

# EVALUACIÓN DE LA PREVALENCIA DE DISFUNCIÓN SEXUAL EN MUJERES MÉDICOS, DEL EJE CAFETERO COLOMBIANO, EN ETAPA DE CLIMATERIO

FRANKLIN J. ESPITIA DE LA HOZ<sup>1</sup>

Recibido para publicación: 10-02-2017 - Versión corregida: 21-03-2017 - Aprobado para publicación: 26-04-2017

## Resumen

**Objetivo:** evaluar la prevalencia de disfunción sexual en mujeres médicos, del Eje Cafetero, en etapa de climaterio. **Materiales y métodos:** estudio analítico y transversal en 132 mujeres médicos en climaterio, en las principales ciudades del Eje Cafetero, entre enero de 2013 y junio del 2016. Mediante una entrevista se les aplicó un instrumento para la obtención de datos socio-demográficos y el índice de función sexual femenina (IFSF). **Resultados:** la edad promedio en este grupo de mujeres es de  $48,6 \pm 4,5$  años (rango: 42-63 años); la edad promedio de la menopausia fue de  $49,7 \pm 3,4$  años. El promedio de índice de función sexual femenina fue de 24,3 puntos; (rango: 7,0-34,2  $\pm 4,8$  puntos). El 46,96% de las mujeres presentó disfunción sexual. El índice de función sexual femenina fue menor de 26,55 en las mujeres de más de 55 años y en las que tenían actividad sexual coital menos de una vez por semana ( $p=0,0207$ ). El trastorno del deseo fue el dominio con mayor porcentaje para disfunción sexual (75,0%), etc. El orgasmo estuvo alterado (59,09%) en mujeres con actividad sexual coital exclusiva, y fue estadísticamente significativa en relación con otros tipos de práctica sexual ( $p=0,00558$ ). El dolor ( $p=0,0174$ ) y la insatisfacción ( $p=0,0002$ ) fueron mayores en las mujeres que no deseaban tener actividad sexual coital, en comparación con las que si la deseaban. **Conclusión:** en la población estudiada se detectó una alta prevalencia de disfunción sexual; siendo el deseo sexual el principal trastorno, seguido de las dificultades con el orgasmo.

**Palabras clave:** prevalencia, climaterio, disfunción, menopausia, sexualidad.

Espitia-De La Hoz FJ. Evaluación de la prevalencia de disfunción sexual en mujeres médicos, del Eje Cafetero colombiano, en etapa de climaterio. Arch Med (Manizales) 2017; 17(1):70-7

## Evaluation of the prevalence of sexual dysfunction in female physicians, from the Eje Cafetero colombiano, in the climacteric stage

### Summary

**Objective:** to evaluate the prevalence of sexual dysfunction in medical women, from the coffee field, during the climacteric stage. **Materials and methods:** an analytical and cross-sectional study of 132 female climacteric women in the main cities of the Coffee Hub between January 2013 and June 2016. An instrument was used to obtain socio-demographic data and the Index of female sexual function (IFSF). **Results:** the mean age in this group of women is  $48,6 \pm 4,5$  years (range: 42-63 years); The mean age of the menopause was  $49,7 \pm 3,4$  years. The average female sexual function index was 24,3; (Range: 7,0-34,2  $\pm$  4,8 points). 46,96% of the women had sexual dysfunction. The female sexual function index was less than 26,55 in women over 55 years of age and in those who had coital sexual activity less than once a week ( $p=0,0207$ ). Desire disorder was the domain with the highest percentage for sexual dysfunction (75,0%). Orgasm was altered (59,09%) in women with exclusive coital sexual activity, and was statistically significant in relation to other types of sexual practice ( $p=0,00558$ ). Pain ( $p=0,0174$ ) and dissatisfaction ( $p=0,0002$ ) were higher in women who did not wish to have coital sexual activity compared to those who wished. **Conclusion:** a high prevalence of sexual dysfunction was detected in the studied population; being sexual desire the main disorder, followed by difficulties with orgasm.

