

11217



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE POSTGRADO



PETROLEOS MEXICANOS
DIRECCION CORPORATIVA DE ADMINISTRACION
GERENCIA DE SERVICIOS MEDICOS
HOSPITAL CENTRAL NORTE

FUNCION SEXUAL EN MUJERES PERIMENOPÁUSICAS EN EL
HOSPITAL CENTRAL NORTE

Por

DRA. KARLA IDALIA HERNÁNDEZ HERNÁNDEZ

Tesis propuesta para la especialidad en

GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

0351709

2005

ASESORES:

DR. JORGE ZEPEDA ZARAGOZA
DR. EDGARDO BUSTILLOS ALAMILLA

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la
UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el
contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: Karla Idalia Hernández Hernández

FECHA: 30/02/05

FIRMA: [Firma]



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

DR. JAIME ELOY ESTEBAN BAZ
DIRECTOR HOSPITAL CENTRAL NORTE


DR. S. ADOLFO ESQUIVEL VILLARREAL
SUBDIRECTOR HOSPITAL CENTRAL NORTE

DR. JORGE ZEPEDA ZARAGOZA
JEFE DE GINECOOBSTETRICIA
HOSPITAL CENTRAL NORTE



DR. ROBERTO LONDAIZ GOMEZ
JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN
HOSPITAL CENTRAL NORTE



SUBDIVISIÓN DE ESPECIALIZACIÓN
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

 **PETROLEOS MEXICANOS**
HOSPITAL CENTRAL NORTE

PEMEX

 **30 SEP 2005** 

**JEFATURA DE ENSEÑANZA
E INVESTIGACIÓN**

DEDICATORIA

A Dios, por haberme dado la vida, y la oportunidad de dejarme en la familia a la que pertenezco.

A mi padre, CARLOS HERNÁNDEZ PÉREZ, quien me ha enseñado a ser un adulto, a pesar de que físicamente nos separan algunos kilómetros, sus consejos me acompañan día a día.

A mi madre, IDALIA HERNÁNDEZ ALPÍREZ, quien con esfuerzo y sacrificio sigue formándome, y es mi mejor amiga.

A mi hermana MAYBY quien soporto junto conmigo desvelos y ausencias por estudio, y por el apoyo y estímulo brindado para seguir adelante.

A mi hermano JUAN CARLOS porque más que mi hermano, es mi mejor amigo, en quien confío sin prejuicios.

A ti, que estos años has estado a mi lado sin darte cuenta, sin muchas preguntas y con mucho apoyo, no necesito escribir tu nombre, pues sabes muy bien quien eres.

AGRADECIMIENTOS

Al Dr. JORGE ZEPEDA ZARAGOZA, quien día a día exige lo mejor de nosotros con el único fin de lograr hacernos buenos profesionistas especialistas, en lo personal agradezco aquellas sesiones donde aprendimos a defender lo que sabemos hacer, a levantarse después de tropezones y verdaderos golpes en el quehacer diario.

"Aprender a aprender, aprender a hacer, aprender a ser hombre"

Al Dr. EDGARDO BUSTILLOS ALAMILLA por su guía en muchos aspectos, en la enseñanza con visión crítica, sino también en su apoyo en muchas actividades extrahospitalarias.

Al Dr. MANUEL AMEZCUA VILLANUEVA porque no solo me enseñó ginecología, sino que también me ayudó con sus consejos a ser una mejor mujer.

A todos aquellos maestros que compartieron sus conocimientos y experiencias para mi formación, por su paciencia en el difícil arte de enseñar.

A mis compañeros residentes, tanto de generaciones precedentes como las que vienen detrás, con quienes se aprende a vivir y compartir gran parte de nuestro tiempo, tanto en lo laboral como en las relaciones interpersonales y compañerismo, en especial a Luis (todo lo que aprendí de ti, ginecología y vida), Frén (mi hermano mayor no consanguíneo), Yoa (esas pláticas de medianoche), Juan Manuel (una relación que costo año y medio para que cuajara "güero"), Quique (eres un chispa), Guille (con algunos accidentes, pero creo que ahora entiendes una parte), y también a Carlitos, Rosangela, Maritza, Omar, Adrianita, Miguel (llegaste en el momento justo).

A todo el cuerpo de enfermería que sin ellas, nuestro trabajo simplemente no se lograría, además de ser grandes proveedoras de víveres en momentos críticos, en especial a Elsa, Ene, Nieves, Chivis, Esther, Soco, Hermi, Lucha, Miche, Lolita y todas las demás que saben que las llevaré en el recuerdo. Al resto del personal paramédico y administrativo que hizo de ésta la mejor etapa de mi vida profesional al momento.

A las pacientes que confiaron su vida y la de su propio hijo aun sin conocerlo en nuestras manos, y que, como me enseñaron desde el principio de la especialidad, son "un libro abierto".

GLOSARIO

Sexo. Se refiere al conjunto de características biológicas que definen al espectro de humanos como hembras y machos

Sexualidad. Se refiere a una dimensión fundamental del hecho de ser un ser humano: Basada en el sexo, incluye al género, las identidades de sexo y género, la orientación sexual, el erotismo, la vinculación afectiva y el amor, y la reproducción. Se experimenta o se expresa en forma de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, actividades, prácticas, roles y relaciones. La sexualidad es el resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos, socioeconómicos, culturales, éticos y religiosos o espirituales.

Salud sexual. Es la experiencia del proceso permanente de consecución de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad.

Climaterio. Climaterio proviene del griego *clímax*, que significa: cumbre, escalón, terminación del ascenso e inicio del descenso. Según la Sociedad Internacional de Menopausia, fundada en 1976, se aceptó, en el primer Congreso Internacional de Menopausia, en Francia, la definición de climaterio como el "periodo de transición de un estado reproductivo a uno no reproductivo".

Menopausia. Se define como el cese de los periodos menstruales en la mujer que comprende edades entre 40 y 50 años de edad (del griego *meno* = mes y *pausia* = cese).

Perimenopausia. Se define como la etapa de transición amplia, que incluye los cambios de la fisiología del ovario en la instalación gradual del proceso de senescencia y se considera que se inicia cuatro años antes del cese de la menstruación (premenopausia), y postmenopausia es el vocablo que se refiere a los años posteriores a la misma.

TABLA DE CONTENIDO

| | |
|--|----|
| Introducción | 1 |
| Marco teórico | 3 |
| El ciclo de la respuesta sexual | 4 |
| Mediadores fisiológicos y biológicos de la respuesta sexual femenina | 7 |
| Impacto de la hormonas en la función sexual femenina | 10 |
| Factores que afectan la función sexual femenina | 13 |
| Evaluación clínica de la función sexual femenina | 20 |
| Disfunción sexual | 23 |
| Evaluación de la disfunción sexual | 36 |
| Etiología de la disfunción sexual femenina | 38 |
| Tratamiento de la disfunción sexual femenina | 42 |
| Sexualidad y climaterio | 46 |
| Medición de la función sexual femenina | 52 |
| Planteamiento del problema | 61 |
| Justificación | 62 |
| Objetivos | 64 |
| Hipótesis | 65 |
| Material y Métodos | 66 |
| Resultados | 70 |
| Discusión | 80 |
| Conclusiones | 87 |
| Bibliografía | 88 |

INTRODUCCIÓN

La sexualidad constituye uno de los componentes más complejos del comportamiento humano¹. El fin primordial del sexo no es la reproducción como exclusiva meta, sino que es una conducta integral, biopsicosocial, que expresa al organismo en su totalidad; cualquier acto biológico tiene determinantes psicológicas y sociales, de tal manera que la sexualidad es la respuesta integral del ser humano, y no en particular de su genitalidad^{1,2}.

Los factores que determinan la sexualidad femenina son múltiples, entre los que se encuentran: aspectos biológicos (genéticos y hormonales), psicológicos, sociales (familia, amistades, religión), ambientales, espirituales y factores aprendidos, además se incluyen: identidad sexual, imagen corporal, enfermedades, desarrollo mamario, embarazo, lactancia, menopausia y climaterio, y la edad¹.

Durante el transcurso de la vida, las mujeres comúnmente experimentan problemas sexuales y cambios en su sexualidad. A pesar de la prevalencia de los problemas sexuales, las mujeres mantienen silencio con respecto al tópico de la sexualidad, y dan por hecho que esto es normal³. En perspectiva, los hombres acuden en menor frecuencia a centros de salud, en comparación con las mujeres, que aunque acuden a consulta por otras causas tratan de aclarar algunas dudas sobre su vida sexual con los médicos.

Los problemas sexuales son comunes: 43% de las mujeres y el 31% de los hombres reportan que han tenido alguna de las formas de disfunción sexual en el último año. La disminución del deseo sexual es el componente más frecuente en las mujeres, sobre todo en la etapa premenopáusica, seguido de dificultades para lograr el orgasmo³.

La sexualidad y la expresión sexual son aspectos integrales de la vida que no necesariamente disminuyen con la edad⁴. Con la menopausia se marca el fin de la función reproductora femenina y se producen una serie de cambios físicos y psíquicos. La respuesta sexual de la mujer mayor es distinta a la de las mujeres jóvenes, porque la edad impone cambios fisiológicos en los órganos sexuales reproductores: se produce una involución de los ovarios, útero, vagina, vulva y mamas que derivan en la diferente respuesta sexual⁵.

MARCO TEÓRICO

Todos los individuos tienen sentimientos, actitudes y convicciones en materia sexual, pero cada persona experimenta la sexualidad de distinta forma, porque viene conformada por una perspectiva sumamente individualizada. Se trata, en efecto, de una perspectiva que dimana tanto en experiencias personales y privadas como de causas públicas y sociales. No se puede comprender la sexualidad humana sin reconocer de antemano su índole pluridimensional⁵.

Debido a lo anterior, desglosaremos el estudio de la sexualidad y sus modificaciones desde un punto biológico, y los factores que la modifican de forma concomitante, con la finalidad de lograr comprender las adaptaciones de la sexualidad con respecto a las etapas de la vida de la mujer.

EL CICLO DE LA RESPUESTA SEXUAL HUMANA

El ciclo de la respuesta sexual en la mujer es mediado por una interacción compleja de factores psicológicos, ambientales y fisiológicos (hormonales, vasculares, musculares y neurológicos)¹⁶.

La fase inicial del ciclo de la reacción sexual es el deseo, seguido por 4 fases sucesivas descritas originalmente por Masters y Johnson: excitación, meseta, orgasmo y resolución. Existe una amplia variabilidad de la manera en que reaccionan las mujeres desde el punto de vista sexual y cada fase se puede ver afectada por envejecimiento, enfermedad, medicación, alcohol, sustancias ilícitas y factores de la relación de pareja, entre otros^{1,16}.

Fase de deseo. El deseo sexual es la motivación y la inclinación a la actividad sexual, es decir, un estado mental creado por estímulos externos e internos que inducen a la necesidad o a querer participar en la actividad sexual; se puede desencadenar mediante indicios sexuales, como fantasías o un compañero interesado, y depende de un funcionamiento neuroendocrino adecuado. Es susceptible de ser influido por la orientación sexual, preferencias, estado mental psicológico y situación ambiental. Consiste en: 1) vías biológicas (estrógenos y andrógenos), 2) vías motivacionales (intimidad, placer, relación de pareja), 3) aspectos cognitivos (riesgos)⁶⁷.

Fase de excitación. Es el estado con cambios fisiológicos y sentimientos específicos asociados con la actividad sexual que involucra a los genitales. Esta mediada por el sistema nervioso parasimpático, y se caracteriza por sensaciones eróticas y aparición de lubricación en la vagina. La excitación sexual incrementa el flujo sanguíneo hacia la vagina, y la vasocongestión y los posibles cambios de la permeabilidad capilar resultantes producen un estado que incrementa la fracción de filtración capilar. El líquido capilar filtrado experimenta trasudación entre los

espacios interclulares del epitelio vaginal, con lo que se forman gotillas de líquidos sobre las paredes de la vagina. Además de las sensaciones de tensión sexual, las mujeres excitadas experimentan taquicardia, respiración rápida, elevación de la presión arterial, sensación generalizada de calor, injurgitación mamaria, tensión muscular generalizada (miotomía), erección de los pezones, moteado de la piel y erupción eritematosa maculopapular ("rubor sexual") sobre el tórax y las mamas. Durante esta etapa, clítoris y labios vulvares se ponen tumefactos, la vagina se alarga, distiende y dilata, y el útero se eleva y sale hacia arriba de la cavidad pélvica. Lo anterior se resume en: 1) mecanismos centrales (activación de pensamientos, sueños y fantasías), 2) mecanismos periféricos no genitales (salivación, sudoración, vasodilatación cutánea, erección de pezones), 3) injurgitación del clítoris y labios vulvares, así como de la vagina⁶⁷.

Fase de meseta. En esta fase se intensifican la tensión sexual y las sensaciones eróticas, y la vasocongestión alcanza su intensidad máxima. La piel se pone más moteada, las mamas se vuelven más injurgitadas y los pezones se ponen más erguidos. Los labios vulvares se ponen más tumefactos y se vuelven de color rojo oscuro, y el tercio inferior de la vagina se hincha y engrosa para formar la "plataforma orgásmica". El clítoris se pone más tumefacto y se eleva para colocarse más cerca de la sínfisis del pubis. El útero se eleva por completo fuera de la pelvis. La mujer alcanza el punto del orgasmo con estimulación sexual adecuada⁷.

Fase orgásmica. Es un estado de alteración de la conciencia con consumo sensorial primariamente genital, consiste en múltiple información sensorial aferente a puntos clave como clítoris; labios vulvares, vagina, y glándulas perineurales que viajan al cerebro por estructuras supraespinales y que involucran el septum talámico. El orgasmo es una reacción miotónica mediada por el sistema nervioso simpático. Se experimenta como descarga repentina de la tensión que se ha

acumulado durante las etapas de excitación y meseta. El orgasmo es la más intensa placentera de las sensaciones sexuales. Consisten en contracciones rítmicas reflejas múltiples (3 a 15) que duran 0.8 segundo de los músculos que rodean a la vagina, y los perineales, anales y de la plataforma orgásmica. Muchas mujeres experimentan también contracciones uterinas durante el orgasmo. Algunas describen que su sensación del orgasmo es distinta después de la histerectomía. Muchas mujeres que son orgásmicas prefieren tener orgasmos antes del coito, durante el tiempo en que es más intensa la estimulación del clítoris. A diferencia de los hombres, que no reaccionan a la estimulación sexual después del orgasmo (periodo refractario), las mujeres son potencialmente multiorgásmicas y capaces de experimentar más de un orgasmo durante una sola relación sexual. Por tanto, pueden experimentar orgasmos tanto antes del coito como durante el mismo si se les aplica estimulación adecuada del clítoris^{6,7}.

Fase de resolución. Posterior a la descarga repentina de la tensión sexual producida por el orgasmo, las mujeres experimentan una sensación de relajación y bienestar. Los cambios fisiológicos que se producen durante la excitación se invierten, y el cuerpo regresa a su estado de reposo. El descenso uterino completo, la detumescencia del clítoris y de la plataforma orgásmica y la descongestión de la vagina y los labios vulvares requieren entre 5 y 10 minutos⁷.

Lo anterior está mediado por algunos factores fisiológicos y bioquímicos que enunciaremos a continuación.

MEDIADORES FISIOLÓGICOS Y BIOLÓGICOS DE LA RESPUESTA
SEXUAL FEMENINA

El sistema nervioso central (área preóptica medial, región hipotalámica anterior y en las estructuras del hipocampo relacionadas con el área límbica) es el responsable del deseo sexual. Una vez activados estos sitios, se transmiten señales eléctricas al sistema nervioso simpático y parasimpático. Los mecanismos moduladores neurogénicos del músculo de la vagina y el clítoris para la contracción y relajación, aún se encuentran en investigación^{7,8}.

Mediadores No adrenérgicos y No colinérgicos

Estudios inmunohistoquímicos en tejido vaginal ha revelado la presencia de fibras nerviosas que contienen neuropéptido Y (NPY), polipéptido intestinal vasoactivo (VIP), enzima sintetasa de óxido nítrico (NOS), monofosfato guanídico cíclico (cGMP), y sustancia P. Estudios preliminares sugieren que el VIP y el óxido nítrico están involucrados en el proceso de relajación y secreción vaginal. El óxido nítrico ha sido identificado en el tejido del clítoris humano y se cree que es un mediador primario en la injurgitación del clítoris y de los labios vulvares. Un estudio de ambos órganos en conejos demostró que la relajación esta mediado por nitroprusiato de sodio y L-arginina (ambos son donadores de óxido nítrico)^{7,8}.

La fosfodiesterasa tipo 6 (PDE5), es una enzima responsable de la degradación de cGMP, y ha sido identificada en el clítoris humano, las glándulas vestibulares y el músculo de la vagina, y es inhibida por el citrato de sildenafil. Las células del tejido muscular vaginal en el humano y en conejos con un donador de óxido nítrico, como el nitroprusiato de sodio, en presencia de sildenafil, han demostrado una mayor síntesis y acumulación de cGMP. Las prostaglandinas E1 (PGE1) y la acetilcolina producen un incremento del cGMP intracelular. En

varios estudios; el sildenafil causa una relajación dosis-dependiente en el tejido del clítoris y de la vagina en conejos, esto sugiere que el óxido nítrico funciona como un mediador en la relajación del músculo cavernoso del clítoris y a nivel vaginal. La identificación del neurotransmisor no adrenérgico y no colinérgico (NANC) aún no es clara. El VIP es un neurotransmisor NANC que, como el óxido nítrico, tiene un rol en el incremento del flujo sanguíneo vaginal, la lubricación y secreción. La vagina es inervada importantemente por fibras nerviosas immunorreactivas al VIP, en estrecha relación con el epitelio y vasos sanguíneos. En otros estudios, el VIP causa una relajación dosis-dependiente en el tejido cavernoso del clítoris y en el tejido muscular en la vagina en conejos, sugiriendo un rol similar del VIP endógeno como neurotransmisor en el tejido clitoral y vaginal^{7,8}.

