

# Barreras y facilitadores de los médicos de atención primaria para abordar las consultas vinculadas a la sexualidad de pacientes durante el climaterio

Barriers and facilitators of primary care physicians to address consultations related to the sexuality of patients during the climacteric

Nicole Crimer<sup>a</sup> , Vilda Discacciati<sup>a,b,c</sup> , Sergio Adrián Terrasa<sup>a,d,e</sup> 

## Resumen

**Introducción.** Pese a la alta prevalencia de disfunciones sexuales femeninas durante el climaterio y a que existen intervenciones para mejorarlas, este problema no suele ser consultado por las pacientes ni explorado por los profesionales de la salud. Si bien suponemos que existen condicionamientos culturales que actuarían como barreras para su abordaje, no conocíamos las percepciones, incomodidades y experiencias de los profesionales que atienden en el ámbito de la atención primaria a pacientes que transitan su climaterio.

**Objetivos.** Comprender desde la perspectiva de los médicos de atención primaria los factores que contribuyen a la invisibilidad de la problemática de las disfunciones sexuales femeninas durante el climaterio en mujeres de clase media atendidas en el Área Metropolitana de Buenos Aires.

**Diseño.** Estudio exploratorio transversal con enfoque cualitativo realizado en el Hospital Italiano de Buenos Aires durante 2020 y 2021.

**Resultados.** A partir del análisis de diez entrevistas semiestructuradas a médicos de atención primaria (de familia, clínicos y ginecólogos) identificamos seis ejes temáticos: 1) un modelo institucional en el que el tiempo limitado para la consulta y forma de pago capitada incentivaría a que las disfunciones sexuales femeninas permanezcan invisibilizadas; 2) la longitudinalidad de la relación médico-paciente contribuiría como un facilitador del abordaje de problemáticas vinculadas con la esfera sexual; 3) la discordancia de género entre los profesionales y las pacientes operaría como un obstáculo para abordar aspectos de la sexualidad durante el climaterio; 4) la biografía y la formación de los profesionales de la salud influiría sobre sus habilidades para abordar la problemática de la sexualidad de sus pacientes; 5) el examen ginecológico y/o la detección de síntomas de depresión contribuyen a abrir la puerta para indagar sobre la disfunción sexual femenina; y 6) el prejuicio de que el fin de la etapa reproductiva implicaría el fin de la actividad sexual.

**Conclusiones.** Si bien no existen recomendaciones formales para la pesquisa sistemática de disfunciones sexuales femeninas, su elevada prevalencia, su fácil diagnóstico y la existencia de herramientas terapéuticas para aliviarlas, ameritan que estén más disponibles entre nuestras hipótesis diagnósticas.

## Abstract

**Background.** Despite the high prevalence of female sexual dysfunctions during the climacteric and the existence of interventions to improve them, this problem is not usually consulted by patients or explored by health professionals. Although we assume that there are cultural conditioning factors that would act as barriers to its approach, we were unaware of the perceptions, discomforts, and experiences of the professionals who care for patients who are going through their climacteric in the field of primary care.

**Objectives.** To understand, from the perspective of primary care physicians, the factors that contribute to the invisibility of the female sexual dysfunctions problem during the climacteric in middle-class women treated in the Buenos Aires Metropolitan Area.

**Design.** Cross-sectional exploratory study with a qualitative approach carried out at Hospital Italiano de Buenos Aires during 2020 and 2021.

**Results.** From the analysis of ten semi-structured interviews with primary care physicians (family, clinicians and gynecologists) we identified six thematic axes: 1) an institutional model in which the limited time for consultation and capitated form of payment would encourage female sexual dysfunctions to remain invisible; 2) the longitudinality of the doctor-patient relationship would contribute as a facilitator in addressing problems related to the sexual sphere; 3) the gender discrepancy between professionals and patients would operate as an obstacle to address aspects of sexuality during the climacteric; 4) the biography and training of health professionals would influence their abilities to address the problems of their patients' sexuality; 5) gynecological examination and/or the detection of symptoms of depression contribute to opening the door to inquire about FSD; 6) the prejudice that the end of the reproductive stage would imply the end of sexual activity.

**Conclusions.** Although there are no formal recommendations for the systematic screening of female sexual dysfunctions, its high prevalence, its easy diagnosis and the existence of therapeutic tools to alleviate them, deserve that they be more available among our diagnostic hypotheses.

Palabras clave: Sexualidad, Climacteric, Primary Health Care. Keywords: Sexualidad, Climaterio, Atención Primaria de Salud.

Crimer S, Discacciati V, Terrasa S.. Barreras y facilitadores de los médicos de atención primaria para abordar las consultas vinculadas a la sexualidad de

## INTRODUCCIÓN

### La disfunción sexual femenina

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), la disfunción sexual femenina representa las diversas formas en las que la mujer no puede participar en una relación sexual como ella lo desea<sup>1,2</sup>. La menopausia es un proceso fisiológico normal que ocurre a partir del cese permanente de las menstruaciones, determinado en forma retrospectiva después de doce meses de amenorrea, mientras que el climaterio es la etapa en que la mujer pasa a la vida no reproductiva, incluyendo el período previo y el posterior a la menopausia<sup>3(\*)</sup>.

La disminución y el posterior cese de la actividad folicular ovárica da lugar a hipoprogesteronemia, lo que condiciona la posible aparición de diversos signos y síntomas que con el correr del tiempo son experimentados a diferente intensidad según cada mujer. En el corto plazo pueden aparecer labilidad emocional, nerviosismo, sudoración, sofocos y palpitaciones. En el mediano plazo comienzan algunos cambios en la musculatura, la piel y el aparato génito-urinario, entre los que se incluye la atrofia de estos tejidos y la consecuente aparición de síntomas vulvo-vaginales, mientras que en el largo plazo aumentan el riesgo cardiovascular y el de desarrollar osteoporosis<sup>4</sup>.

### Elementos biológicos y psíquicos involucrados en el funcionamiento sexual

La respuesta sexual es un proceso que involucra áreas de la esfera psíquica y diversas funciones fisiológicas, motivo por el cual las causas de su disfunción son diversas y se superponen. El funcionamiento sexual normal está coordinado por los sistemas neurológico, vascular y endócrino e influenciado por los fac-

tores biológicos, las creencias religiosas, el estado de salud, las experiencias personales, el origen étnico y las condiciones socio-demográficas<sup>5</sup>.

Los neurotransmisores juegan un papel importante. Para un funcionamiento apropiado, se requiere un delicado equilibrio de dopamina para el deseo, y de epinefrina, norepinefrina y serotonina para la excitación y el orgasmo. Los trastornos y los medicamentos que alteran estos elementos pueden llevar a la disfunción sexual femenina, mientras que los déficits hormonales pueden ser otro factor involucrado en su fisiopatología<sup>6</sup>.

Sin embargo, el modelo biopsicosocial es esencial para interpretar la manera en que las diferentes fases de la respuesta sexual (deseo, excitación, orgasmo y resolución) están conectadas entre sí, en el contexto de la pareja y la sociedad; como así también para explicar las dificultades para identificar tratamientos farmacológicos eficaces para las mujeres con disfunción sexual<sup>7</sup>.

### Principales síndromes de disfunción sexual femenina durante el climaterio

Según la clasificación del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales en su quinta edición (DSM-5®), por sus iniciales en inglés) existen tres grandes síndromes de disfunción sexual femenina vinculados a la menopausia: el trastorno del interés o la excitación sexual, el trastorno orgásmico y el trastorno por penetración o dolor génito-pélvico (ver Tabla 1). Para cumplir con la definición de trastorno propuesta por este manual es necesario que el problema sexual sea recurrente o persistente y cause angustia personal o dificultad interpersonal, que tenga una duración de al menos seis meses y que no pueda explicarse por un diagnóstico diferente, como por ejemplo, el de depresión<sup>8</sup>.

