

# Respuesta sexual en mujeres posmenopáusicas

Drs. Marien Fernández Correa<sup>1</sup>, José Urdaneta Machado<sup>2</sup>, Sulay Villalobos de Vega<sup>3</sup>, Nasser Baabel Zambrano, Gustavo Valbuena<sup>3</sup>, Alfi Contreras Benítez<sup>4</sup>

## RESUMEN

**Objetivo:** Comparar la respuesta sexual en mujeres posmenopáusicas según el tipo de menopausia presentada.

**Métodos:** Se estudiaron 120 pacientes divididas en dos grupos pareados, las cuales fueron valoradas mediante un cuestionario de 46 ítems a través de una escala de Lickert, validado mediante el juicio de expertos y el coeficiente Alfa-Cronbach (0.94).

**Ambiente:** Maternidad Dr. Armando Castillo Plaza, Maracaibo.

**Resultados:** Durante la excitación, sus indicadores en las menopáusicas naturales se ubicaron en las categorías alta o moderada; mientras que en las histerectomizadas en moderada o baja. En el orgasmo, los indicadores analizados se encontraron en iguales categorías, salvo el indicador tipos de estimulación que resultó alto en las que presentaron menopausia natural y bajo en las quirúrgicas. Por su parte, en las fases de meseta y resolución los indicadores se mostraron en categorías similares.

**Conclusión:** Existen diferencias significativas en las fases de excitación y orgasmo entre ambos grupos, reflejando en las mujeres que tuvieron una menopausia natural bienestar sexual, vida placentera y salud.

**Palabras clave:** Histerectomía. Respuesta sexual. Menopausia quirúrgica. Menopausia natural.

## ABSTRACT

**Objective:** To compare the sexual response in postmenopausal women according with the menopause type showed.

**Methods:** One thousand twenty patients were studied, divided into two matched groups, which were assessed through a questionnaire comprising 46 items through a Lickert's scale, validated by expert opinion and the Cronbach alpha coefficient (0.94).

**Setting:** "Dr. Armando Castillo Plaza" Maternity Center, Maracaibo

**Results:** During the arousal phase, all indicators were located in the high or moderate category in natural menopausal, while in the hysterectomized women were moderate or low. In the orgasm phase, analyzed indicators were in same categories, although stimulation type in natural menopausal women was high and low in the hysterectomized. Meanwhile, in plateau and resolution phases, the indicators were showed in similar categories.

**Conclusions:** There are significant differences in arousal and orgasm phases between the two groups reflecting in the natural menopausal sexual wellness, pleasant life and health.

**Key words:** Hysterectomy, Sexual Response, Surgical menopause and natural menopause

## INTRODUCCIÓN

La sexualidad femenina resulta un tema inagotable, y mucho se ha escrito al respecto, pues cada autor aporta sus opiniones, criterios, enfoques, puntos de vista, su época y su contexto histórico; a muchos se les hace difícil pensar que las mujeres, sobre todo, de edad mediana tengan todavía sentimientos, necesidades, sensaciones y relaciones de tipo sexual, todo lo cual

<sup>1</sup>Universidad del Zulia. Posgrado de Obstetricia y Ginecología, sede Hospital Universitario de Maracaibo.

<sup>2</sup>Universidad del Zulia. Facultad de Medicina. Departamento de Morfofisiopatología.

<sup>3</sup>Universidad del Zulia. Facultad de Medicina. Departamento de Ginecología y Obstetricia.

<sup>4</sup>Instituto Venezolano de los Seguros Sociales.

lógicamente viene dado por mitos y estereotipos culturales (1). La sexualidad no es en modo alguno lo más importante de la vida pero si es reprimida, se carga de ideas erróneas y se priva de ella, el ser humano se perdería de muchas vivencias hermosas y placenteras (2). La percepción de la satisfacción sexual depende de la interacción de complejo factores, tales como el bienestar emocional, intimidad con la pareja, la calidad de vida, y la salud física (3).

La Federación Latinoamericana de Sexología y Educación Sexual (4) define a la respuesta sexual como toda actividad caracterizada por presencia de activación cortical y medular en el sistema nervioso la cual se correlaciona con un fenómeno de tumescencia y contractibilidad muscular lisa y/o estriada (fase de excitación y meseta), de contractibilidad muscular lisa y/o estriada (fase orgásmica) y fenómeno de detumescencia tanto a nivel genital como extra genital (fase resolutoria), efecto de una situación/estímulo sexual. Asimismo, Ojanlatva y col. (5) refieren que la respuesta sexual humana es habitualmente una función de la pareja, por tanto la salud global y particularmente sexual del compañero afectarán positiva o negativamente la salud de la mujer.

Amato (6), aclara que las fases de la respuesta sexual tienen una secuencia que es el resultado de cambios anatómicos, hormonales, vasculares y neuronales que ocurren en el organismo. La fisiología de la respuesta sexual femenina está referida a la vasocongestión de los genitales y a eventos neuromusculares que se producen junto con la excitación subjetiva u otras respuestas somáticas asociadas, enmarcadas en una compleja regulación neurogénica donde participan vías centrales y medulares; en la modulación de esta regulación participan diversos neurotransmisores y neuropéptidos (GABA, serotonina, dopamina, epinefrina, histamina u opioides), además de la acción de las hormonas sexuales.

Es difícil estudiar un fenómeno tan complejo como es la sexualidad humana, ya que este comportamiento ha variado en el tiempo y en los diferentes grupos humanos; a esta diversidad se debe agregar además, las variaciones individuales de la sexualidad (7). Recientemente se ha reconocido que las diferentes etapas de la respuesta sexual femenina pueden superponerse y retroalimentarse de los demás, por lo que se ha propuesto un modelo más circular que incluye la intimidad emocional y física como metas; este modelo toma en cuenta los diversos factores fisiológicos u orgánicos y los psicológicos que pueden influir en la respuesta sexual femenina y el hecho de que las mujeres pueden participar en

el sexo, por diversas razones (8). Otros factores que también repercuten en la respuesta sexual de la mujer son la concomitancia de enfermedades crónicas o degenerativas, estados depresivos y medicamentos de uso permanente o prolongado como los inhibidores de la recaptación de serotonina (1).

En materia de respuesta sexual normal, es imprescindible entender que los elementos de mayor valor diagnóstico, son las variaciones respecto al estado de presunta normalidad de la propia mujer; por tanto es un diagnóstico dinámico e individual (9). El mismo autor establece que existe una concepción de que la respuesta sexual disminuye lentamente a medida transcurren los años. Si bien, múltiples mujeres experimentan dicho decaer de la respuesta sexual, no se puede generalizar este concepto a toda la población, puesto que un elevado número de mujeres, mantiene una sexualidad aceptable aún en edades avanzadas.

