

Un momento de la vida donde la sexualidad de la mujer se ve amenazada por varios factores psicoemocionales

CLIMATERIO

Cambios y Nuevas Oportunidades

(Parte 2)



Dr. Santiago Cedrés
Ex. Prof. Adj. Clínica Médica
Sexólogo Clínico
Vicepresidente de la
Sociedad Uruguaya de
Sexología
santiagocedres@yahoo.com

Aspectos históricos que hacen a la vivencia del climaterio

El origen del término climaterio proviene del griego klimakter que significa escalón, peldaño y también etapa de la vida, especialmente período crítico de la vida. Con tal sentido aparece en latín el adjetivo *climactérico* empleada en 1528, primero aplicado al año 63 de la vida (la vida se dividía en períodos de 7 años) y luego en 1742 la medicina designa al período entre los 45 a 60 años en los que se producen cambios hormonales.





Históricamente esta fase de la vida comienza a adquirir mayor relevancia debido al aumento de la esperanza de vida. En el siglo XV la esperanza de vida giraba en torno a los 30-35 años y actualmente se encuentra alrededor de los 80. La edad media de la menopausia no ha tenido oscilaciones, produciéndose alrededor de los 50 años. A partir de la segunda mitad del siglo XIX la esperanza de vida supera los 50 años, viéndose incrementado el número de mujeres dentro de esta fase del ciclo vital.

A su vez, a partir de la segunda mitad del siglo XX el papel de la mujer dentro de la sociedad comienza un proceso de cambios importantes, influyendo en la cosmovisión de la mujer. A diferencia de las generaciones anteriores, se encuentran en una etapa con actividad psicofísica y social completamente diferente en la que se entrecruzan aspectos que dimensionan esta fase de la vida desde diferentes visiones: la dimensión biológica, la social, histórica, cultural, política y la económica, aportando dinamismo al concepto de climaterio.

El cuerpo construido

El modelo cultural de belleza que predomina en cada época genera efectos sobre los cuerpos femeninos. El cuerpo está condicionado por tales efectos, lo que implica una vivencia mediatizada por una óptica que lo califica y determina. De esta manera se generan los llamados "fantasmas de género", aquellos patrones que regulan qué es lo valioso sexualmente para cada género, construyendo el sentir al respecto. El placer se configura a partir de tales "fantasmas de género" de cada época: actualmente se valora el cuerpo de la mujer joven, convirtiéndose el mismo en objeto deseado del imaginario social. Estos patrones pautan el modo de vivir la sexualidad haciendo que la misma se vea atravesada por tales estereotipos que mediatizan el placer y el vínculo con el cuerpo. Es fundamental entonces comprender el juego que

se establece entre el goce y el valor que cada uno le adjudique a su sexualidad, de ello dependerá la forma de conectarnos con el placer sexual, sin que el mismo sea enteramente determinado por el ideal.

En sociedades tradicionales la pérdida del rol reproductivo se sustituye por el de educadora que cuenta con una valoración superior. Pero en sociedades occidentales donde la juventud está sobrevalorada, la menopausia no cuenta con tan buena prensa: pérdida del atractivo físico y rol de madre, depresión, envejecimiento, "síndrome del nido vacío".

Cambios a nivel de la sexualidad

En este momento de la vida, la sexualidad de la mujer se ve amenazada por varios factores psicoemocionales propios de esta etapa, culturales y orgánicos (afecciones hormonales, debut de enfermedades crónicas y el uso y abuso de fármacos para las mismas).

Cambios locales

El descenso de estrógenos afectará directamente a los *genitales* de la mujer. Se producirá adelgazamiento de la mucosa, pérdida de elasticidad, sequedad vaginal, fragilidad vascular, desaparece la flora habitual (lactobacilar) para ser sustituida por bacterias intestinales. Esto favorece la aparición de vaginitis atrófica, dispareunia, anorgasmia. También se produce una disminución del vello púbico.

En cuanto a la *respuesta sexual*: los tiempos en la fase de excitación son más largos. La lubricación vaginal demora de 1 a 3 minutos en aparecer luego de una estimulación eficaz. Hay menor vasodilatación y la entrada de la vagina es más estrecha. Las contracciones orgásmicas disminuyen. Puede haber dolor durante el coito o dispareunia, por los cambios tróficos hipoestrogénicos. También los orgasmos son de baja intensidad y corta duración.

