

SALUD EN LA SEGUNDA MITAD DE LA VIDA DE LA MUJER: FUNCION SEXUAL

Vicente Salvatierra*

Podemos admitir que la segunda mitad de la vida de una mujer de país desarrollado empieza a los 40 años, edad en la que suele haber cumplido sus objetivos reproductores, y ha alcanzado una estabilidad psicosocial en su hogar y en el trabajo. Tiene ante sí, si su salud es buena, otros 40 años de vida y de actividad: Dentro de la actividad vital la sexualidad es un elemento no imprescindible, pero importante. En esa segunda mitad de la vida de la mujer hay un fenómeno, cuya significación está sujeta a grandes controversias, pero que es un fenómeno clave. Se trata de la menopausia. Puede verse como un proceso fisiológico o como un proceso cuasi-patológico que intensifica el envejecimiento. Desde el punto de vista de la sexualidad, ¿son el climaterio y la menopausia procesos intrínsecamente negativos, que agravan la paulatina decadencia de la vejez?

La consideración tradicional de la menopausia como el final de la feminidad y de la actividad sexual "legítima", al terminar la capacidad reproductora de la mujer, y por tanto, su "misión esencial en la vida", está actualmente completamente superada, admitiéndose que las mujeres de edad madura, después de la menopausia, pueden perfectamente mantener su interés y su capacidad sexual, exactamente igual que los hombres de su misma edad cronológica. Esta nueva actitud no debe llevar a instar a las menopáusicas a que practiquen el sexo, si no les da la gana, pero justifica la ayuda médica en aquellos casos en que la mujer desee practicarlo y se encuentre con algún problema.

Al estudiar los efectos de la menopausia sobre la sexualidad femenina debemos tener en cuenta dos hechos importantes:

1. La menopausia es un proceso que, aunque relativamente rápido dura años. No es un hecho puntual, sino un proceso en varias fases, centrado alrededor de los 50 años, con una dispersión de edad cronológica relativamente amplia. No es lo mismo que el proceso ocurra a los 45 que a los 55 años.

2. No es sólo un cambio biológico, sino una transición psicosocial, en la que los estereotipos socioculturales y las actitudes personales tienen una influencia mayor que lo puramente biológico.

Desde el punto de vista endocrino-sexual, lo que caracteriza al climaterio durante la perimenopausia es la desaparición de la progesterona con predominio relativo de los estrógenos. La progesterona inhibe la sexualidad, mientras que los estrógenos favorecen el trofismo de los órganos sexuales, su lubricación, su respuesta vasocongestiva, y posiblemente,

su sensibilidad. En la postmenopausia los estrógenos disminuyen considerablemente, pero los andrógenos se mantienen en gran parte. Hoy sabemos que los andrógenos son, tal vez, mas importantes que los estrógenos para la sexualidad femenina, al menos en lo que se refiere al deseo y al interés sexual. Los cambios hormonales climatéricos, por tanto, no tienen una acción unívoca sobre la sexualidad de la mujer. Por otra parte, los cambios hormonales climatéricos no son uniformes, iguales en todas las mujeres, sino que presentan notables variaciones individuales que hacen que los trastornos funcionales varíen de unas mujeres a otras.

Estudios psicofisiológicos, mediante diversos instrumentos, han hallado un descenso de sensibilidad, de respuesta vasocongestiva, y de contractilidad orgásmica, en las mujeres postmenopáusicas, pero también han demostrado que esos descensos se compensan subjetivamente en muchas mujeres, sin deterioro del placer y de la satisfacción sexuales. Hay que distinguir cuidadosamente entre la respuesta sexual objetiva, que puede estar disminuida sin que haya insatisfacción importante (¿quién está completamente satisfecho de lo que hace y cómo se comporta?) - y un problema sexual.