**Tabla 1.** Definiciones de las disfunciones sexuales femeninas según el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales quinta edición (DSM-5)<sup>8</sup>

<b>Trastorno del interés o la excitación sexual</b>	Incluye al deseo sexual hipoactivo y al trastorno de excitación sexual femenina. Implica ausencia o reducción significativa del interés o la excitación sexual, como se manifiesta al menos en tres de los siguientes: 1) interés en la actividad sexual, 2) pensamientos o fantasías sexuales, 3) iniciación de la actividad sexual, y por lo general no es receptiva a los intentos de un compañero/a para iniciar, 4) excitación o placer sexual durante la actividad sexual en casi todos los encuentros sexuales, 5) en respuesta a cualquier señal sexual erótica interna o externa, 6) de las sensaciones genitales o no genitales durante la actividad sexual en casi todos los encuentros sexuales.
<b>Trastorno orgásmico</b>	Presencia de cualquiera de los siguientes síntomas y experiencias en casi todas las situaciones sexuales: marcado retraso, infrecuencia o ausencia del orgasmo y reducción notable de la intensidad de las sensaciones orgásmicas.
<b>Trastorno por penetración o dolor génito-pélvico</b>	Incluye a las categorías anteriores de dispareunia y vaginismo. Implica dificultades persistentes o recurrentes con uno o más de los siguientes: 1) penetración vaginal durante el coito, 2) marcado dolor vulvovaginal o pélvico durante las relaciones sexuales vaginales o intentos de penetración, 3) miedo o ansiedad marcados por el dolor vulvovaginal o pélvico en anticipación, durante o como resultado de la penetración, y 3) tensión marcada de los músculos del suelo pélvico durante el intento de penetración vaginal.

### Epidemiología de la disfunción sexual femenina y su relación con la calidad de vida

La OMS reconoció el impacto de la disfunción sexual femenina en la calidad de vida global de las personas incluyendo su evaluación entre los dominios abordados por el instrumento WHO-QOL<sup>9</sup>. Este problema afecta de manera negativa la autoestima, el bienestar y la calidad de vida de quienes lo sufren y de sus

parejas. Puede aparecer desde el inicio de la actividad sexual o bien adquirirse más tarde, luego de un tiempo de funcionamiento sexual satisfactorio.

Varios estudios epidemiológicos evaluaron la prevalencia de disfunción sexual femenina. Muñoz y Camacho (2016), luego de revisar investigaciones indizadas en Pubmed y LILACS publicadas entre 2004 y 2014, incluyeron en su revisión sistemática

<sup>a</sup> Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria, Hospital Italiano de Buenos Aires. [nicole.crimmer@hospitalitaliano.org.ar](mailto:nicole.crimmer@hospitalitaliano.org.ar),

<sup>b</sup> Departamento de Investigación, Centro de Investigación en Ciencias Humanas y Salud, Instituto Universitario Hospital Italiano de Buenos Aires.

<sup>d</sup> Departamento de Investigación, Hospital Italiano de Buenos Aires.

<sup>e</sup> Departamento de Medicina, Instituto Universitario Hospital Italiano de Buenos Aires. [sergio.terrasa@hospitalitaliano.org.ar](mailto:sergio.terrasa@hospitalitaliano.org.ar)

15 estudios observacionales realizados en los cinco continentes y documentaron una prevalencia de disfunción sexual femenina entre 5,5 y 73,2%<sup>10</sup>. El estudio de Shifren et al. (2008) realizado en los EE. UU. con 31.581 mujeres mayores de 18 años encontró una prevalencia del 43%, con mayor afectación de la franja etaria entre 45 y 64 años. El 22% presentó además angustia asociada a esta disfunción<sup>11</sup>. Estudios realizados en mujeres cursando la peri o posmenopausia sugieren prevalencias más cercanas al 60%<sup>12</sup>. Además, se documentó una correlación positiva entre el funcionamiento sexual y la calidad de vida de las mujeres en la posmenopausia, y que esta se encuentra significativamente disminuida ante la presencia de síntomas de disfunción sexual<sup>12</sup>.

El impacto de la disfunción sexual femenina en la calidad de vida también quedó evidenciado en otros estudios, como el realizado en Japón<sup>13</sup> con 5.042 mujeres, que documentó una prevalencia de estos síntomas cercana al doble en las mujeres mayores de 60 años que en las de 30: 32,2 vs 15,2% para el trastorno orgásmico, 57,9 vs 29,7% para los trastornos del deseo, 29,7 vs 57,9% para el trastorno de la excitación y 12,5 vs 51,2% para el trastorno de la lubricación. La calidad de vida relacionada con la sexualidad se encontró más comprometida en mujeres más jóvenes con problemas sexuales<sup>13</sup>. Otro estudio realizado en Hong Kong que combinó métodos cuantitativos y cualitativos evidenció en 540 mujeres una prevalencia de disfunción sexual femenina del 81% con un impacto negativo en su calidad de vida<sup>14</sup>. Mediante entrevistas semi estructuradas, las mujeres interesadas en compartir cómo afectaba el climaterio su vida marital y las relaciones sexuales manifestaron tener poca información sobre los cambios biológicos y psicológicos esperables para el climaterio, tema que seguían considerando tabú para ser hablado públicamente en sociedad y preferían conversar con un profesional de la salud<sup>14</sup>.

#### La invisibilización del problema sexual por parte de médicos y de pacientes

Pese a estos datos y a la evidencia de que existen intervenciones para mejorar la calidad de vida de estas personas<sup>15,16</sup>, el problema no suele ser consultado espontáneamente por las pacientes ni explorado por la comunidad médica a menos que constituya un motivo explícito de consulta. Por ejemplo, un estudio realizado en el ámbito de la atención médica primaria en Atlanta, EE.UU. documentó que de 416 profesionales de la salud, sólo el 34% preguntaba sobre problemas vinculados a la sexualidad de sus pacientes, lo que condiciona a que estos sean abordados de forma casi exclusiva cuando son explicitados como claros motivos de consulta<sup>17</sup>.

El 'Estudio de cinco minutos', que incluyó 256 pacientes en la posmenopausia de 12 hospitales de España, documentó que cuando los médicos no preguntaban a las pacientes sobre sus inquietudes sexuales, sólo 12% de ellas las llevaba como motivo de consulta. Sin embargo, cuando luego de cinco minutos de transcurrida la consulta los profesionales preguntaban específicamente por esta problemática, su prevalencia ascendía al 48%, lo que sugiere que las disfunciones sexuales femeninas suelen ser infra-diagnosticadas<sup>18</sup>.

Por otro lado, la encuesta EMPOWER realizada en Estados Unidos con 1858 mujeres en la posmenopausia documentó que 81% de ellas no sabía que la atrofia vulvo-vaginal puede recibir tratamiento<sup>19</sup>, mientras que el estudio VIVA-LATAM realizado con mujeres de cinco países de Latinoamérica (entre ellas, 500 participantes de Argentina) documentó que la prevalencia de este problema es del 57%, con niveles de desconocimiento similares<sup>20</sup>.

