

ORIGINALES

Sexualidad tras la menopausia: influencia del tratamiento hormonal sustitutivo en las disfunciones de la mujer

J. López-Olmos

Unidad de Menopausia. Servicio de Ginecología. Hospital Arnau de Vilanova. Valencia. España.

SUMMARY

We present a prospective study during one year (1995) about sexual dysfunction in 298 postmenopausal women treated with hormone replacement therapy. There were 143 with natural menopause (47.98%), 122 with surgical menopause (40.93%) and 33 with premature menopause (11.07%). A personal interview was carried out during the first visit to the Menopause Unit and another at the end of the years study, to compare sexual dysfunction before and after treatment.

The mean age of the women was 51.58 years; the mean age at the menopause was 45.42 years. The mean age for first sexual intercourse was 23.21 years, and there was intercourse before marriage in 3 cases (< 1%). Masturbation was performed in 5.7% of the cases, and 56.37% had oral sex with her partner. The mean age of the partner was 54.39 years, and the mean difference in age of the couples was 2.80 years. The mean treatment time was 2 years in 36.91% and 3 years in 29.86%.

Comparing sexual dysfunction before and after treatment, there were significant differences in dyspareunia $p < 0.01$, which improves, and in vaginal dryness $p < 0.02$ which, paradoxically, worsens (because it doesn't improve in the premature menopause group). Sexual desire improves slightly, and there are no changes in either sexual satisfaction or in coital frequency.

There were 29 cases (9.73%) who did not have sexual relations, either because they had no partner (widow, divorced or single) or because the husband was absent, impotent, or without sexual desire.

Sociologically this group of women, born in the 1940's, reflect very well the era in which they were obliged to live.

INTRODUCCIÓN

Practicar el sexo en todo tiempo es lo único que diferencia al hombre del animal¹. El varón está sexualmente más cerca de la especie animal que la mujer, tiene más genitalidad que sexualidad. La sexualidad de la mujer es más compleja. La sexualidad humana es un producto cultural que se basa en factores psico-biológicos. El varón tiene un impulso más instintivo y activo, y la mujer más psicoafectivo.

La sexualidad es una amplia dimensión de la personalidad que refleja la satisfacción de sentirse mujer o varón y cumple un papel frente a individuos de otro sexo, tanto social como privadamente. Es más que las relaciones sexuales de la pareja². Hay fenómenos emocionales, corporales, intelectuales, sociales y éticos. Incluye la realización de la personalidad, la unión de pareja, la atracción y el amor.

La salud sexual es importante y afecta a la calidad de vida. El deseo sexual depende de los estrógenos y de los andrógenos, en el sistema nervioso central (SNC). La mujer desea más intimidad que sexo, su sexualidad es difusa, perturbable y más receptiva. El varón tiene más fantasías, su sexualidad es urgente y orientada a metas; es menos perturbable y más centrada en el coito y el orgasmo³.

En la menopausia se producen cambios fisiológicos, endocrinos, genitales, psíquicos y sociales, y cambia la sexualidad: disminuye el deseo sexual y la frecuencia de coito, pero el placer sexual se mantiene. La disminución de estrógenos produce sequedad vaginal, atrofia, estrechamiento vaginal y dispareunia,

Aceptado para su publicación el 17 de junio de 2003.

por la falta de lubricación². Pero también puede haber falta de comunicación sexual. Cambia el sexo, pero la necesidad de tener cerca al compañero, amor e intimidad no cambia⁴. Despues de la menopausia, mantener la actividad sexual produce menor atrofia vulvar y vaginal que la abstinencia sexual.

Beach señaló tres factores: atracción o atractivo sexual, propioceptividad o interés sexual y receptividad o respuesta sexual. En la menopausia disminuye la respuesta sexual⁵. A partir de los 50 años, muchas mujeres no tienen interés por el sexo y las relaciones sexuales, por lo que también disminuye la frecuencia de coitos y de orgasmos.

El tratamiento hormonal sustitutivo (THS) mejora los cambios sexuales y de la libido, así como los cambios de humor, que se producen en la menopausia^{6,7}, debido a una mejoría en el flujo sanguíneo vaginal, con mejora en los cambios atróficos vaginales y del tracto urinario.

A lo largo de la vida, desde el nacimiento a la muerte, la sexualidad se desarrolla y sufre cambios. No siempre hay deseo de sexo, pero sí de afectividad e intimidad. La disminución del deseo se produce según la cultura, las actividades, la posibilidad de pareja y los cambios físicos. Las disfunciones sexuales disminuyen la calidad de vida⁸. Su prevalencia es del 31% en el varón y del 43% en la mujer, según el National Health Social Life Survey (NHSLS) de 1994, con 1.410 varones y 1.749 mujeres de 18-59 años de edad, lo que supone que en los Estados Unidos es un problema de salud pública. Con la edad, el interés persiste, pero disminuye la frecuencia de actividad sexual. Se pasa de cantidad a calidad. El sexo es un acontecimiento, una actividad. La sexualidad es más que la alegría asociada a un acto, unos sentimientos y unas actitudes. El cerebro es el mayor órgano sexual de los humanos.

La disfunción sexual es global, de la pareja. En la posmenopausia se ha señalado dispareunia en un 8-17%, disminución del deseo sexual en un 45%, disminución de la frecuencia coital en un 25-40% y atrofia vulvovaginal en un 30-40%. El THS mejoraría la sexualidad al proporcionar una mayor sensación de bienestar y una mejoría de la lubricación vaginal y del trofismo. Pero la mejoría sólo se obtiene con el estradiol. El gestágeno inhibe o reduce el efecto positivo del estradiol.