Respuesta mediada por adreno-receptores alfa1 y alfa2

En los machos, los receptores adrenérgicos existen en centros cerebrales y están asociados a erección del pene, libido y eyaculación. Los agentes que afectan estos receptores han sido estudiados en múltiples ocasiones y usados en el tratamiento de la disfunción eréctil. Agonistas alfa-adrenérgicos como la norepinefrina activa terminales nerviosas simpáticas, dando como resultado una contracción del músculo trabecular del pene y por lo tanto tumescencia. Además, los agonistas alfa 2 causan respuestas similares. La activación de receptores alfa 2 resulta en una disminución en la concentración de 3'5' monofosfato de adenosina y una contracción importante de los vasos sanguíneos. Se cree que los mediadores alfa-adrenérgicos tienen un rol fisiológico en el deseo sexual femenino. Algunos resultados preliminares en conejos sugieren mecanismos adrenérgicos que modulan el tono muscular. La norepinefrina exógena (agonista alfa 1 y alfa 2) causa contracción dosis-dependiente del músculo vaginal, y los alfa 1 (prazosin y tamsulosina) y alfa 2 (delequamina) inhibe de forma antagónica selectiva la

contracción en conejos. Estas observaciones sugieren que la respuesta contráctil está mediada por nervios adrenérgicos. De hecho, esto ha venido a diferenciar la calidad de la respuesta contráctil en los segmentos superiores e inferiores de la vagina, de acuerdo a su inervación y a su origen embriológico^{7,8}.

IMPACTO DE LA HORMONAS EN LA FUNCIÓN SEXUAL
FEMENINA

Estrógenos

Los estrógenos tienen un rol significativo en la regulación de la función sexual femenina. Los niveles de estradiol afectan el funcionamiento del sistema nervioso periférico y central y además tienen una influencia en la transmisión nerviosa. La disminución de los niveles de estrógenos séricos tiene como resultado el adelgazamiento de la mucosa vaginal, del epitelio y una atrofia del músculo vaginal. Los niveles bajos de estrógenos tienen como resultado una disminución del ambiente ácido del canal vaginal. Estos cambios incrementan la susceptibilidad a infecciones vaginales, del tracto urinario, así como de la incontinencia y de la disfunción sexual^{6, 8,9}.

En modelos animales, la administración de estradiol tiene como resultado un incremento en las zonas de los receptores al tacto distribuidos en el nervio pudendo, esto sugiere que los estrógenos tienen una función sensorial también^{6, 8,9}.

En las mujeres posmenopáusicas, el reemplazo estrogénico restablece la vibración vaginal y del clitoris, así como incrementa las sensaciones al tacto casi igual que en las mujeres premenopáusicas. Los estrógenos tienen efectos vasoprotectores y vasodilatadores que resultan en un incremento del flujo arterial en vaginal, clitoris y uretra, resultando en un mantenimiento de la respuesta sexual femenina al tener un efecto de prevención aterosclerótica en arterias y arteriolas pélvicas^{6, 8,9}.

Con la menopausia y la asociación a la disminución de estrógenos circulantes, muchas mujeres tienen cambios adversos en la función sexual. Los síntomas sexuales más comunes incluyen: disminución del deseo, disminución en la

frecuencia de la actividad sexual, dispareunia, disminución en la respuesta sexual, dificultad para lograr el orgasmo, disminución de la sensibilidad genital.

Masters y Johnson publicaron sus hallazgos referentes a los cambios fisiológicos que ocurren en las mujeres menopáusicas que se relacionan con la función sexual en 1966. Estudios subsecuentes han revelado que los síntomas relacionados con la sensación genital y el flujo sanguíneo son, en parte, secundarios a la declinación de los niveles estrogénicos, y que tienen una relación directa con la presencia de alteraciones sexuales y niveles estrógenicos por debajo de 50 pg/muL. Los síntomas disminuyen importantemente con el reemplazo estrogénico. Actualmente, los tratamientos para síntomas sexuales asociados a la menopausia es la terapia de reemplazo hormonal, lubricantes comerciales, psicoterapia, y medicación antidepressiva^{6,8,9}.

Los estrógenos tienen un rol en la regulación de la expresión de NOS, la enzima responsable de la producción de óxido nítrico. La edad y la castración quirúrgica tienen como resultado una expresión disminuida de NOS a nivel vaginal y clitoral, y en la apoptosis del músculo de la pared vaginal y de la mucosa. El reemplazo estrogénico restablece las condiciones vaginales, incrementa la expresión vaginal de NOS y disminuye la muerte celular vaginal. Estos hallazgos sugieren que las medicaciones como el sildenafil que media la relajación muscular mediada por óxido nítrico tienen un rol potencial en el tratamiento de la disfunción sexual femenina, en especial, en la alteración del deseo sexual^{6,8,9}.

Testosterona

Los niveles bajo de testosterona (niveles totales de testosterona por debajo de 20pg/dL y testosterona libre menor de 0.9pg/dL) esta asociado a una disminución de la excitación sexual, sensación genital, libido y orgasmo. Los niveles bajos de testosterona pueden ser acompañados de pérdida de vello

púbico, adelgazamiento de la mucosa vaginal, y disminución en la sensación de bienestar^{6,89}.

Se ha reportado el uso de testosterona de forma terapéutica en mujeres menopáusicas con disminución del deseo sexual. La testosterona tiene un importante rol en el deseo sexual en mujeres posmenopáusicas secundaria a ooforectomía. Aunque la FDA aun no aprueba el uso de testosterona en mujeres, algunos estudios clínicos han reportado beneficios de la testosterona para el tratamiento del trastorno del deseo y otros trastornos de la sexualidad. El uso terapéutico de la testosterona en crema para el trastorno de deseo e incrementar el interés sexual, en mujeres menopáusicas tratadas con combinación de estrógenos y testosterona ha sido reportada^{6,89}.

Todos los andrógenos tienen el riesgo de virilización en la mujer, las manifestaciones tempranas reversibles incluyen acné, hirsutismo e irregularidades menstruales. A largo plazo, los efectos secundarios: calvicie masculina, incremento del hirsutismo, cambio de la voz, hipertrofia del clítoris, son irreversibles. Las evidencias sugieren que la suplementación de testosterona disminuye los niveles de lipoproteínas de alta densidad (HDL) e incrementa los niveles de triglicéridos, además incrementa el riesgo en las mujeres de hipercolesterolemia y enfermedad cardíaca. En las mujeres con historia de cáncer de mama esta contraindicado el uso de testosterona por el hecho de que pueden ser convertidos en estrógenos^{6,89}.

FACTORES QUE AFECTAN LA FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA

Envejecimiento

El envejecimiento y cese de la función ovárica que acompaña a la menopausia tienen un efecto importante sobre el ciclo de reacción sexual de la mujer. El deseo sexual y la frecuencia del coito disminuyen conforme las mujeres envejecen, aunque en general retienen su interés por el sexo y siguen teniendo el potencial de disfrutar el placer sexual durante toda su vida. La necesidad de tener cerca a su compañero y de amor e intimidad no cambia con el paso de la edad. La manera en que funcionan las mujeres desde el punto de vista sexual conforme envejecen depende, en gran medida, de la disponibilidad de su compañero y de la frecuencia con que efectúan las relaciones sexuales, lo mismo que de la intensidad con que disfrutaban el sexo cuando eran más jóvenes^{4,7,10}.

Los cambios anatómicos que acompañan al envejecimiento son:

- Reducción del tamaño de la vagina
- Adelgazamiento de las paredes vaginales
- Disminución de la elasticidad de las paredes vaginales
- Enjutamiento de los labios mayores
- Adelgazamiento de los labios menores
- Disminución de la sensibilidad del clítoris
- Disminución del tamaño del clítoris
- Reducción del tono muscular perineal
- Plataforma orgásmica adelgazada
- Atrofia de las mamas
- Disminución de la injurgitación mamaria durante la excitación
- Cambios sensitivos en el pezón y la areola⁷

Estos cambios predisponen a las mujeres a las crisis más frecuentes de vulvovaginitis y de infección de las vías urinarias que, junto con la disminución de la lubricación vaginal, pueden producirles dispareunia^{4,7,10}.

Los efectos del envejecimiento en la fisiología sexual se enuncian a continuación:

- Aumento del tiempo requerido para excitarse desde el punto de vista sexual
- Tiempo mas prolongado para lograr la lubricación
- Producción de menor lubricación vaginal
- Orgasmos menos intensos
- Aumento de la necesidad de estimulación para volverse orgásmica
- Ningún cambio en la capacidad para tener orgasmos
- Menos probable que la mujer sea multiorgásmica^{7,10}

Las mujeres que se conservan sexualmente activas después de la menopausia tienen menor atrofia vulvar y vaginal que las mujeres abstinentes^{7,10}.

Las enfermedades que acompañan al envejecimiento pueden tener también un impacto sobre la función sexual. La arteriosclerosis puede disminuir el flujo sanguíneo vaginal y mermar la excitación, la lubricación y la intensidad del orgasmo. La enfermedad pulmonar obstructiva crónica puede disminuir las concentraciones de testosterona, con lo que se trastornará el deseo sexual. El dolor de una cadera artífrica puede volver difícil que la mujer encuentre una posición cómoda para el coito^{4,7,10}.

Son varios los factores psicosociales que pueden influir en la sexualidad de la mujer anciana. Las mujeres de edad avanzada pueden carecer de un compañero

sexual, o éste puede desarrollar disfunción eréctil. La pareja puede haber tenido una relación sexual insatisfactoria durante la vida anterior, y quizá los miembros de la misma no sean capaces de adaptarse con buenos resultados a los cambios y a las posibles disfunciones sexuales que tienden a sobrevenir con el envejecimiento. Las parejas pueden encontrar difícil no poder seguir funcionando desde el punto de vista sexual como lo hacían en el pasado, y son incapaces de lograr la transición hacia una nueva manera de hacer el amor (no coital). Otros factores incluyen aspectos de la intimidad (como vivir en una casa de asistencia), resistirse a masturbarse si no se dispone de un compañero, y actitudes negativas de la sociedad hacia la sexualidad en las mujeres ancianas^{4,7,10}.

La asistencia a las dificultades sexuales en las mujeres ancianas debe incluir complementación local o general con estrógenos para aliviar la resequedad vaginal, los síntomas de las vías urinarias y la dispareunia. Las esperanzas sexuales de la paciente y de su compañero deben valorarse también, y se efectuará una valoración de su nivel actual de funcionamiento sexual. Deben disiparse los mitos que pueden tener sobre la sexualidad durante la senectud. Si la pareja está interesada en conservar su funcionamiento sexual, deben recibir instrucciones sobre formas alternativas de expresión sexual y sobre maneras de aliviar el malestar. Sin embargo, los pacientes que envejecen pueden tener dificultades para cambiar sus esperanzas sexuales y sus maneras de hacer el amor. Quizá no se adapten con facilidad a los cambios y se resistan a revalorar sus creencias sexuales, sus actitudes, su conducta y sus funciones de género que tuvieron durante mucho tiempo. En algunos casos las parejas se sienten cómodas sin efectuar el coito como parte de su relación^{4,7,10}.

Fármacos

Diversas medicaciones, entre ellas el alcohol y las sustancias ilícitas, pueden alterar la reacción sexual normal como:

- Antihipertensivos
- Diuréticos tiazídicos
- Antidepresivos
- Antipsicóticos
- Antihistamínicos
- Barbitúricos
- Narcóticos
- Benzodiacepinas
- Alucinógenos
- Anfetaminas
- Cocaína
- Anticonceptivos orales

El consumo de la paciente de estas sustancias se valorará como parte de la historia clínica, y se sugerirán ajustes en la posología o en la formulación si se consideran apropiados^{7,8}.

Enfermedades

Las enfermedades tanto agudas como crónicas pueden ocasionar depresión, deformación de la imagen corporal, malestar físico y trastornos de la integridad hormonal, vascular y neurológica que se requiere para el funcionamiento sexual.

Los trastornos neurológicos que alteran el funcionamiento sexual son esclerosis

múltiple, neuropatía alcohólica y lesión de la médula espinal. Pueden afectar también a la reacción sexual los trastornos endocrinos y metabólicos como diabetes mellitus, hiperprolactinemia, deficiencia de testosterona, estados de deficiencia de estrógenos e hipotiroidismo^{7,10}.

Pueden tener un efecto importante sobre la imagen corporal y los sentimientos de orgullo y amor propio de la mujer la valoración de la esterilidad y el tratamiento a la misma. La esterilidad puede hacer que se sienta deprimida, sin protección, sin esperanzas, poco atractiva y sexualmente indeseable. La pérdida de la espontaneidad sexual, que es un criterio dirigido del sexo, y la necesidad del coito programado pueden producir disfunción sexual y dificultades en las relaciones⁷.

El diagnóstico y el tratamiento del cáncer de mama pueden afectar a la sexualidad. Sin embargo, la mayoría de las mujeres afrontan bien la tensión y el tratamiento y no desarrollan trastornos psiquiátricos mayores o disfunción sexual importante. En diversos estudios se han comparado las mujeres sometidas a mastectomía y las que se someten a operaciones conservadoras de la mama, y se han encontrado muy pocas diferencias entre ambos grupos en cuanto a los aspectos postoperatorios como satisfacción marital, ajuste psicológico, frecuencia de la actividad sexual e incidencia de la disfunción sexual. La frecuencia de la estimulación de la mama con la actividad sexual disminuye después de la mastectomía. Las mujeres que se someten a resección de una tumoración mamaria tienen sentimientos más positivos sobre sus cuerpos, en especial sobre su aspecto cuando están desnudas, que las mujeres que se han sometido a mastectomía. El factor de predicción más firme para satisfacción sexual después de cáncer no se la extensión de la intervención quirúrgica, sino los aspectos de la mujer como salud psicológica global, satisfacción en sus relaciones y nivel del funcionamiento sexual antes de experimentar el cáncer^{7,11}.

Los procedimientos ginecológicos frecuentes efectuados por trastornos benignos o malignos pueden afectar al funcionamiento psicosexual. La ooforectomía en las mujeres premenopáusicas puede tener un efecto dañino sobre el deseo sexual, lo mismo que sobre los sentimientos de excitación sexual. Estos efectos se pueden invertir mediante tratamiento de restitución de estrógenos y, cuando esté indicado, de restitución de andrógenos. En diversos estudios se ha demostrado que la histerectomía abdominal no tiene un efecto adverso sobre el funcionamiento sexual si no se acorta en exceso la vagina y si se preservan los ovarios. Muchas mujeres informan disminución de la dispareunia y aumento de la libido y la frecuencia del coito después de la histerectomía por enfermedad benigna.

Las mujeres que se someten a una intervención quirúrgica por cáncer ginecológico experimentan más disfunción sexual (deseo sexual inhibido, disminución de la excitación, dispareunia y anorgasmia), y son menos activas desde el punto de vista sexual que las mujeres sanas de la misma edad. La dispareunia puede relacionarse con disminución de la lubricación vaginal secundaria a la menopausia quirúrgica o a la retracción cicatrizal de la vagina por radioterapia. Algunas pacientes, en especial las que tienen cáncer cervicouterino, pueden preocuparse de que la readopción de la actividad sexual les produzca una recurrencia de su padecimiento. Entre las pacientes con cáncer ginecológico, no parece que la actividad sexual después del tratamiento se relacione con el tipo de cáncer o con la etapa de la enfermedad^{7, 11, 12, 13, 14, 15, 16}.

Los médicos deben hablar de las preocupaciones sexuales con la paciente y su compañero antes de la intervención quirúrgica, intentar disipar sus mitos y sus conceptos erróneos, y seguir ofreciendo consejo a las pacientes después del tratamiento. También deben ofrecerles consejo técnico específico (empleo de jalea lubricante con base acuosa, actividad sexual no coital para las pacientes que

experimentan dispareunia grave, empleo de dilatadores vaginales y ejercicios de Kegel). Las mujeres que funcionaban bien antes de la intervención quirúrgica y que tienen una autoimagen positiva son más capaces de afrontar las dificultades sexuales producidas por el tratamiento del cáncer ginecológico que las mujeres con una mala adaptación sexual previa a la experimentación del cáncer^{7, 11, 12, 13, 14, 15, 16}

EVALUACIÓN CLÍNICA DE LA FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA

Aunque muchos médicos experimentan cierta ansiedad ante la perspectiva de hablar de aspectos sexuales con sus pacientes, y creen que carecen de las capacidades básicas para brindarles consejo sexual, el ginecólogo puede tratar la mayor parte de las preocupaciones sexuales. El modelo PLISSIT es un método de consejos y tratamientos sexuales de utilidad que consiste en cuatro niveles de intervención terapéutica. Se pueden emplear los tres primeros niveles del modelo para hacer frente a un nivel de 80 a 90% de las preocupaciones sexuales. El modelo (PLISSIT en español) es el siguiente:

El *permiso* otorga validez a los sentimientos de la paciente, y le ofrece autorización para expresar sus preocupaciones sexuales.

