

Disfunción Sexual en la Mujer Chilena

Dr. Juan Enrique Blümel¹

1.- Introducción

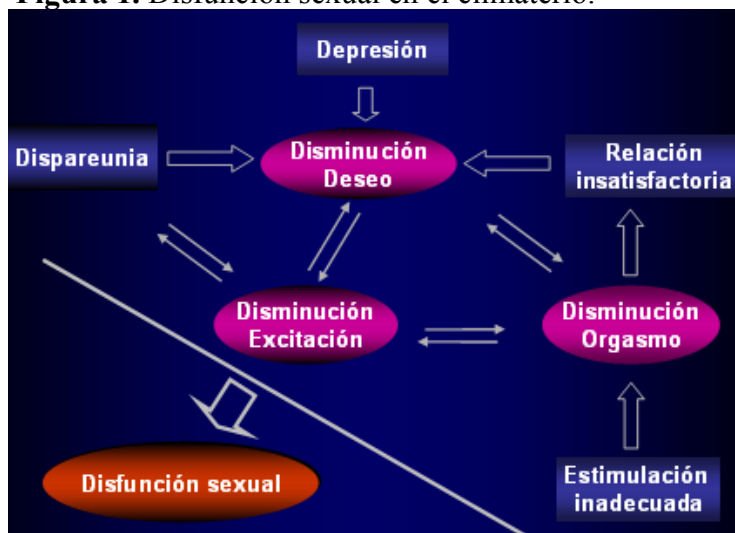
La sexualidad es un aspecto central de la calidad de vida de la mujer y es el reflejo de su nivel de bienestar físico, psicológico y social. Estudiar un fenómeno tan complejo como la sexualidad humana no obstante, es muy difícil, ya que el comportamiento sexual ha variado a través de los siglos y en los diferentes grupos humanos. A esta diversidad se agregan las variaciones individuales de la sexualidad y la gran dificultad que supone cuantificar los diversos aspectos de ésta.

2.- Disfunción sexual en el climaterio

En el climaterio hay múltiples formas por la cual el déficit de estrógeno produce disfunción sexual. La dispareunia afecta al deseo y éste a su vez a la excitación, deteriorando dos aspectos centrales de la sexualidad. Si a esto agregamos que los trastornos del ánimo y la depresión, trastornos frecuentes en el climaterio, disminuyen el deseo y la excitación, no es sorprendente que el climaterio se asocie con deterioro de la sexualidad. Además, no es infrecuente la disfunción sexual masculina que produce relaciones sexuales insatisfactorias; y por ende, disminución del deseo y excitación. En resumen, la mujer después de los 40 años está expuesta a los múltiples efectos que ejercen sobre su sexualidad el climaterio, la vida actual y su pareja (Fig. 1).

¹ Endocrinólogo. Hospital Barros Luco-Trudeau, Universidad de Chile.

Figura 1. Disfunción sexual en el climaterio.



3.-Epidemiología

Nuestra primera aproximación al estudio de la sexualidad surgió en un estudio poblacional, efectuado en el área sur de Santiago, para determinar la calidad de vida después de la menopausia. Encontramos que el riesgo de disfunción sexual aumentaba 5,4 veces en las mujeres climatéricas (1) (Tabla I).

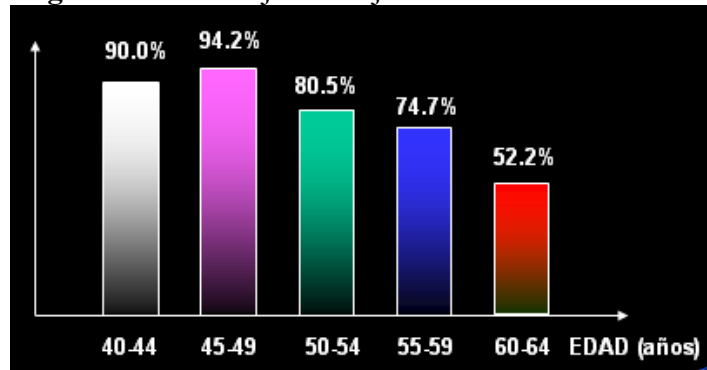
Tabla I. Riesgo de deterioro de calidad de vida con el climaterio.

