Disfunción sexual en mujeres de edad mediana: un estudio multicéntrico latinoamericano usando el Índice de Funcionamiento Sexual Femenino (FSFI)

Recibido para publicación febrero 15 de 2010. Revisado y aceptado 25 de febrero de 2010

JUAN E. BLÜMEL, PETER CHEDRAUI, **GERMAN BARÓN**, EMMA BELZARES, ASCANIO BENCOSME, ANDRÉS CALLE, MARÍA T. ESPINOZA, DANIEL FLORES, HUMBERTO IZAGUIRRE, PATRICIA LEÓN-LEÓN, SELVA LIMA, EDWARD MEZONES-HOLGUIN, **ÁLVARO MONTERROSA**, DESIRE MOSTAJO, DAYSI NAVARRO, ELIANA OJEDA, **WILLIAM ONATRA**, MONIQUE ROYER, EDWIN SOTO, SOLEDAD VALLEJO Y KONSTANTINOS TSEROTA*

RESUMEN

Objetivo. El propósito de este estudio fue medir la prevalencia de disfunción sexual (DS) y los factores de riesgo asociados entre mujeres latinoamericanas de edad mediana haciendo uso de un instrumento validado.

Métodos. El Índice de Función Sexual Femenina (FSFI) se aplicó a 7.243 mujeres sanas entre 40 y 59 años de vida, quienes consultaban a 19 centros o sistemas de cuidado de salud en 11 países latinoamericanos. Un cuestionario con preguntas de datos socioeconómicos personales y del compañero fue diligenciado.

Resultados. El promedio de edad de las mujeres encuestadas fue 49.0 ± 5.7 años, con 11.6 años de escolaridad en promedio. Hubo un 55.1% de mujeres casadas, 46.8% eran postmenopáusicas, 14.1% usaban terapia hormonal (TH) y 25.6% fueron sexualmente inactivas. Entre las que eran activas (n= 5.391), el promedio de puntaje de FSFI de DS fue 25.2 ± 5.9 y 56.8% de ellas presentaban DS (puntaje total de FSFI de 26.55), con una prevalencia que variaba de 21.0% a 98.5%, dependiendo del centro. Los centros fueron agrupados en terciles (de acuerdo al promedio de prevalencia de DS). El tercil con mayor prevalencia de DS (86.4%) comparado con el de menor prevalencia de DS (32.2%) tenían significativamente mujeres más mayores (49.5 ± 5.3 años vs. 48.0 ± 5.6 años) con una tasa más alta de resequedad vaginal (60.4% vs. 40.8%) y compañeros más mayores (53.0 ± 6.9 vs. 50.2 ± 7.5 años) similarmente, hubo una tasa significante de casados (68.5% vs. 63.1%), postmenopáusicas (49.7% vs. 39.3%) y usuarias de TH (23% vs. 9.2%). No hubo diferencias con relación a su percepción de salud, historia de ooforectomía, violación y disfunción sexual (DS) del compañero (27% vs. 26.2%). El puntaje total de FSFI fue significantemente menor en el tercil con mayor prevalencia de DS (22.0 ± 5.0 vs. 27.7 ± 5.4) el análisis de regresión logística se usó para determinar los RR (IC 95%) para los principales riesgos asociados con DS entre las que fueron sexualmente activas: mala lubricación, 3.86 (3.33-4.43); uso de terapias alternativas para menopausia, 2.13 (1.60-2.84); DS del compañero 1.63-2.20); mujeres mayores (48 años), 1.84 (1.61-2.09); problemas de vejiga, 1.47 (1.28-1.69); uso de TH, 1.39 (1.15-1.68); percepción negativa del estado de la salud femenina, 1.31 (1.05-1.64) y estar casada, 1.22 (1.07-1.40). Entre

* For the Collaborative Group for Research of the Climateric in Latin America (REDLING).

Traducción del inglés: Gustavo Gómez T. MD.

factores protectores fueron mayores: nivel de educación (mujeres), confianza en el compañero y acceso a cuidado de salud privado.

Conclusiones. Se encontró que la prevalencia de DS en estas mujeres latinoamericanas de edad mediana era alto, con variaciones amplias en diferentes poblaciones. La disminución en la lubricación vaginal fue el factor asociado más importante. Las diferencias en la prevalencia de factores de riesgo entre los grupos estudiados, muchos de los cuales son modificables, pueden explicar la variación de la prevalencia de DS observada en este estudio

Palabras clave: disfunción sexual, índice de función sexual femenina, menopausia, américa latina.

ABSTRACT

Objective. The purpose of this study was to assess the prevalence of sexual dysfunction (SD) and associated risk factors among middle-aged Latin American women using one validated instrument.

Methods. The Female Sexual Function Index (FSFI) was applied to 7,243 healthy women aged 40 to 59 years who were users of 19 healthcare systems from 11 Latin American countries. An itemized questionnaire containing personal and partner sociodemographic data was also filled out.

Results. Mean ± SD age of surveyed women was 49.0 ± 5.7 years, with 11.6 years of schooling on average. There were 55.1% of women who were married, 46.8% who were postmenopausal, 14.1% who used hormonal therapy (HT), and 25.6% who were sexually inactive. Among those who were active (n = 5,391), the mean ± SD total FSFI score was 25.2 ± 5.9 and 56.8% of them presented SD (FSFI total score e 26.55), with a prevalence varying from 21.0% to 98.5% depending on the center. Centers were grouped in terciles (according to mean ± SD prevalence). The tercile with higher SD prevalence (86.4%) compared with that with lower SD prevalence (32.2%) had significantly older women (49.5 ± 5.3 vs. 48.0 ± 5.6 y) with a higher rate of vaginal dryness (60.4% vs. 40.8%) and older partners (53.0 ± 6.9 vs. 50.2 ± 7.5 y). Similarly, there was a significantly higher rate of married (68.5% vs. 63.1%), postmenopausal (49.7% vs. 39.3%), and HT-using women (23% vs. 9.2%). There were no differences in regard to their health perception, history of oophorectomy, rape, and partner SD rate (27% vs. 26.2%). The total FSFI score was significantly lower in the tercile with higher SD prevalence (22.0 ± 5.0 vs. 27.5 ± 5.4). Logistic regression analysis was used to determine the odds ratios (95% CIs) for the main risk factors associated with SD among those who were sexually active: bad lubrication, 3.86 (3.37-4.43); use of alternative menopausal therapies, 2.13 (1.60-2.84); partner SD, 1.89 (1.63-2.20); older women (948 y), 1.84 (1.61-2.09); bladder problems, 1.47 (1.28-1.69); HT use, 1.39 (1.15-1.68); negative perception of female health status, 1.31 (1.05-1.64); and being married, 1.22 (1.07-1.40). Protective factors were higher educational level (women), partner faithfulness, and access to private healthcare.

Conclusions. The prevalence of SD in this middle-aged Latin American series was found to be high, varying widely in different populations. A decrease in vaginal lubrication was the most important associated risk factor. Differences in the prevalence of risk factors among the studied groups, several of which are modifiable, could explain the variation of SD prevalence observed in this study.

Key words: sexual dysfunction, female sexual function index, menopause, latin america.

La sexualidad es esencialmente un grupo de condiciones animales anatómicas fisiológicas y psicoafectivas que caracterizan cada género. Sin embargo, entre los seres humanos, la sexualidad es un aspecto que incluye sexo, identidad y papel de género, erotismo, placer, intimidad, reproducción y orientación. La sexualidad está influenciada por la interacción de factores de tipo biológico, psicosocial, económico, político, étnico, legal, histórico, religioso y espiritual[1].

Latinoamérica es un mosaico de países con diferentes niveles socioeconómicos, etnicidades y sistemas políticos[2]. Sin embargo, el marco que une esta población es la igualdad de cultura, religión (católica) y el origen (mestizo: hispano/indígena). La diversidad de factores biológicos y socioculturales pueden tener efectos diferentes en la sexualidad femenina en varios países latinoamericanos.