La *información limitada* ofrece a la paciente la información sobre su fisiología y su conducta sexuales

Las *sugerencias específicas* consisten en reeducación específica relacionada con las actitudes y las prácticas sexuales de la paciente

El *envío para tratamiento intensivo* se reserva para los pacientes que no reaccionan a los tres primeros niveles de intervención, y que pueden requerir tratamiento individual o de pareja intensivo^{3,7}.

Históricamente, la evaluación de mujeres con disfunción sexual ha sido limitada a valoración psicológica. La evaluación fisiológica de la respuesta sexual femenina para el clínico ha sido complicada por la dificultad en la cuantificación objetiva de los cambios que ocurren en la excitación. En contraste con la respuesta en el hombre con la erección, algunos cambios genitales que comprometen la respuesta sexual femenina no es difícil de medir pero no es bien aceptada por la paciente^{3,8}.

Evaluación médica/ fisiológica

La evaluación de la paciente con disfunción sexual debe incluir una exploración física completa que incluye revisión pélvica, estudio psicológico y psicosocial, estudios de laboratorio y hormonales si es necesario, monitorización fisiológica con monitorización de la medición de la excitación. En este contexto, las mediciones subjetivas y objetivas deben ser obtenidas y evaluada. Se sugiere un perfil hormonal que incluya niveles de hormona foliculo-estimulante (FSH), hormona luteinizante (LH), prolactina, niveles de testosterona libre y total, globulina transportadora de hormonas sexuales (SHBG) y niveles de estradiol. Los niveles de SHBG incrementan con la edad y disminuyen con la administración de estrógenos exógenos. Mujeres con niveles bajos de estrógenos y testosterona habitualmente refieren síntomas como disminución de la libido, disminución de la sensación táctil, resequedad vaginal, dispareunia, disminución en la excitación. Si se encuentran niveles bajos de testosterona y estrógenos, se debe iniciar una terapia de reemplazo con resolución o mejoría de la sintomatología.

Se debe determinar las condiciones médicas como una alteración del eje hipotálamo-hipófisis, deficiencia hormonal secundaria a menopausia, quimioterapia, u ooforectomía bilateral. También es importante determinar los medicamentos que utiliza y verificar si no tienen como efecto secundario alteraciones en la función sexual, en caso de existir alguno valorar su cambio sino esta contraindicado⁸.

La evaluación de la respuesta sexual femenina debe incluir la búsqueda intencionada de enfermedades orgánicas, como insuficiencia vascular, anomalías hormonales, y alteraciones neurológicas. Hay estudios con mediciones con rangos ya bien definidos como normales:

- Flujo sanguíneo genital: velocidades sistólicas y al final de la diástole en clítoris, labios vulvares, uretra, vagina, por medio de ultrasonografía Doppler
- Medición de lubricación vaginal
- Elasticidad/compliance vaginal: cambios en la presión y volumen
- Sensación genital: percepción de vibración y temperatura

Estas mediciones pueden ser registradas, y continuar con estimulación sexual.

Algunas veces, la definición de estos parámetros antes de iniciar terapéutica médica puede ser un punto de partida para el seguimiento⁸.

Evaluación psicológica/psicosexual

Además de la evaluación médica y fisiológica, todas las pacientes deben ser evaluadas en el ámbito emocional y de relaciones que pueden contribuir a una disfunción severa. El clínico debe determinar el contexto en que la paciente experimenta su sexualidad, su autoestima e imagen corporal, la habilidad para comunicar las necesidades con su pareja. Esta evaluación es un componente integral en la evaluación de la función sexual femenina. Los aspectos emocionales y de relaciones deben ser registrados antes del tratamiento como un punto de partida para valorar la eficacia del tratamiento⁸.

Es difícil estudiar un fenómeno tan complejo como es la sexualidad humana, ya que este comportamiento ha variado con el tiempo y en los diferentes grupos humanos. A esta diversidad debemos agregar además, las variaciones individuales de la sexualidad. Si a la complejidad humana sumamos los problemas metodológicos que tienen la mayoría de los estudios que investigan sobre la sexualidad, entenderemos que es difícil interpretar y comparar los resultados sobre esta área de la conducta humana¹⁷.

DISFUNCIÓN SEXUAL

La disfunción sexual femenina es definida como un desorden en el deseo sexual, la excitación, orgasmo y/o dolor sexual, que resulta en una alteración personal significativa y que tiene un impacto en la calidad de vida y relaciones interpersonales^{8, 18}, que de acuerdo a la etiología puede ser orgánica, psicogénica, mixta o de causa desconocida¹.

Según la Asociación Americana de Psiquiatría, las disfunciones sexuales se clasifican en:

- Trastornos del deseo sexual (deseo sexual hipoactivo o inhibido y aversión sexual)
- Trastornos de la excitación sexual
- Trastornos orgásmicos
- Trastornos por dolor sexual (vaginismo y dispareunia)
- Trastornos sexuales causados por problemas médicos generales y abuso de sustancias

Cada trastorno se puede clasificar en mayor grado aún como:

- De toda la vida o adquirido
- Generalizado (no se limita a un compañero o a una situación específicos)
- Situacional

La disfunción sexual femenina tradicionalmente ha incluido a trastornos del deseo/libido, excitación, orgasmo y dolor. Se estima que alrededor del 43% de mujeres tienen alguno de estos problemas. En la respuesta sexual y su disfunción se encuentran involucrados procesos psicológicos y orgánicos, sin embargo, la

clasificación del Manual de la Asociación Psiquiátrica Americana para Diagnóstico y Estadística Versión IV (DSM-IV) solo incluye en su nomenclatura solo desórdenes mentales. Recientemente, se desarrolló un consenso multidisciplinario a nivel internacional en donde se estableció una nueva clasificación aplicable a todas las formas de disfunción sexual femenina considerando su etiología. Al mismo tiempo, las definiciones de alteraciones individuales fueron en algunos casos modificadas¹⁹.

TRASTORNOS DE LA FASE DE DESEO (DESEO SEXUAL HIPOACTIVO O INHIBIDO)

El deseo sexual hipoactivo consiste en deficiencia o ausencia de fantasías sexuales y de deseo por la actividad sexual que producen tensión notable y dificultades interpersonales⁷. Esta alteración puede ser causada por estimulación insuficiente o no efectiva (con implicaciones psicológicas y físicas), deficiencia de testosterona, disforia, depresión, estrés, enfermedades médicas, alteraciones en la autoimagen⁴. Las pacientes con trastornos de la fase de deseo tienen poco interés por la búsqueda de estimulación sexual, pero a menudo conservan su capacidad para excitarse sexualmente y experimentar orgasmo si su compañero las busca desde el punto de vista sexual^{5, 6}. El trastorno suele desarrollarse durante la vida adulta, a menudo tras un período de interés y funcionamiento sexuales adecuados. Algunas mujeres pueden experimentar aversión sexual, y evitarán por completo toda clase de actividad sexual con un compañero. El trastorno de la fase de deseo es la disfunción sexual más frecuente tanto en mujeres como en varones, y es la más difícil de tratar^{7, 8, 18, 20}.

Entre las causas fisiológicas de deseo sexual hipoactivo se encuentran medicaciones, enfermedades crónicas, depresión, tensión, abuso de sustancias,

envejecimiento y alteraciones hormonales. Las concentraciones de testosterona y prolactina deben valorarse en toda paciente que manifieste inicio reciente del trastorno de la fase de deseo, porque las causas podrían ser hiperprolactinemia por adenoma hipofisario o disminución de de las concentraciones de testosterona en mujeres posmenopáusicas. Pueden evitar el coito algunas pacientes posmenopáusicas que experimentan dispareunia secundaria a atrofia vaginal. Este trastorno se resuelve con restitución de estrógenos^{7,8,18,20}.

Entre las causas individuales de inhibición del deseo sexual están: ortodoxia religiosa, personalidad anhedónica u obsesivo-compulsiva, desviación sexual enmascarada, miedo al embarazo o a las enfermedades de transmisión sexual, y aspectos de la elección de objetos. Algunas pacientes experimentan una supresión inconsciente e involuntaria del deseo sexual y evitan activamente las situaciones sexuales. Pueden suprimir su deseo evocando pensamientos negativos, o permitiendo que se intrinsecan en su raciocinio pensamientos negativos nacientes cuando tienen una oportunidad sexual. El deseo sexual se puede inhibir también como consecuencia de la ansiedad por el funcionamiento, el poco amor propio, la depresión, la anticipación de una experiencia sexual no agradable, el miedo a la intimidad o los remordimientos residuales sobre el sexo y el placer. Las mujeres que han sido víctimas de abuso sexual cuando eran niñas o que han sido agredidas desde el punto de vista sexual como adultas pueden experimentar evasión o aversión sexuales. Algunas pacientes pueden temer a la pérdida del control sobre sus sentimientos sexuales y, por tanto, pueden suprimirlos por completo. Si la paciente está experimentando otra forma de disfunción sexual, como dispareunia o anorgasmia, también puede estar experimentando disminución del deseo sexual^{7,8,18,20}.

Las causas del deseo sexual bajo que se deben a la relaciones son falta de atractivo sexual por el compañero, pocas habilidades sexuales, inexperiencia de uno o

ambos compañeros, conflictos maritales o temor a la intimidad a causa de desconfianza en el compañero o sensación de vulnerabilidad. Algunas parejas experimentan dificultades sexuales a causa de las diferencias en los sentimientos sobre lo cerca que debe estar un compañero sexual del otro. Uno de ellos puede desear estar muy cerca, en tanto que el otro desea mas distancia. Las parejas pueden ser sexualmente incompatibles, y en ellas un compañero aplica demandas sexuales y el otro es incapaz de aceptarlas o no las desea. Las parejas pueden tener dificultades con el momento o la manera en que inician la actividad sexual, o quizá tengan niveles incompatibles de deseo sexual. Abuso del cónyuge, problemas económicos y aspectos de poder y controles maritales pueden afectar el deseo sexual del mismo modo. Es difícil que cualquier persona se sienta excitada sexualmente si está deprimida a causa de sus relaciones o irritada con su compañero, o cree que no se le quiere^{7,8,18,20}.

El tratamiento de las pacientes con deseo sexual inhibido puede requerir tanto terapéutica individual como consejo sobre las relaciones. La psicoterapia orientada a la introspección puede permitir a la paciente identificar los sentimientos negativos que inhiben sus impulsos eróticos, y lograr introspección sobre las causas subyacentes de su deseo sexual apagado. Entre las asignaciones individuales de "tareas para el hogar" se encuentran identificación de las sensaciones eróticas, ejercicios de percepción corporal, leer sobre la sexualidad humana y técnicas sexuales y capacitación en la fantasía. Por añadidura, se instruye a la pareja sobre la manera de efectuar ejercicios sexuales estructurales conocidos como *ejercicios de enfoque sensato*. Estos ejercicios de modificación de la conducta tienen como finalidad reducir la ansiedad sexual y brindar a la pareja un ambiente no demandante, no amenazador y tranquilizante en el cual pueda hacer frente a la ansiedad por el funcionamiento, a los aspectos de comunicación sexual y a la falta de experiencia y conocimientos sexuales^{7,8,18,20}.

TRASTORNO DE LA EXCITACIÓN

La alteración de la excitación es una dificultad recurrente o persistente o la imposibilidad de experimentar orgasmo o demora en alcanzar el orgasmo, en presencia de una estimulación adecuada y con deseo sexual, teniendo como resultado estrés¹; también está caracterizada por la incapacidad de alcanzar o mantener una actividad sexual completa, una respuesta adecuada de lubricación en la excitación sexual². El trauma local, deficiencias hormonales, enfermedades crónicas, medicamentos (como inhibidores de la recaptura de serotonina), el abuso de sustancias, y otros factores psicológicos o sociales son algunas causas del trastorno de la excitación^{1,3}.

Algunas mujeres experimentan elementos de deseo sexual hipoactivo o disminución de la excitación. Se debe distinguir entre problemas de excitación u otras alteraciones de estrés para dar un manejo dirigido. Su investigación debe realizarse mediante el modelo PLISSIT, ya comentado previamente⁴.

La educación de la paciente y su pareja sobre esta disfunción sexual es imprescindible, se pueden utilizar algunos lubricantes con base agua, puede ser efectivo la administración de manejo hormonal (anticonceptiva o de reemplazo)^{1,5}.

DISFUNCIÓN ORGÁSMICA

La disfunción orgásmica en las mujeres se caracteriza por retraso persistente o recurrente del orgasmo o ausencia del mismo después de una fase de excitación sexual normal, que genera tensión o dificultades interpersonales. La disfunción orgásmica es más preponderante en las mujeres más jóvenes y menos

experimentadas desde el punto de vista sexual. El trastorno del orgasmo primario es cuando una mujer nunca ha experimentado orgasmos y puede ser causada por estimulación insuficiente, falta de experiencia (por uno o ambos miembros de la pareja), y el antecedente de abuso sexual. La anorgasmia secundaria ocurre cuando una mujer que ha tenido orgasmos previamente, pero que esta capacidad va en disminución o cesa. Se encuentra anorgasmia primaria en cerca del 5 al 10% de las mujeres, y es más frecuente que la anorgasmia secundaria. Algunas mujeres desarrollan anorgasmia secundaria a causa de problemas con sus relaciones, depresión, abuso de sustancias, medicaciones prescritas, enfermedades crónicas, deficiencia de estrógenos o trastornos neurológicos. Muchas mujeres que son orgásmicas con la masturbación y durante la actividad sexual no coital no pueden ponerse muy tensas porque no son orgásmicas durante el coito, no tienen orgasmos múltiples o un orgasmo con cada encuentro sexual, o no experimentan de manera simultánea el orgasmo, y que muchas mujeres tienden a ser orgásmicas durante el jugueteo sexual, en el cual reciben estimulación más directa e intensa del clítoris, que durante el coito^{7, 8, 18, 20, 21}.

La causa psicológica más frecuente de la anorgasmia es la auto-observación y la vigilancia obsesivas durante la fase de excitación, que se acompañan a menudo por ansiedad y pensamientos que distraen, negativos o de subestima. La mujer con disfunción orgásmica puede estar tan atareada vigilando su propia reacción y la de su compañero, y esta tan preocupada por "fallar", que es incapaz de relajarse lo suficiente para permitir que se efectúen los reflejos naturales y desencadenen el orgasmo. Masters y Johnson denominan a esta forma de ansiedad por el funcionamiento "actitud de espectador". El orgasmo inhibido se puede relacionar con antecedentes de abuso sexual, sentimientos negativos hacia la sexualidad, problemas con las relaciones, poco amor propio, mala imagen corporal o miedo a perder el control^{7, 8, 18, 20, 21}.

Se han propuesto numerosos programas para el tratamiento de la disfunción orgásmica. Los accesos incluyen valoración y tratamiento de los trastornos médicos y psiquiátricos, educación sexual, comunicación y capacitación en las habilidades sexuales, terapéutica matrimonial, terapéutica de grupo, fantasías eróticas y consejo para reducir la ansiedad sexual y la ansiedad por el funcionamiento. El criterio de Masters y Johnson recurre a ejercicios de enfoque sensato cuya finalidad es reducir la ansiedad, mejorar la técnica sexual, despertar de nuevo la sensualidad natural y eliminar el criterio de orientación hacia una finalidad en relación con la sexualidad. Aunque Masters y Johnson afirman haber obtenido una tasa de buenos resultados de 80% con su programa, otros no han podido duplicar sus resultados en todos los casos^{7, 8, 18, 20, 21}.

El tratamiento más eficaz para la anorgasmia primaria es un programa de masturbación dirigida con empleo de fantasías eróticas. Con esta técnica se han informado tasas de buenos resultados de 80 a 90%. Se dispone de diversas obras excelentes de ayuda personal para que la mujer aprenda la manera de volverse orgásmica mediante la masturbación. Puede ser de utilidad un vibrador si la paciente es incapaz de obtener orgasmo sin el instrumento. Una vez que la paciente ha experimentado el orgasmo por medio de masturbación, puede desear tener orgasmos mientras se encuentra con su compañero, ya sea durante el juego sexual previo o el coito. La estimulación manual del clítoris mientras se tiene el coito (técnica del puente) puede ayudar a las mujeres a volverse orgásmicas con sus compañeros^{7, 8, 18, 20, 21}.

TRASTORNOS POR DOLOR SEXUAL

VAGINISMO

El vaginismo es la contracción involuntaria recurrente o persistente de los músculos perineales que rodean al tercio más exterior de la vagina cuando intenta la penetración vaginal con el pene, un dedo, un tapón o un espejo vaginal. El vaginismo es un reflejo involuntario precipitado por intentos reales o imaginados de penetración vaginal. Puede ser global, caso en el cual la mujer es incapaz de ponerse nada dentro de la vagina, o situacional, caso en el cual es capaz de emplear un tapón y puede tolerar la exploración pélvica, pero no efectuar el coito. Muchas mujeres con vaginismo tienen deseo sexual normal, experimentan lubricación vaginal y son orgásmicas, pero incapaces de efectuar el coito. El vaginismo puede ser primario, en donde la mujer nunca ha sido capaz de efectuar el coito, o secundario, que se deba a menudo a dispareunia adquirida. Algunas parejas pueden afrontar esta dificultad años antes de buscar ayuda. Suelen buscar el tratamiento porque desean tener hijos o deciden tener hijos o deciden que les gustaría consumar su relación. El vaginismo es relativamente raro, y afecta a cerca de 1% de las mujeres^{7,8,18,19}.

