofuncionales y psicosexológicos

Sexuality in postmenopause: anatomico-functional and psycho-sexological aspects

Uriel M. Pragier

Médico endocrinólogo - Sexólogo clínico

Unidad Andrológica, Servicio de Endocrinología, Hospital Churruca Visca

e-mail: upragier@hotmail.com

Resumen

La sexualidad ha sido un aspecto tradicionalmente ligado a la reproducción. Es por ello que ancianos y mujeres posmenopáusicas se excluyeron históricamente de consideración. No obstante esto, el aumento de la expectativa de vida, sumado a la aparición de nuevos tratamientos para las disfunciones sexuales y a los cambios de concepción en las sociedades modernas, favoreció que estos grupos etarios pudieran volver a ser valorados como sexualmente activos.

Existen cambios anatómicos y funcionales asociados a la edad en la mujer, como pérdida de la elasticidad de las paredes vaginales y enlentecimiento de la lubricación, así como mayor incidencia de consumo de fármacos y de enfermedades generales, potencialmente deletéreas para la sexualidad. También, la pérdida de la pareja y las comorbilidades presentes en ésta.

La disminución del deseo sexual, alteración más comúnmente observada, encuentra en los aspectos comentados muchos de sus factores de riesgo principales para su desarrollo y/o progresión. La comprensión de los cambios que se suscitan en el ciclo sexual sobre todo a estas edades (p. ej., la excitación como promotora del deseo), ocurridas en los últimos años, permitieron despatologizar y cambiar el abordaje en muchas mujeres.

Una de las estrategias para lograr una buena sexualidad en la etapa de la menopausia es mantener una buena vida sexual, activa y placentera, en los primeros años, junto con la adaptación a los cambios producidos, los que no deberían ser, necesariamente, un obstáculo para el goce.

Palabras clave: sexualidad, posmenopausia, deseo hipactivo, excitación.

Abstract

Sexuality has traditionally been associated with reproduction. For this reason, historically, elderly and postmenopausal women have been excluded from consideration. Nevertheless, the rise in life expectancy, alongside the development of new treatments for sexual dysfunction and changes in conception in modern society, have resulted in this vulnerable group becoming valued as active sexual human beings.

There are several anatomical and functional changes associated with a woman's age, such as loss of elasticity of vaginal walls and a reduction of lubrication as well as an increased consumption of medicines and the frequency of general illnesses, all these factors potentially harmful to sexuality. Furthermore, the loss of partnership and co-morbidities can contribute.

The decrease in sexual desire, the alteration most commonly observed, is dependent on the factors mentioned above for its development and progression. In the last few years, the better understanding of the changes occurring in a woman's sexual cycle, particularly at a later age (for example, sexual arousal as a trigger for desire), have allowed a change in the perception and approach by many women.

One of the many strategies to achieve good sexual activity during the menopausal years is to maintain an active and pleasant sexual life, in the first few years, whilst adapting to the changes in your body, changes which shouldn't necessarily represent as an obstacle for sexual pleasure.

Key words: *sexuality, postmenopause, hypoactive desire, sexual arousal.*

INTRODUCCIÓN

Con excepción de algunas sociedades, podríamos decir que el mundo de hoy vive una realidad sexual relativamente abierta y libre. Libre si se la compara con épocas anteriores como la Edad Media o el período victoriano. Pero esa libertad es relativa porque muchas ideas de aquellos tiempos persisten aún claramente no sólo en el terreno del pensamiento, sino también empañando nuestras conductas. Un claro ejemplo es el concepto que liga la sexualidad a la procreación y no al placer.

Es bastante popular la creencia de que los ancianos y las mujeres posmenopáusicas no sienten placer sexual, que son sexualmente inactivos, hasta asexuados. Estas creencias encuentran, parte, al menos, de sus raíces en el antiguo concepto "sexualidad para la procreación". Von Krafft Ebing (s. XIX), estudioso de la sexología, consideraba la sexualidad del anciano como una perversión por no estar relacionada con la reproducción.

Desde hace algunos años, sin embargo, estamos asistiendo a un proceso de transición demográfica que obligadamente se debe acompañar de un proceso de revisión de “la cultura de la senilidad” donde se incluya la variable de la sexualidad (1).

