

Sexualidad y climaterio: una mirada integral

María Alejandra Belardo y Marina Gelin

*La ciencia dice: el cuerpo es una máquina.
La publicidad dice: el cuerpo es un negocio.
El cuerpo dice: yo soy una fiesta.*

EDUARDO GALEANO

RESUMEN

Cuando hablamos de sexualidad humana debemos saber que estamos hablando de una compleja y cambiante interacción de factores biológicos y socioemocionales altamente influenciados por la familia, la religión y los patrones culturales. Esto se ve en los hombres y en las mujeres, especialmente en las mujeres.

La sexualidad es un concepto intuitivo que cuesta definir. Según la Organización Mundial de la Salud, se define salud sexual como “un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad, la cual no es solamente la ausencia de enfermedad, disfunción o incapacidad”. Es una definición que tiene en cuenta varios conceptos, muy importantes todos ellos.

La respuesta sexual consiste en una serie de cambios neurofisiológicos, hemodinámicos y hormonales que involucran al conjunto del organismo. Si bien es similar en ambos sexos, en las mujeres no siempre el inicio y la progresión se correlacionan en forma sistemática o lineal como en los hombres. Y de ese intrigante devenir de la respuesta sexual femenina surge la dificultad del diagnóstico de la “disfunción sexual femenina”. Podríamos resumirla en “un conjunto de trastornos en los que los problemas fisiológicos o psicológicos dificultan la participación o la satisfacción en las actividades sexuales; lo cual se traduce en la incapacidad de una persona para participar en una relación sexual de la forma que le gustaría hacerlo”¹⁶.

La menopausia es percibida por muchas mujeres como el fin de la sexualidad, y no solo como el fin de la vida reproductiva. Si bien es cierto que en esta etapa la actividad sexual suele declinar y puede verse afectada por una serie de factores hormonales, psicológicos y socioculturales, para la mayoría de las mujeres la sexualidad sigue siendo importante. Debemos comprender que la disfunción sexual femenina, en cualquier etapa de la vida, es multicausal y multidimensional.

A la hora de realizar el abordaje de una paciente, debemos tener en cuenta todos los factores involucrados y saber con qué herramientas contamos. El abordaje terapéutico clásicamente incluye la terapia psicológica y la terapia hormonal. Sin embargo, recientemente se ha incorporado una nueva droga recientemente aprobada por la FDA de los Estados Unidos para el tratamiento del deseo sexual hipoactivo en la mujer: el flibanserín, un psicofármaco que actúa a nivel de mediadores del deseo sexual en el sistema nervioso central, favoreciéndolo.

Palabras clave: sexualidad, climaterio, respuesta sexual, deseo sexual hipoactivo.

SEXUALITY AND CLIMACTERIC: A COMPREHENSIVE APPROACH

ABSTRACT

When we talk about human sexuality, we know that we are talking about a complex and changing interaction between biological and socioemotional factors, which are highly influenced by society, family, religion and cultural norms. This can be seen in men and women especially in women. Sexuality is an intuitive concept difficult to define. According to the World Health Organization, it is defined as “A state of physical, emotional, mental and social well being related to sexuality, which is not merely the absence of disease, dysfunction or disability”. It is a definition that takes into account several concepts, all very important.

Sexual response is a series of neurophysiological, hemodynamic and hormonal changes involving the whole body. While similar in both sexes, women are not always the onset and progression correlate systematically or linearly as in men. And that intriguing evolution of the female sexual response, the difficulty of diagnosis of “female sexual dysfunction”. We could summarize it in “a group of disorders in which the physiological or psychological problems impede participation or satisfaction in sexual activities; which results in the inability of a person to participate in a sexual relationship the way she or he would like to do it”¹⁶.

Menopause is perceived by many women as to the end of sexuality, not only as the end of reproductive life. Sexual activity declines with age, and may be affected by a number of hormonal, psychological and sociocultural factors, but, for most women it continues to be important. We must understand that female sexual dysfunction, at any stage of life is multicausal and multidimensional.

When approaching a patient, it is important to know all the factors that are involved, and which tools we have for deal with it.

Classically, the therapeutic approach has consisted of psychological therapy and hormone therapy. However, we have to consider a recently approved drug by the FDA for the treatment of hypoactive sexual desire in women: Flibanserin. It is a psychotropic substance that acts on the mediators of sexual desire on the central nervous system favoring it.

Key words: sexuality, climacteric, sexual response, hypoactive sexual desire.

Rev. Hosp. Ital. B.Aires 2016; 36(1): 19-28.

INTRODUCCIÓN

La sexualidad es una dimensión humana esencial. Es un proceso continuo que se inicia con el nacimiento y culmina con la muerte. Las personas somos sexuadas. Somos capaces de sentir placer, reproducirnos y generar culturas de relación diversas¹.

La sexualidad humana es consecuencia de una compleja y cambiante interacción de factores biológicos y socioemocionales altamente influenciado por la familia, la religión y los patrones culturales^{2,3}.

Es un concepto intuitivo que, sin embargo, se escapa con facilidad y muestra toda su complejidad cuando se trata de buscar una definición que la englobe en su totalidad¹. En 1975, la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió salud sexual como: "La integración de los elementos somáticos, emocionales, intelectuales y aspectos sociales del ser humano de manera que sea enriquecedora y potencie la personalidad, la comunicación y amor"⁴.

Esta definición, novedosa en su momento, sentó las bases para una visión integral de la sexualidad humana y su relación con la salud.

En el año 2002, la OMS redefine la salud sexual como "Un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad, la cual no es solamente la ausencia de enfermedad, disfunción o incapacidad". Para que la salud sexual se logre y se mantenga, los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y ejercidos en plenitud"^{5,6}.

Si bien la definición es universal, la mujer atraviesa diferentes etapas a lo largo de su vida en donde se suman otros factores para tener en cuenta. La transición menopáusica, caracterizada por cambios hormonales, psicológicos y sociales, habitualmente se asocia con algún tipo de disfunción sexual (DS)⁷.

