



ORIGINAL

Diferencias en disfunciones sexuales y depresión entre mujeres premenopáusicas (de 40-50 años) y mujeres posmenopáusicas (de 50-60 años). Estudio prospectivo de un año



J. Lopez-Olmos

Unidad de Ginecología, Centro de Especialidades de Monteolivete, Valencia, España

Recibido el 30 de septiembre de 2013; aceptado el 25 de febrero de 2014
Disponible en Internet el 6 de julio de 2014

PALABRAS CLAVE

Disfunciones sexuales;
Depresión;
Premenopausia;
Postmenopausia

Resumen

Objetivo: Examinar el impacto de la menopausia en las disfunciones sexuales y la depresión en las mujeres.

Diseño: Se compara a 229 mujeres premenopáusicas de 40-50 años con 224 mujeres posmenopáusicas de 50-60 años, en incidencia de disfunciones sexuales y depresión. Mediante entrevista personal se preguntan los datos. Nos dieron la valoración subjetiva sobre su satisfacción sexual, y cumplimentaron el cuestionario *Breve perfil de la función sexual femenina* (BPFSS).

Resultados: Hubo diferencias significativas $p < 0,001$ en todos los parámetros sexuales, peores en las posmenopáusicas, en no deseo sexual (19,65 versus 35,71%), en no lubricación (10,91 versus 58,03%, por mayor sequedad vaginal, en 61,16%), en no excitación (13,97 versus 33,03%), en anorgasmia (36,68 versus 54,46%) y en dispareunia (15,72 versus 33,03%). No hubo diferencias en depresión, pero son cifras altas, del 35%.

Conclusiones: 1) Las mujeres posmenopáusicas tienen mayor paridad, mayor IMC (con tendencia a la obesidad), más problemas médicos como HTA (30%), osteoporosis (10,61%) y cáncer de mama (10%). 2) Tienen más frecuente estado civil de viuda, más estudios primarios, menos secundarios y muchas no tienen ingresos personales. Las que tienen ingresos, en su mayoría se encuentran en el nivel bajo (de 500 a 1.000 euros). 3) Tienen menos satisfacción sexual subjetiva, 4,27 puntos sobre 10, y menor puntuación en el BPFSS. La puntuación < 20 puntos que indica falta de deseo sexual, se da en un 54,46%. 4) Con la menopausia, empeora la función sexual de la mujer, sumándose a ella la depresión.

© 2013 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Sexual dysfunction;
Depression;
Premenopausal
women;
Postmenopausal
women

Differences in sexual dysfunction and depression between premenopausal women aged 40-50 years old and postmenopausal women aged 50-60 years-old. A prospective 1-year study**Abstract**

Objective: To examine the impact of menopause on sexual dysfunction and depression in women.

Design: The incidence of sexual dysfunction and depression was compared between 229 premenopausal women aged 40-50 years old and 224 postmenopausal women aged 50-60 years. Data were collected through a personal interview. The patients reported their subjective evaluation of their sexual satisfaction and completed the Brief Profile of Female Sexual Function (BPFSS) questionnaire.

Results: There were significant differences ($P < .001$) in all the sexual parameters, which were worse in postmenopausal women: no sexual desire (19.65 versus 35.71%), no lubrication (10.91 versus 58.03% due to greater vaginal dryness in 61.16%), no arousal (13.97 versus 33.03%), anorgasmia (36.68 versus 54.46%) and dyspareunia (15.72 versus 33.03%). There were no significant differences in depression, although this disorder was present in more than one-third of women (35%).

Conclusions: 1. Postmenopausal women had greater parity, a higher body mass index (with a tendency to obesity), and more medical problems such as hypertension (30%), osteoporosis (10.61%) and breast cancer (10%). 2) Postmenopausal women were more often widows, more often had only primary school education and less often had secondary education, and more frequently had no personal income. In most of the women with an income, the income was low (500-1,000 euros). 3) Postmenopausal women had lower subjective sexual satisfaction, scoring 4.27 out of 10 points, and lower scores in the BPFSS. A score of less than 20 points, which signifies hypoactive sexual desire, was found in 54.46%. 4) Sexual function deteriorates after menopause and there is an increase in depression.

© 2013 Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

El deseo, la excitación, el placer y la satisfacción sexual global son un continuum de la experiencia sexual¹. La respuesta sexual en la mujer es más compleja que en el hombre; la excitación puede preceder al deseo, orgasmo y resolución². Lo normal es lo que satisface a cualquier persona individual. La disfunción sexual afecta al 50% de mujeres pos-M, estando muchas no diagnosticadas. La frustración, el estrés y la rabia en la mujer influyen en el bienestar de la pareja.

Todo lo que influye en la satisfacción sexual es: el bienestar psicológico, la relación de la pareja, la salud física, las experiencias pasadas, las influencias culturales y religiosas, las creencias y pensamientos, la experiencia sexual, la sociedad y la cultura, las creencias familiares, los estresores externos, la autoimagen sexual, las hormonas, las enfermedades y medicaciones, y la historia médica.