Quienes hacemos clínica asistencial observamos cada vez más la afluencia de gente de edad avanzada y, por lo tanto, no podemos dejar de abarcar todas las aristas que conforman la vida de este grupo. El problema sexual es uno de los más complejos de la vida humana, al punto de que a veces se opta por no resolverlo con razones y dejar que cada caso encuentre su solución espontánea.

La existencia de manifestaciones sexuales en los ancianos o mujeres más allá de su edad fértil es negada, rechazada o dificultada por gran parte de la sociedad. Todos los prejuicios sociales castigan el derecho a la sexualidad en estas personas. Si sumamos a esto los cambios fisiológicos del envejecimiento y la falta de interés y/o la dificultad para estudiarlo, nos encontramos frente a una gran ignorancia en el tema (1).

Mientras que a los varones mayores interesados en el sexo se los llama “viejos verdes” y se los anima a continuar la actividad sexual, de la mujer la cultura occidental espera una actitud asexual, de lo contrario, se la clasifica como ligera, “vieja loca” (2).

Se analizarán los aspectos anatómicos y fisiológicos que conciernen a la menopausia desde el punto de vista sexológico, haciendo luego lo propio con aquellos psicopsicológicos. Asimismo se discutirán los trastornos del deseo en mujeres posmenopáusicas, en las que prevalece.

ASPECTOS ANATOMOFUNCIONALES

A partir de la menopausia y en forma progresiva se produce una serie de cambios físicos y funcionales. Estos modifican el concepto y el ejercicio de la sexualidad, lo que repercute sobre las distintas etapas de la respuesta sexual descritas por Masters y Johnson: excitación, meseta, orgasmo y resolución (3).

Estos autores estudiaron 61 mujeres menopáusicas y posmenopáusicas (entre 41 y 78 años) y afirman que con las observaciones realizadas, dado el escaso número de mujeres de este grupo etario que participaron, puede sugerirse una impresión clínica más que establecer un hecho biológico (4).

Los aspectos de mayor relevancia son (1,4):

Enrojecimiento sexual: la vasodilatación cutánea en respuesta al aumento de la tensión sexual se produce en el 75% de las menores de 40 años. Dicha frecuencia desciende en aquellas mujeres de mayor edad.

Miotonía: la elevación de la tensión muscular general en respuesta al estímulo sexual disminuye con la edad. Las contracciones musculares orgásmicas disminuyen en cantidad e intensidad y pueden ser dolorosas.

Clítoris: la respuesta clitoridiana no difiere mayormente de aquella observada en la premenopausia, con excepción de que se produce una menor intumescencia.

Labios mayores: la reducción del nivel hormonal produce pérdida del tejido adiposo y de cierta elasticidad. Esto genera disminución del aplanamiento, separación y elevación de labios mayores en respuesta a una elevada tensión sexual.

Labios menores: el engrosamiento observado en fase de excitación de mujeres jóvenes se reduce y no se observó en ninguna de las 11 mujeres mayores de 61 años estudiadas. El cambio de color de la piel de estas estructuras, patognomónico del orgasmo inminente, es menor a medida que la mujer envejece.

Vagina: el envejecimiento de la vagina tiene un sentido inverso al que sufre el rostro. Éste, en la juventud, se presenta fino y liso y con los años devienen sus arrugas. En cambio, la vagina de la mujer joven está recubierta por una gruesa y rugosa mucosa, con pliegues rojizos. A medida que pasan los años, las paredes se vuelven más finas y lisas. El tejido se vuelve más pálido y se pierde elasticidad, longitud y diámetro (5).

Todo ello suele atribuirse a la falta de esteroides, aunque intervendrían otros factores, como se analizará más adelante.

Fase de excitación: se prolonga el tiempo de lubricación. Masters y Johnson vieron la excepción en 3 mujeres mayores de 60 años: todas ellas vivían activamente su sexualidad. La expansión de los 2/3 internos de la vagina se halla disminuida.

Fase de meseta: se reduce la expresión de la plataforma orgásmica (vasodilatación y congestión de labios menores y tercio externo vaginal, con reducción del diámetro luminal a dicho nivel).

