

Revisión Bibliográfica de la Influencia del Climaterio y su Tratamiento sobre la Sexualidad Femenina

Prof. Adj. Dr. Jorge Omar ARENA FAROPPA

Clínica Ginecotocológica "B"

Hospital de Clínicas

Montevideo – URUGUAY

Correspondencia: Dr. Jorge Arena

Dalmiro Costa 4512

CP 11400

Montevideo

Uruguay

jorgearena@yahoo.com

RESUMEN

Dada la elevada prevalencia con que se presentan síntomas de afectación de la esfera sexual, en la consulta ginecológica de la mujer durante el climaterio, se creyó oportuna la realización de la presente revisión bibliográfica de la evidencia existente al respecto. La misma tuvo como objetivos principales: describir los aspectos fundamentales de la respuesta sexual humana en un sentido integral, analizar las modificaciones que el climaterio imprime en dicha respuesta sexual humana y analizar la inferencia de la terapia hormonal de reemplazo del climaterio, sobre la respuesta y el comportamiento sexual humano. En cuanto a la metodología empleada, se realizó una revisión de la bibliografía existente a partir de las bases de datos MEDLINE y LILACS, encontrándose un total de 465 artículos que abordaron el tema. De dicho grupo se seleccionaron particularmente aquellos que presentaban un mayor rigor científico, como se describe en el trabajo. Se encontró que el climaterio repercute en forma variable en la respuesta sexual femenina generando una afectación, tanto en la esfera biológica como en la psicológica y del comportamiento de la misma. Se aprecia cómo existen factores endocrinos y tróficos sobre los distintos tejidos que modifican el factor coital de esta respuesta. Se encontró también cómo el deseo sexual y el orgasmo se afectan en forma más variable, no dependiendo exclusivamente de parámetros biológicos para su afectación. Se aprecia cómo el uso de terapia de reemplazo hormonal beneficia el deterioro de dicha respuesta. Es frecuente que, en la consulta de la paciente durante el climaterio, la sexualidad integre un componente implícito de las preocupaciones de las pacientes. Durante la entrevista surgirán elementos que orienten a alteraciones de la sexualidad que preocupan a la paciente. En el presente trabajo no se pretende un abordaje "sexológico" del tema, sino que se optó por enfrentarlo a partir de un enfoque global para el ginecólogo general, brindando herramientas que puedan ser útiles en la práctica diaria en consultorio. Es éste quien enfrenta a diario este problema y de quien más frecuentemente la paciente espera satisfacer sus propias expectativas. Entre un 30% y un 50% de las mujeres en este período de la vida presentan algún tipo de disfunción sexual, que antes no tenían, que se relaciona etiológicamente a la disfunción propia del climaterio y que la mayoría de las veces puede ser corregida.¹⁴ La dificultad del interrogatorio de la salud sexual, exige una aguda capacidad de observación, detectando síntomas o signos mínimos o aún indirectos que evidencien alteraciones al respecto, haciendo una verdadera "lectura entre líneas" de la sintomatología de la paciente.⁹ A lo que se agrega la dificultad por pudor de la paciente en brindar algunas respuestas.^{17,18} Finalmente se destaca que, en el presente trabajo se utilizará el término Disfunción Sexual Femenina del Climaterio para aludir al conjunto de alteraciones de la respuesta y conducta sexual que acontecen durante esta etapa de la vida de la mujer. Si bien se debe diferenciar la disfunción sexual PRODUCIDA por el Climaterio de la Disfunción Sexual AGRAVADA por el Climaterio y de la Disfunción Sexual SECUNDARIA a otras patologías del Climaterio (ansiedad, depresión). En forma genérica se hablará de todas como Disfunción Sexual del Climaterio, y cuando se haga referencia a alguna en particular específicamente se aclarará donde

corresponda.

ABSTRACT

Given the high prevalence of sexual sphere affectation symptoms in women's gynecological consultation during climacteric, we found appropriate to do the present bibliographic revision of the existing evidence on the matter. It had as main aims to describe the fundamental aspects of human sexual response in an integral sense, to analyze the modifications stamped by climacteric to that human sexual response, and to analyze climacteric replacement hormone therapy's interference on the response and the human sexual behavior. Concerning to methodology, a revision of existing bibliography was done, from MEDLINE and LILACS databases, finding a total of 465 articles tackling the topic. From that group, those which presented the highest scientific rigor were selected, as it is described in the paper. It was found that climacteric affects in a variable way the female sexual response, affecting not only her biological sphere, but her psychological and behavioral spheres. It can be seen that there are endocrine and trophic factors acting upon the different tissues which modify the coital factor of this response. It was also found that sexual desire and orgasm are affected in a more variable way, the affection not exclusively depending on biological parameters. It can be noticed that the use of hormone replacement favors deterioration of the above mentioned response.

PALABRAS CLAVE

Climaterio, Menopausia, Respuesta Sexual, Sexualidad, Comportamiento Sexual, Terapia Hormonal de Reemplazo, Hormonoterapia.

OBJETIVOS

En el presente trabajo se persiguieron los siguientes objetivos:

-
- Establecer un conjunto de criterios básicos que permitan catalogar la respuesta sexual humana femenina normal
-
- Analizar las diferencias que el Climaterio imprime sobre la respuesta sexual humana femenina.
-
- Valorar los beneficios que el Tratamiento de Reemplazo Hormonal del Climaterio puede aportar sobre el deterioro de dicha respuesta que acontece durante el climaterio.
-
- Establecer un conjunto mínimo de pautas de diagnóstico clínico y de terapéutica que permitan su empleo en la consulta clínica de climaterio para que sean beneficiosas para las pacientes.

METODOLOGÍA DE TRABAJO

Se realizó una revisión de la bibliografía encontrada en el tema, tanto desde el punto de vista de ginecólogos como de sexólogos. A partir de una serie de búsquedas sistemáticas de trabajos científicos en las bases de datos MEDLINE y LILACS. Se utilizaron como motores de búsqueda los siguientes conceptos: Respuesta Sexual Humana, Climaterio, Tratamiento de Reposición Hormonal y se obtuvo un total de 465 trabajos que abordaron el tema. Se descartaron para el análisis aquellos que no fueran publicados en revistas arbitradas, que no tuvieran su resumen y/o que no fuera posible obtener el artículo a texto completo. Una vez analizados los resúmenes o los trabajos completos se seleccionaron los trabajos que aludían al mismo dando prioridad a aquellos cuyo rigor científico fuera mayor, siendo de preferencia aquellos que tuvieran un diseño metodológico destacable, idealmente que fueran aleatorizados, cuyas casuísticas fueran amplias y estadísticamente significativas, de acuerdo a la magnitud e importancia del problema, así como aquellos que aportaran elementos originales para el tema. Quedando para el análisis un total de 49 trabajos científicos que cumplieran esas condiciones. Destacamos también, que no se encontró bibliografía específica del tema que fuera significativa, luego del advenimiento del estudio del estudio del WHI.⁴⁹

INTRODUCCIÓN

Dado que el presente trabajo fue concebido desde la óptica de un ginecólogo general y que apunta al

consultorio ginecológico general, pareció oportuno y dentro de los objetivos de la presente publicación, realizar algunas consideraciones preeliminares de la respuesta sexual normal.

RESPUESTA SEXUAL FEMENINA NORMAL

Salud Sexual Humana

Cuando se intenta establecer cuáles son los fenómenos que rigen la Respuesta Sexual Humana, tanto la normal como la patológica, se enfrenta tal vez uno de los retos científicos más difíciles de abordar, tanto por su complejidad como por la estrecha interrelación entre factores biológicos y psicológicos, los que se intrincan además con la plataforma socio cultural de cada individuo.⁷ Las bases científicas del estudio de la misma encuentran un antes y un después de los estudios originales de Kinsey, seguido por los clásicos trabajos de Masters y Johnson¹ que aplicó por primera vez una investigación de tipo epidemiológico a la respuesta sexual humana, sin olvidar en relación con la mujer, los muy anteriores de Steckel, discípulo de Freud. El aporte fundamentalmente biologicista de estos científicos, si se logra integrarlo al enfoque psicoanalítico de Freud^{2,3}, permitió construir los pilares de las Teorías sobre la Respuesta Sexual Humana que se manejan hoy en día. Históricamente también son aportes fundamentales los realizados por Hite, Pomeroy y Money. El conocimiento que en este tema incorporaron estos científicos, no sólo sigue plenamente vigente en nuestros días, sino que es la piedra fundamental sobre la que se construyó todo el conocimiento ulterior al respecto. Sobre las bases antes mencionadas debemos destacar también aportes fundamentales como el enfoque de Helen Kaplan⁴ y Helen Fisher, quienes agregan un conocimiento fundamental de los aspectos patológicos la primera, y antropológico-evolutivos la segunda.^{5, 6}

Siguiendo a la Organización Mundial de la Salud, la definición de salud sexual ha seguido una evolución histórica con sucesivas modificaciones. En 1975 la OMS define a la Salud Sexual como la integración de los aspectos somáticos, emocionales, intelectuales de ser sexual. De tal forma que enriquezcan y mejoren la personalidad, la comunicación y el amor. Cobra particular importancia el derecho a la información sexual para el placer, incorporados en el concepto de salud. Por tanto el concepto de salud sexual incorpora tres elementos básicos:

-
- la capacidad de disfrutar y controlar el comportamiento sexual de acuerdo con la ética social y personal,
-
- la libertad respecto a sentimientos negativos como el miedo, la vergüenza y la culpa; falsas creencias que limitan e inhiben la respuesta sexual deteriorándola,
-
- y la libertad de indisposiciones, enfermedades y deficiencias orgánicas con las funciones sexuales y reproductivas.⁵⁰

En el año 2001, sobre el concepto anterior se apunta particularmente a la sexual como la experiencia del progreso progresivo para el bienestar psicológico y socio-cultural relacionado con la sexualidad. No siendo meramente la ausencia de disfunción y/o enfermedad. Para alcanzar la salud sexual como parte de un proceso integral deben mantenerse y respetarse en todas las personas la aceptación de su ser sexual. La sexualidad se la reconoce como parte integral de la vida humana, que lleva incorporada la potencialidad de engendrar otra vida.⁵⁰

Finalmente en el 2002, sobre la base de los conceptos anteriores se alcanza la siguiente definición:

"Salud sexual es un estado de bienestar físico, emocional, mental y relacionado con la sexualidad; no es meramente la ausencia de enfermedad, disfunción o debilidad. La salud sexual requiere un acercamiento respetuoso hacia la sexualidad y las relaciones sexuales, así como obtener placer y experiencias sexuales seguras, libres de coerción y violencia. Para que la salud sexual se logre y se mantenga, los derechos de todas las personas deben ser respetados, protegidos y cumplidos." ⁵⁰

