

Sexualidad y menopausia: un estudio en Bogotá (Colombia)

María de la Paz Serpa Fonnegra¹
Édgar Eduardo Ramírez Bojacá²

Resumen

Introducción: La mujer madura de hoy encarna una nueva expresión de la sexualidad femenina. Cada vez hay más estudios que muestran la relación del estado climatérico con las alteraciones del deseo o el dolor, pero pocos se han preocupado por la percepción que tiene de su sexualidad la mujer sana. *Método:* Estudio descriptivo, serie de casos, encuesta realizada a 423 mujeres, entre 45 y 62 años de edad, de todos los estratos, sanas o enfermas, entre agosto y octubre de 2007. Cuestionario de 88 preguntas aplicado en Bogotá, recopiladas en formato de Excel, exportadas a SPSS versión 4-2005. *Resultados:* La menopausia no afecta el deseo del 33%. No se alteró la forma de sentir placer para el 60%. Califican positivamente sus actividades sexuales el 57% de las encuestadas y lo que más disfrutaban con su pareja son las relaciones sexuales el 40% de ellas. Trastornos graves de la lubricación se reportó en el 31%, y leves, en el 28%. La masturbación no se considera una alternativa para el 65%. En cuanto a la intensidad de los orgasmos, los describen como de menor intensidad el 50,6% y es mayor para el 49,4% de ellas. *Conclusión:* El deseo sexual se mantiene vigente en la mayoría de las mujeres en esta etapa de su vida y no se halló una relación definitiva entre disfunción sexual y este estado.

Palabras clave: menopausia, sexualidad, dispareunia, orgasmo.

Title: Sexuality and Menopause: A Study in Bogotá (Colombia)

Abstract

Introduction: Today's mature woman incarnates a new expression of feminine sexuality. More and more studies show the relationship of the climacteric state with sexual desire or pain disorders, but few have dealt with the healthy woman's perception of her own sexuality. *Method:* Observational descriptive study case series type. Survey of 88 closed questions, applied in Bogotá during the months of August, September and October of 2007 to 423 women of

.....

¹ Médica cirujana del Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario. Diplomada en sexología por la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, del Hospital de San José. Bogotá, Colombia.

² Médico ginecoobstetra del Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario. Epidemiólogo de la Universidad del Rosario. Director de Investigaciones de Litomédica. Coordinador de Investigaciones de la Clínica de Marly. Miembro de Comité de Ética Institucional Universidad del Bosque. Bogotá, Colombia.

all social-economical levels, healthy or ill, born between 1945 and 1962. *Results:* Menopause does not affect the sexual desire of 33%. The way they feel pleasure is not altered in 60%. More than 57% describe positively their sexual expressions and 40% of the requested women enjoy their sexual relations very much. 31% report a severe decline in lubrication and 28% report a slight one. Masturbation is not considered as an alternative for 65%. As far as intensity of orgasms, 50.6% described them as less intense and 49.4% as more intense. *Conclusion:* Sexual desire remains effective in most women in this stage of life. We did not find a conclusive relationship between sexual dysfunction and menopause.

Key words: Menopause, sexuality, dyspareunia, orgasm.

Introducción

La sexualidad humana es un fenómeno complejo, y aún más la femenina. Desde tiempos inmemoriales, la imagen de la mujer se ha asociado con la fertilidad. El comportamiento sexual ha cambiado con el tiempo, las culturas y los grupos humanos. La expectativa de vida ha aumentado y el ingreso de las mujeres a la sociedad como seres económicamente productivos ha generado un cambio en la forma de ver su vida y de percibir su sexualidad, así como la percepción de la sociedad frente a ella.

La menopausia es un periodo de transición en la vida de una mujer en el que los ovarios dejan de madurar óvulos, su cuerpo produce menos estrógenos y progesterona, la menstruación se hace cada vez menos frecuente, hasta que cesa, entre los 45 y 55 años. Según algunos estudios, el 6% de las mujeres menores de 45 años dejan de menstruar y el 2% de las mayores de 55 años continúan menstruando (1,2).