En el estudio de Sarrel¹⁰, en el que se incluyeron 178 mujeres menopáusicas, en el 70% se observó pérdida de interés sexual, en el 9% aversión sexual, en el 31% sequedad vaginal, en el 20% dispareunia, en el 17% pérdida de la sensación clitorídea y en el 23% pérdida de orgasmo; además, un 9% nunca había tenido

un orgasmo y el 9% presentaba incontinencia urinaria con la relación sexual. Existen factores hormonales, como la disminución de estrógenos, y no hormonales, como la reacción psicológica a la menopausia, los cambios sexuales en el varón, conflictos interpersonales y actitudes socioculturales hacia el comportamiento sexual.

Dennerstein et al¹¹, en un trabajo con 438 mujeres de 45-55 años realizado durante un año en el Melbourne Women's Midlife Health Project de 1991, observaron una disminución de interés sexual en el 31% y dispareunia en 11,9%. El deseo disminuye con la menopausia natural debido al menor bienestar, a las peores condiciones laborales y a los síntomas molestos. Es significativo que disminuyan los sentimientos hacia la pareja, la respuesta sexual, la frecuencia coital y la libido, y aumenten la sequedad vaginal, la dispareunia y los problemas de pareja. El THS no tiene efecto sobre los resultados de la sexualidad y la mejoría de ésta tendría lugar por un aumento de intimidad en este período de la vida.

El objetivo de nuestro trabajo es comprobar la influencia del THS en un grupo de 298 mujeres posmenopáusicas para observar si mejora su calidad de vida sexual, para lo que hemos comprobado los cambios en los ítems sexuales antes y después del THS, así como las disfunciones sexuales, en un estudio prospectivo de un año de duración realizado mediante entrevistas personales.

MATERIAL Y MÉTODO

En la Unidad de Menopausia del Servicio de Ginecología del Hospital Arnau de Vilanova de Valencia, durante el año 1995 llevamos a cabo un estudio de la sexualidad de la mujer posmenopáusica con THS para valorar su influencia en la mejoría de la calidad de vida sexual.

En la apertura de la historia ginecológica en la primera visita a la Unidad, aparte de los datos habituales administrativos y médicos, se preguntó por el estado civil, la edad en la primera relación sexual, el deseo sexual, la frecuencia coital, la satisfacción sexual, la dispareunia y la sequedad vaginal.

En el año referido del estudio prospectivo, se preguntó de nuevo sobre los mismos ítems (deseo, frecuencia, satisfacción, dispareunia y sequedad vaginal), a los que se añadió la edad del compañero, si presentaba eyaculación precoz, disfunción eréctil o falta de deseo sexual, si practicaban masturbación, caricias (sexo oral) y el motivo por el que la pareja no tenía relaciones sexuales. También se preguntaba si tenía depresión y qué tratamientos recibía. Se trataba

de comprobar los cambios en los ítems sexuales, antes y después del THS, para valorar su influencia en la calidad de vida sexual.

La entrevista se realizó después de la consulta anual tras la revisión clínica. Se preguntó sobre el efecto del THS. Se practicó una exploración ginecológica con toma de muestras para citología cervicovaginal y biopsia endometrial (si se podía), ecografía transvaginal y palpación de mamas; asimismo, se solicitaba una analítica general y mamografías. En caso procedente, se solicitaba también una densitometría ósea, que se practicaba en otro hospital.

Ninguna de las pacientes se negó a contestar a las preguntas. En el caso de que acudieran acompañadas de su pareja, las preguntas sobre el varón se hacían al interesado. A la mujer que quiso comentar algo en especial o aprovechar para consultar algún problema, se le dedicó el tiempo necesario y se trató de ayudarla en todo lo posible (el autor también es sexólogo). Se recogen también observaciones de interés efectuadas por las pacientes.

En el estudio estadístico, los datos cuantitativos se expresan como rango, media y desviación estándar. Los datos cualitativos se expresan en porcentajes. Para la correlación de caracteres cualitativos se utiliza la prueba de la χ^2 de Pearson, considerando significativo un valor de $p < 0,05$. La prueba de McNemar o prueba de la significación de los cambios en una variable, utilizada para comparar los resultados antes y después del tratamiento, se ha aplicado a cada subgrupo en las variables sexuales, también con un valor de $p < 0,05$, estadísticamente significativo.

RESULTADOS

En la tabla I se presenta la serie, con un total de 298 mujeres, de las cuales 143 (47,98%) presentaron menopausia natural (MN); 122 (40,93%), menopausia quirúrgica (MQ), y 33 (11,07%), menopausia precoz (MP) antes de los 40 años. En los casos de MQ, en 85 pacientes (69,67%) se había practicado una histerectomía total y una doble anexectomía; en 29 (23,77%), una histerectomía total simple (4 casos por vía vaginal), y en 8 pacientes (6,55%), algunas procedentes de otros hospitales, una histerectomía subtotal.

Los maridos entrevistados fueron 16 (5,36%), distribuidos en 6, 8 y 2 en cada grupo, respectivamente.

En la tabla II se presentan los datos cuantitativos globales de la serie, entre los que se incluyen la edad, la paridad, la edad de la menarquia, la edad de la menopausia, la edad de la primera relación sexual, la edad de la pareja y la media de las diferencias de edad de la pareja.