Un alto porcentaje de mujeres relacionan la menopausia y, por lo tanto el final de la vida reproductiva, con el final de la vida sexual, pero si la pareja tiene una buena relación afectiva y no padecen inconvenientes físicos que los limiten, la actividad sexual puede mantenerse durante toda la vida



En esta etapa la piel disminuye su brillo y elasticidad volviéndose más seca. Los músculos disminuyen su tono y fuerza; las mamas se caen y aplanan; se deposita más grasa a nivel abdominal y en la cintura con su consiguiente aumento de peso, esto se ve empeorado por las alteraciones metabólicas

Cambios generales

La piel disminuye su brillo y elasticidad volviéndose más seca.

Los músculos disminuyen su tono y fuerza; las mamas se caen y aplanan; se deposita más grasa a nivel abdominal y en la cintura con su consiguiente aumento de peso, esto se ve empeorado por las alteraciones metabólicas de esta etapa. También aumenta en prevalencia la disminución de densidad mineral ósea, la osteopenia / osteoporosis.

Todo esto lleva a una disminución del atractivo físico, una pérdida de la autoimagen con un Deseo Sexual Hipoactivo reactivo a estos cambios.

Los estrógenos también tienen múltiples efectos positivos a nivel del sistema nervioso central y su disminución produce síntomas tales como pérdida de la memoria, alteraciones de las funciones cognitivas, depresión, irritabilidad, ansiedad, etc., que junto con los síntomas vasomotores (sofocos, sudoración profusa, palpitaciones) inciden negativamente en la calidad de vida de la mujer.

Los andrógenos están relacionados con la libido en la mujer y su disminución puede alterar la respuesta sexual. Si bien la menopausia afecta poco la producción total de andrógenos, ya que son las glándulas suprarrenales su fuente principal en la mujer, los niveles circulantes de testosterona generalmente disminuyen en la postmenopausia fundamentalmente por disminución de la conversión periférica de androstenediona. Se ha documentado mayor descenso de testosterona particularmente en las mujeres ooforectomizadas

Disfunciones sexuales propias del climaterio

Todos los factores que estamos analizando pro-

ducirán mayor o menor alteración en la respuesta sexual según las características de cada mujer. Las mujeres que en los años anteriores han alcanzado un buen nivel de satisfacción sexual probablemente no advertirán ningún cambio en el placer o el deseo al transitar por esta etapa vital, otras referirán un aumento al sentirse liberadas de la posibilidad de un embarazo y/o disponer de mayor intimidad tras la partida de los hijos, mientras que otras manifestarán una disminución de la libido.

Los factores psicológicos y socioculturales pueden influenciar notablemente en la sexualidad de la mujer postmenopáusica. Un alto porcentaje de mujeres relacionan la menopausia y, por lo tanto el final de la vida reproductiva, con el final de la vida sexual. En algunos casos, este final se aceptará como algo lógico e inevitable y en otros se vivirá como una liberación de la obligación sexual hacia la pareja. Sin embargo, se ha observado que los determinantes más importantes en la actividad sexual de las mujeres mayores son la relación con la pareja y el estado físico de ambas personas. Si la pareja tiene una buena relación afectiva y no padecen inconvenientes físicos que los limiten, la actividad sexual puede mantenerse durante toda la vida. Otro importante factor a considerar es cómo ha sido la relación sexual antes de la menopausia; las personas que eran de jóvenes sexualmente más activas suelen continuar siéndolo al avanzar en edad y las parejas con inconvenientes en la relación afectiva y/o sexual no sufrirán mayores cambios porque se instale la menopausia.

Cuando se compara la experiencia del climaterio en mujeres de diferentes culturas, se observa una considerable variabilidad en la vivencia del mismo y en la incidencia de la mayor parte de los síntomas relacionados con esta etapa. Para algunas culturas, la menopausia confiere beneficios y las mujeres esperan con agrado su aparición; para otras, es un estigma, algo que no se debe ni nombrar por la carga emocional negativa que implica.

Una investigación antropológica llevada a cabo en La Habana (Cuba) encontró que la mujer que trabaja fuera del hogar y además cumple con las labores domésticas manifiesta una alta incidencia de síntomas menopáusicos sobre todos los asociados con la labilidad emocional (depresión, ansiedad, irritabilidad) y disminución de la libido. Por otra parte, observaron mayor frecuencia de los síntomas menopáusicos cuando se presentaba una disfunción en la dinámica de la familia y la pareja.

Estudios de prevalencia de las disfunciones sexuales en esta etapa de la vida como el realizado por Criado y col. concluyen que el 50% de estas mujeres presentan coito doloroso (dispareunia); también informan que el 25% de las mujeres de 50 años y el 45% de las mayores de 65 padecen de baja libido (deseo sexual hipoactivo o inhibido). Todo esto lleva a una pérdida de la capacidad orgásmica primaria, o reactiva al descenso del deseo y el dolor coital

La principal disfunción y la que más puede repercutir en el vínculo de pareja son las alteraciones del deseo sexual, siendo éste el principal motivo de consulta al sexólogo.

