



enplenitud.com

para jóvenes de cualquier edad...



Climaterio, Menopausia y Sexualidad

Omar Araujo Noda

Encuentra más cursos gratis sobre terapias alternativas
en nuestro Centro de Aprendizaje gratuito: <http://www.enplenitud.com/cursos/>

Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana

Facultad 10 de Octubre

**Hospital Docente Materno Infantil
10 de Octubre**

**Climaterio,
Menopausia y
Sexualidad.**

Autor: Dr. Omar Araujo Noda

**Especialista de Primer Grado en
Ginecología y Obstetricia**

CLIMATERIO, MENOPAUSIA Y SEXUALIDAD

Climaterio se define como el período de transición entre la etapa reproductiva y la no reproductiva de la mujer.

Síndrome endocrino metabólico que comienza con el agotamiento de la reserva ovárica de ovocitos, que sigue, precede y acompaña diversos cambios, así como la adaptación del organismo a ese proceso.

Se divide en perimenopausia: Desde el inicio de los síntomas del climaterio hasta la menopausia.

Post- menopausia: Desde la menopausia hasta la tercera edad.

Menopausia natural: Cese definitivo de la menstruación de forma continua por doce meses. Comúnmente entre 45 y 52 años de edad. En nuestro país ocurre alrededor de los 48 años aproximadamente.

Se considera que la menopausia es precoz cuando ocurre antes de los 40 años de edad, siendo temprana entre los 40 y 45 años.

Se denomina edad mediana a la que está entre los 45 y 59 años.

La etapa perimenopáusica se caracteriza por perderse en primer lugar la luteinización, y aunque no se ha suspendido la menstruación, las mujeres suelen tener ciclos monofásicos y posteriormente las menstruaciones van desapareciendo y apareciendo en algunos meses. Es una etapa de no ovulación, aunque existen folículos que maduran.

Los estrógenos, que están disminuidos en la producción ovárica, producen incremento de FSH y LH. Se continúa produciendo estrógeno extraovárico.

La Dosificación de F.S.H., L.H. y estradiol es un aspecto a monitorear en las mujeres con ausencia de menstruación mayor de 3 meses y que sean menores de 40 años de edad.

La F.S.H. se eleva por encima de 100 m U.I. / ml. y el estradiol se encuentra por debajo de 29 pG / ml.

También se puede inferir que estamos ante una Perimenopausia por la variación en el estudio de las células vaginales (citología funcional) para un índice de maduración expresado en % de células parabasales, intermedias y superficiales (10 / 85 / 5).

Normalmente la declinación hormonal es lentamente y pueden transcurrir de 2-8 años en que las mujeres sienten los síntomas neurovegetativos sin ausencia de menstruaciones.

Se plantea que la menopausia es un fantasma que no adquiere carta de ciudadanía más que por la obra creadora de la imaginación y el miedo. Cada mujer tiene el climaterio que se merece: sólo la mujer de personalidad sólida la franquea sin grandes escollos.

Existe una serie de síntomas comunes a este período de la mujer.

- **Síntomasacortoplazo(Síntomas neurovegetativos):**

Oleadas de calor
Sofocos
Ansiedad
Depresión
Insomnio
Irritabilidad del carácter
Palpitaciones, arritmias y taquicardia
Zumbido de oídos
Cefaleas
Fatigas

- **Medianoplazo**

Coitalgia y disminución de la libido
Alteraciones urinarias

- **Largoplazo**

Dolores articulares
Hipertensión-Hipotensión
Incremento de infarto

Como proceso fisiológico, la menopausia no se acompaña de depresión. Se ha disipado la creencia de que la depresión aumenta en el momento de la menopausia, la llamada melancolía involuntiva.

Los trastornos de adaptación durante la menopausia deben considerarse dentro de sus contextos social, cultural y psicológico.

La sexualidad y función sexual son parte de la salud y el bienestar globales de la mujer.

En la población general son frecuentes las preocupaciones sexuales y la disfunción sexual.

Estudios realizados reportan que un:

60% de las mujeres presentan preocupación sobre la sexualidad.

1/3 manifiestan carencia de interés por el sexo.

20% encuentran que las relaciones sexuales no son placenteras.

15% se queja de dolor al coito.

50% tienen dificultad para excitarse.

50% tienen dificultad para lograr orgasmo, y hasta

25% no logran el orgasmo.

