

Sexualidad en la menopausia

Rosa Simbaña S,¹ Eliana Félix L,² Ximena Arteaga R.³

¹ Médica Residente de Postgrado Gineco-Obstetricia, ² Médica Gineco-Obstetra, ³ Enfermera Rural, Hospital Gineco-Obstétrico "Isidro Ayora", Quito-Ecuador.

Resumen

La disminución de la actividad sexual en la menopausia puede atribuirse a varios factores como los cambios físicos producto del hipoestrogenismo, trastornos de naturaleza física y psíquica, cambios en la respuesta sexual, desinterés y aburrimiento sexual, disfunciones sexuales asociadas y actividades socioculturales. Para abordar la problemática sexual de la menopausia de una forma coherente, es necesario informar a las pacientes de los cambios fisiológicos que esta etapa conlleva, así como suministrar un correcto tratamiento farmacológico, que tienda a aliviar los síntomas ocasionados por el déficit hormonal.

Palabras clave: Actividad sexual, Menopausia, Respuesta sexual.

Summary

The declination of the sexual activity in this stage can be due to the following factors: physical changes due to the hipoestrogenism, physical and psychical disturbances, changes in the sexual response, sexual boredom and monotony, related sexual dysfunction and culture society activities. To solve coherently the sexual problems of menopause women, it is necessary to inform them about the physiological changes of this stage and to administrate the accurate pharmacological treatment that would diminish the symptoms due to hormonal deficit.

Key words: Sexual activity, Menopause, Response sexual.

Revista de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Central 1997; 22(1): 5-7.

Introducción

Aunque solía pensarse que la conducta sexual tenía poca importancia médica, especialmente en mujeres de 40 años o más, el estudio de la función sexual ha recibido una atención creciente de tipo clínico y de investigación en los últimos tres decenios.¹⁻⁴ No obstante, el interés médico en la sexualidad perimenopáusica y menopáusica se retrasó con respecto al de la función sexual en la población más joven, por la creencia de que la declinación y disfunción sexual en mujeres de edad madura y mayores, eran consecuencia natural del envejecimiento y de la declinación hormonal y de que las mujeres que conservan el interés en la actividad sexual a los mismos niveles que en

sus años 20 o 30, eran aberrantes.^{5,6} Así mismo, hasta la década del 70 no se disponía de recursos tecnológicos para cuantificar, de manera objetiva, los cambios que ocurren en la respuesta sexual y los datos que se disponían, a menudo eran de estudios retrospectivos con muestras pequeñas.^{5,7,8}

Abordar la sexualidad en el climaterio, obliga a tomar conciencia de una serie de falsos conceptos que han prevalecido en la cultura popular e incluso sanitaria.

La sexualidad en general y la de la mujer en particular, ha sido contemplada hasta hace pocos años asociada a una finalidad muy concreta, la reproducción. Es comprensible, por lo tanto, que la menopausia haya sido considerada como el punto de inflexión a partir del cual la sexualidad perdía su sentido y pasaba a considerarse como una práctica poco estética e innecesaria.

En esta revisión enfocaremos tres puntos básicos:

- los cambios de la conducta sexual en la menopausia
- los factores que inciden sobre la sexualidad en la menopausia
- los posibles abordajes que podemos efectuar tanto a nivel paliativo como preventivo.

A. La conducta sexual en la menopausia. Conforme avanza la edad, se produce un descenso general de la actividad y goce sexual en ambos sexos. Aunque existe considerable variabilidad individual dependiendo de las circunstancias, sin embargo, a la vez que hay un descenso mayoritario de la actividad sexual, todos los estudios demuestran simultáneamente, que muchas personas por encima de los 60 y 70 años, incluyendo mujeres, mantienen una actividad sexual satisfactoria y relativamente frecuente. Por ello junto al postulado del descenso de la sexualidad, conviene establecer el de la persistencia de la actividad y orientar los estudios a descubrir los factores que influyen en uno u otro sentido.

Kinsey y Pomeroy⁹ observaron que el declive de la capacidad sexual sucede más tarde que el declive físico. Así mismo observaron que en las mujeres solteras la actividad sexual permanece casi constante hasta los 55 años, mientras que en las casadas disminuye paulatinamente, atribuyendo esta disminución al proceso de envejecimiento del varón.

Aunque el descenso de la libido es más tardío en los hombres, la capacidad de erección disminuye con el paso de los años, de forma que la disfunción sexual que nos refiere la mujer a partir de los 50 años, es posiblemente derivada de su compañero.