La sexualidad es un fenómeno complejo que involucra procesos psicológicos y orgánicos. Más aún, se debe tener en mente que la sexualidad se puede afectar también por cambios socioculturales, los cuales ocurren frecuentemente dentro de nuestras sociedades.

Por lo tanto, un estudio sistemático de datos sobre sexualidad es muy complejo. Un avance fue una conferencia internacional de consenso (The Internacional Consenso Development Conference on Female Dysfunctions) y el desarrollo a través de esta conferencia del Índice de Función Sexual Femenina [Female Sexual Dysfunctions Index (FSFI)], un test con propiedades psicométricas, capaz de medir la función sexual dentro de varios dominios: deseo, excitación, orgasmo, dolor, lubricación y satisfacción[3,4]. La versión en español de esta herramienta ha sido validada entre mujeres latinoamericanas entre 20 y 59 años[5]. Recientemente, una red de investigadores latinoamericanos, quienes han estado estudiando el climaterio, ha sido establecida, permitiendo la realización de varios estudios multicéntricos y la generación de varias importantes publicaciones[6-10]. En medio de este escenario de una red de investigación y herramientas actualmente validadas para medir la sexualidad femenina, llevamos a cabo este estudio seccionado cruzado en busca de medir la prevalencia de disfunción sexual (DS) y los riesgos asociados entre mujeres latinoamericanas de edad mediana usando un instrumento validado, el FSFI.

Métodos

Participantes

Desde noviembre del 2006 a Febrero del 2007, se realizó un estudio seccionado cruzado en 19 centros de cuidado de la salud, con una población de más de 500.000 habitantes en 11 países latinoamericanos (ver la lista de participantes e investigadores en el Apéndice 1). Usando el programa estadístico EPIINFO 6.04; (Enter for Disease Control and Prevenction, Atlanta, GA), se calculó una muestra mínima de 380 participantes por centro, considerando que cada centro cubría una población estimada de 50.000 mujeres[11] y asumiendo que el 50% de la población estudiada podría presentar DS[12,13] dentro de un error estimado de 5% y un IC 95%. Para registrar todos los datos se construyó previamente un formulario itemizado y validado en 50 mujeres antes de la implementación en los centros afiliados al Collaborative Group for Research of the Climateric in Latin America (REDLING) participantes en el llamado estudio REDLING III, buscando medir sexualidad y determinar la prevalencia de DS y factores de riesgo relativos, en mujeres de edad mediana. Mujeres sanas de etnicidad hispana de 40 a 50 años, quienes acompañaban a los pacientes que acudían a los centros de salud, se incluyeron. La mujeres embarazadas, población indigente y las que no quisieron llenar la encuesta o eran incapaces de entender los puntos contenidos en ella, fueron excluidas. De forma similar, las mujeres lesbianas no fueron incluidas en esta encuesta debido a que esta población requiere el uso de un cuestionario modificado para estudiar su sexualidad[14].

A las mujeres que cumplían con los criterios de inclusión se les solicitó llenar el FSFI y un cuestionario de datos generales después de ser informadas acerca de la investigación, su propósito, el FSFI y su contenido. A las participantes se les pidió diligenciar el Menopause Rating Scale (MRS). Se obtuvo el consentimiento de todas las participantes. El protocolo de investigación

para este estudio fue revisado y aprobado por la Fundación Salud de la Mujer, en Santiago de Chile. Las variables incluyeron un cuestionario general.

Datos generales

Los datos generales fueron: edad (años), paridad, REDLING center number (ciudad y país), estado menopáusico (premenopausia, perimenopausia, postmenopausia), estado mental, estatus sexual por al menos 4 semanas (activa o inactiva), nivel educativo (expresado en años de escolaridad) y acceso a el sistema de salud (mínimo costo gratis, 25% de la consulta privada o paga, pagando más que el costo mínimo). El nivel educacional insuficiente (mujeres o compañeros) fue considerado como 12 años o menos de estudio[15].

Estilo de vida y otros factores personales

Se incluyeron el hábito de fumar (fumadoras actuales ocasionales o no fumadoras), asistencia a la iglesia, historia de abuso sexual (violación) y relación actual (un compañero). A las mujeres se les preguntó cómo percibían su estado de salud (y la de su compañero). Aquellas capaces de realizar su rutina diaria de actividades se definieron como sanas[16].

Cuidado médico y uso de drogas

La tasa de mujeres buscando atención psiquiátrica se midió de igual manera que con el uso de drogas psicotropas y terapia hormonal (TH)/ terapias alternativas para síntomas menopáusicos.

Datos relacionados con el compañero

La edad del compañero (años), años de escolaridad (años totales), buena salud y presencia de alcoholismo o DS (eyaculación prematura o disfunción eréctil) también fue medida. A las mujeres se les preguntó por la fidelidad del hombre. Alcoholismo se definió como un desorden crónico manifestado por repetido consumo de alcohol en exceso, que interfiere con la salud y las relaciones económicas y sociales. La disfunción eréctil fue definida como incapacidad persistente o recurrente de alcanzar o mantener la erección para lograr un coito satisfactorio[17]; mientras, la eyaculación prematura fue definida como la eyaculación persistente o recurrente después de una estimulación sexual mínima antes, durante o muy pronto después de la penetración o antes del deseo del individuo de hacerlo[18].

Definiciones de estatus de menopausia

Para el estatus de la menopausia se usaron las siguientes definiciones: premenopáusica, mujer con menstruaciones regulares; perimenopáusica, irregularidades de más de 7 días de su ciclo normal y postmenopáusica, ausencia de menstruaciones al menos en 12 meses[19]. Aquellas con ooforectomía bilateral se consideraron como postmenopáusicas

El FSFI

Este instrumento, usado para medir las funciones sexuales en las últimas 4 semanas, se compone de 19 preguntas agrupadas en 6 dominios o dimensiones: deseo (puntos 1 y 2) excitación (puntos 3-6), lubricación (puntos 7-10), orgasmo (puntos 11-13), satisfacción (puntos 14-16) y dolor (puntos 17-19). Cada pregunta tiene un puntaje en la escala de Liert que varía de 0 a 5. Los puntajes obtenidos en un dominio particular son sumados y multiplicados por un factor respectivo que homogeniza la influencia en cada dimensión. El puntaje FSFI total es la suma de todos los puntajes obtenidos en cada dominio[4]. Un puntaje mayor indica mejor sexualidad. Los participantes que obtuvieron un puntaje total de FSFI de 26.55 o menos fueron definidos como con DS[20]. Para el propósito de esta investigación, se usó el validado FSFI versión en español (Cronbach > 9.70%)[5].

El MRS

El MRS está compuesto de 11 puntos, midiendo los síntomas divididos en 3 subescalas: 1. **Somática**: fogajes, disconfort cardíaco, problemas de sueño y problemas en músculos y articulaciones (puntos 1-3 y 11, respectivamente); 2. **Psicológica**: ánimo depresivo, irritabilidad, ansiedad y cansancio físico y mental (puntos 4-7, respectivamente) y 3. **Urogenital**: problemas sexuales, problemas de vejiga y sequedad

de vagina (puntos 8-10, respectivamente). Cada punto puede ser graduado por la participante de 0 (no presente) a 4 (1 leve, 2 moderado, 3 severo, 4 muy severo). Por un individuo en particular, el puntaje total de cada subescala es la suma de cada punto contenido en la subescala. El puntaje NRS total ha sido traducido en más de 24 idiomas.

Para el propósito de esta investigación, se usó la versión en español del MRS[21], el cual ha sido validado en Ecuador y Chile[22,23]. La validez del MRS en español ha sido confirmada a través del análisis de confiabilidad interno (Cronbach > 90.80) y externo (significante correlación con el coeficiente de Perrazo, P G 0.01)[23].