Puede ser una reacción condicionada a una experiencia desagradable, como abuso sexual, primera exploración pélvica dolorosa o primer intento doloroso de efectuar el coito. Puede ocurrir de manera secundaria a la ortodoxia religiosa o a las preocupaciones sobre la orientación sexual. Muchas mujeres con vaginismo tienen miedo extremo a la penetración y conceptos erróneos sobre su anatomía y sobre el tamaño de su vagina. Pueden creer que su vagina es demasiado pequeña para aceptar un tapón o el pene, y que se producirán un gran daño físico al colocarse cualquier cosa dentro de la vagina^{7,8,18,20}.

Aunque rara vez son causa de vaginismo los trastornos médicos, deben descartarse previamente algunos como endometriosis, enfermedad inflamatoria pélvica crónica, himen imperforado parcial y estenosis vaginal mediante exploración pélvica cuidadosa. La exploración pélvica, que debe efectuarse, si es posible, en presencia del compañero de la mujer, permite al médico ayudar a educar a la pareja sobre la anatomía femenina normal y disipar las concepciones erróneas sobre el tamaño del introito de la vagina. Es de gran utilidad pedir a la paciente que observe la exploración a través de un espejo. Como la etiología del vaginismo suele ser psico-fisiológica, las pacientes con este trastorno no deben someterse a ninguna intervención quirúrgica para "aumentar" el introito a menos que tengan himen imperforado parcial u otra indicación válida para operarlas^{7,8,18,19}.

El tratamiento del vaginismo tiene como finalidad extinguir el espasmo vaginal involuntario condicionado. Esto se puede lograr con las medidas que siguen:

- Ayudar a la mujer a familiarizarse más con su anatomía y a encontrarse más cómoda con su sexualidad
- Enseñarle técnicas que le ayuden a relajarse cuando vaya a ocurrir la penetración vaginal
- Instruirla sobre el empleo de ejercicios de Kegel con el objeto de lograr control sobre los músculos que rodean el introito
- Instruirla sobre la manera en que pueden emplear dilatadores de caucho graduados (también puede emplear los dedos como dilatadores)

Se explica a la paciente el protocolo sobre el empleo de los dilatadores mientras se encuentra en el consultorio, pero la colocación real de los mismos la efectúa la paciente cuando se encuentra en su hogar. Es importante que la paciente

conservar el control total sobre el empleo de estos dispositivos y los utilice en un ambiente que sienta cómodo y seguro. Los dilatadores deben cubrirse con un lubricante hidrosoluble tibio. Al principio tratará de colocarse los dilatadores (o un dedo) en la vagina cuando esté sola y relajada. Si no puede relajarse lo suficiente para colocar el dilatador más pequeño en la vagina, podría ser capaz de reducir la ansiedad mediante técnicas de aprendizaje de la relajación o de autohipnosis. También pueden ayudar a reducir la ansiedad a las medicaciones como propanolol o alprazolam. Una vez que la paciente ha sido capaz de colocarse el dilatador más pequeño en la vagina, puede insertar progresivamente los dilatadores de mayor tamaño, podrá instruir a su compañero sobre la manera de colocarle los dilatadores en la vagina mientras ella conserva el control sobre la rapidez con que se van colocando estos aparatos. En estos momentos puede estar lista para proseguir con el coito. De nuevo esta situación debe estar bajo su control, y se sentará o arrodillará sobre su compañero y se insertará ella misma el pene. La mayoría de las parejas (90%) que siguen este protocolo tienen buenos resultados y son capaces de efectuar el coito^{7,8,18,20}.

DISPAREUNIA

La dispareunia ("apareamiento difícil") es el dolor genital que ocurre antes del coito, durante el mismo o a continuación en ausencia de vaginismo. La experiencia repetida de dolor durante el coito puede ocasionar tensión notable, ansiedad y dificultades interpersonales, todo lo cual tendrá como resultado la espera de una experiencia sexual negativa y, por último, la evasión sexual. Como sucede con otras formas de disfunción sexual, la dispareunia puede ser generalizada o situacional, de toda la vida o adquirida. Ocurre dispareunia secundaria, en promedio, cerca de 10 años después de la iniciación de la actividad sexual. La dispareunia es una de las disfunciones sexuales más frecuentes que atienden los ginecólogos, y se estima que afecta a cerca de dos terceras partes de

las mujeres durante toda su vida. Las mujeres con dispareunia suelen hablar del dolor con su compañero sexual, pero menos de la mitad de ellas consultan al médico sobre este problema. Como la dispareunia es un trastorno psicofisiológico, los factores tanto psicológicos como físicos deben considerarse cuando se valore a la paciente^{7,8,16,20}.

Se efectuará historia clínica cuidadosa dirigida hacia la cronología completa del malestar, la valoración del impacto de la dispareunia sobre la paciente y su compañero, y cualquier intento previo de tratar el trastorno. Durante la exploración física se harán todos los intentos posibles para identificar cualquier factor orgánico sutil frecuente que contribuya al malestar. Los cambios fisiológicos que ocurren durante la excitación sexual pueden explicar el dolor que se experimenta durante el coito, pero que no ocurre en otros momentos, como durante la exploración pélvica sistemática^{7,8,16,20}.

Las causas de dolor a la estimulación de los genitales externos son vulvitis crónica, irritación e hipersensibilidad del clítoris. El dolor a nivel del introito producido por la entrada del pene puede deberse a un anillo himeneal rígido, a tejido cicatrizal por una reparación de episiotomía, a una anomalía de Müller, a vaginitis causada por uno de los muchos agentes patógenos vaginales frecuentes, o por irritación a causa de nebulizaciones, duchas o dispositivos anticonceptivos de venta libre que se aplican a la vagina. La causa más frecuente de dispareunia tratada con buenos resultados es la infección vaginal. Una causa frecuente es la fricción a causa de excitación sexual insuficiente. Esta situación se puede resolver mediante consejo a la pareja para que dedique más tiempo al juego sexual previo, lo que garantizará que la mujer tenga lubricación suficiente antes del coito. Es también de utilidad el empleo de un lubricante hidrosoluble. La atrofia vaginal resultante de estado hipoprogénico (menopausia y lactancia) se puede tratar mediante restitución general o vaginal de estrógenos^{7,8,16,20}.

El síndrome de vestibulitis vulvar es una constelación de síntomas que consiste en dolor o ardor intensos al tocar el vestíbulo e intentar la entrada en la vagina. El tratamiento de este síndrome es empírico, porque no se ha dilucidado su etiología. Quizá se requiera un criterio amplio de multimodalidad. Las infecciones acompañantes deben tratarse, se eliminarán los irritantes vulvovaginales, y se reservará la intervención quirúrgica (vestibulectomía con avance vaginal) para las pacientes con dispareunia grave que no han mejorado con tratamiento conservador.^{7,8,18,20}

Las causas de dolor mediovaginal incluyen vagina acortada de manera congénita, cistitis intersticial y uretritis. El dolor con el orgasmo puede asociarse a las contracciones uterinas. La dispareunia con la penetración vaginal profunda puede estar relacionada con alargamiento y lubricación vaginales insuficientes a causa de excitación sexual incompleta, enfermedad inflamatoria pélvica crónica, endometriosis, útero fijo en retroversión, tumoración pélvica y aumento del tamaño del útero como resultado de mioma o adenomiosis, enfermedad intestinal inflamatoria, síndrome de colon irritable o relajación pélvica.^{7,8,18,20}

Los factores psicológicos que contribuyen a la dispareunia son:

- factores del desarrollo
- factores traumáticos
- factores de las relaciones

Lazarus emplea las siglas mnemotécnicas BASIC ID (CASIC IF en español) para describir su criterio multimodal en la valoración de la dispareunia. Este criterio se aplica a los aspectos siguientes:

"Función Sexual en Mujeres Perimenopáusicas en el Hospital Central Norte"

| | |
|--------------------------|--|
| Conducta | Técnica deficiente |
| Afecto | Remordimientos, ira, miedo y vergüenza |
| Sensibilidad | ¿Dónde ocurre el dolor? |
| Imaginación | ¿Aparecen pensamientos o imágenes negativos que trastoran el disfrute sexual? |
| Cognición | ¿Existen creencias disfuncionales o información errónea que desempeñan una función que afecta la participación sexual? |
| Aspectos Interpersonales | ¿De que manera se comunica la pareja y se relacionan sus miembros en los aspectos tanto sexuales como no sexuales? |
| Fármacos | ¿Se encuentran la paciente bajo alguna medicación que podría disminuirle la lubricación vaginal? |

EVALUACIÓN DE LA DISFUNCIÓN SEXUAL

La historia clínica amplia es una parte importante de la valoración de las pacientes con disfunción sexual. Siguiendo el modelo PLISSIT, deben incluirse los siguientes aspectos en la evaluación de la consulta ^{3,7}.

1. Tipo de problemas sexuales, tipo de actividad (vaginal, oral, anal y masturbación), número de veces por semana que ocurre actividad sexual; el tipo y número de parejas, uso de preservativos, dispareunia, nivel de deseo, uso de prácticas sexuales alternativas, historia de problemas y abuso sexual¹
2. Descripción específica de la disfunción y análisis del funcionamiento sexual actual
3. Momento en que se inició la disfunción, y de qué manera progresó con el paso del tiempo
4. Cualquier factor precipitante
5. Teoría de la paciente sobre lo que le produjo la disfunción
6. Efecto que ha tenido la disfunción sobre sus relaciones
7. Tratamientos anteriores y resultados
8. Esperanzas y finalidades del tratamiento
9. Comprensión de la fisiología y la conducta sexuales
10. Cualquier mito o concepto erróneo ^{3,7}

Por otro lado, también existen varios cuestionarios validados para la medición de la función sexual, algunos de los cuales fueron desarrollados para estudios epidemiológicos y no son ideales como instrumentos diagnósticos. Los siguientes pueden ser utilizados en el consultorio: a) Índice breve del funcionamiento sexual para mujeres (22 preguntas, 15-20 minutos de aplicación), b) Entrevista para la

función sexual (25 preguntas, 15-20 minutos de aplicación), c) Índice de función sexual femenina (19 preguntas, 16 minutos de aplicación), éste último ya validada su versión diagnóstica¹.

El Índice de Función Sexual Femenino fue validado en el 2000, que fue diseñado como un instrumento de medición clínica de las dimensiones que intervienen en la función sexual femenina: deseo y excitación; lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor sexual. Es un cuestionario de 19 preguntas que son desarrolladas de forma simple, es fácil de administrar y demostró una capacidad para discriminar las alteraciones clínicas en estudios epidemiológicos¹⁹.

ETIOLOGÍA DE LA DISFUNCIÓN SEXUAL FEMENINA

Causas vasculares

Recientemente se ha definido el síndrome de insuficiencia vascular clitoral y vaginal, el cual, está relacionado con la disminución del flujo sanguíneo genital secundario a aterosclerosis de la arteria pudenda e ilio-hipogástrica. En algunas condiciones, además de las causas psicológicas o fisiológicas/ orgánicas, que se manifiestan por una disminución en la respuesta clitoral y vaginal, la insuficiencia arterial debe ser considerada como una causa. La disminución del flujo sanguíneo secundario a enfermedad aterosclerótica aorto-iliaca es condicionante de fibrosis de la pared vaginal y del músculo del clitoris. Este defecto puede resultar en resequedad vaginal y dispareunia. La evaluación histo-morfométrica del tejido eréctil del clitoris en animales, demuestra disminución de pared vascular, disminución de la masa muscular, e incremento en el depósito de colágeno. En tejido del clitoris en humanos, presenta reemplazo del músculo por tejido conectivo en asociación con aterosclerosis de las arterias del cuerpo cavernoso del clitoris. El mecanismo preciso es desconocido aún, es posible que los cambios ateroscleróticos que ocurren en el músculo trabecular y a nivel de la vasculatura del clitoris interfieran en la relajación normal y en la respuesta con dilatación a la estimulación sexual^{6,8}.

Además de la enfermedad aterosclerótica, la alteración de los niveles de estrógenos circulantes asociados a la menopausia contribuye a los cambios asociados a la edad en el músculo de la vagina y del clitoris. Por otro lado, una lesión traumática en el sitio de irrigación de la arteria pudenda e ilio-hipogástrica, como una fractura, trauma, cirugía o presión perineal crónica como en los ciclistas, puede resultar en una disminución del flujo vaginal y a nivel del clitoris y secundariamente en la disfunción sexual^{6,8}.

Causas neurogénicas

Algunas de las causas neurológicas que causan disfunción eréctil en el hombre pueden causar disfunción sexual en la mujer. Estas causas incluyen lesión en la médula espinal o enfermedad del sistema nervioso central o periférico como la diabetes, o lesiones de la motoneurona superior que afecta segmentos sacros y espinales. Las mujeres con lesiones incompletas pueden tener como consecuencia una disminución en la capacidad del deseo a nivel psicológico y en la lubricación vaginal. En cuanto al orgasmo, las mujeres con lesión de la médula espinal tienen una mayor dificultad para lograr el orgasmo. Los efectos de las lesiones de la médula espinal en la respuesta sexual femenina y el manejo con farmacoterapia vasoactiva en estas pacientes esta siendo investigada. Un estudio reciente sugiere un rol potencial del sildenafil en mujeres con lesión medular^{6,8}.

Causa hormonal/ endocrino

La alteración del eje hipotálamo-hipófisis, la castración quirúrgica o médica, la menopausia y la falla ovárica prematura, el control de la fertilidad son las causas mas frecuentes de disfunción sexual con etiología hormonal^{6,8}.

Los efectos más comunes asociados a niveles bajos de estrógenos y testosterona son disminución del deseo y de la libido, resequeidad vaginal y trastorno de la excitación. Los estrógenos otorgan integridad al tejido de la mucosa vaginal y tienen efectos benéficos en la sensación vaginal, vasocongestión y secreción, con alteración en la excitación. La privación estrogénica causa una disminución significativa en la irrigación sanguínea vaginal y de la uretra. Histológicamente, la fibrosis difusa del clitoris, disminución del espesor del epitelio vaginal, y disminución de la vasculatura submucosa es evidente. La disminución de los

niveles estrógenicos pueden producir efectos adversos de importancia en la estructura y función del clítoris y vagina, afectan al final de la función sexual^{6,8}.

La deficiencia androgénica en las mujeres esta caracterizada por alteración de la función sexual, disminuye la sensación de bienestar, pérdida de energía; y efectos negativos en la masa ósea. La testosterona, junto con su metabolito dehidrotestosterona, que es el andrógeno endógeno más potente en el hombre y en la mujer. De hecho, es el mayor precursor de estrógenos. Durante la vida reproductiva, los niveles de testosterona se encuentran elevados. En pacientes de la cuarta década de la vida, los niveles de testosterona son aproximadamente la mitad de los niveles de una mujer de 20 años, Estos niveles disminuyen importantemente después de una ooforectomía^{6,8}.

Causa muscular

Los músculos del piso pélvico, en particular los elevadores del ano, y la membrana perineal, participan en la respuesta y en la función sexual femenina. La membrana perineal consiste en los músculos bulbocavernosos e isquicavernosos, que cuando se contraen voluntariamente contribuyen a la intensificación de la excitación sexual y orgasmo. Además, estos músculos son responsables de contracciones rítmicas involuntarias durante el orgasmo. El elevador del ano tiene una función motora en la respuesta orgásmica y en la receptividad vaginal. Cuando estos músculos están hipertónicos, se desarrolla el vaginismo, que puede ser causa de dispareunia y otras causas de dolor sexual. Cuando están hipotónicos, hay hipoestesia vaginal, anorgasmia coital, o incontinencia urinaria durante el desarrollo de la relación sexual o en el orgasmo^{6,8}.

Causa psicógena

Ante la presencia o ausencia de enfermedad orgánica, las causas emocionales o de relación afectan significativamente el desarrollo sexual en las mujeres. Algunos temas como la autoestima, la imagen corporal, y la calidad de la relación con su pareja puede afectar la capacidad de la mujer para responder sexualmente. Por otro lado la depresión y otras alteraciones psicológicas y del estado de ánimo están asociadas a disfunción sexual femenina. Las medicaciones utilizadas comúnmente para tratar la depresión afectan significativamente la respuesta sexual femenina. Las mujeres que reciben éstas medicaciones presentan disminución del deseo, en la excitación, sensación genital disminuida y mayor dificultad para lograr el orgasmo^{6,8}.

TRATAMIENTO DE LA DISFUNCIÓN SEXUAL FEMENINA

Además de la terapia de reemplazo hormonal convencional, el manejo médico de la disfunción sexual femenina, aún se encuentra en fases experimentales tempranas. Por otro lado, los médicos no deben atribuir el trastorno sexual solo a causas psicológicas, y de esta manera poder ofrecer otro tipo de terapéutica. Con excepción de la terapia de reemplazo todas las medicaciones descritas aun se encuentran en fase de investigación⁸.

Terapia de reemplazo hormonal

La terapia de reemplazo hormonal esta indicada en las mujeres menopáusicas (natural o quirúrgica). Además de tener efecto en la sintomatología vasomotora, prevenir osteoporosis y disminuir el riesgo de enfermedad cardiovascular, la terapia de reemplazo estrogénica también contribuye en la sensibilidad del clítoris, incrementa la libido y disminuye el dolor y malestar durante las relaciones sexuales. La aplicación tópica o local de estrógenos mejora los síntomas como resequedad vaginal, ardor vaginal, frecuencia y urgencia urinaria. En mujeres menopáusicas o con ooforectomía; mejora la irritación vaginal, dolor y resequedad con crema tópica de estrógenos. El anillo vaginal con estradiol, al igual que las preparaciones de estriol vaginales, es una buena opción de bajas dosis de estrógenos locales y son una alternativa para mujeres con cáncer de mama y aquellas que tienen alguna contraindicación para el uso de estrógenos orales o transdérmicos⁸.