Calidad de Vida	Riesgo (Odds Ratio)	Intervalo confianza	p
Vasomotor	9.3	3.5 - 26.8	<0.0001
Psicosocial	3.8	1.8 - 8.0	<0.0001
Físico	8.0	3.0 - 23.3	<0.0001
Sexual	5.4	2.2 - 14.3	<0.0001

Como el instrumento que aplicamos en nuestro primer estudio fue de calidad de vida, decidimos estudiar los problemas sexuales del climaterio con la clasificación de los trastornos de la sexualidad aplicada en psiquiatría, definida en el DSM-IV, la cual los agrupa en cuatro dominios: trastornos del deseo, de la excitación, del orgasmo y dispareunia. Considerando estos cuatro aspectos, Laumann publicó en el año 1999 los resultados de un estudio global de sexualidad en los Estados Unidos en el que encontró que 43% de las mujeres entre 18 y 59 años tiene disfunción sexual (2). En el año 2002, aplicamos la metodología de Laumann en mujeres chilenas y encontramos que 94,2% de las mujeres de entre 45 y 49 años tiene actividad sexual, pero ésta disminuye a 80,5% a los 50 años, a 74,7% a los 55 y llega a 52,2% en el quinquenio de 60 a 64 años, lo que significa que sólo la mitad de las mujeres de ese rango de edad tiene actividad sexual (3): por lo tanto, algo sucede en la mujer después de los 50 años que las lleva a

abandonar la actividad sexual.

Figura 2. Porcentaje de mujeres con actividad sexual



En este segundo estudio, aplicando la encuesta de Laumann, se puede apreciar que el deseo falla en 13,3% de las mujeres de 40 años, cifra que aumenta a 46,7% en las mujeres de 65 años. La excitación se comporta de forma similar. Llama la atención lo que sucede con la dispareunia, que aumenta después de los 40 años y luego decrece, lo que resulta inesperado puesto que se sabe que la sequedad vaginal aumenta con la edad (3). La explicación es que las mujeres con dispareunia abandonan la actividad sexual, traduciéndose este hecho en que la dispareunia, si analizamos ahora sólo a las que mantienen relaciones sexuales, no disminuye con la edad (4). Este estudio sugiere que un alto porcentaje de las mujeres abandona la actividad sexual y las que continúan activas sexualmente son las que mantienen la lubricación.

