

Artículo de revisión

Disfunción sexual femenina en el climaterio

*Female sexual dysfunction during menopause*M.^a Analía Gómez FernándezMatrona. Atención a la Salud Sexual y Reproductiva. Área Básica de Salud «Ronda Torrasa».
L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona)**RESUMEN**

Los años en que se presenta la menopausia constituyen una etapa de la vida en la que se experimentan muchos cambios: fisiológicos, psicológicos, ginecológicos, sexuales y sociales. Estos cambios, en algunas ocasiones, pueden interferir en la habilidad para disfrutar de la sexualidad y llegar a tener consecuencias negativas en la pareja o en la propia persona; a este trastorno se lo denomina disfunción sexual femenina. Esta revisión bibliográfica tiene como objetivo definir los cambios acontecidos en el climaterio que influyen en la sexualidad de la mujer, así como determinar posibles alternativas, recomendaciones y terapias con el fin de mejorar la vida sexual de las parejas en esta etapa.

Palabras clave: sexualidad, climaterio, educación para la salud.

ABSTRACT

The years in which menopause appear represent a stage of life which is accompanied of many changes: physiological, psychological, gynecological, sexual and social. These changes in some occasions might interfere in the ability of enjoying the sexuality, being a reason of negative consequences in the couple and the person going through it, this disorder is called female sexual dysfunction. This bibliographical review has as objective, define the changes that occur during the menopause that influence the sexuality of the women, also to determine certain possible alternatives, recommendations and therapies with the end of improving the couples sexual live during this stage.

Keywords: sexuality, menopause, health education.

INTRODUCCIÓN

La sexualidad y su ejercicio por parte de nuestra especie forman parte de la vivencia de las relaciones interpersonales como un todo indisoluble de la personalidad de cada individuo, y que facilita no sólo la reproducción, sino también la intercomunicación, el divertimento entre adultos y el mantenimiento de las relaciones afectivas entre las personas¹.

Se admite prácticamente de forma generalizada que con la edad se produce un descenso general de la actividad en ambos sexos, aunque, evidentemente, existe una considerable variedad individual dependiendo de múltiples circunstancias. En dichas circunstancias influyen características individuales, sociales, familiares, educativas, culturales e incluso de formación académica².

En efecto, la sexualidad es un fenómeno humano de extraordinaria complejidad, influido por factores de muy diverso tipo; entre ellos cabe señalar los siguientes:

- Factores fisiobiológicos y fisiológicos.

- Factores psicológicos, relacionados todos ellos, en principio, con la educación recibida en la primera infancia y los primeros años de la juventud.
- Factores culturales, familiares, sociales y personales³.

Puede considerarse, por tanto, como un auténtico mito que la sexualidad acaba indefectiblemente con el advenimiento de la menopausia. Ciertamente, en este epígrafe introductorio debemos señalar que casi el 95% de las mujeres vivirán al menos el 30% de su vida a partir de este evento menstrual y que el interés por la sexualidad en este grupo de mujeres es significativamente mayor conforme pasan los años^{4,5}.

El objetivo de la presente revisión es resumir las posibles alteraciones de la sexualidad durante la menopausia, para así poder ofrecer mejores cuidados a las mujeres en las que dichas alteraciones se manifiestan, determinando terapias y haciendo recomendaciones que favorezcan una vida sexual satisfactoria, tanto para ellas como para sus parejas en los casos necesarios⁵.

Fecha de recepción: 29/07/09. Fecha de aceptación: 29/06/10

Correspondencia:

M.^a Analía Gómez Fernández.

Correo electrónico: analiagomez2@yahoo.es

Gómez-Fernández MA. Disfunción sexual femenina en el climaterio.
Matronas Prof. 2010; 11(3-4): 93-8.

METODOLOGÍA

Se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos de PubMed y artículos relacionados en MedLine, CINAHL y Cochrane Library. Las palabras clave utilizadas fueron «sexuality and menopause» y «sex and menopause». La búsqueda se limitó a la bibliografía publicada en los últimos cinco años. Se hizo una selección de los artículos relacionados con la sexualidad en el climaterio, sus características y las posibles alternativas, recomendaciones o terapias para mejorar la vida sexual en esta etapa. También se revisaron algunas publicaciones y guías relacionadas con el tema publicadas en los últimos diez años, todas ellas referenciadas en la bibliografía.