En base a estas definiciones se puede salir del paso de una manera elegante y poco comprometida, pero lo más importante es entender el concepto de la dificultad en definir salud sexual, la gran dificultad de arribar a esta definición, surge de lo multifacético de la respuesta sexual humana, y lo integrado a nuestro propio ser. Es necesario, intentar conceptualizar la salud sexual integral, en cuanto a su integración con la función reproductiva, al paciente como ser bio-psico-social y cultural, y fundamentalmente la función hedonista de la respuesta sexual humana, en su sentido trascendente e integral.^{7,8} En materia de función sexual, es muy difícil establecer criterios claros de normalidad que sean comunes a todos los individuos, ya que cada individuo y cada pareja sexual presentarán matices diferenciales e individuales que harán única su respuesta sexual para que sea satisfactoria. Y ahí se encuentra el punto clave, pues podemos considerar como adecuada una respuesta sexual cuando la misma sea placentera y satisfactoria. En general, limitamos la Respuesta Sexual Humana a la Función Coital, y esto es una simplificación que es insuficiente. Puesto que una adecuada respuesta sexual integral, involucra un conjunto de fenómenos que hacen a la comunicación de los integrantes de la pareja que incluyen a todos los sentidos y no podemos desdeñar la importancia de: besos, caricias, miradas, juegos eróticos, palabras, gemidos, etc. Todos los que son imprescindibles antes, durante y después del coito (o cópula). Del conjunto adecuado e integrado de todos los elementos antes mencionados dependerá alcanzar el clímax y el orgasmo como culminación máxima de la relación en la pareja.⁸

Más que ningún otro aparato o sistema, la respuesta sexual humana (RSH) está sumamente condicionada en la calidad de su respuesta, por factores psico-socio-culturales, que superan y condicionan la respuesta biológica propiamente dicha. Parafraseando a Helen Fisher^{5,6}, en materia de sexualidad humana es más valiosa una comunicación eficaz, un trago, una película, para alcanzar el clímax, que cualquier otra condicionante biológica. En el lugar de la evolución que le tocó ocupar a la especie humana, la función sexual se logró diferenciar de la respuesta sexual de otros animales en los siguientes 3 aspectos: ⁵

- 1.
2. La RSH trasciende a la función reproductiva, alcanzando una jerarquía fundamental la función hedonista de la misma.
- 3.
4. En la especie humana desaparece el período de celo, estando ambos componentes potencialmente aptos para la cópula en forma permanente.
- 5.
6. La RSH está condicionada por una plataforma cultural, social, psicológica e intelectual de los individuos, siendo éstos, factores que rigen poderosamente la capacidad de esta respuesta.

Respuesta Sexual Femenina (RSF)

En el presente trabajo realizaremos un enfoque particular de la respuesta sexual femenina, dado el tema escogido para esta revisión. Pero debemos aclarar que cuando hablamos de respuesta sexual femenina y masculina, si bien tienen muchas semejanzas, no son exactamente iguales, y deben analizarse cada una de ellas por separado.

La respuesta sexual femenina se cumple de acuerdo a un ciclo compuesto por cuatro fases^{1,7}, que son las siguientes:

- I. Fase de deseo
- II. Fase de excitación
- III. Fase de meseta
- IV. Fase de orgasmo
- V. Fase de resolución

Obviamente, esta división en etapas de un proceso intrínsecamente continuo, sólo obedece a objetivos científicos descriptivos y taxonómicos. Se hará una breve enumeración de los elementos fundamentales que atañen a la RSF¹,

FASE DE DESEO

Esta es una fase de fundamental importancia en la respuesta sexual femenina. En ella, más que cambios físicos se producen cambios psicológicos que se basan en el aumento del interés por mantener actividad sexual. Cobra particular importancia, lo que se denomina: estímulo sexual efectivo, entendiendo pro tal cualquier situación, acción, objeto, que provoque una respuesta sexual en el ser humano. Estos estímulos pueden provenir del propio organismo o del exterior.^{1, 51}

En la fase de deseo sexual se distingue el impulso sexual, dado por la sensación psicológica y física de tener una necesidad de sexo, una verdadera urgencia sexual. Este impulso es fruto de estímulos hormonales, nerviosos y neuroendócrinos. Las variaciones en este impulso son muy marcadas y difieren en ambos sexos, así como también con un amplio rango de variación individual. También la motivación psicológica es muy importante, estando condicionada por los sentimientos internos de afecto y amor, así como por estímulos externos tales como atributos físicos, comunicación, olores, lenguaje corporal, etc. Esta fase está fuertemente condicionada por normas sociales y culturales reinantes donde se desenvuelve el individuo, también se ve afectada por respuestas emocionales tales como tabúes, fobias, etc.⁵²

FASE DE EXCITACIÓN

Partiendo de una estimulación física y/o psíquica, en general combinada, se determina un AUMENTO DE LA TENSION SEXUAL en todo el cuerpo y no sólo limitada a los genitales como habitualmente se supone. Las mamas presentan una congestión vascular, sobre todo venosa y una respuesta eréctil del pezón. En la mujer, en nuestra cultura las mamas presentan un rol preponderante en los juegos precopulatorios (90% de los casos, así como también en los masturbatorios (11% de los casos), siendo protagónico su rol en esta etapa. La respuesta cutánea, está dada por el rubor sexual, que consiste en una erupción maculo-papulosa de la piel, que aparece en el 75% de las mujeres y que es en general, universal pero irregular en su distribución, predominando en la cara, la frente y el pecho; lo cual constituye un fiel marcador de la tensión sexual. La miotonía es en esta fase incipiente y está dominada por movimientos involuntarios, primero lentos y suaves que luego, van aumentando en frecuencia, velocidad e intensidad. El esfínter del ano se contrae, junto con los músculos glúteos, siendo también un indicador de la tensión sexual. El ritmo cardíaco y respiratorio, aumenta levemente, siendo mayor su variación cuanto mayor sea la tensión sexual. Se aprecia congestión de la boca, los labios, la lengua, las glándulas salivares y la mucosa nasal, apreciándose además un juego lingual intenso en esta fase, propio del beso, como parte fundamental de los juegos precopulatorios.¹

En cuanto a los órganos genitales, se destaca la participación del clítoris, verdadero responsable de la transducción del estímulo sexual, en lo que más adelante será la respuesta orgásmica vulvo-vagino-clitoridiana. Éste, experimenta durante esta fase un incremento del tamaño por ingurgitación vascular, alcanzando una tumefacción y un oscurecimiento que transcurre desde el rosa pálido al púrpura. Por otro lado, la vagina es el órgano sexual que sufre las variaciones más precoces en esta fase. Con una latencia de 10 a 30 segundos experimenta un incremento de la lubricación (elemento fundamental para una adecuada respuesta sexual). Además se expanden los dos tercios más profundos, (posteriores) y se congestiona el tercio más superficial (anterior), constituyéndose así la plataforma orgásmica. El color de su pared, secundario a la congestión, se torna rojo purpúreo, aumentando también en forma paralela, su temperatura y la humedad. Se destaca que, desde el punto de vista de su inervación es trascendente la respuesta en el tercio superficial, por ser esa la zona más rica en terminaciones sensitivas aferentes. El útero sufre un cambio de posición, elevándose y colocándose en una situación más anterior, lo que genera el "efecto tienda"⁹, por tracción de los fondos de saco, que reorientan a la vagina para la cópula facilitando su ampliación: éste es un componente que se debe tener en cuenta, puesto que faltará en las pacientes histerectomizadas, que sufrirán por su ausencia, en su respuesta sexual. La congestión de los labios mayores y la pilo erección de los folículos pilosos regionales, conforman el "efecto marco"⁹ que

enriquece la respuesta sensitiva del tercio anterior de la vagina y la respuesta clitoridiana. Tanto los labios mayores como los menores, aumentarán de tamaño y cambiarán de color debido a la congestión vascular

1

Mientras que en la fase pre-excitatoria, cualquier estímulo puede ser eficaz para iniciar esta respuesta, existen numerosas variaciones interindividuales que están influidas por la plataforma sociocultural de la mujer; mientras algunas mujeres responden intensamente a los estímulos visuales o auditivos, otras responden a estímulos táctiles o del órgano del gusto, etc. Al ingresar a la etapa de excitación, (se ingresa en) comienza una respuesta estereotipada propia de la especie, donde el espectro de variaciones interindividuales aún cuando sigue siendo muy amplio, suele limitarse más aún. En esta fase predomina la respuesta a los estímulos táctiles, siendo clave el acompañamiento de los otros estímulos y las fantasías sexuales.²⁹

Si bien es una creencia extendida la mayor lentitud de la respuesta sexual femenina, las investigaciones de Kinsey⁹ lograron demostrar que la latencia mayor de la mujer en su respuesta obedece en realidad a inhibiciones psicológicas y culturales. Cuando se estudie más adelante el enlentecimiento mayor aún de la respuesta en la mujer climática, será justo pensar que el problema radica también en factores psico-culturales y no en aspectos propios de la biología del clímax.^{1,29}

El conjunto de la respuesta sexual en esta etapa debe prolongarse hasta superar el "umbral excitatorio" que al alcanzarlo imperceptiblemente nos encontramos en la siguiente fase.¹

FASE DE MESETA

Si la estimulación sexual perdura en forma efectiva, se superará dicho umbral de excitación ingresando la mujer en la fase de meseta, donde la tensión sexual alcanza el máximo posible previo al orgasmo. Su duración, intensidad y característica dependerán directamente de las características de la estimulación sexual.¹

Los cambios propios de esta fase serán una continuación creciente de los que se analizaron en la fase anterior. Las mamas siguen aumentando su tamaño al igual que la areola y el pezón alcanza el grado máximo de su erección. El rubor sexual se incrementa también hasta llegar a la mayor intensidad y la miotonía se manifiesta en forma potente, a predominio de los músculos abdominales e intercostales. El ritmo respiratorio aumenta sobre todo próximo al final de esta fase, alcanzando las 20 a 25 respiraciones por minuto, el ritmo cardíaco supera los 100 latidos, pudiendo alcanzar los 175 latidos por minuto. La presión arterial se eleva entre 20 y 60 mmHg para la presión sistólica y entre 10 y 20 mmHg para la presión diastólica. El clítoris en su máximo de ingurgitación alcanza una verdadera erección, elevándose y retrayéndose sobre su capuchón. El cese abrupto de la estimulación del clítoris en esta fase preorgásmica (a diferencia del varón) puede provocar un "paro sensitivo" cayendo a cero la excitación, debiéndose reiniciar la fase de excitación. De ahí que la excitación en la mujer deba ser continua, mientras en el hombre no necesita serlo y puede ser discontinua. La vagina se expande desarrollando la plataforma orgásmica en su tercio infero-anterior. El útero se eleva totalmente por fuera de la pelvis menor, ampliando al máximo el "efecto tienda!" antes descrito. Los labios mayores separados y congestivos alcanzan el máximo de su sensibilidad mientras que los labios menores ofician como verdaderas prolongaciones del clítoris, traccionando de éste y manteniendo la estimulación clitoridiana. Acontecen también cambios en la coloración de la piel de labios menores, que cambian al rojo-púrpura, lo que es propio de esta fase, que recibe el nombre de "piel sexual". Es menor la participación de las glándulas de Cowper y las de Bartholino con sus secreciones, siendo el agente más importante de la lubricación vaginal, la trasudación a través de su pared, favorecida por la congestión vascular y el consecuente aumento de la presión hidrostática determinado por ésta^{1,18,29}.

FASE DE ORGASMO

El orgasmo es una experiencia compleja psicofísica individual de la cual participa toda la persona integralmente y combina una sensación de placer extremo, junto con una abrupta e intensa sensación de

alivio; es la liberación de la tensión emocional y sensorial máxima acumulada. Fue definido fisiológicamente por Cheeser¹⁰, como la descarga completa de la Tensión Sexual Máxima antes alcanzada.