Figura 3. Prevalencia de trastornos de la sexualidad

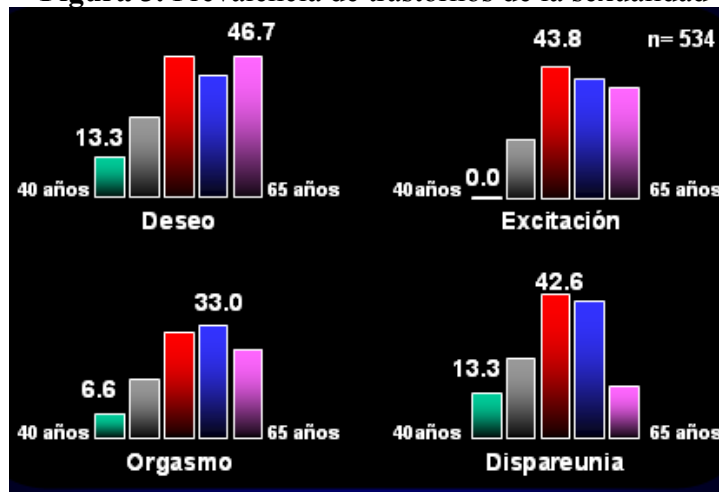
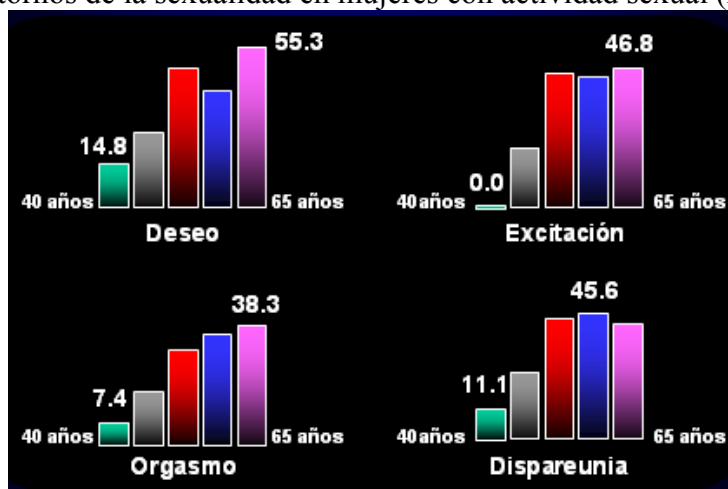
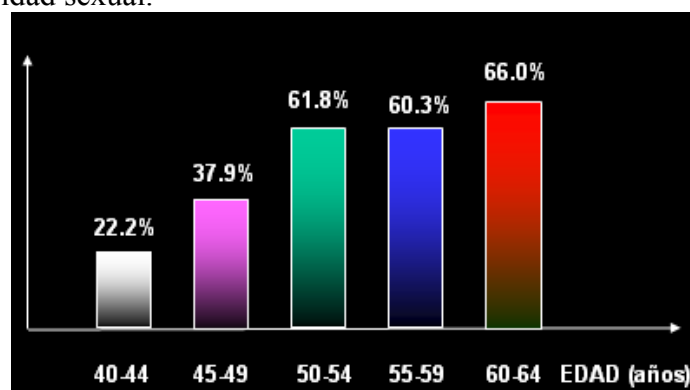


Figura 4. Trastornos de la sexualidad en mujeres con actividad sexual (n = 423)



Si se analizan las cuatro áreas que aplicó Laumann en el estudio de la sexualidad: deseo, excitación, orgasmo y dispareunia, se observa que 22,2% de las mujeres de 40 años de edad, 61,8% de las de 50 años y casi 70% de las de 60 a 64 años tienen disfunción sexual (Fig. 5).

Figura 5. Prevalencia de trastornos de sexualidad en mujeres climatéricas con actividad sexual.



4.- Factores de Riesgo de Disfunción sexual

En la tabla III se muestra el resultado de un análisis de regresión logística sobre los factores de riesgo de disfunción sexual. La histerectomía aparece en primer lugar como factor de riesgo, seguida de la edad y de la menopausia; la impotencia de la pareja implica un mayor riesgo, similar a la menopausia, de disfunción sexual. Dentro de los factores que disminuyen el riesgo de disfunción sexual se encuentran la salud normal y el uso de TH. La educación es otro factor protector, con un OR 0,6, pero en este estudio el resultado no fue estadísticamente significativo.

Tabla III. Factores de riesgo de trastornos de la sexualidad: análisis multivariado.

Variable	OR (IC)	p
Histerectomía	3.7 (1.3-11)	0.02
Edad >49 años	3.4 (1.8-6.4)	0.0001
Menopausia	3.3 (1.6-6.9)	0.001
Impotencia pareja	3.2 (1.2-8.6)	0.008
Educación >12 años	0.6 (0.3-1.2)	ns
Salud normal	0.6 (0.3-0.9)	0.03
Usar TRH	0.1 (0.1-0.2)	0.0001

5.- ¿Porqué las Mujeres Dejan de Tener Actividad Sexual?