Análisis estadístico

El análisis estadístico se realizó con el programa EPI-INFO (versión 6.04 y 2000. OMS, Basel, Switzerland). Los resultados son expresados como promedios o porcentajes. El grupo de comparaciones por medianas fue realizado con el estudio de students, análisis de varianza o el test de Mann-Whitney, de acuerdo a la homogeneidad de las medidas de varianza con el test de Bartlett. El porcentaje de diferencias fue evaluado con el W2 test. Los centros fueron agrupados (sólo sexualmente activas) de acuerdo a su prevalencia de DS (promedio) y las comparaciones entre los percentiles más bajos y más altos. Los análisis de regresión logística se realizaron (EPIINFO 2000) por la medición simultánea de variables que influyen en la función sexual femenina en aquellas sexualmente activas (por las últimas 4 semanas). Para este fin, el puntaje FSFI, como las variables continuas, se transformaron en puntajes categóricos, ahora considerados como casos de mujeres mostrando un puntaje de 26.55 o menos. Los síntomas menopáusicos comprendidos en el MRS fueron categorizados como no presentes (el escore de síntomas 0) y presente (escore de 1 ó mayor). Variables independientes (mujeres y hombres) que se entraron en el modelo de regresión fueron así: (para mujeres) acceso gratis a salud, edad mayor (= 48 años, en promedio), alta paridad (= 2), bajo nivel educativo (< = 12 años), estado marital (casado o no), estatus postmenopáusico, estatus de fumadora, uso de medicación (TH/alternativas para síntomas menopáusicos, drogas psiquiátricas), historia de abuso sexual (violación), asistencia a la iglesia, atención psiquiátrica, percepción de la salud femenina y síntomas menopáusicos; y (para hombres) edad del compañero, bajo nivel de educación, alcoholismo, saludable, lealtad, eyaculación prematura y disfunción eréctil. Se consideró el ingreso de variable en el modelo, con un nivel de significancia del 20% y se realizó el procedimiento dirigido. Un valor P menor de 0.05 fue considerado estadísticamente significativo.

Resultados

Un total de 7.243 mujeres sanas de 40 a 59 años usuarias de 19 sistemas de salud de 11 países latinoamericanos fueron encuestadas, dando datos para un análisis estadístico (la tasa de rechazo fue del 6.5%). En la Tabla 1 se muestran las características sociodemográficas de las mujeres encuestadas. De las mujeres encuestadas, 74.4% (n = 5.391) fueron sexualmente activas con sus compañeros. Las sexualmente inactivas (n = 1.852; 25.6%) fueron significantemente mayores, menos educadas, menos saludables usaban menos TH, menos tendientes a estar casadas y fueron más propensas a estar postmenopáusicas. Dentro de este grupo, 16.4% de los compañeros tenían DS masculina (disfunción eréctil y/o eyaculación prematura). La tasa de actividad sexual disminuyó con la edad: 85.4%, 40-44 años; 78.2%, 45-49 años; 74.3% 50-53 años y 56.0% 55-59 años. El promedio de edad de la DS en mujeres sexualmente activas fue 48.2 ± 5.5 años; ellas tenían 11.9 años de escolaridad en promedio; 64.8% eran casadas, 41.3% eran postmenopáusicas y 15.0% usaban TH. El porcentaje de mujeres con historia de abuso sexual (violación) fue de 4.6% sin evidencia significativa de diferencias en su estatus de actividad sexual.

Las características epidemiológicas de las mujeres sexualmente activas de acuerdo al centro de REDLING se presentan en la Tabla 2. Se vio una amplia variación en esas características. La tasa de rechazo de participación varió de

Tabla 1. Características de las mujeres sexualmente activas y no activas (n= 7.243).

	No. Mujeres (%)	Edad, media ± DS, años	Educación, media ± DS, años	% Casadas	% Postmenopausia[a]	% Uso TH	% Violación	% Saludable	% Compañero con disfunción sexual
Todas	7.243 (100.0)	49.0 ± 5.7	11.6 ± .4	55.1	46.8	14.1	4.6	90.4	24.4
Sexualmente inactivas	1.852 (25.6)	51.3 ± 5.7	11.0 ± 4.7	26.7	62.7	11.6	4.5	88.3	16.4
Sexualmente activas	5.391 (74.4)	48.2 ± 5.5	11.9 ± 4.3	64.8	41.3	15.0	4.7	91.2	27.1
Valores de P de acuerdo a X^2 o ANOVA	-	0.0001	0.0001	0.0001	0.0001	0.0002	NS	0.0001	0.0001

TH, terapia hormonal; ANOVA, análisis de varianza
[a] Incluida natural y quirúrgica.

12.4% en Buenos Aires (Argentina) a 1.9% en la Habana (Cuba). Además, 53.4% de las mujeres en Caracas (Venezuela) fueron sexualmente activas, mientras en Cochabamba (Bolivia) 84.7% fueron activas ($p < 0.0001$). El promedio de edad de DS en Bogotá (Centro 11) fue de 46.4 ± 4.7 años, mientras que en Montevideo, Uruguay fue de 52.2 ± 4.1 años ($p < 0.0001$). Diferencias por el estilo se encontraron con relación al estatus, los niveles educativos y maritales, estatus postmenopáusico, uso de TH, estado saludable, historia de violación y compañeros con DS.

El FSFI (total y por dominio) para mujeres sexualmente activas de acuerdo al centro participante se muestra en la Tabla 3. El promedio ± DS del puntaje total de FSFI (toda la muestra) fue de 25.2 ± 5.9, variando de 29.9 ± 4.3 (Cartagena de Indias, Colombia) a 20.6 ± 3.0 (Quito, Ecuador). El dominio del deseo tuvo el puntaje más bajo (más afectado) con un puntaje promedio de 3.6 ± 1.2 (máximo de 6), con amplia variación en diferentes centros: de 4.5 ± 1.0 en Cartagena de Indias, Colombia a 3.1 en Cochabamba, Bolivia (Centro I).

El grupo colombiano de Cartagena fue el centro con menos compromiso psicológico de acuerdo a la MRS comparado con Centro I de Cochabamba, Bolivia (puntaje 2.9 ± 2.7 vs. 4.8 ± 3.9; $p < 0.0001$).

Los dominios de dolor y excitación

Los dominios de dolor y excitación también se afectaron, con puntajes promedios de DS de 4,2 ± 1.5 y 4.2 ± 1.3, respectivamente. Se observó una amplia variación en los puntajes entre los grupos, especialmente en el dominio del dolor (p. ej. 5.0 ± 1.1 en Cartagena de Indias, Colombia y Panamá City, Panamá, comparado con 1.9 ± 1.0 en Montevideo, Uruguay). El dominio de satisfacción fue el menos afectado, con promedio de puntaje de DS de 4.5 ± 1.3 con el puntaje más alto visto en Cartagena de Indias, Colombia y el más bajo puntaje (más dañado) en Cochabamba, Bolivia (Centro I).

El puntaje total FSFI permite la definición de FSFI: en toda la cohorte de Latinoamérica, el 56.8% de mujeres se presentaron con DS (puntaje FSF de 26.55), con una prevalencia que varía entre 21.0% y 98.5%, dependiendo del centro estudiado (Tabla 3). Es interesante que en la misma ciudad de Cochabamba, Bolivia, la prevalencia de DS difirió ampliamente (86.3% en Cochabamba I vs. 42.3% en Cochabamba II). Se observaron diferencias significantes en características epidemiológicas entre esos dos centros bolivianos, como se puede ver en la Tabla 2. Las mujeres de Cochabamba fueron mayores (49.7 ± 4.9 vs. 47.2 ± 5.8 años; Mann-Whitney, $p < 0.0001$). Con una mayor tasa postmenopáusica (48.1% vs. 26.5%; $p < 0.0001$), bajas tasas de estatus casado (52.5% vs. 85.0%; $p < 0.0001$) y

Tabla 2. Características epidemiológicas de las mujeres con actividad sexual de acuerdo al centro REDLING participante (n= 5.391).