**Key Words:** prevalence, climacteric, dysfunction, menopause, sexuality.

### Introducción

El climaterio es una etapa de transición, que le pone fin a la capacidad reproductiva de la mujer [1], pasando de la fase reproductiva a la no reproductiva; comienza varios años antes de que se presente la menopausia, o cese el periodo menstrual, y se prolonga más allá de la menopausia; por lo general, comienza alrededor de los 40 años, pudiendo extenderse hacia los 65 años de edad; caracterizándose por cambios físicos, psicológicos y sociales [2,3]. La edad promedio de la menopausia en Colombia, según algunos estudios, varía entre 49,4 –57 años [4-6].

En el climaterio las mujeres experimentan una serie de manifestaciones clínicas de todo

tipo, secundario a la deficiencia en los niveles de estrógenos, con inclusión de la disminución de la libido y alteración de la sexualidad en general [7,8], etc.; siendo frecuente la disminución del deseo, trastornos de la excitación, dispareunia y dificultad o incapacidad para alcanzar el orgasmo [6,9-11].

Un importante estudio realizado en Colombia, con 20'268 mujeres, evaluó la prevalencia de disfunción sexual en mujeres del Eje Cafetero, y determinó que las mujeres en etapa climacterica mostraron una prevalencia del 42,9% de trastornos del deseo, 28,6% inhibición de la excitación, 25,7% falla en la lubricación, 26,5% ausencia de orgasmos, 18,0% falta de satisfacción sexual y el 11,6% dispareunia [6].

Al tomar como punto de partida los cambios producidos en la mujer por el climaterio, con repercusión en su sexualidad; se ha decidido como propósito de esta investigación, reflexionar y aportar algunas consideraciones sobre del tema, mediante una evaluación actualizada del efecto de la menopausia en la sexualidad de estas mujeres médicas, tratando de encontrar la prevalencia y observar su comportamiento respecto a las demás mujeres no médicas, en etapa de climaterio; y buscar los factores que generan alteración de la sexualidad en este grupo de mujeres, para así facilitar su diagnóstico y tratamiento.

## Materiales y métodos

Estudio analítico y transversal en 132 mujeres médicas de atención primaria que se diagnosticaron con climaterio. Se reclutó el mayor número de mujeres médicas en climaterio, residentes en las principales ciudades del Eje Cafetero (Armenia, Calarcá, Pereira, Dos Quebradas, Manizales y Chinchiná). Se seleccionaron en los diferentes congresos, simposios, talleres y capacitaciones dirigidas por el autor, entre el periodo de enero de 2013 a junio de 2016. Mediante una entrevista se les aplicó un instrumento para la obtención de datos socio-demográficos y el índice de función sexual femenina (IFSF) [11]. A las mujeres que cumplieron con los criterios de inclusión establecidos, se les contactó inicialmente vía telefónica, se les envió el IFSF vía internet, informándoseles el propósito investigativo, y se les pidió el consentimiento de participación en el estudio, para posteriormente realizarles la entrevista de forma personalizada.

Antes del estudio se solicitó el consentimiento informado a cada participante y luego se realizó una entrevista personalizada.

*Criterios de inclusión:* mujeres médicas de atención primaria, mujeres mayores de 40 años con pareja sexual estable, no his-

terectomizadas, sin terapia de reemplazo hormonal. *Criterios de exclusión:* mujeres que no aceptaron participar en el estudio, mujeres sin actividad sexual en los últimos tres meses, las que previamente presentaban disfunción sexual, o las que presentaban alguna enfermedad que las incapacitara para tener vida sexual coital.

Se contó con la aprobación por parte del Comité de Ética de la Clínica La Sagrada Familia. A las mujeres se les otorgó un consentimiento informado por escrito, en el cual se les proporcionó la información sobre el estudio, sus objetivos, sus métodos y la importancia de los resultados. Las que accedieron participar en la investigación procedieron a firmarlo, quedándose con una copia del documento firmado, y se les garantizó la confidencialidad de la información.