Con el objeto de estudiar las causas porqué las mujeres dejaban de tener actividad sexual, estudiamos a mujeres mayores de 40 años que no tenían actividad sexual. Los resultados mostraron que 68% de estas mujeres estaban casadas y 3% eran convivientes, es decir, 70% de las mujeres que no tienen actividad sexual después de los 40 años tienen pareja; eran viudas, solteras o separadas 4,3%, 2,3% y 22%, respectivamente (4). Entre las causas del término de sus relaciones de pareja aparecía la falla sexual de la mujer en sólo 11,7% de los casos, pero es probable que esta falla influya en las otras causas, como las malas relaciones personales (42,3%) o el hecho de que el marido tenga una nueva pareja (19,7%). Cuando los hombres no tienen una actividad sexual adecuada suelen ser agresivos en las relaciones personales con su pareja; luego, el deterioro de éstas podría ocultar un problema de la sexualidad. La impotencia del cónyuge apareció nuevamente como una causa importante de término de la relación de pareja (8,8%) y la viudez fue la causa en 17,5% de los casos. Al analizar a las mujeres que no tienen actividad sexual por grupos de edad se encontró que en el grupo de 40 a 44 años la principal causa era la impotencia de la pareja (40,7%), mientras que a partir de los 45 años la primera causa es la falta de deseo (39,6%) y a los 60 años la principal causa es la falta de pareja. Por lo tanto, la falta de deseo es un elemento central como causa de inactividad sexual en mujeres mayores de 40 años.

6.- Índice de función sexual femenina en Chile y Latinoamérica

Después de estos estudios, un Consenso Internacional efectuado en los Estados Unidos (*International Consensus Development Conference on Female Sexual Dysfunctions: Definitions and Classifications*) estableció una nueva clasificación para los problemas de disfunción sexual femenina, en la cual se mantuvo las cuatro áreas básicas y se agregó los factores de lubricación y satisfacción, ya que existen mujeres que no tienen orgasmos y sí tienen satisfacción en la actividad sexual. Con estos elementos se desarrolló el Índice de Función Sexual Femenina (IFSF), que actualmente se considera como el patrón de oro para estudiar los problemas de disfunción sexual.

En cuanto a función sexual femenina y edad, en un estudio realizado para validar el IFSF en una población chilena, en el que se incluyó a 383 mujeres sanas de 20 a 59 años de edad con actividad sexual, se encontró que la sexualidad en todos sus aspectos: deseo, dolor, lubricación, orgasmo, excitación y satisfacción, logra su máxima

expresión a los 35-40 años (puntaje: $29,1 \pm 4,9$), para caer en los años posteriores ($21,0 \pm 6,0$), especialmente el deseo y excitación; después de los 44 años se incrementa notoriamente el riesgo de disfunción sexual. En los estudios anteriores no había un punto de corte para identificar la disfunción sexual, mientras que con el IFSF se considera como punto de corte un puntaje de 26.55, cifra que es el promedio de las mujeres de 45 a 49 años. Esto significa que en este grupo etario la mitad de las mujeres tiene disfunción sexual (5).

Para aclarar el estudio publicado en la *Revista Médica de Chile* según el cual el uso de TRH es un factor protector importante, se tomó a un grupo de 300 mujeres chilenas de edad similar, de las cuales las que estaban con TRH tenían un porcentaje mucho mayor de histerectomías (29,6%) que las mujeres sin TRH (18,3%), lo que introduce un sesgo. No obstante se observó que el deseo, dolor, orgasmo, satisfacción, excitación y sobre todo la lubricación eran mucho mejores en las mujeres que recibían TRH (Tabla IV).

Tabla IV. Características clínicas y puntaje del IFSF según uso de TRH.