Por el contrario, otros autores,¹⁰ consideran que el fi-

nal de la actividad sexual está más en relación con la falta de libido de la esposa que con el fallo del marido.

Estos cambios en la esfera sexual no son especialmente acusados en la perimenopausia. Es posible, por lo tanto, que muchos de estos cambios estén más relacionados con la edad y los factores socio culturales que con el déficit estrogénico que la menopausia comporta.

El comportamiento sexual de 756 mujeres maduras, voluntarias, fue estudiado en Bolonia por Bottiglione y De Aloysio.¹¹ Se encontró un declive general de la sexualidad, acentuado por la menopausia. Las mismas mujeres atribuyeron el descenso a la menopausia. La menor frecuencia coital se produjo en postmenopáusicas precoces, pero la libido descendió más en postmenopáusicas avanzadas. Remohi¹² investigó a 100 menopáusicas, la mayoría de ellas con más de 10 años de amenorrea (45 a 69 años de edad). La incidencia de coito fue significativamente mayor que la declarada para la edad de 30-40 años y descendió progresiva y significativamente con la edad de 1.7 coitos/semana a los 45-50 años, a 0.6 a los 61-69 años. Igualmente disminuyó la frecuencia de orgasmo y aumento la de dispareunia y falta de lubricación (queja presente en el 100% de mujeres mayores de 61 años). También disminuyó la frecuencia de excitación manual por parte del varón.

Una investigación minuciosa sobre el comportamiento sexual en la postmenopausia fue realizada por Leiblum y col.¹³ En una serie de 52 mujeres voluntarias con 50-65 años de edad, reclutadas a través de conferencias de divulgación y anuncios, encontraron que el 44% eran inactivas sexualmente (menos de 10 coitos en el año anterior), el 48% eran activas (al menos 3 coitos cada mes en el año anterior) y las demás tenían una actividad intermedia. El resto de parámetros sexuales mostró una estrecha correlación con la actividad sexual. Igualmente la atrofia vulvovaginal fue significativamente más intensa en las mujeres poco activas.

B. Factores que inciden sobre la sexualidad en la Menopausia. A pesar de que la menopausia tiene poca o nula influencia sobre la respuesta sexual de la mujer, sin embargo, tanto la natural como la provocada se hallan asociadas con una disminución de la actividad sexual que suele relacionarse con siete factores básicos:

1. Cambios físicos por hipoestrogenismo
 - Disminución de la lubricación
 - Atrofia de la mucosa vaginal
 - Pérdida de la elasticidad del canal cervical
 - Ligera disminución del tamaño del clítoris, con pérdida del tejido graso que lo recubre
 - Adelgazamiento de labios mayores
2. Cambios en la respuesta sexual:
 - Disminución en intensidad y rapidez de la respuesta a la excitación sexual
 - Disminución en la intensidad y duración de la respuesta orgásmica
 - Menor erección del clítoris
 - Decece la tensión muscular (Fase de meseta)

- El rubor sexual se da con menor frecuencia y extensión.
3. Trastornos de naturaleza física:
 - Sofocaciones
 - Infecciones vaginales, cistitis y uretritis
 - Enfermedades crónicas o con riesgo vital
 - Ingesta de fármacos que alteran la sexualidad

Debemos tener en cuenta que muchos de los trastornos físicos que suelen afectar a la mujer en la menopausia, pueden repercutir sobre la sexualidad. Las vaginitis atróficas o infecciosas, las distrofias vulvares, las enfermedades crónicas y algunos fármacos (antihipertensivos, antidepresivos), dan lugar a una disminución del impulso sexual. Con la cirugía oncológica se puede provocar pérdida de la autoestima, en especial la realizada sobre la mama. La mujer ve perder parte de su atractivo erótico y un órgano esencial de estimulación de la excitación tanto propia como del compañero sexual.

4. Trastornos de naturaleza psíquica:

- Insomnio, nerviosismo, depresión
- Vértigos, debilidad, cefaleas, palpitaciones

Aunque parece ser que la mayor morbilidad psiquiátrica se presenta justo antes de la menopausia, no debemos olvidar que los trastornos depresivos originan a menudo problemas de pérdida del impulso sexual y que en la menopausia es frecuente la tendencia a la depresión.¹⁴

Dennerstein,¹⁵ demostró que el estrógeno tiene un efecto positivo sobre la sexualidad para mejorar la libido, la actividad sexual, la satisfacción, la fantasía y la capacidad para el orgasmo. Por otra parte, Thomson¹⁶ dice que si los estrógenos influyen sobre la sexualidad sería por el efecto psicotrópico, al mejorar el ritmo del sueño y disminuir la ansiedad (el aumento de la fase REM y la disminución de las interrupciones, aumenta la sensación de bienestar).