TABLA I. Serie

TIPO DE MENOPAUSIA	N	%
Natural	143	47,98
Quirúrgica	122	40,93
Precoz	33	11,07
Total	298	99,98

TABLA II. Datos cuantitativos

	INTERVALO	MEDIA	DE
Edad (años)	37-66	51,58	4,48
Paridad	0-8	2,43	1,22
Edad menarquia	9-16	12,88	1,51
Edad menopausia	24-56	45,42	4,35
Edad primera relación sexual	15-36	23,21	3,06
Edad pareja	31-71	54,39	5,24
Diferencia edades pareja		2,8	

DE: desviación estándar.

La edad media de las mujeres fue 51,58 años y la de los varones, 54,39 años, con una media de 2,80 años a favor del varón. La edad media en la menopausia fue 45,42 años. La edad media en la primera relación sexual en la mujer fue a los 23,21 años. Únicamente tres pacientes comenzaron las relaciones sexuales prematrimoniales (< 1%) antes de los 20 años: la más precoz a los 15 años y las otras dos a los 18 y 19 años.

En la tabla III se presentan los datos clínicos, entre los que se incluyen el estado civil (el 89,83% estaban casadas), los antecedentes menstruales (el 93,62% presentaba una fórmula menstrual normal), los antecedentes ginecológicos, incluidos los casos de MQ (60,40%), los antecedentes quirúrgicos generales (76,84%) y los antecedentes médicos (64,09%). Por separado, destacamos depresión en el 9,06%, diabetes en el 4,02% e hipertensión arterial en el 13,42%. Únicamente se masturbaba el 5,70% de los casos y el 56,37% practicaba el sexo oral.

En la tabla IV referimos el tiempo de tratamiento con THS que, en los casos de MQ, es únicamente estrógeno, con parches o gel de estradiol. En los otros grupos se entiende que el tratamiento es combinado, con un estrógeno y un progestágeno (E + P). La duración del tratamiento se situó entre 6 meses y 6 años; la franja más frecuente fue de 2 años en el 36,91% y de 3 años en el 29,86% (la Unidad comenzó su labor en 1992).

En la tabla V se presentan las disfunciones sexuales y su comparación antes y después del THS. La ausencia de deseo sexual obtiene un valor de $p = 0,10$ y se

TABLA III. Datos clínicos

	MN (n = 143)	MQ (n = 122)	MP (n = 33)	TOTAL (n = 298)	%
Estado civil					
Casada	134	104	30	268	89,83
Soltera	2	5	0	7	2,34
Separada/divorciada	3	4	2	9	3,02
Viuda	4	9	1	14	4,69
Antecedentes menstruales					
Frecuencia menstrual normal	135	114	30	279	93,62
Polimenorreas	0	0	1	1	0,33
Oligomenorreas	8	8	2	18	6,04
Antecedentes ginecológicos	50	122	8	180	60,40
Antecedentes quirúrgicos	112	93	24	229	76,84
Antecedentes médicos	88	81	22	191	64,09
Depresión	10	11	6	27	9,06
Diabetes	3	7	2	12	4,02
HTA	21	18	1	40	13,42
Masturbación	7	8	2	17	5,70
Sexo oral	90	59	19	168	56,37

HTA: hipertensión arterial; MN: menopausia natural; MP: menopausia precoz; MQ: menopausia quirúrgica.

TABLA IV. Tiempo de THS

TIEMPO	MN (n = 143)	MQ (n = 122)	MP (n = 33)	TOTAL (n = 298)	%
6 meses	12	10	6	28	9,39
1 año	24	12	10	46	15,43
2 años	54	50	6	110	36,91
3 años	44	38	7	89	29,86
4 años	5	10	2	17	5,70
5 años	3	2	1	6	2,01
6 años	1	—	1	2	0,67

THS: tratamiento hormonal sustitutivo; MN: menopausia natural; MQ: menopausia quirúrgica; MP: menopausia precoz.

observa una discreta disminución, del 59,39 al 52,68%. En cuanto a la satisfacción sexual, no se observan diferencias significativas, con valores negativos cercanos al 40%. Respecto a la dispareunia, se observaron diferencias significativas ($p < 0,01$), así como en la sequedad vaginal ($p < 0,02$). En resumen, en cuanto al deseo sexual se observa una mejoría leve con el THS; la satisfacción sexual, no cambia, ya que influyen otros muchos factores; la dispareunia mejora

significativamente, lo que puede deberse a una mejoría en la sequedad vaginal, como observamos clínicamente; sin embargo, paradójicamente, en nuestra serie la sequedad vaginal empeora. Más adelante veremos la explicación a este hecho.

En la tabla VI se presenta la frecuencia coital y la comparación antes y después del THS. No hay actividad coital en 7,38% antes del THS y en el 9,06% después del THS. Los casos con actividad coital de frecuencia diaria son contados. El porcentaje más frecuente es una vez a la semana en el 37 y 45%. En general, no hay diferencias significativas y se observa una tendencia a la baja.

En las tablas VII, VIII y IX, respectivamente, de MN, MQ y MP por separado se indican los datos cuantitativos de cada grupo: edad, gestaciones, partos y abortos, edad de menarquia, de menopausia, de la primera relación sexual y de la pareja. Al comparar las disfunciones sexuales antes y después del THS, en la tabla VII de MN se observan diferencias significativas en la dispareunia ($p < 0,02$) que indican una mejoría. En la tabla VIII de MQ también hay diferencias signifi-

TABLA V. Disfunciones sexuales antes y después del THS

DISFUCIÓN SEXUAL	ANTES DEL THS					DESPUÉS DEL THS					P
	MN (n = 143)	MQ (n = 122)	MP (n = 33)	TOTAL (n = 298)	%	MN (n = 143)	MQ (n = 122)	MP (n = 33)	TOTAL (n = 298)	%	
Sin deseo sexual	80	76	21	177	59,39	68	76	13	157	52,68	0,1
Sin satisfacción sexual	46	59	14	119	39,93	45	57	10	112	37,58	NS
Dispareunia	37	38	4	79	26,51	21	24	5	50	16,77	0,01
Sequedad vaginal	44	40	9	93	31,20	59	54	10	123	41,27	0,02

THS: tratamiento hormonal sustitutivo; MN: menopausia natural; MQ: menopausia quirúrgica; MP: menopausia precoz.

