

UN MENOR NIVEL SOCIOECONÓMICO SE ASOCIA A UN MAYOR RIESGO DE DISFUNCIÓN SEXUAL EN MUJERES DE 45 A 75 AÑOS, EN COMPARACIÓN A UN MAYOR NIVEL SOCIOECONÓMICO

Daniela Ahumada^{a*}

Claudia Espinoza^a

^aEstudiante de Medicina, Facultad de Medicina Clínica Alemana de Santiago - Universidad del Desarrollo.

Artículo recibido el 21 de octubre, 2020. Aceptado en versión corregida el 12 de diciembre, 2020.

RESUMEN

Introducción: La sexualidad femenina impacta en la calidad de vida tanto emocional como psicológicamente. Un 22 a 43% de las mujeres presenta problemas de sexualidad, con mayor frecuencia durante la perimenopausia. Entre las posmenopáusicas un 23 a 27% considera un problema el bajo deseo sexual, que, si bien no está asociado directamente a la menopausia, depende del estado de salud, nivel socioeconómico y disponibilidad de la pareja. **Objetivo:** Determinar si existe mayor riesgo de disfunción sexual en mujeres perimenopáusicas y posmenopáusicas según el nivel socioeconómico, a partir del sistema previsual de salud al que pertenece la mujer. **Metodología:** Se realizó un estudio transversal descriptivo analítico, durante 5 meses. Un total de 292 mujeres entre 45 y 75 años, 145 beneficiarias del Fondo Nacional de Salud, y 147 afiliadas a seguros privados fueron incluidas. La salud sexual fue analizada con el cuestionario Female Sexual Function Index, validado en Chile. Se analizaron, además, las características sociodemográficas, comorbilidades, medicamentos y cirugías con el software Stata/1c15.0. **Resultado:** La prevalencia global de riesgo de disfunción sexual fue 58,2%, siendo significativamente mayor en beneficiarias del sistema público. Las variables escolaridad, tiempo desde última menstruación y ausencia de relaciones sexuales frecuentes, fueron significativas al momento de analizar el mismo riesgo. **Discusión:** Si bien el nivel socioeconómico es una de las variables que influye en el riesgo de disfunción sexual, no es la única. El riesgo es multifactorial, e incluye variables nuevas, como calidad de vida en pareja y la idea personal de vida sexual saludable. Se requieren más estudios sobre factores de riesgo de disfunción sexual, para realizar terapias personalizadas. **Conclusión:** La escolaridad y diabetes mellitus afectan todos los dominios de la sexualidad. Se logra demostrar que los dominios afectados requieren orientación de tratamientos específicos a cada mujer.

Palabras clave: Sexualidad, Perimenopausia, Posmenopausia, Clase social.

INTRODUCCIÓN

La salud sexual en la mujer se ve afectada por aspectos biológicos y psicosociales¹, que impactan directamente en la calidad de vida a través del bienestar emocional y psicológico². Los factores psicosociales que influyen son múltiples, por lo que la motivación de realizar este estudio, es determinar el Riesgo de Disfunción Sexual (RDS) en mujeres perimenopáusicas y posmenopáusicas, según el Nivel Socioeconómico (NSE). Conocer los factores externos influyentes, permitirá implementar a futuro, medidas que mejoren la sexualidad en este grupo etario.

La salud sexual en la menopausia ha sido un tema de amplio estudio en los últimos años, sin embargo, aún no se ha llegado a un consenso sobre su definición, etiología y manejo, entre otros. La Organización Mundial de la Salud (OMS), define salud sexual como un estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad. Requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y de las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de toda coacción, discriminación y violencia³. Sumado a esto, existen otras definiciones que complementan este concepto^{4,5}.

La menopausia se entiende como una transición fisiológica de la mujer, caracterizada por niveles de estrógeno fluctuantes, con una tendencia a su disminución. Estos cambios afectan la elasticidad de la mucosa vaginal, produciendo atrofia y dispareunia².