Luego le siguen en frecuencia las alteraciones de la excitación (incapacidad de lograr o mantener la excitación sexual suficiente para llegar al orgasmo), afectación de la capacidad orgásmica (orgasmo retrasado o anorgasmia) y los trastornos por dolor (dispareunia, vaginismo o dolor sexual no coital).

Fármacos y disfunciones sexuales en la mujer en esta etapa de la vida

Muchos de los fármacos que se consumen habitualmente provocan alteraciones en la respuesta sexual en la mujer en esta etapa de la vida, donde existe una especial vulnerabilidad; son las llamadas "disfunciones sexuales inducidas por sustancias". Son características las alteraciones del deseo sexual con el uso de antipsicóticos, digoxina, antidepresivos tricíclicos (ATD), antidepresivos inhibidores de la recaptación de serotonina (ISRS), benzodiazepinas (BDZ), fenitoína o espironolactona.

Sin embargo, la fase de excitación está influenciada por consumo de antihistamínicos, antihipertensivos, y también por ATD, ISRS o BDZ.

La capacidad orgásmica muchas veces se ve alterada por el uso de alfametildopa, antipsicóticos y antidepresivos o ansiolíticos de cualquier tipo.

La pareja

Hay que recordar que en la mayoría de las ocasiones mientras que la mujer inicia el climaterio, su pareja muy probablemente también estará experimentando cambios biológicos y psicológicos que modificarán su propia respuesta sexual. En caso de ser varón, se pueden presentar las siguientes alteraciones: disminución gradual de la testosterona (hipogonadismo de inicio tardío) lo que puede llevar a descenso del deseo sexual y de la capacidad eréctil; alteraciones circulatorias o urológicas que también coadyuvan en provocar disfunciones de la respuesta sexual masculina, generalmente multifactoriales.

Esto provoca afección del vínculo y la estabilidad de la relación, acorde a fortaleza y los recursos que la pareja tenga para poder enfrentarlos. Siempre la intervención de la terapia sexual es recomendada en esta etapa de la vida.

Dificultades en la comunicación de estos problemas durante la consulta médica

Muchas veces las mujeres no informan al médico sobre estos padecimientos, por vergüenza, por sentir que su sexualidad es muy íntima, por no saber cómo va a reaccionar el médico o por suponer que no hay tiempo para hablar de temas íntimos en la consulta.

En el abordaje médico, es fundamental transmitir



cuándo son cambios fisiológicos en la respuesta sexual propios de esta etapa de la vida y cuándo son alteraciones patológicas. La paciente debe entender que en ninguna etapa de la vida es normal una disfunción sexual y se debe psicoeducar por las falsas creencias y mitos sobre la sexualidad en este momento del ciclo vital. Es fundamental brindarle tiempo para que pueda exponer dudas y consultas.

Tratamiento

En el ámbito de la buena relación médico paciente es que se debe diseñar un tratamiento personalizado para el abordaje de las disfunciones sexuales en esta etapa de la vida.

Desde el punto de vista farmacológico, se cuenta con recursos hormonales tópicos o sistémicos donde se evaluará el perfil de riesgo de cada paciente previo a su indicación. Se han publicado importantes beneficios de los estrógenos en el trofismo vaginal y de los andrógenos en el deseo y la capacidad orgásmica.

Cuando el deterioro de la actividad sexual se produce por atrofia vulvovaginal debe evaluarse el grado de la alteración. Si la atrofia es leve, el uso de cremas o lubricantes vaginales (preferiblemente los solubles en agua) durante las relaciones sexuales, puede producir una importante mejoría de la sequedad vaginal y la dispareunia, lo cual también se logra manteniendo regularmente la actividad sexual. Los estrógenos locales son el tratamiento de elección para la atrofia vaginal de la mujer postmenopáusica, ya que restauran la circulación sanguínea de la vagina, disminuyen el pH y mejoran el grosor y la elasticidad de los tejidos vaginales.

En el ámbito de la buena relación médico paciente es que se debe diseñar un tratamiento personalizado para el abordaje de las disfunciones sexuales en esta etapa de la vida

Es importante que el médico explique a la paciente los posibles cambios que la menopausia puede causar en el funcionamiento sexual y le permita expresar libremente sus preocupaciones y/o quejas. Esto solo es posible en un clima de confianza y respeto mutuo generado por una buena relación médico-paciente



Se debe ser conscientes de la importancia de personalizar el tratamiento y de regular la dosis de hormonas administrada en relación con la etapa en la que se encuentra la mujer.