Desde el punto de vista biológico se expresa como una respuesta de pocos segundos de duración donde la vasocongestión y la miotonía general y genital que se había alcanzado en la fase de meseta, se liberan en forma involuntaria desde el umbral propio de cada persona. Si bien la sensación es universal en el cuerpo, el orgasmo tiene su máxima sensación al nivel pelvi-genital. Múltiples caracterizaciones del mismo han sido definidas por los autores, tratando cada uno de aportar un concepto globalizador. Curiosamente, todas son distintas y sinónimas entre sí y no hacen más que revelar lo individual de esta respuesta; por eso es que no tiene sentido hacer una lista de dichas caracterizaciones. La liberación y el estado de máxima vulnerabilidad del orgasmo sexual, constituye uno de los aspectos más asombrosos del comportamiento humano y todo un reto al intentar caracterizarlo biológicamente.¹

Mientras el orgasmo masculino es bifásico, el femenino es monofásico, hecho caracterizado claramente por Helen Kaplan⁴. Durante el mismo, en la mujer se aprecia una prolongación del "patrón tetánico" alcanzado, el que se prolonga en su cima por unos 30 segundos, y luego cae abruptamente en la llamada fase de resolución. La rápida involución de los cambios mamarios indica que el mismo se ha producido. El rubor sexual aumenta al máximo en forma paralela a la intensidad del orgasmo, apreciándose en el 75% de las mujeres. Durante esta fase la miotonía pierde totalmente su control voluntario, apareciendo contracciones musculares involuntarias universales, que se alternan con fases de espasmo. Las manos adoptan una posición rítmica en garra y relajación, al igual que la hiperextensión de los pies. Aparece también una respuesta laríngea, donde al decir de Salerno, "el hombre durante el orgasmo ruge y la mujer se queja"⁷. Las embestidas pelvianas que aparecen al final de la fase de meseta, acá dejan de ser voluntarias y pasan a ser más cortas y enérgicas y cada vez más rápidas hasta alcanzar una contracción espasmódica de propulsión anterior. Este movimiento, que presenta movimientos homólogos en las hembras de todos los mamíferos., fue desjerarquizado culturalmente en la especie humana, donde por siglos se asistió al condicionamiento a la quietud y pasividad de la mujer en esta etapa de la respuesta sexual humana. Según Helen Fischer⁵, como consecuencia de la adquisición del coito en posición frontal (abdomino-abdominal) propio de la especie humana. No obstante, durante la segunda mitad del siglo XX se asistió a un reaprendizaje de las embestidas pelvianas por parte de la mujer, paralelamente con una rejerarquización del género propio de esa parte del siglo. La readquisición dichas embestidas pelvianas se acompaña de un incremento significativo en la frecuencia del orgasmo en las mujeres así "readaptadas".^{1,18,29}

El ritmo respiratorio alcanza las 40 respiraciones por y el ritmo cardíaco las 110 a 180 pulsaciones por minuto, en tanto que la presión arterial llega a su máximo con elevaciones de hasta los 200mmHg de la presión sistólica y de 120mmHg la diastólica. El clítoris, los labios mayores y los menores no se modifican anatomofisiológicamente respecto a la etapa anterior. Destacamos que no existe un orgasmo del clítoris, de los labios o de la vagina, sino que se asiste a una respuesta integral orgásmica del individuo. La vagina, es el escenario natural del orgasmo y donde se asiste a la mayor cantidad de cambios en esta fase: la musculatura vaginal presenta contracciones espasmódicas con elevada intensidad y frecuencia. Se asiste a una discreta dilatación cervical secundaria a los cambios de posición del útero y el aumento loco-regional de las prostaglandinas, así como a contracciones uterinas, mediadas por prostaglandinas femeninas y seminales, que potencian un efecto de succión del contenido del lago seminal del fondo de saco vaginal posterior, todo lo que se intrinca con la función reproductiva, que no podemos olvidar ni desdeñar, propia de la cópula para la perpetuación de la especie.^{1,29}

La contracción perivaginal de los músculos de la plataforma orgásmica, así como los cambios mamarios antes descritos propios del post-orgasmo, son signos inequívocos de que el orgasmo se produjo. El orgasmo femenino normal, es más prolongado que el del varón, su latencia es un poco mayor y presenta otra característica fundamental: existen dos patrones fisiológicos de mujeres, por un lado las que son monorgásmicas y por otro, las que son poli-orgásmicas, considerándose a ambas como variaciones de lo normal^{1,10}

FASE DE RESOLUCIÓN

Es la última fase del ciclo de respuesta sexual que es diferente en el hombre y en la mujer. En éstas, como vimos algunas pueden mantener una potencialidad de reiniciar el ciclo y presentar uno o más nuevos orgasmos. En el varón, es característico de esta fase el período refractario de duración variable, hecho que no ocurre en la mujer. Concluido el acto sexual, se asiste a una involución lenta de todas las modificaciones antes acontecidas. En la mujer es típica una respuesta perspiratoria generalizada, al tiempo que se asiste a una rápida involución de las modificaciones acaecidas, de las que un elevado porcentaje (50%) involuciona rápidamente, mientras que el resto lo hace lentamente y en forma variable^{1,5}. entre las distintas mujeres. ^{1,5}

El más clásico comentario, de esta etapa corresponde a Galeno, quien decía: *Triste est omnie animal post coitem, praeter mulierem gallunquē*, que significa: "Todo animal está triste después del coito, excepto la mujer y el gallo". Pretendemos aclarar que con esto el letargo de la fase de resolución mientras en el hombre es pasivo, en la mujer es más activo,)y fácilmente abandonable como para reiniciar el ciclo. ^{1,5}

Base anátomo-fisiológica

La sucesión de hechos antes mencionados requiere una determinada indemnidad de las estructuras anatómicas, así como de respuestas fisiológicas adecuadas. La RSH involucra en mayor o menor medida a la anatomía integral del sujeto, pero resulta de la mayor importancia la anatomía del aparato genital. La indemnidad anatómica globalmente considerada, no sólo atañe a las estructuras macroscópicas, sino que también comprende la indemnidad histológica (una adecuada mucosa epitelio conectiva) y aún bioquímica, puesto que estos órganos (que suelen ser órganos) son blanco de las hormonas sexuales, por lo que es imprescindible la presencia en ellos de receptores celulares a dichas hormonas. ^{1,7,8}

Como factores intercurrentes que afectan también a la RSH, deben tenerse en cuenta alteraciones anatómicas tales como: las malformaciones, las cicatrices, las tumoraciones y las intervenciones quirúrgicas, lo mismo que las secuelas inflamatorias o infecciosas, que son las más frecuentes. Un trofismo adecuado asegurará la indemnidad histológica, citológica y bioquímica de los componentes de la mucosa. Además, resulta de fundamental importancia la integridad anatómica de la inervación e irrigación genito-pelviana, ante una respuesta de elevado componente vascular, en sus efectores. ^{7,8,14}

Al nivel fisiológico resultan de esencial importancia en los genitales femeninos 3 eventos fundamentales:

-
- Una adecuada respuesta vascular: que es fundamental para asegurar los cambios de temperatura, de coloración, de humedad e irrigación, imprescindibles para la respuesta sexual,
-
- Una adecuada respuesta trasudatoria y secretoria: clave esencial para la lubricación de los órganos copulatorios involucrados,
-
- Una adecuada elasticidad, que es fundamental para la respuesta contráctil de los órganos directa e indirectamente involucrados.

Desde el punto de vista endocrino, una adecuada respuesta sexual necesita como sustrato endocrino una adecuada secreción de las hormonas sexuales, así como la indemnidad del eje hipotálamo-hipófiso-gonadal. El rol fundamental de los estrógenos parece estar fundamentalmente vinculado a dicha respuesta, porque ellos aseguran un adecuado trofismo genital en la mujer, pero no parece tener vinculaciones directas con la respuesta sexual, aún cuando éste parece ser es un punto controvertido. La progesterona y las hormonas hipofisarias, si bien presentan variaciones con la respuesta sexual, no tienen actividad demostrada en el ser humano. En otros mamíferos, la hormona luteinizante y la prolactina presentan una elevación mantenida durante el período de celo, pero no hay evidencias claras de que esto ocurra en el ser humano. Los andrógenos serían, hasta donde se conoce y en particular, hormonas vinculadas a la libido ya que, al parecer modulan los apetitos sexuales por acción directa sobre el sistema nervioso central, particularmente sobre todo al nivel hipotalámico. A nivel neurológico y neuroendocrino, se conocen dos

neurotransmisores con marcada intervención en los centros vinculados al placer sexual: la serotonina y las beta-endorfinas. No está totalmente esclarecido su rol específico, pero se ha comprobado que su presencia es directamente proporcional a una adecuada función sexual. No es fácil tratar de resumir todos los aspectos mencionados en el presente análisis, tampoco es el objetivo, ya que se trata de un conjunto elaborado e integrado, de interacciones entre todos los fenómenos antes mencionados.¹⁴

Base psicológica

Es en la RSH respuesta sexual humana donde resulta esencial un equilibrio psico-emocional que asegure el desencadenamiento normal de los fenómenos biológicos. Un desarrollo psico-emocional adecuado, con la sucesiva evolución de las etapas del desarrollo del individuo, en ausencia de experiencias adversas (abuso, cirugías, quimioterapia, etc.), llevará al mismo en la adultez y apogeo de su desarrollo individual, a gozar de una sexualidad plena, en sus funciones hedónica y reproductiva.^{3,9}

Somos el resultado de las experiencias y sentimientos que experimentamos y nos acompañan a lo largo de la vida, integrándose a nuestra personalidad. Toda nuestra fisiología es vulnerable al estrés, la depresión, la angustia, etc. La función sexual no sólo no es la excepción, sino que es la respuesta orgánica más sensible a dichas variaciones.^{4,9}

- Base socio-cultural

Somos, también fruto de nuestra cultura y ella está inmersa en la sociedad en se desarrolla nuestra existencia. Así como nuestros hábitos alimenticios están modulados por nuestra cultura, también lo está nuestra sexualidad. Se podría decir que ella es fruto de nuestro conocimiento, de nuestros mitos y creencias, de nuestros miedos, etc. Ligada imperceptiblemente a la esencia de nuestro ser, se encuentra nuestra sexualidad y ella desde la plataforma socio-cultural que nosotros mismos elaboramos, redimensiona nuestra personalidad. Una sexualidad en salud, redimensionará nuestros valores y fortalezas y cuando nuestra sexualidad "esté enferma" se podrán potenciar por el contrario, nuestros miedos e inseguridades. Por eso nuestra sexualidad es consecuencia de nuestra cultura y nuestra sexualidad. La cultura aprendida del género femenino, su rol en la sociedad, serán los determinantes claves de la misma y estarán condicionados en cada etapa de la vida, a como ésta sea vivida.^{3,7,8}

Función hedonista de la sexualidad

La evolución nos benefició con múltiples adquisiciones: la capacidad de hablar, de elaborar pensamientos abstractos, de crear música, pintura, escribir, etc. Asimismo hemos alcanzado como especie, una capacidad máxima de actividad lúdica, donde el juego nos provoca placer. Y la sensación de desarrollar actividades por y para obtener placer alcanza su máximo en la FUNCIÓN HEDONISTA de la sexualidad, actividad que, en el entorno de una sexualidad sana nos ennoblece y redimensiona como especie. Pues bien, esta adquisición de la sexualidad por y para la obtención de placer no ha sustituido ni desplazado a la FUNCIÓN REPRODUCTORA de la sexualidad para la perpetuación de la especie, sino que ha venido a complementarla si la logramos ubicar en un equilibrio dinámico entre ambas.^{7,8,9}