En la mujer, la estimulación sexual regular promueve el flujo sanguíneo y mantiene el tamaño y la profundidad vaginal. La sequedad vaginal afecta al deseo. Disminuye la frecuencia coital, y la depresión y el nerviosismo aumentan la dispareunia. La dispareunia es un problema común en la posmenopausia, cuando el deseo da más dolor que placer³.

Las disfunciones sexuales aumentan en la transición a la menopausia, en la lubricación, el orgasmo y el dolor⁴. Las mujeres pos-M tienen 2-3 veces más disfunción sexual que las mujeres premenopáusicas (pre-M) (odds ratio [OR] = 2,3). Otros factores de riesgo en las disfunciones sexuales son: la

ausencia de pareja, OR = 11,2; la ansiedad, OR = 3,8, y los hijos < 18 años viviendo en casa, OR = 1,6.

La salud sexual es esencial en el bienestar y en la salud general de la mujer⁵. La actividad sexual frecuente en la mujer no es indicador de bienestar sexual, depende también de tener o no pareja, de la salud de la pareja y de la función sexual. La mujer insatisfecha sexualmente tiene menor bienestar psicológico general.

En este trabajo, estudiamos las diferencias en disfunciones sexuales y depresión entre mujeres pre-M de 40-50 años y pos-M de 50-60 años, todas con al menos un hijo, de forma prospectiva durante un año.

Material y métodos

A lo largo de un año, desde julio de 2012 a julio de 2013, en el Centro de Especialidades de Monteolivete (Valencia), en la consulta de Ginecología del autor, hemos recogido 229 casos de mujeres pre-M de 40 a 50 años y 224 casos de mujeres pos-M de 50 a 60 años, que han consultado para revisión ginecológica. Todas eran mujeres fértiles, que han tenido por lo menos un hijo. Se excluye a las mujeres pre-M mayores de 50 años y a las mujeres pos-M menores de 50 años.

A todas las pacientes, que dieron su consentimiento informado, al finalizar la consulta, por entrevista personal, se les preguntó: su estado civil (soltera, casada, viuda, divorciada, pareja de hecho); nivel de estudios (primarios, secundarios, universitarios); si trabajaba, nivel de ingresos mensuales en

euros; medio (urbano o rural); peso y estatura, para cálculo del índice de masa corporal (IMC) según la fórmula: $IMC = P(kg)/T^2(m)$. Se preguntó por la edad de su pareja, si no la tenían, o si están juntos como pareja pero viven aparte (*living apart together* [LAT]); los años de convivencia; los antecedentes médicos y quirúrgicos; la depresión actual o pasada (con la medicación que toma, por la hoja de medicamentos crónicos).

Se les preguntó por deseo sexual, lubricación (según datos de la exploración clínica), sequedad vaginal en las pos-M; excitación, orgasmo y dispareunia. Se les preguntó por su nivel de satisfacción sexual subjetiva, en una escala de 0-10 puntos. Y se les pasó el cuestionario del *Breve perfil de la función sexual femenina* (Brief profile of female sexual function [BPFSF]).

El BPFSF es un cuestionario de 7 preguntas. Es un autocuestionario desarrollado a partir de 2 cuestionarios validados basados en pacientes: el perfil de la función sexual femenina de 37 preguntas, y la *personal distress scale* (PDS), escala personal de distress o angustia, de 7 preguntas. El BPFSF pregunta sobre los sentimientos de la mujer en torno a la sexualidad, sobre su actividad sexual y sus preocupaciones, con relación a los últimos 2-3 meses. Una puntuación total entre 0 y 20 puntos indica falta de deseo sexual, es decir un trastorno del deseo sexual hipoactivo (TDSH).

Ninguna paciente se negó a cumplimentar el cuestionario, ni a hacer la entrevista.

En el estudio estadístico, los datos cuantitativos se expresan como rango, media y desviación estándar, los datos cualitativos se expresan en porcentajes. Para la comparación de medias, se utiliza el test de la t de Student. Para la comparación de porcentajes, se utiliza el test de Pearson de la X^2 (chi cuadrado). La significación estadística se considera con una $p < 0,05$.

Resultados

En la [tabla 1](#), se presentan los datos cuantitativos de: edad, gestaciones, partos y abortos, IMC, ingresos mensuales, edad

de la pareja y años de convivencia, satisfacción sexual valorada de 0-10 puntos, y puntuación del BPFSF. También la edad a la menopausia, en el grupo de pos-M.

Hay diferencias significativas en: la edad, $p < 0,001$, 44 años en pre-M frente a 55 en pos-M. Hay diferencias en la paridad, $p < 0,001$, 1,83 en pre-M frente a 2,03 en pos-M. En el IMC, $p < 0,001$, en pre-M fue 24,11 y en pos-M fue 26,31. Hay diferencias $p < 0,001$, en la edad de la pareja y en años de convivencia, lógicamente, al ser las pos-M de otra década mayor.

Hay diferencias $p < 0,001$, en la satisfacción sexual, que es mayor en pre-M, 6,08 frente a 4,27 en pos-M, (que no llegan al aprobado). Esto también se refleja en la puntuación del BPFSF, mayor en pre-M, 23,5 frente a 19,22.