Sin embargo, varios estudios demuestran la importancia de mantener una vida sexual "saludable" y activa como un componente esencial de la calidad de vida^{8,9}.

RESPUESTA SEXUAL FEMENINA

La respuesta sexual consiste en una serie de cambios neurofisiológicos, hemodinámicos y hormonales que involucran al conjunto del organismo. La conducta sexual conlleva, junto con una compleja interacción de factores psíquicos, interpersonales y sociales que intervienen en su iniciación y mantenimiento, una expresión PSICOFISIOLÓGICA manifestada en un conjunto de cambios

FÍSICOS Y MENTALES que constituyen lo que se llama respuesta sexual.

En 1966, el matrimonio conformado por los científicos William Masters y Virginia Johnson hizo un estudio en el que se filmaron y observaron más de 10.000 actos sexuales en un grupo de 382 mujeres (de edades entre 18 y 70 años) y 312 hombres (de edades entre 21 y 89 años) con el fin de describir de forma científica y objetiva los cambios físicos que se producían durante la actividad sexual. En total se examinaron más de 10.000 secuencias de actos sexuales, tanto de parejas como individuales. Tras ese estudio describieron la "respuesta sexual" mediante una curva, la curva de la respuesta sexual humana (Fig. 1).

Los autores describieron 4 fases:

1. **Excitación:** se define como la acción de provocar cambios mentales y físicos en el cuerpo que preparan y facilitan a la persona para que se produzca la relación sexual. También se puede entender como la primera parte de la respuesta sexual. En la mujer se observa: tumescencia de clítoris y labios menores, lubricación vaginal, alargamiento de la vagina, estrechamiento del tercio externo de la vagina, elevación del clítoris, secreción de las glándulas de Skene, erección de los pezones, aumento de la frecuencia cardíaca, elevación del útero, aumento de la ventilación, ruboración, aumento de las aréolas mamarias y aumento del tono muscular.
2. **Meseta:** fenómenos biológicos y cambios físicos como la tensión de muchos músculos que preparan el cuerpo para las últimas fases de la respuesta sexual, el orgasmo y la resolución



Figura 1. Modelo de respuesta sexual humana. Masters y Johnson¹⁰.

3. **Orgasmo:** se libera de forma placentera toda la tensión acumulada durante la fase de meseta. La forma de expresar placer durante el orgasmo también difiere en cada caso. Se caracteriza por contracciones uterinas, de la plataforma orgásmica vaginal y del esfínter anal, así como de espasmos musculares, taquicardia y secreción de oxitocina.
4. **Resolución:** significa la vuelta a la normalidad; todos los sistemas y los órganos del cuerpo vuelven a su estado inicial de reposo. Se produce una disminución de la congestión pelviana, pérdida de la tumescencia del clítoris y labios menores, sudoración, disminución de la frecuencia cardíaca y la tensión arterial, y secreción de prolactina.

De acuerdo con este modelo, la respuesta sexual implica un incremento gradual de la tensión sexual en ambos sexos, seguida de la distensión del orgasmo. También se observó que algunas mujeres eran capaces de tener múltiples orgasmos antes de la resolución¹¹.

Este modelo ha tenido una enorme influencia en el conocimiento de la sexualidad humana. Con el tiempo se le han hecho varias críticas por sus limitaciones: en primer lugar, el hecho de que se asuma una progresión lineal de la excitación sexual desde el inicio de la estimulación hasta el orgasmo y la resolución deja afuera los patrones altamente variables de la respuesta apreciados en diferentes mujeres e incluso en la misma mujer en diferentes ocasiones; por otra parte, al estar centrado de forma predominante en los aspectos fisiológicos de la respuesta sexual, no refleja la importancia de los aspectos subjetivos, psicológicos o interpersonales de dicha respuesta, y, finalmente, asume que una mujer sexualmente activa siempre es responsable del

inicio de la respuesta, o de la estimulación y no menciona la importancia del deseo sexual o libido¹¹.

Para resolver esta última deficiencia, Helen Singer Kaplan propuso el “modelo de tres estadios de la respuesta sexual”. Reconceptualiza el modelo lineal incluyendo la fase de “deseo”, seguido por excitación y orgasmo. Determina que el deseo sexual está basado en componentes fisiológicos y psicológicos mediados por centros cerebrales en el sistema límbico, pero también afectados, hasta cierto punto, por influencias hormonales (androgénicas) y psicosociales. Se considera un precursor necesario para el desarrollo de una excitación adecuada y un orgasmo^{11,12}.

Ambos modelos lineales (el de Master y Johnson y el de Kaplan) no son capaces de explicar las experiencias sexuales de las mujeres, es por esto que, más adelante, Basson definió el modelo cíclico biopsicosocial de la respuesta sexual femenina, en el que hay una retroalimentación entre aspectos físicos, emocionales y cognitivos (Fig. 2). Según este modelo, en las mujeres puede existir un deseo que provoque la búsqueda de una actividad sexual (deseo espontáneo) o, más frecuentemente, puede darse una postura sexual neutra, una predisposición a realizar una actividad sexual que, si los estímulos son suficientes y adecuados, produce el paso de la neutralidad a la excitación y el deseo (deseo reactivo).

Si el resultado es positivo, emocional y físicamente, se incrementa la motivación sexual. La gratificación se consigue por la satisfacción y el placer (sea con orgasmo o sin él) y con otros aspectos subjetivos que no son estrictamente sexuales y que pueden tener mucha importancia, como la comunicación con la pareja, la intimidad emocional, la expresión de afecto, el compartir placer físico, complacer