Los problemas sexuales son comunes dentro de las mujeres en este período, con una prevalencia mundial del 22 a 43%⁶, y con una prevalencia de 65% entre los 55 y 59 años en Chile⁷. Estas dificultades repercuten en la mujer, como lo evidencia la revista *The Obstetrician & Gynaecologist*, que menciona que un 92% de las mujeres considera relevante una vida sexual activa⁸. A pesar de ser considerada relevante, la actividad sexual femenina disminuye significativamente con la edad, con menores tasas en comparación a la disminución reportada por el sexo masculino⁷. El bajo deseo sexual produce mayor estrés en mujeres a menor edad (entre los 20 y 59 años de un 42 a 54%; y entre los 50 a 70 años un 23 a 27%)⁹.

El NSE también es un factor influyente. En un estudio chileno del año 2018, se determinó que, a menor NSE, el RDS en la mujer es mayor, con una prevalencia de 7,2% en la pobreza crítica, v/s 1,2% en la clase medio alta¹⁰. Otros estudios internacionales avalan lo antes mencionado. Es el

*Correspondencia: dahumadam@udd.cl
2020, Revista Confluencia, 3(2), 74-78



caso de un estudio realizado en población mexicana, en la cual se observó que un menor NSE aumenta en 1,94 veces el RDS en la mujer¹¹.

El “cambio en la función sexual” ha sido objeto de gran estudio. Avis et al., describen que el estado postmenopáusico se asocia a una disminución del deseo sexual y aumento del dolor vaginal¹². En la misma línea, Laumann et al., determinan que el deseo sexual disminuye con la menopausia, y está directamente asociado a los cambios hormonales, es decir, el aumento sérico de la hormona folículo estimulante, se asocia a menor deseo sexual, en cambio, un aumento de los estrógenos y testosterona urinaria, se asocia a mayor deseo¹³. Prairie et al., concluyeron que, a menor edad, con mejor red de apoyo y mayor bienestar emocional, las relaciones sexuales son más placenteras, sin asociarse a mayor RDS en la menopausia¹. Por último, Thomas et al., describen que el deseo sexual disminuye con la menopausia, pero no así la frecuencia, excitación e importancia otorgada por la mujer a la relación sexual¹⁴.

El diagnóstico de disfunción sexual, se realiza a través de los criterios americanos del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, quinta versión (DSM-5, en inglés), que la define como un grupo heterogéneo de desórdenes que se caracterizan típicamente por un trastorno clínicamente significativo en la habilidad de una persona para responder sexualmente a una experiencia sexualmente placentera. Dentro de este grupo se encuentran los trastornos orgásmicos femeninos, del interés sexual femenino, del dolor genito-pélvico/penetración y la disfunción sexual inducida por sustancias/medicamentos¹⁵.

Debido a lo anteriormente expuesto, se entiende que la disfunción sexual es un tema relevante de estudio, ya que se constituye como un problema que está determinado por factores externos a la mujer. La hipótesis que se planteó fue “Un menor nivel socioeconómico se asocia a un mayor riesgo de disfunción sexual en mujeres de 45 a 75 años, en comparación a un mayor nivel socioeconómico”.

El objetivo principal del estudio es determinar el RDS en beneficiarias del sistema público de salud, (clasificadas como menor NSE), v/s aquellas beneficiarias del sistema privado (clasificadas con mayor NSE). Los objetivos secundarios fueron determinar la asociación del RDS con características sociodemográficas, comorbilidades, medicamentos, cirugías previas, antecedente de histerectomía y fecha desde la última menstruación. El presente estudio busca entonces identificar las variables que influyen en la sexualidad femenina, con énfasis en la repercusión que trae en estas un menor NSE, determinando la incidencia de RDS y variables externas que puedan influir en la sexualidad femenina.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio analítico a partir de una base de datos anonimizada, la cual incluía 292 respuestas válidas de mujeres encuestadas durante enero a mayo de 2019. Un total de 145 respuestas provinieron del sistema previsional público (Fondo Nacional de Salud, FONASA), y 147 provinieron del sistema privado de salud (ISAPRE). Los criterios de inclusión de la base de datos previamente obtenida fueron: mujeres entre 45 y 75 años, alfabetas, seleccionadas por conveniencia. La mayoría de las mujeres con bajo NSE provenían de las comunas de La Pintana, La Granja y San Ramón. Las mujeres con mayor NSE provenían de Las Condes, Lo Barnechea y Vitacura. Todas las mujeres encuestadas tenían residencia en la Región Metropolitana.