RESULTADOS

Existen cambios en el climaterio que pueden influir en la sexualidad, entre los cuales cabe destacar la disminución en la lubricación vaginal durante la excitación sexual, las contracciones orgásmicas, la plenitud mamaria e incluso la erección de los pezones, así como la necesidad de un mayor tiempo para la estimulación y la excitación sexual⁶.

En esta etapa son importantes los efectos relacionados con los cambios en los niveles hormonales, especialmente de los estrógenos (estradiol y estríol), la testosterona, la progesterona, la prolactina e, incluso, de los niveles endógenos de oxitocina y de endorfinas. Algunos de los cambios biológicos dependen del nivel endógeno de cada uno de los esteroides sexuales; así, por ejemplo, la disminución de estrógenos está relacionada con la deficiente lubricación vaginal, la atrofia de la mucosa y la dispareunia con la penetración. Por otro lado, hay efectos androgenodependientes, como la motivación para la actividad sexual, la reactividad del clítoris frente a la estimulación o la congestión vascular^{4,7,8}.

En cuanto a los cambios genitales, durante esta etapa la vagina puede empezar a estar menos elástica, sus paredes se adelgazan y cambian de color (pasan a tener un rosa más pálido); asimismo, su tamaño disminuye progresivamente. El epitelio vaginal más fino se puede inflamar o ulcerar con más facilidad. Al adelgazarse las paredes vaginales, las formaciones contiguas de la uretra y la vejiga pueden irritarse mecánicamente con el coito. Éste es un hecho más frecuente cuando la lubricación no es efectiva. Por ello, algunas mujeres pueden quejarse de una sensación urente hasta 2-3 días después del contacto sexual, y pueden aparecer deseos urgentes de orinar tras el coito. Como ya se ha mencionado, la lubricación disminuye; esto puede ocasionar sensación de sequedad y picores en la vulva y la vagina, que llegan a ser incómodos en la relación sexual con penetración.

Además, el clítoris está más expuesto, ya que existe una involución de los labios mayores. La reducción de la flora de Döderlein y la elevación del pH pueden favorecer las infecciones vaginales³.

En el climaterio se experimentan algunas variaciones en el patrón de la excitación y el orgasmo. La fase de la excitación es más lenta y aumenta el tiempo necesario para llegar a la meseta de la respuesta sexual. Además, el orgasmo dura menos y las contracciones son más escasas⁹.

Estos cambios físicos pueden modificarse si se practican de forma habitual relaciones sexuales con penetración, en cuyo caso se conserva la expansión y mejora la lubricación de la vagina. Por el contrario, si no se practica el coito ni la masturbación, la relación sexual con penetración puede resultar difícil 5-10 años después de la menopausia¹⁰.

Los cambios físicos que se experimentan con la edad, en sí mismos, no interfieren en la habilidad de una persona para disfrutar del sexo, pero pueden acarrear molestias, en especial las relacionadas con la apariencia externa, que se puede convertir en una interferencia importante. Si una persona tiene una alta autoestima, no se verá tan perturbada por los cambios o los patrones estéticos. A pesar de ello, una mujer puede sentirse incómoda al exponer su cuerpo ante una pareja nueva o temer la reacción de su pareja habitual. Eso puede empujarla a querer apagar la luz durante la relación sexual o a limitarse a actividades donde no se muestren las formas de su cuerpo^{5,11}.

En el ser humano existe una conexión muy estrecha entre el área emocional y la sexualidad; este vínculo es muy profundo y no puede ser desligado con facilidad, lo que quiere decir que las emociones influirán en la sexualidad y viceversa¹². De esta forma, la mujer vivirá su sexualidad dependiendo de sus experiencias sexuales previas, de la percepción de su figura y los cambios que ésta experimenta, del grado de intimidad y complicidad con su pareja, del estrés físico o psicológico derivado de problemas laborales o familiares, etc.¹³⁻¹⁵.