Por otro lado, Álvarez y col. (10) señalan que las expectativas de vida actual de la mujer venezolana es 73,1 años, por lo que aproximadamente un tercio de su vida transcurre en la posmenopausia y de allí la importancia de propiciar una vida sexual plena y satisfactoria para la mujer. Indudablemente la respuesta sexual es un importante indicador de la calidad de vida, el cual está influenciado por una variedad de factores físicos, psicológicos y sociales; donde el bienestar sexual es uno de los elementos primordiales en la sensación de placer de la mujer, el cual logra unificar la satisfacción física-emocional y fortalecer su propia identidad y sentido de feminidad, por tanto se hace de suma importancia el entendimiento de este conjunto de fenómenos que se suceden en la fémina durante su apareamiento.

Según Cerda y col. (11), el bienestar sexual es uno de los factores primordiales en la sensación de placer de la mujer, ya que logra unificar la satisfacción física-emocional, además de fortalecer su propia identidad y sentido de feminidad, elementos claves en la percepción de la calidad de vida; sin embargo, al llegar el climaterio y menopausia, la mujer se enfrenta a nuevos cambios producto del cese de función ovárica, los cuales pueden repercutir en la calidad de vida de la mujer y en su función sexual. De tal manera que el cese de la función ovárica en las mujeres posmenopáusicas afecta la respuesta sexual debido a alteraciones de las estructuras del piso pélvico, atrofia de la mucosa uretral, atrofia de la musculatura estriada, alcalinización del pH vaginal adelgazamiento de la vulva, adelgazamiento y acortamiento de la vagina con reducción inclusive

del calibre del introito vulvar (12).

Asimismo cada año un gran número de mujeres en el mundo se ve enfrentada a la extracción del útero, siendo la histerectomía una de las cirugías más frecuente después de la cesárea y la cirugía mayor más prevalente en ginecología, llegándose a estimar que una de cada cinco mujeres en algún momento de sus vidas será sometida a este procedimiento (11,13); la radicalidad de este procedimiento causa gran impacto en la calidad de vida de la mujer, alterando su feminidad, provocando alteraciones psicológicas y aislamiento del entorno social (11), puesto que el útero ha sido descrito como un símbolo de femineidad, sexualidad, reproducción y maternidad, por lo que la extracción del útero conllevando su extracción a una serie de significados para la mujer, dada su particular importancia (13).

En la mujer que ocurre una menopausia quirúrgica la respuesta sexual se deteriora significativamente, aumentando incluso al triple las disfunciones sexuales en este período; psicológicamente, la remoción del útero hace que las mujeres piensen que los cambios resultantes de esta cirugía pueden contribuir al distrés vaginal y a una disminución de la sensación genital, la cual disminuiría la vaso congestión, reduciendo así la multiplicidad de orgasmos (11). Sin embargo Urrutia y col. (14) han reportado que la sexualidad de las mujeres histerectomizadas es dinámica y la evolución de los cambios posterior a la cirugía, no excedería los 6 meses posoperatorios; describiendo un mantenimiento de la frecuencia de relaciones sexuales, un aumento de la libido y una disminución de la frecuencia de dolor y de problemas sexuales posterior a esta cirugía; hasta alrededor de un 25 % de las mujeres con un deterioro en su vida sexual y en la percepción de su feminidad, atractivo y deseo sexual.

Muchas reacciones psicológicas hacia la histerectomía tienen un efecto importante sobre la sexualidad y la respuesta sexual humana en general, siendo la más generalizada la percepción de una disminución de la autoestima, por sentir su propia imagen corporal alterada (dañada, incompleta y defectuosa), por lo que pueden sentirse sexualmente poco atractivas, lo que conlleva a una disminución del deseo o impulso sexual, con disminución igualmente de la respuesta sexual, del placer o el disfrute durante la relación sexual, que provoca, en algunos casos, que la mujer se sienta asexual; produciéndose igualmente, alteraciones en cuanto al ritmo, variedad y frecuencia de las relaciones sexuales (12).

Asimismo, es relevante señalar que muchas mujeres posteriores a ser sometidas a una histerectomía no

tienen actividad sexual, motivada principalmente por el “miedo” a reiniciar el coito (15). Sin embargo, se ha descrito que las alteraciones en la función sexual se comportan como variables independientes al procedimiento quirúrgico, no existiendo ningún tipo de repercusión en la función sexual de las pacientes que fueron sometidas bien sea a histerectomía totales o parciales (16); afirmándose que la histerectomía como intervención no necesariamente es la que incide en generar malestar en la mujer, sino el estado emocional previo a la operación y de aceptación que tenga del procedimiento, íntimamente relacionado con el nivel de información recibida (17).

En consecuencia es necesario estudiar el ciclo de respuesta sexual en las mujeres posmenopáusicas, ya que una respuesta sexual completa constituye una parte vital del desarrollo sexual y es una necesidad humana fundamental; a su vez, el lograr una respuesta sexual satisfactoria está ligada tanto con la longevidad, la felicidad como con la buena relación afectiva de pareja que trascienda y se mantenga en el tiempo. En virtud, a estos planteamientos surgió el propósito de comparar la respuesta sexual entre las mujeres posmenopáusicas que presentaron bien sea una menopausia natural o quirúrgica que acudieron a la consulta de ginecología de la Maternidad “Dr. Armando Castillo Plaza” del Servicio Autónomo Hospital Universitario de Maracaibo del Estado Zulia, durante los meses de mayo de 2009 a abril de 2010.

## MÉTODOS

De acuerdo a las peculiaridades del estudio efectuado, este fue definido como una investigación de tipo comparativa y aplicada; contemporáneo transeccional y de campo. La población de este estudio estuvo conformada por todas las mujeres posmenopáusicas que acudieron a la consulta de ginecología de la Maternidad “Dr. Armando Castillo Plaza” del Servicio Autónomo Hospital Universitario de Maracaibo; de las cuales se tomó una muestra de 120 mujeres menopáusicas, separadas en dos grupos pareados de 60 sujetos cada uno en relación a si se trataban de mujeres que presentaron una menopausia natural o quirúrgica.

La selección de las unidades de la muestra se realizó mediante la técnica de muestreo no probabilístico e intencional tomando en cuenta los siguientes criterios de inclusión: (a) ausencia de menstruaciones por más de un año, (b) edad de la mujer menopáusica naturales comprendida entre 50 años y más, (c) edad de mujer menopáusica quirúrgica comprendida entre 45 años

y más, (d) ausencia de enfermedades concomitantes, tales como hipertensión arterial, diabetes mellitus, obesidad, entre otras, (e) actividad sexual presente y orientación heterosexual, (f) Deseo voluntario de participar en la investigación. Se excluyeron aquellas mujeres que presentaban más de cinco años desde la menopausia, las usuarias de TRH y mujeres pertenecientes a estratos socioeconómicos bajos.