La edad media a la menopausia fue 49 años en el grupo de pos-M.

En la [tabla 2](#), se presentan los datos cualitativos de: estado civil, nivel de estudios, medio, nivel económico con los ingresos mensuales en euros, y otros aspectos: no pareja actual y pareja LAT. Satisfacción sexual mínima (0 puntos) y máxima (10 puntos), la obesidad grado III y la valoración sexual, y la correlación positiva entre el deseo sexual expresado en la entrevista y su puntuación en el BPFSF $>$ de 20 puntos.

Hay diferencias significativas ($p < 0,001$) en estado civil de viuda, mayor en pos-M; $p < 0,001$ en estudios primarios (mayor en pos-M) y en estudios secundarios (mayor en pre-M). En el nivel económico, hay diferencias $p < 0,02$ entre las que no tienen ingresos personales (mayor en pos-M). En general, el mayor nivel de ingresos, en ambos grupos, es el de 500 a 1.000 euros mensuales.

En otros aspectos, hay diferencias significativas en la satisfacción sexual mínima de 0 puntos, $p < 0,001$, que es mayor en pos-M. Y en la satisfacción sexual máxima de 10 puntos, $p < 0,05$, que es mayor en pre-M. La correlación positiva del deseo sexual y la puntuación mayor de 20 puntos en el BPFSF, tiene diferencias $p < 0,001$: en el grupo pre-M es mayor.

Antecedentes médicos tienen 84 casos (36,68%) en el grupo pre-M. Lo más frecuente fue: hipotiroidismo en 8 casos

Tabla 1 Datos cuantitativos de ambos grupos y su comparativa

	Premenopáusicas (n = 229)			Posmenopáusicas (n = 224)			SE	
	Rango	Media	Desvío	Rango	Media	Desvío	t	p
Edad	40-50	44,75	2,77	50-60	55,08	2,91	43,04	$< 0,001$
Gestaciones	1-6	2,25	1,02	1-12	2,41	1,26	1,6	NS
Partos	1-4	1,83	0,71	1-5	2,03	0,8	3,33	$< 0,001$
Abortos	0-5	0,45	0,81	0-9	0,39	0,97	0,85	NS
IMC	17,26-46,33	24,11	3,68	17,94-44,85	26,31	4,82	5,78	$< 0,001$
Ingresos mensuales (euros)	250-3.000	1.051,38	460,91	150-3.400	1.004,78	527,65	1	NS
Edad de la pareja	32-76	46,71	5,04	33-72	57,33	5,5	2,12	$< 0,001$
Años de convivencia	1-34	17,22	8,48	0,4-43	28,25	10,59	12,25	$< 0,001$
Satisfacción sexual	0-10	6,08	2,52	0-10	4,27	2,9	8,22	$< 0,001$
BPFSF	4-34	23,5	6,23	0-35	19,22	6,55	0,25	$< 0,001$
Edad a la menopausia				37-57	49,22	3,84		

BPFSF: cuestionario *Breve perfil de la función sexual femenina*; IMC: índice masa corporal; NS: no significativo; SE: significación estadística.

Tabla 2 Datos cualitativos de ambos grupos y su comparativa

	Premenopáusicas (n = 229)		Posmenopáusicas (n = 224)		SE	
	N	%	N	%	X ²	p
<i>Estado civil</i>						
Casadas	155	67,68	154	68,75	0,058	NS
Solteras	18	7,86	9	4,01	2,97	NS
Viudas	4	1,74	17	7,58	8,73	< 0,01
Divorciadas	52	22,7	43	19,19	0,81	NS
Pareja de hecho	-	-	1	0,44	1,032	NS
<i>Nivel de estudios</i>						
Primarios	74	32,31	130	58,03	30,25	< 0,001
Secundarios	116	50,65	67	29,91	20,23	< 0,001
Universitarios	39	17,03	27	12,05	2,24	NS
<i>Medio</i>						
Urbano	127	55,45	117	52,23	0,45	NS
Rural	102	44,54	107	47,76	0,45	NS
<i>Nivel económico (ingresos mensuales en euros)</i>						
No	85	37,11	108	48,21	5,68	< 0,02
< 500	11	7,63	13	11,2	0,96	NS
500-1.000	72	50	65	56,03	0,92	NS
1.001-1.500	44	30,55	22	18,96	4,54	< 0,05
1.501-2.000	15	10,41	12	10,34	0,00023	NS
2.001-2.500	0	0	3	2,58	3,78	NS
> 2.501	2	1,38	1	0,86	0,1417	NS
<i>Otros datos</i>						
No pareja actual	32	13,97	43	19,19	2,22	NS
Pareja LAT	1	0,43	3	1,33	1,048	NS
Satisfacción sexual mínima (0)	13	5,67	48	21,42	24,1	< 0,001
Satisfacción sexual máxima (10)	12	5,24	4	1,78	3,96	< 0,05
Obesidad III y valoración sexual	1	0,43	2	0,89	0,352	NS
Correlación positiva deseo sexual y BPFSS > 20	157	68,55	95	42,41	31,35	< 0,001

NS: no significativo; Pareja LAT: *living apart together* (son pareja pero no viven juntos); SE: significación estadística.