TABLA VI. Frecuencia coital antes y después del THS

	ANTES DEL THS					DESPUÉS DEL THS				
	MN (n = 143)	MQ (n = 122)	MP (n = 33)	TOTAL (n = 298)	%	MN (n = 143)	MQ (n = 122)	MP (n = 33)	TOTAL (n = 298)	%
Ninguna	7	14	1	22	7,38	8	17	2	27	9,06
Diaria	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0,33
Por semana										
1	68	50	15	133	44,63	62	38	10	110	36,9
2	28	16	10	54	18,12	20	18	9	47	15,8
3	6	10	0	16	5,36	5	4	0	9	3,02
> 3	1	0	0	1	0,33	0	0	0	0	0
Cada 15 días	24	16	5	45	15,10	26	22	11	59	19,8
Una vez al mes	8	12	2	22	7,38	17	14	0	31	10,40
Menos de una vez a mes	1	4	0	5	1,67	4	9	1	14	4,69

THS: tratamiento hormonal sustitutivo; MN: menopausia natural; MQ: menopausia quirúrgica; MP: menopausia precoz.

TABLA VII. Menopausia natural (n = 143)

	DATOS CUANTITATIVOS				SE
	INTERVALO		MEDIA	DE	
Edad	45-66		52,92	4,27	
Gestaciones	0-7		2,81	1,43	
Partos	0-7		2,54	1,26	
Abortos	0-6		0,30	0,74	
Edad (años) menarquia	9-18		13,14	1,53	
Edad (años) menopausia	41-56		48,24	3,39	
Edad (años) primera relación sexual	16-32		23,61	2,90	
Edad (años) pareja	39-71		55,67	5,35	
	ANTES DEL THS		DESPUÉS DEL THS		SE
	N	%	N	%	
Sin deseo sexual	80	55,94	68	47,55	NS
Sin satisfacción sexual	46	32,16	45	31,46	NS
Dispareunia	37	25,87	21	14,68	$\chi^2 = 5,52$; p < 0,02
Sequedad vaginal	44	30,76	59	41,25	NS

DE: desviación estándar; THS: tratamiento hormonal sustitutivo; SE: significación estadística.

cativas en la dispareunia ($p < 0,05$) que, asimismo, indican mejoría. En cambio, en la tabla IX de MP la dispareunia no es significativa, pero sí lo es la ausencia de deseo sexual, que mejora del 63 al 39% ($p < 0,05$).

En la tabla X se analizan, mediante el test de McNemar, las diferencias antes y después del tratamiento en cuanto a las disfunciones sexuales. Encontramos diferencias significativas en el deseo sexual en la MP ($p = 0,02$; en la MN, $p = 0,05$) y en la dispareunia en la MN ($p = 0,017$) y en la MQ ($p = 0,007$); en cuanto a la sequedad vaginal, los valores son $p = 0,087$ en la MN y $p = 0,068$ en la MQ. Esto explica que la sequedad vaginal globalmente no mejore (aunque clínicamente sí lo haga), ya que no cambia nada en la MP, justamente en las mujeres más jóvenes que aún pueden mantener su lubricación vaginal no afectada por una menopausia ya instaurada durante años.

Como conclusiones de nuestro estudio, la influencia del THS en la calidad de vida sexual de la mujer posmenopáusica es escasa. Mejora levemente el deseo sexual, no modifica la satisfacción sexual, mejora significativamente la dispareunia y, paradójicamente, encontramos que empeora la sequedad vaginal.

En la tabla XI se presentan las causas de la ausencia de relaciones sexuales en la pareja en 29 casos (9,73%). Distinguimos dos grupos: *a*) el de mujeres sin pareja, con 24 casos (82,75%), por estar viudas (12 casos), separadas o divorciadas y solteras sin pareja, en el que sólo en un caso era debida a la ausencia de deseo sexual, y *b*) el de mujeres con pareja, con 5 casos (17,24%) que, aun deseando las relaciones sexuales, no las tenían por causa del marido: en un caso debido a su ausencia por causas laborales; en 2 casos porque tenían una disfunción eréctil y en otros 2 ca-

TABLA VIII. Menopausia quirúrgica (n = 122)

	DATOS CUANTITATIVOS			
	INTERVALO	MEDIA		DE
Edad	38-66	51,76		4,72
Gestaciones	0-6	2,66		1,28
Partos	0-5	2,36		1,15
Abortos	0-3	0,31		0,64
Edad (años) menarquia	9-16	12,72		1,50
Edad (años) menopausia	24-56	44,28		5,90
Edad (años) primera relación sexual	15-35	22,85		3,13
Edad (años) pareja	40-68	54,59		5,33
	ANTES DE THS		DESPUÉS DE THS	
	N	%	N	%
Sin deseo sexual	76	62,29	76	62,29
Sin satisfacción sexual	59	48,36	57	46,72
Dispareunia	38	31,14	24	19,67
Sequedad vaginal	40	32,78	54	44,26

DE: desviación estándar; THS: tratamiento hormonal sustitutivo; SE: significación estadística.