Figura1. Disfunción sexual en la menopausia



El placer y la satisfacción con el sexo están condicionados por numerosos factores psicosociales, y ciertamente, por el compañero sexual, el estado de la relación conyugal, y la

calidad de las actividades sexuales previas. En la menopausia, es decisiva la actitud de la mujer hacia la misma, su condicionamiento sociocultural y mediático, su historia anterior, y también, numerosas circunstancias estresantes que se acumulan hacia los 50 años, después de 20-30 años de vida familiar como la marcha de los hijos, el estado de los padres, las perspectivas económicas y de trabajo, etc. Diversos trabajos en población general demuestran la importancia de la “anticipación que hace la mujer de los posibles efectos negativos de la menopausia” (AVIS y al. 1997). El miedo es más importante que la realidad. Este miedo se basa en cogniciones de origen socio-cultural, y es mucho mayor en mujeres de bajo nivel educativo. La anticipación neurótica de que la menopausia conlleva pérdida de capacidad sexual, tiene mayor efecto patógeno que los cambios hormonales.

Encuestas en poblaciones no seleccionadas, representativas de la población general, demuestran que la “disfunción sexual” es frecuente a todas las edades, y se intensifica a partir de los 45-50 años (HAWTON y al. 1994, GARRATT y al. 1995, HUERTA y al. 1995). Un estudio muy citado es el de OSBORN y al. (1988) en mujeres de población general no seleccionada en Inglaterra. En el mismo se distingue entre los síntomas negativos de sexualidad, y la apreciación de los mismos por la pareja como problema. Mediante un cuestionario sencillo, una disfunción operativa se detectó en el 51% de mujeres de 50-54 años, independientemente de la menopausia, una prevalencia superior a la de mujeres más jóvenes, y también a la de mujeres de 55-59 años, que fue del 48%. Cuatro tipos fundamentales de disfunción: pérdida de interés (29%), anorgasmia (22%), dispareunia (17%) y sequedad vaginal (26%). Algunas mujeres tenían dos o más trastornos. Sin embargo, la disfunción no debe asimilarse a un trastorno clínico-patológico, ya que únicamente el 10% de las encuestadas consideraron que padecían un problema sexual. En estos casos problemáticos se asoció con frecuencia neuroticismo, enfermedad psiquiátrica y/o disarmonía conyugal.

Estudios longitudinales de la evolución de la sexualidad, en población general, a lo largo del proceso menopáusico, con períodos de seguimiento de 6-12 años, no muestran un deterioro significativo del interés y la satisfacción sexual asociado a la menopausia (HUNTER 1992, KÖSTER y GARDE 1993, AVIS y al. 1997), o en todo caso, un deterioro poco acentuado y parcial (HALLSTROM 1977, McCOY y DAVIDSON 1985). La situación es muy distinta cuando se atiende a una población clínica, esto es, mujeres que acuden con quejas y síntomas, a los médicos y a las consultas. Se trata de una población seleccionada, en la que, con gran frecuencia hay problemas sexuales y de relación.

Es importante destacar que, si hay un problema sexual, en la mitad de los casos, afecta a ambos miembros de la pareja. La impotencia, o al menos, la inapetencia sexual masculina, es muy frecuente, y en muchas ocasiones es causa, o consecuencia, del trastorno de la mujer. Para aquilatar la situación,

y concretamente, el papel de la menopausia, conviene realizar una exploración ginecológica, con la valoración del estado de los genitales externos, mediante el índice de atrofia vulvovaginal de LEI-BLUM, por ejemplo. Si hay atrofia vulvovaginal, con un índice menor de 10-11, existe, por un lado, un efecto de carencia hormonal, y por otro, una frecuencia coital disminuida. Hay que preguntar por la potencia del esposo, y por el número de coitos. Si es menor de 1 al mes, la situación es grave. Puede precisarse más exactamente si hay carencia estrogénica tomando un frotis citológico vaginal: si hay más del 10% de células basales, la acción estrogénica sobre la mucosa vaginal es deficiente. Si no existe atrofia vulvovaginal, es dudoso que haya una carencia estrogénica, y el problema es, muy probablemente, de origen psicológico.