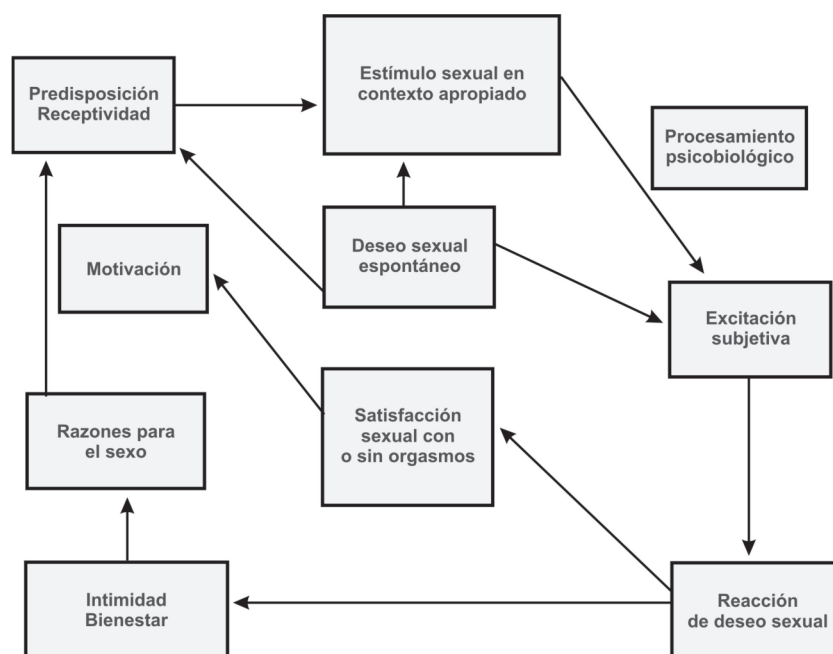


Figura 2. Modelo circular de Basson¹³.

al compañero, la autoestima (sentirse atractiva, femenina, apreciada, amada o deseada), el relax o el bienestar.

Todos estos elementos configuran la predisposición de las mujeres, descripta al principio, a tener posteriores encuentros o actividades sexuales, es decir, son estímulos para pasar de una postura sexual neutra a la excitación y el deseo¹⁴.

Si el resultado es negativo, como en los casos de dolor en las relaciones sexuales (dispareunia), DS de la pareja y/o por efecto de medicamentos que afectan la libido, se rompe el ciclo y la motivación sexual con la pareja no se incrementa.

El hecho de que el desarrollo del acto sexual en las mujeres no siga un modelo lineal que comienza con el deseo sexual es importante a la hora de hablar de “disfunción sexual femenina”. La correlación en los hombres entre la excitación subjetiva y la congestión genital no se ve en las mujeres. La excitación sexual femenina está modulada por pensamientos y emociones desencadenadas por el estado de excitación sexual¹⁵.

DISFUNCIÓN SEXUAL FEMENINA. ¿DE QUÉ ESTAMOS HABLANDO?

Un término que *a priori* todos conocemos, pero que a la hora de definir resulta dificultoso...

Podríamos definirla como un conjunto de trastornos en los que los problemas fisiológicos o psicológicos dificultan la participación o la satisfacción en las actividades sexuales, lo cual se traduce en la incapacidad de una persona para participar en una relación sexual (RS) de la forma en que le gustaría hacerlo¹⁶.

Clásicamente en el DSM IV (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 4.ª edición) se clasificaban los trastornos según fases: “del deseo”, “de la excitación” o “por dolor” y “otros” (no especificada, por condiciones médicas, por sustancias). La última actualización que se publicó en el año 2013, el DSM V, propone que no siempre es factible dividir las fases de la RS, por lo que unifica varios conceptos. Tal el caso del deseo sexual y los trastornos de la excitación, que se han combinado en un solo trastorno que se denomina “Trastorno sexual femenino interés/excitación”, y agrega otras condiciones como el tiempo mínimo de 6 meses para realizar el diagnóstico. Asimismo se incorpora la fase de “Trastorno de dolor/penetración génito-pélvica”, que representa una fusión de las categorías de vaginismo y dispareunia del DSM IV. Por último, en la nueva actualización, se elimina el “Trastorno de aversión sexual”¹⁷ (Cuadro 1).

La menopausia es percibida por muchas mujeres como el fin de la sexualidad, y no solo como el fin de la vida reproductiva...

Si bien es cierto que durante el climaterio la sexualidad de la mujer puede verse afectada por una serie de factores hormonales, psicológicos y socioculturales, según las

Cuadro 1. Definición de DSF según el DSM V¹⁷

-
- Duración de más de 6 meses
 - Incluye ausencia persistente de:
 - Fantasías sexuales
 - Interés sexual
 - Respuesta ante el intento de la pareja de iniciar una RS
 - Respuesta a señales eróticas externas o internas
 - Placer o excitación ante encuentros sexuales
 - Angustia o dificultades interpersonales por causa de la disfunción sexual
 - Ausencia de causa orgánica o iatrogénica
-

características de cada mujer, algunos de estos factores producirán mayor o menor influencia en la respuesta sexual¹⁸. Entonces... ¿a qué llamamos deseo sexual hipoactivo (DSH) o, mejor dicho, trastorno sexual femenino de interés/excitación?

No es tan fácil de definir. Lo que debemos tener en cuenta a la hora de acercarnos al diagnóstico es comprobar si esta condición genera angustia en la mujer que no pueda ser explicada por otro tipo de problemas (en las relaciones sociales, factores estresantes externos o condiciones médicas que afecten la libido, entre otras)¹⁹.

El estudio SWAN (*Study of Women's Health Across the Nation*) incluyó la evaluación de 3302 mujeres estadounidenses de entre 42 y 52 años, y encontró que, para el 76% de ellas, las relaciones sexuales son moderadamente o muy importantes²⁰.

De todas maneras, sabemos que la actividad sexual declina con la edad. La transición menopáusica es acompañada por múltiples cambios fisiológicos y psicológicos, principalmente caracterizados por la disminución en los niveles de estrógeno circulantes, y muchas veces se acompaña con el desarrollo de diferentes tipos de enfermedades (cardiovasculares, metabólicas u otro tipo de enfermedades crónicas que afectan la función sexual)²¹.

Vale la pena destacar que la sexualidad femenina no solo se caracteriza por el deseo y la actividad sexual *per se*, sino que es compleja, intrigante y está compuesta por múltiples dominios. Si bien incluye el deseo, la excitación y el orgasmo, está asociada a la sensación de bienestar, al hecho de tener razones para iniciar la actividad sexual (los pensamientos y las emociones, la actitud de predisposición para tener relaciones sexuales) y luego, desde allí, la receptividad para, ante estímulos apropiados, iniciar la actividad sexual.