La población incluida en el estudio corresponde a mujeres sexualmente activas, mayores de 40 años y manifestantes de sintomatología relacionada con el déficit estrogénico. Se tomaron como instrumentos de obtención de datos una encuesta para datos socio-demográficos y se les evaluó la sexualidad mediante la encuesta del Índice de Función Sexual Femenina (IFSF) [11]. El IFSF consta de 19 preguntas reunidas en seis dominios: Deseo, Excitación, Lubricación, Orgasmo, Satisfacción y Dolor; donde cada pregunta tiene 5 ó 6 alternativas de respuesta, con un puntaje variable de 0 a 5 en cada pregunta. El puntaje total se obtiene a través de la suma aritmética de los productos obtenidos al multiplicar el promedio de cada dimensión por un factor, y un puntaje menor a 26,55 puntos se considera en riesgo de disfunción sexual [6].

Las encuestadoras fueron seis enfermeras entrenadas para el ejercicio de esta actividad investigativa, en cada una de las ciudades que se desarrolló el estudio. Cada una de las mujeres encuestadas leía y contestaba en forma personal las preguntas.

## Análisis estadístico

El análisis se realizó con Epi-Info 3.5.1 (Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, EEUU; 2008). Las variables medidas en escala numérica se expresan como rango, medias con desviación estándar ( $\pm$ DE). Las variables medidas en escala nominal se expresan en porcentajes. En la correlación de variables medidas en escala nominal se utiliza la prueba de la  $\chi^2$  de Pearson, considerando estadísticamente significativo un valor de  $p < 0,05$ .

## Resultados

Se identificaron 156 mujeres, de las cuales 24 (15,38%) no se interesaron, no pudieron participar o no cumplían los criterios de inclusión. Se distribuyeron y aplicaron 132 formularios, de los cuales el 100% estaban completos y correctamente diligenciados, no teniendo que descartar ninguno.

La edad promedio de las mujeres es de  $48,6 \pm 4,5$  años (rango: 42-63 años); la edad promedio de la menopausia fue de  $49,7 \pm 3,4$  años; 114 (86,36%) son dueñas de casa, 108 (81,81%) son casadas y 78 (59,09%) refieren tener una maestría. La pareja tiene en promedio  $53,1 \pm 5,4$  años (rango: 42-69 años). El 65,9% se encontraba en amenorrea desde hacía  $4,7 \pm 1,3$  años, el 40,9% tuvo parto por cesárea y el 47,72% parto vía vaginal, el 11,36% no tuvieron hijos, el 27,3% fue madre por primera vez después de los 35 años, el 70,4% tiene un núcleo familiar tradicional. Tabla 1.

Al consultar la edad de inicio de la actividad sexual, el 29,54% refiere que la primera relación sexual coital fue antes de los 21 años. El 54,54% señaló que la primera relación no fue satisfactoria. Respecto a la frecuencia sexual coital, la respuesta más recurrente fue 1 a 2 veces por semana, representando un 68,18%. No obstante, el 21,87% de las mujeres menores de 55 años, indicó una frecuencia entre 2 y 4 por semana, a diferencias de 1 o menos por semana en las mayores de 55 años.

**Tabla 1. Características sociodemográficas de 132 mujeres médicos, del Eje Cafetero colombiano, en etapa de climaterio. Fuente: Elaboración propia.**

Edad, $X \pm DE$	48,6 $\pm$ 4,5
Edad de la pareja, $X \pm DE$	53,6 $\pm$ 5,4
Peso, $X \pm DE$	62,43 $\pm$ 5,1
Talla, $X \pm DE$	1,62 $\pm$ 0,24
IMC, $X \pm DE$	25,8 $\pm$ 7,5
<b>Raza</b>	
Blanca	60
Afrocolombiana	21
Hispánica	51
Edad promedio de menopausia (años)	49,7 $\pm$ 3,4
Años en posmenopausia	4,7 $\pm$ 1,3
Paridad $X \pm DE$	2,1 $\pm$ 0,6
Unión libre, n (%)	40,9
Casadas, n (%)	59,09
Fumadoras, n (%)	11,36
Ingesta alcohol	27,27
Educación Maestrías, $X \pm DE$	59,09
Urbana, n (%)	93,18
Cirugía ginecológica / urológica, n (%)	20,45