#### Barreras para la consulta sobre problemas de la esfera sexual en los pacientes adultos mayores

Estudios realizados en diversos países<sup>21</sup> investigaron cuáles eran las barreras de los médicos y de los pacientes adultos mayores para conversar acerca de sus problemas sexuales. Entre las barreras percibidas por los pacientes se destacan: la ausencia de indagatoria por parte de los médicos, las dificultades para el acceso a la consulta, la interpretación de las disfunciones sexuales durante la vejez como parte del proceso de envejecimiento normal, la vergüenza, la percepción de los problemas sexuales como no graves y la falta de conocimiento del tema. Destacaron que estos problemas tienen implicancias en el empeoramiento de su calidad de vida y reconocieron que percibían que sus médicos tenían escasa formación para responder ante eventuales consultas pertinentes a la esfera sexual. Por otro lado, refirieron que estarían mejor predispuestos a solicitar ayuda si el profesional hubiese abierto alguna puerta para preguntar sobre la calidad de vida vinculada a la sexualidad en alguna visita previa. En cuanto a las dificultades de los médicos, estos investigadores identificaron problemas vinculados con sus propias biografías, por ejemplo, que a los profesionales les costaba hablar sobre la esfera sexual con personas mayores porque las comparaban con sus propios padres, con quienes nunca habían podido conversar sobre esta temática. Asimismo documentaron que los profesionales no habían recibido formación durante su carrera de grado o de posgrado. Por otra parte, algunos médicos consideraron que el problema sexual es un problema de la vida privada y que no es asunto de los profesionales de la salud<sup>21</sup>.

En Argentina, un estudio cualitativo llevado a cabo por nuestro equipo en el Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria del Hospital Italiano de Buenos Aires, mediante grupos focales con el fin de identificar cómo perciben las mujeres los problemas durante el climaterio documentó que, si bien las experiencias respecto de la vida sexual durante esta etapa de la vida son diversas, algunas mujeres se quejaron del síndrome genitourinario de la menopausia y manifestaron dificultades para conversar sobre estos temas con sus médicos, a quienes veían muy atareados como para 'robarles' tiempo con este tipo de preguntas<sup>22</sup>.

Un estudio más reciente realizado por Guidhara et al. (2019) en Tucumán sobre las vivencias de la sexualidad de los adultos mayores encontró coincidencia en que la esfera sexual no suele ser indagada por los médicos en este grupo etario. Además de percibir barreras socioculturales que influyen en su predisposición individual para conversar sobre la sexualidad en diversos ámbitos, los adultos mayores interpretan que el pudor o el decoro de los profesionales constituye una de las barreras para su abordaje en la consulta<sup>23</sup>.

Sin embargo, tras una búsqueda bibliográfica exhaustiva no encontramos estudios locales sobre las percepciones, incomodidades, deseos y experiencias de los profesionales que atienden en el primer nivel de atención a pacientes transitando su climaterio. Esta investigación tiene el objetivo general de comprender, desde la perspectiva de los médicos de atención primaria, los factores que contribuyen a la invisibilidad de la problemática de las disfunciones sexuales femeninas durante el climaterio en mujeres de clase media atendidas en un Hospital Universitario del Área Metropolitana de Buenos Aires. Entre los objetivos específicos nos propusimos identificar sus fuentes de información sobre temas relacionados con la sexualidad, explorar los valores, las creencias y las influencias biográficas que operan en la consulta de sexualidad, e indagar qué prioridad se le da a este tema en el marco de la atención primaria de la salud.

## METODOLOGÍA

### Diseño

Estudio exploratorio transversal con enfoque cualitativo en el marco de la teoría fundamentada.

### Ámbito

El Hospital Italiano de Buenos Aires es un hospital universitario privado en cuya población a cargo predominan las personas de clase media que viven en áreas urbanas y suburbanas del Área Metropolitana de Buenos Aires, Argentina.

### Población accesible

Durante 2020 y 2021 fueron invitados a participar en esta investigación médicos de familia, clínicos y ginecólogos que hubieran finalizado su carrera de especialista hace al menos cinco años y que estuvieran desarrollando su práctica clínica en el ámbito de la atención primaria. Fueron excluidos quienes además estaban trabajando en forma especializada en las áreas de climaterio, vulva, disfunciones sexuales y terapias familiares.

### Instrumentos

Utilizamos la entrevista individual con preguntas abiertas, de aproximadamente 40 minutos de duración, realizada en forma sincrónica a través de plataformas virtuales debido al contexto epidemiológico en el periodo de estudio: la emergencia sanitaria por la pandemia de COVID-19. Las entrevistas fueron audio-grabadas y el tamaño de la muestra estuvo sujeto al criterio de saturación teórica.

### Análisis de los datos

Una vez desgrabado el material de las entrevistas, dos investigadores (NC y ST) realizamos en forma conjunta un pre-análisis de su contenido, a partir del cual se confeccionamos un árbol de categorías para continuar con el proceso de codificación. Elaboramos un mapa conceptual y un informe narrativo final.

### Consideraciones éticas

La conducción de todo el estudio fue desarrollada en forma acorde a las normas regulatorias de la investigación en salud humana a nivel nacional, la Resolución Ministerial N° 1480/2011, las guías de buenas prácticas clínicas, la declaración de Helsinki y sus enmiendas. La participación libre y voluntaria de las personas a quienes se contactó en forma individual fue precedida por un proceso de consentimiento informado oral. El protocolo de este estudio fue aprobado por el Comité de Ética de Protocolos de Investigación del Hospital Italiano de Buenos Aires con el número 5.268.

El modelo de consentimiento informado utilizado en esta investigación se encuentra como **material suplementario**.

## RESULTADOS

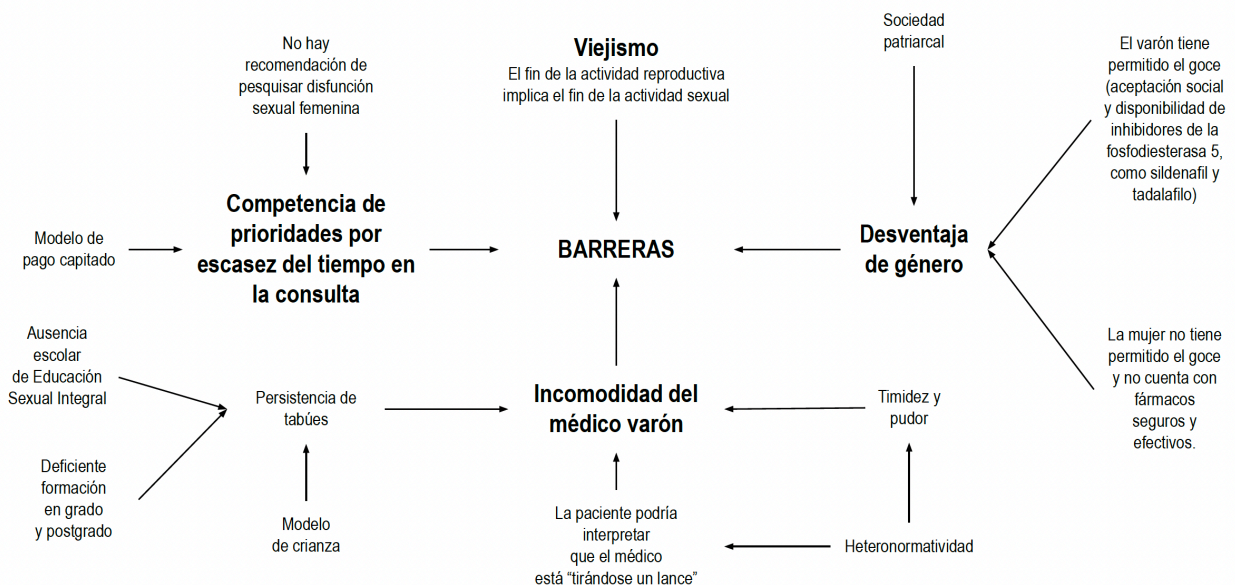
Fueron entrevistadas diez personas, cuyas características se describen en la Tabla 2.