En cuanto a la población seleccionada, todas las mujeres estaban en el período de perimenopausia, menopausia precoz o menopausia tardía. Se entregaron dos cuestionarios, una encuesta demográfica para caracterizar a la población (Figura 1) y el cuestionario Female Sexual Function Index (FSFI), previamente validado en la población chilena¹⁶. El cuestionario consta de 19 preguntas, agrupando los dominios sexuales: deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor. A cada pregunta se le asigna un puntaje de 0 a 5 puntos. Este puntaje se multiplica por un factor según el dominio, y el resultado final es la suma de todos los dominios. Mientras mayor sea el puntaje mejor puntuación tiene la sexualidad de la persona.

ENCUESTA SOBRE CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS

RUT: _____

Fecha de nacimiento:

Estado Civil: Casada Soltera Conviviente Viuda

¿Cuánto pesa? (aproximado en kilos) _____

¿Cuánto mide? (aproximado en metros) _____

Estudios: Básica Media Superior (Técnico o Universitario)

¿Cuántos hijos tuvo? _____

¿Cuándo fue su fecha de última regla?
(¿A qué edad le llegó la menopausia?) _____

¿Tiene pareja estable? (Hace más de un año) Si No

¿Tiene relaciones sexuales de forma habitual? Si No

¿Tiene Ud. alguna de estas enfermedades?

Diabetes	<input type="checkbox"/>	¿Toma Ud. alguno de estos medicamentos?	<input type="checkbox"/>
Hipertensión	<input type="checkbox"/>	Metformina	<input type="checkbox"/>
Hipotiroidismo	<input type="checkbox"/>	Insulina	<input type="checkbox"/>
Artritis Reumatoide o Lupus	<input type="checkbox"/>	Enalapril o Losartan	<input type="checkbox"/>
Artrosis	<input type="checkbox"/>	Hidroclorotiazida	<input type="checkbox"/>
Depresión	<input type="checkbox"/>	Furosemida	<input type="checkbox"/>
Tabaquismo	<input type="checkbox"/>	Prednisona	<input type="checkbox"/>
		Paracetamol	<input type="checkbox"/>
		Sertralina	<input type="checkbox"/>
		Terapia de reemplazo hormonal (menopausia)	<input type="checkbox"/>

¿Tiene útero? Si No

¿Tiene ovarios? Si No

Figura 1. Encuesta sobre características demográficas



Para el análisis de los datos se utilizó el Software Stata/1c 15.0. Para la comparación de dos grupos de variables continuas de distribución normal se utilizó Test T de Student. Para las variables de distribución no normal se empleó el Test de Mann-Whitney. Para las variables categóricas el Test de Fischer, asumiendo una muestra significativa con valor $p < 0,01$. Para el análisis de más de dos grupos se utilizó el Test de Kruskal-Wallis. Por último, para el análisis multivariable se realizó una regresión logística, calculándose el área bajo la Curva de ROC.

En cuanto a la confidencialidad de las preguntas, todas las mujeres firmaron libremente un consentimiento informado. El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética del Hospital Padre Hurtado (Código PG_94-2020) y por el Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente.

RESULTADO

Del análisis demográfico de la población estudiada, se obtuvo una edad promedio de $56,03 \pm 7,19$ años. Destaca que las mujeres beneficiarias de sistema público tienen mayor Índice de Masa Corporal (IMC), mayor paridad, y más prevalencia de comorbilidades como la Diabetes Mellitus (DM) e Hipertensión Arterial (HTA), y, por tanto, mayor uso de fármacos antihipertensivos e insulina. Por el contrario, las mujeres pertenecientes a sistema privado tienen pareja estable con más frecuencia, relaciones sexuales frecuentes, mayor porcentaje de escolaridad superior y uso de Terapia Reemplazo Hormonal (TRH). No se observó una diferencia significativa entre el tiempo desde la última menstruación (TUM) ni en la prevalencia de histerectomía entre ambos grupos.