En relación a las patologías crónicas, la HTA fue la más prevalente en el 72,72%; la DM tipo 2 en el 63,63%; la dislipidemia en el 43,68%; el hipotiroidismo en el 36,36%. El tipo de antihipertensivo más utilizado fueron los ARA II. El diurético preferido por estas mujeres fue la hidroclorotiazida.

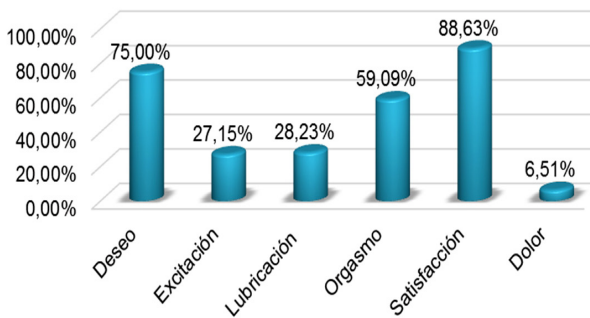
En la pregunta sobre abusos sexuales, el 13,63% informó haber sido abusada; de este porcentaje, un 33,33% eran preadolescentes en el momento de ocurrido el hecho y el 87,71% afirmaron que había sido un conocido.

El promedio del índice de función sexual femenina (IFSF) fue de 24,3 puntos (rango: 7,0-34,2 $\pm$ 4,8 puntos). En relación con los distintos dominios del IFSF, el Deseo fue el que obtuvo el menor puntaje 2,7 puntos (1,2-3,9), representando al 75% del total de mujeres encuestadas, seguido del orgasmo 3,3 puntos (1,5-4,2), representando al 59,09% del total de mujeres encuestadas, y el que mostró el mayor puntaje, de los dominios a favor, fue el dominio satisfacción con 4,5 puntos (2,7-5,4), 88,63%

del total de mujeres encuestadas. Tablas 2 y Figura 1.

**Tabla 2. Afectación de los dominios del IFSF [11] en mujeres médicas, del Eje Cafetero colombiano, en etapa de climaterio. Fuente: Elaboración propia.**

Dominio	Puntaje IFSF
Deseo	2,73 ± 1,02
Excitación	4,47 ± 1,05
Lubricación	4,26 ± 1,35
Orgasmo	3,33 ± 1,83
Satisfacción	4,53 ± 1,74
Dolor	4,98 ± 1,23
Puntaje total del IFSF	24,30±4,05



**Figura 1. Dominios del índice función sexual femenina. Fuente: Elaboración propia.**

Las mujeres que accedieron a la actividad sexual coital, porque así lo deseaban, mostraron un promedio de IFSF mayor que las que no lo deseaban ( $p=0,018$ ). El deseo y la excitación fueron mayor en mujeres que deseaban tener relaciones sexuales coitales en comparación con las mujeres que no lo deseaban ( $p=0,0174$  deseo sexual;  $p=0,0002$  excitación sexual).

Las mujeres que expresaron que su primera relación sexual coital fue satisfactoria tuvieron un IFSF mayor que las que refirieron insatisfacción en el primer encuentro sexual coital ( $p=0,0072$ ). Las que refirieron satisfacción en la primera relación sexual tuvieron un puntaje menor en el dominio dolor y un puntaje mayor en los dominios deseo y satisfacción que las que no refirieron satisfacción sexual en la primera relación sexual coital. Siendo estadísticamente significativo para cada dominio mencionado

( $p=0,0246$  deseo sexual;  $p=0,00585$  satisfacción sexual;  $p=0,0057$  dolor).