**Tabla 2.** Características de los profesionales entrevistados en esta investigación

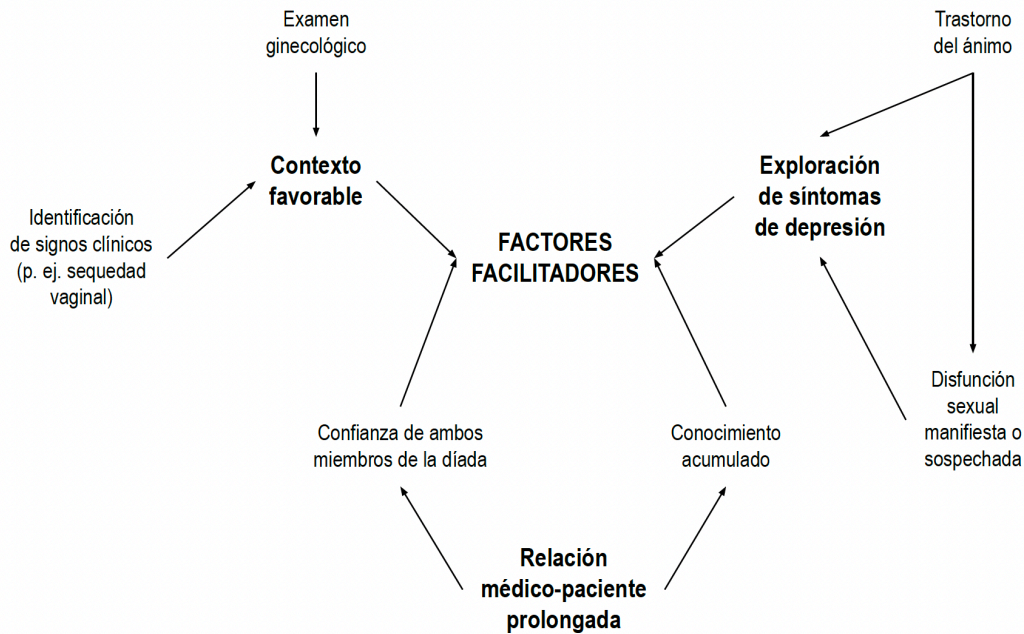
Características		n=10 (%)
Edad en años	Menor a 45	5 (50)
	Entre 45 y 55	5 (50)
Género femenino		5 (50)
Especialidad	Medicina familiar	5 (50)
	Ginecología	3 (30)
	Clínica médica	2 (20)

Los resultados fueron agrupados en dos categorías principales, barreras y facilitadores, con sus respectivas subcategorías que se ilustran en los mapas conceptuales de la Figura 1 y la Figura 2.

**Figura 1.** Barreras identificadas en los profesionales de atención primaria de la salud para el abordaje de las disfunciones sexuales en mujeres transitando su climaterio.



**Figura 2.** Factores facilitadores identificados en los profesionales de atención primaria de la salud para el abordaje de las disfunciones sexuales en mujeres transitando su climaterio.



A su vez, identificamos seis ejes temáticos: 1) un modelo institucional en el que el tiempo limitado para la consulta y forma de pago capitada incentivaría a que las las disfunciones sexuales femeninas permanezcan invisibilizadas; 2) la longitudinalidad de la relación médico-paciente contribuiría como un facilitador del abordaje de problemáticas vinculadas con la esfera sexual; 3) la discordancia de género entre los profesionales y las pacientes operaría como un obstáculo para abordar aspectos de la sexualidad durante el climaterio; 4) la biografía y la formación de los profesionales de la salud influiría sobre sus habilidades para abordar la problemática de la sexualidad de sus pacientes; 5) el examen ginecológico y/o la detección de síntomas de depresión contribuyen a abrir la puerta para indagar sobre la disfunción sexual femenina; y 6) el prejuicio de que el fin de la etapa reproductiva implicaría el fin de la actividad sexual. A continuación los desarrollamos con más detalle.

#### Modelo institucional

El tiempo preestablecido para cada consulta y el modelo de remuneración podrían influir en que el abordaje de la problemática por parte de médicos esté ausente.

Por un lado, nuestros entrevistados —y puntualmente los y las especialistas en ginecología— fueron unánimes al mencionar que no indagan en forma activa sobre la presencia de disfunciones sexuales por falta de tiempo y debido a que tienden a jerarquizar otros temas en la agenda.

En cuanto a los aspectos interrogados durante las consultas preventivas habituales o definidas como control de salud, predominarían en la agenda de los profesionales aquellos que cuentan con respaldo de recomendaciones de fuentes prestigiosas y confiables, basadas en evidencia científica. Como ejemplo, solemos tomar las que recomienda con grado de evidencia A o B la Fuerza de Tareas Preventivas de los EE.UU., entre las que se incluyen

para la subpoblación de interés de nuestro estudio (mujeres que están transitando su climaterio) algunas de las siguientes: consejería para el cese tabáquico, para la dieta saludable y la realización de ejercicio físico, tamizaje de violencia de pareja, de enfermedades de transmisión sexual, de osteoporosis, de factores de riesgo cardiovascular, de cánceres de mama, cuello de útero y colorrectal, etc. Destacamos que esta percepción es compartida por otros profesionales de la salud.

“...en 15 minutos no te podés poner a explicar de qué se trata el climaterio... ,...hacerle el pap, revisarla, mandarle los estudios...”

*Ginecología, mujer, 46 años*

“...si yo tengo que abordar todo en 15 minutos, olvidate, no hay forma que la prevención de osteoporosis, cardiovascular, la mamografía y encima preguntar eso...”

*Ginecología, mujer, 35 años*

“...yo atiendo en un centro periférico del hospital y hay dos ginecólogas y las conozco bastante y dudo que sea un tema que puedan llegar a abordar, porque están siempre muy limadas con que tienen un turno cada 10 minutos...”

*Medicina Familiar, mujer, 38 años*

Por otro lado, nuestros entrevistados manifestaron que, más allá del tiempo establecido para las consultas, la modalidad de pago también actúa como condicionante para que el profesional actuante profundice o no en ciertas problemáticas que no son llevadas por las pacientes en forma explícita como motivo de consulta. La mayoría de los/as profesionales entrevistados reciben

una remuneración con una modalidad de pago predominantemente capitada, por lo que sus opiniones son concordantes a lo comunicado por la bibliografía especializada<sup>24</sup>. Si bien los modelos de pago capitados tienen la ventaja de promover una mayor continuidad de los cuidados, dado que su remuneración es fija por paciente a cargo en forma mensual, también fomentan que el efector tienda a ocuparse solamente de las demandas explícitas de sus pacientes.

“...porque estás capitado, porque tenés tiempo limitado...”

*Clinica Médica, varón, 44 años*

**La longitudinalidad de la relación médico-paciente contribuiría a que se establezca un marco de confianza facilitador del diálogo sobre aspectos de la sexualidad**

Durante las entrevistas se repitió varias veces que una buena relación médico-paciente y la continuidad de cuidados a lo largo del tiempo favorecen la posibilidad de abordar aspectos de la sexualidad que preocupan a la paciente.