Los andrógenos femeninos también descienden durante este pe-

riodo. En la mujer fértil, el 50% de los andrógenos activos vienen de los precursores en los tejidos conversión periférica (3). El otro 50% procede, en partes iguales, de la corteza suprarrenal y de los ovarios. En el córtex se da a partir de pregnolona-17hidroxipregmolona-DHEA (dehidroepiandrosterona)-androstenediona-testosterona. La conversión ovárica es pregnolona- progesterona-17hidroxiprogesteronona-androstenediona-testosterona. Sólo el 20% de la DHEA se produce en los ovarios, y cerca del 50%, en las adrenales. La testosterona tiene origen ovárico en un 25%, mientras que 50%-75% se origina por la conversión de androstenedionas suprarrenales (4).

Los andrógenos femeninos son precursores inmediatos de la biosíntesis de estrógenos, por efecto de la enzima aromatasa. Por aromatización de androstenediona (60% origen ovárico y 40%, adrenal) se produce la estrona, que constituye el estrógeno principal en este periodo. La síntesis de androstenediona disminuye, en la posmenopausia, a la décima parte y su producción pasa a ser, principalmente, supra-

renal (3,5). El estradiol se origina por la aromatización de la testosterona (25% viene de ovarios y 75% es adrenal). La testosterona es el principal andrógeno natural con el más alto grado de bioactividad (4). Actúa en hipotálamo, hipófisis y músculo. Interviene en el deseo sexual, la densidad ósea, la distribución del tejido adiposo, los estados de ánimo, el humor, la energía y el bienestar (4).

La dihidrotestosterona actúa en huesos y folículos pilosos. Durante la menopausia, al disminuir la conversión periférica, el ovario produce el 40% de la testosterona total. Después de la menopausia, la síntesis de andrógenos ováricos y suprarrenales continuará cayendo progresivamente con la edad.

La mucosa genital, especialmente el epitelio vaginal, se adelgaza por el descenso progresivo de los niveles de estrógenos. Como consecuencia, hay disminución de la capacidad de lubricación y sequedad vaginal, que redundarán en dispareunia (relaciones sexuales dolorosas) (6-8).

Los niveles de estradiol tienen relación con la transmisión de impulsos nerviosos (sensaciones vibratorias en clítoris y vagina) y el aspecto vascular (9). Su descenso disminuye el deseo sexual; el temor al dolor también explica las dificultades que presentan algunas mujeres para sentirse sexualmente estimuladas. Estas hormonas intervienen en la vasodilatación,

protegen la circulación clitoridiana, uretral y vaginal (4).

Los estrógenos estimulan la producción de sintetasa del óxido nítrico, vasodilatador que actúa en el espacio clitoridiano, lo que facilita la tumefacción del tejido cavernoso. Al disminuir dichas hormonas se produce una fibrosis de las paredes vaginales y disminuye la circulación capilar del clítoris; así, se llega a presentar este fenómeno de respuesta más lenta a estímulos, involución y atrofia, lo que puede explicar, en parte, las disfunciones orgásmicas (10).

Los cambios en el estado de ánimo, como irritabilidad, disforia, ansiedad y tendencias depresivas, se explican por la acción reguladora sobre los niveles de serotonina y dopamina que ejercen los estrógenos. Al antagonizar los glucocorticoides, mejora la eficiencia de transmisión serotoninérgica. Actúan sobre catecolaminas, acetilcolina, GABA y glutamato (4,10). A menor producción de estrógenos, mayor cantidad de serotonina circulante. Al disminuir los niveles de estradiol se incrementan los de FSH (hormona folículo estimulante), con repercusión directa en la ansiedad. La menopausia no es causa de depresión, sólo afecta el humor (1), especialmente si hay estrés o si al evaluar su entorno se evidencian cambios en la relación de pareja o en su familia, pues se está pasando por una edad donde se viven “desafectos”.

Al envejecer el cerebro, sus funciones envejecen con él. Las neuro-

nas son muy sensibles a los estímulos hormonales. Muchas reacciones implicadas en el desarrollo neuronal y en distintas funciones nerviosas se desempeñan mejor en presencia de estrógenos. Las hormonas ováricas actúan en la pared de los vasos cerebrales, lo que mejora las conexiones neuronales y transmite información entre las neuronas, las cuales crecen y se multiplican bajo la acción de los estrógenos (9).