INFLUENCIA DEL CLIMATERIO EN LA SALUD SEXUAL DE LA MUJER

Generalidades

Partiendo del concepto de Sarrell¹¹ quien afirma que: "La menopausia es una consecuencia inevitable del envejecimiento, pero no lo son sus dificultades", es por eso que el autor sostiene que es una obligación del ginecólogo conocer, diagnosticar y tratar los síntomas adversos del climaterio. Pues la disfunción sexual

secundaria a la menopausia no escapa a la regla antes mencionada y ese es el objetivo de la presente revisión.^{10, 11, 17}

Antes de continuar, es necesario hacer algunas precisiones:

-
- La mayoría de las mujeres no presentan dificultades significativas de su función sexual durante el climaterio y mantienen una vida sexual satisfactoria. Las distintas estadísticas están de acuerdo en mencionar que la disfunción sexual propia del climaterio, tiene una prevalencia que oscila entre el 30% y el 40%.¹² Incluso la misma fuente cita un porcentaje de mujeres, que oscila entre el 10% y 20%, en las que se reporta un incremento de la función sexual.^{10,11,17}
-
- Existe una concepción de que la función sexual disminuye lentamente a medida transcurren los años. Si bien múltiples mujeres experimentan un decaecimiento de la función sexual, no se puede generalizar este concepto a toda la población, puesto que un elevado número de mujeres (y de hombres), mantiene una sexualidad aceptable aún en edades avanzadas.^{10,11}
-
- No se puede considerar la sexualidad posmenopáusica desde la óptica de la respuesta sexual de la mujer en el apogeo de su edad reproductiva, sino que se debe analizar en el contexto del período en el que se encuentra.^{10,17}
-
- En materia de función sexual normal, es imprescindible entender que los elementos de mayor valor diagnóstico, son las variaciones respecto al estado anterior de presunta normalidad de la propia mujer. Por lo tanto es un diagnóstico dinámico e individual.^{11,17}

En la opinión de la mayoría de los autores, un porcentaje de pacientes que oscila entre el 30% y el 40% sufren algún grado de disfunción sexual durante la menopausia, debida o agravada por la propia claudicación de la función endocrina gonadal^{13,14,15}. La etiología de la disfunción sexual presente en esta etapa de la vida, no sólo obedece a la endocrinopatía secundaria a la claudicación gonadal, sino que también se intrinca con los factores psicológicos y sociales, como se verá más adelante. Además, no se puede olvidar que, al igual que la fertilidad, la RSH es habitualmente una función de la pareja y obviamente que la salud global y particularmente la sexual del compañero afectarán positiva o negativamente a la salud de la mujer.¹⁰

Síndrome clínico de la disfunción sexual del climaterio

Revisando la bibliografía^{1, 4, 11-18} se encuentran múltiples síntomas que se atribuyen como elementos directos o indirectos de una adecuada respuesta sexual. Sarrel¹¹ describe 5 cambios mayores de la función sexual vinculados con la menopausia: que son los siguientes:

-
- Disminución global cuali y cuantitativa de la respuesta sexual
-
- Dispareunia
-
- Menor actividad sexual y disminución de las fantasías sexuales
-
- Declinación del deseo sexual
-
- Disfunción del compañero sexual

Como se encuentran presentes también otros factores en la literatura que no fueron contemplados en los *ítem* anteriores, se elaborará un cuadro ponderado de síntomas que evidencien la disfunción sexual del climaterio. De todos los síntomas mencionados, se seleccionaron los que estaban mencionados por lo menos en 3 trabajos. Se denominaron criterios mayores a aquellos síntomas propios de la mujer que están vinculados al climaterio y que fueron clasificados así por sus autores^{11,13,18}, o bien que fueron mencionados como prevalentes en el 50% o más de las publicaciones. Se denominaron menores, aquellos síntomas propios de la mujer, también vinculados al climaterio, clasificados así por sus autores y cuya prevalencia se mencionó en menos del 50% de los trabajos, pero en más de 3. Finalmente se denominaron criterios accesorios a aquellos propios de la mujer, pero no vinculables a claramente a la sintomatología climatérica o a aquellos propios del entorno (psicológicos, sociales, culturales o de pareja), que rodea a la mujer en el climaterio. El criterio escogido surgió de una adaptación del autor, de los criterios para la selección de trabajos científicos según la calidad de la evidencia¹⁹⁻²².

De todos los síntomas antes mencionados, algunos son destacables por el hecho de ser estadísticamente significativos en la mayoría de los trabajos científicos seleccionados, siendo éstos:

-
- Disminución de los deseos y fantasías sexuales
-
- Sequedad vaginal pericoital
-
- Disminución de la satisfacción sexual

Las conclusiones obtenidas se presentan en el cuadro 1.

Cuadro 1

Clasificación de los Síntomas que evidencian Disfunción Sexual del Climaterio

Criterios Mayores	Criterios Menores	Criterios Accesorios
Deterioro de la respuesta sexual Disminución de la Libido, (atracción y excitación sexual) Disminución del Deseo Sexual, ("Crisis del Deseo") Disminución del número y/o la calidad de los Orgasmos Disminución de la Frecuencia Coital Disminución del interés sexual global	Disminución de las fantasías sexuales Disminución de los contactos eróticos (no coitales) Cambios en menos de la actividad y respuesta coital Disminución de la satisfacción Sexual Sensación de dificultad de alcanzar el climax Dispareunia (aparición o	Hipotrofia de los órganos involucrados en la respuesta sexual Deterioro de la Autoestima y la Autoimagen Corporal Disfunción sexual orgánica psicógena de la pareja Imposibilidad sexual de la pareja por enfermedad Enfermedad psicológica: ansiedad, depresión, stress

Disminución de la Lubricación vaginal pericoital	agravamiento)	Enfermedad orgánica o crónica: cáncer, cirugía, diabetes, etc
---	---------------	---

Merece un estudio particular el análisis de las modificaciones sufridas por la respuesta sexual durante el climaterio y que se debe al mismo. Para ello, se utilizará el esquema general del trabajo original de Masters y Johnson¹, recordado al inicio del presente trabajo y se repasarán las distintas etapas, analizando sus modificaciones.

En un estudio longitudinal de una cohorte de pacientes captadas en la premenopausia y seguidas cuatrimestralmente hasta 5 años luego de la menopausia, realizado por Demmerstein y col.¹², se encuentra una interesante evidencia, que muestra en ese grupo la incidencia de alteraciones de la función sexual producidas por la menopausia, que presentaban la siguiente prevalencia:

-
- 62% de las mujeres no presentaron modificaciones de su respuesta y actividad sexual durante el período del seguimiento.
-
- 31% de las mujeres presentaron una disminución de su respuesta y actividad sexual durante el período del seguimiento.
-
- 7% de las mujeres presentaron un incremento de su respuesta y actividad sexual.

No asombra este resultado, ya que es concordante con los datos de otras publicaciones, pero se incluye un nuevo grupo, que es el de las mujeres que presentan un incremento de su actividad sexual. Este fenómeno, presente en el imaginario médico y popular, con abundantes ejemplos en la literatura de la mujer en menopausia, que sufre un aumento de sus deseos y apetitos sexuales, también obedece al desbalance hormonal propio del climaterio y también está entintado en su génesis, con fenómenos psicológicos, sociales y culturales, como se verá más adelante.^{10,25}

Este trabajo, discrimina las causas estadísticamente significativas de ambas variaciones de la respuesta sexual, utilizando el método de regresión logística, que se resumen en el cuadro 2:

Cuadro 2.

• Causas de Variaciones de la Respuesta Sexual durante el Climaterio

Causas de Disminución de la Respuesta Sexual durante el Climaterio.		Causas de Incremento de la Respuesta Sexual durante el Climaterio.	
Disminución o Ausencia de Deseo Sexual	18 %	Nueva Pareja (en general más joven, pero no necesariamente)	22%
Concepto Cultural " No sexo a esta edad"	15 %	Mayor privacidad de la pareja ("por independencia mayor de los hijos")	20%
Ausencia de Compañero Sexual	12	Pérdida del temor al embarazo,	13%

(divorcio, separación o viudez)	%	("sensación de liberación")	9%
Ausencia de Interés Sexual en el Compañero sexual	7%	Mejor relación con su pareja ("mayor tiempo para estar juntos")	7.3%
Respuesta sexual pobre, dificultosa o inadecuada	15%	Terapia Hormonal de Reemplazo	2.5%
Menopausia	6%	Aumento del Deseo Sexual	26.2%
Dispareunia	4%	Otros	
Otras	23%		

Entre los factores asociados, se encuentra la disfunción sexual del compañero, que no es un tema menor, según algunos autores¹⁶ Las causas más frecuentes de disfunción sexual del compañero son:

-
- 51% Disminución del Interés Sexual del varón.
-
- 49% Disfunción eréctil del varón, (el trabajo precede al advenimiento del Sildenafil y seguramente esto se vio modificado por dicha droga).
-
- 41% Dificultad eyaculatoria, (eyaculación retrógrada, o retardada primitiva o secundaria a fármacos)

Tampoco es un tema menor la disminución o pérdida de la actividad sexual secundaria a enfermedades del compañero sexual.¹⁵

FASE DE DESEO

Indudablemente, que la gran variación que se encuentra en esta fase normalmente, hace más difícil de evaluar los cambios cuando esta se afecta en el climaterio. Se puede ver una disminución, así como un incremento en la fase del deseo en esta etapa de la vida. Es sabido que el impulso sexual se ve afectado negativamente por la dieta, el estrés, las enfermedades crónicas y la depresión. Todos estos elementos se aprecian más marcadamente durante el climaterio, por lo que podrán afectar esta fase. La pérdida de la fertilidad que acontece en esta etapa puede ser vivida como un duelo o como una liberación para las distintas mujeres y por lo tanto afectará negativa o positivamente esta fase. Es indudable que esta fase, por ser la más variable, también lo será en este aspecto, cuando se vea afectada. Es importante diferenciar si la paciente percibe como patológicas las variaciones acaecidas durante esta fase. Se sabe que hay autores que, ante variaciones de esta fase se limitan a complementar la terapia con andrógenos o con análogos androgénicos, lo que es una respuesta reduccionista, que no respeta la riqueza de esta fase y sus variaciones, intrincadas con el propio desarrollo humano de la mujer como ser social.⁵²

FASE DE EXCITACIÓN

En esta etapa, en lo que tiene relación con las modificaciones extragenitales, se destaca que al nivel mamario la erección del pezón se mantiene igual que en la mujer joven. Se recuerda que este signo es evidencia de un aumento de la tensión sexual y es además un signo de respuesta inmediata y de alto significado erógeno en la mujer. Durante el climaterio, no se altera ni su latencia ni su intensidad. En

cambio, lo que sí va disminuyendo con la edad, es el aumento del tamaño mamario, así como la existencia de una menor reacción vasodilatadora, elementos ambos, directamente dependientes del tenor estrogénico. Por lo que dicha disminución en la respuesta presenta una vinculación directa con la endocrinopatía hipoestrogénica característica de esta etapa.^{1,2}

En cuanto a la respuesta cutánea propia de esta etapa, no se aprecian alteraciones de la latencia y de la secuencia de la respuesta, aunque sí se aprecia una disminución del área involucrada. Se ha visto que, mientras este signo se presenta en el 75-80% de las mujeres menores de 40 años, el porcentaje cae por debajo del 50% entre los 41 y 50 años y a partir de esta edad es menor, cuanto mayor edad tiene la mujer. Se puede concluir que el mismo aparece más limitado, en cuanto a su respuesta, por influencia del climaterio; se aprecia que se restringe al epigastrio, el tórax, la cara y el cuello. También en este caso, dicha variación se vincula como un hecho secundario a la disminución del tenor estrogénico.^{1,4}