“...se da cuando se abre la gente, o te lo dice después de muchas entrevistas....,tiene que llegar una comprensión y una confianza distinta”

*Medicina Familiar, varón, 59 años*

Estos hallazgos podrían ser pensados en el marco de que un médico de cabecera con conocimiento acumulado de la historia, los valores, las creencias y los temores de la paciente, proporciona una mejor atención que un médico igualmente calificado pero que carezca de tal conocimiento. Los beneficios de los cuidados longitudinales incluyen, a su vez, que las pacientes experimenten una mayor satisfacción respecto de los cuidados recibidos, tal como lo documentaron van Walraven et al. (2010) en su revisión sistemática<sup>25</sup>.

**La discordancia de género entre los profesionales y las pacientes operaría como un obstáculo para abordar aspectos de la sexualidad durante el climaterio**

Los profesionales de género masculino manifestaron cierta incomodidad a la hora de explorar aspectos de la sexualidad de mujeres que están cursando el climaterio, especialmente cuando su edad es cercana a la de la paciente. Estas barreras están vinculadas al temor de provocarles incomodidad, como si ellas pudieran interpretar esta parte del interrogatorio clínico como un ‘avance’ inapropiado del profesional o intento de seducirla, o como una pregunta que ahonda sobre temas íntimos de su vida privada.

“...yo así de una no lo pregunto . . . yo no sé si es timidez, también es resguardo, de a dónde o qué pensará...”

*Medicina Familiar, varón, 59 años*

Sin embargo, más allá de la precaución tendiente a no generar incomodidad en la paciente, también está presente la incomodidad del propio profesional. Este malestar no pareciera estar presente en los profesionales a la hora de conversar con pacientes de su mismo género, por lo que interpretamos que en esta generación de médicos predomina la mirada heteronormativa de la sexualidad.

“...con los hombres lo voy a poder hacer con mucha más facilidad que con las mujeres por la barrera del pudor...”

*Medicina Familiar, varón, 48 años*

“...con el hombre puedo hablar de sexualidad y con la mujer . . . no sé qué palabra usar, incomodidad, entonces no ahondo en el tema...”

*Clinica Médica, varón, 44 años*

Como sostienen Brown et al. (2013), comprender las lógicas de la interacción entre las pacientes y los profesionales que les brindan atención vinculada con el área de salud de la mujer implica considerar que en estas consultas se ponen en juego asuntos relativos a la sexualidad —de las pacientes y de los profesionales—, y que, por lo tanto, deben ser analizadas en el contexto y las determinaciones sociales, políticas y culturales de los cuerpos y las sexualidades, teniendo en cuenta las relaciones de género<sup>26</sup>. Estas relaciones entre las pacientes y los profesionales de la salud se producen en un contexto de relaciones macrosociales particulares, que incluyen la idea de una sociedad heteronormativa, donde se supone que las pacientes son mujeres cis y los médicos varones, hombres cis. De esta manera, se podría suponer que existe un conflicto erótico-sexual implícito en toda consulta ginecológica entre profesionales de diferente género.

**La biografía y la formación de los profesionales de la salud influiría sobre sus habilidades para abordar la problemática de la sexualidad de sus pacientes**

En este eje identificamos dos subejos, uno relacionado con el modelo de crianza de cada profesional de la salud y otro vinculado con los programas de grado y posgrado en los que llevó a cabo su formación académica.

**El tabú de la sexualidad estaría influenciado por el modelo de crianza**

A todos los profesionales entrevistados les resultó difícil, y hasta algo incómodo, describir el concepto de sexualidad. Sin embargo, esta dificultad fue mucho más marcada en los profesionales de mayor edad, quienes tendieron a limitar la definición de sexualidad a lo vinculado con las esferas de la genitalidad y las relaciones de pareja.

“...es la manifestación o la práctica de la genitalidad de las personas...”

*Medicina Familiar, varón, 48 años*

Por el contrario, percibimos mayor comodidad y facilidad para expresar este concepto en profesionales menores de 40 años, quienes pudieron definirlo con mayor amplitud y en concordancia con las formas contemporáneas de pensar la sexualidad, que según la OMS es un aspecto central del ser humano, que incluye al sexo, las identidades y papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual<sup>2</sup>. Esta definición amplia implica una construcción de un modelo ecológico donde la persona interactúa con factores ambientales (biológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales). Este modelo ecológico intenta explicar la forma en que las vivencias y experiencias de cada persona influyen en la posibilidad de hablar o no de ciertos temas vinculados con la sexualidad.

“Es un concepto súper amplio...;...no es meramente el acto sexual reproductivo . . . Pensarlo como un momento placentero, de la vida de las personas . . . pensarlo como global”

*Ginecología, mujer, 35 años*

A su vez, los profesionales entrevistados reconocieron que los modelos de crianza a los que estuvieron expuestos fueron influyentes respecto de su comodidad a la hora de abordar estas temáticas con sus pacientes.

“...dentro de mi familia, de mis convivientes, que eran mis padres, era algo que estaba todo bien y siempre fue así...”

*Medicina Familiar, mujer, 38 años*

“Pffftttt. (risas). Yo fui a una escuela de monjas así que imagínate...;...la sexualidad era algo que no existía, era pecado. Y para mí hoy en día es un tema difícil de hablar”

*Medicina Familiar, mujer, 51 años*

“No tuve educación sobre sexualidad desde mis padres hacia mí, ni de la escuela hacia mí y aprendí por los comentarios de mis amigos mayores. Recuerdo como un hito, así tremendamente educativo, porque pasó del mito a la realidad, la primera vez que vi una película porno, creo que tenía 15”

*Medicina Familiar, varón, 48 años*

Destacamos que nuestros entrevistados pertenecen a generaciones que transcurrieron su formación escolar antes de la sanción de la Ley Nacional 26.150 de Educación Sexual Integral (ESI) en 2006<sup>27</sup>. Esta normativa dispone en su primer artículo que todos los educandos tienen derecho a recibir ESI en los establecimientos educativos públicos, estatales y privados. La ESI contempla y articula aspectos biológicos, psicológicos, sociales, afectivos y éticos, y contribuye a democratizar la formación de las personas que están creciendo, más allá de los diferentes modelos de crianza a los que hayan estado expuestas.

#### **La deficiente formación académica de grado y posgrado en sexología clínica**

Todos los profesionales entrevistados manifestaron que la capacitación en sexología clínica fue muy escasa durante su formación de grado y también durante su residencia médica (medicina familiar, clínica médica y tocoginecología). En todos los casos la formación solo estuvo referida a un número limitado de patologías.

“...no hubo absolutamente nada. No hubo clases de ningún tema importante”

*Medicina Familiar, varón, 48 años*

“Jamás... ;...una es la falta de formación”

*Ginecología, mujer, 35 años*

Destacamos sin embargo, que durante y posteriormente al advenimiento del sildenafil en 1998<sup>28</sup>, la temática de la disfunción sexual eréctil ganó espacio en la agenda de formación de los profesionales de atención primaria. Hasta esa fecha la única alternativa farmacológica para el abordaje de esta problemática consistía en inyecciones de papaverina, relegadas de manera casi exclusiva al manejo de los especialistas en urología o sexología.

“...se trabajó mucho el tema del sildenafil porque era una pregunta y era un tema muy muy candente cuando empezó...”

*Medicina Familiar, varón, 59 años*

Si bien el sentido común sugeriría que al especializarse en los órganos genitales o reproductivos femeninos la carrera de especialista en tocoginecología garantizaría algún tipo de formación, los profesionales entrevistados de esa especialidad negaron haberla recibido, al igual que los clínicos y los médicos de familia.