(9,52%) e HTA en 7 casos (8,33%). Y antecedentes quirúrgicos en 155 casos (67,68%). Las intervenciones más frecuentes referidas fueron: amigdalectomía en 35 casos (22,58%) y apendicectomía en 31 casos (20%). Entre las ginecológicas, la esterilización tubárica (ET) en 24 casos (15,48%), y los quistes de ovario en 7 casos (4,51%). Solo hubo un caso de cáncer de mama (0,64%), pero 6 casos de prótesis mamarias (3,87%).

En el grupo de pos-M, tienen antecedentes médicos 113 casos (50,44%). Lo más frecuente fue: HTA en 34 casos (30,08%), hipotiroidismo en 21 casos (18,58%), osteoporosis en 12 casos (10,61%). Y hay antecedentes quirúrgicos en 170 casos (75,89%). Las intervenciones quirúrgicas más frecuentes referidas fueron: amigdalectomía y apendicectomía, ambas con 37 casos (21,76%). Entre las ginecológicas más frecuentes: la ET en 13 casos (7,64%), los quistes de ovario en 10 casos (5,88%). Hubo 17 casos de cáncer de mama (10%) y prótesis mamarias en 4 casos (2,35%).

Hay diferencias significativas, $p < 0,001$ en HTA ($X^2 = 13,83$), que es mayor en pos-M. Hay diferencias significativas $p < 0,05$ en ET ($X^2 = 4,92$), mayor en pre-M. Y en cáncer de mama, $p < 0,001$ ($X^2 = 13,55$), mayor en pos-M.

En la [tabla 3](#), se presentan las diferencias en las disfunciones sexuales y la depresión entre ambos grupos. La depresión fue 34,93% en pre-M y 35,26% en pos-M, sin diferencias significativas, aunque son valores altos. Hay diferencias significativas en todos los parámetros sexuales, $p < 0,001$, siendo peores los resultados en pos-M en no deseo sexual, no lubricación (la sequedad vaginal se dio en 137 casos del grupo pos-M, 61,16%), no excitación, anorgasmia y dispareunia.

En la [tabla 4](#), se presentan los casos de cáncer de mama y los casos sin relaciones sexuales (RS) ([tabla 5](#)). En el grupo pre-M, hay 7 casos sin RS (3,05%), y en el grupo pos-M 16 casos (7,14%), hay diferencias significativas $p < 0,05$. Las causas descritas se resumen en falta de deseo, por enfermedad propia o sobre todo de su pareja, en casos de cáncer. Su valoración de la satisfacción sexual es muy baja, media 1,625. En pos-M, tienen 0 puntos en 11 casos (78,75%).

El cáncer de mama: un solo caso en pre-M (0,43%), frente a 17 casos en pos-M (7,58%), con diferencias significativas, $p < 0,001$. Su valoración de satisfacción sexual es muy baja, media 3,82, y dan 0 puntos en 5 casos (29,41%).

Tabla 3 Disfunciones sexuales y depresión en ambos grupos y su comparativa

	Premenopáusicas (n = 229)		Posmenopáusicas (n = 224)		SE	
	N	%	N	%	X ²	p
No deseo sexual	45	19,65	80	35,71	14,6	< 0,001
No lubricación	25	10,91	130	58,03	111,72	< 0,001
No excitación	32	13,97	74	33,03	22,94	< 0,001
Anorgasmia	84	36,68	122	54,46	14,42	< 0,001
Dispareunia	36	15,72	74	33,03	18,44	< 0,001
Depresión	80	34,93	79	35,26	0,0038	NS

NS: no significativo; SE: significación estadística.

Tabla 4 Cáncer de mama

	Premenopáusicas (n = 229)		Posmenopáusicas (n = 224)		SE	
	N	%	N	%	X ²	p
No relaciones sexuales	7	3,05	16	7,14	3,9	< 0,05
Cáncer de mama	1	0,43	17	7,58	15,16	< 0,001

Como resumen de estos resultados, señalamos que la mujer pos-M tiene más paridad, mayor IMC, la edad de su pareja y los años de convivencia son mayores. Tienen menor satisfacción sexual subjetiva, 4,27 puntos, no llegan al aprobado, y menor puntuación en el BPFSE. La edad media a la menopausia es de 49 años. Tienen más frecuencia de estado civil viuda, más estudios primarios y menos secundarios. Más mujeres pos-M no tienen ingresos personales. La satisfacción sexual mínima (0 puntos) es mayor en pos-M. Tienen antecedentes médicos en 50,44%, con mayor frecuencia de HTA. Hay mayor frecuencia de cáncer de mama, y comienza a ser frecuente la osteoporosis.

No hay diferencias en depresión, pero la tasa es alta, 35%. Las disfunciones sexuales: falta de deseo, de lubricación (por la sequedad vaginal mayor), de excitación, de anorgasmia y dispareunia son mayores en las pos-M. Hay más mujeres pos-M que no tienen RS, por falta de deseo, enfermedad propia o de su pareja (sobre todo con las oncológicas).