Existen factores que afectan la reacción sexual. Entre ellos hay fármacos que pueden interferir con el funcionamiento sexual:

Antihipertensivos
Diuréticos
Tiacídicos
Antidepresivos
Anticonceptivos orales
Antipsicóticos
Antihistamínicos
Narcóticos
Benzodiacepinas
Alucinógenos
Anfetaminas
Cocaína

El deseo sexual y la frecuencia del coito disminuyen conforme las mujeres envejecen aunque en general retiene 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 pasa con 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 que disfrutaban el sexo cuando eran más jóvenes.

Los cambios anatómicos experimentados por el envejecimiento predisponen a las mujeres a las crisis más frecuentes de vulvovaginitis y de infección de las vías urinarias, que junto a la disminución de la lubricación vaginal pueden producirle dispareunia. Las mujeres que se conservan sexualmente activas después de la menopausia tienen menor atrofia vulvar y vaginal que las abstinentes.

Las enfermedades que acompañan al envejecimiento pueden tener 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 disminuye el deseo sexual. El dolor de una cadera artrítica puede volver difícil que la mujer encuentre una posición cómoda para el coito.

Factores psicosociales como la carencia de un compañero sexual o que éste presente disfunción eréctil y aspectos de la intimidad como vivir en una casa de asistencia, resistirse a masturbarse si no se dispone de un compañero y aptitudes negativas de la sociedad también son factores que repercuten en la sexualidad.

En algunos casos las parejas se sienten cómodas sin efectuar el coito como parte de su relación.

FISIOLOGÍA SEXUAL. EFECTOS DEL ENVEJECIMIENTO.

Aumenta el tiempo para excitarse correctamente.

Producción de menor lubricación vaginal y tiempo más prolongado para lograrlo.

Orgasmos menos intensos y aumento de la necesidad de la estimulación para alcanzarlo.

Las mujeres que sufren ooforectomía en etapa premenopáusica pueden tener efecto dañino en etapa pre menopáusica pueden tener efecto dañino sobre el deseo sexual, lo mismo que sobre la excitación sexual.

Un fenómeno que afecta a la mujer en general, pero todavía más al aspecto de la sexualidad, y más aún en la etapa perimenopáusica, es el problema de la violencia.

Violencia es una forma de ejercer poder sobre alguien situado en una posición de inferioridad jerárquica o de subordinación. Tiene que ver con la fuerza física o de la coacción psíquica por parte de un individuo o grupo de individuos actuando en contra de si mismo, de objetos o de personas, ocasionando destrucción o daño, o limitando o negando alguno de los derechos previamente establecidos para esas personas o grupos.

Resumiendo es la imposición de la fuerza del más fuerte sobre el más débil.

Violencia contra la mujer es la ejercida sobre la mujer tanto en el ámbito público como en el privado provocándole daño físico, psicológico y/o sexual. En todo el mundo es una de las formas más comunes de la violencia.

La justificación de este tipo de violencia se deriva generalmente de la norma que ha impuesto la sociedad relativa al género.

La violencia contra la mujer es el abuso más generalizado de la violación de los derechos humanos, pero a su vez el menos reconocido.

Las mujeres tienen doce veces más probabilidades de ser víctimas de un familiar o de su pareja.

Cuando ocurre violencia por parte de la pareja íntima en el ámbito del hogar se le llama violencia conyugal.

La violencia sexual conyugal ha estado presente en todas las épocas, cuando el marido toma a su compañera en contra de su deseo como un objeto sexual. En la violencia del compañero íntimo el abuso psicológico o emocional está dado por insultos, intimidaciones, aislamiento y control excesivo tendientes a aislar a la mujer de la familia y amigos, vigilar sus movimientos y restringir su acceso a recursos importantes como la comida, vestido, dinero, etc.

Es precisamente durante la etapa perimenopáusicas de la mujer; período durante el cual sufre una serie de cambios, por los cuales muchas veces no accede a los requerimientos sexuales de su pareja, que se ve sometida a la violencia por parte de su compañero sexual, lo que puede relacionarse a eventos negativos de la salud sexual, física y mental y hace que las mujeres no se sientan

seguras en el lugar donde debe existir la mayor protección, el hogar.

Los trastornos de la sexualidad de las mujeres desde edad mediana son el resultado de un desequilibrio de los factores biológicos, psicológicos y socioculturales. La conducta seguida por las mujeres de ésta edad, ante los problemas sexuales no ha sido adecuada.

