

## **SEXUALIDAD EN LA MENOPAUSIA.**

**M<sup>a</sup> Ángeles Diez Sánchez.** Prof<sup>a</sup> Titular de Psicología Médica. Universidad de Salamanca.

**M<sup>a</sup> Jesús Campo Pérez.** Médico Colaborador. Área de Psiquiatría. Universidad de Salamanca.

**Ginés J. Llorca Diez.** Psicólogo Residente. Hospital de la Plana. Castellón.

Conceptuar la sexualidad nunca es fácil, en gran parte, porque todas las ciencias que estudian al hombre tienen su propia definición de la sexualidad humana. Además, cada definición varía no sólo por el enfoque científico del que proviene, sino también por la época en que fue formulada. Durante los siglos XVIII y XIX, en Occidente las definiciones se realizaron en base a las diferencias biológicas entre hombres y mujeres, y afirmaron que su función era la reproducción. Reducir a la sexualidad humana a sus fundamentos biológicos tuvo y sigue teniendo graves consecuencias.

Afortunadamente, las teorías contemporáneas basan la sexualidad en el modelo biopsicosocial y ello permite que se manifieste en todos los niveles de la existencia del hombre. Aunque está condicionada por la naturaleza biológica y por la influencia social, se construye en la mente de los individuos, cada persona desarrolla la suya propia mediante los significados que le da a sus vivencias. La construcción de la sexualidad es pues un proceso dinámico y vital que cambia con cada experiencia de cada mujer y de cada hombre.

Si conceptuar la sexualidad humana es difícil, la sexualidad en el climaterio es más complejo, desde su propio planteamiento. Actualmente la menopausia sabemos que es un proceso fisiológico evolutivo normal, no es una enfermedad, sin embargo a muchas mujeres les produce una sintomatología extraordinariamente molesta, que les hace, no solo sentirse enfermas, sino que también interrumpe bruscamente sus expectativas personales y el propio disfrute sexual.

A nivel biológico se hace patente una realidad, el reloj del sistema reproductivo de la mujer inicia su cuenta regresiva antes del nacimiento y alcanza su hora final cuando se produce el cese de la función ovárica, con la desaparición del capital folicular o por la ausencia quirúrgica de los ovarios que deriva en una bajada importante en los niveles de esteroides sexuales. El cuadro clínico del climaterio está

originado, directa o indirectamente, por la disminución de estrógenos. Los dos estrógenos secretados en la vida fértil de la mujer son la estrona (E1) y el 17-beta-estradiol (E2), ambos están producidos directamente por el ovario, en menor cantidad por las glándulas suprarrenales o por la conversión periférica de los andrógenos a estrógenos en el adipocito. Los efectos de los estrógenos son multifocales, pueden considerarse como hormonas tróficas que juegan un papel en el crecimiento, desarrollo y mantenimiento de los órganos reproductivos, pero por otro lado, tienen también importantes efectos extragenitales.

A nivel genital los principales efectos estrogénicos son:

- Sobre el cuello uterino: se producen un aumento del diámetro del conducto endocervical y del orificio cervical externo, que alcanza su máximo en el momento de la ovulación. El epitelio del ectocérnix experimenta los mismos cambios que veremos en la vagina. La secreción del epitelio endocervical es abundante, transparente, de baja viscosidad, de gran elasticidad o filancia y favorable al paso de los espermatozoides. Como consecuencia de la menopausia, disminuye de tamaño y en algunas mujeres provoca contracciones dolorosas durante y después del orgasmo.

- Sobre la vagina: producen una intensa acción proliferativa, originando un aumento de la multiplicación celular; las células maduran, se cargan de glucógeno y se cornifican. En ausencia de estrógenos, la vagina está revertida de un epitelio escamoso adelgazado con muy escaso contenido en glucógeno, como consecuencia, disminuye la lubricación, aunque la mujer esté excitada. La escasa información se suma a la creencia de que la menopausia acaba con la sexualidad y lleva a la mujer a interpretar la sequedad vaginal como la falta de excitación y como pérdida de su capacidad sexual.