El estudio *Melbourne Women's Midlife Health Project*, encontró una gran declinación de la actividad sexual en 197 mujeres que fueron seguidas desde la premenopausia hasta la posmenopausia, en comparación con mujeres que aún seguían siendo premenopáusicas²².

En otro estudio australiano reciente que incluyó a 230 mujeres posmenopáusicas (PM), se encontró que el 49,8% de ellas continuaban siendo sexualmente activas luego de 10 años de seguimiento, pero también refirieron incremento en el dolor en las RS. El hecho de mantener una vida sexual activa demostró mayor estabilidad en el funcionamiento sexual, mientras que las mujeres que no mantenían RS informaron una importante declinación de todos los dominios. Los principales predictores de mantener o no una vida sexual activa fueron dos: tener pareja y no tener historia de depresión²³.

La Sociedad Internacional de Medicina Sexual investigó cambios en la función sexual a lo largo de 4 años en 507 mujeres inglesas: 178 premenopáusicas y 329 PM y encontró que ambos grupos “empeoraron” su actividad sexual a lo largo del tiempo; esto resultó más notable en el grupo de mujeres PM (14,5% vs. 34,3%). Llamativamente, encontró que también el deseo y la excitación son determinantes para la actividad sexual placentera a lo largo del tiempo en la vida de la mujer²⁴. Por todo lo expuesto anteriormente, son muchos los factores para considerar a la hora de evaluar la declinación en la vida sexual de la mujer PM²⁵ (Cuadro 2).

El DSH es muy difícil de estimar en las mujeres. Un estudio estadounidense que incluyó a 31.589 mujeres, concluyó que la queja por bajo deseo sexual y angustia ocurrió en²⁶:

- 8,9% en mujeres de entre 18 y 44 años
- 12,3% en mujeres de entre 45 y 64
- 7,4% en mujeres mayores de 65 años.

Un estudio muy importante que evaluó el DSH en mujeres es el llamado *WISHes*, el cual tenía dos objetivos: determinar la prevalencia de DSH en mujeres PM y determinar la

prevalencia de la angustia en mujeres PM con bajo deseo sexual. Incluyó varios cuestionarios validados: “The Short Form-36”, que mide estatus de salud general, “The profile of Female Sexual Function”, que evalúa el deseo sexual y “The personal Distress Scale”, que mide la angustia causada por el bajo deseo.

Se evaluaron 4 grupos:

- Mujeres con menopausia quirúrgica de 20-49 años
- Mujeres con menopausia quirúrgica de 50-70 años
- Mujeres premenopáusicas entre 20-49 años
- Mujeres posmenopáusicas naturales entre 50-70 años.

Este estudio mostró que la prevalencia de DSH osciló entre el 9% en mujeres PM y el 26% en mujeres jóvenes con menopausia quirúrgica (20-49 años). La prevalencia de DSH fue mucho mayor en mujeres jóvenes con menopausia quirúrgica que en aquellas de igual edad que continuaban premenopáusicas. No hubo diferencias en la prevalencia de DSH en mujeres de 50-70 años tuvieran menopausia quirúrgica o natural. El DSH se asoció a angustia, baja satisfacción de la pareja y deterioro de la salud general incluidos aspectos de salud física y mental²⁷.

Otro factor muy importante con un alto impacto en el deterioro de la vida sexual de las mujeres PM y poco investigado es la atrofia vulvovaginal (AVV). Se relaciona con la falta de estrógenos y se caracteriza por disminución del grosor y presencia de palidez de la mucosa vulvovaginal, sequedad vaginal, irritación vulvar, disminución de lactobacilos en vagina y reemplazo de estos por bacterias intestinales, con el consiguiente aumento de pH vaginal y disminución en la secreción de glándulas sebáceas y la lubricación vaginal, lo que puede derivar en dolor en las RS (dispareunia). Afecta a entre el 20 y el 45% de las mujeres PM^{28,29}.

Cuadro 2. Evaluación de la mujer PM para diagnóstico de DSH²⁵

Aspectos psicológicos	Trastornos psicológicos	Condiciones	Agentes externos
Actitud previa con respecto a las RS	Depresión	Asociadas al climaterio	Antidepresivos
Culturales, religiosos	Ansiedad	Atrofia vulvovaginal	Ansiolíticos
Mala relación con la pareja	Otras	Sofocos	Sedantes
Sentimientos hacia la pareja		Declinación en la actividad sexual	Betabloqueantes
Tiempo de duración de la relación		Relacionadas con el envejecimiento	Clonidina / metildopa
Disminución de la capacidad sexual de la pareja		Fatiga	Hormonas
Ausencia de pareja estable		Incontinencia urinaria	Drogas ilícitas
Problemas en el trabajo, familia o relaciones sociales		Diabetes/enfermedad cardiovascular	Alcohol
Imagen corporal negativa		Cáncer	

Se estima que solo en los Estados Unidos hay 64 millones de mujeres PM con AVV y aproximadamente 32 millones sufren de los síntomas relacionados.

La AVV es crónica, progresiva y, a diferencia de los síntomas vasomotores, no resuelve con el tiempo. Sin tratamiento alguno, la AVV no solo puede llegar a causar molestias sino también puede afectar la calidad de vida, incluido el impacto en las RS y en la sensación de bienestar^{30,31}.

El estudio REVIVE (*Real Women's Views of Treatment Options for Menopausal Vaginal Changes Survey*) se llevó a cabo entre 2012 y 2013 en 10.486 mujeres de entre 45 y 75 años, de las cuales 8081 (77%) eran mujeres PM. El 38% refirió tener al menos un síntoma relacionado con la AVV³².

El síntoma más frecuentemente informado fue la sequedad vaginal (55%), seguido por dispareunia (44%) e irritación local (37%) (Cuadro 3)³².

Más de la mitad de las participantes refirieron que los síntomas interfirieron con la capacidad de disfrutar las RS³² (Cuadro 4).