En asociación a los cambios y factores influyentes en la sexualidad durante el climaterio, algunas mujeres pueden presentar disfunción sexual femenina (DSF). Este trastorno se produce cuando hay un cambio significativo en el comportamiento sexual habitual de la mujer. Disminuyen o incluso desaparecen los pensamientos y fantasías sexuales y se posponen o se evitan las relaciones. Además, existe una incapacidad para disfrutar del sexo y esto afecta a la calidad de vida y a las relaciones personales. En general, las áreas en las que las mujeres tienen dificultades son cuatro: el deseo, la excitación, el orgasmo y el dolor asociado al coito^{16,17} (tabla 1).

Tabla 1. Clasificación de los trastornos en la disfunción sexual femenina

- Trastornos del deseo
 - *Deseo sexual femenino hipoactivo*: déficit de fantasías sexuales y/o de deseo y receptividad para la actividad sexual
 - *Trastorno de la aversión sexual*: aversión fóbica y evitación de contacto sexual e incluso del contacto cutáneo con el prójimo
- Trastornos de la excitación sexual
 - Incapacidad para lograr o para mantener una excitación sexual suficiente que lleve con posterioridad al orgasmo
- Trastornos del orgasmo
 - Dificultad, retardo o incluso ausencia absoluta en la obtención del orgasmo tras una estimulación y excitación sexual suficiente
- Trastornos «dolorosos» del ejercicio de la sexualidad
 - *Dispareunia*: dolor genital (considerado en un sentido amplio) asociado al coito, sea durante la penetración, durante las contracciones pelvianas del ejercicio del coito, o el dolor que aparece después de la eyaculación
 - *Vaginismo*: espasmo involuntario de toda la musculatura del tercio externo de la vagina que impide, a veces de manera absoluta, cualquier intento de penetración
 - *Dolor sexual no coital*: dolor genital inducido por la estimulación sexual sin mediar la penetración vaginal

Tabla 2. Fármacos y drogas que pueden causar o acentuar la disfunción sexual femenina

- Disminución del deseo sexual
 - Hipolipemiantes, antipsicóticos, barbitúricos, benzodiacepinas, clonidina, digoxina, fluoxetina, agonistas de la GNRH, bloqueadores de los receptores H_2 , indometacina, ketoconazol, algunas sales de litio, fenitoína, espironolactona, antidepresivos tricíclicos...
- Disminución de la excitación sexual
 - Alcohol, antihistamínicos, hipotensores, antidepresivos tricíclicos, inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, inhibidores de la monoaminoxidasa, benzodiacepinas...
- Disfunción orgásmica con/sin anorgasmia
 - Alfa-metildopa, anfetaminas, antipsicóticos, antidepresivos tricíclicos, inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, narcóticos, benzodiacepinas en general...

La DSF puede estar causada o acentuada por algunos fármacos y drogas, como por ejemplo los que disminuyen el deseo sexual, los que producen una disminución de la excitación o los que ocasionan directamente disfunción orgásmica, con o sin anorgasmia. Los más importantes se señalan en la tabla 2³.

Debido a la complejidad del fenómeno del ejercicio de la sexualidad humana en pareja y a las múltiples interacciones culturales, sociales, profesionales y de todo tipo que aquella puede recibir a lo largo de la relación, la evaluación de la DSF resulta extremadamente compleja⁵.

Una aproximación a lo que debe realizarse para el abordaje inicial de una disfunción sospechada sería emprender el estudio de acuerdo con un orden prefijado, que, de forma orientativa, se apunta a continuación. En primer lugar, hay que realizar una historia sexológica general, señalando y haciendo hincapié de forma más organizada en todos aquellos aspectos que consideremos de relevancia a la hora de la anamnesis sexológica, como pueden ser los episodios problemáticos previos durante la infancia, la primera juventud o incluso las primeras relaciones sexuales; las relaciones sexuales actuales y su comparación con las previas, y las actitudes y expectativas en general hacia la sexualidad compartida.