Fase orgásmica: es de menor duración y hay menor cantidad de contracciones orgásmicas.

Fase de resolución: la expansión de los 2/3 internos vaginales resuelve más rápidamente que en la mujer joven.

Útero: su elevación en la fase de meseta está disminuida.

La duración y la intensidad del estímulo sexual necesario para lograr el orgasmo están aumentadas.

En la fase de resolución, hay una reducción de la capacidad de multiorgasmo.

FACTORES NEUROHORMONALES: la disminución de los estrógenos es de central importancia en los cambios anteriormente expuestos. La caída de los andrógenos genera disminución de la libido, lo que derivará en menor actividad sexual, acentuándose los cambios involutivos de esta manera. Esto último generará displacer y con ello, mayor disminución de la libido (círculo vicioso).

Las vías monoaminérgicas del SNC también participan en la respuesta sexual, viéndose también alteradas por el proceso de envejecimiento.

REPERCUSIONES CLÍNICAS

- Dispareunia adquirida: es consecuencia de los cambios observados a nivel vaginal. Es la más frecuente de las disfunciones sexuales femeninas. Sin embargo, la práctica sexual regular mantiene la capacidad sexual. Muchas mujeres, aún jóvenes, que no mantienen relaciones sexuales por períodos prolongados, también presentan estas alteraciones, aunque a menor escala. A su vez, el restablecimiento de la actividad sexual devuelve las condiciones anatomofuncionales favorables para ésta, pero esto se produce con mayor lentitud en mujeres de edad.

- Contracciones dolorosas: pueden desaparecer con la terapia hormonal de reemplazo (THR). Desaparecerá el dolor, no las contracciones.

La administración de THR mejora el deseo sexual pero, en gran medida, debido a las mejorías anatómicas y funcionales que produce. Esto, secundariamente, aumenta el deseo, aunque puede no restablecerse por completo.

La persistencia del deseo y de la práctica sexual también dependerá, entonces, de las características psíquicas y del estilo y tipo de vida.

MASTURBACIÓN (4): la mujer soltera continúa con este tipo de conducta a los 40 y aun a los 60 y más allá. Cuando los contactos sexuales son limitados o inalcanzables, la mujer viuda o divorciada vuelve a esta práctica. Esta se observa en el 40-60% de las mujeres mayores de 60 años (1).

Existe reducción de la frecuencia con que es necesario el alivio manipulativo luego de los 60 años.

COMORBILIDADES PSICOFÍSICAS ASOCIADAS

- Patología cardiovascular: no se deben evitar las relaciones sexuales, sino acomodarlas al máximo posible sin que aparezca angor o disnea.

- Enfermedad cerebrovascular: la disminución de la autoestima, el déficit motor, las dificultades de comunicación y la depresión producen alteración de la vida sexual.
- Demencia: suele acompañarse de problemas de hiper o hiposexualidad. Puede cursar con conductas exhibicionistas, producto de la desinhibición. Se deberían redirigir estos comportamientos hacia lugares más privados, sin ejercer conductas punitivas.
- Patología urológica: la incontinencia y las infecciones urinarias, frecuentes, por déficit estrogénico, pueden generar discomfort sexual.
- Insuficiencia renal crónica: produce alteraciones en la sexualidad secundarias a alteraciones hormonales (hiperprolactinemia, disminución de andrógenos y estrógenos).
- Patología osteoarticular: los dolores y deformidades pueden limitar la actividad sexual.
- Cáncer: pueden tener limitación física, dolor y depresión.
- Consumo de fármacos.

ASPECTOS PSICOSOCIOLOGICOS

En un mundo donde se privilegia la juventud y la productividad, no es difícil que exista el miedo a "llegar a ser vieja" (1).

Los medios de comunicación en Occidente siempre presentan la sexualidad-genitalidad unida a cuerpos jóvenes y hermosos; así van convenciendo a la mujer de que el placer sexual es propiedad de los físicos privilegiados (2). Se valoriza la belleza y juventud en la mujer, despreciándose su madurez y más aún, su vejez (6).

Sin embargo, en Oriente se les reconoce a los ancianos el privilegio de ser sabios y además, el alcanzar los placeres sexuales más prolongados (5).