Mediante la técnica de la encuesta, se aplicó una escala denominada Escala de Respuesta Sexual, diseñada para efectos de esta investigación; este fue validado mediante el juicio de expertos y asimismo se le determinó un coeficiente Alfa de Cronbach de 0.94, el cual indicó la consistencia de las respuestas y la confiabilidad del mismo. Dicho instrumento estuvo formulado por 46 preguntas en forma cerrada; de tal manera que las personas encuestadas manifestaron su reacción ante cada afirmación seleccionando la alternativa propuesta en la escala. Las 4 alternativas que se utilizaron fueron: siempre (S), casi siempre (CS), en ocasiones (EO) y nunca (N), las cuales estuvieron graduadas en intensidad y su número fue entre 1 y 4, de manera que cada alternativa tuvo un puntaje asignado: el puntaje más bajo se asignó a la alternativa que reflejó una actitud más negativa o desfavorable, mientras que la puntuación alta indicó una actitud positiva, es decir, más favorable.

Para la ejecución de esta investigación, se procedió a seleccionar en la consulta ginecológica a las pacientes posmenopáusicas, de acuerdo con los criterios previamente establecidos. A cada paciente, se le realizó el llenado del formulario o ficha de trabajo, previa explicación del procedimiento a seguir, se les fue solicitado el consentimiento por escrito para la inclusión en el estudio de acuerdo a los lineamientos de la declaración de Helsinki para estudio en humanos. Seguidamente, se les entregó el instrumento seleccionado, previa explicación del mismo, y cada encuestada procedió a leer y contestar en forma personal las preguntas; en un ambiente de privacidad y garantizándoles el anonimato de sus respuestas.

Posteriormente, se aplicaron las técnicas de procesamiento y análisis estadísticos seleccionados agrupando las pacientes en dos grupos de acuerdo al tipo de menopausia presentada. Se utilizó para el análisis y procesamiento de datos técnicos de estadísticas descriptivas y comparativas, utilizándose medidas de tendencia central como la media y mediana, entre la medida de dispersión se utilizó la desviación estándar. De esta forma, caracterizando la media se elaboró un baremo con 4 categorías con sus rasgos

correspondientes, ubicándose las categorías: Baja (1,00 a 1,99), Moderada (2,00 a 2,99) y Alta (3,0 a 4,00)

La prueba estadística para la comparación entre las mujeres que presentaron una menopausia natural o quirúrgica fue la U de Mann Withnney, eligiéndose previamente el nivel de significancia de  $P < 0,05$ . Para la realización de estos análisis estadísticos se utilizó el paquete computarizado SPSS versión 15.0, para Windows. Finalmente, los resultados conseguidos se presentaron en cuadros.

## RESULTADOS

Los resultados obtenidos del análisis de cada una de las fases de la respuesta sexual en mujeres posmenopáusicas, en relación con el tipo de menopausia. En el Cuadro 1, se presenta el análisis de la fase de excitación en la respuesta sexual de las mujeres posmenopáusicas según el tipo de menopausia, medida por los indicadores: cambios mamarios, cambios en el clítoris, cambios vaginales, besos, caricias y fantasías sexuales.

En cuanto al indicador cambios mamarios en las mujeres posmenopáusicas de ambos grupos se observó en relación con la mediana una tendencia central de 3, lo que representa la alternativa de respuesta casi siempre; en efecto, las mujeres encuestadas manifestaron presentar casi siempre erecciones en los pezones y aumento de tamaño de las mamas durante la actividad sexual. En relación al análisis estadístico de la media, en ambos grupos se ubicó en la categoría moderada. Por otra parte la desviación estándar en el grupo de mujeres que habían tenido una menopausia natural fue de  $\pm 1,17$ ; mientras que si era quirúrgica o artificial fue de  $\pm 1,22$  indicando una baja dispersión de los datos en ambos grupos.

Asimismo, el indicador cambios en el clítoris en el grupo de posmenopáusicas naturales manifestó una mediana con una tendencia de 4, representando una mayor incidencia de la alternativa de respuesta *siempre*; en consecuencia, las mujeres encuestadas manifestaron presentar siempre aumento del tamaño y rigidez del clítoris durante la actividad sexual. Mientras, que en el otro grupo la mediana presentó una tendencia central de 3, representando la respuesta *casi siempre*, indicando que este grupo de mujeres manifestó que casi siempre presentan aumento del tamaño y rigidez del clítoris durante la actividad sexual. Al analizar las medias, se observó que entre las mujeres que tuvieron una menopausia natural se ubicó en la categoría alta, a diferencia de las posmenopáusicas histerectomizadas donde

## RESPUESTA SEXUAL

Cuadro 1  
Excitación en la respuesta sexual de mujeres posmenopáusicas

Indicadores	Natural			Quirúrgica		
	Mediana	Media	Desviación estándar ( $\pm$ )	Mediana	Media	Desviación estándar ( $\pm$ )
Cambios mamarios	3	2,87	1,17	3	2,60	1,22
Cambios en el clítoris	4	3,33	0,82	3	2,63	1,28
Cambios vaginales	3	2,78	0,84	2	2,40	0,94
Besos	4	3,55	0,85	3	3,20	0,88
Caricias	4	3,75	0,83	3	3,23	0,85
Fantasías sexuales	3	2,57	0,81	2	1,98	1,10

se encontró en la categoría moderada; asimismo la desviación estándar de las mujeres posmenopáusicas naturales fue de  $\pm 0,82$  y las mujeres posmenopáusicas quirúrgicas  $\pm 1,28$  evidenciándose en ambos grupos una baja dispersión de los datos.

Otro indicador dentro de la excitación en la respuesta sexual, fue el referido a los cambios vaginales, encontrándose en mujeres posmenopáusicas naturales una mediana centrada en 3, relacionada con la alternativa de respuesta *casi siempre*; basado en este hallazgo, las mujeres encuestadas opinaron que casi siempre la vagina se humedecía durante la relación sexual, la lubricación vaginal era abundante y sentían que la vagina aumenta de tamaño durante la actividad sexual. Mientras que, en las posmenopáusicas histerectomizadas la mediana presentó una tendencia central de 2, representando la respuesta en ocasiones; de tal forma que este grupo de mujeres manifestó que solo en ocasiones sentía estos cambios en su vagina durante la actividad sexual. En referencia al análisis de las medias, se observó que en ambos grupos se ubicó en la categoría moderada; además la desviación estándar en las mujeres posmenopáusicas naturales fue de  $\pm 0,84$  y para las posmenopáusicas quirúrgicas fue de  $\pm 0,94$  evidenciándose una baja dispersión de los datos en ambos grupos.