“Por lo menos hasta el 2016 que yo dejé la residencia, no. Hay una ginecóloga que hace sexología que sabemos que existe y que eventualmente le derivamos pacientes, pero no”

*Ginecología, mujer, 35 años*

Las respuestas de nuestros entrevistados coinciden con la propia experiencia formativa del equipo investigador y con los resultados de otros trabajos como por ejemplo, el estudio exploratorio realizado en el Reino Unido mediante entrevistas a médicos de atención primaria para conocer cuáles eran sus actitudes respecto a la discusión de temas de salud sexual con los adultos mayores que concluyó que los médicos carecían de formación en la temática<sup>29</sup>. Por otro lado, los entrevistados manifestaron poco interés ya que aún teniendo la oportunidad de hacerlo, no priorizarían entrenarse en dicha área.

#### **El examen ginecológico y/o la detección de síntomas de depresión contribuyen a abrir la puerta para indagar sobre la disfunción sexual femenina**

Encontramos que los profesionales encuentran como factores facilitadores para el abordaje de las disfunciones sexuales la generación de un clima de intimidad durante la consulta médica, en especial en el contexto de la exploración física ginecológica, y las entrevistas vinculadas a problemas de la esfera psicosocial.

#### **Los profesionales que perciben barreras para interrogar sobre disfunciones sexuales aprovechan el clima de intimidad inherente al examen físico ginecológico para pesquisarlas**

Para médicos de familia y tocoginecólogos la colocación del espéculo para hacer un papanicolau es una práctica muy frecuente. Suele pasar que durante este procedimiento se evidencie atrofia o falta de lubricación vaginal, lo que ofrece al profesional con dificultades para abordar esta temática, una oportunidad para preguntarle a la paciente si practica relaciones sexuales con penetración y/o si estas son dolorosas.

“No, no me sale explorarlo ... pero tengo el sí fácil ... por ejemplo si estoy haciendo el pap y noto que tiene dificultades cuando yo meto el espéculo, le pregunto si tiene relaciones con dificultad”

*Medicina Familiar, mujer, 51 años*

Este tema no es menor ya que es frecuente que los profesionales que se desempeñan en el ámbito de la atención primaria de la salud se ocupen de los cuidados ginecológicos de sus pacientes. Al realizar los cuidados ginecológicos se espera que tengan habilidades y actitudes que les permitan lograr un vínculo con cercanía emotiva, empatía, comprensión y contención.

**La exploración de la sexualidad de manera activa se favorece cuando se indagan síntomas de depresión**

Existe consenso en que la pérdida del deseo o el interés sexual, la anorgasmia y la disfunción sexual eréctil pueden ser síntomas de un trastorno del ánimo y/o hasta su causa, sea el trastorno anímico francamente manifiesto o bien con una presentación larvada<sup>30</sup>.

Por esta razón, más allá de las dificultades expresadas para indagar en forma activa sobre las disfunciones sexuales, varios profesionales entrevistados manifestaron que la presencia de síntomas de la esfera psicosocial (p. ej., trastornos del ánimo) puede actuar como un factor facilitador para poner esta temática en la agenda de la entrevista clínica. Dicho de otra forma, el estar hablando con una paciente sobre su estado de ánimo implica que se ha establecido un clima de intimidad que da permiso y otorga la oportunidad de realizar preguntas sobre la disfunción sexual femenina.

“...no hago rastreo universal... si preguntando en el chequeo o si alguien me viene a consultar que no se siente de buen ánimo o de humor, sí la sexualidad va a ser una pregunta y la voy a escharbar bastante”

*Medicina Familiar, varón, 48 años*

“...cuando evaluó a una persona con angustia, ahí pregunto si surgen cosas de pareja o cómo la pasa...”

*Medicina Familiar, mujer, 51 años*

“...sólo lo traigo yo activo si noto algo en la consulta, si noto un estado de ánimo más tirando a la tristeza, al desánimo, a la depresión”

*Medicina Familiar, mujer, 38 años*

En este sentido, destacamos que varios instrumentos utilizados para el monitoreo de la evolución de los pacientes con depresión indagan sobre aspectos vinculados con la sexualidad de la paciente, por ejemplo tres de las 21 preguntas del Inventario de Beck de depresión mayor unipolar: si la persona continúa sintiendo placer en cosas que antes solía disfrutar, su autopercepción física y psicológica, la pérdida de interés por distintas personas, actividades o el sexo<sup>31</sup>.

Dicho de otra forma, los profesionales entrevistados reconocen que la sospecha de algún trastorno del ánimo en la paciente que están atendiendo, les enciende una ‘alarma’ que los habilita a preguntar sobre la esfera sexual de la entrevistada ya que este aspecto podría estar operando como un factor causal y/o perpetuador de un cuadro depresivo, y/o simplemente comportarse como un emergente más de dicha sintomatología, que debería ser evaluado.

**El prejuicio de que el fin de la etapa reproductiva implicaría una pérdida de relevancia, interés e importancia de los aspectos sexuales de la vida de las mujeres (viejismo)**

Varios de los entrevistados consideran que existe el prejuicio de que la sexualidad pierde importancia para las mujeres luego de finalizada su etapa reproductiva. Esta mirada puede ser entendida en el contexto de los estereotipos culturales de la sexualidad en los que está instalada la idea de que para disfrutar de la sexualidad es importante poseer juventud y belleza. Es en este marco cultural donde la instauración de la menopausia implicaría una menor importancia de los aspectos sexuales de la vida.

“...y listo! ¿no? Menopausia, y ya tengo determinada edad, y ya está..., me tengo que dedicar a hacer y tejer pulóveres...la menopausia marca el fin de la función reproductiva de la mujer que en muchos recovecos todavía es para lo que estamos acá en el planeta...”

*Medicina Familiar, mujer, 38 años*

Más allá de que, como ya comentáramos, puede haber una discordancia generacional entre la paciente y el médico que la atiende, ambos miembros de la diada participan en forma contemporánea de un contexto sociocultural con muchas semejanzas. A pesar de los avances al respecto durante los últimos años, hablar de sexo como actividad placentera para la mujer sigue siendo un tabú. Por esta razón, es posible que el fin de la etapa reproductiva suela interpretarse en forma estereotipada como asociado al fin de la práctica de actividad sexual.

“...tiene que ver un poco con cómo nos criamos, ¿no? Lo que nos dijeron o les dijeron...esto de las relaciones sexuales que parecería que tiene que ver con el goce para el hombre y la reproducción y nada más para la mujer...”

*Ginecología, mujer, 35 años*

Estos hallazgos también podrían ser interpretados en el marco de lo que se denomina ‘viejismo’<sup>32</sup>. En 1968, el médico geriatra Robert Butler, asignó ese nombre al proceso de elaboración de estereotipos y discriminación sistemática contra las personas mayores debido a su edad<sup>33</sup>.

También podemos pensar en la desventaja de género que tienen las mujeres con respecto a los hombres en cuanto a los ‘permisos’ que les otorga la moral social predominante en cada momento histórico para seguir disfrutando de su actividad sexual si así lo desean. Por ejemplo y pese a que luego de cierta edad o ciertos eventos de su ciclo vital los varones no suelen desear procrear, los entrevistados destacaron que los hombres continúan consultando por disfunciones sexuales.

Esta diferencia en el patrón de consultas entre mujeres y hombres quizás pueda explicarse debido a que los varones continúan considerando a la actividad sexual como un componente relevante de la percepción de su funcionalidad o bienestar, cuyo principal síndrome (la disfunción sexual eréctil) tiene un tratamiento farmacológico específico y efectivo. Por el contrario, las terapéuticas farmacológicas para ayudar a las mujeres con trastorno por deseo sexual hipactivo (la disfunción sexual femenina más frecuente), cuentan todavía con escasa evidencia que avale su eficacia y su seguridad.