Antiguamente la sexualidad en la mujer no era tema difundido. El sexo femenino ha sido discriminado por muchas culturas y particularmente éste aspecto.

La sexualidad es la esencia de la relación hombre-mujer. Del adecuado conocimiento y disfrute de la sexualidad depende en gran medida la felicidad de la pareja.

La sexualidad al llegar a la edad mediana puede verse afectada si no hay una adecuada información y preparación por factores biológicos, psicológicos y socioculturales.

La sexualidad se reconoce en todas las épocas de la vida como una fuerza integradora de la identidad que contribuye a fortalecer y/o producir vínculos integrales además de ser el placer sexual, centro de bienestar físico, psíquico, intelectual y espiritual, que cuando está libre de conflictos y angustias promueve el desarrollo personal y social.

En un estudio realizado en Cuba, el 80,6% de las encuestadas saben qué es el orgasmo, sin embargo el 87,7% no llegan a lograrlo. El 89,3% no tiene deseo sexual, el 91,5% no han intentado darle solución a su disminución del deseo sexual.

Si bien existe un enlentecimiento de la respuesta sexual, se puede seguir disfrutando del sexo y tener orgasmo después de la menopausia, pero para ello es necesario que sus inquietudes y dudas sean encaminadas correctamente.

Encuestas efectuadas a las pacientes revelan que su médico sean capaz de ayudarlas 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, de ahí que el médico debe estar documentado con lo relacionado al tema de la sexualidad.

TRATAMIENTO

TRATAMIENTO PREVENTIVO.

Nuestras niñas y adolescentes deben ser incorporadas a la práctica sistemática del ejercicio y los deportes para que sean capaces de adquirir un pico de masa ósea óptima antes de los 25 años de edad para evitar la temible osteoporosis de la edad mediana de la mujer. Se debe educar en una dieta balanceada que le permita incorporar los nutrientes necesarios y mantener el peso ideal como forma de disminuir las cifras de hipertensión en nuestra población y de las complicaciones cardiovasculares. Además de promover la ingestión diaria de complementos vitamínicos.

TRATAMIENTO DE SOSTEN INICIAL (T.S.I.).

- Dieta adecuada.
- Vitaminas, sobre todo antioxidantes, (vitamina E 50 UI),
- Ácido fólico 1 mg
- Selenio, zinc y manganeso
- Vitamina C (500mg)
- Vitamina D (400UI)
- Calcio en dosis entre 1 y 1,5 g / día.
- Ejercicio sistemático de acuerdo a su edad y estado físico
- No dejar de tomar diariamente el sol por espacio de 10 a 15 minutos.

TRATAMIENTO DE MEDICINA NATURAL Y TRADICIONAL (M.N.T.)

- Acupuntura
- Terapia Floral de Bach
- Homeopatía

Se utilizarán en el tratamiento de los síntomas vasomotores, el insomnio, la depresión u la ansiedad; de forma concomitante o en aquellas mujeres que no pueden o no desean usar la THR; debemos remitir a estas mujeres con una valoración psíquica de su personalidad para un mejor tratamiento.

TRATAMIENTO HORMONAL DE REEMPLAZO. (THR)

Se indicará a aquellas mujeres que:

1. Lo solicite y no tenga ninguna contrain-

dicación por la Anamnesia, el examen físico o el chequeo de complementarios que se le realizaron.
2. Aquellas mujeres que el médico considere que lo necesita y la paciente da su consentimiento informado de que acepta cumplirlo y chequearse cada 6 meses o un año como corresponde para descartar una complicación durante el uso de estas hormonas.

CONTRAINDICACIONES ABSOLUTAS:

- Mujeres sin disposición ni conocimiento para su uso, aquellas con temor a las hormonas.
- Hepatopatía activa.
- Hipertensión arterial moderada / severa.
- Diabetes mellitus con daño vascular
- Litiasis vesicular
- Epilepsia grave.
- Enfermedad trombo embólica.
- Pancreatitis
- Cánceres hormona - dependiente.
- Riesgo genético de cáncer de mama.