Centros	% Mujeres que rehúsan parti-cipar	% Mujeres con actividad sexual	Edad, media ± DS, años	Educación media ± DS, años	% Casadas	% Post-menopausia	% Uso TH	% Violación	% Saludable	% Compañero con disfunción sexual
Argentina										
Buenos Aires	12.4	81.3	50.1 ± 5.8	11.8 ± 4.6	60.4	52.9	8.8	2.6	97.4	23.4
Bolivia										
Cochabamba I	6.8	84.7	49.7 ± 4.9	13.9 ± 2.8	52.5	48.1	26.4	14.0	96.3	33.2
Cochabamba II	9.7	66.6	47.2 ± 5.8	14.5 ± 2.8	85.0	26.5	1.6	8.3	89.7	45.8
Santa Cruz	6.7	71.0	47.1 ± 5.5	13.2 ± 3.6	75.8	34.0	35.1	4.2	95.8	33.6
Colombia										
Bogotá I	6.8	54.7	46.9 ± 5.3	9.2 ± 4.7	50.9	26.9	11.1	3.7	84.3	26.9
Bogotá II	9.9	82.8	46.4 ± 4.7	7.4 ± 3.8	41.6	26.8	4.1	6.2	72.7	41.4
Cartagena	2.4	70.8	47.0 ± 5.8	7.9 ± 3.5	36.3	34.8	6.7	3.4	91.8	10.9
Chile										
Santiago de Chile	11.4	66.8	48.1 ± 5.6	10.9 ± 3.3	64.4	36.0	6.1	11.7	94.7	30.4
Cuba										
La Habana	1.9	76.9	47.8 ± 5.2	13.4 ± 3.0	54.7	43.3	4.5	0.3	87.5	21.1
Ecuador										
Quito	2.4	72.0	48.6 ± 5.4	12.8 ± 4.4	80.0	41.5	18.5	3.3	94.2	29.8
Guayaquil I	7.7	74.7	47.1 ± 5.3	13.2 ± 3.4	76.9	35.5	18.6	1.7	90.7	21.4
Guayaquil II	8.7	73.3	46.8 ± 5.1	14.9 ± 4.5	74.0	32.9	15.9	3.6	92.8	29.2
Panamá										
Ciudad de Panamá	6.1	76.0	47.7 ± 5.3	13.0 ± 4.0	53.8	43.9	15.3	9.3	95.3	32.6
Perú										
Lima	4.2	73.7	48.5 ± 4.7	10.5 ± 3.3	68.6	43.6	10.4	6.1	91.4	18.9
Piura	5.0	80.0	49.5 ± 5.2	10.4 ± 3.5	80.3	46.6	16.6	0.0	98.5	20.0
Cuzco	7.0	74.6	47.2 ± 5.2	13.2 ± 3.4	77.1	35.4	18.8	1.7	90.6	21.2
República Dominicana										
Santiago de los Caballeros	8.7	66.3	47.3 ± 5.1	11.2 ± 5.3	59.9	41.3	8.3	4.0	80.6	22.2
Uruguay										
Montevideo	3.4	81.1	52.2 ± 4.1	13.2 ± 3.8	76.6	74.4	39.8	2.6	99.7	23.1
Venezuela										
Caracas	2.4	53.4	48.7 ± 5.9	11.4 ± 4.5	63.1	55.2	15.8	2.5	96.6	30.0
Valores de P[a] de acuerdo a X^2 o ANOVA	0.0001	0.0001	0.0001	0.0001	0.0001	0.0001	0.0001	0.0001	0.0001	0.0001

REDLING, Red Latinoamericana de Investigación en Climaterio; TH, terapia hormonal; ANOVA, análisis de varianza. [a]Comparación entre los diferentes centros.

menos educación (13.9 ± 2.8 – 14.5 ± 8.8 años; de Student, $p < 0.0005$). El uso de TH fue extremadamente diferente entre esos dos centros (26.4% vs. 1.6% $p < 0.0001$).

Para valorar los factores que puedan explicar diferencias en la prevalencia de DS entre diferentes poblaciones, los centros fueron agrupados en terciles [de acuerdo al promedio de prevalencia de DS; (Tabla 4)]. El tercil con más alta prevalencia de DS (promedio 86.4%) comparado con la menor DS (32.2%) tenía significantemente mujeres mayores (49.5 ± 5.3 vs. 48.0 ± 5.6 años); t de Student, $p < 0.0001$) y compañeros mayores (53.0 ± 6.9 vs. 50.2 ± 7.5 años; Mann-Whitney, $p < 0.0001$). Similarmente, hubo una tasa más alta de casos (68.5% vs. 63.1%; $p < 0.0008$), postmenopáusicas (49.7% vs. 39.3%; $p < 0.0001$) y usuarias de TH (23.0% vs. 9.2%; $p < 0.0001$). Se observó que los centros con tasas más altas de DS tenían mujeres con menos ubicación de acuerdo al MRS (60.4% vs. 40.8%; $p < 0.0001$), sin diferencias con relación a la tasa de rechazo a contestar la encuesta, su percepción de salud, historia de ooforectomía, violación y pareja con DS (27% vs. 26.2%). Agregando tener alguna evidencia de que las variables antes mencionadas están asociadas con ciudades participantes con mayor prevalencia de DS, realizamos una regresión logística en la cual el indicador de variables para las ciudades que entramos y subsecuentemente, se agregaron otros predictores uno por uno y luego todos juntos. Se observó que cuando se ingresaron otras variables, el RR para

Tabla 3. Puntajes del FSFI (total y dominios) y porcentaje de disfunción sexual entre mujeres sexualmente activas (n= 5.391) de acuerdo al centro REDLING participante.

Centros	Deseo	Excitación	Lubricación	Orgasmo	Satisfacción	Dolor	Puntaje total	% Disfunción sexual
Argentina								
Buenos Aires	3.6 ± 1.2	4.0 ± 1.3	3.8 ± 1.4	3.7 ± 1.1	4.3 ± 1.3	3.4 ± 1.6	22.8 ± 5.1	79.5
Bolivia								
Cochabamba I	3.1 ± 1.1	3.0 ± 1.1	3.7 ± 1.0	3.5 ± 1.1	3.3 ± 1.2	4.1 ± 1.0	20.7 ± 5.2	86.3
Cochabamba II	3.6 ± 1.4	4.2 ± 1.4	4.6 ± 1.3	4.7 ± 1.2	4.9 ± 1.1	5.0 ± 1.1	27.2 ± 6.8	42.3
Santa Cruz	3.8 ± 1.0	4.1 ± 1.2	3.8 ± 1.0	3.8 ± 1.2	3.8 ± 1.4	3.3 ± 1.3	22.6 ± 4.5	87.9
Colombia								
Bogotá I	3.8 ± 1.2	4.3 ± 1.2	4.3 ± 1.2	4.3 ± 1.2	4.5 ± 1.3	4.2 ± 1.5	25.4 ± 5.8	58.3
Bogotá II	3.5 ± 1.0	4.0 ± 1.0	4.7 ± 1.1	4.5 ± 1.1	4.6 ± 1.2	4.7 ± 1.2	26.0 ± 4.6	50.3
Cartagena	4.5 ± 1.0	4.7 ± 0.9	5.3 ± 0.9	5.3 ± 0.9	5.1 ± 1.0	5.0 ± 1.1	29.9 ± 4.3	21.0
Chile								
Santiago de Chile	4.0 ± 1.2	4.6 ± 1.0	4.8 ± 1.2	4.8 ± 1.2	4.9 ± 1.1	4.8 ± 1.1	27.8 ± 5.1	36.0
Cuba								
La Habana	3.8 ± 1.3	4.4 ± 1.4	4.9 ± 1.3	4.7 ± 1.4	4.4 ± 1.6	4.9 ± 1.5	27.1 ± 6.7	33.2
Ecuador								
Quito	3.1 ± 0.8	3.6 ± 1.1	3.4 ± 0.6	3.6 ± 0.9	4.2 ± 1.4	2.7 ± 1.3	20.6 ± 3.0	98.5
Guayaquil I	3.5 ± 1.2	4.0 ± 1.4	4.6 ± 1.2	4.3 ± 1.2	4.3 ± 1.3	4.5 ± 1.2	25.1 ± 6.1	55.2
Guayaquil II	3.8 ± 1.1	4.3 ± 1.2	4.9 ± 1.1	4.6 ± 1.2	4.7 ± 1.2	4.7 ± 1.3	27.0 ± 5.6	43.3
Panamá								
Ciudad de Panamá	3.8 ± 1.1	4.1 ± 1.1	4.9 ± 1.1	4.7 ± 1.3	4.8 ± 1.2	5.0 ± 1.1	27.2 ± 5.1	40.9
Perú								
Lima	3.6 ± 1.4	3.8 ± 1.4	4.1 ± 1.4	3.9 ± 1.3	4.1 ± 1.3	3.6 ± 1.5	23.1 ± 7.1	71.8
Piura	3.6 ± 0.8	4.7 ± 0.5	4.7 ± 0.9	3.8 ± 0.7	4.4 ± 0.7	5.0 ± 0.9	26.2 ± 3.5	32.1
Cuzco	3.5 ± 1.2	4.0 ± 1.4	4.6 ± 1.2	4.3 ± 1.2	4.3 ± 1.4	4.5 ± 1.2	25.2 ± 6.1	54.9
República Dominicana								
Santiago de los Caballeros	3.7 ± 1.2	4.4 ± 1.3	4.7 ± 1.2	4.5 ± 1.3	4.7 ± 1.3	4.8 ± 1.2	26.9 ± 6.0	43.7
Uruguay								
Montevideo	3.7 ± 1.2	4.5 ± 1.2	3.5 ± 0.5	3.8 ± 0.7	4.8 ± 1.2	1.9 ± 1.0	22.2 ± 3.5	94.5
Venezuela								
Caracas	3.7 ± 1.3	4.3 ± 1.3	4.6 ± 1.3	4.6 ± 1.3	4.6 ± 1.3	4.7 ± 1.3	26.5 ± 6.2	44.3
Valores de P[a] de acuerdo a prueba de Student o ANOVA	0.0001	0.0001	0.0001	0.0001	0.0001	0.0001	0.0001	0.0001
Todos	3.6 ± 1.2	4.2 ± 1.3	4.4 ± 1.2	4.3 ± 1.2	4.5 ± 1.3	4.2 ± 1.5	25.2 ± 5.9	56.8