- Sobre el clítoris: que es el órgano más excitable del aparato genital femenino, en el climaterio puede disminuir su sensibilidad, como consecuencia necesita mayor estimulación para lograr el orgasmo.

Como consecuencia de todo ello, en algunas mujeres aparece la dispareunia directamente relacionada con la reducción o la desaparición del flujo lubricante. Pero

psicológicamente, el miedo al dolor, la falta de lubricación, los prejuicios aún imperantes, que condenan la sexualidad por puro placer colaboran para que se instale una disminución del deseo sexual.

La asociación entre menopausia y disminución del interés sexual, sigue planteando controversias en su etiopatogenia, los especialistas se polarizan, principalmente, en torno a dos posiciones:

1. Los que defienden que los síntomas menopáusicos están asociados a niveles bajos de estrógenos, y que ya Marañón denominó, endocrinopatía menopáusica. Estos investigadores centran sus estudios en los esteroides sexuales y su función en el SN. Los receptores esteroides se encuentran ampliamente distribuidos tanto en la corteza cerebral como en el sistema límbico, hipocampo, área preóptica y amígdala (Maggi y Pérez, 1985). Dependiendo de la zona de actuación regulan diferentes funciones cerebrales.

En la actualidad, se ha comprobado que el déficit de estrógenos puede contribuir a un desequilibrio de los neurotransmisores (NT) y neuromoduladores (NM) (Katawa, 1995). El descenso de estrógenos produce una depleción en los niveles de serotonina, que hacen a la mujer más vulnerable a la depresión, aumenta la dopamina y disminuye la tasa de noradrenalina intrahipotalámica que se ha relacionado con la tendencia a la ansiedad e irritabilidad, tan frecuentes en esta época de la vida (Carlson y Sherwin, 1998).

Los estrógenos también ejercen acciones que no se realizan a través de su receptor, así pueden actuar mediante del factor de crecimiento neural (NGF), produciendo la estimulación del crecimiento dendrítico y la sinaptogénesis neuronal, es decir, interviniendo en el proceso de plasticidad neural. De esta manera los estrógenos se relacionan con funciones cognitivas como la inteligencia y la memoria (Verghese, Kuslansky y cols., 2000.; Farrag, Khedr y cols. , 2002).

Pero, además de estas acciones sobre los NT y la plasticidad neural, las hormonas sexuales actúan sobre los neuromoduladores, entre éstos los más importantes son los opioides endógenos, especialmente, la beta-endorfina (beta-E), el factor liberador de corticotropina (CRF) y la galanina (Speroff, Glass y Kase, 1994). La carencia de beta-E en la menopausia se ha documentado no solo en plasma (Aleem,

1984), sino también en líquido cefalorraquídeo (Nappi, 1990) y en el interior de la cavidad uterina (Petraglia y cols., 1986).

Por ello, la menopausia ya no se considera solamente un estado de privación de esteroides, sino también un estado de privación de beta-E, es decir, de opioides endógenos. Esta privación se ha puesto en relación no sólo con los sofocos, la administración de naloxona, antagonista de la beta-E, mejora la clínica vasomotora, sino que realiza una importante acción morfínica, analgésica y euforizante.

Además, la beta-E influye en muchos procesos fisiológicos como: percepción del dolor, la termorregulación, el apetito, el aprendizaje, la regulación cardiovascular, la respiración, y lo que es más interesante, también regula gran cantidad de hormonas hipofisiarias: gonadotrofinas, prolactina, ACTH, hormona del crecimiento, vasopresina y oxitocina, influyendo de esta forma en el deseo sexual (Offutt, 2000).

2. La segunda posición para explicar la asociación entre menopausia y disminución del interés sexual, es psicológica, resaltando una variable: el valor que como acontecimiento vital puede tener la menopausia en la mujer. La menopausia no es considerada como un acontecimiento vital, pero sí pueden concurrir en el tiempo acontecimientos vitales estresantes, y las alteraciones psíquicas pueden estar relacionadas con los factores psicosociales o socioculturales, que pueden actuar como factores desencadenantes de procesos psicopatológicos que no favorecen la apetencia del acto sexual.