TABLA IX. Menopausia precoz (n = 33)

	DATOS CUANTITATIVOS			
	INTERVALO	MEDIA		DE
Edad	37-55	15,15		5,54
Gestaciones	0-8	2,42		1,45
Partos	0-8	2,24		1,37
Abortos	0-1	0,24		0,42
Edad (años) menarquia	9-16	12,42		1,53
Edad (años) menopausia	31-40	37,42		2,83
Edad (años) primera relación sexual	17-36	22,81		3,57
Edad (años) pareja	31-58	48,12		6,26
	ANTES DE THS		DESPUÉS DE THS	
	N	%	N	%
Sin deseo sexual	21	63,63	13	39,39
Sin satisfacción sexual	14	42,42	10	30,30
Dispareunia	4	12,12	5	15,15
Sequedad vaginal	9	27,27	10	30,30

DE: desviación estándar; THS: tratamiento hormonal sustitutivo; SE: significación estadística.

sos porque él no quería. Curiosamente, en uno de estos 2 últimos el marido dejó de tener relaciones sexuales con la mujer desde el momento en que supo que ella estaba menopáusica, por un motivo fundamentalista religioso: para él, su mujer como tal ya no era deseable al perder su capacidad reproductiva.

En el apartado de observaciones espontáneas, las mujeres se han referido a su vida sexual de la siguiente forma:

1. En el grupo de mujeres con MN:

- Me casé para tener familia, no por el sexo.
- Soy muy fría.

- Estoy retrasada.
- Fría.
- No me interesa el sexo.
- Disfruto mucho, soy muy «calentorra».
- Nunca tendría relaciones sexuales.
- Ahora estoy mejor que nunca.
- Soy una mujer seca.
- Yo rechazo; sólo me he quedado satisfecha 2-3 veces.
- Me gusta poco hacerlo.
- He sido poco activa.
- Fría.
- No soy muy apasionada.
- Soy muy fría.

TABLA X. Test de McNemar

	MENOPAUSIA NATURAL (n = 138)			MENOPAUSIA QUIRÚRGICA (N = 108)			MENOPAUSIA PRECOZ (n = 33)		
1. Deseo sexual									
	A ↓ D →	Sí	NO	A ↓ D →	Sí	NO	A ↓ D →	Sí	NO
	Sí	46	15	Sí	28	16	Sí	28	16
	No	29	48	No	20	44	No	20	44
	$\chi^2 = 3,84$	$p = 0,05$		$\chi^2 = 0,25$	$p = 0,6$		$\chi^2 = 4,9$	$p = 0,02$	
	OR = 0,517			OR = 0,8			OR = 0,11		
	IC del 95%, 0,24-1,04			IC del 95%, 0,37-1,7			IC del 95%, 0-1,04		
2. Satisfacción sexual									
	A ↓ D →	Sí	NO	A ↓ D →	Sí	NO	A ↓ D →	Sí	NO
	Sí	85	12	Sí	46	10	Sí	14	3
	No	14	27	No	14	28	No	9	7
	$\chi^2 = 0,038$	$p = 0,84$		$\chi^2 = 0,375$	$p = 0,54$		$\chi^2 = 2,08$	$p = 0,14$	
	OR = 0,85			OR = 0,71			OR = 0,33		
	IC del 95%, 0,34-2,11			IC del 95%, 0,26-1,85			IC del 95%, 0,04-1,56		
3. Dispareunia									
	A ↓ D →	Sí	NO	A ↓ D →	Sí	NO	A ↓ D →	Sí	NO
	Sí	11	25	Sí	15	21	Sí	1	4
	No	10	92	No	6	66	No	4	24
	$\chi^2 = 5,6$	$p = 0,017$		$\chi^2 = 7,25$	$p = 0,007$		$\chi^2 = 0,125$	$p = 0,72$	
	OR = 2,5			OR = 3,5			OR = 1		
	IC del 95%, 1,08-6,06			IC del 95%, 1,23-11,22			IC del 95%, 0,15-6,3		
4. Sequedad vaginal									
	A ↓ D →	Sí	NO	A ↓ D →	Sí	NO	A ↓ D →	Sí	NO
	Sí	18	26	Sí	18	22	Sí	4	5
	No	41	58	No	37	45	No	6	19
	$\chi^2 = 2,92$	$p = 0,087$		$\chi^2 = 3,32$	$p = 0,068$		$\chi^2 = 0$	$p = 1$	
	OR = 0,63			OR = 0,068			OR = 0,83		
	IC del 95%, 0,364-1,09			IC del 95%, 0,32-1,07			IC del 95%, 0,17-3,7		

- Obligada; tengo que cumplir.
- Mi relación no es muy estable.
- No he sido muy fuerte en eso.
- Me quedo igual.

2. En el grupo de mujeres con MQ:

- Fría.
- He sufrido vejaciones por mi primer marido, se iba con otras mujeres.
- Soy muy fría.
- Soy muy antigua.
- Ahora siento más.
- Nunca me ha dicho nada.
- Soy poco valiente.
- Yo sigo sin enterarme.
- Soy muy vaga para eso.
- Soy muy seca.
- Somos como amigos.

3. Entre las mujeres con MP fueron:

- Soy un poquito fría.
- Viuda desde hace 12 años, sin relaciones.