A continuación, se hará la historia específica de la disfunción, señalando características que pueden resultar de interés en casos particulares, como el tiempo de evolución

y el modo de inicio, las características generales de la disfunción vivida por la mujer y/o la pareja, las características específicas del trastorno y la actitud general ante éste.

Para finalizar, debe llevarse a cabo la evaluación de la pareja analizando la presencia de conflictos y la actitud general de ésta como ente global ante la DSF considerada. En este orden de cosas, puede resultar conveniente evaluar previamente la función sexual general que tenía la pareja hasta el momento de la aparición de la disfunción, lo que puede arrojar luz sobre el problema que estamos tratando. Así, se deberá investigar sobre áreas de interés en la historia sexual, el relato histórico de la relación de pareja que se mantiene en el momento del descubrimiento de la DSF, el abuso de drogas, medicamentos o alcohol que hayan podido influir negativamente sobre el proceso. Pueden resultar de particular interés en este punto los aspectos psicosociales de la pareja en cuestión, así como aquellos relacionados con la edad y el grado de satisfacción sexual que la pareja haya conseguido hasta el momento del descubrimiento o aparición del problema por el que se consulta¹⁸.

En el mismo sentido, puede resultar aconsejable la aplicación de diversos test. Los más comúnmente utilizados en la bibliografía internacional son tres:

- Watts Sexual Function Questionnaire (WSFQ): valora el deseo sexual, la excitación sexual, el orgasmo y la satisfacción alcanzada.

- Personal Experiences Questionnaire (PEQ): evalúa en general los sentimientos hacia la pareja, la respuesta sexual conseguida, la frecuencia sexual cohabitacional, el estado de la libido, los problemas de la pareja e incluso aspectos tan somáticos como la sequedad vaginal y la dispareunia.
- Female Sexual Function Index (FSFI): valora en general el deseo y la excitación sexual de la mujer, el estado de lubricación vaginal durante la excitación sexual, el orgasmo o los orgasmos conseguidos, la satisfacción alcanzada e incluso el dolor relacionado con la penetración o la actividad sexual³.

Teniendo en cuenta que la sexualidad es un fenómeno humano de extraordinaria complejidad y de etiología multifactorial, es difícil identificar las posibilidades terapéuticas correctas para cada uno de los casos de disfunción sexual femenina que pueden presentarse en la clínica¹. Existen tantas técnicas y estrategias sexuales como disfunciones; es más, existen tantas como pacientes diferenciadas en la consulta. A continuación, se mencionan algunas propuestas que pueden ayudarnos desde el punto de vista estratégico, cuando no táctico. Entre las más mencionadas en la bibliografía internacional^{3,10,19} de las últimas décadas, cabe señalar el tratamiento sexualizante. La primera propuesta de éste es la masturbación y/o estimulación manual del área genital, como parte del entrenamiento para el abordaje de una nueva forma de relación sexual. Numerosos estudios^{3,10} muestran que la masturbación es una práctica común entre adultos, muchos de los cuales disfrutaban también de una sexualidad en pareja. Los terapeutas la recomiendan, en muchos casos, como una forma de aprender, de recuperar o de conservar la expresión sexual. La persona puede crear las condiciones favorables y creativas para incrementar el placer emocional y físico durante la masturbación: puede fantasear con el estímulo de una lectura o una película, usar un lubricante en las manos para reducir la irritación de la fricción o recurrir a un vibrador, cuyo uso puede resultar muy placentero. En algunas investigaciones se ha reportado que el 55% de las mujeres solas de alrededor de 50 años se masturbaban hasta el orgasmo y también el 33% de las mayores de 70 años. Otros estudios^{3,19} determinan que las mujeres que tienen comportamientos masturbatorios presentan menos atrofia vaginal y menos problemas genitales que las que no tienen actividad sexual.