Al asociar las variables enfermedades crónicas, con los dominios del IFSF, el deseo sexual está discretamente disminuido en mujeres con DM e Hipotiroidismo, siendo estadísticamente significativo en relación con las otras enfermedades ( $p=0,00558$ ).

En relación al ejercicio realizado por las mujeres, no se observan diferencias estadísticamente significativas en el IFSF, sin embargo, en el dominio excitación hay un ligero aumento en las mujeres que practican yoga o que van al gimnasio 3,6 (1,2), en relación con las que no realizan ninguna práctica deportiva 3,3 (1,2), ( $p=0,0507$ ).

El trastorno del deseo fue el dominio con mayor porcentaje para disfunción sexual (75,0%). El orgasmo estuvo alterado (59,09%) en mujeres con actividad sexual coital exclusiva, y fue estadísticamente significativa en relación con otros tipos de prácticas sexuales ( $p=0,00558$ ). El dolor ( $p=0,0174$ ) y la insatisfacción ( $p=0,0002$ ) fueron mayores en las mujeres que no deseaban tener actividad sexual coital, en comparación con las que si la deseaban.

## Discusión

La edad de aparición de la menopausia coincide con otras investigaciones, en las que se registra para Latinoamérica los 49 años, en Colombia 48 años, Venezuela 48,7 años ( $48,8\pm 5,4$ ), cuyos promedios oscilan entre los 47 y 48,7 años [12-14]; por lo tanto, los resultados obtenidos muestran una edad promedio de aparición de la menopausia, cercano al promedio de 49,1 años, cifra reportada por un estudio multicéntrico latinoamericano [15].

En este estudio se concluye, al igual que en otras publicaciones, que la sexualidad femenina se ve afectada negativamente por la llegada de la menopausia; mostrando serias alteraciones en el deseo, el orgasmo y la excitación [6,16,17].

El porcentaje de mujeres climatéricas con disfunción sexual (46,96%), es más elevado que lo descrito por otros autores [18,19].

El puntaje de IFSF, aunque menor del ideal, fue significativamente mayor (24,3 puntos) a lo reportado por otros estudios, con una frecuencia de disfunción sexual mayor (46,96%) [20,21]; pero mostró una significativa cifra de satisfacción (88,63%), evidenciando que la sexualidad es una combinación de amor, erotismo y lujuria; por lo tanto, las fantasías erótico-sexuales no cambian con el climaterio; pues, la función sexual es la recopilación de imágenes eróticas, sensaciones y acciones placenteras, que en esta transición femenina están por encima del coito [22]; en relación con otros autores, se reconoce que la sexualidad va más allá de la biología de los genitales (coito, hormonas, orgasmo, procreación), afirmando que es una función de toda la persona [23,24].

En relación al tiempo de abstinencia sexual coital, el 68,18% tuvo un período de abstinencia no mayor a 15 días, este punto es especialmente cultural, ya que la mujer colombiana suele suspender su actividad sexual coital al llegar a la menopausia; sin embargo, en este grupo de mujeres es claro que la sexualidad nace y muere con uno, por lo tanto, dura toda la vida; destacándose una vez más lo siguiente: el deseo, la frecuencia y el disfrute de joven son excelentes predictores de lo mismo en el climaterio.

Las mujeres que refirieron su primera relación sexual coital como satisfactoria, tuvieron un IFSF mucho mayor a las mujeres que no sintieron satisfacción en ese primer encuentro sexual coital. Esto orienta a pensar que la mujer con antecedente de insatisfacción, después de la menopausia, es ella, y no la pareja, quien debe tomar la iniciativa, para que la actividad sexual coital sea satisfactoria, a fin de tener menor riesgo de desarrollar disfunción sexual en esta etapa de su ciclo sexual.