Discusión

Según nuestros datos, el retrato de la mujer pos-M sería el siguiente: tiene más paridad (2,03 frente a 1,83), $p < 0,001$, más IMC (26,32 frente a 24,11), $p < 0,001$. La edad de su pareja y los años de convivencia son mayores, $p < 0,001$. Hay más viudas, $p < 0,001$, más estudios primarios, $p < 0,001$. Más mujeres sin ingresos personales (48,21 frente a 37,11%), $p < 0,02$. Tienen antecedentes médicos en 50,44%, con mayor frecuencia de HTA, cáncer de mama y osteoporosis.

No hay diferencias significativas en depresión, pero la tasa es alta, 35%. Las disfunciones sexuales son mayores en las pos-M (todas $p < 0,001$): en no deseo sexual, 35,71 frente a 19,65%; en no lubricación, 58,03 frente a 10,91%; en no excitación, 33,03 frente a 13,97%; en anorgasmia, 54,46 frente a 36,68%; y en dispareunia, 33,03 frente a 15,72%. La sequedad vaginal se da en 61,16%.

En la pre-M ya comienza el desinterés sexual⁶, siendo lo más frecuente, seguido de la anorgasmia. Las hormonas sexuales modifican la función sexual junto a las influencias sociales. En la menopausia, la mujer tiene que ajustar su vida y relaciones a los cambios hormonales, y aparecen las disfunciones sexuales⁷. El distrés es mayor en pre-M (64,5%) que en pos-M (36,2%). En las pos-M, hay disminución de deseo y de excitación.

Las influencias en la posmenopausia son⁸: los síntomas vasomotores, la depresión-ansiedad (con relación a los síntomas vasomotores, el estrés familiar, las condiciones de comorbilidad y los estresores psicosociales); el insomnio, la atrofia genital, el aumento de peso, el aumento de colesterol, la autopercepción de la imagen corporal, el estrés personal y la psicopatología.

En mujeres lituanas, los factores de riesgo para disfunción sexual en la posmenopausia fueron: la depresión-ansiedad, los síntomas de menopausia y la edad⁹. Con el tratamiento hormonal sustitutivo (THS), hubo mayor deseo, lubricación, satisfacción y menor dispareunia. El THS no mejora ni la ansiedad, ni la excitación, ni el orgasmo. Estos resultados se superponen a los propios de nuestro estudio¹⁰, en los que mejoró la dispareunia ($p < 0,001$), pero no hubo cambios ni en la frecuencia coital ni en la satisfacción sexual.

En cambio, en mujeres chinas, lo más frecuente fue la no lubricación en 49,2%, seguido de la anorgasmia, tanto en la menopausia natural como en la quirúrgica, $p < 0,001$ ¹¹. Las disfunciones sexuales contribuyen más a la insatisfacción sexual, luego las dificultades interpersonales. Las chinas tienen poco contacto íntimo y menos coitos en la menopausia. La insatisfacción se da en 30,7%. En nuestro grupo de pos-M la insatisfacción se dio en 42,41%.

Estudiando la calidad de vida en la transición a la menopausia¹², los factores que disminuyen la calidad de vida son: la edad de la mujer, la menopausia y la eyaculación precoz del hombre. En otro estudio¹³, sobre calidad de vida en la menopausia, influía el IMC > 30 , que

Tabla 5 Sin relaciones sexuales

Posmenopáusicas no relaciones sexuales		
Caso	Causa	Satisfac. sexual
2	No deseo	0
19	No RS con su marido, sí con otro	10
35	3 años, marido tampoco deseo sexual	0
36	2 años, cáncer de mama	0
38	Marido con depresión, no deseo sexual	1
63	5 años, casada 2. ^a vez mismo marido	0
67	2 años, marido linfoma no Hodgkin	0
89	Marido con cáncer, no deseo sexual	5
93	No RS	5
117	No RS, marido con cáncer de próstata	0
124	3 años, no RS	0
126	5 años, no RS	0
173	No deseo sexual. Marido: HTA, diabetes y DE	0
180	No RS meses	0
188	6 años, no RS	0
219	No RS años, marido: Crohn y diabetes	5
Posmenopáusicas con cáncer de mama		
Caso	Satisfac. sexual	
28	7	
36	0	
72	0	
78	0	
90	8	
92	6	
124	0	
128	4	
131	5	
132	5	
140	0	
141	10	
156	7	
158	4	
165	6	
210	2	
211	1	

DE: disfunción eréctil; HTA: hipertensión arterial; RS: relaciones sexuales; SE: significación estadística.

se asocia a disfunción sexual, así como la incontinencia urinaria.

Dentro de las comorbilidades en la menopausia, podemos considerar la diabetes tipo I, donde también hay alta prevalencia de disfunción sexual, 25%¹⁴. En las diabéticas tipo I, hay afectación del deseo, de la excitación y de la satisfacción. También tienen ansiedad y depresión. En la diabetes tipo II, también se comprueba disminución de excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción, y mayor dispareunia¹⁵. Influye la irregularidad menstrual, la duración de la diabetes mayor de 10 años y el hábito de fumar. En nuestra serie hubo pocos casos de diabéticas, así que no podemos pronunciarnos.