La valoración del papel que desempeñan los andrógenos y la sexualidad femenina ha sido más difícil de estudiar ya que no hay marcadores anatómicos o fisiológicos que se puedan calificar de manera objetiva. Por ello, los efectos psicológicos y estrogénicos han sido más difíciles de eliminar cuando se estudian los androgénicos, no sólo en mujeres que envejecen sino también en las jóvenes.^{17,18} Aunque algunos estudios refutan el papel de los estrógenos como motivadores del impulso sexual en mujeres, casi todos los datos recientes apoyan la función de los andrógenos intrínsecos y extrínsecos como facilitadores del impulso sexual.¹⁹⁻²¹ Se ha vinculado a los andrógenos con informes de deseo sexual más intenso, así como con mayor frecuencia de fantasías y estímulos sexuales.

5. Disminución y aburrimiento sexual.

- Durante el ciclo vital se ha concedido escasa importancia a la sexualidad o ésta ha sido poco satisfactoria.
- Acomodación al desinterés o disfuncionalidad del compañero
- Aburrimiento o habituación sexual
- Encubriendo la ansiedad respecto a la propia inadecuación sexual

6. Disfunciones sexuales asociadas: La prevalencia de la disfunción sexual en la población general es alta y parece aumentar con la edad.²²⁻²⁴ Casi todos los datos publicados sobre cambios adversos en la función sexual con la edad son retrospectivos, pero también surgen datos prospectivos que confirman una declinación gradual en la estimulación sexual y un descenso progresivo de la frecuencia del coito a partir del período climatérico temprano.^{25,26}

Hay pérdida de interés sexual, dificultad para la estimulación, imposibilidad para lubricar lo suficiente con el estímulo y el coito, dispareunia en la penetración y una menor frecuencia de coito.

7. Actividades socio culturales: Numerosos mitos culturales propiciaron que muchas mujeres consideran anormal y poca estética la expresión de sus necesidades sexuales a partir de cierta edad. Estos mitos entroncan con el desconocimiento de las posibles dificultades sexuales surgidas tras la menopausia. A su vez estas dificultades son incompatibles con una sexualidad estandarizada cuyas metas vienen claramente determinadas por una serie de mitos sexuales.

C. Abordaje de la sexualidad en la menopausia. El primer aspecto que debemos tener en cuenta es el incluir la problemática sexual en la anamnesis ya que pocas mujeres relatan espontáneamente la aparición de problemas a este nivel.

Si realmente existe un problema sexual, debe realizarse una evaluación básica del mismo, que incluya factores específicos de la disfunción, como puede ser el tipo o la localización del dolor ante una dispareunia o el grado de dificultad de la penetración ante un vaginismo.

En las ocasiones en que la problemática impida claramente la sexualidad coital, la información se orientará hacia el apoyo de alternativas y opciones sexuales no coitales.

En cuanto al tratamiento farmacológico, debemos hablar en primer lugar de la terapia de reposición hormonal. Sin entrar a valorar los beneficios y riesgos a nivel médico, los efectos sobre la sexualidad de este tipo de tratamiento son los siguientes:

Las terapia estrogénica da lugar a mejoras ginecológicas ya que reduce la frecuencia de la vaginitis atrófica, la sequedad vaginal, la dispareunia, las contracciones orgásmicas dolorosas y menos frecuentemente mejora el impulso sexual.

Utian^{25,26} encontró una mejoría de la vaginitis atrófica y por ende de la dispareunia, con el tratamiento estrogénico, pero no de la libido o deseo. Al disminuir la sequedad coital, mejorando la lubricación, suele aumentar la respuesta sexual y la satisfacción postcoital, así como la armonía entre cónyuges (ajuste marital). Los efectos sobre la frecuencia coital son muy variables. No aumentan las fantasías sexuales, ni la masturbación.

El uso de cremas vaginales con estrógenos puede ser eficaz para tratar la vaginitis atrófica. En este caso hay que recomendarlas siguiendo un esquema de tratamiento y no para su uso común como lubricante durante el coito.

Aparte de que no es ésta su función, el estrógeno puede ser absorbido por el glándulo y causar una hipertrofia mamaria en el hombre.

Los progestágenos no presentan efectos positivos adicionales desde el punto de vista sexual.