La solicitud de las relaciones sexuales coitales sin coacción por parte de la pareja, en

este estudio, motivó a las mujeres a tenerlas con mayor beneplácito, pues referían sentirse deseadas, mostrando un nivel de deseo y excitación mayor a las mujeres que no deseaban tener relaciones coitales; además, el IFSF fue menor en aquellas cuya pareja insistió en tener actividad coital cuando ellas no lo deseaban. Esto demuestra, una vez más, la importancia de ser la mujer quien decida cuál es el momento para reactivar la actividad sexual coital en la menopausia.

De los dominios del IFSF, el que presenta mayor disfunción fue el deseo, mostrando congruencia con otros estudios [25].

De acuerdo a este estudio, el hecho de ser mujeres médicas, no se constituye en ningún factor protector para presentar disfunción sexual, relacionada con el climaterio, pues el porcentaje (46,96%), es más elevado que el descrito por otros autores en una población de mujeres, no médicos, de la misma región del Eje Cafetero [6]; así como tampoco el nivel educativo mayor y la estabilidad de pareja, fueron factores favorecedores de protección hacia una sexualidad menos disfuncional como lo reportan otros estudios [26,27].

Las mujeres médicas, del Eje Cafetero, en etapa de climaterio, presentan una prevalencia del 46,96% de disfunción sexual; siendo el deseo sexual el principal trastorno, seguido de las dificultades con el orgasmo. En todos los dominios hubo un alto porcentaje de puntajes relacionados con disfunción sexual, excepto la satisfacción, siendo el único parámetro en arrojar un puntaje más alto; y aunque parezca no concordante, se explica porque estas mujeres tienen una relación de entendimiento y camaradería con sus parejas, motivando cierto grado de aceptación y ofrenda sexual, con tal de no desequilibrar su vínculo de pareja.

Se hace necesario aplicar herramientas que evalúen la salud sexual, en la consulta médica cotidiana de la mujer en climaterio, así como

desarrollar otro tipo de investigaciones que incluyan a la mujer mayor y su sexualidad, no solo para establecer la prevalencia de las disfunciones sexuales, sino con el fin de adelantar pautas terapéuticas efectivas.

Entre las debilidades de esta investigación sobresale el tamaño de la muestra, y que no se siguieron las mujeres que recibieron algún tipo de intervención; sin embargo, se logró el objetivo del estudio.

### Agradecimientos

Los autores agradecen al doctor Luis A. Jiménez Zuluaga, sus recomendaciones y sugerencias en la construcción de este artículo.

**Conflicto de intereses:** ninguno declarado.

**Fuentes de financiación:** Los autores manifiestan no haber recibido ningún patrocinio o ayuda para llevar a cabo este estudio, sino que es producto de su propio esfuerzo económico.