Los valores están expresados en media ± DS a menos que se especifique lo contrario- FSFI, Índice de Función Sexual femenina; REDLING, Red Latinoamericana de Investigación en Climaterio; ANOVA, análisis de varianza. [a]Comparación entre los diferentes centros.

DS cayó en las ciudades con tasas mayores de 12.26 (IC 95%, 10.36-14.51) a 3.41 (IC 95%, 2.56-4.54) de DS, dando evidencia que los predictores condicionados explican la asociación es con las ciudades. Como se esperaba, el total de puntajes de FSFI fue significantemente más bajo en el tercil con mayor prevalencia de DS (22.0 ± 5.0 vs. 27.5 ± 5.4).

Después de ajustar por factores de confusión el análisis de regresión logística (Tabla 5), se determinó que los principales factores asociados con DS fueron: mala lubricación, como se valoró por MRS (RR, 3.86; IC 95%, 3.37-4.43); uso de terapias alternativas para menopausia (RR, 2.13; IC 95%1.60-2.84); falla o disfunción sexual del compañero (disfunción eréctil y/o eyaculación precoz; RR. 1.89; IC 95%, 1.63-2.20), mujeres mayores (edad > 48 años; RR 1.84; IC 95% 1.61-2.09); problemas de vejiga (RR, 1.47; IC 95% 1.28-1.69); uso de TH (RR 1.39; IC 95% 1.15-1.68); percepción negativa del estado de salud femenina (RR, 1.31; IC 95%, 1.05-1.64) y estar casada (RR 1.22; IC 95%, 1.07-1.40). Los facto-

Tabla 4. Comparación de los centros con las menores y mayores prevalencias de DS (sexualmente activas, n= 5.391).

Centros	% DS	
Cartagena	21.0	1er tercil (Prevalencia más baja de DS)
Piura	32.1	
La Habana	33.2	
Santiago	36.0	
Panamá	40.9	
Cochabamba II	42.3	
Guayaquil II	43.3	
República Dominicana	43.7	
Caracas	44.3	
Bogotá II	50.3	
Cuzco	54.9	
Guayaquil I	55.2	
Bogotá I	58.3	
Lima	71.8	3er tercil (Prevalencia más alta de DS)
Buenos Aires	79.5	
Cochabamba I	86.3	
Santa Cruz	87.9	
Montevideo	94.5	
Quito	98.5	
TOTAL	**56.8**	

Las mujeres en el grupo de mayor prevalencia de DS fueron significativamente (p<0.001):

- Mayores (49.5 ± 5.3 vs. 48.0 ± 5.6 años
- Tenían compañero mayor (53.0 ± 6.9 vs. 50.2 ± 7.5 años)
- Mayores tasas de:
  - Estado casada (68.5% vs. 63.1%)
  - Estado postmenopáusico (49.7% vs. 39.3%)
  - Uso de TH (23% vs. 9.2%)
  - Resequedad vaginal (MRS, 60.4% vs. 40.8%)

DS, disfunción sexual; TH, terapia hormonal; MRS, Escala de puntuación en menopausia.

res protectores de DS fueron: mayor grado educacional (RR, 0.75; IC 95%, 0.66-0.86); fidelidad del compañero (RR, 0.66; IC 95%, 0.59-0.73) y tener acceso a cuidados particulares de salud (RR, 0.56; IC 95%, 0.49-0.64). Otros síntomas menopáusicos dentro del MRS (excepto problemas de vejiga) como historia de abuso sexual, asistir a la iglesia, compañero mayor o alcoholismo, no se asoció con riesgo de DS.

Discusión

Un punto importante que apareció durante el planteamiento de este estudio seccionado cruzado en mujeres de edad mediana fue decidir si el análisis se debía limitar a todas o solamente a aquellas que eran sexualmente activas. La tasa de inactividad sexual entre mujeres de edad mediana es alta en varios reportes. Indudablemente, 34% de las mujeres europeas entre 40 y 80 años[24] y 38.4% de mujeres norteamericanas entre 57 y 64 años[25] reportaron ser sexualmente inactivas 1 año antes de la encuesta. En Latinoamérica, un estudio encontró que el 20.8% de mujeres entre 40 y 64 años no fueron sexualmente activas[26]. Entonces, hay preocupación con estudios que valoran la sexualidad de tal modo que si se excluyen las mujeres sexualmente inactivas del análisis podría excluirse un segmento importante de la población, lo que podría, de hecho, presentarse con DS siendo al final la causa de la inactividad sexual. Este podría ser el caso en un estudio que determina que el 70% de mujeres de edad mediana sexualmente inactivas tienen un compañero y que la principal razón para no tener sexo es que presentan DS femenina[27]. A la luz de la evidencia y por el hecho de que el FSFI es un test diseñado para mujeres sexualmente activas, nosotros decidimos enfocar nuestro análisis en mujeres sexualmente activas. Sin embargo, las características epidemiológicas de mujeres sexualmente inactivas también se describieron.

En la presente serie, comparadas con mujeres sexualmente activas, las mujeres inactivas fueron mayores, menos educadas y tenían una peor percepción de su estado de salud; también hubo más menopáusicas, pocas eran casadas y pocas usaban TH. Todas estas variables

Tabla 5. Principales factores asociados con disfunción sexual en mujeres sexualmente activas (n= 5.391): análisis de regresión logística.