		TRH (+)	TRH (-)	p
	N° casos	81 (27%)	219 (73%)	-
	Edad	$51,6 \pm 4,9$	$50,9 \pm 5,4$	ns
	Histerectomía	24 (29,6%)	40 (18,3%)	< 0,04
Índice Función Sexual Femenina	Deseo	$3,6 \pm 1,2$	$3,2 \pm 1,3$	< 0,04
	Dolor	$5,2 \pm 1,0$	$4,7 \pm 1,3$	< 0,004
	Orgasmo	$4,8 \pm 1,2$	$4,1 \pm 1,4$	< 0,0002
	Satisfacción	$5,1 \pm 1,2$	$4,4 \pm 1,5$	< 0,0004
	Excitación	$4,3 \pm 1,2$	$3,7 \pm 1,3$	< 0,0008
	Lubricación	$5,1 \pm 1,1$	$4,4 \pm 1,5$	< 0,00008
	Puntaje Total	$28,1 \pm 5,5$	$24,6 \pm 6,8$	< 0,00005

En cuanto a la prevalencia de disfunción sexual en Latinoamérica, en uno de los estudios más grandes realizados hasta la fecha se aplicó el IFSF a 7243 mujeres sanas de 40 a 59 años, definiendo como punto de corte un valor total $\leq 26,55$. Cartagena de Indias fue la ciudad con menor prevalencia de disfunción sexual (21%), mientras que en Santiago de Chile la cifra alcanzó a 36%. La prevalencia fue mayor en zonas con población de más edad, como Buenos Aires y Montevideo y en zonas con predominio de población indígena (6). Un estudio realizado en el Norte de Colombia mostró que las mujeres indígenas (Zenues) tuvieron mayor sequedad vaginal que las mujeres negras e hispanicas de la misma zona, las mujeres negras tuvieron mayor tasa de depresión y las mujeres hispanicas mostraron menos compromiso que las indígenas y negras. Las mujeres de Quito, Santa Cruz, Cochabamba y Lima, que son ciudades con alta proporción de población indígena, tuvieron alta tasa de disfunción sexual Si se desglosa por áreas se observa que el deseo cae desde 4,5 hasta 3,1 en Quito, prácticamente en 30%, pero curiosamente la satisfacción no cae en la misma proporción, lo que coincide con lo que se describió recientemente en el Congreso de la EMAS Londres, donde las mujeres postmenopáusicas tenían poca insatisfacción sexual aunque no tuvieran buena sexualidad.

Tabla V. Disfunción sexual femenina en Latinoamérica.

Ciudad	Deseo	Excitación	Lubricación	Orgasmo	Satisfacción	Dolor	% Falla
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	21.0
Santiago	4.0±1.2	4.6±1.0	4.8±1.2	4.8±1.2	4.9±1.1	4.8±1.2	36.0
Guayaquil	3.8±1.1	4.3±1.2	4.9±1.1	4.6±1.2	4.7±1.2	4.7±1.3	43.3
Bogotá	3.5±1.0	4.0±1.0	4.7±1.1	4.5±1.1	4.6±1.2	4.7±1.2	50.3
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	71.8
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	79.5
Cochabamba	3.1±1.1	3.0±1.1	3.7±1.0	3.5±1.1	3.3±1.2	4.1±1.0	86.3
Montevideo	3.7±1.2	4.5±1.2	3.0±0.5	3.8±0.7	4.8±1.2	4.9±1.0	94.5
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	98.5

El análisis de regresión logística para determinar los factores de riesgo de disfunción sexual en este estudio demostró que la falta de lubricación aumenta el riesgo en 31,19 veces; la dispareunia, en 8 veces y la falla sexual de la pareja, en 2,43 veces. El factor violación tuvo un OR de 1,67, sólo un poco mayor que estar casada (1,29), lo que demuestra la capacidad del ser humano para superar ese tipo de agresiones (Tabla VI).

Tabla VI. Factores de riesgo de disfunción sexual femenina en Latinoamérica.