FÁRMACOS QUE AFECTAN LA SEXUALIDAD EN LA MUJER

Signo y síntoma	Fármaco
Incremento de la libido	Andrógenos, benzodiazepinas
Disminución de la libido	Antihistamínicos, barbitúricos, cimetidina, clofibrato, diacepán, alfa-metildopa, propranolol, prazosin, reserpina, espironolactona, antidepresivos tricíclicos, clorpromacina, clonidina, estrógenos
Alteración de excitación y orgasmo	Anticolinérgicos, clonidina, alfa-metildopa, IMAO, antidepresivos tricíclicos
Agrandamiento de la mama	Estrógenos, antidepresivos tricíclicos
Galactorrea	Clorpromacina, cimetidina, haloperidol, reserpina, alfa-metildopa, metoclorpramida, sulpirida, tiapride, antidepresivos tricíclicos
Virilización	Andrógenos, haloperidol

Adaptado de Rev Chil Obstet Ginecol. 2003;68(2):150-162

Pareja: producto de la enseñanza y la cultura, a las mujeres les resulta difícil asumir que tienen deseos sexuales, por tanto tienden a esperar que sea su pareja quien las busque (1). Sin embargo, muchos hombres experimentan alguna de las múltiples dolencias de la senectud que dificultan la actividad sexual (4).

A esto se suma el hecho de que la capacidad de respuesta sexual femenina disminuye a un ritmo más lento que la masculina, según concuerdan Kaplan y Masters y Johnson (2).

Por último, la búsqueda de relaciones extramatrimoniales no es tan sencilla en estas mujeres.

Viudez (1): la pérdida de la pareja es uno de los factores determinantes de mayor peso del cese de la actividad sexual. El interés por reanudar dicha práctica se verá empantanado por: a) la dificultad fisiológica para recuperarla luego de una interrupción prolongada, como se comentó ya; b) la dificultad de hacerse la idea de obtener placer sexual con otra pareja distinta; c) la tendencia social a considerar negativamente el establecimiento de nuevas relaciones afectivas; d) la diferencia demográfica que juega contra las mujeres (relación varón-mujer de 1:4-6).

Cambio de domicilio (1): el traslado a casas de familiares o a residencias geriátricas genera pérdida de la privacidad e intimidad en la pareja.

No obstante todas las dificultades enunciadas, no son pocas las mujeres posmenopáusicas que afirman disfrutar de su sexualidad. Ya se han comentado las excepciones a los cambios en la respuesta sexual, observados por Masters y Johnson en este grupo etario.

Los cambios ocurridos luego de la menopausia no condicionan obligadamente el cese de la actividad sexual, sino que exigen una adaptación del comportamiento sexual a su nuevo funcionamiento. Así, en la vejez, el concepto de sexualidad se basa en optimizar calidad más que cantidad (1).

Se sabe hoy que gran parte del impulso sexual en la posmenopausia se relaciona directamente con los hábitos sexuales establecidos en los años de procreación. Las mujeres que tuvieron un matrimonio feliz podrán continuar con su actividad sexual con poca o ninguna interrupción (4).

Como afirma Lerer (7), para llegar a disfrutar plenamente esta etapa en el terreno sexual, lo ideal sería estar preparada desde mucho antes, llevando una vida rica, activa, creativa, libre de trabas y tabúes.

Muchas mujeres en la cincuentena sienten renovado interés por sus esposos y el mantenimiento físico de su persona. Esto se ha descrito como la “segunda luna de miel” y se relaciona con el alivio de la “fobia al embarazo” y con el hecho de quedarse sola en compañía exclusiva de su cónyuge al partir los hijos del hogar (4,7).

El gran prejuicio de nuestra cultura impide aceptar que la mujer madura puede ser sexualmente tan aceptable y deseable como la mujer joven. Interesante es remarcar que a los 20 años se tiene el cuerpo que la naturaleza da y a los 50, el que esa mujer construyó.

Si vence las imposiciones sociales, la mujer comprueba que su goce aumenta con los años (2).

Finalmente estas mujeres deben tener presente que no solo ellas envejecen: al varón que está a su lado le ocurre lo mismo.