Factores	OR	IC 95%	*P*
Femeninos			
Mala lubricación	3.86	3.37 – 4.43	0.0001
Uso de terapias alternativas	2.13	1.60 – 2.84	0.0001
Edad mayor (>48 años)	1.84	1.61 – 2.09	0.0001
Problemas de vejiga	1.47	1.28 – 1.69	0.0001
Uso de terapia hormonal	1.39	1.15 – 1.68	0.0001
Percepción negativa de la salud femenina	1.31	1.05 – 1.64	0.0017
Estar casada	1.22	1.07 – 1.40	0.0030
Educación > 12 años	0.75	0.66 – 0.86	0.0001
Acceso a sistema de salud privado	0.56	0.49 – 0.64	0.0001
Compañero			
Falla sexual	1.89	1.63 – 2.20	0.0001
Fidelidad	0.66	0.59 – 0.73	0.0001

OR, Razón de disparidad.

constituyen factores de riesgo para DS[28-30]. Por lo tanto, una prevalencia alta de desórdenes sexuales entre ellas no sería raro.

El porcentaje de inactividad sexual en la presente serie varía ampliamente entre los centros estudiados: por ejemplo, 84.7% en Cochabamba I (Bolivia) a 53.4% en Caracas (Venezuela). En general, 74.4% de las mujeres en nuestra serie fueron sexualmente activas. Esta tasa es más alta que la previamente reportada por Europa y los Estados Unidos[24,25]. Sin embargo, las comparaciones son difíciles porque el grupo, de edad estudiado y la longitud de tiempo usado para definir inactividad sexual puede, de hecho, variar de un estudio a otro. Un estudio que permita comparar la actividad sexual en diferentes regiones del mundo es el Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors, el cual analizó 13.882 mujeres entre 40 y 80 años en 29 países y encontró que un 65% de las mujeres encuestadas tenían relaciones en el año previo[31]; la más alta tasa de inactividad sexual comparada con la de nuestra serie (35% vs. 25.6%) podría haber sido determinada por el hecho de que las mujeres mayores fueron incluidas y relacionadas al perfil epidemiológico de vejez de cada país. Nuestro estudio solamente incluyó mujeres entre 40-49 años, mostrando una tasa de actividad sexual que cae de 85.4% en mujeres de 40 a 44 años, a 56% en mujeres de 55 a 59 años. Incluyendo sólo mujeres de edad mediana disminuye el sesgo de selección causado por mujeres mayores, el cual influye eventualmente en la tasa de actividad sexual.

En la presente serie, el puntaje medio de FSFI (n= 5.391) fue de 25.2, que sugiere inmediatamente una prevalencia alta de DS, puesto que este puntaje es menor de 26.55, el mínimo valor definido de FSFI para diagnóstico de DS[20]. Los puntajes promedios de FSFI varían entre los centros de 20 a 30, sugiriendo diferencias de población significantes. Nuestro promedio total o de puntaje de FSFI fue ligeramente más alto que los reportados por otros: 20.4 en Tailandia (mujeres de 45-55 años)[32], 24.2 en Turquía (promedio de edad 38.6 años)[33] y 25.0 en Italia (rango de edad 45-65)[34]; sin embargo, fue menor que el reportado por Rosen y col.[4], el cual fue de 30.5, entre mujeres sin DS. En Chile, reportamos previamente puntajes entre 27.3 y 19.3 entre mujeres de 45-49 y 60-64 años, respectivamente[35]. Aunque el FSFI ha sido usado ampliamente para estudiar el impacto de varias enfermedades y terapia en sexualidad, pocos estudios epidemiológicos se han hecho en poblaciones normales.

La valoración de la sexualidad y el diagnóstico de DS nunca han estado exentos de controversias. Por ejemplo, la Food and Drugs Administration ha asumido una posición más puntual, sugiriendo la cuantificación de orgasmos o número de relaciones sexuales. A pesar de esto, la buena sexualidad no es determinada por el número de eventos, sino la percepción y

satisfacción de las mujeres. Por esta razón, un cuestionario diligenciado por ellas mismas como el FSFI se ha sugerido como el ideal para la valoración sexual y diagnóstico de DS[36]. Sin embargo, la prevalencia de desórdenes sexuales puede variar ampliamente de acuerdo al instrumento usado[37]. Usando el FSFI la prevalencia de DS varía ampliamente entre los centros del presente estudio, con un total de 56.8% de mujeres afectadas.

Aunque nuestros resultados no pueden ser extrapolados a todos los países latinoamericanos, la alta tasa de participación (baja tasa de rechazo) en todas las ciudades da fuerza a los hallazgos en este estudio seccionado cruzado. Nuestra tasa de prevalencia de DS (56.8%) es similar a la encontrada por otros, usando en FSFI en Colombia (37.8%)[13], Irán (39%; 50-60 años)[38] y Grecia (48.8%; 43 años en promedio)[39], y aún más baja que la encontrada en Tailandia (82.3%) para mujeres de 45 a 55 años[32]. Usando otra herramienta de diagnóstico de DS, un estudio multicéntrico (29 países) incluyendo 13.882 mujeres entre 40 a 80 años contestaron que 39% tenían DS[40]. Aplicando diferente metodología, Laumann y col.[41], en un representativo estudio poblacional de EE.UU., también reportaron un 43% de mujeres entre 18 y 59 años con DS.

El deseo fue el dominio sexual más comprometido en nuestra serie, una situación que correlaciona con muchos otros estudios[28,33,40,42-45]. Un hallazgo interesante fue que el grupo con mejor puntaje de deseo FSFI (Cartagena de Indias) fue el mismo con el menor puntaje psicológico MSR, sugiriendo algún tipo de relación entre el deseo sexual y los síntomas psicológicos. Esta correlación se había encontrado previamente en un estudio representativo basado en población norteamericana que apunta que la disminución de deseo sexual se asocia a estrés psicológico emocional[46]. Nuestra serie encontró, de acuerdo al FSFI, que el dominio de la excitación también está comprometido. Anedonia, la incapacidad para experimentar placer de eventos normalmente placenteros en la vida tales como ejercicio e interacción social y sexual, es reconocida como un síntoma clave en trastornos del ánimo, un problema frecuente en mujeres climatéricas[47].

El dominio sexual menos afectado en la presente serie fue la satisfacción (los más altos puntajes) con un puntaje promedio para todos los centros de 4.5. Estos resultados parecen confirmar lo de otros estudios, sugiriendo que la presencia de problemas sexuales no afecta la sexualidad femenina como un todo y refuerzan la importancia de percepciones individuales cuando se define la DS[39]. Sin embargo, una preocupación que aparece es la siguiente pregunta: ¿podemos diagnosticar la DS basados en el puntaje FSFI, dada la alta tasa de satisfacción sexual encontrada en esas mujeres? Una hipótesis puede ser que las mujeres latinoamericanas se niegan a aceptar el hecho de que la disfunción sexual es realmente un problema en su interrelación. Esta interpretación parece ser apoyada por observaciones encontradas en estudios sacados de otras poblaciones similares a las latinas. Un estudio francés asegura que el 83% de los individuos, independientes de su género, están satisfechos con su sexualidad y que 70% de los hombres y 55% de las mujeres le gustaría algunos cambios en su vida sexual, reflejando un grado de insatisfacción[48]. Probablemente con otro tipo de encuesta, tal como la realizada en el estudio francés, podríamos revelar una mayor tasa de insatisfacción sexual entre nuestras participantes.

La alta variabilidad de prevalencia de DS encontrada en la presente serie inmediatamente sugiere que esto puede ser el resultado de la diversidad étnica y cultural y las diferencias socioeconómicas encontradas en Latinoamérica. Más aún, la marcada diferencia en la prevalencia de DS encontrada en dos diferentes grupos de una misma ciudad (86.3% en Cochabamba I vs. 42.3% en Cochabamba II) sugiere la importancia de factores de riesgo individuales. El grupo de Cochabamba I se componía de mujeres mayores, con más bajo nivel educativo y de matrimonio y más altas tasas de ser menopáusicas y usuarias de TH.

Nuestro modelo de regresión encontró que el principal factor de riesgo para DS en mujeres de edad mediana fue la pobre lubricación vaginal, implicando una causa orgánica y no psicológica.