Figura 2. cuestionario de relaciones sexuales (osborn et al. 1988)

1_ ¿ Cuántas veces ha tenido relaciones sexuales en los últimos tres meses? mas de 1 vez a la semana, cada 2-3 semanas, alguna vez, nunca.
2_ ¿ Cuando tuvo esas relaciones, en qué proporción las encontró agradables? siempre, más de la mitad de veces, la mitad de veces, menos de la mitas, nunca
3_ ¿ Llegó a menudo al orgasmo en esas relaciones? siempre, más de la mitad de veces, la mitad de veces, menos de la mitas, nunca
4_ ¿ Ha tenido dificultades, como dolor, irritación o estrechez, en esas relaciones? nunca, algunas veces, con frecuencia, casi siempre siempre
5_ ¿ Padece de sequedad vaginal? Si No si padece, ¿ Le dificulta la relación sexual? Si No
6_ ¿ Las menstruaciones exesivas y prolongadas, o a desatiempo, le han impedido alguna vez la relación sexual en los últimos tres meses? Si No
7_ ¿ Ha notado algún cambio en su apetencia sexual en el último año?
8_ ¿ Tiene su marido, o compañero, alguna dificultad o problema sexual? ¿Cuál?
9_ ¿ Hay algún conflicto entre su marido y Ud que dificulte las relaciones sexuales? ¿Cuál?
10_ ¿ Está ud satisfecha, en general, con sus relaciones sexuales? muy satisfecha, bastante satisfecha, sin problema, poco satisfecha, muy insatisfecha
11_ ¿ Considera ud que tiene problemas sexuales? Si No
12_ ¿ si hubiera alguna para tales problemas, le gustaría utilizarla? Si No

Figura 3. índice de atrofia vulvovaginal de LEIBLUM y al. (1983).

	1	2	3
Elasticidad y turgencia de la piel	escasa	mediana	buena
Vello pubiano	rajo	normal	
Labios mayores	atróficos	llenos	
Introito	No cabe un dedo	Un dedo	Dos dedos
Mucosa vaginal	Delgada	Lisa	Rugosa
Longitud vaginal	Acortada	Normal	

El índice varía entre un mínimo de 6 (atrofia marcada) y un máximo de 15 (ausencia de atrofia).

Figura 4. acciones basicas de las hormonas sexuales sobre la sexualidad

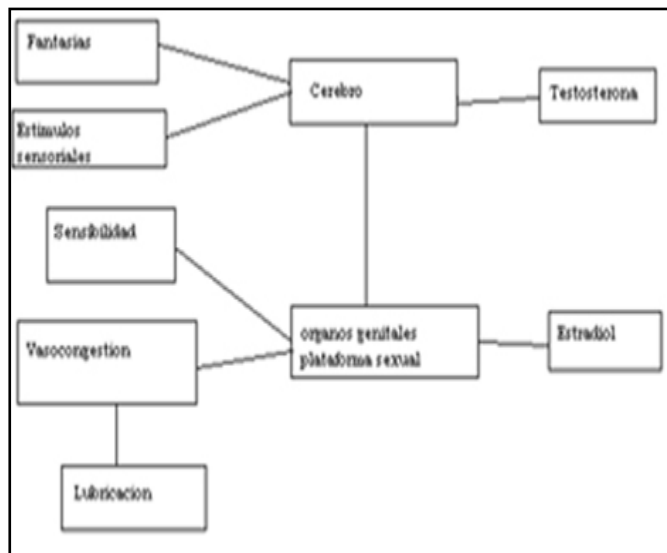
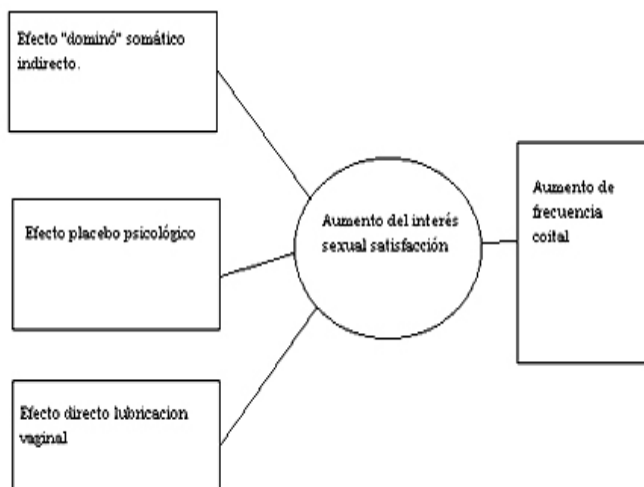