Factor de riesgo	OR	IC 95 %
Poca lubricación	31.19	31.27 - 46.64
Dispareunia	8.74	7.28 - 10.48
Falla sexual de la pareja	2.43	1.97 - 2.99
Antecedente de violación	1.67	1.10 - 2.54
Edad (>48 años)	1.57	1.31 - 1.89
Ooforectomía	1.45	1.03 - 2.03
Estar casada	1.29	1.07 - 1.55

7.- Rol masculino en la disfunción sexual femenina

También se hizo un estudio en 5.942 hombres de 19 centros en 11 países de Latinoamérica; para ello se preguntó a las mujeres si sus maridos tenían disfunción eréctil o eyaculación precoz, de acuerdo a definiciones preestablecidas. Se encontró que 8,9% de los hombres menores de 40 años tenía disfunción eréctil, 13,3% tenía eyaculación precoz y 17,5% tenía una o ambas disfunciones. Entre los 40 y 44 años el porcentaje total de disfunción fue 21%, llegando a 60% en hombres mayores de 70 años (Tabla VII).

Tabla VII. Prevalencia de disfunción sexual en 5.942 hombres de 19 centros en 11 países de Latinoamérica.

Edad (años)	n	Disfunción erectil (%)	Eyaculación precoz (%)	Total disfunción (%)
<40	348	8.9	13.3	17.5
40-49	2105	10.1	15.5	21.0
50-59	2639	20.8	21.4	31.6
60-69	822	36.4	28.2	47.1
≥70	28	57.6	30.3	60.6

En un estudio efectuado en hombres chilenos sanos, para determinar los cambios con la edad de los niveles plasmáticos de testosterona total, SHBG (*Sex hormone-binding globulin*) y testosterona libre y biodisponible, se tomó una muestra de población sana de acuerdo los segmentos etarios del área sur de Santiago, con el objetivo de lograr una muestra representativa desde el punto de vista estadístico. Se observó que la testosterona total decrece desde 503 hasta 383 en hombres de 40 a 54 años, pero la variabilidad es tan amplia que las diferencias no son estadísticamente no significativas, de modo que no se puede decir que el nivel de testosterona total decrece a medida que avanza la edad; de hecho el nivel más alto de testosterona total, 800 ng/dl, se encontró en un hombre de 80 años. La SHBG tiene un valor de 31 nmol/L en hombres de 40 a 54 años y aumenta a 47,5 en los mayores de 70 años, es decir, el transportador aumenta; como consecuencia, los niveles de testosterona libre decrecen de 10,6 ng/dl en los hombres menores de 55 años hasta 6,4ng/dl en los mayores de 70 años. Se considera déficit de testosterona libre niveles inferiores 9,8 ng/dL. La testosterona biodisponible, que incluye a la testosterona libre más la testosterona ligada albúmina, que es la verdaderamente útil, cae en forma importante, desde 266 a 152 ng/dl (Tabla VIII).

Tabla VIII. Cambios con la edad de los niveles plasmáticos de testosterona total (TT), SHBG, testosterona libre calculada (TLC) y biodisponible (TB).

Edad (años)	TT (ng/dl)	Δ (%)	SHBG (nmol/L)	Δ (%)	TLC (ng/dl)	Δ (%)	TB (ng/dl)	Δ (%)
40 – 54	503.6±180.1	100.0	31.0±15.0	100.0	10.6±3.2	100.0	266.6±81.2	100.0
55 – 69	473.7±175.4	94.1	40.4±16.7	130.3	8.6±3.2	81.1	220.1±85.8	82.6
≥ 70	382.1±247.3	75.9	47.5±18.6	153.2	6.4±3.6	60.4	152.2±97.6	57.1
p	ns	ns	0.001	0.001	0.0001	0.0001	0.0001	0.0001

Actualmente, para describir la declinación de la función androgénica en el hombre mayor se utiliza el término PADAM (*partial androgen deficiency in aging male*). También se utiliza el término *andropausia*, que tiene una connotación emocional similar a la de la menopausia entre los pacientes, e incluso entre los profesionales de la salud. Otro término en uso es *hipogonadismo de aparición tardía* (LOH). En nuestros estudios hemos mostrado que porcentaje de andropausia en hombres entre 40 y 54 años

es 17,9%, después de los 55 años es 29,2% y en los mayores de 70 años, 66,7%. Podríamos concluir señalando que un alto porcentaje de nuestra población (28,1%) tiene un déficit de testosterona biodisponible (Tabla IX).