En cuanto a la elevación de la tensión muscular que precede a la miotonía generalizada de la próxima fase, se aprecia una disminución de la misma directamente proporcional al aumento de la edad de la paciente. En la respuesta esfinteriana del ano, que se contrae durante el orgasmo en forma directamente proporcional a la intensidad del mismo, se comprueba una clara disminución, también directamente proporcional al aumento de la edad. La respuesta clitoridiana se mantiene intacta con la edad, en cuanto a su "erección", cambio de coloración e ingurgitación,. Éste es un signo objetivable muy importante puesto que no se modifica, sin importar ni la edad de la paciente ni la intensidad del síndrome climatérico. Si este signo se altera, deberá buscarse otra causa de la disfunción sexual. El aumento por ingurgitación del relleno venoso del clítoris se mantiene intacto conforme avanza la edad y no se ve afectado por el climaterio.^{1,7}

Las modificaciones del canal coital, dadas por la separación y elevación de los labios mayores, los menores y el tercio anterior de la vagina, van desapareciendo conforme avanza la edad.^{1,4}

En cuanto a los cambios de color de los labios menores, siguiendo la descripción de Masters y Johnson se hace notar que: mientras en la mujer joven los labios adoptan un típico color rojo, en la mujer más añosa viran a un color más violáceo. La extensión de la capacidad del canal vaginal, propia del final de la excitación, es mucho menor al avanzar la edad.^{1,4}

En lo que se refiere a la lubricación vaginal, es muy frecuente apreciar una menor lubricación vaginal pericoital, lo que puede vincularse directamente al descenso del tenor estrogénico. Esta situación puede solucionarse con lubricantes locales o bien con la terapia hormonal de reemplazo. No sólo se ve afectada la magnitud de la respuesta lubricante vaginal sino que, conforme avanza la edad, aumenta la latencia de dicha respuesta que cambia desde los 10 a 30 segundos de la mujer premenopáusica hasta un tiempo que oscila entre 1 y 3 minutos.^{1,4}

La sequedad vaginal suele ser causa de dolor y molestias durante la penetración, durante el embate coital o en el postcoito inmediato y mediano y no pocas veces, cuando se acompaña de atrofia de la mucosa vaginal, se puede acompañar de un sangrado post coital. Sin embargo, debe tenerse en cuenta que todo sangrado vaginal después de la menopausia, debe ser cuidadosamente investigado con un estudio clínico, citológico y colposcópico.

FASE DE MESETA

La ingurgitación de la areola propia de esta fase, si bien se produce, se modifica durante el climaterio y se aprecia una disminución de su intensidad. El enrojecimiento sexual de esta etapa es menor en esta etapa de la vida de la mujer y prácticamente no se aprecia en las mujeres mayores de 65 años.^{1,7}

La respuesta miotónica voluntaria se va empobreciendo conforme transcurre el climaterio y avanza la edad de la paciente. Mientras que, en la mujer joven la actividad secretoria y trasudatoria pericoital es propia de la fase de excitación y aumenta más aún en la fase de meseta, disminuye mucho después de la menopausia, hasta casi desaparecer durante la fase de excitación, manteniéndose disminuida en esta

fase.^{1, 4}

La presencia de la fase de meseta es fija en todas las etapas de la vida de la mujer pero, si bien está presente en el climaterio, es más lenta. El "efecto tienda" propio de esta etapa está marcadamente disminuido, lo que determina una menor movilidad del útero y una menor ampliación y rectificación del canal vaginal. Las consecuencias de esto se aprecian en dos elementos clave: una plataforma orgásmica mucho menor y la producción de dispareunia^{1, 8}

FASE DE ORGASMO

La presencia del orgasmo, si bien es menor en intensidad y duración, suele conservar sus tiempos y características en el climaterio. Aunque los movimientos miotónicos involuntarios propios de esta etapa se mantienen, son de menor intensidad. No hay que olvidar que existe un declinar físico al que también debe considerarse en este análisis.¹⁷ Tampoco suelen apreciarse los cambios involuntarios en el tono del meato urinario y el esfínter del ano propios de esta etapa. La contracción del esfínter del ano, que suele relacionarse en mujeres jóvenes directamente con la intensidad del orgasmo, disminuye notablemente al aumentar la edad. Existen múltiples trabajos que brindan el conocimiento del sustrato anatómico de la respuesta orgánica, pero no se ahonda en ellos porque exceden los objetivos planteados por el autor para este trabajo.^{7, 8}

La respuesta del clítoris durante el orgasmo no se ve afectada en la mujer en el climaterio y la plataforma orgásmica, si bien es menor en duración por lo ya analizado, presenta las mismas variaciones.^{7, 8} Las contracciones del útero en esta etapa están presentes con la misma frecuencia e intensidad, pero se tornan dolorosas en esta etapa. El patrón poli orgásmico o monorgásmico de las mujeres se mantiene en el climaterio con las mismas características⁷, aunque la duración del orgasmo y el umbral del mismo, son mucho menor intensidad, a lo que se une un enlentecimiento de la respuesta.⁸

FASE DE RESOLUCIÓN

Durante el climaterio aparecen dos cambios casi constantes en las mujeres: la pérdida del enrojecimiento sexual y la desaparición de la tumefacción areolar propios de esta etapa. A veces se observa una persistencia de la erección del pezón, la que desaparece mucho más lentamente en la mujer climática y en ocasiones se ve una erección postorgásmica, que indica la persistencia de la tensión sexual.^{1, 7}

En esta etapa y en el postcoito inmediato puede aparecer disuria y sensación urente ("quemazón") que puede ser más intensa en ocasión de un orgasmo muy intenso, conforme avanza la edad y si el coito fue muy prolongado.¹⁵ Desaparece la sensación de dilatación del meato urinario y del esfínter rectal, propios de esta etapa y no se aprecia tampoco la contracción intraorgasmo propia de la etapa anterior.^{4, 8}

EN SUMA

Se puede concluir que la capacidad y efectividad de la respuesta sexual no se halla limitada por la menopausia en las mujeres, aunque sí se halla condicionada por factores biológicos, aun cuando éstos no son los que más influyen en el cambio que acontece.⁷ En general, puede decirse que, en el climaterio, se produce una disminución de la intensidad de las reacciones fisiológicas y de la duración de la respuesta anatómica, hechos que van incrementándose con los años.^{7, 8}

Como un efecto secundario a la disminución del tenor estrogénico, se aprecia una clara involución de los "órganos gatillo" de la respuesta sexual, (mamas, labios mayores, vagina y útero), lo cual puede revertirse con el tratamiento de reposición hormonal. La plataforma socio-cultural y el sustrato psicológico del que parte la paciente (como se verá más adelante) condicionan marcadamente la respuesta sexual de la mujer. Como también es condicionante en la mujer, la práctica de una actividad sexual regular, por lo que cabe acá el viejo aforismo que dice que "la ausencia de función conduce el órgano a la atrofia".^{4, 7, 8} La dispareunia y la disuria post-coital son una frecuente queja de las pacientes y suelen obedecer a la

conjunción de los siguientes factores: la disminución de la lubricación y la atrofia o hipotrofia del canal del coito.⁴

A pesar de todo lo dicho, estas modificaciones no suelen afectar el placer de la relación sexual en su sentido hedonista durante el clímax, siempre y cuando no se agregue una disfunción sexual de otra causa²³.

Otro capítulo que merece considerarse individualmente es el tema de la libido (o apetito sexual propiamente dicho). El mismo obedece al control central del sistema nervioso, particularmente del hipotálamo y está mediado en especial, por los neuroesteroides y los andrógenos en ambos sexos²⁴. Se aprecia una disminución de la libido en un 48% de las mujeres, un aumento de la misma en un 17% de ellas y la persistencia sin cambios en un 35% de ellas²⁵. Se reconoce que la respuesta sexual, es andrógeno dependiente y que su ausencia es reversible con la terapia de testosterona, como se verá más adelante. Si se coloca lo analizado en los últimos dos párrafos en un plato de una balanza y en el otro plato todas las consideraciones anteriores, hay que citar, del estudio de Standford ya mencionado, su análisis comparativo entre los síntomas de la respuesta sexual que se modifican tras la menopausia y los elementos que no sufren modificación y que se presentan en el siguiente cuadro 3.

Cuadro 3

CAMBIOS DE LA RESPUESTA SEXUAL TRAS LA MENOPAUSIA

DISMINUYERON	NO SE MODIFICARON
<ul style="list-style-type: none"> • Frecuencia Coital • Deseos y Pensamientos Sexuales • Fantasías Sexuales • Lubricación Vaginal • Satisfacción Sexual Global • Dispareunia • Discomfort genitourinario postcoital 	<ul style="list-style-type: none"> Frecuencia de Masturbación Frecuencia de Orgasmos Satisfacción post coital Placer de la Sexualidad Excitación Sexual frente a imágenes o fantasías Satisfacción de y con su pareja

Alteraciones anatómicas y fisiológicas producidas por el climaterio

En general estas alteraciones pueden obedecer a dos grupos de factores:^{4, 7, 9}

- En pacientes con menopausia espontánea, obedecen casi en su totalidad al hipoestrogenismo propio de la endocrinopatía del climaterio,
-
- En pacientes sometidas a cirugía pelviana, sea ésta la causa o no de la menopausia, la misma puede ser secundaria a la mutilación practicada de acuerdo a la cirugía practicada en cada caso.

VARIACIONES DE LA ANATOMÍA Y LA HISTOLOGÍA

Se analizarán las mismas en forma centrífuga desde el canal coital y analizando primero las variaciones macroscópicas y luego las histológicas y bioquímicas ^{26, 27}.

Al nivel vaginal se aprecia una disminución de su elasticidad, así como una atrofia de la mucosa (vaginitis atrófica del climaterio), secundaria al hipoestrogenismo, la que es como se vio, responsable de la dispareunia, la sinusorragia y los síntomas asociados. Junto con estos cambios se aprecia una disminución del tejido adiposo hipodérmico de los labios mayores y del monte de Venus, (también estrógeno- dependientes), lo que disminuye la elasticidad y la amortiguación de la respuesta sexual, sobre todo ante los embates pélvicos, donde colisionan como más próximas las partes óseas pélvicas. El cuello y el cuerpo del útero, junto con los parametrios, presentan una marcada pérdida de su elasticidad, lo que disminuye la capacidad del "efecto tienda" y condiciona que la respuesta se torne mas dolorosa.^{7, 9} Se agrega a esto una disminución de la irrigación vaginal, lo que disminuirá la irrigación del órgano, así como también la respuesta vascular del mismo.

Puede observarse además, un declinar físico provocado por la frecuente tendencia hacia la obesidad, la disminución de la tensión subdérmica haciéndose las mamas más péndulas. Por lo general suele ser menor la respuesta vascular y nerviosa, que son sin embargo, variables en cada mujer. Además suele observarse un empobrecimiento de todos los epitelios, sobre todo los poli estratificados, lo que lleva a alteraciones que, por lo general se manifiestan en menos, de la sensibilidad.

Según investigaciones de Lauritzer y Müller (1977), en una amplia casuística se evaluó la hipotrofia o atrofia de los órganos copulatorios en mujeres posmenopáusicas ³⁰. Sus resultados se presentan en el Cuadro 4.