El tiempo de uso de la THR debe ser controlada individualmente pero se estima su uso debe ser un total entre 5 a 8 años; excepto en la menopausia precoz quirúrgica en que abogamos por el uso de las tabletas anticonceptivas. Recomendamos no utilizar la THR después de los 60 años de edad Cada día los compuestos orales, parches, gel y cremas se emplean con dosis mínima de estrógenos progestágenos. Y cada día ganan mayor número de mujeres que lo prefieren los Fitoestrógenos y Fitoprogéstágenos como Medicina Natural. Además del uso actual de los Moduladores Selectivos de los Receptores de Estrógenos (SERMs).

Múltiples son las combinaciones en el mercado mundial pero si debemos advertir que:

SE PROSCIBE EL USO DEL DIETILESTILBESTROL

para mujeres perimenopáusicas.

Los Estrógenos conjugados de 0.625 mg se utilizan todo el mes y se le asocia Medroxiprogesterona de 5 mg / día durante 7 a 14 días en la segunda fase del ciclo o del mes; suspendiendo una semana si se desea en la Perimenopausia que

ocurra el sangrado.

La crema de estrógenos conjugados que se utilizará por vía vaginal, diariamente, para la sintomatología genitourinaria.

Fármacos que se encuentran en el mercado mundial en combinaciones de estrógenos - Progestágenos.

| Tipo de combinación | Presentación | Dosis |
|--|-----------------|---|
| Estrógenos conjugados - Medrogestona | grageas | Estrógenos 0.625 mg. / 21 días y Medrogestona 5mg / 10 días |
| Estrógenos conjugado - Medroxiprogesterona | grageas | Estrógenos 0.625mg / 14 días y Estrógenos 0.625 * Medroxiprogesterona 5 mg del 15 al 28 días del ciclo. |
| Valerianato de Estradiol - Acetato de Ciprotterona | grageas | Valerianato 2 mg / 10 días y Valerianato 1 mg con Acetato de Ciprotterona 1mg/10 días |
| Valerianato de estradiol Medroxiprogesterona | tabletas | Valerianato 2 mg /10 días y Valerianato 2mg más Medrox 10 mg / 10 días |
| Estradiol - Acetato de Norelisterona | parches | Estradiol 10mg / Acetato de Norelisterona 30 mg. |
| Estradiol - Acetato de Norelisterona | parches | Estradiol 0.05mg / Acetato de Norelisterona 0.14 mg. |
| Estradiol - Acetato de Norelisterona | parches grageas | Estradiol 0.05mg / Acetato de Norelisterona 1mg / 12 días |
| Estradiol - Acetato de Norelisterona | grageas | Estradiol micronizado 2 mg / Acetato de Norelisterona 1 mg |
| Estradiol - Acetato de Norelisterona | parches | Estradiol 0.05mg / Acetato de Norelisterona 0.25 mg. |

Todos estos regímenes de THR conllevan una responsabilidad ético legal que el médico no debe soslayar y la mujer debe firmar el consentimiento informado de que conoce las ventajas y desventajas del método y los riesgos y beneficios de esta terapia.

EIRaloxifenoeseISMREsquetienediver - sasventajascomoson:

Su efecto beneficioso sobre el metabolismo de los lípidos

Previene la pérdida de la masa ósea protegiendo de la osteoporosis y, por tanto, de las fracturas.

Poco o ningún efecto estimulante sobre la glándula mamaria.

Induce la atrofia del endometrio por lo cual co-produce los sangrados desagradable ni cáncer de endometrio.

Es el ideal para las mujeres postmenopaúsicas con alto riesgo de cáncer de mama

Debe de ser utilizado en aquellas mujeres postmenopaúsicas con 10 años o más de THR.La dosis es de 60 mg diarios.

Inconvenientes:

- No resuelve los síntomas vasomotores.
- Existe riesgo de trombosis

Los Fitoestrógenos son compuestos que se encuentran en las plantas y tienen una actividad biológica semejante a los estrógenos. La ingestión de estas sustancias pueden disminuir 25 % los valores de LH y FSH e incrementar un 30% las concentraciones de Prolactina (PRL) por lo cual refleja un efecto estrogénico. Existen Varios tipos de Fitoestrógenos: flavona, flavonoles, flavononas, isoflavonoides y lignanos.

Las isoflavonas son fenoles heterocíclicos entre los que se encuentran Genisteín, Ortodemetilangole-sina, Daidzeín, Cumestros y Gliciteín; las fuentes comunes son la mayoría de las frutas rojas y amarillas, vegetales, cítricos y legumbres. Los lignanos en los cereales, frutas y vegetales.