Terapia de reemplazo con testosterona

Las indicaciones para la terapia de reemplazo con testosterona incluyen falla ovárica prematura, causas premenopáusicas iatrogénicas por deficiencia de testosterona, y la deficiencia de testosterona sintomática de la menopausia natural,

quirúrgica o inducida postquimioterapia. La metil-testosterona oral está disponible en presentación sola o combinada con estrógenos. Se reportan estudios que apoyan y otros que no están de acuerdo en el beneficio de la metil-testosterona para el tratamiento de la disminución de la libido en las mujeres premenopáusicas. La dosis sugerida de metil-testosterona en mujeres postmenopáusicas va de los 0.25 a los 1.25 mg/día. Esta dosis debe ser ajustada de acuerdo a los síntomas, los niveles de testosterona libre, triglicéridos, niveles de HDL, y pruebas de función hepática. Las preparaciones de testosterona tópica (propionato de testosterona o metil-testosterona) están hechas al 1% o 2% y se aplican 3 veces por semana. Los efectos secundarios incluyen ganancia de peso, hipertrofia del clítoris, hirsutismo, e hipercolesterolemia. El incremento en la sensibilidad del clítoris, la disminución de la sequedad vaginal y el incremento de la libido han sido reportadas con el uso de la crema de testosterona al 2%. Los efectos secundarios son similares a los reportados con el uso de la preparación oral o en crema⁸.

Sildenafil

Funciona como un inhibidor selectivo de la 5-fosfodiesterasa (cGMP-específico), el sildenafil disminuye el catabolismo del cGMP, el segundo mensajero en la relajación del músculo vaginal y del clítoris mediado por óxido nítrico. Existen estudios en fase II y III que están midiendo la eficacia de esta medicación para su uso en mujeres. Estos estudios han demostrado que el sildenafil es una alternativa en el tratamiento de la disfunción sexual femenina asociada a edad y menopausia, lesiones de la medula espinal y secundario a uso antidepressivos⁸.

L-arginina

Este aminoácido es un precursor en la formación del óxido nítrico, que funciona como mediador en la relajación vascular y no vascular del músculo liso. La L-

arginina no ha sido usada en estudios en mujeres pero, estudios preliminares en hombres, dan resultados esperanzadores. Una combinación de L-arginina y combina (un bloqueador alfa2) esta en investigación en mujeres⁸.

Yohimbina

La yohimbina es un agente alcaloide que bloquea los receptores presinápticos alfa-2 adrenérgicos. Esta medicación afecta el sistema nervioso autónomo, teniendo como resultado la disminución en la actividad adrenérgica y un incremento en el tono parasimpático. Hay estudios que reportan su eficacia en la inducción de la erección peneana en hombres, pero no hay estudios clínicos formales en mujeres⁸.

Prostaglandina E1

Una aplicación intrauretral de prostaglandina E1 se absorbe por la mucosa en los pacientes masculinos. Una aplicación de prostaglandina E1 intravaginal esta en investigación en mujeres. Es necesario realizar estudios clínicos para determinar la eficacia de esta medicación en el tratamiento de la disfunción sexual femenina⁸.

Fentolamina

Disponible actualmente en preparación oral, las funciones de la fentolamina es un bloqueador alfa-adrenérgico y causa relajación del músculo liso vascular. Este fármaco ha sido estudiado en pacientes masculinos para el tratamiento de la disfunción eréctil. Un estudio piloto en las mujeres menopáusicas con disfunción sexual demostró mejoría en el flujo sanguíneo vaginal y excitación con esta medicación⁸.

Apomorfina

La apomorfina es un agonista dopaminérgico de corta acción que facilita la respuesta eréctil en hombres normales, con disfunción eréctil psicógena, y con impotencia orgánica. Algunos resultados han sugerido que la dopamina está involucrada en la mediación del deseo sexual y en la excitación. Esta iniciándose el estudio de los efectos fisiológicos de este medicamento⁸.

SEXUALIDAD Y CLIMATERIO

Con frecuencia se confunde al climaterio con la menopausia, cuando ésta es sólo la desaparición de una de las manifestaciones externas de la vida sexual de la mujer, la menstruación; la fecha de la última menstruación es muy variable y suele suceder entre los 45 y 50 años de edad, sin que ello signifique en absoluto la disminución de la capacidad sexual; el climaterio es un conjunto de situaciones de toda índole que acompañan a la desaparición de la menstruación, comienza antes de la menopausia y termina tiempo después (alrededor de los 60 años)²². Con la menopausia se marca el fin de la función reproductora femenina y se producen una serie de cambios físicos y psíquicos.

El conflicto mente-cuerpo en que se ve involucrada la mujer madura es campo propicio para desarrollar complejos, negociaciones, culpas y alteraciones de un equilibrio que le dificultan el normal desempeño de una sexualidad que por naturaleza le corresponde sin límites de tiempo y hasta tanto los cambios de la senectud avanzada de lo impidan. La edad media es un tiempo de cambios significativos a nivel biológico y psicológico de las mujeres. La menopausia es el cese de ciclos menstruales debido a deficiencia estrogénica, lo cual además es causa de atrofia vaginal, inestabilidad vasomotora (bochornos), pérdida de masa ósea, y cambios en el riesgo cardiovascular. Alrededor de estos cambios biológicos, ocurren eventos psico-sociales durante la edad media, como cambios en la relación con sus hijos, pérdida o enfermedad de los padre, inestabilidad marital o viudez. La menopausia ha sido descrita como un periodo de dificultades psicológicas donde la mujer es sujeto de alteraciones del estado de ánimo, irritabilidad, y depresión. A finales del siglo pasado se describió un síndrome de depresión o melancolía que ocurre durante el climaterio²³.

La mujer media de algunos países desarrollados vivirá aproximadamente treinta años en posmenopausia, período similar al de sus años de adulta premenopáusicas. Durante los últimos años de vida puede que no tenga compañero masculino.

Los deseos y necesidades de continuar la expresión sexual en la mujer posmenopáusicas y de edad avanzada, han sido objeto frecuente de discusión en la literatura médica y psicológica en los últimos años. Al médico que se ocupa de las mujeres de la tercera edad se le pide que brinde apoyo emocional y facilite la comunicación entre compañeros sexuales, proporcionando información acerca de la fisiología así como sugerencias prácticas sobre la sexualidad de esta etapa de la vida.

La sexualidad y la expresión sexual son aspectos integrales de la vida que no necesariamente disminuyen con la edad. Tanto Kinsey como Masters y Johnson proporcionaron datos categóricos de la persistencia de interés sexual en los ancianos, así como la capacidad de respuesta sexual fisiológica. La sociedad hasta hace pocos años había prestado poca atención a estas necesidades, así como también se le daba poca importancia al papel del terapeuta para facilitar una expresión sexual cómoda en pacientes de edad avanzada.

No está totalmente claro el papel de las hormonas en la sexualidad femenina; en general, se piensa que continúa sin cambios incluso después de la ooforectomía bilateral y parece que los factores sociales, educacionales, psicológicos y económicos tienen un papel determinante en la conducta sexual. Si bien no se ha establecido el grado de influencia que la falta de esteroides sexuales tiene sobre el ajuste sexual durante la menopausia y posmenopausia, es corriente asignar a esta declinación hormonal la mayoría de los malestares físicos y problemas psicosexuales que aparecen en esta etapa^{4,6,9,10,22}.

La mujer de edad media puede presentar una respuesta sexual normal a nivel orgásmico de función sexual, en particular si se expone regularmente a una estimulación sexual efectiva. En general, la intensidad de las reacciones anatómo-fisiológicas, así como la respuesta a dicha estimulación, se reducen con los años. La respuesta sexual de la mujer mayor es diferente a la de las mujeres jóvenes, porque la edad impone cambios fisiológicos en los órganos sexuales reproductores: se produce una involución de los ovarios, útero, vagina, vulva y senos que derivan en la diferente respuesta sexual^{4,6,9,10,22}.

En el transcurso del climaterio se produce una crisis endocrina y vegetativa, que se distingue por una serie de fenómenos de afectación sistémica. Para el mejor entendimiento de estos cambios, se divide al climaterio en tres periodos: premenopáusicos, menopáusicos y postmenopáusicos. En el período premenopáusicos se manifiestan los fenómenos involutivos que preceden a la aparición de las primeras manifestaciones del climaterio, los cuales afectan al aparato genital y a toda la economía del organismo en general. La declinación de la fertilidad se observa hacia los 40 años y solo algunas mujeres conservan la capacidad de fecundación, el índice de fertilidad va descendiendo hasta los 45 años. Esto se debe a la existencia de ciclos anovulatorios fisiológicos por los cambios hormonales con aumento de la FSH y menor disponibilidad de ovocitos. Durante el período menopáusicos tienen lugar las primeras manifestaciones del desequilibrio endocrino que acompañará a la declinación sexual, producidas por el decaimiento y alteración en la secreción del ovario y las demás glándulas endocrinas que intervienen en la función sexual. El cese de la hemorragia menstrual aparece de formas muy variables, en algunos casos cesa de forma súbita y repentina, sin aviso previo con la posibilidad de un "embarazo fantasma". Sin embargo, lo más frecuente es que aparezcan una serie de alteraciones en el ritmo, tales como proiomenorreas o menorragias. Además ocurren otros fenómenos como los síntomas vasomotores, que son los más importantes,

teniendo bochornos y sudoraciones que se acompañan de sensación de angustia. La libido, en general, se exagera durante la menopausia, lo que puede deberse a la desaparición del temor al embarazo, entre otras causas. Con el cese de la aptitud para la concepción, el orgasmo se acentúa en la edad involutiva en muchas mujeres y en otras aparece la libido pasiva. Incluso, puede haber hipererotismo, que parece ser un esfuerzo compensatorio en las postrimerías de la sexualidad. En el periodo posmenopáusico el ovario queda totalmente inactivo y en la mayoría de las mujeres esto origina descenso de la actividad estrogénica. El primer signo de la posmenopausia es la atrofia de la mucosa vaginal, que empieza a alterarse produciéndose la descamación celular patológica, involución de los genitales externos, estrechez de la vagina con pérdida de la elasticidad, atrofia mamaria, signos de virilización (hipertrichosis), tendencia a la adiposidad con cuadros clínicos concomitantes como la hipertensión, las artropatías y otros^{4,6,9,10,22}.

El envejecimiento no es por si solo un factor que origine la disminución del interés sexual de la mujer ni su capacidad de respuesta sexual, siempre que goce de un buen estado de salud. No obstante, el ciclo de la respuesta sexual de la mujer posmenopáusica lleva consigo una serie de alteraciones fisiológicas, los cuales no acontecen de forma súbita ni se presentan del mismo modo en todas las mujeres. Un rasgo característico es que la excitación sexual no conlleva apenas, o en absoluto, un aumento del tamaño de los senos, si bien subsiste la sensibilidad de las mamas ante la estimulación. El rubor sexual se da con menos frecuencia y extensión que en edades más jóvenes, pero esta singularidad no repercute en las sensaciones eróticas ni el desempeño sexual. Durante la fase de excitación decrece la tensión muscular, sobre todo en el estadio de meseta, lo cual nada tiene de extraño ya que corresponde a la normal disminución del tamaño y fortaleza de músculos propia de la edad. La reducción de la tensión muscular podría explicar, por lo menos en parte, la menor intensidad del orgasmo que a veces acontece en

las mujeres de cierta edad. La respuesta clitoríca no sufre menoscabo con la edad, pero si la respuesta vaginal, principalmente hay pérdida de la elasticidad de las paredes vaginales lo cual aminora la expansión del órgano durante la excitación sexual, además por regla general, disminuye la lubricación vagina^{4,6,9,10,22}.

En muchos aspectos los cambios que tienen lugar en la mujer son muy similares al hombre, por ejemplo: la excitación es más lenta. Una mujer joven quizás solo necesite de 15 a 20 seg. de excitación para lubricar su vagina, mientras que en la mujer de edad más avanzada esto puede demorar hasta 5 minutos. Esta lubricación es menos abundante que en la joven. La adulta mayor puede notar que no tiene lubricada la entrada de la vagina - introito- e interpretar erróneamente que no está lubricada en absoluto, cuando en realidad la lubricación no se exterioriza por una menor producción y posiblemente por la adopción de posiciones que dificulten su salida por gravedad^{4,6,9,10,22}.

La erección del pezón en la fase de excitación es similar a la de las jóvenes, aunque es menos intenso el aumento de tamaño de la mamas por la vasodilatación y su enrojecimiento. Mujeres jóvenes con mamas flácidas pudieran presentar también esta situación. La erección del clítoris durante el acto sexual no muestra diferencias apreciables con las mujeres de menos edad, si se cumplen todas las fases del acto sexual (excitación, meseta, orgasmo y resolución)^{4,6,9,10,22}.

A pesar de ser cierto que la disminución en la producción de estrógenos en el período posmenopáusico disminuye el trofismo vaginal y su secreción, se ha comprobado que mujeres mayores con una frecuente actividad sexual, presentan una mucosa vaginal más gruesa y rugosa que aquellas con vida sexual pobre; esto indica que la inactividad sexual contribuye a los cambios involutivos vaginales. Puede producirse una irritación mecánica de la uretra y la vejiga, si las paredes vaginales se mantienen finas y menos elásticas. Esto puede provocar deseos

imperiosos de orinar durante o inmediatamente después del coito, así como molestias durante la micción en las horas y días posteriores. Tampoco al principio del coito se observan en la mujer adulta los cambios típicos en los labios mayores como aplanamiento, separación y elevación, y es menor la vasodilatación de los labios menores. Lo primero se debe a la disminución del tejido adiposo y elástico de esa zona. Otro cambio es el debilitamiento de la musculatura vaginal y de la zona perineal, por lo que existen menos contracciones de la vagina durante la fase orgásmica; es menor la elevación uterina, fenómeno fisiológico en la fase de meseta orgásmica, y las contracciones uterinas del orgasmo se hacen más débiles y, en ocasiones, dolorosas, por ser más espásticas que rítmicas. Sin embargo, estos sucesos no eliminan el orgasmo ni suprimen la sensación de placer y, por tanto, podemos decir que el avance de los años no pone un límite preciso a la sexualidad femenina^{4,6,9,10,22}.

MEDICIÓN DE LA FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA

Alfred Kinsey inició el estudio sistemático de la sexualidad y en 1966 Masters y Johnson publican su libro "Respuesta Sexual Humana", anotando que tanto hombres como mujeres tienen la misma capacidad de respuesta sexual. La investigación en la disfunción sexual femenina ha avanzado rápidamente en los últimos años.

Algunos estudios han considerado los efectos de la menopausia en la sexualidad. Estudios grandes con muestras representativas usan cuestionarios que tienen solo algunas variables sexuales. Otros estudios han empleado muestras no representativas con preguntas que intenta generalizar los hallazgos. Uno de los principales problemas que existen en las revisiones tiene que ver con: falla en la recolección de datos con variables que afectan la sexualidad o falla en el análisis de estos datos, estudiando solo uno, o algunos, la fase menopáusica en la que se encuentran, recolección retrospectiva de datos, cuestionamiento directo a la paciente sobre la relación de la menopausia con la sexualidad, recolección de muy pocos datos sexuales, recolección incompleta de mediciones sexuales, negligencia en el reporte metodológico claro y completo, falla en la evaluación estadísticas de los datos, y en algunos casos hasta sesgos o interferencia de las propias experiencias de los evaluadores¹⁷.

Se han encontrado la necesidad de desarrollar instrumentos psicométricos para el diagnóstico de la disfunción sexual femenina y para un monitoreo efectivo de los cambios inducidos por el tratamiento. Para definir un instrumento psicométrico debe incluirse estándares de validez y confiabilidad. En el año 2000, Rosen y colaboradores publicaron el Índice de Función Sexual Femenina, proponiéndolo como un instrumento para la evaluación de la función sexual femenina, el cual ha sido validado en el aspecto clínico en pacientes con disfunción sexual²⁴ y en el

2004 fue validada su versión en español²⁵. Esta basada en la interpretación de los distintos dominios que integran la función sexual femenina: a) deseo, b) excitación, c) lubricación, d) orgasmo, e) satisfacción, f) dolor. Este instrumento es autoadministrado, simple y confiable para evaluar la función sexual femenina en un amplio rango de edad²⁴.

Se obtiene la puntuación individual y se suman a los demás del mismo dominio, multiplicando por el factor correspondiente. La escala total es obtenida sumando las puntuaciones obtenidas de los 6 dominios. Una puntuación de 0 en un dominio indica no actividad sexual en el último mes²⁴.

Es una herramienta con propiedades psicométricas óptimas para cada uno de los 6 dominios, fácil de usar, y ha demostrado la capacidad de discriminar entre poblaciones clínicas (mujeres con disfunción sexual) y no clínicas (sin alteraciones sexuales); además es adecuado para estudios clínicos y epidemiológicos²⁴.

INDICE DE FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA

Instrucciones

Estas preguntas son sobre su sexualidad durante las últimas 4 semanas. Por favor responda las siguientes preguntas lo más honesta y claramente posible. Sus respuestas serán mantenidas completamente confidenciales.