Recomendaciones

Los consejos generales que toda mujer debe tener en cuenta el llegar a la menopausia son los siguientes:

- Intentar mantener un buen estado de salud y evitar los factores de riesgo (tabaco, colesterol, hipertensión).
- Mantener una práctica sexual continua y equilibrada para evitar en lo posible los cambios atróficos.
- Introducir cierta variación en la vida sexual para no caer en la monotonía.
- Conocer, asumir y adaptarse a los cambios fisiológicos, lo que implica ser elástica y no tener expectativas ni metas concretas a nivel sexual.

Bibliografía

1. Sarrel PM: Sexuality in the middle years. *Obstet Gynecol Clin North Am*, 1987; 14: 49-62.
2. Renshaw DC: Sexology. *JAMA*. 252, 1984; 2299-2300.
3. Lewis D: The gynecologic consideration of the sexual act. *JAMA*, 1983; 250: 222.
4. Bachmann Gloria A: Función sexual durante la perimenopausia. *Clinicas Obstétricas y Ginecológicas de Norteamérica*, 1992; 3: 355-364.
5. Hoon PW: Physiologic assessment of sexual response in women: The unfulfilled promise. *Clin Obstet Gynecol*, 1984; 27: 767.
6. Bachmann GA: Sexual issues at menopause. *Ann NY Acad Sci*, 1990; 592: 87-89.
7. Kaplan HS: Sexual medicine. A progress report. *Arch Inter Med*, 1980; 140: 1575.
8. Elstein M, Gordon AD, Buckingham MS: Sexual knowledge and attitudes of general practitioners in Wessex. *Br Med J*, 1977; 1: 369.
9. Kinsey AC, Pomeroy WB, Martin CE, Gebhard PH: Sexual behavior in the human female. W.B. Saunders. London, 1953; 734-736.
10. Malo C, Vallas JM, Pérez A: La conducta sexual de los españoles. Ediciones B. Barcelona, 1988.
11. Bottiglione F, De Aloysio D: Female sexual activity as a function of climatic conditions and age. *Maturitas*, 1982; 4: 27-31.
12. Remohi J: Sexualidad y Menopausia. *Rev Ib-Amer Fertil*, 1987; 4: 71-76.
13. Leiblum S, Bachmann G, Kemman E, et al: Vaginal atrophy in the postmenopausal women: the importance of sexual activity and hormones. *JAMA*, 1983; 249: 2195-2198.
14. Friest RG: Trastornos psicológicos en Ginecología y Obstetricia. Ed. Toray. Barcelona, 1987.
15. Dennerstein L, Burrows GD: Hormone replacement therapy and sexuality in women. *Clin Endocrinol Metabol*, 1982; 11: 661-679.
16. Thompson B, Hart SA, Durmo D: Menopausal age and symptomatology in a general practice. *J Biosoc Sci*, 1973; 5: 71-72.
17. Bancroft J, Sherwin BB, Alexander GE, et al: Oral contraceptives, androgens and the sexuality of young women. II. The role of androgens. *Arch Sex Behav*, 1991; 20: 121-135.
18. Salvatierra V: Alteraciones psicológicas y sexuales durante la menopausia. *Climaterio y Menopausia. MIRPAL*, 1993; 2: 69-99.
19. Schreine-Engel P, Schjavi RC, White D, et al: Low hormones behavior, 1989; 23: 221-234.
20. Kolondry RC, Masters WH, Johnson V: Tratado de medicina sexual. Ed. Salvatierra. Barcelona, 1983.
21. Sherwin BB: Changes in sexual behavior as a function of plasma sex steroids levels in postmenopausal women. *Maturitas*, 1985; 7: 225-233.
22. Cutler WB, García CR, McCoy N: Perimenopausal sexuality. *Arch Sex Behav*, 1987; 16: 225-234.
23. Fede T: Sexual problems in elderly women. Clinical experience. *Clin Exp Obstet Gynecol*, 1982; 9: 252-253.
24. Ballinger CB: Menopausia y climaterio. Trastornos Psicológicos en Ginecología y Obstetricia. 1ra. ed. Toray. Barcelona, 1987; 247-280.
25. Salvatierra V, Cuenca C, Florido J: comportamiento sexual en la perimenopausia y su relación con los síntomas vasomotores y la estabilidad emocional. *Rev Ib-Amer Fertil*, 1987; 4: 25-30.
26. Utian WH: Effect of hysterectomy, oophorectomy and estrogen therapy on libido. *Int J Obstet Gynecol*, 1975; 13: 97-100.