TABLA XI. Causas de ausencia de relaciones sexuales

	n = 29 (9,73%)	%
Sin pareja	24	82,75
Viuda	12	41,37
Separada	5	17,24
Divorciada	2	6,89
Soltera	5	17,24
Con pareja	5	17,24
Marido ausente	1	3,44
Marido impotente	2	6,89
Marido no quiere	2	6,89

DISCUSIÓN

El médico queda perplejo e «impotente» muchas veces cuando la mujer menopáusica se queja en la consulta de pérdida de deseo sexual o de aversión sexual. La disminución de estrógenos causa trastornos somáticos y psicológicos. El tratamiento debe ser so-

mático y psicológico¹². La menopausia es una pérdida simbólica de la función menstrual y de la feminidad y la reproducción. Hay una renuncia a la maternidad definitiva y al deseo, a dar y recibir placer. Es un clima que anuncia la vejez, es tiempo de balance de la vida a los 50 años: la estructura familiar o conyugal, el medio profesional y las modificaciones corporales, aunque cada mujer tiene una reacción particular.

En la menopausia se produce una interrelación entre los trastornos psicológicos, las relaciones conyugales, los problemas de la vida y la actividad sexual¹³, junto con aspectos sociológicos y culturales. La mujer menopáusica es más vulnerable y la morbilidad psiquiátrica aumenta. Los síntomas psicológicos mejoran con el THS.

Un estudio piloto realizado en 20 mujeres posmenopáusicas¹⁴ demuestra que la sexualidad es una amalgama de amor, erotismo y lujuria. Las imágenes eróticosexuales no cambian con la menopausia. La función sexual es la suma de imágenes eróticas, sensaciones y acciones. Y todo ello está causado por los andrógenos, tanto en el varón como en la mujer.

La menopausia es más una enfermedad multisistémica que un proceso fisiológico¹⁵. El hipoestrogenismo altera la función sexual: el epitelio vaginal es más delgado y el trasudado vaginal disminuye (lo que produce dispareunia), el clítoris aumenta menos y el orgasmo es menos intenso. El deseo sexual disminuye. Por ello, con intercurso mantenido hay menos efectos del hipoestrogenismo en el tracto genital. Se recomienda el THS, la estrogenoterapia local y los lubricantes, así como métodos alternativos de actividad sexual.

El profesional médico tiene un papel de evaluación del problema, de educación sanitaria, de consejo y de tratamiento¹⁶.

Conocemos los cambios de la función sexual que ocurren tras la menopausia y que han sido descritos por Masters y Johnson^{17,18}:

- Disminución de la circulación de la sangre en la piel.
- Disminución de la tensión muscular.
- Distensión del meato urinario.
- No aumenta el tamaño de la mama con la estimulación.
- Retraso en la reacción del clítoris.
- Ausencia de secreción en la glándula de Bartholino.
- Retraso en la lubricación vaginal.
- Disminución de la expansión vaginal en longitud y anchura transcervical
- Disminución de la congestión del tercio externo vaginal (disminución de la plataforma orgásmica).
- Contracciones uterinas dolorosas en el orgasmo, etc.

El estradiol influye la transmisión nerviosa, en la respuesta circulatoria periférica a la estimulación sensorial y en la vasocongestión. Influye en el crecimiento y la multiplicación celular. Su disminución produce atrofia¹⁶.

La sexualidad va más allá de la biología de los genitales (hormonas, coito, orgasmo, procreación): es una función de toda la persona¹⁹. Es lógico que el apetito sexual cambie con la edad. En la mujer, disminuye con la edad en relación con tener marido-pareja, el estado de salud, el estado emocional y las relaciones de pareja. Hay muchas influencias en la conducta sexual: el estado fisiológico, el ambiente físico y social, la historia individual y de aprendizaje, el sentido psicosocial y la situación inmediata. Pero el sexo dura toda la vida y el interés, la frecuencia y el disfrute de joven son buenos predictores de lo mismo en la edad avanzada.

Masters et al²⁰ señalan, respecto al sexo y al envejecimiento, que en la tercera edad el sexo es un tabú; la sociedad cree en personas asexuadas. El varón pierde la erección y disminuye la eyaculación (por la disminución de testosterona y andrógenos), el período refractario se hace más largo y disminuye la producción de esperma. En la mujer, por la reducción de estrógenos, disminuye la lubricación vaginal, la vagina está fina, pálida y atrófica, y el orgasmo es menos intenso. Si el sexo no es agradable, de viejo la vida se hace asexuada o se tolera por la responsabilidad matrimonial, pero luego se da la bienvenida a la abstinencia o la excusa para ello es disfrazarse de enfermo/a crónico/a. La satisfacción sexual es un componente muy importante de la calidad de vida (placer físico, acercamiento íntimo). Importa más la calidad que la cantidad, el placer más que la frecuencia de la actividad sexual.

En adultos que consienten, cualquier conducta sexual es normal, a menos que cause dolor o daño físico o psicológico²¹. Según la OMS, hay una relación entre la ignorancia sexual y los errores de concepto con los problemas de salud y la calidad de vida.

Cuando el sexo no es importante en la vida, se abandona porque no se disfruta y aparecen los problemas de comunicación sexual²². En un estudio de Bachman y Leiblum realizado en 59 mujeres posmenopáusicas sin THS de 60-70 años, el 66% eran activas sexualmente (34%, abstinentes) y tenían deseo y satisfacción sexual elevados, podían expresar sus preferencias sexuales y tenían menos atrofia genital.

El THS con estrógenos aumentaría el deseo, la satisfacción sexual, el orgasmo y la lubricación vaginal²³, pero al añadir progesterona los efectos se antagonizan.

Para la pareja es más importante la estabilidad que el deseo y la actividad sexual. El interés presente está relacionado con el interés, el placer y el disfrute de joven. El varón pone el límite superior de coitos y la mujer el límite inferior. El cese del sexo está más en relación con el deseo y la capacidad masculina que con la femenina²⁴. Las disfunciones sexuales requieren tratamiento médico, consejo sexual o ambos.