ABORDAJE PROFESIONAL

De acuerdo con lo que venimos describiendo, estamos seguros de que son múltiples los factores relacionados con la esfera sexual femenina... No cabe duda alguna de que el universo sexual femenino se compone de muchos dominios y es imposible determinar un único desencadenante de algún tipo de disfunción sexual. Esto es lo que debemos tener presente a la hora de plantear algún tipo de tratamiento: pensarlo desde un abordaje integral, con una mirada holística.

La sexualidad es un importante determinante de salud en los adultos, pero esto se vuelve más difícil de determinar en mujeres mayores³³.

Son muchos los cambios asociados al tiempo en el que transcurre la menopausia. Se ha visto que hay varios determinantes negativos de la calidad de vida: obesidad,

ausencia de pareja estable, problemas económicos, presencia de síntomas vasomotores o AVV y falta de educación³⁴. La salud sexual en el climaterio es un complejo rompecabezas afectado por factores biológicos, psicológicos y de relación (Fig. 3).

Debemos comprender que la disfunción sexual femenina es multicausal y multidimensional³³.

Es por ello que debemos estudiar, investigar e interrogar acerca del tema y de este modo buscar estar a la altura de las circunstancias a la hora de pensar en instaurar algún tipo de tratamiento³⁵.

Para el abordaje y para romper el hielo en la consulta podemos hacer unas pocas preguntas que nos permitirán establecer si hay alguna alteración en la sexualidad y la predisposición a hablar el tema³⁶.

- ¿Ha notado cambios en su sexualidad en el último año?
- ¿Tuvo cambios en su deseo sexual?

Cuadro 4. Implicaciones de la AVV

Actividad	Porcentaje de mujeres con alguna interferencia (%)
Disfrute de la RS	63
Iniciativa de la RS	55
Predisposición para RS	54
Relacionarse con la pareja	45
Dormir bien	29
Disfrutar de la vida en general	27
Rasgos de la personalidad	26
Búsqueda de una nueva relación íntima	13
Viajar	13
Actividad física	12
Actividades cotidianas (ir de compras, limpiar la casa)	1
Actividades sociales	10
Predisposición para trabajar	7

Cuadro 3. Síntomas relacionados con AVV

Síntoma	Porcentaje de participantes que refirió el síntoma en el estudio REVIVE (%)
Sequedad vaginal	55
Dispareunia	44
Irritación vaginal	7
Sensibilidad vaginal	17
Sangrado genital en RS	8
Dolor durante RS	2

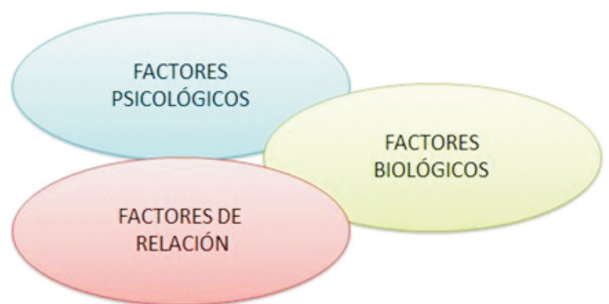


Figura 3. Interrelación de los diferentes factores que intervienen en la sexualidad femenina

- ¿Notó cambios en la lubricación vaginal?
- ¿Se ha modificado su capacidad para experimentar orgasmos?
- ¿Tiene dolor en la penetración o durante el coito?
- ¿Ha notado cambios en la sexualidad de su pareja? Si la respuesta es sí ¿cómo le afectan dichos cambios?

Luego debemos pensar en diferentes opciones terapéuticas. La descripción profunda de cada una de ellas escapa a los objetivos de este artículo, pero describiremos brevemente las opciones con las que contamos.

TRATAMIENTO PSICOLÓGICO

Puede ayudar a parejas que sufren de alguna disfunción sexual. Individual o de pareja, puede ayudar a mejorar la comunicación de la pareja e identificar factores que interfieren con la vida sexual³⁷.

TERAPIA HORMONAL

Terapia estrogénica

La evidencia actual no propone el uso de estrógenos con progesterona o sin ella como tratamiento del DSH en mujeres PM³⁸.

La terapia estrogénica *per se* no está relacionada con la mejoría del DSH. Sin embargo, alivia los síntomas vasomotores si los hubiera, restituye el epitelio vaginal disminuyendo la dispareunia, disminuye el pH vaginal, aumenta el aporte sanguíneo hacia la vagina y restaura el umbral de presión y vibración del clítoris y de la vagina. La resolución de los síntomas relacionados con la AVV a menudo implica un aumento del deseo sexual y la excitación. Existen dos tipos de terapia estrogénica: sistémica y local³⁹.

La terapia estrogénica local, en forma de crema, tableta o anillo vaginal está indicada en el tratamiento de los síntomas por AVV y ha demostrado ser más eficaz que la terapia sistémica, con un 80 a 90% de éxito en mujeres PM con AVV³¹.

Tibolona

Es un esteroide derivado de la 19-nortestosterona, estructuralmente relacionado con la progesterona y con un débil efecto progestacional, estrogénico y androgénico. Se la clasifica como un STEAR (regulador tisular selectivo de la actividad estrogénica). Tiene efecto beneficioso sobre los síntomas vasomotores, sobre el humor, la masa ósea, el epitelio vaginal y el perfil lipídico, sin efecto estimulador del endometrio ni en el tejido mamario, aunque esto último es algo discutido^{40,41}.

Son varios los estudios que apoyan el uso de tibolona en mujeres PM con síntomas vasomotores y DSH^{42,43}.