En este sentido, hay bastantes evidencias que indican que los síntomas psicológicos son más prevalentes en mujeres climatéricas o postmenopáusicas que presentan rasgos de personalidad neurótica y baja autoestima. Es decir, una de las facetas más contrastadas sobre la etiología de problemas sexuales en la menopausia, es la influencia de la personalidad previa, con los estilos propios de afrontamiento o pautas de reacción a los acontecimientos vitales. Evidentemente, la reacción adecuada es llevar a cabo compensaciones adecuadas adoptando un papel activo y saludable (Sarmiento y Fernández, 2002)

Pero igualmente, en personalidades con cierta vulnerabilidad puede actuar como elemento desencadenante o de mantenimiento de las alteraciones sexuales. Es decir, mujeres con antecedentes personales de trastorno psiquiátrico, con problemas

emocionales previos tienden a sobrevalorar los síntomas menopáusicos, sobre todo los vasomotores e intensificar la ansiedad y disminuir la libido.

Partiendo de que la menopausia es un hecho natural en el desarrollo vital, todas las mujeres tienen que afrontarla. La forma de afrontarla es el resultado de vivencias anteriores (infancia, adolescencia, madurez). Todas estas etapas vitales van modelando al ser humano y lo capacitan para dar respuestas ante situaciones nuevas, que pueden ser positivas o de adaptación, y negativas o de rechazo.

Ciertos patrones de conducta desadaptativos pueden tener su origen en los hábitos de salud que pueden condicionar la conducta menopáusica, si se repite a sí misma que lo normal es estar triste, estas autoinstrucciones funcionarán como estímulos discriminativos, para interpretar cualquier acontecimiento y muchos síntomas psíquicos pueden ser atribuidos erróneamente a la menopausia, ahora bien, el cambio de actitud no puede suponer pasar al polo opuesto de trivializar en exceso y considerar los síntomas somáticos o psíquicos como producto de la subjetividad de la mujer y ser por tanto desatendidos.

Nuestra posición es desde el modelo biopsicosocial, por lo tanto, creemos que la disminución de deseo sexual en la menopausia tiene causalidad multivariable e interactuante. Desde esta perspectiva, existen muchas variables que pueden influir en la sexualidad de la mujer madura, entre ellas:

- La existencia de una pareja
- La calidad de la relación y comunicación con su pareja
- La calidad de la vida sexual previa a la menopausia
- El grado de fatiga
- El aburrimiento sexual

Estas variables parecen evidentes, pues la relación sexual normalmente es cosa de dos, por lo tanto, llama la atención, que en la literatura científica muy pocas veces se haga referencia a los problemas específicos de la pareja, del hombre, y también existen. A partir de los cuarenta la mayoría de los varones comienza a experimentar una variedad de cambios. No aparecen de pronto, no obedecen a una caída hormonal brusca, y a veces ni son reconocidos por ellos, pero sí por sus compañeras que observan como:

- se cansan,
- se irritan fácilmente,
- se sienten inseguros,
- no tienen proyectos,
- les cuesta concentrarse,
- están triste,
- se sienten viejos

Las mujeres observan que sus compañeros sexuales:

- no se excitan como antes
- les cuesta lograr la erección y mantenerla.
- los orgasmos se escapan imperceptiblemente
- la eyaculación pierde la antigua fuerza.

La diferencia es que al hombre le es muy difícil admitir que su vitalidad no es la de antes, que su sexualidad no es tan automática, que su deseo requiere otros ingredientes sin temer que eso lo catapulte hacia la pérdida de su virilidad y de su hombría.

Ante todo ello, las mujeres precisan estar informadas de cómo se desarrolla una menopausia normal, saber identificar si la suya lo es y conocer la ayuda que puede ofrecerles la profesión médica para aliviar sus síntomas. Sin embargo, en el estudio realizado en 1996 a nivel nacional (Libro Blanco,1996), no todas las mujeres consultan con el médico tras la menopausia y actualmente, la escasa información se suma a la creencia de que la menopausia acaba con la sexualidad e interpretan la sequedad vaginal como falta de excitación y pérdida de su capacidad sexual. Este error puede impulsarlas a renunciar al placer erótico. Es necesario que toda mujer sepa:

- los cambios fisiológicos derivados de la disminución estrogénica,
- la importancia de la lubricación para que el coito sea placentero,
- informar al compañero y no intentar un coito seco, pues el dolor impide el placer.
- que la edad puede ocasionar dificultades también en la pareja,

- que tienen que evitar la rutina sexual que abrevia o elude el juego erótico, necesario para la excitación femenina y masculina

Actualmente, el número de mujeres menopáusicas actualmente en España es de aproximadamente 6.800.000, según cifras del Libro Blanco de la Menopausia, editado por la Asociación Española para el Estudio de la Menopausia (AEEM). Estas mujeres representan el 34 % de la población femenina y la gran mayoría no están suficientemente informadas sobre qué es el climaterio, la menopausia, las consecuencias que tiene, los distintos tratamientos que existen, así como sus efectos beneficiosos y negativos. Esta es una realidad que tenemos y el reto, mejorar.

La falta de información sistemática que existe, la ausencia de una mirada digna y de medidas políticas de cuidado y atención sociales hacia el climaterio femenino, colaboran para mantener los errores de un afrontamiento de la mujer inadecuado. Los especialistas que se ocupan del tema suelen soslayar en la consulta la pregunta y la información acerca de los cambios sexuales y cómo solucionarlos. El silencio colabora para que la mujer atribuya sus dificultades a la pérdida erótica erróneamente atribuida a esta etapa.

Puesto que en el climaterio se produce una deficiencia hormonal, la Terapia Hormonal Sustitutiva puede ser la estrategia profiláctica para la prevención de los síntomas asociados a esta etapa y para conseguir una mejor calidad de vida (Hilditch y cols, 1996). De todo el conjunto de trastornos relacionados con el climaterio, por su repercusión sobre la calidad de vida y de relación y por ser el campo específico que nos ocupa, nos interesa el estudio de la salud psicológica y sexual.

La terapia hormonal sustitutiva con estrógenos, progestágenos y/o andrógenos tanto solos como combinados y tanto en forma oral como dérmica para efectos generales y en óvulos vaginales para efecto local, ha sido usada desde hace 50 años para el tratamiento de los diferentes síntomas de la menopausia, incluidos los sexuales (Hilditch y cols. 1996; MacLennan y cols., 2001).

Ahora bien, hoy por hoy existe una considerable inconsistencia en los resultados de los diferentes estudios tanto sobre las consecuencias psicológicas y sexuales de la menopausia como sobre su tratamiento. Parece ser más marcada la mejoría de los síntomas psicológicos, usando THS en la menopausia quirúrgica que en la natural, donde los resultados son muy variables. En este sentido, Akamatsu y cols.

(1996), realizaron un estudio sobre 150 mujeres con síntomas de menopausia y encontraron que una cuarta parte tenían síntomas psicológicos, se utilizó terapia hormonal sustitutiva para su tratamiento que no fue efectiva en el 63,2% de los casos, pero cuando se combinó con fármacos psicotropos se apreció una mejoría significativa.

En cambio, los resultados son más consistentes sobre la efectividad de la terapia hormonal sustitutiva para los síntomas sexuales, sobre todo para la sequedad vaginal y dolor durante el coito. El tratamiento hormonal sustitutivo mejora los síntomas concretos que se derivan de su déficit: los sofocos, las irregularidades menstruales y la sequedad vaginal. Si estos síntomas, secundariamente provocan ansiedad y malestar, así como dolor durante las relaciones sexuales, es probable que su desaparición también comporte una mejoría de esas consecuencias (Pilon y cols., 2001).

Es importante, ante la coincidencia de una sintomatología por déficit de estrógenos y un cuadro psicopatológico, proceder al tratamiento de ambos tipos de manifestaciones. Por ello, el especialista determina la necesidad de la administración de estrógenos en cada caso particular, evaluando la situación global de su paciente y la interrelación de los múltiples factores involucrados en la génesis de las molestias.