La sexualidad puede ser activa a pesar de tener un cáncer²⁵. La actividad sexual no tiene relación con el diagnóstico o el estadio de la enfermedad. En la mujer, la dispareunia es menor con cáncer de ovario que con cáncer de cérvix o de endometrio. Estas pacientes tienen necesidad de que se les hable sobre su vida sexual, ya que requieren información y seguridad.

En el estudio de Hagstad²⁶ realizado en mujeres de 37-66 años en Göteborg, la edad media de la menopausia fue 50,9 años, el 40% tenían sofocos y los síntomas climatéricos tenían una fuerte relación con síntomas psicológicos: mujeres vendedoras, nerviosas tras el trabajo, con estrés mental o trastornos mentales y fumadoras. Para el 98% de ellas, el sexo es importante, para el 79%, hay una relación estrecha entre sexo y amor, y el deseo sexual es igual al deseo de cierta persona. El 74% practicaba el coito una vez por semana. El 91% tenía una relación estable y el 4% no tenía pareja sexual. La masturbación es escasa (8%), la homosexualidad femenina muy escasa (1/444) y el sexo extramatrimonial poco frecuente (1/4). La abstinencia sexual se relacionó en el 41% con el embarazo y el puerperio; también con no tener pareja, con la falta de deseo, la enfermedad, la falta de tiempo, las molestias por los niños, la ansiedad después de un aborto legal o las desavenencias con la pareja.

Respecto a la influencia del THS en la sexualidad de la mujer posmenopáusica, Giannone et al²⁷ comparan 25 casos con MQ y 25 casos con MN en mujeres de 40-55 años, casadas y con menopausia < 5 años. En las mujeres con MQ los resultados fueron peores, con un menor deseo, una menor frecuencia de coito y una menor satisfacción sexual. Sin embargo, la relación marital no cambia.

Lindgren et al²⁸ señalan en su estudio que el 62% tiene actividad sexual (el 23%, una vez por semana). Las causas de no tener una relación sexual regular son no tener pareja o no tener deseo, tanto en las mujeres con MN como MQ. Con THS son activas el 68% y sin THS, el 61% de las mujeres posmenopáusicas. Y son más activas las MN que las MQ, con diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$). Las mujeres con pareja sexual usan más el THS (10%) que aquellas sin pareja sexual (7%).

Nathorst-Böös et al²⁹ comparan a 112 mujeres posmenopáusicas con THS (50 µg/24 h de estradiol, 2 veces por semana durante 12 semanas) con 111 casos con placebo, a las que realizó cuestionarios sexuales y otros cuestionarios de calidad de vida. Sus resultados son: a) con el THS se observa una mejoría general y de la calidad de vida; b) el estradiol afecta a la satisfacción, la frecuencia de actividad sexual, al aumento de las fantasías sexuales, el incremento del grado de placer, la lubricación vaginal y la disminución de la dispareunia. El THS con estradiol mejora la sequedad vaginal y la dispareunia. Los estrógenos tienen poco valor en el deseo sexual. Y el orgasmo es conducta aprendida, no influenciable por las hormonas.

En nuestro trabajo realizado en 298 mujeres posmenopáusicas con THS, obtenemos unos resultados semejantes, con diferencias significativas después del THS en la dispareunia ($p < 0,01$) y un empeoramiento paradójico ($p < 0,02$) en la sequedad vaginal a partir de la MP, en la que no mejora. El deseo sexual mejora levemente ($p = 0,10$) debido a la mejoría del estado general, al cesar los sofocos. La frecuencia coital no cambia, y la satisfacción sexual, tampoco.

Por grupos, la dispareunia mejora en la MN ($p < 0,02$) y la MQ ($p < 0,05$), y el deseo sexual en la MP ($p < 0,05$). Las causas de abstinencia sexual son: la falta de pareja en la mujer (82,75%) por viudedad, divorcio o soltería, más que la falta de deseo. En las mujeres con pareja, las causas de la abstinencia (17,24%) son más por problemas del varón: ausencia, disfunción eréctil o ausencia de deseo sexual.

Todo esto confirma lo que ya se sabía, pero de nuestro trabajo aún pueden extraerse importantes resultados sociológicos. No olvidemos que estas mujeres, con una edad media de 51 años en 1995, son las que nacieron en la España de 1940, después de finalizada la guerra civil, las que han vivido la época de la dictadura y de la educación nacional católica. Esto explica el 1% de relaciones prematrimoniales, el 5,70% de práctica de la masturbación y el 56,37% del sexo oral, y que su frecuencia coital fuera de una vez por semana en el 44,63% antes del THS. En general, la serie responde a su época. Sería interesante poder realizar una comparación con las mujeres de la generación de 1990 cuando tengan su menopausia. Ya lo veremos.

RESUMEN

Presentamos un estudio prospectivo durante un año (1995) sobre la sexualidad en la posmenopausia de 298 mujeres en tratamiento hormonal sustitutivo (THS), de las que 143 tenían menopausia natural

(47,98%); 122, menopausia quirúrgica (40,93%); y 33, menopausia precoz (11,07%), para valorar la influencia del THS en las disfunciones sexuales. Se practicó una entrevista personal en la primera visita a la Unidad de Menopausia y otra en el año del estudio, para comparar los ítems sexuales antes y después del tratamiento.