Un estudio aleatorizado y controlado realizado en el año 2010 comparó tibolona *versus* estrógenos equinos conjugados y medroxiprogesterona (EEC/MPA) en 140 mujeres a lo largo de 6 meses. Cuarenta y siete mujeres

PM recibieron 2,5 mg/día de tibolona, 46 EEC 0,625 mg/MPA 2,5 mg/día y 47 mujeres recibieron solo tableta de calcio (grupo control). Se aplicaron la Escala de Greene para evaluar los síntomas relacionados con el climaterio y el Índice de función sexual. Se obtuvieron muestras de sangre para medir la proteína ligadora de esteroides sexuales (SHBG), estradiol y testosterona libre con los siguientes resultados: todos los dominios de la Escala de Greene mejoraron con ambos tratamientos, excepto los relacionados con la función sexual que solo mejoraron con tibolona. Ambos grupos mejoraron el Índice de función sexual en comparación con el grupo placebo. Comparando ambos grupos que recibieron tratamiento, el grupo con tibolona tuvo una disminución de los niveles de SHBG y el incremento estadísticamente significativo de los niveles de estradiol, así como mejoría de los dominios relacionados con el deseo, la excitación y el orgasmo⁴⁴.

Terapia androgénica

Testosterona

La determinación de la deficiencia de andrógenos en las mujeres es difícil y cuestionada. Algunos postulan incluso la existencia de un síndrome de deficiencia androgénica. Otro interrogante, si la disminución de los niveles de andrógenos tiene implicación negativa sobre la salud, aún no queda del todo claro. Un tercio de los niveles de testosterona circulante en la mujer proviene de los ovarios y los dos tercios restantes de la glándula suprarrenal y la conversión periférica. Está descrito que los niveles de andrógenos circulantes disminuyen con la edad, independientemente del estatus menopáusico^{45,46}.

No hay correlación entre niveles bajos de testosterona en sangre y DSH, por lo que no hay indicación de dosar testosterona total o libre antes de realizar cualquier diagnóstico³³. Sin embargo, varios estudios demuestran que el tratamiento con testosterona exógena mejoraría el deseo sexual, el número de encuentros sexuales satisfactorios y la función sexual propia en mujeres PM con DSH³³.

Actualmente no se recomienda realizar diagnóstico de "deficiencia androgénica" en mujeres sanas, ya que no existen criterios precisos para su diagnóstico⁴⁷.

El diagnóstico de DSH es multifactorial y difícil. Actualmente es la única indicación para iniciar tratamiento con testosterona, siempre que no existieran contraindicaciones y se pudieran realizar controles estrictos y administrar la mínima dosis posible por un máximo de 3 a 6 meses.

Se le debe explicar a la paciente que los síntomas recurren luego de la discontinuación del tratamiento, que en nuestro país no existen preparaciones exclusivas para mujeres, que no es conveniente "adaptar en forma casera" las preparaciones pensadas y diseñadas para hombres debido a que es imposible llevar un control de la real dosis administrada. Actualmente se considera que lo mejor es usar la menor dosis, por el menor tiempo posible e idealmente por vía transdérmica. De acuerdo

con los últimos estudios, lo ideal sería en forma de parche de liberación de testosterona de 300 µg/día⁴⁷.

Dehidroepiandrosterona (DHEA)

De origen principalmente adrenal, la DHEA y su sulfato (DHEA-S) son los andrógenos que circulan en mayor cantidad en la sangre de las mujeres. Se consideran “pro-hormonas”, precursores para la producción intracelular de andrógenos y estrógenos. Los niveles de DHEA disminuyen con la edad.

Actualmente la DHEA se comercializa como un “suplemento dietario” en algunos países, destinado a mejorar la libido y la sensación de bienestar en mujeres PM. Sin embargo... NO existe evidencia que apoye su uso para este propósito... y no existen estudios que demuestren su inocuidad⁴⁸.

La guía de androgenoterapia de la Sociedad Endocrina, no recomienda el uso de DHEA para mujeres, simplemente porque las indicaciones no son claras y no se ha demostrado su seguridad a largo plazo⁴⁷.

Se realizó un metanálisis encargado por la Task Force (Fuerza de Tareas) para evaluar los beneficios del tratamiento con DHEA en mujeres PM. Incluyó 15 estudios aleatorizados. El uso de DHEA se asoció con una ligera mejoría de la libido y ningún otro efecto estadísticamente significativo. Los datos acerca de los efectos adversos fueron mínimos y la media de duración de los estudios fue de 3 meses. La calidad de la evidencia fue considerada baja a moderada para beneficios y muy baja para evaluar eventos adversos a largo plazo. Por ello la Fuerza de Tareas NO recomienda el uso de DHEA⁴⁹.

Lo nuevo en deseo sexual hipoactivo:

FLIBANSERÍN

Es un agonista postsináptico del receptor de serotonina 5HT1A y antagonista del receptor 5HT2A. Produce disminución de la eliminación de dopamina y noradrenalina y la disminución de serotonina en los circuitos cerebrales, generando así mayor número de neurotransmisores que incrementan el DS. Es decir: inhibe los efectos “antisexuales” de la serotonina y promueve los efectos “prosexuales” de la noradrenalina y la dopamina¹⁹.

Inicialmente fue desarrollado como un antidepresivo, pero no demostró eficacia, mientras que se observó que mejoraba el deseo sexual. Es el único fármaco aprobado por la FDA como tratamiento del DSH en mujeres premenopáusicas⁵⁰. En estudio desde el año 2006, finalmente fue aprobado por la FDA luego de 3 intentos previos por parte de los laboratorios, que no terminaban de presentar todas las evidencias necesarias acerca de su eficacia y eventos adversos, según la FDA. Se administra en dosis de 100 mg/día por la noche, antes de dormir^{51,52}.

Sus principales efectos adversos son hipotensión, síncope y somnolencia. Los riesgos de algún evento adverso se incrementan si es administrado de día o en concomitancia con algún inhibidor del citocromo P-450 3A4 (CYP 3A4), como por ejemplo antirretrovirales, fluconazol, antihipertensivos o algunos antibióticos. Se debe tener un especial cuidado con el consumo de alcohol que, de hecho, está contraindicado. Se le debe explicar a la paciente que no debe manejar vehículos hasta 6 horas después de haber consumido el flibanserín. Se debe discontinuar el tratamiento si no se observan mejoras luego de 8 semanas⁵³.

La eficacia de 100 mg de flibanserín a la noche fue evaluada en 3 estudios aleatorizados, contra placebo, doble ciego, de 24 semanas de duración.