Cuadro 4

ATROFIA ORGANOS COPULATORIOS Y GRUPOS ETARIOS EN MUJERES MENOPAUSICAS

Órgano Involucrado	Edad de la Mujer	Frecuencia de Atrofia
Atrofia de la vulva	Menor de 55 años	15%
	Mayor de 66 años	66%
Atrofia de la vagina	Menor de 55 años	33%
	Mayor de 66 años	94%
Descenso útero-vaginal	Menor de 48 años	4-16%

	Mayor de 48 años	12-36%
Disminución del volumen y tonicidad mamaria	Mayor de 60 años	40-50%

El epitelio vaginal es uno de los indicadores más sensibles del efecto proliferativo de los estrógenos. En la menopausia este epitelio se adelgaza, pierde sus capas superficiales y se vuelve más frágil, lo cual lo hace más vulnerable a la invasión bacteriana. Se apreciará una mayor incidencia de síntomas irritativos, hemorragias parietales y formación de sinequias que, son cambios frecuentes de la mucosa vaginal postmenopáusica. La disminución del flujo sanguíneo vaginal disminuye su contenido líquido normal, su capacidad lubricante y alcaliniza el pH, todo lo cual conduce a un empobrecimiento de la respuesta mucosa vaginal. Todos estos cambios retroceden con el tratamiento estrogénico, máxime si la vía utilizada es la vaginal.⁹ La piel sufre en general un deterioro que se expresa por la sequedad y una disminución de la sensibilidad, que se reflejan más en la piel sexual, que sufre deterioros sutiles pero evidentes, que afectan sobre todo su sensibilidad y por ende la respuesta sexual. De existir un deterioro físico osteoarticular o cardiopulmonar, sin duda se alterará también la respuesta fisiológica sexual, que conlleva un desgaste energético importante.⁹

VARIACIONES ENDOCRINAS QUE REPERCUTEN EN LA FUNCIÓN SEXUAL

Desde el punto de vista endocrino se señala que la endocrinopatía del climaterio, se caracteriza por la claudicación ovárica y la génesis del perfil hormonal de un hipogonadismo hipergonadotrófico²⁸. El elemento más marcado del hipogonadismo es el déficit estrogénico y la inversión de la relación relativa de los estrógenos séricos, debido a que se produce, además del hipoestrogenismo, un cambio en el perfil estrogénico, con un desbalance de la estrona, (el estrógeno más débil), que se hace predominante respecto al estriol y el estradiol. Esto determinará que se produzca una hipotrofia de los órganos diana de esta hormona, hecho que explica las modificaciones anatómicas y fisiológicas antes descritas, de las que se destaca particularmente la vaginitis atrófica y la muy pobre respuesta lubricatoria vaginal²⁹. Esta depleción de estrógenos, condiciona la depleción de neuroaminas estrógeno-dependientes que, en determinadas áreas del sistema nervioso central, ofician como moduladoras de la respuesta de vigilancia que explican alteraciones tales, como la irritabilidad, el insomnio, la ansiedad y una respuesta más intensa a las situaciones estresantes, todo lo que afecta indudablemente el comportamiento global y sexual de la mujer. El hipoestrogenismo también provoca una disminución del triptófano al nivel del sistema nervioso central, lo que se vincula con una disminución de la actividad serotoninérgica, que explica alteraciones en menos del humor (depresión), así como variaciones en los centros del placer y la saciedad. También se comprueba una disminución de la cantidad de receptores dopaminérgicos que está directamente vinculada al déficit estrogénico que, a su vez, provoca una alteración de la sensibilidad del dolor²⁹.

El "estudio de mujeres menopáusicas" de Sandford²⁹, demostró una asociación estadísticamente significativa entre la disminución del estradiol plasmático y las siguientes 3 modificaciones:

-
- Irregularidades menstruales
-
- Sofocos y tuforadas
-
- Deseos y actividades coitales

Si bien dado el amplio margen de los valores hormonales séricos y la respuesta clínica, se encontró una asociación estadísticamente significativa entre un tenor de estrógenos menor de 35pg/ml y una

disminución de la actividad coital a menos de 1 vez a la semana ²⁹. De igual forma, una disminución de los estrógenos séricos por debajo de 25pg/ml, determina una drástica disminución del flujo sanguíneo pelviano, limitando patológicamente su respuesta vascular. Se demostró que, si se llevan dichas concentraciones séricas a 60pg/ml, se logra revertir hasta en un 50% dicho efecto. ²⁹

En el mismo trabajo se consigna la observación de Mc Coy y Danon, donde se demuestra la siguiente asociación estadística:

-
- Disminución de los estrógenos con disminución de la frecuencia coital
-
- Disminución de los andrógenos con disminución del deseo sexual

El déficit de progesterona no parece tener efectos demostrables sobre la respuesta sexual. ^{29 30}

Sí existe un incremento absoluto (leve) o relativo (importante) de los andrógenos, particularmente de la androstenediona y la testosterona, hecho vinculado a la aparición de algunos cambios virilizantes de la anatomía femenina (sequedad de piel, mayor grasitud cutánea, hirsutismo, etc) en algunas mujeres, en otras también se asiste a una disminución de dichas hormonas. Se sabe que estas hormonas se vinculan a la respuesta sexual a través de la modulación al nivel central de la libido y en mujeres con disminución del tenor de testosterona, se observa una marcada disminución de la libido. Pero no existe un valor sérico determinado a considerar, por lo que se recurre empíricamente a la terapéutica con esta hormona, si la disminución de la libido es marcada, en general y casi siempre, con buenos resultados. ²⁹

El aumento de las hormonas hipofisarias FSH y LH al que se hizo referencia, se vincula a una acción central sobre el hipotálamo, con agotamiento de los neuropéptidos a este nivel, particularmente de los del núcleo arcuato y el sistema límbico, con disminución de los neuroesteroides encefálicos, que llevarían a una alteración paracrina, la que terminaría afectando en menos a la libido y los apetitos sexuales ²⁴.

En cuanto a las fuentes productoras de estas hormonas, hay que advertir que el ovario posmenopáusico produce andrógenos y estrona, sin olvidar que existe además una fuente alterna de estrógenos (estrona) al nivel de la capa reticular de la glándula suprarrenal y al nivel de la grasa periférica, por conversión de los andrógenos circulantes. ³⁰

Modificaciones del psicológicas producidas por el climaterio

El comportamiento psicológico de la persona es indudablemente consecuencia de tantos factores, que se hace imposible mencionarlos en el presente trabajo. De todas formas está claro que, mujeres con una adecuada salud mental y psicológicamente aptas, independientemente de su edad, podrán gozar de una sexualidad placentera, libre y plena. El climaterio no es una excepción a esta regla y difícilmente un factor biológico puro, pueda interponerse a en una mujer psicológicamente sana y dispuesta a disfrutar de su sexualidad. ^{4, 37}

El asumir esta etapa de la vida, más que como una declinación del apogeo físico hacia la senectud, sino como un verdadero cambio fisiológico en la vida de la mujer, se debe aceptar con sus ventajas y desventajas. Conociendo los cambios físicos y administrándole las "herramientas" terapéuticas, higiénico-dietéticas y farmacológicas para contrarrestar los eventuales molestias, se mejorará la auto imagen corporal de las mujeres en esta etapa de sus vidas. Mejorará también la autoestima y se potenciará el desarrollo personal y sexual, sin que éste se vea mayormente afectado. ³⁷

En muchas mujeres el cese de la función ovárica folicular y las modificaciones orgánicas secundarias a la endocrinopatía climaterica, conllevan sentimientos negativos por la pérdida de la función y la capacidad reproductivas y por el deterioro físico, la desfeminización, la pérdida de la juventud, etc. Estos hechos se viven como un duelo que afecta a la mujer que, a veces, no logra elaborarlo fisiológicamente, superándolo como un suceso vital estresante más, que afecta la vida de la mujer en todos sus ordenes, particularmente

en lo sexual.^{29, 37}

Ese sentimiento de la mujer de parecer como "menos femenina" y por lo tanto "menos deseada", genera una actitud negativa hacia su sexualidad que termina alejándola de la actividad sexual. Muchas veces el climaterio es el desencadenante para que afloren trastornos psicológicos previos compensados con anterioridad, hasta que la menopausia oficia como "la gota que derramó el vaso".^{5, 6}

Estas modificaciones psicológicas obedecen por un lado al sustrato psicológico previo, individual de cada mujer y no se puede pretender que desequilibrios previos, "se corrijan" ante la menopausia, que oficia como un suceso vital estresante de primer orden. Pero además, el perfil hormonal del climaterio actúa sin duda desde el punto de vista del eje neuroendocrino cerebral, modificando el comportamiento.^{5, 30}

Está demostrado que, mujeres informadas desde antes de la menopausia, de los cambios corporales que se avecinan, tienen una mejor adecuación para enfrentarlos y tratarlos^{7,8}. Esta pérdida de la feminidad, debe enfrentarse como una nueva feminidad basada en el modelo de la mujer climatérica actual: activa, útil, desarrollada, lo que sin duda mejora el perfil psicológico de la paciente y su respuesta sexual.⁶ De más está decir que, mujeres que viven su menopausia con ansiedad, estrés y/o depresión, serán protagonistas de un deterioro de su respuesta sexual, que las llevará inexorablemente camino a disfunciones sexuales mayores.^{5, 29}

Se describe un "Síndrome del Talante", vinculado a la menopausia que se manifiesta por los siguientes síntomas:^{29, 30}

- - Depresión
 -
 - Disminución de la confianza personal
 -
 - Dificultad para la toma de decisiones
 -
 - Ansiedad antes no presente
 -
 - Olvidos frecuentes antes no presentes
 -
 - Sensación de desmerecimiento
 -
 - Insomnio
 -
 - Fatiga
 -
 - Mareos
 -
 - Dorsalgias frecuentes inexplicadas
 -
 - Dolor mamario antes no presente
 -
 - Disminución de la libido
 -
 - Excusas para no mantener relaciones sexuales
- Sin pretender realizar un psicodiagnóstico, **si** el clínico que ve pacientes climatéricas **tiene** en mente esta lista, puede estar ante la punta visible de un iceberg que esconda bajo el umbral del diagnóstico clínico visible, una disfunción sexual del climaterio. (Por su similitud, muchos de estos síntomas se superponen con una depresión enmascarada, también propia de este período de la vida. Será responsabilidad de la pericia del clínico, apoyado por el equipo multidisciplinario, la

Modificaciones de la plataforma socio-cultural secundaria al climaterio

Sin duda somos consecuencia de la cultura que elaboramos y nadie más que ella nos condiciona ante todos los actos de nuestra vida. Somos seres sociales y como "nos trate la sociedad" se condicionarán nuestras vidas. La imagen social construida sobre el preconceito de la "Devaluación de la Mujer Climatérica", condicionó sin duda negativamente por décadas la sexualidad de múltiples generaciones de mujeres.^{5, 6}

La menopausia, en forma secundaria a la pérdida de la función reproductora de la mujer, altera el papel social de la mujer. Esa transición entre el poder tener hijos y el no poder tenerlos, generó una antigua devaluación del rol social de la mujer. Aunque si nos remontamos a la antigüedad, las mujeres más viejas gozaban de privilegios que las acercaban a la sabiduría y a lo místico. No obstante, si se aleja su imagen de la sexualidad, basta con imaginar a *La Celestina* de la literatura española. La pérdida de la fertilidad como agravio social de la mujer se ha ido atenuando como factor negativo social de la mujer, pero apareció en cambio un nuevo agravante social: la pérdida de la juventud, valor del que hace culto la sociedad actual. Su repercusión en la sexualidad durante el climaterio se ve como un traslado, en un esfuerzo por aferrarse a esa juventud que pasa. En este sentido, la terapia de reemplazo hormonal ofreció un sustento para su reincorporación a la sociedad. Éste es un tema discutible, ya que hay presentes en él fenómenos adversos, como puede ser una exagerada tendencia a la juventud eterna, de la que sin duda hace culto nuestra sociedad y que termina por afectar negativamente al grueso de las mujeres imposibilitadas de alcanzar esa imagen ideal.^{6, 29}