Los beneficios que ofrecen las terapias hormonales en la calidad de vida de las pacientes han sido estudiados desde hace muchos años. Nuevos tratamientos de baja dosis, se dan como consecuencia de una serie de investigaciones que avalan la reducción de posibles riesgos y representan un avance significativo en el tratamiento del climaterio. Este uso de terapias de reemplazo hormonal, ayuda a restaurar la debilidad y elasticidad vaginal, restaura el pH de la vagina y alivia la resequeidad vaginal.

Sin embargo es muy importante que cada mujer consulte con su ginecólogo, para que el tratamiento sea adecuado según el caso.

Otros fármacos en estudio son el Bupropion para aumentar el deseo sexual y el Tadalafil para mejorar la capacidad orgásmica y vasocongestión genital.

En el contexto de la terapia sexual, la actitud de la paciente dependerá de la calidad de la relación de la pareja, de cómo fue antes su sexualidad y también de cómo la pareja reacciona frente a los cambios. Se aportarán técnicas de enriquecimiento sexual, tendientes a mejorar e incentivar la comunicación, el afecto y la calidad del preámbulo.

Son técnicas conocidas las siguientes:

1- Tratamiento de las discrepancias (comunicación, invitar no exigir, diferenciar la sexualidad y la persona, elaborar el arte del compromiso, dar diversas opciones, no cerrar las puertas a otro momento del día, ampliar el repertorio, uso de fantasías, listar y evitar los obstáculos.

2- Trabajar los inductores sexuales: lecturas, películas, cambios de apariencia, fantasías sexuales, desarrollo de habilidades de la pareja.

3- Abordaje de aspectos relacionales: comuni-

cación verbal y no verbal, capacidad de resolución de conflictos, manejo de la ira, relaciones de poder asimétricas, trabajar la intimidad relacional, pedirles que dediquen tiempo a construir un vocabulario común para hablar de cuestiones sexuales.

4- Técnicas específicas: sugerir que cada uno haga propuestas al otro sobre posibles cambios concretos a realizar que pudieran incrementar las posibilidades de estar más predispuestos a sentirse estimulados sexualmente, pedir que lean un texto erótico o que vean un video erótico conjuntamente e intercambien opiniones, introducir tareas de focalización sensorial, autorregistro diario de todos los posibles estímulos y situaciones que le provocan algún tipo de sensación sexual, procurar el disfrute y el placer para uno mismo y la pareja, hacerse ambos responsables de la marcha de la relación, disminuir la demanda de ejecución

Recomendaciones

Si la mujer climaterica conoce los cambios propios de esta etapa y de su pareja y está preparada para adaptarse a los mismos (y siempre que no haya causas médicas o medicamentosas de disfunción sexual), puede aprender a disfrutar de otra manera, tal vez de encuentros más largos pero no por ello menos gratificantes o placenteros. Para esto es fundamental el papel del profesional de la salud en cuanto al asesoramiento y la educación sexual de la mujer y la pareja.

Es importante que el médico explique a la paciente los posibles cambios que la menopausia puede causar en el funcionamiento sexual y le permita expresar libremente sus preocupaciones y/o quejas. Esto solo es posible en un clima de confianza y respeto mutuo generado por una buena relación médico-paciente.

Teniendo presente los cambios que acompañan esta fase, se pueden prevenir molestias inesperadas. Es bueno tener una actitud atenta y de aceptación frente a los hechos que se irán sucediendo. La consulta al especialista es siempre recomendable. Es fundamental centrarse en los aspectos positivos que trae el climaterio y la extensión de la lista irá acorde con la visión que cada una tenga de la vida. Entrenar en una visión positiva y despojada de juicio ayuda.

Por lo tanto para transitar con honra esta fase de la vida, podemos tomar al climaterio como una oportunidad para restablecer lazos perdidos, abrir nuevos caminos o desafíos que quedaron pendientes a lo largo de la vida. Es fundamental darse cuenta de la importancia de cada fase de la vida y del climaterio como una experiencia más que nos da la posibilidad de enriquecernos, pudiendo actualizar la imagen corporal y la representación que cada una tiene de sí, visualizando aquellos aspectos ligados a las exigencias y desvalorizaciones que no nos pertenecen y nos limitan, y tomando contacto con lo que somos y tenemos, que por pertenecernos ahora, en este momento presente, son valiosos y de gran apoyo para crecer.