Definiciones

Actividad sexual: se refiere a caricias, juegos sexuales, masturbación y relaciones sexuales.

Relación sexual: se define como penetración del pene en la vagina.

Estimulación sexual: incluye juegos sexuales con la pareja, autoestimulación (masturbación) o fantasías sexuales.

Marque sólo una alternativa por pregunta

Deseo o interés sexual es la sensación que incluye deseo de tener una experiencia sexual, sentirse receptiva a la incitación sexual de la pareja y pensamientos o fantasías sobre tener sexo.

1. En las últimas 4 semanas, ¿Cuán a menudo usted sintió deseo o interés sexual?

- Siempre o casi siempre
- La mayoría de las veces (más que la mitad)
- A veces (alrededor de la mitad)
- Pocas veces (menos que la mitad)
- Casi nunca o nunca

2. En las últimas 4 semanas, ¿Cómo clasifica su nivel (intensidad) de deseo o interés sexual?

- Muy alto
- Alto
- Moderado
- Bajo
- Muy bajo o nada

Excitación sexual es una sensación que incluye aspectos físicos y mentales de la sexualidad. Puede incluir sensación de calor o latidos en los genitales, lubricación vaginal (humedad) o contracciones musculares

3. En las últimas 4 semanas, ¿Con cuanta frecuencia usted sintió excitación sexual durante la actividad sexual?

- No tengo actividad sexual
- Siempre o casi siempre
- La mayoría de las veces (más que la mitad)
- A veces (alrededor de la mitad)
- Pocas veces (menos que la mitad)
- Casi nunca o nunca

4. En las últimas 4 semanas, ¿Cómo clasifica su nivel de excitación sexual durante la actividad sexual?

- No tengo actividad sexual
- Muy alto
- Alto
- Moderado
- Bajo
- Muy bajo o nada

5. En las últimas 4 semanas, ¿Cuánta confianza tiene usted de excitarse durante la actividad sexual?

- No tengo actividad sexual
- Muy alta confianza
- Alta confianza
- Moderada confianza
- Baja confianza

Muy baja o nada de confianza

6. En las últimas 4 semanas, ¿Con qué frecuencia se sintió satisfecho con su excitación durante la actividad sexual?

No tengo actividad sexual

Siempre o casi siempre

La mayoría de las veces (más que la mitad)

A veces (alrededor de la mitad)

Pocas veces (menos que la mitad)

Casi nunca o nunca

7. En las últimas 4 semanas, ¿Con cuanta frecuencia usted sintió lubricación o humedad vaginal durante la actividad sexual?

No tengo actividad sexual

Siempre o casi siempre

La mayoría de las veces (más que la mitad)

A veces (alrededor de la mitad)

Pocas veces (menos que la mitad)

Casi nunca o nunca

8. En las últimas 4 semanas, ¿le es difícil lubricarse (humedecerse) durante la actividad sexual?

No tengo actividad sexual

Extremadamente difícil o imposible

Muy difícil

Difícil

Poco difícil

No me es difícil

9. En las últimas 4 semanas, ¿Con qué frecuencia mantiene su lubricación (humedad) vaginal hasta finalizar la actividad sexual?

- No tengo actividad sexual
- Siempre o casi siempre la mantengo
- La mayoría de las veces la mantengo (más que la mitad)
- A veces la mantengo (alrededor de la mitad)
- Pocas veces la mantengo (menos que la mitad)
- Casi nunca o nunca mantengo la lubricación vaginal hasta el final

10. En las últimas 4 semanas, ¿Le es difícil mantener su lubricación (humedad) vaginal hasta finalizar la actividad sexual?

- No tengo actividad sexual
- Extremadamente difícil o imposible
- Muy difícil
- Difícil
- Poco difícil
- No me es difícil

11. En las últimas 4 semanas, cuando usted tiene estimulación sexual o relaciones, ¿Con qué frecuencia alcanza el orgasmo o climax?

- No tengo actividad sexual
- Siempre o casi siempre
- La mayoría de las veces (más que la mitad)
- A veces (alrededor de la mitad)
- Pocas veces (menos que la mitad)
- Casi nunca o nunca

12. En las últimas 4 semanas, cuando usted tiene estimulación sexual o relaciones, ¿Le es difícil alcanzar el orgasmo o clímax?

- No tengo actividad sexual
- Extremadamente difícil o imposible
- Muy difícil
- Difícil
- Poco difícil
- No me es difícil

13. En las últimas 4 semanas, ¿Cuan satisfecha está con su capacidad para alcanzar el orgasmo (clímax) durante la actividad sexual?

- No tengo actividad sexual
- Muy satisfecha
- Moderadamente satisfecha
- Ni satisfecha ni insatisfecha
- Moderadamente insatisfecha
- Muy insatisfecha

14. En las últimas 4 semanas, ¿Cuan satisfecha está con la cercanía emocional existente durante la actividad sexual entre usted y su pareja?

- No tengo actividad sexual
- Muy satisfecha
- Moderadamente satisfecha
- Ni satisfecha ni insatisfecha
- Moderadamente insatisfecha
- Muy insatisfecha

15. En las últimas 4 semanas, ¿Cuan satisfecha está con su relación sexual con su pareja?

- Muy satisfecha
- Moderadamente satisfecha
- Ni satisfecha ni insatisfecha
- Moderadamente insatisfecha
- Muy insatisfecha

16. En las últimas 4 semanas, ¿Cuan satisfecha está con su vida sexual en general?

- Muy satisfecha
- Moderadamente satisfecha
- Ni satisfecha ni insatisfecha
- Moderadamente insatisfecha
- Muy insatisfecha

17. En las últimas 4 semanas, ¿Cuan a menudo siente discomfort o dolor durante la penetración vaginal?

- No tengo actividad sexual
- Siempre o casi siempre
- La mayoría de las veces (más que la mitad)
- A veces (alrededor de la mitad)
- Pocas veces (menos que la mitad)
- Casi nunca o nunca

18. En las últimas 4 semanas, ¿Cuan a menudo siente discomfort o dolor después de la penetración vaginal?

- No tengo actividad sexual
- Siempre o casi siempre
- La mayoría de las veces (más que la mitad)

- _ A veces (alrededor de la mitad)
- _ Pocas veces (menos que la mitad)
- _ Casi nunca o nunca

19. En las últimas 4 semanas, ¿Cómo clasifica su nivel (intensidad) de discomfomrt o dolor durante o después de la penetración vaginal?

- _ No tengo actividad sexual
- _ Muy alto
- _ Alto
- _ Moderado
- _ Bajo
- _ Muy bajo o nada

PUNTAJE DEL INDICE DE FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA

| Dominio | Preguntas | Puntaje | Factor | Mínimo | Máximo |
|--------------|-----------|---------|--------|--------|--------|
| Deseo | 1 - 2 | 1 - 5 | 0,6 | 1,2 | 6 |
| Excitación | 3 - 6 | 0 - 5 | 0,3 | 0 | 6 |
| Lubricación | 7 - 10 | 0 - 5 | 0,3 | 0 | 6 |
| Orgasmo | 11 - 13 | 0 - 5 | 0,4 | 0 | 6 |
| Satisfacción | 14 - 16 | 0 - 5 | 0,4 | 0,8 | 6 |
| Dolor | 17 - 19 | 0 - 5 | 0,4 | 0 | 6 |
| | | | Rango | 2 | 36 |
| | | | Total | | |

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es el porcentaje de trastorno sexual en mujeres perimenopáusicas usuarias del servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Central Norte?

¿Cuáles son los factores de riesgo asociados a la presencia de trastorno sexual en mujeres perimenopáusicas usuarias del servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Central Norte?

¿Cuál es el principal trastorno sexual en mujeres perimenopáusicas usuarias del servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Central Norte?

¿Cuál es la asociación del estado menopáusico y otras variables en varios aspectos de la función sexual?

JUSTIFICACIÓN

La sexualidad y función sexual son partes de la salud y el bienestar globales de la mujer. En la población general son frecuentes las preocupaciones sexuales y la disfunción sexual; se ha encontrado que cerca del 60% de las mujeres tienen preocupaciones sobre su sexualidad. Michael reporto que la tercera parte de las mujeres interrogadas carecían de interés por el sexo, 20% dijeron que la relación sexual no era placentera, 15% experimentaban dolor en el coito, hasta 50% experimentaban dificultades para excitarse, 50% tenían dificultades para lograr el orgasmo y hasta 25% eran incapaces de alcanzarlo.

A pesar de la importancia de estos aspectos en su salud general, muchas mujeres encuentran difícil hablar con sus médicos sobre sus preocupaciones sexuales y para muchos médicos es incómodo hablar de aspectos sexuales con sus pacientes. Las pacientes esperan que el médico sea capaz de ayudarles con sus preocupaciones relacionadas con el sexo y creen que es apropiado que incluyan preguntas sobre la sexualidad como parte sistemática de la historia ginecológica, en contraparte, los médicos se preocupan de que las pacientes se ofendan por preguntas sobre sus prácticas sexuales, o experimentan ansiedad ante la incapacidad para tratar las preocupaciones sexuales.

Al comprender la reacción sexual normal y sus variantes, los médicos se sentirán más cómodos al hablar con sus pacientes sobre el sexo.

El deseo sexual y la frecuencia del coito disminuyen conforme las mujeres envejecen, aunque en general retienen su interés por el sexo y siguen teniendo el potencial de disfrutar el placer sexual durante toda su vida; la causa de la suspensión de la actividad sexual en mujeres perimenopáusicas aún no esta bien determinada, se ha sugerido que en etapa posmenopáusica las mujeres asocian al

climaterio con deterioro de la salud y que la terapia de reemplazo hormonal las hace sentir más saludables, e incluso que les otorga menos riesgo de disfunción sexual.

Por otro lado, el grupo médico experimenta cierto grado de ansiedad ante la incapacidad para tratar las preocupaciones sexuales, por lo que debe estar entrenado en cuanto a la función sexual de la mujer en las diferentes etapas de la vida, para dar el apoyo adecuado a través de la consulta de la clínica de climaterio.

Por lo que es necesario poner una mayor atención en la consulta diaria a las necesidades de las mujeres climatéricas en este tópico de la salud sexual para una mejor calidad en el manejo integral de la clínica de climaterio, es por esto que es necesario caracterizar la función sexual de las pacientes usuarias al servicio de ginecología del Hospital Central Norte.

OBJETIVO GENERAL

Determinar la prevalencia de trastorno sexual femenino en las mujeres perimenopáusicas usuarias del servicio de ginecología en el Hospital Central Norte de Petróleos Mexicanos.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Determinar la edad en que cesa la actividad sexual en las mujeres perimenopáusicas usuarias del servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Central Norte

Determinar la función sexual en las mujeres perimenopáusicas usuarias del servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Central Norte

Determinar los factores que puedan modificar la respuesta sexual femenina en las mujeres perimenopáusicas usuarias del servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Central Norte

HIPÓTESIS

Los trastornos de la función sexual femenina es susceptible de ser modificada por varios factores, entre los cuáles se encuentran la edad, la escolaridad, religión, menopausia, estabilidad de pareja.

El deterioro de la función sexual se ve afectada sobretodo por la edad y sus implicaciones atribuibles a la menopausia y la vejez.

El uso de terapia de reemplazo hormonal mejora la función sexual femenina.

La función sexual se deteriora con el transcurso del tiempo, será de mayor importancia conforme la edad es más avanzada, en mujeres sin pareja estable y sin uso de terapia de reemplazo hormonal.

MATERIAL Y METODOS

Se capturaron pacientes que acuden a la consulta externa de Ginecología y Obstetricia en el periodo del 1° de junio al 31 de agosto de 2005.

La muestra incluyo un total de 481 mujeres, con edades entre 22 y 82 años.

La entrevista se realizo privadamente en el consultorio de ginecología del Hospital Central Norte, en donde se les solicitó su apoyo para el llenado de un cuestionario que se compone por dos partes: la primera, referente a datos generales (variables demográficas, socioculturales y de salud), y la segunda, correspondió al Índice de Función Sexual Femenina, cada encuestada procedió a leer contestar en forma personal las preguntas.

Se aplico la encuesta "Índice de Función Sexual Femenina" (IFSF), este cuestionario consta de 19 preguntas y se agrupa en seis dominios: deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor; cada pregunta tiene 5 o 6 opciones, asignándoles un puntaje que va de 0 a 5. El puntaje de cada dominio se multiplica por un factor y el resultado final es la suma aritmética de los dominios. A mayor puntaje mejor sexualidad.

PUNTAJE DEL INDICE DE FUNCION SEXUAL FEMENINA

| Dominio | Preguntas | Puntaje | Factor | Mínimo | Máximo |
|--------------|-----------|---------|--------|--------|--------|
| Deseo | 1 - 2 | 1 - 5 | 0,6 | 1,2 | 6 |
| Excitación | 3 - 6 | 0 - 5 | 0,3 | 0 | 6 |
| Lubricación | 7 - 10 | 0 - 5 | 0,3 | 0 | 6 |
| Orgasmo | 11 - 13 | 0 - 5 | 0,4 | 0 | 6 |
| Satisfacción | 14 - 16 | 0 - 5 | 0,4 | 0,8 | 6 |
| Dolor | 17 - 19 | 0 - 5 | 0,4 | 0 | 6 |
| | | | Rango | 2 | 36 |

Total

Para el análisis estadístico se realizó con el programa SPSS, las diferencias en porcentajes se evaluaron con chi cuadrado, los resultados se expresan como media \pm desviación estándar. Se considero significativo un valor de $p < 0.05$. Para evaluar simultáneamente la influencia de diferentes variables sobre la sexualidad se uso el análisis de regresión logística, considerándose como variable dependiente el puntaje total del test y como variables independientes, la edad mayor de 50 años, el tener pareja y la educación mayor a la básica.

El tamaño de la muestra fue determinado partiendo de la ase que los trastornos de sexualidad pueden comprometer a aproximadamente el 30% de las mujeres. El tamaño muestral mínimo estimado de fue de 251 personas, con un error máximo de 5% y 95% de confianza.

El estudio no tiene implicaciones éticas, la paciente decidirá contestar de forma anónima.

CRITERIOS DE INCLUSION

- Mujeres que acudieron a consulta al servicio de ginecología del Hospital Central Norte
- Mujeres con actividad sexual en las últimas 8 semanas
- Mujeres con estado de salud normal (de acuerdo al National Center for Health Status que la define como condición compatible con el desempeño de actividades rutinarias)
- Mujeres heterosexuales

CRITERIOS DE EXCLUSION

- Mujeres embarazadas
- Mujeres con patología psiquiátrica
- Mujeres con déficit mental
- Mujeres menores de 40 años y mayores de 64 años

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- Mujeres que se hayan negado a contestar la cédula de información
- Mujeres que no hayan tenido actividad sexual en las últimas 8 semanas

TIPO DE ESTUDIO

- a) Clínico
- b) Transversal
- c) Descriptivo
- d) Comparativo

RESULTADOS

Se realizó una encuesta anónima entre 374 mujeres de entre 20 y 70 años, para efectos del estudio de acuerdo a los criterios se excluyeron 29 mujeres que se negaron a contestar la cédula de información, 5 mujeres no la contestaron completa y 18 mujeres que no habían tenido relaciones sexuales las últimas 8 semanas, no se encuestó a mujeres embarazadas o con algún déficit mental, de acuerdo a los criterios de inclusión quedó una muestra final de 322 mujeres de edades entre 40 y 64 años (de acuerdo al concepto de climaterio según Herrera²³) con una edad promedio de 47.3 +/- 10.9 años.

Para fines del estudio, el grupo de 322 mujeres se dividió en dos grupos: a) mujeres con actividad sexual (en las últimas 4 semanas) (80.1%), b) mujeres sin actividad sexual (en las últimas 4 semanas) (19.9%); con variaciones de acuerdo a la edad, como se muestra en la Tabla 1.

Tabla 1. Distribución etárea de acuerdo a la actividad sexual

| Edad (años) | Total de pacientes n (%) | Con actividad sexual n (%) | Sin actividad sexual n (%) |
|-------------|-----------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| 40-44 | 177 (54.9) | 59 (22.8) | 4 (6.2) |
| 45-49 | 58 (18.2) | 62 (24.3) | 9 (14.2) |
| 50-54 | 23 (7.1) | 65 (25.1) | 12 (18.7) |
| 55-59 | 34 (10.5) | 55 (21.3) | 14 (21.8) |
| 60-64 | 30 (9.3) | 17 (6.5) | 25 (39.1) |
| Total | 322 (100) | 258 (100) | 64 (100) |

p<0.001

En relación al estado civil, desarrollaban actividad sexual el 64.7% de las mujeres casadas, el 76.5% de las mujeres sin pareja estable (separada/divorciada, viuda, soltera) no tenían actividad sexual (Tabla 2).

Tabla 3. Distribución de acuerdo al estado civil y actividad sexual

| Estado Civil | Total de pacientes n (%) | Con actividad sexual n (%) | Sin actividad sexual n (%) |
|--------------------------|-----------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| Casada | 177 (54.9) | 167 (64.7) | 10 (15.7) |
| Separada/divorciada | 58 (18.2) | 45 (17.4) | 13 (20.3) |
| Viuda | 23 (7.1) | 6 (2.3) | 17 (26.5) |
| Soltera, pero con pareja | 34 (10.5) | 29 (11.3) | 5 (7.8) |
| Soltera | 30 (9.3) | 11 (4.3) | 19 (29.7) |
| Total | 322 (100) | 258 (100) | 64 (100) |

$p < 0.0001$

En la Tabla 3 se reportan la relación edad y estado civil en el grupo de las mujeres con actividad sexual en las últimas 4 semanas.