Asimismo, el indicador besos, en el grupo de mujeres que conservaban su útero arrojó una mediana con una tendencia centrada en 4, representando la alternativa de respuesta *siempre*; en efecto, las mujeres consultadas manifestaron que los besos con su pareja ocurren siempre al inicio del acto sexual, se besan con su pareja al inicio del acto sexual y le gustan que le besen otras partes del cuerpo como el pecho, el cuello y las orejas. Por su parte, en las

histerectomizadas la mediana presentó una tendencia de 3, indicando la respuesta *casi siempre*, significando que este grupo de mujeres manifestó que los besos con su pareja ocurren casi siempre al inicio del acto sexual, se besan con su pareja en la boca al iniciar la relación sexual y le gustan que las besen en otras partes del cuerpo como el pecho, el cuello y la oreja. En cuanto al análisis de la media, se encontró que en ambos grupos de mujeres posmenopáusicas, esta se ubicó en la categoría alta; asimismo, la desviación estándar en las mujeres posmenopáusicas naturales fue de  $\pm 0,85$  y en las posmenopáusicas quirúrgicas  $\pm 0,88$  evidenciándose en ambos grupos una baja dispersión de los datos.

Aunado a los indicadores anteriores, las caricias, en las mujeres posmenopáusicas naturales arrojó una mediana con una tendencia central de 4, indicando la alternativa de respuesta *siempre*. Por lo cual, se afirma que las mujeres encuestadas opinaron que siempre durante la relación les gusta que las acaricien todo el cuerpo y sienten placer cuando su pareja las acaricia con la punta de los dedos. Por otra parte, en las mujeres del otro grupo la mediana presentó una tendencia centrada en 3, representando la respuesta *casi siempre*; en consecuencia, este grupo de mujeres manifestó que casi siempre durante la relación les gusta que las acaricien en todo el cuerpo y sienten placer cuando su pareja las acaricia con la punta de los dedos. Al analizar estadísticamente la media, esta se ubicó en la categoría alta en ambos grupos; además la desviación estándar en mujeres posmenopáusicas naturales fue de  $\pm 0,83$  y en las posmenopáusicas quirúrgicas de  $\pm 0,85$  evidenciándose una baja dispersión de los datos en ambos grupos.

Finalmente, el indicador fantasías sexuales, en

las mujeres posmenopáusicas naturales arrojó una mediana con una tendencia central de 3, representado la alternativa de respuesta *casi siempre*; lo cual se traducía en que las encuestadas manifestaban que casi siempre recuerdan imágenes que le resultan excitantes durante la actividad sexual, imaginan que tienen relaciones sexuales con su pareja durante el sueño y antes del encuentro sexual con su pareja imaginan que les acarician el cuerpo. De forma contrastante, en las mujeres histerectomizadas la mediana presentó una tendencia de 2, representando la respuesta *en ocasiones*; por tanto, este grupo de mujeres opinó que en ocasiones imaginan que tienen relaciones sexuales con su pareja durante el sueño y antes del encuentro sexual con su pareja imaginan que les acarician el cuerpo. En relación al análisis estadístico de la media, se observó que en las mujeres posmenopáusicas naturales, se ubicó en la categoría moderada, a diferencia de las mujeres posmenopáusicas quirúrgicas, donde se encontró en la categoría baja; asimismo la desviación estándar en las mujeres posmenopáusicas naturales fue de  $\pm 0,81$  y en las posmenopáusicas quirúrgicas de  $\pm 1,10$  demostrando una baja dispersión de los datos.

Para describir la fase de meseta en la respuesta sexual en las posmenopáusicas, se consideraron como indicadores: rubor sexual, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria y sudoración; presentándose los resultados obtenidos para ellos en el Cuadro 2.

Se evidenció que en ambos grupos el indicador rubor sexual dió una mediana con tendencia central de 2, indicando la predominancia de la alternativa de respuesta *en ocasiones*; en consecuencia, las mujeres encuestadas opinaron que en ocasiones se enrojece la parte superior del abdomen, el rostro se enrojece durante el acto sexual y le salen manchas rojas en el pecho cuando tienen relaciones sexuales.

Por otro lado, al analizar estadísticamente la media, se evidenció que en ambos grupos de mujeres coincidió en alcanzar la categoría baja. Sin embargo, la desviación estándar fue de  $\pm 0,79$  en las mujeres posmenopáusicas naturales evidenciándose muy baja dispersión, mientras que la desviación estándar de las histerectomizadas fue de  $\pm 0,88$  indicando baja dispersión.

Otro indicador considerado dentro de la meseta en la respuesta sexual, fue la frecuencia cardíaca, el cual en las mujeres que tuvieron una menopausia natural arrojó una mediana con una tendencia de 4, relacionada con la alternativa de respuesta *siempre*; en efecto, estas mujeres manifestaron que siempre los latidos de su corazón son más rápidos de lo normal y sienten que le late tan rápido el corazón que le lleva a detener por un momento la relación sexual. Por otra parte, en las mujeres histerectomizadas la mediana presentó una tendencia centrada en 3, representando la respuesta *casi siempre*, indicando que este grupo de mujeres afirmaba que casi siempre experimentaban estos cambios. En referencia al análisis estadístico de la media, se observó que ambos grupos coincidió en ubicarse en la categoría alta; sin embargo, la desviación estándar fue menor de  $\pm 0,63$  en las mujeres posmenopáusicas naturales y las quirúrgicas fueron de  $\pm 0,54$  evidenciando muy baja dispersión de los datos.

Además, se evaluó el indicador frecuencia respiratoria, en los dos grupos y dió una mediana cuya tendencia central fue 3, relacionada con la alternativa de respuesta *casi siempre*; este hallazgo ponía en evidencia que las mujeres encuestadas opinaron que casi siempre durante la actividad sexual sienten que respiran más de lo normal, su respiración se entrecorta en el momento del acto sexual y respiran emitiendo suspiros durante la actividad sexual. Con respecto al análisis estadístico de la media, se observó en el

Cuadro 2  
Meseta en la respuesta sexual de mujeres posmenopáusicas

Tipo de menopausia	Natural			Quirúrgica		
	Indicadores	Mediana	Media	Desviación estándar ( $\pm$ )	Mediana	Media
Rubor sexual	2	1,83	0,79	2	1,75	0,88
Frecuencia cardíaca	4	3,52	0,63	3	3,32	0,54
Frecuencia respiratoria	3	3,17	0,87	3	2,88	0,80
Sudoración	3	3,08	0,81	3	2,63	1,13

## RESPUESTA SEXUAL

caso de las mujeres que tuvieron una menopausia natural que alcanzaba la categoría alta, mientras que en las histerectomizadas, se ubicaba en la categoría moderada. Además, la desviación estándar fue menor de  $\pm 0,87$  en las mujeres menopáusicas naturales evidenciando una baja dispersión, mientras que la desviación estándar de las menopáusicas quirúrgicas fue de  $\pm 0,80$  indicando una muy baja dispersión de los datos.