El hipocampo actúa como receptor y procesador de la memoria. Sus neuronas comienzan a presentar fallas en el proceso de envío de información a los centros de almacenamiento de memoria. La memoria comienza a mostrar signos de deterioro hacia los 40 años. La memoria se ve afectada; igualmente, la coordinación motora. Los pequeños olvidos se vuelven frecuentes y a veces hay que hacer esfuerzos para recordar cosas que antes eran cotidianas. El factor protector de los estrógenos parece darse a ese nivel (2,3,11).

Este estudio busca averiguar en qué medida la menopausia afecta, determina, modifica o no la sexualidad de la mujer que experimenta este periodo de transición. Es un campo en el que poco se ha profundizado, pues el enfoque se ha centrado en la mujer que envejece, las enfermedades que presenta y su prevención. Los aspectos sexuales de estas mujeres son ignorados, quizá sublimados por ellas mismas y por la sociedad.

El cuestionario abarca desde la fecha de nacimiento, estado civil y nivel de educación, hasta las preferencias personales, en cuanto a conductas sexuales poco frecuentes se refiere, pasando por conductas, comportamientos, preferencias, percepción de sí misma y de su entorno. Se evaluaron las fases de la respuesta sexual (6,12), acción de los diferentes neurotransmisores y efectos hormonales en el hipotálamo (1,3,4,10,13); de la ideación, al indagar sobre sueños eróticos y fantasías (4,9,10,14), y, de manera indirecta, el grado de influencia ejercido en ellas por la cultura y la sociedad.

De acuerdo con la encuesta, 354 (83,7%) aspiran recibir la información de un médico; 72 (17%), de enfermeras o personal de la salud; el resto (21,5%), de los medios, de familiares o de conocidos. El último año tuvieron intimidad sexual 297 (71,7%); sin presentar cambios en el grado de satisfacción, 177 (57,7%). El estudio de Lauman (8) reporta un 65% de mujeres con actividad coital en el mismo periodo.

Entre ellas, 161 (38,1%) consideran las relaciones sexuales indispensables para su salud emocional y el 40% refiere que es lo que más disfruta en su relación de pareja. Para la citada fuente, el 76% de las mujeres consideran que “la satisfacción sexual es fundamental para mantener una relación”.

Por tratarse de temas muy específicos y no del interés de esta publicación, preferimos no incluir

los resultados obtenidos al profundizar en otros cambios fisiológicos que experimentan las mujeres.

acuerdo con algunas variables de estratificación (estrato, edad).

Método

Estudio descriptivo tipo serie de casos, realizada en Bogotá, entre agosto y octubre del 2007. El estudio fue realizado en mujeres de 45 a 62 años, que pudieran leer, de todos los estratos, que presentaran menopausia y desearan participar voluntariamente en el estudio. La muestra fue recolectada en diversos sitios, consultorios médicos, supermercados, centros comerciales de diversos puntos de la ciudad, interceptación en la calle; sin tener un muestreo previo, ni control de cuotas, ni por estrato o nivel socioeconómico.

El instrumento consistía en un cuestionario de 88 preguntas de múltiple escogencia, preparadas por la investigadora principal, y relacionadas con su sexualidad e imaginarios desde la menopausia. Esta encuesta fue evaluada por expertos en el tema de sexualidad para ser aplicada posteriormente. La encuesta se autodiligenciaba en, aproximadamente, 20 minutos, de manera anónima, y los resultados fueron recopilados en una base de datos hecha para tal fin en Excel y exportadas para su análisis a SPSS versión 4-2005.

Se realizó un análisis por frecuencias simples y porcentajes de cada una de las preguntas, y análisis bivariados, en los cuales se observaron las frecuencias de

Resultados

Conductas y percepción sobre la menopausia

De las encuestadas, 345 (81,75%) consideran la menopausia un proceso natural. Admiten utilizar alguna técnica de seducción 196 mujeres (44,6%), $n = 354$. De ellas, 156 (79,5%) piensan que da resultado.