Estamos asistiendo a los albores de un nuevo enfoque de la sexualidad, el permitirnos hablar de este tema desde épocas escolares tempranas probablemente contribuirá a que los niños y adolescentes enfoquen de forma más positiva y favorecedora la vivencia sexual. Seguramente, las próximas generaciones vivenciarán mejor su cuerpo y aceptarán cada uno de los cambios corporales que nos llevan finalmente a un manejo del climaterio sin traumas, con enriquecimiento de la sensualidad, de la comunicación, afectividad y mayor disfrute del placer sexual.



## **Referencias Bibliográficas:**

- Aleem, F.A.** (1984). Elevated plasma levels of beta-endorphin in a group of women with polycystic ovarian disease. *Fertility and Sterility*, 42: 686-689.
- Asociación Española para el estudio de la Menopausia.** (1996). Libro blanco. Ed.
- Bas, O., Fernández Gutiérrez, M.** (2002). Prevención de los trastornos psicológicos en la menopausia. *Interpsiquis*.
- Carlson, L. E., Sherwin, B. B.** (1998). Steroid hormones, memory and mood in a healthy elderly population. *Psychoneuroendocrinology*, 23, 583-603.
- Farrag AK, Khedr EM, Abdel-Aleem H, Rageh TA.** (2002). Effect of surgical menopause on cognitive functions. *Dementia Geriatrics and Cognitive Disorders*, 13(3):193-198.
- González Bosquet L.** (2000). *La menopausia. Síntomas, efectos y terapia*. Vol 19 N° 7; 60-65.
- Hilditch, J.R., Lewis, J., Ross, A.H., Peter, A., van Maris, B., Franssen, E., Charles, J., Norton, P., Dunn, E.V.** (1996). A comparison of the effects of oral conjugated equine estrogen and transdermal estradiol-17 combined with an oral progestin on quality of life in postmenopausal women. *Maturitas*, 24:177-184.
- Katawa M.** (1995). Roles of steroid hormones and their receptors in structural organization in the nervous system. *Neurosciences Research*, 24:1-46.
- MacLennan, A, Lester, S, Moore, V.** (2001). Oral estrogen replacement therapy versus placebo for hot flushes: a systematic review. *Climacteric* 4:58.
- Martín Azaña, M. J., Iglesias Goy, E.** (1999). Terapia hormonal sustitutiva en la menopausia. Boletín del Sistema Nacional de Salud. Vol. 23-N° 2.
- Levine, J.D., Gordon, N.C., Jones, R.T., FIELDS, H.L.** (1978). The narcotic antagonist naloxone enhances clinical pain. *Nature* 272:826-827.
- Maggi, A., Perez, J.** (1985). Role of female gonadal hormones in the CNS: Clinical and experimental aspects. *Life Science*. 37, 893-906.
- Nappi C, Petraglia F, De Chiara BM, Genazzani AD, Montemagno R, Genazzani AR, Montemagno U.** (1991). The effect of various drugs with neuroendocrine activity and transdermal estradiol on plasma gonadotropin concentrations after ovariectomy in reproductive-aged women. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 70: 435-439.
- Offutt, L. A.** (2000). Menopause: Endocrinology and Management.. *Annals of Internal Medicine*, 133, 5.

- Petraglia, F., G. Di Meo, V. De Leo, C. Nappi, F.** (1986). Plasma beta-endorphin levels in anovulatory states: changes after treatments for the induction of ovulation. *Fertility and Sterility*, 45: 185-190.
- Pilon, D., Castilloux, A. y Lelolier, J.** (2001). Estrogen Replacement Therapy: Determinants of Persistence with Treatment. *Obstetrics & Gynecology*, 97 (1), 97 – 100.
- Sherwin, B. B.** (1991). The impact of different doses of estrogen and progestin on mood and sexual behavior in postmenopausal women. *Journal Clinical of Endocrinology and Metabolism*, 72, 336-343.
- Speroff L., Glass RH., Kase NG.** (1994). The uterus. En L. Speroff , R. H. Glass, N. G. Kase.: *Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility*. Ed. Williams & Wilkins, 109-139.
- Verghese J, Kuslansky G, Katz MJ, Sliwinski M, Crystal HA, Buschke H, Lipton RB.** (2000). Cognitive performance in surgically menopausal women on estrogen. *Neurology*, 26;55(6):872-4.