Figura 5. posibles acciones del tratamiento hormonal substitutivo sobre la sexualidad postmenopáusica



El tratamiento hormonal substitutivo (THS) con estrógenos (estradiol), puede ayudar en muchos casos de disfunción sexual, sobre todo cuando hay quejas de dispareunia y

sequedad vaginal, asociadas a trastornos vasomotores, fatiga e insomnio (WALLING y al. 1990). El mecanismo de acción del THS es complejo: junto a la acción hormonal directa sobre la lubricación vaginal, actúa un efecto psicológico, de placebo, y el efecto indirecto, de "dominó", por la mejoría sintomática general. Consecutivamente al aumento de satisfacción sexual, o al menos, a la atenuación de las molestias, puede mejorar el deseo, y con ello la frecuencia coital que, a su vez puede incrementar la autoestima de la mujer, y su respuesta sexual. Sin embargo, el THS tiene sus límites. Sería arriesgado prescribir un THS exclusivamente por inapetencia o insatisfacción sexual.

En la mayoría de casos de problemas sexuales en la pareja, el médico general, el ginecólogo o la enfermera, pueden dar una información exacta y consejos útiles, y en último grado, remitir el caso a un sexólogo experimentado. Los buenos resultados referidos por algunos autores como STUDD, BURGER y otros, en casos de pérdida de "libido" mediante implantes hormonales, de estradiol y testosterona, se han conseguido con dosis muy altas, farmacológicas, en mujeres muy motivadas y adocrinadas.

BIBLIOGRAFIA

1. Avis NE, Stellato RK, Crawford SL y al. Transmenopausal changes in sexual activity. *Menopause* 1997; 4: 273.
2. Garratt AM, Torgerson DJ, Wyness I y al. Measuring sexual functioning in premenopausal women. *Brit. J. Obstet Gynecol.* 102: 311-316.
3. Hallstrom T. Sexualidad en el climaterio. *Obstet Gynecol. (Temas actuales).* 1977; 4: 231-243.
4. Hawton K, Gath D. y Day A. Sexual function in a community sample of middle, aged women with partners: effects of age, mental, socio-economic, psychiatric, gynecological and menopausal factors. *Arch Sex Behav* 1994; 23: 375-395.
5. Huerta R, Mena A, Malacara JM y al. Symptoms at perimenopausal period: its association with attitudes toward sexuality, life-style, family functions, and FSH levels. *Psychoneuro-endocrinology* 1995; 20: 135-148.
6. Hunter MS. Emotional well-being, sexual behaviour and hormonal replacement therapy. *Maturitas* 1990; 12: 299-314.
7. Koster A. y Garde K. Sexual desire and menopausal development. A prospective study of Danish women born in 1936 *Maturitas* 1993; 16: 49-60.
8. Leiblum S, Bachman G, Kemmann E y al. Vaginal atrophy in the postmenopausal women: the importance of sexual activity and hormones. *JAMA* 1983; 2: 2195-2198.
9. McCoy NL y Davidson JM. A longitudinal study of the effects of

menopause on sexuality. *Maturitas* 1985; 7: 203-210.

10. Osborn M, Hawton K, Gath D. Sexual dysfunction among middle-aged women in the community. *Brit Med J* 1988; 296: 959-962.

11. Walling M, Andersen BL, Johnson SR. Hormonal replacement therapy for postmenopausal women: A review of sexual outcomes and related gynecologic effects. *Arch Sex Behav.* 1991; 19: 119-137.