Tabla 1. Técnicas de seducción*

Preferencias	Mujeres	%
Ropa sugestiva	73	17,3
Perfumes	114	27
Cosméticos	54	12,8
Maquillaje	68	16,1
Accesorios	51	12,1
Peluquería	79	18,7
Tinturas	62	14,7
Cirugías estéticas	9	2,1

* $n = 354$

A esta edad, les atraen más las personas de su mismo sexo, a 23 (5,4%); de su edad, a 132 (32,2%); mayores, a 97 (22,9%), y menores, a 55 (13%). Practican técnicas para salir de la rutina, 28 de ellas (6,6%). Respecto a la actitud de la familia hacia ellas, perciben un mayor respeto, 169 (40%); sin cambios, 155 (36,6%). Dicen que las llaman “neuróticas” o “malgeniadas”, a 56 (13,2%); “menopáusicas”, a 28 (6,6%). Les recuerdan su edad, a 35 (8,3%). En esta etapa de

la vida, las mujeres se califican como se muestra en la Tabla 2.

Sexualidad y placer

Para 189 (59,1%) de ellas, la forma de sentir placer no se alteró. Se modificó para 131 (31%), considerándola peor, 49 (57,6%); y mejor, 36 (42,4%). Niegan tener sueños eróticos, 176 (49,7%). Los presentan regularmente, 33 (9,3%); con frecuencia, 14 (4%); ocasionalmente, 131 (37%). Con ellos disfrutaban, 82 (33,9%); mucho, 18 (7,4%); hasta la fascinación, 15 (6,2%); los gozan poco, 51 (21%); o nada, 71 (29,3%). Sienten repugnancia, 5 (2,1%). Ignoran si su pareja tiene este tipo de sueños, 193 (81%).

La calidad y cantidad de las fantasías sexuales no ha variado para 107 (50,5%); no las han tenido, 65 (30,7%). Manifiestan haber notado cambios, 40 (18,9%). Describen las invenciones eróticas actuales como mejores, 25 (27,2%); iguales, 34 (37%); ocasionales, 18 (19,6%), y menos frecuentes, 15 (16,3%).

Mujer y pareja

Del total, 133 (39,6%) de ellas lo que más disfrutaban con su consorte son las relaciones sexuales; la compañía, 95 (28,3%); un abrazo, 53 (15,8%); momentos a solas, 30 (8,9%); una conversación, 30 (8,9%). Estiman que su pareja respeta su gusto para vestirse 230 (54%). Les

Tabla 2. Percepción sobre la menopausia

Respuesta	De acuerdo	% de pacientes
Como siempre	174	51,50
Sexy o sensual	72	17
Segura de sí misma	189	44,70
Irritable	113	6,70
Susceptible	131	31
Más libre para tomar decisiones	178	42
Más dependiente de los demás	48	11,30
Más femenina	105	24,80
Más atractiva/menos atractiva	82	24,30
No le da importancia a esta etapa	99	23,40
No ha descuidado la presentación personal	304	77,58
No ha descuidado su apariencia general	295	72,22
No ha descuidado su forma de vestir	245	62,22
Sexualmente libre y realizada	115	27,20
Descubrió nuevas sensaciones	68	16,10
Cree no ser atractiva	52	12,30
Siente vergüenza de su cuerpo	52	12,30
Piensa que no se necesita tener relaciones	78	18,40
No ha notado cambios	62	14,70

sugieren cambios en su aspecto, a 67 (15,8%), y 116 (27,4%) se dan cuenta si los hacen. Rechazan o critican su figura, 46 (10,9%). Para 86 (20,3%) de las encuestadas su pareja conoce sus sentimientos acerca de la menopausia. Tienen alguna conversación de sexo con su consorte, 79 (18,7%). Consideran una obligación tener relaciones para mantener la vida en común, 26 (6,1%). A gusto con su vida sexual se declaran 116 (27,4%). Desearían

tener mayor actividad sexual, 89 (21%) (tablas 3 y 4).