Frente a esta realidad, la pareja debe encontrar su propia manera de adaptarse el uno al otro y dar vida a su sexualidad en esta etapa.

DISMINUCIÓN DEL INTERÉS/EXCITACIÓN SEXUAL: LA DE MAYOR PREVALENCIA

En un estudio multicéntrico (8) realizado en países latinoamericanos se sometió al FSFI, que es un cuestionario de 19 preguntas sobre función sexual, a más de 5000 mujeres sexualmente activas. Este cuestionario explora las áreas del deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor, y se otorga un puntaje a cada una, considerándose disfunción a un *score* menor a 26,56 (9). Se determinó una prevalencia de disfunción sexual (DS) del 56,8%, con un puntaje global obtenido en el FSFI de 25,2+/-5,9.

La versión en español de este cuestionario fue validada para mujeres de 20-59 años (10), y por ende, no sólo quedan fuera de consideración en este trabajo un número importante de posmenopáusicas, sino que se incluyen, además, muchas mujeres en edad fértil. La prevalencia de posmenopáusicas fue del 46,8%. No obstante, al analizar las diferencias entre el tercilo con mayor y aquél con menor prevalencia de DS, se aprecia el 20% más de menopáusicas en el primero.

Los factores que, principalmente, se asociaron a mayor disfunción fueron: la mala lubricación vaginal en primer término, la edad mayor a 48 años, el hecho de estar casadas y la presencia de disfunción sexual en el marido, entre otros. Factores protectores, en cambio, resultaron ser: mayor nivel educativo, fidelidad del cónyuge y el acceso a la salud privada.

Si bien la mala lubricación puede tener una base orgánica y responder a terapia estrogénica, sabemos que es, muchas veces, resultado de una deficiente estimulación y/o de otro trastorno sexual.

El rol de la pareja es fundamental, ya sea contribuyendo a la DS en caso de padecer un trastorno sexual propio, demostrado esto en este y otros estudios (11), o siendo protector en caso de brindar fidelidad y confianza a su mujer.

El dominio más afectado fue el del deseo, en concordancia con otros trabajos (12). Este trastorno ya

aparece en 1980 en el DSM III como “deseo sexual inhibido” (13,14). Veinte años después el DSM IV agregaría que la presencia de distrés personal o vincular tiene que estar presente para el diagnóstico (síndrome de deseo sexual hipoactivo SDSH) (15).

Distintos estudios (16-18) demostraron un aumento del deseo hipoactivo a mayor edad aunque, si se considera también al distrés ocasionado, la prevalencia del trastorno permanece relativamente estable a lo largo de la vida adulta (19,20): la mujer en edad fértil tiene mayor prevalencia de distrés pero menor aparición de deseo hipoactivo; la posmenopáusica, viceversa.

Otro estudio (21) describe una mayor prevalencia del SDSH entre los 25 y 44 años y señala que el hecho de tener pareja es el principal predictor de distrés (la presencia de pareja es mayor en esta franja etaria que en posmenopáusicas, por ende, estas últimas tienen mayor prevalencia de disminución del deseo pero menor de distrés). No obstante, se detallan otros factores de riesgo para el distrés: uso de THR, incontinencia urinaria y depresión, más comunes en la posmenopausia.

La revisión de Broto (22) y el metaanálisis en mujeres sudamericanas previamente discutido (8) atribuyen las diferencias en prevalencia del SDSH observadas a las diversas técnicas utilizadas, a las diferencias en definición y al tiempo de evolución considerados en los distintos estudios para la evaluación de este trastorno sexual, así como también a la diferente concepción del deseo en las distintas culturas evaluadas.

Seis años después de la aparición del DSM IV, Basson describe (23), en concordancia con muchos trabajos previos, un modelo de respuesta sexual (modelo circular) en el que el deseo aparece tras el estímulo y la excitación, no estando presente en forma espontánea, sobre todo en relaciones de larga data (23). Esto pone en duda el criterio A del DSM IV que indica que para el diagnóstico del SDSH debe haber ausencia/disminución de fantasías y deseo sexual (basado en las investigaciones de Masters y Johnson y de Kaplan), además de poner en evidencia la dificultad para separar trastornos del deseo y de la excitación subjetiva, como hace el DSM IV.