Se recomienda, como se ha indicado, el empleo de fantasías sexuales, materiales eróticos e, incluso, de vibradores, así como los cambios en la rutina de los hábitos sexuales: alternancia en los lugares escogidos para la actividad sexual, cambios en la hora del día, motiva-

ción para el inicio de las relaciones sexuales, cantidad de ropa de los amantes durante la actividad sexual... Con el masaje «terapéutico» es posible iniciar la actividad sexual de manera diferenciada. Y de forma muy importante, conviene practicar la actividad sexual no coital de forma premeditada, evitando la sexualidad coito-centrista. Durante el climaterio la mujer usualmente necesita más tiempo para llegar a estar excitada y lubricada, por lo que es recomendable prolongar los preliminares y lograr una estimulación apropiada de las zonas erógenas³.

Existen variables que, si se potencian, benefician la sexualidad en el climaterio, favoreciendo una expresión sexual positiva. Una alta autoestima, que la mujer se sienta valiosa, confíe en sí misma y acepte su cuerpo, lo que no significa que no se esfuerce para mantenerse en buena forma. Una relación cercana e íntima con su pareja, tener conocimientos apropiados sobre sexualidad y sobre los cambios en la madurez, una actitud sexual con puntos de vista abiertos sobre la conducta sexual, tener interés en mantenerse atractiva para su pareja o participar activamente en la actividad sexual son algunos ejemplos¹⁹.

Para disfrutar del sexo, es muy importante desarrollar un sentido saludable de la propia sexualidad. Las actitudes, emociones y deseos de la mujer influyen en su yo sexual y en cómo lo percibe su pareja. Ambos componentes deben trabajar para mantener un sentido saludable de su propia sexualidad, y una de las mejores maneras de lograrlo es el ejercicio. Los beneficios fisiológicos y psicológicos del ejercicio están bien documentados, y afectan tanto al cuerpo como a la mente. El ejercicio puede contribuir a una larga expectativa de vida, a bajar la presión arterial y disminuir el riesgo de enfermedades cardíacas, ayuda a perder peso y a mejorar los niveles de estamina: éstos son algunos de los beneficios de una buena rutina de ejercicios. En el ámbito psicológico, favorece una perspectiva positiva, incrementa la autoestima, ayuda a reducir los niveles de estrés y a incrementar la actitud positiva. En los últimos años se ha explorado la conexión entre ejercicio y ejecución sexual; naturalmente, estar más disponible sexualmente contribuye a estar en mejor forma física. Si alguien está en buen estado físico tiene más resistencia sexual, y en consecuencia, probablemente más sexo que alguien que no lo está. La fatiga es uno de los síntomas que informa de niveles de estamina disminuidos, y la fatiga es una de las causas del desinterés sexual. Cuando un miembro de la pareja está cansado, la oportunidad para el placer sexual y la actividad decrece drásticamente. Hay tres componentes clave para mejorar los niveles de estamina: la resistencia aeróbica, la

aptitud muscular y la relajación neuromuscular. La resistencia aeróbica mejora mediante diversos ejercicios cardiovasculares, como el ciclismo, el trote y la natación, entre otros. Los ejercicios de resistencia de pesas para trabajar la aptitud muscular pueden realizarse en los gimnasios. La práctica de la relajación muscular incluye el yoga y trabajos aeróbicos que están diseñados para relajar el cuerpo y la mente¹⁹.

También se recomiendan los ejercicios para fortalecer los músculos sexuales. Los ejercicios de Kegel pueden ser especialmente importantes para prevenir la pérdida de tono muscular pélvico, que puede incrementarse con la edad. Algunas mujeres notan que los músculos de alrededor de su vagina tienen menos tono; esto puede implicar menos fricción tanto para ellas como para la pareja y, consecuentemente, menos intensidad durante el coito. Los movimientos de contracción y relajación de los músculos del suelo pélvico tienen efectos positivos, pues se mejora el tono vaginal y se consigue el clímax más fácilmente y con orgasmos más intensos. La fuerza de estos músculos es importante si la erección de la pareja no es muy firme, para ayudarlo a afianzarla. Muchas mujeres al realizarlos incrementan su deseo sexual, al hacerlas más conscientes de sus sensaciones sexuales^{3,19,20}.