Para el caso del indicador sudoración, la mediana presentó en ambos grupos una tendencia de 3, representando la respuesta *casi siempre*, lo cual indica que las mujeres encuestadas manifestaron que casi siempre la sudoración de su cuerpo aumenta durante el acto sexual y sienten que las axilas le sudan en el momento de la actividad sexual. En relación al análisis estadístico de la media, en las mujeres posmenopáusicas naturales alcanzó una categoría alta, mientras que, en las mujeres posmenopáusicas quirúrgicas se ubicó la categoría moderada; sin embargo, la desviación estándar fue de  $\pm 0,81$  en las posmenopáusicas naturales y las quirúrgicas  $\pm 1,13$  evidenciando una baja dispersión de los datos.

La caracterización de la fase de orgasmo en la respuesta sexual se realizó mediante la descripción de los indicadores: nivel de conciencia, tipos de estimulación, movimientos musculares involuntarios y patrón orgásmico; en el Cuadro 3 se representan los resultados relacionados con estos indicadores.

Con respecto al indicador nivel de conciencia presentó en los dos grupos estudiados una tendencia central de 3, representando la respuesta *casi siempre*; lo antes indicado, evidencia que las encuestadas manifestaban que al alcanzar el momento más placentero de la relación sexual, casi siempre pierden la noción del tiempo y el control de la realidad. Adicionalmente, el análisis estadístico de la media

evidenció de forma coincidente en ambos grupos, que el nivel de conciencia se ubicó en la categoría moderada; sin embargo, la desviación estándar fue de  $\pm 1,24$  en las mujeres posmenopáusicas naturales y en las quirúrgicas  $\pm 0,95$  evidenciándose una baja dispersión de los datos en ambos grupos.

En relación al indicador tipos de estimulación, en las mujeres que presentaron una posmenopausia natural la mediana se ubicó en 4, representando la categoría de respuesta *siempre*; evidenciando que este grupo de mujeres posmenopáusicas coincidió en afirmar que la estimulación en los senos, vagina y clítoris siempre les permiten lograr el orgasmo durante la relación sexual. De forma contraria, en las posmenopáusicas histerectomizadas la mediana presentó una tendencia central de 2, relacionada con la respuesta *en ocasiones*; en consecuencia, este grupo de encuestadas manifestaban que solo en ocasiones la estimulación en los senos, vagina y clítoris, les permitía lograr el orgasmo durante la relación sexual. Una vez realizado el análisis estadístico de la media, se encontró que en las posmenopáusicas histerectomizadas se ubicó en la categoría mediana mientras que en el otro grupo alcanzó la categoría alta. Sin embargo, la desviación estándar fue de  $\pm 0,93$  indicando baja dispersión de los datos en las histerectomizadas; en tanto que en el otro grupo fue de  $\pm 0,74$ , evidenciando muy baja dispersión.

En relación al indicador movimientos musculares involuntarios, la mediana en las mujeres que habían experimentado una menopausia natural, presentó una tendencia central de 4, representando la respuesta *siempre*; en correspondencia al resultado, las encuestadas opinaban que siempre sentían movimientos en todo el cuerpo y que los músculos de la zona genital siempre se contraían al obtener la sensación placentera durante el acto sexual. En

Cuadro 3  
Orgasmo en la respuesta sexual de mujeres posmenopáusicas

Indicadores	Natural			Quirúrgica		
	Mediana	Media	Desviación estándar ( $\pm$ )	Mediana	Media	Desviación estándar ( $\pm$ )
Nivel de conciencia	3	2,68	1,24	3	2,67	0,95
Tipos de estimulación	4	3,42	0,74	2	2,33	0,93
Movimientos musculares involuntarios	4	3,55	0,72	3	3,27	0,76
Patrón orgásmico	3	2,92	1,01	2	2,13	0,70

tanto que en el otro grupo, la mediana evidenció una tendencia central de 3, indicando la opción de respuesta *casi siempre*; en consecuencia, estas mujeres manifestaron que casi siempre evidenciaban estos cambios al alcanzar el orgasmo. Además al analizar estadísticamente la media, se ubicó en ambos grupos en la categoría alta. Se encontró una desviación estándar en las menopáusicas naturales de  $\pm 0,72$  y en las quirúrgicas de  $\pm 0,76$  indicando muy baja dispersión de los datos.

Con relación al indicador **patrón orgásmico**, la media presentó una tendencia central de 3 en las mujeres menopáusicas naturales, relacionada con la opción de respuesta *casi siempre*; de esta forma, las mujeres consultadas coincidieron en afirmar que casi siempre han logrado varios orgasmos en un mismo acto sexual. De manera contrastante, en las mujeres del otro grupo la mediana evidenció una tendencia central de 2, representando la opción de respuesta *en ocasiones*; en efecto, las mujeres encuestadas manifestaron que solo ocasionalmente han logrado varios orgasmos en un mismo acto sexual. En referencia al análisis estadístico de la media, se observó que en ambos grupos de mujeres estudiadas, alcanzó la categoría moderada. Sin embargo la desviación estándar en las mujeres menopáusicas naturales fue de  $\pm 1,01$  evidenciando una baja dispersión, mientras que la desviación estándar de las quirúrgicas fue de  $\pm 0,70$  indicando una muy baja dispersión.

Para analizar la fase de resolución en la respuesta sexual de las posmenopáusicas se analizaron los indicadores: relajación, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria y comunicación en pareja. En el Cuadro 4 se muestran los resultados relacionados con el análisis de esta fase en ambos grupos.

Al respecto, el indicador relajación, en la totalidad

de la muestra evidenció una mediana de 4, indicando la categoría *siempre* como opción de respuesta; basado en este hallazgo, las mujeres encuestadas coincidieron en manifestar que siempre se sienten relajadas física y mentalmente al finalizar la relación sexual. Al analizar las medias para este indicador, se evidenció que en ambos grupos de mujeres alcanzó a categoría alta; asimismo, la desviación estándar en mujeres posmenopáusicas naturales fue de  $\pm 0,51$  y en las quirúrgicas  $\pm 0,67$  evidenciándose en ambos grupos una muy baja dispersión de los datos.

Con respecto al indicador frecuencia cardíaca, en las mujeres de ambos grupos se presentó una mediana con tendencia central de 4, indicando la opción *siempre* como categoría de respuesta; resultados que evidencian que el grupo de mujeres encuestadas manifestó que siempre al terminar el acto sexual sienten que el corazón late de forma normal y los latidos son menos rápidos al finalizar la actividad sexual. Con relación al análisis estadístico de la media, se observó que en los dos grupos de mujeres alcanzó la categoría alta; mientras que la desviación estándar en las mujeres posmenopáusicas naturales se ubicó en  $\pm 0,78$  y en las posmenopáusicas quirúrgicas  $\pm 0,42$  indicando una muy baja dispersión de los datos.