Con relación al criterio B (presencia de distrés personal o interpersonal ocasionado por el deseo disminuido) también presenta su aspecto problemático: una mujer que se siente a gusto con una actividad sexual mensual o quincenal podrá ser catalogada dentro del síndrome si tiene una pareja que reclama actividad diaria.

Con relación al abordaje de los trastornos del deseo/excitación (24,25) debemos considerar los ejercicios de focalización sensorial, estimulación genital, tratamientos psicosexológicos, y manejo de comorbilidades como depresión, secuelas de abuso, trastornos de personalidad y/o vinculares, de acuerdo con cada caso.

Es tema de otra revisión el uso de terapias androgénicas en la mujer a tales efectos pero la evidencia científica actual no es concluyente.

En relación con las críticas surgidas para los criterios diagnósticos del DSM IV, el DSM V recientemente publicado (26) describe los trastornos de la excitación y del deseo bajo una denominación única: “Desorden del interés/excitación sexual”. Por otra parte, se establece una evolución mínima de seis meses para establecer el diagnóstico.

CONCLUSIONES

No resulta novedoso que la actividad sexual decaiga con la edad, así como tampoco que ciertas parejas o individuos de edad avanzada mantengan, en forma variable, una vida sexual activa.

El comportamiento sexual en la posmenopausia depende de muchos factores: salud en general, disponibilidad de un compañero sano, personalidad, nivel de educación y social, actividad sexual previa, creencias, intereses, grado de satisfacción con la vida, etc. Las modificaciones que fueron introducidas por Kaplan y, más tarde, por Basson en la comprensión del ciclo sexual, aportan información muy valiosa para el abordaje de la sexualidad en estas mujeres, al saber que la excitación debe estar acompañada del deseo, y que este último no necesariamente surge en forma espontánea. También, los diversos estudios que surgieron después y que fueron comentados influyeron en la aceptación del trastorno de interés/excitación sexual bajo una misma denominación en el DSM V, dada la dificultad para separarlos.

De cómo sea la mujer dependerá en qué medida pueda liberarse de los mandatos sociales y tener, así, una vida sexual activa siempre. La práctica activa de su sexualidad sin interrupción le facilitará poder continuarla a lo largo de su vida. De la relación con su pareja y su actitud frente a la vida dependerá su poder de adaptación frente a condiciones adversas como la enfermedad.

En suma, el avance de los años no pone un límite preciso a la sexualidad femenina.

La importancia de comprender esto como profesionales radica en que nos ayuda a ubicarnos frente a estas mujeres para comprenderlas e intentar ayudarlas, pero creo que más aún nos sirve para hacer lo propio con la mujer más joven, para que pueda trabajar a conciencia para tener una sexualidad plena el día de mañana.

Cabe aclarar que la bibliografía utilizada ubica a todas las mujeres posmenopáusicas de diversas edades en “una misma bolsa” y más aún, incluye mujeres en edad fértil en muchos casos. Esto dificulta la interpretación de los resultados.

En nuestros días, con el aumento de la esperanza de vida y la mayor difusión de la sexualidad, debería

subdividirse este gran grupo y estudiarlo por separado ya que ni la fisiología ni la anatomía ni la realidad social es igual a los 40, 60 y 80 años.