Tabla IX. PADAM según niveles de testosterona biodisponible. Chi cuadrado 8,04; $p < 0,017$.

Edad	Niveles Testosterona biodisponible	
	PADAM (+) / Total	(%)
40 – 54	12/57	17.9
55 – 69	23/24	29.2
≥ 70	11/15	66.7
Todos	27/96	28.1

8.- Opciones de tratamiento

Las opciones de tratamiento son las siguientes:

- Terapia sexual de pareja
- Terapia Hormonal con: estrógenos; estrógenos/andrógenos; andrógenos; o tibolona.
- Otras terapias; sildenafil; lubricantes/humedificantes.

La TRH es un factor de protección que disminuye los problemas de lubricación. En la siguiente tabla se muestran los resultados de un estudio reciente, prospectivo, aleatorio, con placebo y doble ciego, realizado con el objetivo de determinar la utilidad de la terapia hormonal más andrógenos (THA). Hubo una notable mejoría de la dispareunia y el deseo con la THA, no obstante lo que se utiliza como primera opción es la TRH convencional (7) (Tabla X).

Tabla X. Terapia hormonal más andrógenos en el tratamiento de la disfunción sexual femenina.

Dominios IFSF	Cambio	p	
Deseo	Placebo	0.4 ± 1.5	0.002
	THA	1.9 ± 1.4	
Excitación	Placebo	0.7 ± 1.4	0.02
	THA	1.6 ± 1.0	
Lubricación	Placebo	0.4 ± 1.1	0.01
	THA	1.5 ± 1.5	
Orgasmo	Placebo	0.4 ± 1.2	0.008
	THA	1.4 ± 1.1	
Satisfacción	Placebo	0.1 ± 1.0	0.001
	THA	1.4 ± 1.4	
Dispareunia	Placebo	0.2 ± 1.1	0.002
	THA	1.6 ± 1.5	

9.- Recomendaciones

1. En toda mujer mayor de 40 años que consulte al médico se debe indagar sobre la presencia de sequedad vaginal y dispareunia, que es un fuerte factor de riesgo de disfunción sexual.
2. Las terapias locales o sistémicas mejoran la lubricación y disminuyen la dispareunia.
3. Los profesionales de la salud deben preocuparse por este tema y ofrecer opciones para mejorar la sexualidad y por ende, la calidad de vida de la mujer, su pareja y su familia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Blümel, JE; Castelo-Branco, C; Binfá, L et al. *Quality of life after the menopause: a population study*. Maturitas 2000; 34: 17-23.
2. Laumann, EO; Paik, A; Rosen, RC. *Sexual Dysfunction in the United States. Prevalence and Predictors*. JAMA 1999; 281: 537-44.
3. Blümel, JE. *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; 130(10):1131-1388.
4. Blümel, JE; Castelo-Branco, C; Cancelo, MJ; Romero, H; Aprikian, D; Sarrá, S. *Impairment of sexual activity in middle-aged women in Chile*. Menopause 2004. 11 (1), 78-81.
5. Blümel, JE et al. *Índice de función sexual femenina: un test para evaluar la sexualidad de la mujer*. Rev chil obstet ginecol 2004 (online), vol.69, n.2, pp. 118-125. ISSN 0717-7526.
6. Blümel, JE; Chedraui, P; Baron, G; Belzares, E; Bencosme, A et al. *Sexual dysfunction in middle-aged women: a multicenter Latin American study using the Female Sexual Function Index*. Menopause. 2009 May 19. [Epub ahead of print].
7. Blümel, JE. J Gynecol Endocrinology 2009. [Epub ahead of print].