Afirman tomar la iniciativa para el coito, 39 (13,4%). Nunca lo proponen, igual cantidad de mujeres. Hacerlo con mayor frecuencia que antes, 15 (5,2%), y con menor frecuencia, 12 (4,8%). Siempre lo insinúan, 2 (0,7%), y a veces, 136 (46,9%). No lo sugieren, 47 (16,2%). Detallan la reacción de su compañero(a) a esta acción, 268 (65,72%). Declaran que acepta, 238 (56,3%); que aparenta

Tabla 3. Sexualidad y pareja

Contacto sexual*		%
Gozan más	61	14,40
Sin cambios	136	32,20
Complacidas, así “sientan dolor”	43	10,20
No disfrutaban casi	28	6,60
No disfrutaban nada	8	1,90
Le gustaría “salir de eso” pronto	30	7,10
Estimulación*		%
Menos estímulos	6	1,40
Nunca los ha necesitado	83	19,60
Utilizaría ayuda	80	18,90
Innecesarios	32	7,60
Sin cambios	84	19,90
No ha notado	40	9,50
Preámbulos*		%
Caricias	196	53,70
Coqueteo	80	18,90
Juego previo	68	16,10
Estímulos eróticos	45	10,60
No hay preludio	49	11,60
Relación de pareja*		%
Buena	173	58,80
Estupenda	57	19,40
Regular	41	13,90
Mala	7	2,50
Inexistente	5	1,70
De fachada	9	3,10

* Se permite más de una respuesta

Tabla 4. Percepción del otro*

	Parejas	%
Conductas		
Alcohol	41	11,10
Agresividad	25	5,90
Infidelidad	25	5,90
Tranquilizantes	6	1,40
Trastornos mentales	5	1,20
Gustos		
Sin cambios	153	63,80
Mujeres menores	85	20,10
Igual edad	30	7,10
Mayores	13	3,10
Inclinación homosexual	8	1,90
Desempeño sexual		
Cambios en el deseo	136	32,15
Aumentado	37	27,20
Disminuido	83	61
Ausente	16	11,80
Disfunción eréctil		
Ocasional	66	45,50
Frecuente	11	7,60
Siempre	6	4,10
Nunca	62	42,80
Trastornos de eyaculación		
Rápida	35	26,10
Lenta	35	26,10
Sin problema	64	47,80
Impacto en ellas		
Mucho	57	29,10
Poco	76	38,80
Nada	63	32,10

*El 97% de las parejas pertenece al sexo masculino.

indiferencia, 18 (4,3%); rechazo, 15 (3,5%). Reciben insultos, 5 (1,2%), y golpes, 2 (0,5%).

Ante este proceder, reclaman, 51 (28,8%); lo justifican, 25 (14,12%); experimentan lástima por él, 16 (9%); se sienten humilladas, 27 (15,25%); y 10 (5,64%) piensan en cómo vengar-

se. En cuanto a vínculos paralelos, 14 (3,3%) creen y 16 (3,8%) saben que hay concubina; mientras que 14 (3,3%) optarían porque existiera una “para que las dejara en paz”.

No aceptan una tercera persona en su relación, 190 (44,91%); mientras que 21 (5%) desearían tenerla

y 18 (4,3%) admiten vivir esa situación actualmente.

Masturbación

La masturbación no es una alternativa en esta etapa para 230 (64,5%); no lo saben, 54 (17,2%); la consideran una opción, 70 (20,9%); no reconocen si se masturban, 284 (85,7%). Dentro de las que la practican, 72 (60%) mantiene este deseo igual; mayor, 35 (34,7%), y disminuido, 34 (28,3%). Sin cambios en la frecuencia permanecen 46 (45,5%); menor, 35 (34,7%), y mayor, 20 (19,8%). No han modificado la técnica, 112 (76,7%); ni utilizan ayudas para autoestimularse, 142 (84%). Tampoco dejarían participar a su pareja de estas prácticas 112 (76,7%) de ellas.