Tabla 1: Descripción de las características demográficas de la población estudiada.

Variable	Promedio global	Promedio S. Público	Promedio S. Privado	p
IMC (kg/m ²)	26,66±5,01	29,12±5,09	24,23±3,55	0,000
Paridad	3,05±1,48	3,27±1,58	2,82±1,35	0,009
TUM (años)	7,81±7,87	7,62±8,99	8,00±6,59	0,680
Pareja estable	81,51%	74,48%	88,44%	0,002
Tiene relaciones sexuales frecuentes	61,64%	51,72%	71,43%	0,001
Escolaridad superior	60,27%	22,76%	97,28%	0,000
DM	17,81%	28,28%	7,48%	0,000
HTA	33,22%	46,90%	19,73%	0,000
Insulina	4,45%	8,28%	0,68%	0,001
Antihipertensivos	26,37%	38,62%	14,29%	0,000
TRH	16,10%	4,14%	27,89%	0,000
Histerectomía	21,92%	17,93%	25,85%	0,120

IMC: Índice de Masa Corporal, TUM: Tiempo desde la Última Menstruación, DM: Diabetes Mellitus, HTA: Hipertensión Arterial, TRH: Terapia Reemplazo Hormonal, p: Valor p

Del análisis sobre el RDS en la población estudiada, un 58,22% presentaba riesgo (puntaje en cuestionario FSFI < 26), siendo mayor en mujeres beneficiarias de sistema público v/s isapre (66,90% v/s 49,66%, $p=0,003$), el cual confiere un riesgo de 2,04 veces más para RDS ($p < 0,003$, 95% CI 1,27-3,28).

En cuanto a la satisfacción de la vida sexual (preguntas 14 a 16 cuestionario FSFI), las beneficiarias de sistema público tienen menor satisfacción emocional v/s las de sistema privado ($2,64 \pm 2,16$ v/s $3,48 \pm 1,9$, $p=0,000$). No hubo diferencias significativas entre ambos grupos al evaluar la satisfacción total.

En cuanto al análisis univariable del cuestionario (Tabla 2), es relevante destacar que, a mayor edad, mayor es el RDS. Al realizar un análisis sobre el riesgo adicional que estas variables confieren, se obtuvo que la escolaridad básica confiere 4,34 veces más RDS ($p < 0,005$, 95% CI 1,56-12,03), siendo la escolaridad superior un factor protector. El TUM aumenta de manera discreta la presencia de RDS, sin embargo, no se evidencia una diferencia significativa en cuando a RDS en mujeres con histerectomía.

La ausencia de pareja estable otorga también un elevado RDS de 7,86 veces más por sobre mujeres con pareja estable ($p < 0,009$, 95% CI 1,68-36,71). Por último, la variable que más riesgo confiere a la mujer, es la ausencia de relaciones sexuales frecuentes, con 12,56 veces más riesgo ($p < 0,000$, 95% CI 5,29-29,81).

Tabla 2: Riesgo de Disfunción Sexual según variables externas a la mujer

Variable	RDS presente	RDS ausente	p
Edad (años)	57,24±7,46	54,33 ±6,44	0,000
IMC (kg/m ²)	27,36±5,55	25,68±3,98	0,004
Escolaridad básica	21,76%	5,74%	0,000
Escolaridad superior	49,41%	75,41%	0,000
TUM (años)	9,43±8,27	5,68±6,74	0,000
Pareja estable	70,00%	97,54%	0,000
Tiene relaciones sexuales frecuentes	39,41%	92,62%	0,000
DM	25,29%	7,38%	0,000
HTA	38,24%	26,23%	0,033
TRH	11,76%	22,13%	0,023
Histerectomía	19,41%	25,41%	0,252