Con respecto al indicador frecuencia respiratoria, dió en toda la muestra una mediana con una tendencia central de 4, relacionada con la respuesta *siempre*; denotando que las mujeres encuestadas manifestaron que una vez culminada la relación sexual, siempre disminuye la frecuencia respiratoria y al terminar el acto sexual respiran de forma normal. Asimismo, la media en ambos grupos alcanzó la categoría alta; sin embargo, a pesar de dicha coincidencia, la desviación estándar fue de  $\pm 0,85$  en las mujeres posmenopáusicas naturales evidenciando una baja dispersión y de  $\pm 0,50$  para las posmenopáusicas quirúrgicas indicando una

Cuadro 4  
Resolución en la respuesta sexual de mujeres posmenopáusicas

Indicadores	Natural			Quirúrgica		
	Mediana	Media	Desviación estándar ( $\pm$ )	Mediana	Media	Desviación estándar ( $\pm$ )
Relajación	4	3,63	0,51	4	3,70	0,67
Frecuencia cardíaca	4	3,38	0,78	4	3,78	0,42
Frecuencia respiratoria	4	3,42	0,85	4	3,75	0,50
Comunicación de pareja	4	3,53	0,79	3	2,70	1,21



## RESPUESTA SEXUAL

muy baja dispersión de los datos.

Finalmente, el indicador comunicación de pareja, en las menopáusicas naturales la mediana presentó una tendencia central de 4, indicando la categoría de respuesta *siempre*; estableciendo que las encuestadas manifestaron que siempre se acarician al finalizar la relación sexual, se mantienen en la cama mostrándose afectuosos al culminar la actividad sexual e intercambian caricias o experiencias vividas con su pareja una vez finalizada la relación sexual. Contrariamente, en las posmenopáusicas histerectomizadas la mediana arrojó una tendencia de 3, relacionada con la respuesta *casi siempre*; al respecto, este grupo de mujeres opinó que casi siempre se acarician al finalizar la relación sexual, se mantienen en la cama mostrándose afectuosos al culminar la actividad sexual e intercambian caricias o experiencias vividas con su pareja una vez finalizada la relación sexual.

En relación al análisis estadístico de la media, se evidenció que en el grupo de las mujeres menopáusicas naturales se ubicó en la categoría alta, mientras que en el otro grupo se encontró en la categoría moderada. Además, la desviación estándar en las mujeres menopáusicas naturales fue de  $\pm 0,79$  evidenciando una muy baja dispersión mientras que en las mujeres menopáusicas quirúrgicas fue de  $\pm 1,12$  indicando una baja dispersión de los datos.

Finalmente en el Cuadro 5, se muestran los resultados de la comparación estadística de la respuesta sexual de las mujeres posmenopáusicas según el tipo de menopausia experimentada, evidenciándose un rango promedio de 69,22 en el caso de las naturales y de 51,78 para las quirúrgicas; al comparar dichos valores se encontró un valor de 1 277,00 en la prueba de U de Mann Withney con una significancia bilateral

de 0,006 ( $P < 0,05$ ); demostrando que existe una diferencia altamente significativa entre la respuesta sexual de las menopáusicas, siendo mayor en las mujeres menopáusicas naturales.

Asimismo, al analizar cada una de las fases de la respuesta sexual, las mujeres que presentaron una menopausia natural mostraron mejores puntuaciones que las histerectomizadas, sobre todo en las fases de excitación y orgasmo; diferencias estadísticamente significativas. Al respecto, la comparación de la significancia de la excitación en la respuesta sexual entre estas posmenopáusicas, a través del estadístico utilizado, fue de 823,0 determinando una significancia de 0,00 ( $P < 0,05$ ); denotando que existían diferencias altamente significativas en esta fase entre los 2 grupos estudiados.

Respecto a la fase de meseta, se encontró un valor de 1 511,00 indicando una significancia bilateral de 0,128, lo cual indicaba que no existían diferencias estadísticamente significativas en esta fase entre los 2 grupos de posmenopáusicas estudiadas; por su parte al comparar la fase de orgasmo se determinó un valor de 1 034,5 con una significancia bilateral de 0,00 ( $P < 0,05$ ), lo cual indicaba diferencias altamente significativas en esta fase entre estas mujeres. Por último, al contrastar la fase de resolución el estadístico aplicado arrojó un valor de 1 723,5 con una significancia bilateral de 0,685, no existiendo diferencias estadísticamente significativas en esta fase.

## DISCUSIÓN

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; sin embargo, es limitada la información acerca de la prevalencia,

Cuadro 5

Comparación de la respuesta sexual en mujeres posmenopáusicas

Fase	Tipo de menopausia	Natural (Rango promedio)	Quirúrgica (Rango promedio)	U de Mann-Whitney	Z	P
Excitación		76,78	44,22	823,0	-5,135	0,000*
Meseta		65,32	55,68	1511,0	-1 152	0,128
Orgasmo		73,26	47,74	1 034,5	-4,028	0,000*
Resolución		61,78	59,23	1 723,5	-0,405	0,685
Respuesta sexual		69,22	51,78	1 277,0	-2,763	0,006*

\*Significancia  $P < 0,05$

incidencias y los antecedentes de disfunción sexual femenina (DSF). No obstante, algunos estudios han informado una prevalencia entre 25 % y 63 % de todas las mujeres; siendo superiores las tasas de prevalencia reportada entre la mujeres posmenopáusicas donde reubica entre 68 % a 86,5 % (18). En países como Estados Unidos, la DSF ha sido considerada como un problema de salud pública, reportándose una prevalencia cercana al 43 % (9).

Los resultados obtenidos demostraron diferencias significativas a favor de las mujeres que presentaron una posmenopausia natural en cuanto a la fase de excitación, obteniendo las mismas mejores puntuaciones en el instrumento diseñado que las histerectomizadas. Así al evaluarse los cambios que se producen en las mamas, estas mujeres presentaron con mayor frecuencia erección de los pezones, aumento del tamaño de las mamas y enrojecimiento; según Arenas (9) la erección de los pezones evidencia una elevada tensión sexual, siendo este un signo de respuesta sexual inmediata y de alta significancia erógena en la mujer. Asimismo se sucede un aumento del tamaño mamario y una reacción vasodilatadora, elementos directamente dependientes del tenor estrogénico.