Las legumbres que más isoflavona contienen son el frijol de soya, las lentejas, habichuelas, las limas y los garbanzos.

La Ipriflavona (una isoflavona sintética) a dosis de 600 mg/día mantiene la masa ósea tanto en las mujeres postmenopáusicas temprana como en aquellas en tratamiento con análogos de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH).

Los Fitoprogéstágenos es la progesterona natural que el organismo produce y se conoce que la progesterona comercial se sintetiza de la soya y del ñame o batata o ambos (dioscórea villosa). Existen en el mercado cremas a base de ñame que se absorben por la piel y pueden tener efecto sobre los síntomas menopáusicos.

SEGUIMIENTO DE LAS PACIENTES.

La periodicidad debe ser trimestral y semestral hasta que se logre estabilizar el THR; pero si éste no fue utilizado puede continuar con el T.S.I. o el Tratamiento de M.N.T. con su médico de familia y orientársele si debe continuar con un chequeo anual de Mx de acuerdo a antecedentes y primeros hallazgos en estas consultas.

Una vez que la paciente ya se encuentra con su tratamiento establecido y con mejoría franca de su estado de crisis se debe de consultar semestralmente y si es usuaria del THR se le deben de actualizar todos los años el estudio completo

que se realizó en la primera consulta de Atención Diferenciada a la Mujer Climatérica.

Todo el personal de Salud Pública debe abogar por la no ooforectomía bilateral (innecesario) en las mujeres menores de 50 años de edad y velar porque estas disposiciones se cumplan.

Bibliografía:

1. Bunch C. La intolerable violencia contra las mujeres y las niñas. En El Progreso de las Naciones. UNICEF. 1997
2. Daly E., Vessey MP. Risk of venous thromboembolism in users of THR. Lancet 1996;348:997 -80
3. Grodstein F, Stampfer MJ et al Postmenopausal estrogen progestin use and the risk of cardiovascular disease. N Engl J Med 1996; 33:453 – 61
4. Jacinto Martínez. Climaterio y Menopausia. Maestría Atención Integral a la Mujer.
5. Jonathan.S. Berek; Eli.Y. Adashi y Paul. A. Hillard. Tratado de Ginecología de Novak. Mc Graw-Hill Interamericana.
6. Lippert Theodor, Mueck Alfred: Estradiol frente a estrógenos equinos conjugados. 2002 Medical Forum International. Vol 5 No.1 13 -16
7. Lugones, M.B; Valdés,S.D y Pérez, J.P Caracterización de la mujer en la etapa del climaterio (I) Rev Cubana Obstet Ginecol 2001;27(1):16-21
8. Lugones, M.B; Valdés,S.D y Pérez, J.P Caracterización de la mujer en la etapa del climaterio (II) Rev Cubana Obstet Ginecol 2001;27(1):22-7
9. Machado, H.R. El fenómeno de la violencia.
10. Marínez . V.C. Comportamiento de la sexualidad. Rev Cubana Obstet Ginecol 2002; 28(1):54-7
11. Notelovitz Morris: TRE: la toma de decisión acerca de los estrógenos. 2002 Medical Forum International Vol. 5 No. 1,2002 3-7
12. OPS/OMS. "Abordaje del problema de la

Inscríbete ahora en nuestros cursos gratis

[Flores de Bach](#)

[Edward Bach y su obra, las Flores de Bach](#)

[Fitoterapia](#)

[Homeopatía](#)

[Terapia por los chakras](#)

[Terapia vibracional holística](#)

[Reflexología](#)

[Cromoterapia](#)

[Ayurveda](#)

[Técnicas Básicas de Yoga](#)

violencia contra la mujer en las políticas de reformas del sector de la salud en centroamérica". 18ava Sesión 8-9 Febrero 1999.

13. Palacios GAS: Farmacología de los estrógenos Climaterio y Menopausia. Madrid. Mirpal, 1994,p.204 -18

14. Stalina Santisteban Alba. Climaterio y Menopausia. Maestría Atención Integral a la Mujer

15. Stalina Santisteban Alba. Terapia hormonal de reemplazo. Consideraciones generales. Maestría Atención Integral a la mujer.

16. Victoria, C.R; Mestre,S.P Climaterio y bienestar psicológico Rev Cubana Obstet Ginecol 2003;29(3)