## Literatura citada

1. Vesco KK, Haney EM, Humphrey L, Fu R, Nelson HD. **Influence of menopause on mood: a systematic review of cohort studies.** *Climacteric* 2007; 10:448-465.
2. Legorreta D. **La atención de los síntomas psicológicos durante el climaterio femenino.** *Avances en psicología Latinoamericana* 2007; 25(1):44-51.
3. Li S, Holm K, Gulanick M, Lanuz, D. **Perimenopause and the quality of life.** *Clin Nurs Res* 2000; 9(1):6-23.
4. Monterrosa A, Barrios J, Bello AM. **Conocimientos y creencias sobre menopausia en mujeres mayores de 40 años de edad, naturales del Palenque de San Basilio, Bolívar.** *Rev Col de Menop* 1999; 5:37-46.
5. Onatra W. **Epidemiología de la menopausia en Colombia. Estudio cooperativo.** *Rev Colomb Obstet Ginecol* 1994; 45(4):20-28.
6. Espitia FJ. **Prevalencia de disfunción sexual en mujeres del Eje Cafetero.** *Rev Cienc Biomed* 2016; 7(1):15-23.
7. La Valleur J. **Counseling the perimenopausal woman.** *Obstet Gynecol Clin North Am* 2002; 29(3):541-553.
8. Lyndaker C, Hulton L. **The influence of age on symptoms of perimenopause.** *JOGNN* 2004; 33(3):340-347.
9. Schilling C, Gallicchio L, Miller SR, Langenberg P, Zacur H, Flaws JA. **Relation of body mass and sex steroid hormone levels to hot flushes in a sample of midlife women.** *Climacteric* 2007; 10(1):27-37.
10. Schneider HPG. **The quality of life in the post-menopausal woman.** *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2002; 16(3):395-409.
11. Rosen R, Brown C, Heiman J, Leiblum S, Meston C, Shabsigh R, et al. **The Female Sexual Function Index (FSFI): A Multidimensional Self-Report Instrument for the Assessment of Female Sexual Function.** *J Sex Marital Ther* 2000; 26(2):191-208.
12. Loh FH, Khin LW, Saw SM, Lee JJ, Gu K. **The age of menopause and the menopause transition in a multiracial population: a nation-wide Singapore study.** *Maturitas* 2005; 52:169-80.
13. Chacín B. **Citología endometrial en pacientes posmenopáusicas con terapia hormonal.** *Rev Obstet Ginecol Venezolana* 2008; 68(2):73-80.
14. Castelo-Branco C1, Blümel JE, Chedraui P, Calle A, Bocanera R, Depiano E, et al. **Age at menopause in Latin America.** *Menopause* 2006; 13: 706-12.
15. Chedraui P, Blümel JE, Barón G, Belzares E, Bencosme A, Calle A, et al. **Calidad de vida alterada entre mujeres de edad media: un estudio multicéntrico latinoamericano.** *Rev Col de Menop* 2009; 15(1):42-53.
16. Hallstrom MT. **Sexuality of women in middle age: the Goteborg study.** *J Biosoc Sci Suppl* 1979; 6:165-175.
17. Wierman ME, Nappi RE, Avis N, Davis S, Labrie F, Rosner W, et al. **Endocrine aspects of women's sexual function.** *J Sex Med* 2010; 7:561-585.
18. Monterrosa-Castro, A., Márquez-Vega, J., Arteta-Acosta, C. **Disfunción sexual en mujeres climáticas afrodescendientes del Caribe colombiano.** *latreia.* 2014; 2:31-41.
19. Chendraui P, Perez-Lopez FR, Sanchez H, Aguirre W, Martinez N, Miranda O, et al. **Assessment of sexual function of mid-age Ecuadorian women with 6-item female sexual function index.** *Maturitas* 2012; 71(4):407-12.
20. Abdo CHN, Oliveira Jr WM, Moreira Jr ED, Fittipaldi JAS. **Sexual profile of Brazilian population.** *Rev Bras Med* 2002; 59(4):250-257.
21. Raigosa-Londoño G, Echeverri-Ramírez MC. **Prevalencia del desorden de deseo sexual hipoactivo en mujeres colombianas y factores asociados.** *Rev Colomb Obstet Ginecol* 2012; 63(2).

22. Frock J, Money J. **Sexuality and menopause.** *Psychother Psychosom* 1992; 57:29-33.
23. Brooks THR. **Sexuality in the aging woman.** *Fem Patient* 1994; 4:20-4.
24. Espitia FJ. **Sexo ilimitado/El vuelo hacia una sexualidad más placentera.** Bogotá: Editorial Bolívar; 2015 (2):181-185.
25. Meston CM, Hull E, Levin RJ, Sipski M. **Disorders of orgasm in women.** *J Sex Med* 2004; 1(1):66-68.
26. Espitia De La Hoz FJ, Marega O, Orozco Gallego H. **Manejo farmacológico de la disfunción sexual femenina en la postmenopausia, con tibolona y testosterona.** *Revista de Sexología* 2016; 5(2):9-18.
27. Grewal GS, Gill JS, Sidi H, Gurpreet K, Jambunathan ST, Suffee NJ, et al. **Prevalence and risk factors of female sexual dysfunction among healthcare personnel in Malaysia.** *Compr Psychiatry* 2014; 55(1):17-22.