“...a partir del sildenafil todos los hombres venían a pedirlo. Y todos reconocían tener cierta disfunción sexual eréctil, cuestiones que antes nadie reconocía tener...”

*Medicina Familiar, varón, 48 años*

“...muchos hombres y sobre todo me refiero a los adultos mayores, empezaron a recuperar una función que estaba debilitada y a poder seguir disfrutando de la sexualidad...”

*Medicina Familiar, varón 48 años*



La sexualidad humana es un proceso continuo que se inicia con el nacimiento y termina con la muerte. Es consecuencia de una compleja y cambiante interacción entre factores biológicos y socio emocionales que reciben influencias de la familia, la religión y los patrones culturales, que ayudan a que el comienzo del climaterio sea percibido como el fin de la práctica de la actividad sexual y no sólo de la capacidad reproductiva.

## DISCUSIÓN

A partir del análisis de las entrevistas realizadas a médicos especialistas en medicina familiar, clínica médica y ginecología documentamos más barreras que factores facilitadores para abordar los problemas de la esfera sexual de las mujeres cursando su climaterio.

Entre las barreras identificadas existen algunas que son inherentes a toda la sociedad y no exclusivas de sector sanitario, como las que construyen la biografía y los modelos de crianza de las personas de cada generación —en este caso, médicas y médicos—, y las relacionadas con el vejeísmo, que promueven que los profesionales de la salud no tengamos demasiado presente que la mujer adulta mayor frente a nosotros en la consulta es también un ser sexuado, que puede sentir malestar por no poder disfrutar de su sexualidad durante esta etapa de su vida, por el prejuicio imperante de que el ejercicio pleno de la sexualidad es cosa de gente y de cuerpos jóvenes. Otras de las barreras identificadas son la escasa o nula formación recibida durante su carrera de medicina y su formación de posgrado como especialistas y la presión que sienten al tener que priorizar otros temas en la agenda de sus consultas, que además son percibidas como de muy breve duración, debido a los modelos de pago imperantes. Por otro lado, y en función de la heteronormatividad que nos impregna como sociedad, la discordancia entre el género del profesional y la paciente también fue percibida como una barrera por parte de los profesionales varones a la hora de abordar esta problemática, por su propio pudor o por temor a que ellas interpreten que, en el contexto de una situación asimétrica de poder, el médico está realizando un 'avance' inapropiado sobre la paciente, intentando seducirla.

En contrapartida, identificamos tres grandes factores facilitadores para abordar los aspectos de la salud sexual de las mujeres transitando su climaterio: una relación médico paciente prolongada y las oportunidades que ofrecen la realización del examen físico ginecológico así como la anamnesis dirigida ante la presencia de síntomas o la sospecha de depresión.

Destacamos que todos los profesionales entrevistados ejercen su práctica clínica en un hospital universitario privado de base urbana, en el que se atiende una población predominantemente de clase media, lo que podría limitar la extrapolación de sus conclusiones a otros ámbitos. Por otro lado, todas las entrevistas fueron realizadas por la investigadora principal, quien trabaja en la misma institución que las personas entrevistadas, lo que no permite descartar cierta predisposición a brindar las respuestas que creían que ella esperaba escuchar (sesgo de cortesía). Sin embargo, visto desde otra perspectiva, consideramos que el hecho de que el grupo investigador ejerza su labor asistencial en la misma institución que los participantes brindó la oportunidad de tener una comprensión más global del significado de algunos conceptos vertidos en las entrevistas.

Parte de este equipo investigador publicó hace dos décadas un trabajo titulado ¿Qué les pasa a las mujeres realmente en la menopausia? A partir de la voz de mujeres que estaban cursando su climaterio, en este estudio ya habíamos comunicado que las entrevistadas tenían la percepción de que los profesionales de la salud no indagaban de manera activa sobre la sexualidad durante esta etapa de la vida por cuestiones vinculadas con su propia biografía y por una escasa o nula formación curricular<sup>22</sup>.

Casi dos décadas después, las dificultades de los profesionales que podrían ser explicadas por su experiencia biográfica, por su modelo de crianza y por la falta de enseñanza en la facultad de medicina seguirían siendo problemas vigentes, como lo informa su propio discurso.

Nuestros hallazgos son concordantes con los Gott et al. (2004), quienes habían documentado que la escasa formación de los profesionales en el área de la sexualidad opera como una barrera para la provisión de cuidados centrados en la persona, lo que puede implicar el desperdicio de oportunidades para ayudar a las pacientes a mejorar su calidad de vida<sup>29</sup>. Estos autores habían comunicado además que las usuarias del sistema de salud estarían más predispuestas a consultar por problemas de índole sexual si el profesional actuante hubiese dado alguna señal durante alguna visita previa de que estaba predispuesto a recibir ese tipo de consulta, por ejemplo mediante una pregunta abierta sobre la calidad de vida de la paciente vinculada a la sexualidad<sup>34</sup>. Nuestros entrevistados no hicieron mención a esta posibilidad y solo destacaron que una relación médico paciente prolongada podría favorecer la exploración del tema.

Si bien no todas las mujeres experimentan cambios durante el climaterio, el pico de prevalencia de disfunciones sexuales se atribuye a esta etapa vital. Con respecto al estereotipo cultural de la sexualidad, cabe mencionar que los agentes sociales tienden a reforzar la idea de que el goce es un privilegio de las personas jóvenes y bellas. Por lo tanto, es posible que los individuos cuya autovaloración a lo largo de su vida haya dependido principalmente de su aspecto y atractivo, se sientan infravalorados en esta etapa de su ciclo. Asimismo, estamos convencidos de que para soslayar el vejeísmo, debemos favorecer la mantención de actitudes positivas hacia este grupo de personas, ratificando el envejecimiento como un proceso natural, que no necesariamente se acompaña de un detrimento físico y/o social inexorable.

Otras barreras expuestas se encuentran conectadas por la construcción social del patriarcado, que impone una heteronormatividad y una brecha amplia en la desventaja de género. Por este motivo consideramos necesario que la formación que nos falta a los profesionales de la salud sobre este tema esté atravesada por la perspectiva de género.

## Conclusiones

Para concluir, si bien las disfunciones sexuales no cumplen con todos los criterios de tamizaje de Frame y Carlson<sup>35</sup> para ameritar su pesquisa en forma sistemática, dado su impacto en la calidad de vida, su elevada prevalencia, su fácil diagnóstico y la existencia de herramientas terapéuticas que podrían aliviarlas, consideramos que deberían estar más disponibles en nuestro pensamiento y en nuestras hipótesis diagnósticas como médicos de atención primaria.

## Notas

(\*) Si bien se entiende por menopausia al cese permanente de las menstruaciones y por climaterio a los cambios que experimenta la mujer-cis antes, durante y después de la menopausia, a los efectos de esta investigación ambos términos son utilizadas como sinónimos.

## Material suplementario

Anexo 1. Modelo de consentimiento informado.

**Fuente de financiamiento / Conflicto de interés de los autores:** Este trabajo fue autofinanciado por el equipo de investigadores, quienes declaramos no tener conflictos de interés respecto de esta temática.

Recibido el 27/04/2023 Aceptado el 03/07/2023  
y Publicado el 07/08/2023.