RSD: Riesgo de Disfunción Sexual, IMC: Índice de Masa Corporal, TUM: Tiempo desde la Última Menstruación, DM: Diabetes Mellitus, HTA: Hipertensión Arterial, TRH: Terapia Reemplazo Hormonal, p: Valor p



DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en esta investigación se condicen con la literatura internacional. Como se mencionó anteriormente, entre un 22 a 43% de las mujeres reportaron problemas sexuales, con mayor prevalencia en la perimenopausia⁶, siendo la prevalencia en Chile mayor a la mundial⁷. De esta investigación se concluye que el RDS en la población estudiada fue de 58,22%, valor semejante a la realidad chilena, pero significativamente mayor a la mundial. Lo anterior fue atribuido al efecto de las características demográficas de la población estudiada.

La prevalencia de DM en Chile es superior a la prevalencia mundial, siendo ésta más frecuente en el sexo femenino^{17,18}. En los resultados obtenidos, se evidencia que las mujeres con DM tienen un riesgo significativamente mayor de disfunción sexual, lo que explicaría el elevado resultado obtenido frente a la situación internacional. Respecto a la HTA, a diferencia de la DM, ésta no arrojó en este estudio ser un factor de RDS, valor que también se podría justificar por la tasa de sobrepeso y obesidad del país, que el año 2017, según el ranking de obesidad de la OCDE, ubicaba a Chile como el segundo país con mayores tasas de obesidad, con un 34,4% de la población¹⁹. Del mismo modo, la prevalencia de sobrepeso y obesidad en Chile, comprende a más del 60% de la población²⁰. Los resultados de esta investigación apoyan lo antes mencionado, dado que, a mayor IMC, mayor es el RDS.

En este estudio se obtuvo que el RDS en beneficiarias de sistema público era consistentemente mayor a las beneficiarias de sistema privado. Al extrapolar por NSE, se obtuvo que aquellas mujeres con menor nivel, tenían mayor prevalencia de DM, mayor IMC, mayor paridad, menor escolaridad, menor frecuencia de pareja estable y relaciones sexuales frecuentes, lo cual explica los resultados.

En cuanto a la paridad, estudios evidencian que mujeres con dos o más hijos, tienen mayor RDS⁷. Sobre la escolaridad, el presente estudio revela que la educación es un factor protector. Mujeres con escolaridad básica tienen 4,34 veces más RDS. Estudios internacionales siguen esta misma tendencia, siendo la baja escolaridad un factor de riesgo de disfunción²².

Por otro lado, de este estudio se desprende que una pareja estable es un factor protector, situación que se asocia a la presencia de relaciones sexuales habituales. Este hecho estaría condicionado por la calidad de la relación, ya que estudios muestran que una mala comunicación con la pareja o insatisfacción en el matrimonio, son factores de riesgo de disfunción sexual^{23,24}, no así una buena comunicación con la pareja, que es un factor protector²⁵.

Por último, este estudio evidenció que el uso de TRH es significativamente más frecuente a mayor

NSE. Sin embargo, no se logró demostrar de manera significativa el rol protector de la TRH en cuanto a la prevención de disfunción sexual, lo cual contrasta con la literatura internacional revisada. En un estudio publicado en Venezuela, se demostró que mujeres no usuarias de TRH tenían 11,9 veces más riesgo de disfunción sexual v/s aquellas que sí la recibían²¹. Se cree que estos resultados podrían explicarse por factores socioculturales, tales como el nivel educacional y comorbilidades. Sin embargo, se requieren más estudios en población chilena para evaluar el impacto de la TRH en la vida sexual y generar políticas públicas concordantes.

Por lo tanto, este estudio contribuye a determinar que la salud sexual de la mujer menopáusica tiene múltiples factores que la afectan. Con los datos obtenidos, se logró identificar problemas que afectan a la población, lo cual impulsa a buscar tratamientos enfocados en cada paciente y no una forma global de enfrentar el problema.