De igual manera, en este grupo los cambios a nivel del clítoris fueron más frecuente durante su respuesta sexual que en las mujeres que fueron sometidas a histerectomía; concordando este resultado con lo expresado por Mas (19), el cual establece que en la excitación hay un aumento en el aporte sanguíneo a los órganos genitales originando la erección de clítoris, el cual llega a duplicar su tamaño.

Respecto a los cambios en la vagina, estos fueron descritos casi siempre en las posmenopáusicas que conservaban su útero, mientras que solo en ocasiones en las histerectomizadas; en contraposición a lo establecido por Nieto (20), donde describe que en la excitación, a consecuencia de la estimulación erótica, en las mujeres se presenta un aumento tanto en la lubricación vaginal como en la expansión y crecimiento de la vagina. En cuanto a la lubricación vaginal, es clásico apreciar en las posmenopáusicas una menor lubricación vaginal pericoital, la que puede vincularse directamente al descenso del tenor estrogénico; además de que conforme avanza la edad aumenta la latencia de dicha respuesta, que mientras ocurre entre 10 y 30 segundos, en la mujer añosa se retarda hasta entre 1 y 3 minutos (9).

Los resultados observados en la fase de excitación en la respuesta sexual de las mujeres histerectomizadas estudiadas, se contraponen a los encontrados en otro estudio donde se describe que no existen diferencias

significativas en la percepción de deseo sexual y grado de excitación sexual posterior a esta intervención quirúrgica (21). De igual forma, Urrutia y col. (14) quienes determinaron una notoria mejoría en aspectos de la calidad de vida sexual como la excitación en mujeres histerectomizadas posterior a seis meses de haberseles practicado esta intervención; mientras que en otra serie se determinó una concordancia entre las respuestas de las mujeres en la entrevista basal y al tercer mes en cuanto a grado de excitación alcanzado (Valor de Kappa=0,377; significativo) y percepción de deseo sexual (Valor de Kappa=0,290; significativo), lo que indica que no hubo cambio posterior a la cirugía (15).

Al comparar la respuesta sexual durante la fase de meseta, no se encontraron diferencias significativas entre los grupos analizados; siendo sus respuestas coincidentes con los cambios fisiológicos descritos en la literatura, como la aparición de manchas rojizas en algunas zonas del cuerpo o rubor sexual (22,23), el aumento de la frecuencia cardíaca la cual puede alcanzar niveles de hasta 175 latidos/minuto (22), el aumento de la frecuencia respiratoria en la forma de una respiración entrecortada (22,24), y el aumento de la sudoración corporal, manifestándose sobre todo a nivel axilar (25).

Ahora bien, en cuanto a la fase de orgasmo los resultados demostraron una mejor respuesta sexual en las mujeres que conservaban el útero, contraponiéndose a los resultados presentados por Kuppermann y col. (26), quienes al analizar la calidad de vida relacionada a la salud de mujeres que fueron sometidas a histerectomía, encontraron una mejora significativa (P0,05) en la frecuencia y calidad de los orgasmos posterior a la cirugía. Sin embargo, otros estudios señalan que en mujeres evaluadas posterior a una histerectomía no se han encontrado diferencias significativas en la frecuencia de orgasmo antes y después de esta intervención (15).

Finalmente, al estudiar la etapa de resolución no determinaron cambios significativos entre los grupos estudiados; los resultados obtenidos coinciden con los reportados por Cuellar (23), quien establece que en esta etapa todos los cambios corporales producidos van desapareciendo poco a poco, volviendo a la posición de reposo y pasando por una sensación de relajación mental y corporal.

Si bien el tipo y diseño de la investigación, comparativo y transeccional, presenta algunas limitaciones para efectuar un análisis de causalidad directa, los resultados del trabajo informan el beneficio de conservar el útero en la función sexual

de las posmenopáusicas. Por otra parte, para evitar el sesgo en los resultados, se excluyeron las usuarias de terapia hormonal, pues se conocen los beneficios de la misma en el mejoramiento de la función sexual de la posmenopáusica, donde se ha demostrado que en las usuarias de la terapia hormonal los síntomas urogenitales, en donde se incluye la respuesta sexual, obtenían mejores puntuaciones respecto a las mujeres que no tomaban esta medicación (27).

De igual forma otra limitante, fue no haber evaluado la respuesta sexual de las parejas de las mujeres participantes, pues se sabe que la respuesta sexual humana es habitualmente una función de la pareja, por tanto la salud global y particularmente sexual del compañero afectarán positiva o negativamente la salud de la mujer (5); en tal sentido, se ha señalado que luego de la menopausia existe un aumento en las separaciones y divorcios, lo cual podría explicarse por el deterioro de la vida sexual de la pareja (10).

Para muchas mujeres el ciclo de respuesta sexual está íntimamente vinculado a la relación sentimental en que se encuentra, y asimismo incorpora el entorno psicológico y social (28); por tanto otra limitación que se puede mencionar es no haber discriminado en relación con algunos aspectos tanto de índole socio demográficos como la etnia; la cual es otro asunto a tener en cuenta cuando se comparan poblaciones en términos de severidad de los síntomas menopáusicos (29).

Reviste notable importancia que el médico conozca el entorno de la mujer posmenopáusica, sobre todo en países latinoamericanos como Venezuela, puesto que a diferencia de lo clásicamente descrito, en estas naciones no se han observado un deterioro de la sexualidad; por el contrario, se ha encontrado una disminución del número de mujeres sexualmente activas, circunstancia que pudiese estar explicada por diferencias culturales o de estilos de vida (30). Asimismo, un estudio previo venezolano señala que más del 80 % de las mujeres en etapa de climaterio o menopausia tenían una actitud positiva en cuanto al tema de la sexualidad de la mujer después de la menopausia (10); en este sentido, la utilización de un instrumento de autoevaluación como el diseñado representa un valioso aporte para el desarrollo futuro de la consulta ginecológica, puesto que le ofrece al médico una herramienta de fácil aplicación para abordar este tema, mientras que a la paciente suministrar información sobre su función sexual que le permite al clínico detectar alteraciones en esta esfera.

Los resultados obtenidos en esta investigación determinaron que las mujeres evaluadas en la consulta

de Ginecología de la Maternidad “Dr. Armando Castillo Plaza” del Servicio Autónomo Hospital Universitario de Maracaibo, que experimentaron naturalmente la menopausia tienen mejor respuesta sexual que las mujeres posmenopáusicas histerectomizadas; sobre todo en lo relacionado con las fases de excitación y orgasmo, obteniendo así más bienestar sexual, una vida placentera y salud. Por tanto, se concluyó que existían diferencias significativas en la respuesta sexual entre estos dos grupos de mujeres posmenopáusicas; diferencias que se demuestran en las fases de excitación y de orgasmo donde las mujeres que tuvieron una menopausia natural las experimentan en un nivel superior a como se suceden en las histerectomizadas.