Referencias

1. Herrera A. Sexualidad en la vejez, mito o realidad? *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2003;68(2):150-162.
2. Lerer ML. Con la edad la sexualidad femenina se vuelve vergonzante. En: *Sexualidad femenina: mitos, realidades y el sentido de ser mujer*, 2ª ed. Buenos Aires: Sudamericana-Planeta; 1986. pp. 69-71.
3. Masters W, Johnson V. *Ciclo de la respuesta sexual.* En: *Respuesta sexual humana*, 1ª ed. Buenos Aires: Intermédica; 1978. pp. 3-7.
4. Masters W, Johnson V. La mujer añosa. En: *Respuesta sexual humana*, 1ª ed. Buenos Aires: Intermédica; 1978. pp. 201-220.
5. Lerer ML. La sexualidad termina con la menopausia. En: *Sexualidad femenina: mitos, realidades y el sentido de ser mujer*, 2ª ed. Buenos Aires: Sudamericana-Planeta; 1986. pp. 209-212.
6. Lerer ML. Las mujeres maduras y las viejas no deben amar con entera libertad a varones jóvenes. *Sexualidad femenina: mitos, realidades y el sentido de ser mujer*, 2ª ed. Buenos Aires: Sudamericana-Planeta; 1986. pp. 126-128.
7. Lerer ML. La sexualidad se debilita en la menopausia y desaparece en la tercera edad. En: *Sexualidad femenina: mitos, realidades y el sentido de ser mujer*, 2ª ed. Buenos Aires: Sudamericana-Planeta; 1986. pp. 207-209.
8. Blumel J, Chedraui P, Baron G, Belzares E, Bencosme A, Calle A, Espinosa M, Flores D, Izaguirre H, Leon-Leon P, Lima S, Mezones-Holguin E, Monterrosa A, Mostajo D, Navarro D, Ojeda E, Onatra W, Royer M, Soto E, Vallejo S, Tserotas K. Sexual dysfunction in middle-aged women: a multicenter Latin American study using the Female Sexual Function Index. *Menopause.* 2009;16(6):1-10.
9. Rosen R, Brown C, Heiman J. The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *J Sex Marital Ther.* 2000;26:191-208.
10. Blumel J, Binfa L, Cataldo L, Carrasco A, Izaguirre H, Sarra S. Índice de función sexual femenina: un test para evaluar la sexualidad de la mujer. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2004;69:118-125.
11. Cayan S, Bozlu M, Canpolat B, Akbay E. The assessment of sexual functions in women with male Partners complaining of erectile dysfunction: does treatment of male sexual dysfunction improve female partner's sexual functions? *J Sex Marital Ther.* 2004;30:333-341.
12. Oksuz E, Malhan S. Prevalence and risk factors for female sexual dysfunction in Turkish women. *J Urol.* 2006;175:654-658.
13. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 3ª ed. Washington DC: Author; 1989.
14. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 3ª ed. Washington DC: Author; 1987.
15. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 4ª ed. Text revised. Washington DC: Author; 2000.
16. Oberg K, Fugl-Meyer A, Fugl Meyer K. On categorization and quantification of women's sexual dysfunctions: An epidemiological approach. *Int J Impotence Res.* 2004;16:261-269.
17. Dennerstein L, Randolph J, Taffe J, Dudley E, Burger H. Hormones, mood, sexuality, and the menopausal transition. *Fertil Steril.* 2002;77(Suppl. 4):S42-S48.
18. West S, D'Aloisio A, Agans R, Kalsbeek W, Borisov N, Thorp J. Prevalence of low sexual Desire disorder in a nationally representative sample of US women. *Archives of Internal Medicine.* 2008;168:1441-1449.
19. Bancroft J, Loftus J, Long J. Distress about sex: A national Survey of women in heterosexual relationships. *Arch Sex Behav.* 2003;32:193-208.
20. Hayes R. Assessing female sexual dysfunction in epidemiological Studies: Why is it necessary to measure both low sexual function and sexually-related distress? *Sexual Health.* 2008;5:215-218.
21. Rosen R, Shifren J, Monz B, Odom D, Russo P, Johannes C. Correlates of sexually-related personal distress in women with low sexual desire. *J Sex Med.* 2009;6:1549-1560.
22. Brotto L. The DSM Diagnostic Criteria for Hypoactive Sexual Desire Disorder in Women. *Arch Sex Behav.* 2009; American Psychiatric Association.
23. Basson R. Clinical practice Sexual desire and arousal disorders in women. *NEJM.* 2006;354:1467-1506.
24. Basson R, Wierman M, Van Lankveld J, Brotto L. Summary of the Recommendations on Sexual Dysfunctions in Women. *J Sex Med.* 2010;7:314-326.
25. Kaplan H. *Disfunción sexual general.* En: Kaplan H. *La nueva terapia sexual*, Vol 2, 1ª ed. Buenos Aires: Alianza; 1996. pp. 496-512.
26. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5ª ed. Washington DC: Author; 2013.