CONCLUSIÓN

En conclusión, y dado los antecedentes expuestos, se puede afirmar que las mujeres beneficiarias del sistema público tienen más riesgo de presentar disfunción sexual, lo cual constituía el principal objetivo de análisis. De los objetivos secundarios, se logró determinar cuáles variables otorgaban más RDS a las mujeres y se pudo relacionar con la literatura nacional e internacional, por lo que se pudo demostrar que la disfunción sexual es multifactorial y, por lo tanto, debe ser manejada de manera interdisciplinaria.

La importancia del trabajo radica en la alta prevalencia que tiene este problema dentro de las mujeres, y la consecuente necesidad de determinar las variables que afectan a la sexualidad de cada mujer, lo que permitirá tratarlas de manera específica y con ello lograr cambios en su calidad de vida. Como se mencionó anteriormente, la salud sexual impacta en el bienestar emocional y psicológico de cada mujer. En el mismo sentido, determinar los factores externos que impactan en la sexualidad permite a los médicos establecer maneras de trabajo especializadas a cada persona.

Los resultados más relevantes encontrados son el alto riesgo que confiere a la mujer tener un menor NSE, lo cual, si bien se ve afectado por múltiples variables, logra afectar por sí solo a la sexualidad de la mujer. Especial importancia tiene en la vida de la mujer la ausencia de pareja estable y de relaciones sexuales frecuentes en cuanto a la probabilidad de presentar disfunción sexual.

En cuanto al resultado obtenido sobre el uso de TRH, se cree que sería beneficioso tener más estudios en Chile sobre su utilidad en la disfunción sexual, dado que la literatura internacional avala su rol en el manejo de ésta. Del mismo modo, aún quedan múltiples variables susceptibles de estudiar



en la población chilena, como son, la carga laboral de la mujer, los roles tradicionales de género, creencias religiosas, tabúes en el ámbito sexual, entre otros, todas variables que tienen un potencial impacto en el RDS y que podrían ser abordadas de manera multidisciplinaria por distintos profesionales, en conjunto a la correcta prescripción de TRH.

En cuanto a las limitaciones del estudio, al ser un estudio con serie de casos, existe el sesgo de la selección de los pacientes que constituían la base de datos. Sería de utilidad realizar este estudio con una mayor muestra de mujeres, extrapolando el NSE con el ingreso promedio familiar, para hacer una diferenciación más objetiva, dado que los planes de salud pueden diferir mucho entre ellos.