## Referencias

1. Heidari M, Ghodusi M, Rezaei P, et al. Sexual Function and Factors Affecting Menopause: A Systematic Review. *J Menopausal Med.* 2019;25(1):15–27.
2. La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2018. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274656/9789243512884-spa.pdf>.
3. Torres-Jiménez AP, Torres-Rincón JM. Climaterio y menopausia. *Rev Fac Med (Méx)* [online]. 2018;61(2):51–58. Available from: <https://www.scielo.org.mx/pdf/facmed/v61n2/2448-4865-facmed-61-02-51.pdf>.
4. Lello S, Sorge R, Surico N, OMERO Study Group. Osteoporosis's Menopausal Epidemiological Risk Observation (O.M.E.R.O.) study. *Gynecol Endocrinol.* 2015;31(12):992–8.
5. Avasthi A, Grover S, Sathyanarayana-Rao TS. Clinical Practice Guidelines for Management of Sexual Dysfunction. *Indian J Psychiatry.* 2017;59(Suppl 1):91–115.
6. American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Practice Bulletins—Gynecology. Female Sexual Dysfunction: ACOG Practice Bulletin Clinical Management Guidelines for Obstetrician-Gynecologists, Number 213. *Obstet Gynecol.* 2019;134(1):e1–e18.
7. Nappi RE, Cucinella L, Martella S, et al. Female Sexual Dysfunction (FSD): Prevalence and Impact on Quality of Life (QoL). *Maturitas.* 2016;94:87–91.
8. American Psychiatric Association. DSM-5. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales: DSM-5®; 2014.
9. Power MJ, Bullinger M, The Whoqol Group. The Universality of Quality of Life: An Empirical Approach Using the Whoqol. In: Gullone E, Cummins RA, editors. *The Universality of Subjective Wellbeing Indicators.* vol. 16 of Social Indicators Research Series. Dordrecht: Springer; 2002.
10. Muñoz ADP, Camacho PA. Prevalencia Y Factores de Riesgo de La Disfunción Sexual Femenina: Revisión Sistemática. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2016;81(3):168–80.
11. Shifren JL, Briggita U, Monz PA, et al. Sexual Problems and Distress in United States Women: Prevalence and Correlates. *Obstet Gynecol.* 2008;112(5):970–8.
12. Nazarpour S, Simbar M, Tehrani FR, et al. Quality of Life and Sexual Function in Postmenopausal Women. *J Women Aging.* 2018;30(4):299–309.
13. Hisasue S, Kumamoto Y, Sato Y, et al. Prevalence of Female Sexual Dysfunction Symptoms and Its Relationship to Quality of Life: A Japanese Female Cohort Study. *Urology.* 2005;65(1):143–191.
14. Wong ELY, Huang F, Cheung AWL, et al. The Impact of Menopause on the Sexual Health of Chinese Cantonese Women: A Mixed Methods Study. *J Adv Nurs.* 2018;74(7):1672–84.
15. Blümel JE, Arara H, Riquelme R, et al. Prevalencia de Los Trastornos de La Sexualidad En Mujeres Climatéricas: Influencia de La Menopausia Y de La Terapia de Reemplazo Hormonal. *Rev Méd Chile.* 2002;130(10):1131–1169.
16. Caruso S, Cianci S, Amore FF, et al. Quality of Life and Sexual Function of Naturally Postmenopausal Women on an Ultralow-Concentration Estriol Vaginal Gel. *Menopause.* 2016;23(1):47–54.
17. Wimberly YH, Hogben M, Moore-Ruffin J, et al. Sexual History-Taking among Primary Care Physicians. *J Natl Med Assoc.* 2006;98(12):1924–9.
18. Cuerva MJ, Gonzalez D, Canals M, SMS Young Experts Group, et al. The Sexual Health Approach in Postmenopause: The Five-Minutes Study. *Maturitas.* 2018;108:31–36.
19. Kingsberg SA, Krychman M, Graham S, et al. The Women's EMPOWER Survey: Identifying Women's Perceptions on Vulvar and Vaginal Atrophy and Its Treatment. *J Sex Med.* 2017;14(3):413–424.
20. Nappi RE, De Melo NR, Martino M, et al. Vaginal Health: Insights, Views & Attitudes (VIVA-LATAM): Results from a Survey in Latin America. *Climacteric.* 2018;21(4):397–403.
21. Hinchliff S, Gott M. Seeking Medical Help for Sexual Concerns in Mid- and Later Life: A Review of the Literature. *J Sex Res.* 2011;48(2-3):106–17.
22. Giraudo N, Dreyer N, Bakalar K, et al. ¿Qué les pasa a las mujeres en la menopausia? . *Nexo Rev Hosp Ital B Aires.* 2003;23(1):3–9. Available from: <https://trovare.hospitalitaliano.org.ar/greenstone/collect/publicac/index/assoc/D329.dir/nexo-rev-hosp-ital-b-aires-2003-23-1.pdf>.
23. Ghidara E, Antacle A, Erbetta F, et al. Mientras haya vida, hay todo: una mirada en la sexualidad del adulto mayor. *Evid Actual Pract Ambul.* 2019;22(1):e001105.
24. Buglioli M, Gianneo O, Mieres G. Modalidades de Pago de La Atención Médica. *Rev Méd Urug.* 2002;18(3):198–210. Available from: [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1688-03902002000300003](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-03902002000300003).
25. Van-Walraven C, Oake N, Jennings A, et al. The Association between Continuity of Care and Outcomes: A Systematic and Critical Review. *J Eval Clin Pract.* 2010;16(5):947–56.
26. Brown JL, Pecheny MM, Gattoni MS, et al. Género, cuerpo y sexualidad en la atención ginecológica. *Ártemis.* 2013;15(1):135–148. Available from: [https://notablesdelaciencia.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/4533/CONICET\\_Digital\\_Nro.4992\\_A.pdf?sequence=2&isAllowed=y](https://notablesdelaciencia.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/4533/CONICET_Digital_Nro.4992_A.pdf?sequence=2&isAllowed=y).
27. Argentina Honorable Congreso de la Nación . Ley 26.150. Programa nacional de educación sexual integral; 2006. Available from: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26150-121222>.
28. Goldstein I, Lue TF, Padma-Nathan H, et al. Oral Sildenafil in the Treatment of Erectile Dysfunction. *Sildenafil Study Group.* *N Engl J Med.* 1998;338(20):1397–1404.
29. Gott M, Hinchliff S, Galena E. General Practitioner Attitudes to Discussing Sexual Health Issues with Older People. *Soc Sci Med.* 2004;58(11):2093–103.
30. Crimer N. Sexualidad. In: *Hospital Italiano de Buenos Aires. Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria. Medicina familiar y práctica ambulatoria.* 4ta. Ed. Buenos Aires: Panamericana (en prensa); 2023.
31. Beck AT, Steer RA, Brown KG. Inventario de depresión de Beck. Buenos Aires; Argentina: Ediciones Paidós Iberica; 2006.
32. Ayalon L, Tesch-Römer C. Manifestations and Consequences of Ageism. In: Ayalon L, Tesch-Römer C, et al., editors. *Contemporary Perspectives on Ageism, International Perspectives on Aging.* vol. 19 of Int. Perspect. Aging; 2018.
33. Achenbaum WA. A History of Ageism Since 1969. *Journal of the American Society on Aging.* 2015;39(3):10–16. Available from: <https://www.jstor.org/stable/26556123>.
34. Gott M, Hinchliff S. Barriers to Seeking Treatment for Sexual Problems in Primary Care: A Qualitative Study with Older People. *Fam Pract.* 2003;20(6):690–5.
35. Frame PS, Carlson SJ. A critical review of periodic health screening using specific screening criteria. Part 1: Selected diseases of respiratory, cardiovascular, and central nervous systems. *J Fam Pract.* 1975;2(1):29–36. Available from: <https://www.aafp.org/foundation/documents/who-we-are/cfhm/classicfamilymedicine/CritRevPeriodicHealthScreening.pdf>.