Si se compara la disfunción sexual en diabéticas, obesas e hipotiroideas frente a mujeres saludables, se ve que en las primeras hay mayor prevalencia de disfunción sexual¹⁶, asociada a marcadores de riesgo cardiovasculares: hemoglobina glucosilada (Hb1Ac); TSH (hormona estimulante de la tiroides); colesterol de baja densidad (LDLc); PAI 1 (inhibidor del activador del plasminógeno) y TA diastólica.

Si ahora consideramos el síndrome metabólico, definido por: diabetes (glucemia basal [GC] > 100 mg/dl), obesidad (circunferencia abdominal > 88 cm), TG (triglicéridos) > 150 mg/dl, colesterol de alta densidad (HDLc) < 50 mg/dl e HTA > 130/85 mmHg; hay alta prevalencia de síndrome metabólico en la pos-M, y al comparar mujeres pos-M con y sin síndrome metabólico, las disfunciones sexuales fueron 37,9 frente a 19%, $p=0,003$. El aumento de TG se relaciona con aumento de riesgo de disfunción sexual, $OR=2,007^{17}$. Y en la pre-M, el síndrome metabólico es factor independiente de riesgo para peor deseo sexual¹⁸.

Con hiperlipidemias (LDLc > 160 mg/dl, HDLc < 50 mg/dl o TG > 150 mg/dl) en el 51% de ellas hay disfunción sexual, con disminución de excitación, orgasmo, lubricación y satisfacción¹⁹. Los predictores son: la edad, el IMC, e independientemente el HDLc y los TG.

En nuestra serie, hay 4 casos de síndrome metabólico en pre-M (1,74%) frente a 16 casos en pos-M (7,14%), con diferencia significativa: $X^2=7,82$, $p<0,001$.

En la menopausia, hay cambios biológicos, psíquicos y sociales, que impactan en la salud mental y la depresión. Las mujeres vulnerables tienen más riesgo de depresión²⁰. En la transición a la menopausia, disminuyen los estrógenos y hay cambios de humor. El estrés, los problemas físicos y de actividad física, los cambios de estilo de vida (trabajo, familia) y la edad, contribuyen a los síntomas psicológicos. En la transición a la menopausia, aumenta la depresión. Se entrecruzan los síntomas: pérdida de energía, trastornos del sueño, cambios de peso, baja concentración, disminución de libido. La depresión está en relación con disminución de estradiol, con aumento de la hormona foliculo estimulante (FSH) y hormona luteinizante (LH), pérdida de empleo o pareja, historia de síndrome premenstrual, fumar, sofocos y aumento de peso. Por otro lado, la mujer rumia sobre su estado, maximiza sus problemas, con la menopausia la depresión ocurre antes. Se amplifica el efecto negativo sobre el humor de los eventos de la vida. Con la menopausia quirúrgica hay mayor riesgo de depresión. Y con enfermedades crónicas, y sobre todo neurológicas: ictus, Parkinson. El THS no mejora la depresión porque, más que la disminución de estradiol, importan sus fluctuaciones. En todo caso, va mejor el tratamiento transdérmico que el oral.

En mujeres de mediana edad sexualmente activas en Perú²¹, hubo 35,2% de baja función sexual, y 37,6% de depresión. En nuestra serie, la depresión, sin diferencias significativas entre pre-M y pos-M, fue del 35%.

En mujeres sin depresión, hubo baja función sexual en pre-M en 47,7% y en pos-M en 85,9%, en todos los parámetros, $p<0,001$ (como en nuestra serie). Los factores independientes de riesgo fueron: la educación, los ingresos familiares y la menopausia²².

Otro aspecto importante es el cáncer de mama. En nuestra serie, en las pos-M, había cáncer de mama en 17 casos (10%) frente a un caso en la pre-M (0,67%), con diferencia muy significativa, $p<0,001$.

El cáncer de mama impacta en la imagen corporal y en la función sexual. El 70% de las mujeres con cáncer de mama tienen problema sexuales²³, y más las que toman inhibidores de la aromatasa porque aumentan los síntomas vasomotores de la menopausia. Con mastectomía, también es peor que con tumorectomía, $p < 0,001$. Tienen sequedad vaginal, disminución de libido y dispareunia.

En nuestros casos de cáncer de mama, su valoración de la satisfacción sexual fue baja, media 3,82 sobre 10, y en 5 casos (29,41%) señalaron 0 puntos.

Y si el principio es el deseo, finalizaremos hablando de deseo sexual. La mujer tiene relaciones en un contexto de sentimientos y conductas, más que el hombre. Influyen en el deseo la imagen corporal y el humor. El deseo sexual disminuye en las mujeres mayores, en las pos-M, con relaciones de mucho tiempo²⁴ y en la pareja con disfunción sexual. La disfunción sexual en uno se asocia a disfunción sexual en el otro. En la mujer hay interrelación entre deseo y excitación. Las mujeres con muchas parejas sexuales en su vida exploran más su sexualidad y tienen más fantasías y pensamientos en su autoestimulación. La obesidad es un predictor negativo de bajo deseo sexual, por su papel en la autoimagen. En la depresión, el deseo es nulo.