En el epígrafe de las «intervenciones médicas», cabría destacar múltiples aspectos relacionados con la sexualidad, algunos de ellos puramente físicos o biológicos, y otros de carácter psicológico o psicoterapéutico. Así, entre los principales se mencionan el empleo de lubricantes vaginales, la terapia hormonal de reemplazo hasta vencer totalmente el hipoestrogenismo del climaterio, o la suplementación androgénica. La terapia hormonal sustitutiva es actualmente motivo de controversia y desacuerdo entre los diferentes profesionales²¹⁻²³. Por último, si fuera necesario, podría recurrirse a terapias especializadas, como la psicoterapia, la terapia sexual o la terapia de pareja.

CONCLUSIONES

A la consulta de la matrona acuden mujeres que demandan, de forma explícita o implícita, recomendaciones para mejorar su vida sexual. Debemos sobre todo empatizar con ellas y establecer una relación de confianza, para favorecer la expresión de miedos, creencias, mitos, tabúes o preocupaciones²⁴. De esta forma podremos darles información concreta, adaptada a sus necesidades y en un lenguaje apropiado para no crear barreras por falta de acercamiento o por el uso de tecnicismos, y manteniendo siempre una actitud de respeto. Dependiendo de las necesidades de cada mujer y de su disfunción, en caso de que ésta exista, haremos unas recomen-

daciones u otras, siempre de forma individualizada y con una visión holística de la sexualidad²⁵.

Los años en que se presenta la menopausia son una etapa de la vida en la que se experimentan muchos cambios, entre ellos los fisiológicos, los psicológicos, los ginecológicos, los sexuales y los sociales. En cada uno de estos ámbitos se producen cambios que de forma directa contribuyen a producir modificaciones en la sexualidad femenina.

La respuesta sexual femenina como parte de la sexualidad de la mujer durante el climaterio debe ser estudiada y comprendida con un enfoque de globalidad, pues ello influye de manera decisiva en la mujer²⁶. Se sabe que durante esta época de la vida el desequilibrio y la disminución de los estrógenos producen alteraciones en el aparato genital femenino, así como en el organismo en general; por tanto, es comprensible y lógico que la respuesta sexual también sufra modificaciones²⁷. No obstante, la menopausia en sí misma no es un momento de pérdida y desesperanza: incluso puede llegar a ser una época de despertar sexual, pues las mujeres que aborrecían los métodos anticonceptivos, liberadas ya del miedo al embarazo, pueden experimentar una mayor frecuencia y variación del coito. Si la mujer tiene una visión positiva de esta etapa y busca las alternativas a una visión coito-centrista, además de promover su autoestima y autocuidado, el climaterio será una etapa de plena satisfacción sexual y emocional²⁸.

BIBLIOGRAFÍA

1. Vera L. Historia de la sexualidad. *Rev Biomed*. 1998; 9: 116-21.
2. Diago D, Díaz M, Salabarría M. Climaterio y algunos aspectos biopsicosociales de su sexualidad. *Rev Haban Cienc Med La Habana*. 2008; 2(7): 23-9.
3. Neiro JL. Disfunciones sexuales durante el climaterio [acceso el 15 de junio de 2009]. Disponible en: <http://www.neyro.com/pdf/disfuncionsexualfemenina.pdf>
4. Forney J. Necesidades anticonceptivas después de los 40. *Network en español*. 1997; 18(1) [acceso el 15 de marzo de 2009]. Disponible en: http://fhi.org/sp/RH/Pubs/Network/v18_1/NW181ch1.htm
5. Vidal D, Andújar A, Arilla E, Catalán S, Écija I, Muñoz R. Disfunciones sexuales en pacientes con IRC en tratamiento sustitutivo [acceso el 25 de junio de 2009]. Disponible en: http://www.revistaseden.org/files/1827_h13.pdf
6. Pitkin J. Sexuality and the menopause. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2009; 23(1): 33-52.
7. Sell JL, Padrón RS, García CT, Torres F. Función sexual y hormonas de la reproducción en mujeres con menopausia precoz. *Rev Cub Salud Pública*. 2001; 27(2): 116-25.
8. Verena C. Anticoncepción en la mujer de mediana edad. *Rev Cubana Obstet Ginecol*. 2004; 30(1) [acceso el 15 de junio de 2009]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol30_1_04/gin06104.htm
9. Segraves R, Woodard T. Female hypoactive sexual desire disorder: history and current status. *J Sex Med*. 2006; 3(3): 408-18.
10. González I, Miyan E. Respuesta sexual en la mujer climática. *Rev Cubana Med Gen Integr*. 2001; 17(4): 390-4.