AGRADECIMIENTOS

Queremos agradecer a nuestra tutora Trinidad Astete W. y al Dr Marco Levancini por orientarnos durante el análisis de la base de datos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Prairie BA, Scheier MF, Matthews KA, Chang CC, Hess R. A higher sense of purpose in life is associated with sexual enjoyment in midlife women. *Menopause*. 2011;18(8):839-44.
- Thornton K, Chervenak J, Neal-Perry G. Menopause and Sexuality. *Endocrinol Metab Clin N Am*. 2015; 44:649-61.
- Organización Mundial de la Salud. Temas de Salud. Salud Sexual [Internet]. Ginebra: OMS; 2020 [citado el 3 de abril de 2020]. Disponible en: https://www.who.int/topics/sexual_health/es/
- Baber R, Panay N. Recomendaciones 2016 de la IMS sobre salud de la mujer de edad mediana y terapia hormonal de la menopausia. *CLIMACTERIC*. 2016; 19:109-50.
- Parra M, Lagos N, Levancini M, Villarroel M, Pizarro E, Vanhauwaert P, et al. Menopausia y Terapia Hormonal de la Menopausia. Las recomendaciones 2018 de la Unidad de Endocrinología Ginecológica de Clínica Alemana de Santiago, Sociedad Italiana de la Menopausia y la Sociedad Chilena de Endocrinología Ginecológica. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2018;83(5):527-50.
- Thomas HN, Thurston RC. A biopsychosocial approach to women's sexual function and dysfunction at midlife: A narrative review. *Maturitas*. 2016;87:49-60.
- Figueroa JR, Jara AD, Fuenzalida PA, Del Prado AM, Flores D, Blumel JE. Prevalence of sexual dysfunction among climacteric women. *Rev Med Chil*. 2009;137(3):345-50.
- Cumming GP, Mauelshagen AE, Parrish MH. Postmenopausal sexual dysfunction. *The Obstetrician & Gynaecologist*. 2010; 12:1-6
- Graziottin A, Koochaki PE, Rodenberg CA, Dennerstein L. The prevalence of hypoactive sexual desire disorder in surgically menopausal women: an epidemiological study of women in four European countries. *J Sex Med*. 2009;6(8):2143-53.
- Bustos G, Perez R. Relación entre factores psicosociales y el Índice de Función Sexual Femenina en población rural de la comuna de Teno, Región del Maule. *Perinatol Reprod Hum*. 2018;32(1),9-18.
- Vega G, Flores PJ, Ávila J, Becerril A, Vega AJ, Camacho N, et al. Factores biopsicosociales asociados a la disfunción sexual femenina en una población mexicana. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2014;79(2),81-5.
- Avis NE, Brockwell S, Randolph JF Jr, Shen S, Cain VS, Ory M, et al. Longitudinal changes in sexual functioning as women transition through menopause: results from the Study of Women's Health Across the Nation. *Menopause*. 2009;16(3):442-52.
- Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *JAMA*. 1999;281(6):537-44.
- Thomas HN, Hess R, Thurston RC. Correlates of Sexual Activity and Satisfaction in Midlife and Older Women. *Ann Fam Med*. 2015;13(4):336-42.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5*. 5a ed. Washington, DC: APA, 2013.
- Blümel JE, Binfa L, Cataldo P, Carrasco A, Izaguirre H, 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.
- Sandín M, Espelt A, Escolar-Pujolar A, Arriola L, Larrañaga I. Desigualdades de género y diabetes mellitus tipo 2: La importancia de la diferencia. *Av en Diabetol*. 2011;27(3):78-87.
- Sapunar J. Epidemiología de la Diabetes Mellitus en Chile. *Rev Méd Clí Cond*. 2016;27(2):146-51.
- Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. Día Mundial de la Alimentación: Chile es el segundo país OCDE con la tasa más alta de obesidad [Internet]. Roma: FAO; 2020 [citado el 5 de abril de 2020]. Disponible en: <http://www.fao.org/chile/noticias/detail-events/es/c/1157509/>
- Organización Panamericana de la Salud Chile. Obesidad [Internet]. Santiago: OPS/OMS; 2020 [citado el 5 de abril de 2020]. Disponible en: https://www.paho.org/chi/index.php?option=com_content&view=article&id=179:obesidad&Itemid=1005
- Baabel N, Urdaneta J, Valbuena G, Contreras A, Azuaje E. Efectos de la terapia de reemplazo hormonal sobre la función sexual de mujeres con menopausia natural o quirúrgica. *Rev Obstet Ginecol Venez*. 2014;74(3):184-92.
- Singh JC, Tharyan P, Kekre NS, Singh G, Gopalakrishnan G. Prevalence and risk factors for female sexual dysfunction in women attending a medical clinic in south India. *J Postgr Med*. 2009;55(2):113-20.
- Jaafarpour M, Khani A, Khajavikhan J, Suhrabi Z. Female sexual dysfunction: prevalence and risk factors. *J Clin Diagn Res*. 2013;7(12):2877-80.
- Ibrahim ZM, Ahmed MR, Sayed Ahmed WA. Prevalence and risk factors for female sexual dysfunction among Egyptian women. *Arch Gynecol Obstet*. 2013;287(6):1173-80.
- Hayes RD, Dennerstein L, Bennett CM, Sidat M, Gurrin LC, Fairley CK. Risk factors for female sexual dysfunction in the general population: exploring factors associated with low sexual function and sexual distress. *J Sex Med*. 2008;5(7):1681-93.