Tabla 5. Distribución etárea y por estado civil de pacientes con actividad sexual

| Edad (años)// Estado civil | 40-44 n (%) | 45-49 n (%) | 50-54 n (%) | 55-59 n (%) | 60-64 n (%) | Total n (%) |
|-------------------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| Casada | 54 (21.0) | 52 (20.7) | 31 (12.1) | 22 (8.8) | 8 (3.2) | 167 (64.7) |
| Separada | 1 (0.3) | 6 (2.3) | 24 (9.3) | 12 (4.6) | 2 (0.7) | 45 (17.4) |
| Viuda | 0 (0) | 1 (0.3) | 2 (0.7) | 1 (0.3) | 2 (0.7) | 6 (2.3) |
| Soltera, pero con pareja | 4 (1.5) | 2 (0.7) | 5 (1.9) | 18 (6.9) | 0 (0) | 29 (11.3) |
| Soltera | 0 (0) | 1 (0.3) | 3 (1.1) | 2 (0.7) | 5 (1.9) | 11 (4.3) |
| Total | 59 (22.8) | 62 (24.3) | 65 (25.1) | 55 (21.3) | 17 (6.5) | 258 (100) |

$p < 0.001$

En cuanto a la escolaridad y su relación con la actividad sexual se muestra en la Tabla 4, en donde se encontró que el 78% de las mujeres con actividad sexual en esta etapa de la vida tienen más de 9 años de estudios, mientras que el 43.7% de las mujeres sin actividad sexual solo estudiaron la primaria.

Tabla 7. Distribución de acuerdo a la escolaridad

| Escolaridad Nivel | Con actividad sexual n (%) | Sin actividad sexual n (%) |
|----------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| Básico | 57 (22) | 28 (43.7) |
| Medio | 125 (48.4) | 17 (26.5) |
| Técnico | 39 (15.2) | 12 (17.3) |
| Superior | 37 (14.4) | 8 (12.5) |

En el grupo de las entrevistadas con actividad sexual se encontró que las mujeres de entre 40 y 44 años tenían un promedio de 6.4 relaciones mensuales, en el

"Función Sexual en Mujeres Perimenopáusicas en el Hospital Central Norte"

grupo de 45 a 49 años se reportaron 5.1 eventos coitales al mes, las mujeres de entre 50 y 54 años refirieron tener al menos una relación sexual a la semana, mientras que las mayores de 55 años y hasta los 59 años sólo tenían 3.3 relaciones por mes, y las mujeres de mas de 60 años refirieron una frecuencia promedio de 0.7 relaciones al mes.

En cuanto a la causa por las que ceso la actividad sexual en las 64 mujeres que no tenían relaciones sexuales en las ultimas 4 semanas se resumen en la Tabla 5, en donde se reporto que la causa mas frecuente en un 33.3% fue la falta de deseo (de forma subjetiva) seguida por falta de pareja en el 18.8% de las encuestadas.

Tabla 9. Causas para no tener actividad sexual

| Edad (años) | 40-44 n (%) | 45-49 n (%) | 50-54 n (%) | 55-59 n (%) | 60-64 n (%) | Total n (%) |
|--------------------------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| Falta de pareja | 2 (3.1) | 3 (4.6) | 7 (10.9) | 10 (15.6) | 15 (23.4) | 37 (57.9) |
| Relaciones personales no placenteras | 1 (1.5) | 2 (3.1) | 2 (3.1) | 0 (0) | 1 (1.5) | 6 (9.4) |
| Disfunción eréctil | 0 (0) | 0 (0) | 0 (0) | 1 (1.5) | 2 (3.1) | 3 (4.7) |
| Enfermedad de la pareja | 0 (0) | 0 (0) | 0 (0) | 1 (1.5) | 3 (4.6) | 4 (6.3) |
| Falta de deseo | 1 (1.5) | 3 (4.6) | 2 (3.1) | 2 (3.1) | 3 (4.6) | 11 (17.1) |
| Falta de excitación | 0 (0) | 1 (1.5) | 1 (1.5) | 0 (0) | 1 (1.5) | 3 (4.6) |
| Total | 4 (6.2) | 9 (14.0) | 12 (18.7) | 14 (21.8) | 25 (39.3) | 64 (100) |

p<0.0001

En el grupo de mujeres con actividad sexual en las ultimas 4 semanas, se encontró por grupo de edad la siguiente incidencia de histerectomía: el 37.2% de las mujeres entre 40 y 44 años tenían este antecedente, en las mujeres de 45 a 49 años el 50% de ellas no contaban ya con útero, en el grupo de 50 a 54 años el

"Función Sexual en Mujeres Perimenopáusicas en el Hospital Central Norte"

44.6% y del 38% en mujeres de 55 años y hasta 59 años, 13 mujeres (76.4%) tenían histerectomía de las mujeres de mas de 60 años. ($p < 0.01$)

En la Tabla 6 se describen de acuerdo a las mujeres con terapia de reemplazo hormonal (TRH) y con actividad sexual (45.3%), con especificación de si se trata de terapia sistémica o sólo local (estrógenos vaginales).

Tabla 11. Distribución de acuerdo a terapia de reemplazo hormonal en el grupo de mujeres con actividad sexual

| Edad | Sin TRH | | Con TRH sistémica | | Con TRH combinada | | Con TRH local | |
|-------|---------|------|-------------------|------|-------------------|-----|---------------|-----|
| | n | % | n | % | n | % | n | % |
| 40-44 | 46 | 17.8 | 5 | 1.7 | 3 | 1.3 | 5 | 1.7 |
| 45-49 | 21 | 8.0 | 26 | 10.1 | 9 | 3.5 | 6 | 2.4 |
| 50-54 | 7 | 2.7 | 51 | 19.9 | 5 | 1.7 | 2 | 0.8 |
| 55-59 | 8 | 3.2 | 33 | 12.9 | 8 | 3.2 | 6 | 2.4 |
| 60-64 | 9 | 3.5 | 2 | 0.8 | 0 | 0 | 6 | 2.4 |
| Total | 91 | 35.2 | 117 | 45.4 | 25 | 9.7 | 25 | 9.7 |
| p | <0.001 | | <0.001 | | <0.001 | | <0.001 | |

En la Tabla 7 se observa que los promedios del puntaje total del Índice de Función Sexual Femenina disminuyen significativamente con la edad. Así, por ejemplo, el puntaje del grupo etáreo entre 45 y 49 años fue de 27.3 5.8 y cayo a 19.3 7.0 en el grupo entre 60-64 años ($p < 0.0001$).

Tabla 13. Puntaje total del Índice de Función Sexual Femenina según edad

| Edad | Promedio±DE | n |
|-------|-------------|----|
| 40-44 | 28.7±4.6 | 59 |
| 45-49 | 27.3±5.8 | 62 |
| 50-54 | 25.5±6.2 | 65 |
| 55-59 | 24.1±7.4 | 55 |
| 60-64 | 19.3±7.0 | 17 |

En el Índice de Función Sexual Femenina, la sexualidad reflejada en mayores puntajes, disminuye con la edad iniciando con un puntaje de 28.7±4.6, los mayores descensos se observan en las preguntas relacionadas con el deseo, la lubricación y la excitación. De tal manera que en el dominio que evalúa el deseo muestra un puntaje promedio de 3.6±1.8 y desciende hasta 1.2±0.8 después de los 60 años, en el dominio de la excitación de 4.6±1.0 al inicio del estado perimenopáusicos desciende hasta 2.8±1.2 en mujeres de 60 a 64 años, mientras que la lubricación disminuye y el dolor aumenta en forma notoria sólo después de los 55 años. (Tabla 8)

Tabla 15. Distribución de puntaje por dominio y por grupo etáreo

| Edad | Deseo | Dolor | Lubricación | Orgasmo | Excitación | Satisfacción |
|-------|---------|---------|-------------|---------|------------|--------------|
| 40-44 | 3.6±1.8 | 5.2±1.0 | 5.1±1.0 | 4.8±1.0 | 4.6±1.0 | 5.4±0.9 |
| 45-49 | 3.4±1.1 | 4.7±1.7 | 4.3±1.7 | 4.2±1.6 | 3.9±1.3 | 4.7±1.6 |
| 50-54 | 2.6±0.9 | 5.2±0.7 | 4.8±1.1 | 4.1±1.5 | 6.0±1.0 | 4.7±1.2 |
| 55-59 | 2.5±1.2 | 3.8±1.9 | 3.8±1.7 | 3.5±1.6 | 3.1±1.6 | 4.4±1.3 |
| 60-64 | 1.2±0.8 | 3.9±1.7 | 1.9±1.8 | 3.2±1.2 | 2.8±1.2 | 4.2±1.1 |
| Total | 3.6±1.2 | 5.0±1.2 | 5.0±1.2 | 4.6±1.3 | 4.3±1.2 | 5.1±1.3 |
| p< | 0.0001 | 0.002 | 0.00001 | 0.00001 | 0.00001 | 0.0007 |

En la Tabla 9 se aprecia que la mitad de las mujeres estudiadas, independiente que tengan o no actividad sexual, presentan trastorno sexual y que la prevalencia de estos trastornos aumenta con la edad. Es así como las mujeres de 40 a 44 años 23.3% presenta algún trastorno, cifra que se incrementa a 61.5% en las mujeres entre los 50 y 54 años. La disminución del deseo sexual afecta a 13.3% de las mujeres de 40-44 años y aumenta a 46.7% en las de 50-54 años. Los trastornos de excitación que no se observan en las mujeres entre 40 y 44 años, se presentan en 43.8% del grupo de 50-54 años. La incapacidad de alcanzar orgasmo sube de 6.7% a 31.4% en los mismos grupos etáreos. Finalmente, la dispareunia que compromete a 13.3% de las mujeres entre 40 y 44 años, se incrementa a 42.6% en aquellas 10 años mayores.

Tabla 17. Prevalencia de los trastornos de la sexualidad en mujeres climáticas sanas a diferentes edades

| Edad (años) | n | Con actividad sexual (%) | Trastornos del deseo (%) | Trastornos excitación (%) | Falla orgásmica (%) | Dispareunia (%) | Trastornos sexualidad (%) |
|-------------|-----|--------------------------|--------------------------|---------------------------|---------------------|-----------------|---------------------------|
| 40-44 | 30 | 90.0 | 13.3 | 0.0 | 6.7 | 13.3 | 23.3 |
| 45-49 | 154 | 94.2 | 26.0 | 19.5 | 16.9 | 23.4 | 37.7 |
| 50-54 | 169 | 80.5 | 46.7 | 43.8 | 31.4 | 42.6 | 61.5 |
| 55-59 | 91 | 74.7 | 39.6 | 39.6 | 33.0 | 39.6 | 56.0 |
| 60-64 | 90 | 52.2 | 46.7 | 35.6 | 25.6 | 15.4 | 17.9 |
| Total | 534 | 79.2 | 37.6 | 32.2 | 25.1 | 32.8 | 50.2 |

$p < 0.001$

La actividad sexual disminuye con la edad. En este estudio, 90% de las mujeres entre 40 y 44 años eran sexualmente activas, porcentaje que baja a 52.2% en las de 60 a 64 años. Esta disminución del porcentaje de mujeres sexualmente activas, podría explicar la menor prevalencia de dispareunia que los que se observa en la Tabla 9 en las mujeres mayores (42.6% a los 50-54 años vs 15.4% después de los 60). Por este motivo, en la Tabla 10 se presenta la prevalencia de trastorno sexual sólo en las mujeres que estaban con actividad sexual, observándose que alrededor de 50% de estas mujeres presentan disfunciones sexuales, las cuales alcanzan una alta prevalencia después de los cincuenta años de edad.

Tabla 19. Prevalencia de los trastornos de la sexualidad en mujeres climáticas sanas y con

"Función Sexual en Mujeres Perimenopáusicas en el Hospital Central Norte"

actividad sexual en las últimas 4 semanas a diferentes edades

| Edad (años) | N | Trastornos del deseo (%) | Trastornos excitación (%) | Falla orgásmica (%) | Dispareunia (%) | Trastornos sexualidad (%) |
|-------------|-----|--------------------------|---------------------------|---------------------|-----------------|---------------------------|
| 40-44 | 27 | 14.8 | 0.0 | 7.4 | 11.1 | 22.2 |
| 45-49 | 145 | 26.2 | 20.0 | 17.2 | 24.3 | 37.9 |
| 50-54 | 136 | 47.8 | 44.9 | 30.1 | 43.4 | 61.8 |
| 55-59 | 68 | 39.7 | 44.1 | 35.3 | 45.6 | 60.3 |
| 60-64 | 47 | 55.3 | 46.8 | 38.2 | 40.4 | 66.0 |
| Total | 423 | 37.8 | 33.6 | 26.0 | 34.8 | 51.3 |

p <0.001

Los puntajes de la prueba IFSF y algunas características clínicas de las mujeres con y sin terapia de reemplazo hormonal se aprecian en la Tabla 11. Se observa en todos los dominios de la prueba un puntaje significativamente mayor en usuarias de terapia hormonal. Las mayores diferencias a favor de la terapia de reemplazo hormonal se observan en la lubricación vaginal, orgasmo, y satisfacción. El puntaje total obtenido en mujeres con reemplazo hormonal fue 28.1±5.5 y en mujeres sin hormonales fue 24.6±6.8.

"Función Sexual en Mujeres Perimenopáusicas en el Hospital Central Norte"

Tabla 21. Puntaje del IFSF en usuarias y no usuarias de TRH

| Índice de Función Sexual Femenina | | TRH(+) | TRH(-) | P |
|-----------------------------------|---------------|----------|----------|---------|
| | N | 101 | 43 | - |
| | Edad | 51.6±4.9 | 50.9±5.4 | ns |
| | Histerectomía | 97 | 22 | <0.04 |
| | Deseo | 3.6±1.2 | 3.2±1.3 | <0.04 |
| | Dolor | 5.2±1.0 | 4.7±1.3 | <0.004 |
| | Orgasmo | 4.8±1.2 | 4.1±1.4 | <0.0002 |
| | Satisfacción | 5.1±1.2 | 4.4±1.5 | <0.0004 |
| | Excitación | 4.3±1.2 | 3.7±1.3 | <0.0008 |
| | Lubricación | 5.1±1.1 | 4.4±1.5 | <0.0008 |
| Puntaje total | 28.1±5.5 | 24.6±6.8 | <0.00005 | |

Las mujeres mayores de 50 años tienen mayor riesgo de presentar disfunciones sexuales (OR: 3.6; IC: 2.1-6.3; $p < 0.0001$); mientras que un nivel educacional mayor (OR: 0.45; IC: 0.28-0.80; $p < 0.005$) y la estabilidad de pareja (OR: 0.58; IC: 0.35-0.98; $p < 0.04$), son factores protectores (Tabla 12).

Tabla 23. Factores de riesgo para disfunción sexual femenina (regresión logística)

| Factores de riesgo | OR | IC | p< |
|--------------------|------|-----------|--------|
| Edad >50 años | 3.6 | 2.1-6.31 | 0.0001 |
| Mejor educación | 0.45 | 0.28-0.80 | 0.005 |
| Pareja estable | 0.58 | 0.35-0.98 | 0.04 |

DISCUSIÓN

Es difícil estudiar un fenómeno tan complejo como la sexualidad humana, ya que el comportamiento sexual ha variado con el tiempo y en los diferentes grupos humanos. A esta diversidad debemos agregar además, las variaciones individuales de la sexualidad. Poco se ha investigado sobre los efectos del climaterio en la sexualidad, lo que sumado a problemas metodológicos, dificultan la interpretación y comparación de los resultados¹⁷.

La sexualidad es influenciada por factores biológicos, ambientales y culturales. Se considera que las mujeres tienen capacidad de excitación sexual no menor que los hombres e igual necesidad de expresar sus impulsos sexuales, pero su deseo se ve más afectado por factores psicosociales. Este estudio está más cerca de la línea biológica; en donde se muestra que el climaterio, un evento biológico, deteriora globalmente la sexualidad.

Se ha encontrado que el comportamiento sexual de las mujeres guarda relación con la edad y el estado civil, y que aquellas con menor nivel educativo tienen una vida sexual menos satisfactoria²⁶. Otro grupo encontró que la frecuencia de relaciones sexuales disminuye con la edad; y que, la mayor educación se asocia a menor riesgo de falla orgásmica²⁷.

El descenso de los niveles circulantes de estrógenos que ocurre durante el climaterio disminuye la lubricación vaginal, afecta la mecánica del piso pélvico, cambia la configuración corporal y aumenta los trastornos del ánimo; traducándose todos estos efectos en una pérdida del deseo sexual²⁸. Por esto, no es raro que la menopausia sea uno de los factores de riesgo más importantes de disfunción sexual²⁹. Se conoce poco de la patología sexual en general y de la mujer climatérica en particular.