11. Yanes M, Chio N. Climaterio y sexualidad: su repercusión en la calidad de vida de la mujer de edad mediana [acceso el 15 de junio de 2009]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol24_2_08/mgi05208.htm
12. Heredia B, Lugones M. Principales manifestaciones clínicas, psicológicas y de sexualidad en un grupo de mujeres en el climaterio y la menopausia. *Rev Cubana Obstet Ginecol.* 2007; 33(3): 123-30.
13. Goberna J, Francés L, Paulí A, Barluenga A, Gascón E. Sexual experiences during the climateric years: what do women think about it? *Maturitas.* 2009; 62: 47-52.
14. Lugones M, Valdés S, Pérez J. Climaterio, familia y sexualidad. *Rev Cubana Med Gen.* 1999; 15(2): 134-9.
15. Thiel R, Thiel M, Dambros M, Ricetto C, López V. Evaluación de la función sexual femenina antes y después de un procedimiento para la corrección de la incontinencia urinaria de esfuerzo. *Actas Urol Esp.* 2006; 30(3): 315-20.
16. Dennerstein L, Koochaki P, Barton I, Graziottin A. Hypoactive sexual desire disorder in menopausal women: a survey of Western European women. *J Sex Med.* 2006; 3(2): 212-22.
17. Leiblum SR, Koochaki, Rodenberg CA, Barton IP, Rosen RC. Hypoactive sexual desire disorder in postmenopausal women: US results from the Women's International Study of Health and Sexuality (WISHeS). *Menopause.* 2006; 13(1): 46-56.
18. Blümel JE, Binfa L, Cataldo P, Carrasco A, Izaguirre E, Sarrá S. Índice de función sexual femenina: un test para evaluar la sexualidad de la mujer. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2004; 69(2): 118-25.
19. Palacio ML. Sexualidad femenina en el climaterio. *Revista de menopausia* [acceso el 28 de mayo de 2009]. Disponible en: http://www.encolombia.com/Meno_II_revision_tema.htm
20. Maza JG, Navarro JE, Alcides H, Ribas JR, García E, Serpas MV, et al. Guía de atención clínica del climaterio y la menopausia, 1.ª ed. El Salvador: Ministerio de Salud, 2008.
21. 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 Chile.* 2002; 10(130): 1131-8.
22. Mas M. Sustratos hormonales de la respuesta sexual femenina. *Rev Int Androl.* 2007; 5(1): 38-49.
23. Omar J. Influencia del climaterio y la terapia hormonal de reemplazo sobre la sexualidad femenina. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2006; 71(2): 141-52.
24. Gómez PI. Anticoncepción en el climaterio. *Revista de menopausia* [acceso el 15 de junio de 2009]. Disponible en: <http://www.encolombia.com/medicina/menopausia/meno3297rev-anticoncepcion.htm>
25. Manso ME. Sexualidad y afectividad en el climaterio. *Matronas Prof.* 2002; 8: 13-20.
26. Fierro D, Rechkehrmer A, Roamn W, Fierro L, Ruiz M. Sexualidad y menopausia. *Ginecol Obstet (Perú).* 1997; 43(1): 41-8.
27. Sánchez R. Perimenopausia: el climaterio desde su inicio [acceso el 15 de junio de 2009]. Disponible en: http://www.bayerscheringpharma.es/ebbsc/cms/es/_galleries/download/s_mujer/publicaciones/perimenopausia.pdf
28. Viñas H. Entrevista clínica y sexualidad. *Matronas Prof.* 2001; 2(4): 4-8.