La edad media de las mujeres fue 51,58 años; la edad media en la menopausia fue 45,42 años. La edad media la primera relación sexual fue 23,21 años. Sólo 3 pacientes (< 1%) tuvieron relaciones prematrimoniales. Practicaba masturbación el 5,7% de los casos y el sexo oral con su pareja, el 56,37%. La edad media de la pareja fue 54,39 años. La diferencia media de edades fue 2,80 años. La media de tratamiento fue de 2 años en el 36,91% y de 3 años en el 29,86%.

Comparando las disfunciones sexuales pre y posttratamiento, los resultados fueron: se observan diferencias significativas en la disparesia (p < 0,01), que mejora, y en la sequedad vaginal (p < 0,02), que paródicamente empeora (porque no mejora en el grupo de menopausia precoz). El deseo sexual mejora ligeramente y no hay cambios en la satisfacción sexual ni en la frecuencia coital.

Un total de 29 casos (9,73%) no tenían relaciones sexuales, bien porque no tenían pareja (viudas, divorciadas, solteras, etc.) o a causa del marido: ausente, impotente o sin deseo sexual.

Este grupo de mujeres nacidas en los años cuarenta refleja sociológicamente muy bien la época que les ha tocado vivir.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cruz Hermida J. Respuesta sexual en la menopausia. *Prog Obstet Ginecol* 1980;23:237-50.
2. Botella Llusia J. La edad crítica. Climaterio y menopausia. Barcelona: Salvat, 1990.
3. Bachmann GA. Female sexuality during the menopause. *Ob Management* 2000;(Suppl 5):1-25.
4. Baram DA. Sexualidad y función sexual. En: Berek JS, Hilliard PA, Nashi EY, editores. *Ginecología de Novak*. 12.^a ed. México: McGraw-Hill Interamericana, 1977; p. 279-98.
5. McCoy NL. Menopausia y sexualidad. En: Sitruk-Ware R, Utian WH. *Menopausia y tratamiento hormonal sustitutivo*. Barcelona: Ciba-Geigy, Ancora, 1993; p. 81-111.
6. Wren BG, Eden JA. Hormone replacement therapy: a review. Part I. *Fem Patient* 1994;4:5-16.
7. Wren BG, Eden JA. Hormone replacement therapy: a review. Part II. *Fem Patient* 1994;4:5-14.
8. Freedman MA. Sexuality and the menopausal woman. *Contemp Obstet Gynecol* 2000;(Suppl 3):4-18.
9. Salvatierra Mateu V. Sexualidad y menopausia. En: Cano Sánchez A, editor. *Fundamentos básicos y clínicos en menopausia*. Madrid: ELA, 1996; p. 63-87.
10. Sarrel PM. Sexualidad. En: Studd JWW, Whitehead MI. *Menopausia*. Barcelona: Ciba-Geigy, Ancora, 1990; p. 73-84.
11. Dennerstein L, Lehert P, Burger H, Garamszegi C, Dudley E. Menopausia y función sexual. En: Studd J, editor. *Tratamiento de la menopausia. La revisión del milenio*. New York: Parthenon, 2001; p. 157-64.
12. Mimoun S. Les femmes, leur ménopause et leur sexualité. *Soins Gyn-Obst-Puér-Pédi* 1989;97-98:23-6.
13. Montgomery JC, Studd JWW. Psychological and sexual aspects of the menopause. *Br J Hosp Med* 1991;45:300-2.
14. Frock J, Money J. Sexuality and menopause. *Psychother Psychosom* 1992;57:29-33.
15. Downes EGR. Sexuality of the menopausal woman. *Br J Hosp Med* 1992;47:409-10.
16. Sarrel PhM. Sexuality and menopause. *Obstet Gynecol* 1990;75(Suppl):S26-30.
17. Masters WH, Johnson VE. *Respuesta sexual humana*. Buenos Aires: Intermédica, 1981.
18. Masters WH, Johnson VE, Kolodny RC. *Tratado de medicina sexual*. Barcelona: Salvat, 1983.
19. Brooks THR. Sexuality in the aging woman. *Fem Patient* 1994;4:20-4.
20. Masters WH, Johnson VE, Kolodny RC. Sexo y envejecimiento. En: Eros. *Los mundos de la sexualidad*. Barcelona: Grijalbo, 1996; p. 497-517.
21. Roughan PA, Kaiser FE, Morley JE. Sexuality and the older woman. *Clin Geriatric Med* 1993;9:87-106.
22. Bachman GA, Leiblum SR. Sexuality in sexagenarian women. *Maturitas* 1991;13: 43-50.
23. Morley JE, Kaiser FE. Sexual function with advancing age. *Med Clin North Am* 1989;73:1483-95.
24. Goldstein MK, Teng NNI. Gynecologic factors in sexual dysfunction of the older woman. *Clin Geriatric Med* 1991; 7:741-61.
25. Thranov I, Klee M. Sexuality among gynecologic cancer patients. A cross-sectional study. *Gynecol Oncol* 1994;52: 14-9.
26. Hagstad A. Gynecology and sexuality in middle-aged women. *Woman Health* 1988;13:57-80.
27. Giannone R, Bernorio R, Poli M, Panizzardi G, Piacenzzi C. Studio delle modificazioni della sessualità tra donne in menopausa chirurgica sottoposte a terapia sostitutiva ed in menopausa fisiologica. *Minerva Ginecol* 1992;44:165-71.
28. Lindgren R, Berg G, Hammar M, Zuccon E. Hormonal replacement therapy and sexuality in a population of swedish postmenopausal women. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1993; 72:292-7.
29. Nathorst-Böös J, Wiklund I, Mattson L-A, Sandin K, Von Schoultz B. Is sexual life influenced by transdermal estrogen therapy? A double blind placebo controlled study in postmenopausal women. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1993; 72:656-60.