En este estudio, lo primero que llama la atención es que el porcentaje de mujeres sexualmente activas desciende casi a la mitad desde los 40 años a los 60 años; este porcentaje es similar a otro previo³⁶. En un estudio previo, se describe que el 40% de las mujeres, detienen su actividad sexual entre los 40 y 60 años³⁰; en otro estudio se reporta que solo el 50% de las mujeres entre 60 y 74 años tienen pareja sexual³¹, un porcentaje menor que el 86.4% descrito en mujeres jóvenes³⁰. La prevalencia de éstos trastornos aumentaban desde 22.2% a los 40 años a 66.6% en las mujeres de 60 años. Lo que llama la atención es que el porcentaje de mujeres sexualmente activas desciende casi a la mitad desde los 40 años a los 60 años de edad. Además es notable la alta prevalencia de trastorno sexual, que afecta a la mitad de las mujeres encuestadas; estas disfunciones aumentan con la edad, a excepción de la dispareunia, que disminuye en las mujeres mayores de 60 años que se atribuye a una menor actividad sexual. Al estudiar posteriormente sólo a las mujeres sexualmente activas en las últimas 4 semanas, los resultados no cambiaron apreciablemente; sin embargo, si se compara con las mujeres de 60-64 años de la Tabla 9 (todas las encuestadas) con las de la Tabla 10 (mujeres sexualmente activas) se observa un incremento de los trastornos de sexualidad, especialmente la dispareunia.

En este estudio, el análisis de regresión logística confirmó que la edad era predictor de mayor riesgo de disfunción sexual en mujeres, casi cuadruplicándose el riesgo en mujeres mayores de 44 años. Así como en este mismo análisis, mostró que las mujeres con TRH comparadas con las no-usuarias, tienen la décima parte de riesgo de disfunción sexual.

La principal razón para no tener relaciones sexuales es la falta de deseo, éste es la principal disfunción sexual en mujeres de edad media. En los Estados Unidos, el 30% de las mujeres entre 40 y 49 años tienen disminución en el deseo sexual³⁰. Sin embargo, las causas de inactividad sexual varían con la edad. En mujeres más

jóvenes, la principal causa es la disfunción eréctil, un componente que frecuentemente se incrementa con la edad de la pareja. En mujeres de entre 45 y 49 años, la causa más frecuente es la disminución del deseo, pero en mujeres mayores de 60 años, la principal razón es falta de pareja²⁷.

Encontramos que la mitad de las mujeres sexualmente activas tienen disfunciones sexuales y que éstas aumentan con la edad; en cambio Laumann, describiendo una prevalencia similar de los trastornos sexuales, encontró que tienden a disminuir con la edad³⁰. Una posible explicación a esta observación puede ser el mayor uso de TRH en las mujeres de este grupo (45.4%).

El mejor nivel educacional es otro factor que disminuye el riesgo de trastornos de sexualidad, ya se había descrito en estudios previos. En uno se encontró que las mujeres con menor educación tenían más falla orgásmica³⁰. Y en otro se mostró que un mejor nivel de educación disminuía en 40% el riesgo de presentar disfunciones sexuales³³. Igualmente Laumann y cols encontró que el riesgo de trastornos sexuales disminuía a la mitad en mujeres graduadas de la educación media comparadas con las que no habían terminado su educación³⁰. En este estudio se encontró en el modelo de regresión que más de 9 años de estudio disminuía el riesgo a 0.45.

En esta investigación, el tener pareja estable es otro factor protector del riesgo de disfunción sexual. Laumann y cols observó que las mujeres sin pareja, tenían un 50% de mayor probabilidad de tener problemas de orgasmo y casi 60% de mayor ansiedad, en su desempeño sexual³⁰.

Dentro de los sesgos a considerar, la edad es un factor determinante en la interpretación de los resultados de los diferentes estudios, debido al efecto negativo que tiene el envejecimiento sobre la función sexual. En el presente estudio no hay diferencia de edad entre las usuarias y no usuarias de TRH, por lo

que la mejor sexualidad observada en las usuarias no puede ser atribuida a este factor y elimina este sesgo de los resultados. Otro aspecto importante, en la función sexual es la histerectomía situación que aminora el efecto positivo en la función sexual de la TRH. Por este motivo, es probable que la mejoría asociada al uso de TRH sea aun mayor que la descrita en este estudio.

Se debe tener presente que la función sexual no solo depende de los niveles estrogénicos, sino que es una complementariedad de estos con aspectos psicológicos, sociales, ambientales y culturales, factores que son propios de cada mujer y que le dan la característica de ser una cualidad individual. Los médicos no siempre podemos actuar en los ámbitos socioculturales de la sexualidad, pero sí podemos modificar mediante la TRH aspectos biológicos de la función sexual femenina.

Otro hecho interesante en relación con la hormonoterapia, es el menor porcentaje de inactividad sexual en las usuarias. Creemos que es un área a investigar por las implicaciones que pudiera tener en la estabilidad de la familia. Los efectos positivos de la TRH en la sexualidad no han sido sugeridos por diferentes autores, pero mucho de estos trabajos tienen deficiencias metodológicas que restan seriedad a sus conclusiones o son comunicaciones preliminares.

En este estudio se encontró que un porcentaje importante de mujeres utilizan terapia de reemplazo hormonal y que este hecho se mantiene incluso en los segmentos etáreos mayores. La función sexual, evaluada con un instrumento con propiedades psicométricas como el IPSF, mejora significativamente en las usuarias de terapia de reemplazo hormonal. El análisis de los resultados de los diferentes dominios de la prueba, así como el puntaje total obtenido, sugiere que la terapia de reemplazo hormonal es un factor protector importante de la función

sexual femenina y que contribuye, mejorando la sexualidad, mediante la disminución del dolor, la mejoría del deseo, de la excitación, de la lubricación, de la satisfacción y del orgasmo.

Entre los factores que aumentan el riesgo de disfunción sexual, encontramos que la impotencia del cónyuge triplica el riesgo de trastorno sexual en la mujer. Un estudio canadiense mostró que la impotencia es el problema más común que afecta la vida sexual de la mujer mayor³³. Otro estudio, muestra como este tipo de trastornos no solo dificultan la sexualidad de la pareja, sino que puede llegar a impedir completamente las relaciones sexuales, en una clínica de impotencia, se observó que 50% de los hombres con trastornos de erección no han tenido actividad sexual en los últimos dos años³⁴.

En esta investigación encontramos que la menopausia triplica el riesgo de trastorno sexual. La plausibilidad biológica de este deterioro se basa en los múltiples efectos de los estrógenos en la función sexual; la disminución de los niveles de estrógenos disminuye la lubricación vaginal, afecta la mecánica del piso pélvico, cambia la configuración corporal y aumenta los trastornos de ánimo, traducándose todos estos eventos en una pérdida de la autoestima y del deseo sexual³⁵. Si a esto agregamos, el impacto que tienen la visión de la sociedad, que mira a la mujer de edad mayor como carente de atractivos sexuales, no es sorprendente que tengan una alta prevalencia de trastorno sexual. El estudio *"Midlife Womens Health Survey (MWHLS)"* realizado en mujeres de raza blanca de clase económica alta, mostró que los cambios físico-psíquicos de la menopausia eran considerados la principal causa de trastorno sexual³². En cambio, en otro estudio realizado en mujeres perimenopáusicas, no histerectomizadas, sin TRH y sexualmente activas, aplicando regresión logística mostró que la menopausia se asocia a una significativa pérdida de deseo y excitación sexual, pero que su impacto es menor que el que ejerce el estado de salud, la condición psíquica o el

estado civil. Por otro lado, el menor riesgo de trastorno sexual con la TRH puede deberse a no sólo la mejoría de la dispareunia, sino que también a la mejoría del ánimo que tienen las usuarias de estrógenos³⁶.

Ahora bien, separando el efecto de la menopausia sobre la sexualidad del efecto de la vejez, implica que se extiende no solo a mujeres en la edad de la transición menopáusica, sino que también a aquellas mayores. En este estudio, que incluye mujeres de 40 a 64 años, encontramos que la edad es un factor independiente de riesgo de trastorno sexual y con una magnitud similar (OR: 3.4, IC: 1.8 a 6.4) a la menopausia.

Pocos estudios han analizado el efecto de la edad separadamente del de la menopausia sobre la sexualidad. Uno, encontró que casi 70% de las mujeres tenía una vida sexual satisfactoria, pero, que la mayor edad o la soltería eran predictores significativos de trastorno sexual³⁷. En cambio, Dennerstein demostró que solo la respuesta sexual cambiaba con la edad, no así la frecuencia de relaciones sexuales, orgasmos ni el deseo sexual³⁸. Sin embargo, esa autora solo analiza mujeres menores de 60 años y nosotros hemos visto en este estudio, que incluye a mujeres mayores, como disminuye notoriamente la sexualidad después de los 60 años.

Finalmente el factor que apareció con mayor fuerza deteriorando la sexualidad en este modelo de regresión logística fue la histerectomía, observación que no se había logrado con otros análisis, lo que desataca la importancia de usar metodologías estadísticas adecuadas. El hecho que aproximadamente el 50% de las mujeres con histerectomía implica que el impacto de la histerectomía sobre los trastornos sexual compromete a un grupo significativo de mujeres. La disfunción sexual en las histerectomizadas ha sido ampliamente discutida, encontrando en algunos autores que la histerectomía mejora la sexualidad y otros que la deteriora. En un estudio de 18 estudios, Farrel concluyó que la histerectomía no afectaba a

la sexualidad; sin embargo, este autor dice, que con pocas excepciones, la calidad metodológica de estas investigaciones era pobre³⁹. Además, Galaviotti ha descrito que las diferentes culturas pueden vivenciar de forma distinta la histerectomía y por lo tanto tener diferentes impactos sobre la sexualidad⁴⁰. La importancia de lo sociocultural en la sexualidad se deduce del estudio de Laumann que muestra que las mujeres hispánicas tienen menos trastornos sexuales que las anglosajonas, y estas, menos que las afro-americanas⁴⁰. Estos resultados, que muestran una fuerte influencia de la histerectomía sobre la sexualidad, pueden por lo tanto deberse a la metodología estadística que hemos usado o a factores socioculturales que debieran estudiarse. Además hay que destacar la importancia que pudiera tener la ooforectomía que se realiza con cierta frecuencia junto con la histerectomía, y por ende el déficit androgénico subsecuente, en el mayor riesgo de trastorno sexual. En este estudio se demuestra la necesidad de investigar con mayor profundidad la importancia que pudiera tener la ooforectomía en los trastornos sexuales de las mujeres histerectomizadas.

CONCLUSIONES

En este estudio se encuentra una significativa prevalencia de trastorno sexual. Parece que los estrógenos tanto endógenos (menopausia) como exógenos (terapia de reemplazo hormonal) influyen significativamente en la sexualidad. Con la edad el deterioro de la salud y uso de medicamentos pueden afectar aun más la respuesta sexual. Si a esto agregamos los problemas de erección y de salud del marido, no es sorprendente que un grupo importante de mujeres mayores tengan problemas de sexualidad. Desde esta óptica la sexualidad es parte importante de la calidad de vida, un concepto que debiera ser la brújula del accionar de todo médico; y por lo tanto un área prioritaria de estudio y tratamiento de la mujer.

En este estudio mostramos que la terapia de reemplazo hormonal tiene una influencia positiva en la función sexual en mujeres entre 45 y 64 años de edad. No solo mejora la lubricación y la dispareunia, sino que también tiene un efecto positivo sobre el orgasmo, la satisfacción, la excitación y el deseo sexual. Por lo tanto, su uso podría ser una alternativa para mujeres con disfunción sexual.

BIBLIOGRAFÍA

1. Morkey J, Kaiser F. Female sexuality. *Med Clin N Am* 2003; 87 (5).
2. García, Ocaña, Cuéllar. *Sistema Urogenital*. Ed. UTEHA. 1993.
3. Feldman J, Striipe M. Women's sexual health. *Clin Fam Pract* 2004; 6(4).
4. Lenahan P., Ellwood A. Sexual health and aging. *Clin Fam Pract* 2004; 6(4).
5. Masters W., Johnson V., Kolodny R. *La sexualidad Humana*. Ed. Grijalbo. 1987.
6. Monarriz K, Kim N, Goldstein I, Traish A. Biology of female sexual function. *Urol Clin N Am* 2002; 29: 685-93.
7. Berek J., Hillard P., Adashi E. *Ginecología de Novak*. Ed. McGraw-Hill Interamericana. 12a ed. México. 1997.
8. Berman J., Goldstein I. Female Sexual Dysfunction. *Urol Clin N Am* 2001; 28(2).
9. Sarrel P. Psychosexual effects of menopause: Role of androgens. *Am J Obstet Gynecol* 1999; 180 (3).
10. Kraiser F. Sexual function and the older woman. *Clin Geriatr Med* 2003; 19: 463-472.
11. Fernández M., Ospina B., Múnera A. La sexualidad en pacientes con cáncer de mama o cervix sometidas a tratamiento quirúrgico en el Hospital General, Hospital San Vicente de Paúl e Instituto de Cancerología de la Clínica de las Américas, Medellín, Colombia, 1999.
12. Goetsch M. The effect of total hysterectomy on specific sexual sensations. *Am J Obstet Gynecol* 2005; 192: 1922-7.
13. Weber A., Walters M., Schover L., Church J., Piedmonte M. Functional outcomes and satisfaction after abdominal hysterectomy. *Am J Obstet Gynecol* 1999; 181 (3).
14. Ayoubi JM. Respective consequences of abdominal, vaginal and laparoscopic hysterectomies on women's sexuality. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2003; 111 (2): 179-82.
15. Katz A. Sexuality after hysterectomy: a review of the literature and discussion of nurse's role. *J Adv Nurs* 2003; 42 (3): 297-303.
16. Roussis N., Waltrous L., Kerr A., Robertazzi R., Cabbad M. Sexual response in the patient after hysterectomy: total abdominal versus supracervical versus vaginal procedure. *Am J Obstet Gynecol* 2004; 190 (5).
17. Mc Coy NL. Methodological problems in the study of sexuality and the menopause. *Maturitas* 1998; 29:51-60.
18. Basson R, Berman J, Burnett A, Derogatis L, Ferguson D, Fourcroy J et al. Report of the International Consensus Development Conference on Female Sexual Dysfunction: definitions and classifications. *J Urol* 2000; 163:888-93.
19. Rosen R, Brown C, Heiman J, Leiblum S, Meston C, Shabsigh R, et al. The Female Sexual Function Index (FSFI): A multidimensional Self-Report Instrument for the Assessment of Female Sexual Function. *Journal of Sex & Marital Therapy* 2000; 26: 191-208.

20. Clayton A. Sexual function and dysfunction in women. *Psychiatric Clin N Am* 2003; 26: 673-82.
21. Meston C, Hull E, Levin R, Sipski M. Disorders of Orgasm in Women. *J Sex Med* 2004;1(1).
22. Herrera R, Llaca V. Trastornos sexuales durante el climaterio. *Revista del climaterio* 2004; 7(38): 62-77.
23. Ryan. *Kistner's Gynecology & Women's Health*. Mosby, 7th ed., 1999.
24. Meston C. Validation of the female sexual function index in women with female orgasmic disorder and in women with hypoactive sexual desire disorder. *J Sex Mar Therapy* 2003; 29: 39-46.
25. Blumel JE, Binfa L, Cataldo P., Carrasco A., Izaguirre H., Sarrá S. Índice de función sexual femenina: un test para evaluar la sexualidad de la mujer. *Rev Chil Obstet Gynecol* 2004; 6 (2).
26. Gramagna G, Blumel JE, Roncagliolo MB, Aracena B, Tacha X. Patrones de conducta sexual en mujeres chilenas. *Rev Med Chile* 1998; 126: 162-8.
27. Blümel JE, Castelo-Beanco C, Cancelo MJ, Romero H, Aprikian D, Sarrá S. Impairment of sexual activity in middle-aged women in Chile. *Menopause* 2004; 11(1):78-81.
28. Bachmann GA. Influence of menopause on sexuality. *Int J Fertil Menopausal Study* 1995; 40 (Suppl 1): 16-22.
29. Mansfield PK, Koch PB, Voda AM. Midlife women's attributions for their sexual response changes. *Health Care Women Int* 2000; 21: 543-59.
30. Laumann EO, Palk A, Rosen RC. Sexual Dysfunction in the United States. Prevalence and Predictors. *JAMA* 1999; 281:537-44.
31. Alexander JL. Sexual function and the older woman. *Climacteric* 2002; 5 (Suppl 1):11-12.
32. Mansfield PK, Koch PB, Voda AM. Midlife women's attributions for their sexual response changes. *Health Care Women Int* 2000; 21: 543-59.
33. Loehr J, Verma S, Seguin R. Issues of sexuality in older women. *J Womens Health* 1997; 6: 451-7.
34. Riley A, Riley E. Behavioural and clinical findings in couples where the man presents with erectile disorder: a retrospective study. *International Journal of Clinical Practice* 2000; 54: 220-4.
35. Bachmann GA. Influence of menopause on sexuality. *Int J Fertil Menopausal Study* 1995; 40 Suppl 1: 16-22.
36. Avis NE, Stellato R, Crawford S, Johannes C, Longcope C. Is there an association between menopause status and sexual functioning? *Menopause* 2000; 7: 286-8.
37. Rosen RC, Taylor JF, Leiblum SR, Bachmann GA. Prevalence of sexual dysfunction in women: results of a survey study of 329 women in an outpatient gynecological clinic. *J Sex Marital Ther* 1993; 19:171-88.
38. Dennerstein L, Dudley EC, Hopper JL, Burger H. Sexuality, hormones and the menopausal transition. *Maturitas* 1997; 26: 83-93.
39. Farrell SA, Kieser K. Sexuality after hysterectomy. *Obstet Gynecol* 2000; 95: 1045-51.
40. Galavotti C, Richter DL. Talking about hysterectomy: the experiences of women from four cultural groups. *J Womens Health Gen Based Med* 2000; 9 (Suppl 2): S63-7.