Se recomienda planificar jornadas educativas en materia de educación sexual dirigidas a las mujeres posmenopáusicas quirúrgicas que acudan a la consulta de ginecología de este centro de salud, con la finalidad de contribuir al reconocimiento de su propia sexualidad, brindándoles técnicas de fácil aplicación para mejorar la fase de excitación sexual y orgasmo en la consulta ginecológica. Asimismo es de suma importancia involucrar en las jornadas de educación sexual a las parejas con la finalidad de incentivar la coparticipación en el reconocimiento de la sexualidad individual y compartida.

## REFERENCIAS

1. Kamei, J. Análisis de la respuesta sexual femenina y grado de satisfacción sexual en parejas de hombres tratados de una disfunción eréctil. *Rev Chil Urol.* 2005;70(4):236-239.
2. González I. Sexualidad femenina e histerectomía. *Rev Cubana Med Gen Integr.* 2008;24(4) [Periódico en línea] Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252008000400011&lng=es&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252008000400011&lng=es&nrm=iso). Fecha de recuperación: 21 de Julio de 2010.
3. Barber M, Visco A, Wyman J, Fantl JA, Bump R. Sexual function in women with urinary incontinence and pelvic organ prolapse. *Obstet Gynecol.* 2002;99(2):281-289.
4. Federación Latino Americana de Sociedades de Sexología y Educación Sexual. Manual Diagnóstico de Enfermedades en Sexología. 2ª edición. 2008. [Texto en línea] Disponible en: [www.worldcongressmedicalsexology.com/descargas/ManualDiagnostico.doc](http://www.worldcongressmedicalsexology.com/descargas/ManualDiagnostico.doc). Fecha de recuperación: 4 de junio de 2010.
5. Ojanlatva A, Mäkinen J, Hans H, Korkeila K, Sundell J, Rautava P. Sexual activity and perceived health among Finnish middle-aged women. *Health Qual Life*

- Outcomes. 2006;4(29):1-10 doi:10.1186/1477-7525-4-29 [Periódico en línea] Disponible en: <http://www.hqlo.com/content/4/1/29>. Fecha de recuperación: 27 de septiembre de 2009.
6. Amato P. Categories of female sexual dysfunction. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2006;33:527-534.
  7. Blumel J, Bravo F, Recavarren M, Sarrá S. Función sexual en mujeres usuarias de terapia de reemplazo hormonal. *Rev Méd Chile.* 2003;131:1251-1255.
  8. Basson R. Sexual desire and arousal disorders in women. *N Engl J Med.* 2006;354:1497-1506.
  9. Arena J. Influencia del climaterio y la terapia hormonal de reemplazo sobre la sexualidad femenina. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2006;71(2):141-152.
  10. Álvarez R, Martín E, Bordones M. Conocimiento y actitud sobre el climaterio en mujeres entre 40 y 50 años. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 2008;68(1):32-40.
  11. Cerda P, Pino P, Urrutia MT. Calidad de vida en mujeres histerectomizadas. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2006;71(3):216-221.
  12. González, I. Edad mediana una época de crisis sexual en la pareja humana. 2006. [Documento en línea]. Disponible en <http://www.ilustrados.com/publicaciones>. Fecha de recuperación: enero 22 de 2010.
  13. Urrutia MT, Riquelme P. Significado de la histerectomía para un grupo de mujeres chilenas. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2009;74(5):276-280.
  14. Urrutia MT, Araya A, Rivera So, Viviani P, Villarroel L. Sexualidad de la mujer histerectomizada: modelo predictivo al sexto mes posterior a la cirugía. *Rev Méd Chile.* 2007;135(3):317-325.
  15. Urrutia MT, Araya A. Sexualidad en mujeres histerectomizadas al tercer mes posterior a la cirugía. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2005;70(3):160-165.
  16. Martínez M, Bustos H, Ayala R, Leroy L, Morales F, Watty A, et al. Evaluación de la función sexual en mujeres sometidas a histerectomía total y supracervical por vía laparoscópica. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2010;75(4):247-252.
  17. Chenevard C, Román F. Percepción, síntomas y sexualidad en mujeres histerectomizadas. *Rev Cubana Obstet Ginecol.* 2007;33(1):1-7.
  18. Addis L, Van Den Eeden S, Wassel-Fyr C, Vittinghoff E, Brown J, Thom D. Sexual activity and function in middle-aged and older women. *Obstet Gynecol.* 2006;107(4):755-764.
  19. Mas M. Fisiología de la respuesta sexual femenina: actualización. *Rev Int Androl.* 2007;5(1):11-21.
  20. Nieto C. 111 Claves para alcanzar el orgasmo. Madrid, España: Editorial LIBSA, 2008.
  21. Urrutia MT, Araya A, Villarroel L, Viñales D. Características y evolución de la sexualidad en mujeres histerectomizadas. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2004;69(4):301-306.
  22. Sira M. Entre sábanas. Consejos prácticos para mejorar tu relación sexual y de pareja. Caracas, Venezuela: Editorial Norma, 2007.
  23. Cuéllar P. Maneras de expresar la sexualidad. Centro Amara, Psicología, Sexología y Terapia [Documento en línea]. Disponible en: <http://www.centroamara.com/index.php/content/view/81/148/>. Fecha de recuperación: 06 de Noviembre de 2010.
  24. Katz, S. Multiorgasmo hacia una experiencia de pareja. Buenos Aires, Argentina: Ediciones Pluma y Papel, 2005.
  25. Talbot N. Orgasmo como alcanzar el máximo placer sexual. Secretos para ponerte a tono y quedarte totalmente satisfecha. Barcelona, España: Editorial Bettina Meyer; 2007.
  26. Kuppermann M, Varner RE, Summitt RL, Learman LA, Ireland CC, Vittinghoff E, et al. Effect of hysterectomy vs medical treatment on health-related quality of life and sexual functioning. *JAMA.* 2004;291(12):1447-1455.
  27. Urdaneta JR, Cepeda M, Guerra M, Baabel NS, Contreras A. Calidad de vida en mujeres menopáusicas con y sin terapia de reemplazo hormonal. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2010;75(1):17-34.
  28. Kammerer D, Rogers RG. Female sexual function and dysfunction. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2008;35(1):169-183.
  29. Monterrosa Á, Blumel JE, Chedraui P. Calidad de vida de mujeres en postmenopausia. Valoración con "Menopause Rating Scale" de tres etnias colombianas diferentes. *MedUNAB.* 2009;12(2):80-85.
  30. Ortiz N, Mariño C, Méndez B, Olarte N, Blumel JE. Deterioro de la calidad de vida durante el climaterio. *Rev Colomb Menop.* 2001;7(2):201-210.

Correspondencia:  
 MSC José Ramón Urdaneta Machado.  
 doctorjrum@hotmail.com