Por suerte, se asiste a nuevas generaciones de ginecólogos que, desde sus consultorios de climaterio han revalorizado el papel de la mujer en esta etapa de la vida, siendo ellos importantes operadores del cambio. Por supuesto que no han sido los ginecólogos, ni los principales ni los únicos operadores del cambio: también es fundamental el crecimiento del rol social de la mujer en esta etapa, que logró hacerse un lugar como profesional, política, comunicadora, etc., incorporando en la sociedad el concepto de MUJER UTIL, ACTIVA y NECESARIA en el Climaterio.^{6, 29}

EFECTO DE LA TERAPIA HORMONAL DE REEMPLAZO EN LA SALUD SEXUAL FEMENINA

Generalidades

No se analizarán en esta revisión, los beneficios globales de la Terapia de Reemplazo Hormonal, por no ser éste el objetivo del presente trabajo. Sí, se analizarán los beneficios de la terapia de reemplazo hormonal en lo que atañe exclusivamente a los beneficios de la RSF.^{33, 34, 40}

Se dividirán sus efectos benéficos, según el componente de la terapia hormonal involucrado con más frecuencia, según el siguiente esquema:

-
- Efecto de la Terapia de Reemplazo sobre la Clínica de la Disfunción Sexual
-
- Rol de la Reposición con Estrógenos
-
- Rol de la Reposición con Estrógenos más Gestágenos
-
- Rol del complemento con Andrógenos
-
- Rol de la Tibolona

-
- Rol de los SERM
-
- Rol de los Fitoestrógenos
-
- Alternativas no hormonales

Efecto de la Terapia de Reemplazo sobre la Clínica de la Disfunción Sexual

Rol de la Reposición con Estrógenos

La terapia hormonal de reemplazo (TRH) con estrógenos beneficia la respuesta sexual femenina en múltiples aspectos. El más notable de ellos se relaciona con la recuperación del trofismo de los órganos diana de los estrógenos, por lo menos en un 50% de la involución sufrida.^{33, 34} Las mujeres sometidas a la TRH con estrógenos experimentan una rápida recuperación de los siguientes síntomas y signos:³⁴

-
- Trofismo Vaginal, revirtiendo la vaginitis atrófica
-
- Lubricación Vaginal
-
- Vascularización Vaginal
-
- Almohadón adiposo de monte de venus y labios mayores
-
- Sensibilidad cutánea generalizada y genital
-
- Disminución de la dispareunia
-
- Disminución de los síntomas urogenitales
-
- Mejora del tono mamario
-
- Mejora de la formación de la plataforma orgásmica
-
- Mejora de la calidad del orgasmo, por disminución de las molestias ocasionadas por la hipotrofia o atrofia.
-
- Mejora de la respuesta mamaria eréctil
-
- Mejora de la respuesta vasculo-cutánea
-
- Aumento de la satisfacción y la predisposición al sexo

Por otro lado, está demostrado que la TRH con estrógenos no afecta a los siguientes factores:^{33, 34}

-
- No aumentan las fantasías sexuales
-
- No mejora la libido, ni los apetitos sexuales
-
- No se modifica la respuesta clitoridiana
-
- No se modifica la contracción esfinteriana anal y uretral en el acmé del orgasmo

-
- No aumenta el deseo sexual

Esto ocurre por que estos últimos fenómenos, o bien no se afectan con la disminución de los estrógenos al producirse la menopausia, o bien dependen de los andrógenos.⁴⁰ No terminan acá los beneficios de la estrógenoterapia, ya que se deben agregar factores indirectos, algunos de los cuales se reúnen según Utian, como un "Efecto Tónico Mental de la Estrógenoterapia", provocado por:^{33, 34, 40}

-
- Sensación de bienestar
-
- Mejorías del ánimo
-
- Disminución de la fatiga
-
- Disminución del agotamiento

Estos efectos tónicos son beneficios comprobados de la estrógenoterapia y son diferentes de los producidos por el placebo, en estudios aleatorizados al respecto. Además la disminución de los dolores óseos, la mejoría del trofismo de la piel, la disminución de la depresión y las mejoras del carácter, son factores que influyen indirecta pero sustantivamente, mejorando la RSF.

En cuanto a la vía de reposición, hay que decir que, no hay mayores diferencias entre la vía oral o la transdérmica, respecto a las modificaciones de la RSF. Sí, son significativos los beneficios del uso de la vía vaginal, que produce una más rápida recuperación del trofismo, de mayor intensidad local y por períodos más prolongados.

Rol de la Reposición con Estrógenos más Gestágenos

No hay beneficios, estadísticamente significativos comprobados, sobre la sexualidad femenina con el agregado de gestágenos a la TRH con estrógenos. Sí, porque no podemos olvidar el concepto integral de la TRH, es imprescindible el antagonismo con gestágenos para proteger el endometrio. Igualmente se cita en la bibliografía consultada, un efecto beneficioso sobre los aspectos del comportamiento en la función sexual (libido y deseo sexual), por conversión adrenal y ovárica de los gestágenos, en andrógenos.^{33, 34}

Rol del complemento con Andrógenos

El otro protagonista farmacológico del tratamiento de la disfunción sexual del climaterio, es la terapia con andrógenos. Cuando predomina la disminución o la ausencia del deseo, del apetito sexual o de la libido, así como cuando existe una disminución relevante de la frecuencia e intensidad del orgasmo, el complemento de la TRH con un aporte de Testosterona o de Dihidrotestosterona, logra mejorías significativas.⁴⁰

Desde la clásica hipótesis de Sherwin que demostró la mejoría de la sexualidad en mujeres, tanto castradas como menopáusicas naturales, al aportar estrógenos más testosterona, hasta nuestros días se destaca la evidencia de los beneficios de esta hormona en la recuperación de la libido y la satisfacción sexual. En cuanto a la vía de administración, fue clásica la reposición intramuscular con una forma de depósito. En los últimos años surgió la opción de su reposición con un gel transdérmico, ambas vías con beneficios similares.⁴¹

Rol de la Tibolona

Desde el advenimiento de este gonadomimético de síntesis con efectos estrógenicos, gestacionales y androgénicos combinados, se dio un giro de 180° en materia de TRH, ya que en muchos casos la monoterapia con Tibolona mejora todos los síntomas del climaterio y también la disfunción sexual.⁴⁴

Múltiples trabajos científicos apoyan su uso, con mejoras estadísticamente significativas. En muchos casos constituyen una alternativa válida de toda la TRH y sobre todo en la paciente con intolerancia a los estrógenos.⁴⁴

Rol de los Moduladores Selectivos del Receptor Estrogénico (SERM)

No todo estaba dicho en materia de terapia de reemplazo, cuando a fines del siglo XX apareció el raloxifeno, como la tercera generación de Moduladores Selectivos de los Receptores Estrogénicos y primera generación de uso en TRH. Son múltiples los beneficios de esta terapia que permite evitar el uso de hormonas directamente. Esta revolucionaria y novedosa molécula sobre la que no está todo dicho aún, tiene dos puntos débiles que son:

-
- La imposibilidad de controlar y aún agravar el síndrome climatérico y
-
- El ausente o casi nulo beneficio en la respuesta sexual femenina.

Por lo dicho anteriormente no será considerado entonces en la presente revisión por no corresponder; no obstante se deberá reconsiderar este punto en los próximos años, ya que se están ensayando nuevas generaciones de SERM, (idoxifeno, droloxifeno), con más beneficios sobreagregados.⁴³

Rol de los Fitoestrógenos

Estas sustancias son de origen vegetal y poseen actividades estrógeno-símiles. Se destaca entre ellas, la Cimicifuga Racemosa y los derivados del Trébol Rojo, de los que han surgido en los últimos años crecientes evidencias de efectos benéficos como terapia de reemplazo hormonal del climaterio. Por su acción, se las considera una variante de los SERM. Sin embargo, no se han demostrado aún efectos beneficiosos en la respuesta sexual femenina, por lo que tampoco serán considerados en el presente trabajo.^{38, 47}

Aspectos terapéuticos anexos a la TRH para la Disfunción Sexual del Climaterio

Dejamos para el final, el destacar algunos elementos importantes que pueden actuar como coadyuvantes de la TRH, en la mejoría de la disfunción sexual del climaterio.⁴⁸

En primer lugar, se mencionará un recurso antiguo y efectivo para la lubricación vaginal, como es el uso de geles o vaselinas lubricantes de aplicación tópica, que disminuyen eficazmente la tan molesta sintomatología. En general se prefieren los lubricantes tipo gel, por su mayor duración en la aplicación local y de preferencia los derivados hídricos o de aceites naturales, ya que son menos agresivos de la mucosa vaginal que los derivados del petróleo (vaselina). Su uso en forma de óvulos o geles de aplicación vaginal previos al coito, es fácilmente aceptado y brinda rápidos beneficios al respecto, en ese aspecto de la disfunción sexual del climaterio.³⁸

No corresponde al análisis de este capítulo pero, como se mencionó la disfunción sexual del compañero sexual, debe hacerse notar que los últimos años se acompañaron de revoluciones terapéuticas en la disfunción sexual del varón, con el advenimiento del los ISRS en el tratamiento de los desórdenes eyaculatorios. El citrato de sildenafil y similares en lo que atañe a la disfunción eréctil. Esto, si bien no directamente, también mejora la respuesta sexual femenina, por disminuir la disfunción sexual en el varón y como ya se mencionó, la respuesta sexual es mayormente un concepto de pareja.^{46, 47, 48}

Hay que destacar que, además de lo farmacológico, es fundamental una adecuada inserción psicológica y social de la mujer en su "nuevo rol", destacando los factores que la potencien en el ser mujer, para evitar la disfunción sexual de este período. Además es capital un elemento fundamental, que es el que la propia actividad sexual mantiene el trofismo y la fisiología de la respuesta sexual y coital, porque la ausencia de función, se acompaña de atrofia.⁴⁷

ENFOQUE CLÍNICO PRÁCTICO DE LA SEXUALIDAD EN EL CLIMATERIO Y SU TERAPÉUTICA

Concluye esta revisión con el aporte de un pequeño conjunto de sugerencias diagnósticas y terapéuticas, fruto de la presente revisión de la evidencia, que permitirá la rápida orientación en el consultorio hacia la presencia o el descarte de una disfunción sexual del climaterio.

Diagnóstico clínico de las alteraciones de la Respuesta Sexual

En el interrogatorio de todas las pacientes en el climaterio hay que incorporar la investigación acerca de la función sexual, siendo el elemento orientador, los cambios que la menopausia imprimió o no en la respuesta sexual.

Hay que recordar que no se puede pretender una sexualidad placentera en el climaterio, si no es precedida por una adecuada salud sexual en los años previos.