La disminución de la lubricación está asociada con sensaciones no placenteras y dolor, lo

cual afecta significantemente la sexualidad femenina aún en mujeres más jóvenes[49]. Esta causa orgánica fue un fuerte factor de riesgo y puede tener implicaciones terapéuticas y pronósticas debido al uso de terapia estrogénica local o sistémica que puede mejorar la lubricación significantemente y por lo tanto influir en la función sexual[50,51]. A pesar de eso, nuestro modelo de regresión encontró la TH como un factor de riesgo, lo que no necesariamente contradice el impacto positivo en la sexualidad. Las mujeres que buscan terapia son lógicamente aquellas con más síntomas, y aunque la TH mejora la sexualidad, no necesariamente se alcanza completamente, especialmente si la adherencia no es óptima. En la presente serie, las mujeres que usan TH presentaron un RR de 1.39 de aumento de DS, lo cual es menor que el aumento al doble encontrado en las que usan terapias alternativas.

El alto nivel educativo y el acceso al sistema de salud privado (indicadores indirectos de nivel socioeconómico) parecen ser factores protectores de DS. Esta observación ha sido una constante en varios estudios, independientemente del lugar de origen. Safarineajad[38], usando la herramienta de FSFI, encontró que en mujeres iraníes entre 20 y 60 años, el nivel educativo es un factor protector de DS. La edad y el nivel educativo se encontraron ser factores de DS en un estudio en EE.UU. compuesto de mujeres de 18 a 59 años[41]. Resultados similares se han descrito en otros países tales como Brasil[28] y Turquía[33].

Debido a que el nivel educativo en América Latina se ha incrementado[52], se debe esperar que esto tenga un impacto positivo a mediano plazo en la sexualidad. Como se esperaba, nuestra serie encontró que el compañero también ejercita una fuerte influencia sobre la sexualidad. Indudablemente, la DS masculina aumenta significativamente el riesgo de DS femenina. En una serie alrededor del mundo de DS, se encontró que la eyaculación prematura y la disfunción eréctil afectó el 10% y el 14% de los compañeros masculinos entre 40 y 80 años, respectivamente[40], una tasa similar a la encontrada en este estudio (24.4%). Otra publicación del mismo estudio determinó que 63% de las mujeres no estuvieron muy satisfechas con la dureza de la erección de sus compañeros y que este hecho influía en su satisfacción sexual[53]. Este es un tema muy importante porque la DS masculina es un factor modificable que, con terapia adecuada, puede mejorar la sexualidad femenina. Un estudio mostró que tratando la disfunción eréctil se mejoraba la excitación, lubricación, dolor, índice de orgasmos y satisfacción de las mujeres[54]. Además, nuestra serie encontró que la infidelidad del compañero disminuye significativamente la DS; esto puede trasladarse a una relación saludable, un conocido factor de buena sexualidad[55,56]. Uno podría esperar que la DS masculina aumente con la edad; sin embargo, la mayor edad del compañero no fue un factor de riesgo para DS en nuestra serie. Es posible que la DS del compañero no sólo esté relacionada con la edad sino con otros factores, que no son el foco de este reporte.

Sin embargo, una alta estima sexual, buena salud, y una historia de actividad sexual, han sido relacionados con la actividad sexual masculina[57].

En otras series, el abuso sexual se ha encontrado como un factor de riesgo significante de DS en mujeres de edad mediana[27]; ese no fue el caso en nuestra serie, en la cual la tasa de abuso sexual no difirió significativamente entre mujeres con o sin DS. Otro estudio, usando también el FSFI, no encontró tasas mayores de DS entre mujeres asaltadas[58,59]. La asistencia regular a la iglesia no se encontró como un factor protector de DS, un hecho que correlaciona con otras series[12,60].

Finalmente, una limitante del presente estudio es su naturaleza seccionada cruzada. Sin embargo, la mayor cantidad de datos acerca de esta serie de mujeres de edad mediana y sus antecedentes sociodemográficos constituyen una importante herramienta de referencia para otras poblaciones hispanas, sin mencionar una adición importante a la información científica. No se determinó el IMC (sobrepeso u obesidad), en las presentes series puede ser visto como otro importante inconveniente, particularmente si la obesidad ha sido encontrada por otros como determinante de la DS femenina[61,62].

Conclusiones

En conclusión, en esta serie de mujeres latinoamericanas de edad mediana, la prevalencia

de DS se encontró alta, con amplias variaciones en diferentes poblaciones. La disminución de la lubricación vaginal fue el factor de riesgo asociado más importante. La diferencia en la prevalencia de factores de riesgo entre los grupos puede explicar la prevalencia de DS observada en el estudio. Por lo tanto, debido a la alta diversidad de la población (nivel educativo, estado marital, localización geográfica, hábitos, etc.), los hallazgos no se pueden generalizar a un país o población de Latinoamérica. A pesar de la limitación descrita, a nuestro modo de ver, este es el primer y más grande estudio valorando la sexualidad en una serie de mujeres climatéricas latinoamericanas en las cuales se describen factores de riesgo para DS, muchos de los cuales son modificables.

Referencias

1. World Health Organization (WHO). Defining Sexual Health: Report of a Technical Consultation on Sexual Health. WHO: Geneva, 2006.
2. CEPAL. Anuario estadístico de América Latina y el Caribe. 2007. Available at: http://wwweclaccl/publicaciones/xml/8/32598/LCG2356B_1pdf/. Accessed November 12, 2008.
3. Basson R, Berman J, Burnett A, et al. Report of the international consensus development conference on female sexual dysfunction: definitions and classifications. *J Urol* 2000;163:888-894.
4. Rosen R, Brown C, Heiman J, 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;26:191-208.
5. Blümel JE, 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.
6. Mezones-Holguin E, Blümel JE, Huezo M, et al. Impact of diabetes mellitus on the sexuality of Peruvian postmenopausal. *Gynecol Endocrinol* 2008;24:470-474.
7. Monterrosa A, Blümel JE, Chedraui P. Increased menopausal symptoms among Afro-Colombian women as assessed with the Menopause Rating Scale. *Maturitas* 2008;59: 182-190.
8. Royer M, Castelo-Branco C, Blümel JE, et al. The US National Cholesterol ducation Programme Adult Treatment Panel III (NCEP ATP III): prevalence of the metabolic syndrome in postmenopausal Latin American women. *Climacteric* 2007;10:164-170.
9. Castelo-Branco C, Blümel JE, Chedraui P, et al. Age at menopause in Latin America. *Menopause* 2006;13:706-712.
10. Chedraui P, Blümel JE, Baron G, et al. Impaired quality of life among middle aged women: a multicentre Latin American study. *Maturitas* 2008;61:323-329.
11. CEPAL-ECLAC. Statistical Yearbook for Latin America and the Caribbean. Santiago, Chile: United Nations, 2003.
12. Blümel JE, Araya H, Riquelme R, Castro G, Sanchez F, Gramegna G. Prevalence of sexual dysfunction in climacteric women. Influence of menopause and hormone replace therapy. *Rev Med Chil* 2002;130:1131-1138.
13. Garcia S, Moreno S, Aponte H. Prevalence of sexual dysfunction in female outpatients and personnel at a Colombian hospital: correlation with hormonal profile. *J Sex Med* 2008;5:1208-1213.
14. Tracy JK, Junginger J. Correlates of lesbian sexual functioning. *J Women's Health (Larchmt)* 2007;16:499-509.
15. CEPAL. Panorama Social de América Latina. Santiago, Chile: CEPAL, 2003:66.
16. Brett KM, Chong Y. Hormone Replacement Therapy: Knowledge and Use in the United States. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics, 2001.
17. NIH consensus conference. Impotence. NIH consensus development panel on impotence. *JAMA* 1993;270:83-90.
18. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed. Washington, D.C.: American Psychiatric Association, 2000.
19. Soules MR, Sherman S, Parrott E, et al. Executive summary: Stages of Reproductive Aging Workshop (STRAW). *Climacteric* 2001;4:267-272.

20. Wiegel M, Meston C, Rosen R. The Female Sexual Function Index (FSFI): cross-validation and development of clinical cutoff scores. *J Sex Marital Ther* 2005;31:1-20.