Se evaluaron aproximadamente 2400 mujeres premenopáusicas con diagnóstico de DSH. El promedio de edad fue 36 años, y la duración del DSH 5 años.

El tratamiento con flibanserín mejoró el número de relaciones sexuales satisfactorias y el deseo sexual y disminuyó la angustia relacionada con el DSH, en aproximadamente un 10% más de las mujeres tratadas con respecto a placebo. No hubo diferencias en la *performance* sexual⁵⁴.

CONCLUSIONES

La salud sexual y la vida sexual son componentes importantes de la vida de las mujeres PM. La mayoría de ellas considera que la actividad sexual es importante y desean mantener una vida sexual activa y placentera. Sin embargo, no debemos olvidar que el bienestar de la mujer no se relaciona únicamente con la actividad sexual.

El manejo de las alteraciones sexuales de la mujer PM debe ser integral. Los profesionales de la salud que interactuamos con mujeres debemos tener en cuenta que la sexualidad es un parámetro importante de la calidad de vida. Debemos escuchar, indagar acerca de las cuestiones aparejadas a la esfera sexual de nuestra paciente. La sexualidad es un tema del que es difícil hablar espontáneamente, y más para nuestras pacientes mayores. Debemos preguntarles...

También el diagnóstico de DSH es difícil de realizar. No debemos apresurarnos. La transición menopáusica conlleva *per se* cambios hormonales, biológicos, sociales, de la imagen corporal, psicológicos y de relación. Es una crisis. Debemos considerarla como tal.