Así se interrogará acerca de CAMBIOS de los siguientes SÍNTOMAS:

-
- Apetitos, deseos sexuales y libido
-
- Frecuencia coital
-
- Placer y satisfacción de la relaciones sexuales
-
- Alcance del clímax en su actividad sexual
-
- Frecuencia y calidad de los orgasmos
-
- Dispareunia
-
- Sinusorragia
-
- Presencia de fantasías sexuales
-
- Modificaciones en la actividad sexual
-
- Modificaciones de interés sexual

Desde el punto de vista del examen físico se buscarán especialmente los elementos inherentes al trofismo estrogénico en los órganos diana de esta hormona y particularmente aquellos involucrados en la actividad coital. Concomitantemente se procederá al relevo de la anatomía genital.

Se tomarán como factores de riesgo para una Disfunción Sexual del Climaterio los siguientes elementos:

-
- Disminución marcada del trofismo estrogénico en los órganos diana sobre todo en aquellos involucrados directamente con la frecuencia coital
-
- Dispareunia y sinusorragia marcada, con cuello clínica, colposcópica y citológicamente normal y en ausencia de infección genital baja
-
- Reticencia extrema de la paciente a hablar del tema
-
- Intenso síndrome climatérico
-

- Disfunción sexual previa
-
- Excesivo alarde de una sexualidad saludable
-
- Cirugías pelvianas, particularmente genitales
-
- Menopausia quirúrgica, radical o quimioterápica
-
- Obesidad
-
- Depresión
-
- Ansiedad
-
- Disminución en el arreglo personal
-
- Inadecuada relación de pareja
-
- Menopausia precoz

Por el contrario y en forma complementaria, ofician como factores protectores asociados con una menor incidencia de Disfunción Sexual durante el climaterio los siguientes elementos:

-
- Adecuado trofismo estrogénico, particularmente genital
-
- Cumplimiento de la TRH
-
- Cuidados en el arreglo personal
-
- Adecuada relación de pareja
-
- Apertura para analizar el tema desde la óptica del consultorio
-
- Sexualidad saludable en los años anteriores
-
- Menopausia tardía

Como redondeo en cuanto a la respuesta sexual se debe considerar desde donde se parte, puesto que si la salud sexual no fue plena en los años anteriores, difícilmente mejore espontáneamente con el advenimiento del climaterio.

Tratamiento de la Disfunción Sexual propia del climaterio

Se sugieren algunas directivas terapéuticas basadas en la siguiente pregunta:

¿Cuál debe ser el rol que debe cumplir el ginecólogo ante una disfunción sexual del climaterio?

El primer paso terapéutico comenzará con un interrogatorio interactivo donde se le informará a la paciente, que puede ser normal que el hecho de que se vea afectada su respuesta sexual durante el climaterio y que existen múltiples tratamientos para ello. Esto tranquilizará a la paciente y le brindará el margen de seguridad necesario para que sea más fácilmente explorado el tópico en la anamnesis. Se hablará con la paciente de la importancia del mantenimiento de la función coital para la preservación de la salud sexual futura. Si no se plantea el diagnóstico de disfunción, se considerará la prescripción de la TRH y se considerará la reposición con estrógenos, andrógenos solos o asociados o la alternativa de la Tibolona si correspondiera y en caso necesario las medidas lubricantes locales. Todo lo cual se analizó en

el capítulo correspondiente.

Se descartarán factores intercurrentes que afecten la sexualidad, tales como la obesidad, la depresión, la ansiedad, el estrés, la fibromialgia, etc. Si existe un declinar físico global, en ese contexto no se puede pretender que la función sexual no se vea afectada. Tampoco se dudará en tratar a la paciente con el equipo multidisciplinario en interconsulta y con el sexólogo clínico, cuando la respuesta a las primeras medidas no sea satisfactoria. Recordar que hay algo que las hormonas no aportan y que se puede contribuir a alcanzar desde el consultorio con información y con paciencia: la seguridad, la autoestima y el desarrollo personal.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.
2. Masters, William H. et Johnson, Virginia E.. Respuesta Sexual Humana. (Traducción de la Profesora María Antonieta Rebollo). Intermedica. 1967, Argentina.
- 3.
4. Freud, Sigmund. La interpretación de los Sueños. 1920. Losada. Argentina.
- 5.
6. Freud, Sigmund. Tres ensayos sobre la teoría sexual. 1920. Losada.
- 7.
8. Kaplan, H. Trastornos del deseo sexual. Grijalbo, Barcelona.1982.
- 9.
- 10.Fisher, H. El contrato sexual. Salvat. España. 1982.
- 11.
- 12.Fisher, H. Anatomía del amor. Anagrama. España. 1992.
- 13.
- 14.Flores Colombino, A. Respuesta Sexual. Dismar.Uruguay. 4ta.edición.1990.
- 15.
- 16.Flores Colombino, A. Sexualidad de la Reproducción. Dismar.Uruguay. 4ta.edición.1990.
- 17.
- 18.Kinsey, A, Pomeroy, W, et al. Conducta Sexual de la Mujer. Ed. Med. Quirúrgica. Bs. As. 1954.
- 19.
- 20.Granero , M. La sexualidad en la Mujer de la tercera edad. La Capital. Rosario. Argentina. 1982.
- 21.
- 22.Bachmann F.A et al. Sexuality in sexagenarian women. J.A.M.A. 1983; 249: 2195-98
- 23.
- 24.Demerstein L., Smith, A., Et al. J. Psychosom Obstet Gynecol.1994; 15: 59-66.
- 25.
- 26.Palacios, Santiago. Climaterio y Menopausia. Mirpal España 1992. (Serie de 4 fascículos).
- 27.
- 28.Pou Ferrari, R, et al. Climaterio Femenino. Fin de Siglo Uruguay.1998
- 29.
- 30.Borissova A, Kovatcheva R, et al. A study of the psychological status and sexualitiy in middle-aged Bulgarian women. Maturitas 2001; 39 (2): 177-83.
- 31.
- 32.Stone, A., Teri, B., et al. Valoración y tratamiento de cambios del talante sueño y función sexual vinculados con la menopausia.Clin Ginec y Obst (Temas Actuales) Vol 2/1994
- 33.
- 34.McCoy, N, Davidson, M. A longitudinal study of the effects of menopause on sexuality.Maturitas, 7 (1985) 203-210.
- 35.
- 36.Myers, L. Et al. Methodological Review and Meta-analysis of Sexuality and Menopause Research.
- 37.
- 38.Phylliys A. Et al. Epiodemiología aplicada a la salud reproductiva. Publicación del CDC de Atlanta. Georgia. USA. 1996.

- 39.
40. Runyon, R, et al. Estadística para las ciencias sociales. Fondo educativo interamericano. 1980.
- 41.
42. Medicina basada en la evidencia. Libro del Taller de trabajo. CLAP 1997.
- 43.
44. Curso de Estadística y Epidemiología. Publicación del curso. Convenio Universidad de la República – Universidad de Limoges. Año 2000.
- 45.
46. Botella L.J. Climaterio y Menopausia. Salvat. Madrid. 1990.
- 47.
48. García Segura L.M.; Torres-Alemán, I; Control Neuroendocrino de la reproducción, plasticidad neural y reparación cerebral. Neuroreport 1998; 9: 593-97
- 49.
50. Flores Colombino, A. Sexo, Sexualidad y Sexología. Dismar. Uruguay. 4ta. edición. 1990.
- 51.
52. Samsioe, G. Menopause and Hormone Replacement Therapy. Merit. USA. 1994.
- 53.
54. Whitehead, M. Tratamiento hormonal sustitutivo, (Guía del Prescriptor). Partenón. London. 1999.
- 55.
56. Scasso, JC, Machín V, Los 6 escalones del Climaterio Femenino. Tendencias en Medicina. Año VII. Nº 14 y 15.
- 57.
58. Bachmann, G. Sexual Function in the Perimenopause. Perimenopausal health Care. Obstet Gynecol Clin North Am. 1993 Jun 20 (2): 379-89.
- 59.
60. Pearce J., Psychological and Sexual Symptoms Associated with the Menopause and effects of HRT. BJPsychiatry 1995; 167: 163-73.
- 61.
62. Pearce MJ, Hawton K, Psychological and sexual aspects of the menopause and HRT. Bailliere's Cl Obst Gynec. 1998; Oct 22 (10): 1045-63.
- 63.
64. Dennerstein, A. Et al. Sexuality and the menopause. J Psychosom Obstet. Gynec: 1994; 15: 59-66.
- 65.
66. Beard, MK. Et al. Libido, menopause, and estrogen replacement therapy. Postgraduate Medicine. 1998 Jul. 86 (1): 225-28.
- 67.
68. Dennerstein, L, Dudley, E. Sexuality, hormones and the menopausal transition. Maturitas 1997; 26: 83-93
- 69.
70. Palacios, S, Menendez, A. Changes in sex behaviour after menopause: effects of tibolone. Maturitas 1995; 22: 155-61.
- 71.
72. Omu, A, et al. Effects of hormone Replacement Therapy on Sexuality in Postmenopausal Women in a Mideast Country. J. Obst. Gynaec. 1997; 23: 157-64
- 73.
74. Heimn J. et al. Evaluating Sexual Dysfunction in Women. Cl Obst Gynaec 1997; 40 (3): 616-29.
- 75.
76. Steiner M. Female Specific Mood Disorders. Cl Obst Gynaec 1992; 35(3) 3: 599-611.
- 77.
78. Myers L.S., Dixen D. Effects of Estrogen, Androgen, and Progestin on Sexual Psychophysiology and Behavior in Postmenopausal Women. Jour of Cl Endocr. And Metab. 1990; 70(4): 1124-31.
- 79.
80. Kaunitz, A. The role of Androgens in Menopausal Hormonal Replacement. Endocrinology and Metabolism clinics of North America. 1997; 26 (2): 391-7.
- 81.
82. Delanoë, D. Les représentations de la ménopause: un enjeu des rapports sociaux d'âge et de sexe.

- Contracept Fértil Sex. 1997; 25(11): 853-60.
- 83.
84. Prader M.C., Blasin S, Rieron T.C. Androgen supplementation in older women. J. Am. Geriatr. Soc. 2002 Jun; 50(6): 1131-40.
- 85.
86. Raloxifeno. Monografía del Producto Original. Liley 2000.
- 87.
88. Tibolona. Monografía del Producto Original. Organon 1995.
- 89.
90. Zusman L. Et al. Sexual response after hysterectomy-oophorectomy. Am J Obstet Gynecol 1981; 140(7): 725-29.
- 91.
92. Greendale GA, Factors related to sexual function in postmenopausal women with a history of breast cancer. Menopause 2001; 8(2):111-19.
- 93.
94. Basson R. Female Sexual Response. The role of drugs in the management of its dysfunction. Obstet. Gynecol 2001; 98 (2): 350-3.
- 95.
96. Wenderlein JM, The effect of estrogen therapy on sexuality. Münch Med Wochenschr. 1981; 123(15): 609-610. (sólo abstract)
- 97.
98. Rossouw JE, Anderson GL, Prentice RL, LaCroix AZ, Kooperberg C, Stefanick ML, Jackson RD, Beresford SA, Howard BV, Johnson KC, Kotchen JM, Ockene J; Writing Group for the Women's Health Initiative Investigators. Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women: principal results From the Women's Health Initiative randomized controlled trial. JAMA. 2002;288(3):321-33
- 99.
100. Archivo de Sexología Magnus Hirschfeld. El significado de salud sexual. (Definición OMS). <http://www2.hu-berlin.de/sexology/ECS6>.
- 101.
102. Quijada, O. Vida y Sexo. Editorial Universitaria. Santiago de Chile. (1972).
- 103.
104. Quijada, O. Hacer el amor. Importadora alfa. Santiago de Chile (1986)