El deseo sexual tiene 3 dimensiones, según Levine: la conducta (determinantes biológicos), la motivación (determinantes psicológicos – conducta de aproximación) y el deseo (dimensiones culturales – expresión del deseo). Los factores predictivos del deseo sexual²⁵ son: el psicoticismo, las creencias conservadoras, las creencias según la edad, la falta de pensamientos eróticos, los pensamientos con relación a la pasividad femenina, la cohesión de la pareja y el afecto de la pareja (los mejores predictores), la pos-M y los problemas médicos, y los pensamientos de fallo o de indiferencia durante la relación sexual.

Cuando se considera la falta de deseo sexual, el TDSH, en las pos-M hay peor función sexual que en las pre-M, $p < 0,001$ ²⁶. En 56,8% había TDSH moderado o severo y en 26,5% TDSH severo o muy severo. La depresión fue del 18,8% en pre-M y del 28,2% en pos-M, $p < 0,001$.

Con TDSH y depresión, hay peores relaciones y función sexual; y al revés también, con depresión y TDSH²⁷. Son menos felices en su relación, tienen gran dificultad en formar y mantener relaciones y disminuye el sexo con su pareja. Las depresivas con tratamiento inadecuado tienen aumento de severidad del TDSH, $p = 0,02$, y disminución del deseo sexual, $p = 0,04$. En 1/3 de pre-M con TDSH, se presenta depresión.

Con TDSH, hay que ver las circunstancias particulares de cada caso. Hay muchas causas²⁸: hormonales (menopausia, contracepción), neurológicas (neuropatía diabética), vasculares (sequedad vaginal), psicológicas, enfermedades (diabetes, obesidad, HTA, cáncer) y medicaciones.

Si el TDSH es multifactorial, el tratamiento es difícil. Se siente menos femenina, con fallo sexual, baja autoestima, insegura, inadecuada, frustrada, infeliz, sin esperanza, amargada y con depresión. Influyen: la función sexual anterior, los cambios en la pareja (salud, estatus, duración de la relación) y los sentimientos por la pareja²⁹.

En un trabajo nuestro anterior³⁰ sobre el TDSH, comparando 2 cuestionarios en mujeres ovariectomizadas e hysterectomizadas (56 casos) frente a normales (42 casos), los resultados fueron demoledores: el 82,69% no estaban

satisfechas con su vida sexual; el 69,23% tenían disminución de deseo sexual; el 76,92% no sentían excitación; el 26,92% experimentaban dispareunia y el 76,92%, anorgasmia. El 67,30% podían prescindir del sexo y el 51,92% estaban deprimidas y nerviosas por sus problemas sexuales.

Hay relación entre la disminución del deseo sexual y el aumento de actitudes negativas hacia la interacción sexual³¹: caricias, besos, hablar sobre la relación sexual, etc.

Finalmente, sobre la satisfacción sexual, término global que incluye¹¹ buena comunicación, satisfacción en la relación, amor por la pareja y devoción en la relación, en nuestra serie, la media en pre-M fue 6,08 sobre 10 frente a 4,27 sobre 10 en pos-M, $p < 0,001$. Y si consideramos las que han obtenido < 5 puntos en su valoración, en las pre-M fueron 54/229 (23,58%), y en las pos-M 95/224 (42,41%), con diferencia significativa ($X^2 = 18,18$; $p < 0,001$). Las pos-M no están satisfechas sexualmente, por todos los factores que hemos visto.

La conclusión es que la menopausia supone un Rubicón para la mujer, y cuando se pasa, se inicia un deterioro de su salud global, física y mental, y sexual, que enlaza con el inicio del envejecimiento.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Davis SR, Nijland EA. Pharmacological therapy for female sexual dysfunction. Has progress been made? *Drugs*. 2008;68:259–64.
2. Chervenak JL. Reproductive aging, sexuality and symptoms. *Semin Reprod Med*. 2010;28:380–7.
3. Anónimo. When sex gives more pain than pleasure. *Harv Womens Health Watch*. 2012;19:1–3.
4. Gracia CIR, Freeman EW, Sammel MD, Lin H, Mogul M. Hormones and sexuality during transition to menopause. *Obstet Gynecol*. 2007;109:831–40.
5. Davison SL, Bell RJ, la China M, Holden SL, Davis SR. The relationship between self-reported sexual satisfaction and general well-being in women. *J Sex Med*. 2009;6:2690–7.
6. Stuckey BG. Female sexual function and dysfunction in the reproductive years: The influence of endogenous and exogenous sex hormones. *J Sex Med*. 2008;5:2282–90.
7. Berra M, de Musso F, Matteuci C, Martelli V, Perrone AM, Pelusi C, et al. The impairment of sexual function in less distressing for menopausal than for premenopausal women. *J Sex Med*. 2010;7:1209–15.
8. Llana P, Fernandez-Iñarrea JM, Arnott B, Garcia-Portilla MP, Chedraui P, Perez-Lopez FR. Sexual function assessment in postmenopausal women with the 14-item changes in sexual functioning questionnaire. *J Sex Med*. 2011;8:2144–51.
9. Jonusiene G, Zilaitiene B, Adomaitiene V, Aniliene R, Bancroft J. Sexual function, mood and menopause symptoms in Lithuanian postmenopausal women. *Climacteric*. 2013;16:185–93.
10. Lopez-Olmos J. Sexualidad tras la menopausia: influencia del tratamiento hormonal sustitutivo en las disfunciones de la mujer. *Clin Invest Gine Obstet*. 2003;30:212–21.
11. Lo SS-T, Kok W-M. Sexuality of Chinese women around menopause. *Maturitas*. 2013;74:190–5.
12. Chedraui P, San Miguel G, Avila C. Quality of life impairment during the female menopausal transition is related to personal and partner factors. *Gynecol Endocrinol*. 2009;25:130–5.