Con respecto a las diferentes alternativas terapéuticas, cada opción debe ser individualizada. Cada mujer, cada pareja tiene diferentes necesidades y probablemente le preocupen diferentes cosas. Hoy por hoy contamos con múltiples opciones, y debemos encontrar la adecuada para la persona que tenemos adelante, de acuerdo con su historia, sus creencias, sus demandas y necesidades.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- González Corrales R. Los médicos y la sexualidad: una breve revisión histórica. En: Gándara JJ de la, Puigvert A. Sexualidad humana, una aproximación integral. Madrid: Médica Panamericana; 2005. p. 123-36.
- Weinstein L, Swartz MN. Pathologic properties of invading microorganisms. En: Sodeman WA Jr, Sodeman WA, (eds). Pathologic physiology: mechanisms of disease, Vol. 1. Philadelphia: WB Saunders; 1974. p. 457-72.
- Blumel Méndez JE, Castelo-Branco Flores C, Vallejo Maldonado S. La sexualidad en las diferentes etapas de la vida. En: Gándara JJ de la, Puigvert A. Sexualidad humana, una aproximación integral. Madrid: Médica Panamericana; 2005. p. 55-63.
- World Health Organization. Education and treatment in human sexuality: the training of health professionals. Geneva: the Organization; 1975. (WHO Technical Report Series N° 572).
- Nappi RE. Why are there no FDA-approved treatments for female sexual dysfunction? Expert Opin Pharmacother. 2015;16(12):1735-8
- World Health Organization. Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health, 28-31 January 2002. Geneva: the Organization; 2006.
- Thornton K, Chervenak J, Neal-Perry G. Menopause and Sexuality. Endocrinol Metab Clin North Am. 2015;44(3):649-61.
- Naeinian MR, Shaeiri MR, Hosseini FS. General health and quality of life in patients with sexual dysfunctions. Urol J. 2011;8(2):127-31.
- Tepavcevic DK, Kostic J, Basuroski ID, et al. The impact of sexual dysfunction on the quality of life measured by MSQoL-54 in patients with multiple sclerosis. Mult Scler. 2008;14(8):1131-6.
- Masters y Johnson [Internet]. En: Psicosexualidad. Blog del equipo de investigación "Salud, sexualidad y género". [Vigo]: Universidad de Vigo; 2009 ago 15 [Consulta: 23/12/15]. Disponible en: <http://psicosexualidadoureense.blogspot.com.ar/2009/08/masters-y-johnson.html>
- Rosen RC, Barsky JL. Normal sexual response in women. Obstet Gynecol Clin North Am. 2006;33(4):515-26.
- Kaplan HS. Disorders of sexual desire and other new concepts and techniques in sex therapy. New York: Brunner/Haze; 1979.
- Gutiérrez Teira B. La respuesta sexual humana. AMF. 2010;6(10):543-6.
- Basson R. Women's sexual dysfunction. Revised and expanded definitions. CMAJ. 2005;172(10):1327-33.
- Basson R, Brotto LA, Laan E, et al. Assessment and management of women's sexual dysfunctions: problematic desire and arousal. J Sex Med. 2005;2(3):291-300.
- Sánchez Hernández J, Monje Hernández E, Gándara Martín JJ de la. Disfunción sexual femenina. En: Gándara JJ de la, Puigvert A. Sexualidad humana, una aproximación integral. Madrid: Médica Panamericana; 2005. p. 140-5.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013.
- Speroff L. The menopause: a signal for the future. En: Lobo R. Treatment of the postmenopausal woman: basic and clinical aspects. 2th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 1999. p. 1-10.
- Stahl SM. Mechanism of action of flibanserin, a multifunctional serotonin agonist and antagonist (MSAA), in hypoactive sexual desire disorder. CNS Spectr. 2015;20(1):1-6.
- Cain VS, Johannes CB, Avis NE, et al. Sexual functioning and practices in a multi-ethnic study of midlife women: baseline results from SWAN. J Sex Res. 2003;40(3):266-76.
- Dennerstein L, Hayes RD. Confronting the challenges: epidemiological study of female sexual dysfunction and the menopause. J Sex Med. 2005;2 Suppl 3:118-32.
- Hällström T, Samuelsson S. Changes in women's sexual desire in middle life: the longitudinal study of women in Gothenburg. Arch Sex Behav. 1990;19(3):259-68.
- Lonnée-Hoffmann RA, Dennerstein L, Leher P, et al. Sexual function in the late postmenopause: a decade of follow-up in a population-based cohort of Australian women. J Sex Med. 2014;11(8):2029-38.
- Burri A, Hilpert P, Spector T. Longitudinal evaluation of sexual function in a cohort of pre- and postmenopausal women. J Sex Med. 2015;12(6):1427-35.
- North American Menopause Society. The role of testosterone therapy in postmenopausal women: position statement of The North American Menopause Society. Menopause. 2005;12(5):496-511; quiz 649.
- Shifren JL, Monz BU, Russo PA, et al. Sexual problems and distress in United States women: prevalence and correlates. Obstet Gynecol. 2008;112(5):970-8.
- Leiblum SR, Koochaki PE, Rodenberg CA, et al. Hypoactive sexual desire disorder in postmenopausal women: US results from the Women's International Study of Health and Sexuality (WISHeS). Menopause. 2006;13(1):46-56.
- Lindau ST, Schumm LP, Laumann EO, et al. A study of sexuality and health among older adults in the United States. N Engl J Med. 2007;357(8):762-74.
- Santoro N, Komi J. Prevalence and impact of vaginal symptoms among postmenopausal women. J Sex Med. 2009;6(8):2133-42.
- Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. JAMA. 1999;281(6):537-44. Erratum in: JAMA 1999;281(13):1174.
- Management of symptomatic vulvovaginal atrophy: 2013 position statement of The North American Menopause Society. Menopause. 2013;20(9):888-902; quiz 903-4.
- Kingsberg SA, Wysocki S, Magnus L, y col. Vulvar and vaginal atrophy in postmenopausal women: findings from the REVIVE (REal Women's Views of Treatment Options for Menopausal Vaginal Changes) survey. J Sex Med. 2013;10(7):1790-9.
- Genazzani AR, Gambacciani M, Simoncini T. Menopause and aging, quality of life and sexuality. Climacteric. 2007 Apr;10(2):88-96.
- Avis NE, Colvin A, Bromberger JT, et al. Change in health-related quality of life over the menopausal transition in a multiethnic cohort of middle-aged women: Study of Women's Health Across the Nation. Menopause. 2009;16(5):860-9.
- Basson R, Wierman ME, van Lankveld J, et al. Summary of the recommendations on sexual dysfunctions in women. J Sex Med. 2010;7(1 Pt 2):314-26.
- SAEGRE. Guía Práctica para el Tratamiento de la Mujer durante el Climaterio. Lombardi y colaboradores, 18 de junio de 2005[MyFI].
- Althof SE. Sex therapy and combined (sex and medical) therapy. J Sex Med. 2011;8(6):1827-8.
- Wierman ME, Nappi RE, Avis N, et al. Endocrine aspects of women's sexual function. J Sex Med. 2010;7(1 Pt 2):561-85.
- Castelo-Branco Flores C, García García S. Papel del tratamiento hormonal sobre la sexualidad en la mujer postmenopáusicas. En: Gándara JJ de la, Puigvert A. Sexualidad humana, una aproximación integral. Madrid: Médica Panamericana; 2005. p. 339-48.
- Albertazzi P, Di Micco R, Zanardi E. Tibolone: a review. Maturitas. 1998;30(3):295-305.
- Reis BF, Lima SM, Silva GM, et al. Effects of low dose of tibolone on steroid receptors and Bcl-2 on the postmenopausal endometrium. Histol Histopathol. 2016;31(6):629-34.
- Laan E, van Lunsen RH, Everaerd W. The effects of tibolone on vaginal blood flow, sexual desire and arousability in postmenopausal women. Climacteric. 2001;4(1):28-41.
- Egarter C, Topcuoglu A, Vogl S, et al. Hormone replacement therapy with tibolone: effects on sexual functioning in postmenopausal women. Acta Obstet Gynecol Scand. 2002;81(7):649-53.
- Ziaei S, Moghasehi M, Faghihzadeh S. Comparative effects of conventional hormone replacement therapy and tibolone on climacteric symptoms and sexual dysfunction in postmenopausal women. Climacteric. 2010;13(2):147-56.
- Davison SL, Bell R, Donath S, et al. Androgen levels in adult females: changes with age, menopause, and oophorectomy. J Clin Endocrinol Metab. 2005;90(7):3847-53.
- Labrie F, Martel C, Bales J. Wide distribution of the serum dehydroepiandrosterone and sex steroid levels in postmenopausal women: role of the ovary? Menopause. 2011;18(1):30-43.
- Wierman ME, Arlt W, Basson R, et al. Androgen therapy in women: a reappraisal: An Endocrine Society clinical practice guideline. J Clin Endocrinol Metab. 2014;99(10):3489-510.
- Panjari M, Davis SR. DHEA therapy for women: effect on sexual function and wellbeing. Hum Reprod Update. 2007;13(3):239-48.
- Elraiyah T, Sonbol MB, Wang Z, et al. Clinical review: The benefits and harms of systemic dehydroepiandrosterone (DHEA) in postmenopausal women with normal adrenal function: a systematic review and meta-analysis. J Clin Endocrinol Metab. 2014;99(10):3536-42.

50. Gellad WF, Flynn KE, Alexander GC. Evaluation of Flibanserin: Science and Advocacy at the FDA. *JAMA*. 2015;314(9):869-70.

51- Nappi RE. Why are there no FDA-approved treatments for female sexual dysfunction? *Expert Opin Pharmacother*. 2015;16(12):1735-8.

52. Flibanserin, a medical treatment for female hypoactive sexual desire disorder [Internet]. [Consulta: 23/12/15]. Disponible en: <http://www.flibanserin-hsdd.com/>.

53. Joffe HV, Chang C, Sewell C, et al. FDA approval of flibanserin. Treating hypoactive sexual desire disorder. *N Engl J Med*. 2016;347(2):101-4.

54. U.S. Food and Drug Administration. FDA approves first treatment for sexual desire disorder: Addyi approved to treat premenopausal women [Internet]. Silver Spring, MD: U.S. Food and Drug Administration; 2015 Aug 18 [Consulta: 23/12/15]. Disponible en: <http://www.fda.gov/NewsEvents/Newsroom/PressAnnouncements/ucm458734.htm>