21. Heinemann LA, Potthoff P, Schneider HP. International versions of the Menopause Rating Scale (MRS). *Health Qual Life Outcomes* 2003;1:28.

22. Chedraui P, Aguirre W, Hidalgo L, Fayad L. Assessing menopausal symptoms among healthy middle aged women with the Menopause Rating Scale. *Maturitas* 2007;57: 271-278.

23. Aedo S, Porcile A, Irribarra C. Calidad de vida relacionada con el climaterio en una población Chilena de mujeres saludables. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2006;71:402-409.

24. Nicolosi A, Buvat J, Glasser DB, et al. Sexual behaviour, sexual dysfunctions and related help seeking patterns in middle-aged and elderly Europeans: the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. *World J Urol* 2006;24:423-428.

25. Lindau ST, Schumm LP, Laumann EO, Levinson W, O_Muircheartaigh CA, Waite LJ. A study of sexuality and health among older adults in the United States. *N Engl J Med* 2007;357:762-774.

26. Castelo-Branco C, Blümel JE, Araya H, et al. Prevalence of sexual dysfunction in a cohort of middle-aged women: influences of menopause and hormone replacement therapy. *J Obstet Gynaecol* 2003;23:426-430.

27. Blümel JE, Castelo-Branco C, Cancelo MJ, Romero H, Aprikian D, Sarra S. Impairment of sexual activity in middle-aged women in Chile. *Menopause* 2004;11:78-81.

28. Abdo CH, Oliveira WM Jr, Moreira ED Jr, Fittipaldi JA. Prevalence of sexual dysfunctions and correlated conditions in a sample of Brazilian women: results of the Brazilian study on sexual behavior (BSSB). *Int J Impot Res* 2004;16:160-166.

29. Addis IB, Van Den Eeden SK, Wassel-Fyr CL, et al. Sexual activity and function in middle-aged and older women. *Obstet Gynecol* 2006;107:755-764.

30. Lewis RW, Fugl-Meyer KS, Bosch R, et al. Epidemiology/risk factors of sexual dysfunction. *J Sex Med* 2004;1:35-39.

31. Laumann EO, Nicolosi A, Glasser DB, et al. Sexual problems among women and men aged 40-80 y: prevalence and correlates identified in the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. *Int J Impot Res* 2005;17:39-57.

32. Peeyananjarassri K, Liabsuetrakul T, Soonthornpun K, Choobun T, Manopsilp P. Sexual functioning in postmenopausal women not taking hormone therapy in the Gynecological and Menopause Clinic, Songklanagarind Hospital measured by Female Sexual Function Index questionnaire. *J Med Assoc Thai* 2008;91:625-632.

33. Aslan E, Beji NK, Gungor I, Kadioglu A, Dikencik BK. Prevalence and risk factors for low sexual function in women: a study of 1,009 women in an outpatient clinic of a university hospital in Istanbul. *J Sex Med* 2008;5:2044-2052.

34. Nappi RE, Albani F, Vaccaro P, et al. Use of the Italian translation of the Female Sexual Function Index (FSFI) in routine gynecological practice. *Gynecol Endocrinol* 2008;24:214-219.

35. Blümel JE, Bravo F, Recavarren M, Sarra S. Sexual function in postmenopausal women using hormone replacement therapy. *Rev Med Chil* 2003;131:1251-1255.

36. Althof SE, Rosen RC, DeRogatis L, Corty E, Quirk F, Symonds T. Outcome measurement in female sexual dysfunction clinical trials: review and recommendations. *J Sex Marital Ther* 2005;31:153-166.

37. Hayes RD, Dennerstein L, Bennett CM, Fairley CK. What is the true prevalence of female sexual dysfunctions and does the way we assess these conditions have an impact? *J Sex Med* 2008;5:777-787.

38. Safarinejad MR. Female sexual dysfunction in a population-based study in Iran: prevalence and associated risk factors. *Int J Impot Res* 2006;18:382-395.

39. Ferenidou F, Kapoteli V, Moisidis K, Koutsogiannis I, Giakoumelos A, Hatzichristou D. Presence of a sexual problem may not affect women's satisfaction from their sexual function. *J Sex Med* 2008;5:631-639.

40. Nicolosi A, Laumann EO, Glasser DB, et al. Sexual behavior and sexual dysfunctions after

age 40: the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. *Urology* 2004;64:991-997.

41. Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States. Prevalence and predictors. *JAMA* 1999;281:537-544.

42. Nobre PJ, Pinto-Gouveia J, Gomes FA. Prevalence and comorbidity of sexual dysfunctions in a Portuguese clinical sample. *J Sex Marital Ther* 2006;32:173-182.

43. Hayes RD, Bennett CM, Fairley CK, Dennerstein L. What can prevalence studies tell us about female sexual difficulty and dysfunction? *J Sex Med* 2006;3:589-595.

44. Ventegodt S. Sex and the quality of life in Denmark. *Arch Sex Behav* 1998;27:295-307.

45. Oksuz E, Malhan S. Prevalence and risk factors for female sexual dysfunction in Turkish women. *J Urol* 2006;175:654-658.

46. Leiblum SR, Koochaki PE, 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;13:46-56.

47. Freeman EW, Sammel MD, Lin H, Nelson DB. Associations of hormones and menopausal status with depressed mood in women with no history of depression. *Arch Gen Psychiatry* 2006;63:375-382.

48. Colson MH, Lemaire A, Pinton P, Hamidi K, Klein P. Sexual behaviors and mental perception, satisfaction and expectations of sex life in men and women in France. *J Sex Med* 2006;3:121-131.

49. Farmer MA, Meston CM. Predictors of genital pain in young women. *Arch Sex Behav* 2007;36:831-843.

50. Suckling J, Lethaby A, Kennedy R. Local oestrogen for vaginal atrophy in postmenopausal women. *Cochrane Database Syst Rev* 2006;4:CD001500.

51. Lara LA, Useche B, Ferriani RA, et al. The effects of hypoestrogenism on the vaginal wall: interference with the normal sexual response. *J Sex Med* 2009;6:30-39.

52. Muñoz Izquierdo C, Márquez A. Indicadores del desarrollo educativo en América Latina y de su impacto en los niveles de vida de la población. *Rev Electron Investig Educ* 2000;2:77-97.

53. Mulhall J, King R, Glina S, Hvidsten K. Importance of and satisfaction with sex among men and women worldwide: results of the global better sex survey. *J Sex Med* 2008;5: 788-795.

54. 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.

55. Paiva V, Aranha F, Bastos FI. Grupo de Estudos em População, Sexualidade e Aids. [Opinions and attitudes regarding sexuality: Brazilian national research, 2005]. *Rev Saude Publica* 2008;42:54-64.

56. Burleson MH, Trevathan WR, Todd M. In the mood for love or vice versa? Exploring the relations among sexual activity, physical affection, affect, and stress in the daily lives of mid-aged women. *Arch Sex Behav* 2007;36:357-368.

57. Kontula O, Haavio-Mannila E. The impact of aging on human sexual activity and sexual desire. *J Sex Res* 2008;17:1-11.

58. Rellini A, Meston C. Sexual function and satisfaction in adults based on the definition of child sexual abuse. *J Sex Med* 2007;4:1312-1321.

59. Witting K, Santtila P, Jern P, et al. Evaluation of the Female Sexual Function Index in a population based sample from Finland. *Arch Sex Behav* 2008;37:912-924.

60. Oberg K, Fugl-Meyer AR, Fugl-Meyer KS. On categorization and quantification of women's sexual dysfunctions: an epidemiological approach. *Int J Impot Res* 2004;16: 261-269.

61. Kolotkin RL, Binks M, Crosby RD, Kstbye T, Gress RE, Adams TD. Obesity and sexual quality of life. *Obesity (Silver Spring)* 2006;14:472-479.

62. Esposito K, Ciotola M, Giugliano F, et al. Association of body weight with sexual function in women. *Int J Impot Res* 2007;19:353-357. *Menopause*, 2009;16(6):1147.