13. Pace G, Silvestri V, Guala L, Vicentini C. Body mass index, urinary incontinence, and female sexual dysfunction: How they affect female postmenopausal health. *Menopause*. 2009;16:1188–92.
14. Dimitropoulos K, Bargiota A, Mouzas O, Melekos M, Tzortzis V, Koukoulis G. Sexual functioning and distress among premenopausal women with uncomplicated type 1 diabetes. *J Sex Med*. 2012;9:1374–81.
15. Yencilek F, Attar R, Erol B, Narin R, Aydin K, Karateke A, et al. Factors affecting sexual function in premenopausal age women with type 2 diabetes: A comprehensive study. *Fertil Steril*. 2010;94:1840–3.
16. Veronelli A, Mauri C, Zecchini B, Peca MG, Turri O, Valitutti MT, et al. Sexual dysfunction is frequent in premenopausal women with diabetes, obesity, and hypothyroidism and correlates with markers of increased cardiovascular risk. A preliminary report. *J Sex Med*. 2009;6:1561–8.
17. Martelli V, Valisella S, Moscatiello S, Matteucci C, Lantadilla CL, Costantino A, et al. Prevalence of sexual dysfunction among postmenopausal women with and without metabolic syndrome. *J Sex Med*. 2011;9:434–41.
18. Ponholzer A, Temmi C, Rauchenwald M, Marszalek M, Madersbacher S. Is the metabolic syndrome a risk factor for female sexual dysfunction in sexually active women? *Int J Impotenc Res*. 2008;20:100–4.
19. Esposito K, Ciotola M, Maiorino MI, Giugliano F, Autorino R, de Sio M, et al. Hyperlipidemia and sexual function in premenopausal women. *J Sex Med*. 2009;6:1696–703.
20. Sandilyan MB, Denning T. Mental health around and after the menopause. *Menopause Int*. 2011;17:142–7.
21. Mezones-Holguin E, Cordova-Marcelo W, Lau-Chu-Fon F, Aguilar-Silva C, Morales-Cabrera J, Bolaños-Díaz R, et al. Association between sexual function and depression in sexually active, mid-aged Peruvian women. *Climacteric*. 2011;14:654–60.
22. Verit FF, Verit A, Billurcu N. Low sexual function and its associated risk factors in pre – and postmenopausal women without clinically significant depression. *Maturitas*. 2009;64:38–42.
23. Panjari M, Bell RJ, Davis SR. Sexual function after breast cancer. *J Sex Med*. 2011;8:294–302.
24. McCabe MP, Goldhammer DL. Demographic and psychological factors related to sexual desire among heterosexual women in a relationship. *J Sex Res*. 2012;49:78–87.
25. Carvalho J, Nobre P. Predictors of women's sexual desire: The role of psychopathology, cognitive- emotional determinants, relationships dimensions, and medical factors. *J Sex Med*. 2010;7:928–37.
26. Rosen RC, Maserejian NN, Connor MK, Krychman MC, Brown CS, Goldstein I. Characteristics of premenopausal and postmenopausal women with acquired –generalized hypoactive sexual desire disorder: the hypoactive sexual desire disorder registry for women. *Menopause*. 2012;19:396–405.
27. Clayton AH, Maserejian NN, Connor MK, Huang L, Heiman JR, Rosen AC. Depression in premenopausal women with HSDD: Baseline findings from the HSDD registry for women. *Psychosom Med*. 2012;74:305–11.
28. Miner M, Sadovsky R, Buster JE. Hypoactive sexual desire disorder in premenopausal women: Case studies. *Postgrad Med*. 2012;124:94–103.
29. Nappi RI, Martini E, Terreno E, Albani F, Santamaria V, Tonani S, et al. Management of hypoactive sexual desire disorder in women: Current and emerging therapies. *Int. J Women's Health*. 2010;2:167–75.
30. Lopez-Olmos J. Trastorno del deseo sexual hipoactivo: comparación de 2 cuestionarios (breve perfil de la función sexual de la mujer y salud y disfunción sexual femenina en atención primaria) en 2 grupos de mujeres (ovariectomizadas e histerectomizadas, y normales). *Clin Invest Gine Obstet*. 2010;37:14–26.
31. Palacios S. Hypoactive sexual desire disorder and current pharmacotherapeutic options in women. *Womens Health*. 2011;7:95–107.