Deseo sexual

Al preguntar por el deseo sexual con la menopausia, 197 de 348 (56,6%) no ha notado cambios. En relación con el apetito carnal de la pareja, 189 (66,3%) (n = 285), tampoco. Encuentran el sexo agradable, 169 (45,9%); mucho, 79 (21,5%); más o menos, 74 (20,11%); poco, 19 (5,2%); nada, 6 (1,6%), y desagradable, 21 (5,7%).

Excitación-lubricación vaginal

Reportaron cambios radicales en la lubricación vaginal 131 (30,9%); ocasionales, 122 (28,4%);

no saben, 29 (6,8%); y ninguno, 101 (23,64%). Al preguntar si utiliza algún tipo de ayuda, respondieron 340 (89%) mujeres. Afirman usarlo, 34 (10%); siempre, 14 (4,1%); a veces, 37 (10,88%); no lo hacen, 191 (45,15%). Nunca la han necesitado, 50 (14,7%). Entre las que reconocen su uso, acuden a lubricantes, 61 (14,4%); prefieren estímulos visuales o auditivos, 14 (4%); consumen licor, 15 (3,5%), escogen afrodisiacos, 9 (2,1%), y drogas, 3 (0,7%).

Orgasmo

Al preguntar específicamente por los orgasmos, 131 (50,6%) los percibe menos intensos que antes. De 128 (49,4%) que los experimentan con mayor intensidad, 72 (56,3%) consideran que la frecuencia no cambió; 13 (10,5%), que ésta es mayor; y 42 (33,2%), que es menor. Los describen como mejores, 31 (12,8%); buenos, 116 (47,9%); increíbles, 16 (6,6%); regulares, 32, (13,2%); ocasionales, 30 (12,4%); y nulos, 17 (7%). N = 242.

Sexo oral

Contestaron esta pregunta 219 mujeres (51%). El sexo oral satisface más que otras expresiones eróticas a 17 (4%) de las que lo practican; admiten que les gusta, 85 (20,1%); confiesan que les da asco, 45 (10,6%); mientras que permanecen indiferentes frente a esta caricia, 72 (17%).

Dispareunia

La dispareunia (dolor causado por la actividad sexual), otra causa frecuente de consulta, no se presenta nunca durante la penetración o la cópula para 145 (48%); es ocasional para 134 (44,4%), y 29 (9,7%) la reportan como constante. En poscoito siempre sienten dolor o ardor, 23 (7,6%); ocasionalmente, 134 (44,4%), y nunca, 145 (48%). De las que lo experimentan, lo califican de soportable, 101 (60,8%); fastidioso, 54 (12,8%); exagerado, 8 (4,8%), e intolerable, 3 (1,8%).

Otras conductas

Algunas parejas expresan su sexualidad con otras tendencias. Estos gustos menos comunes obtuvieron, únicamente, 35 respuestas (8,2%). Entre las que contestaron, utilizan estímulos que impliquen violencia física para la excitación, 4 (11,4%); sienten necesidad de experimentar dolor para aumentar el deseo, 3 (8,5%). La pareja demanda para excitarse algún comportamiento extraño, 5 (14%), y 6 (17,1%) se lo exigen a su pareja. Probaron por curiosidad estas prácticas y les gustaron, 11 (31,4%). Se ven sometidas a practicar actos fuera de lo común para satisfacer a su compañero(a), 10 (28,5%).

Discusión

La mujer madura de hoy encarna una nueva expresión de la

sexualidad femenina. No se siente atada a antiguas normas y patrones de comportamiento, que, durante décadas, fueron el *leitmotiv* de su conducta y condicionaron la expresión de su sexualidad. La revolución sexual les permitió interiorizar los cambios culturales (45% tienen títulos profesionales o posgrados), sociales, económicos y laborales (93,7% había trabajado alguna vez en su vida, continúa trabajando el 74,2% de ellas); afianzar su personalidad y desarrollar su sexualidad de manera sana, libre y abierta, como se demuestra en esta encuesta.

Es interesante resaltar que al inicio del estudio, el 3% de las mujeres se declara abiertamente homosexual, y al finalizar el cuestionario, el 9% reconoce que preferiría tener como pareja a alguna persona de su mismo sexo.

La libertad y el placer se convirtieron en sinónimos y motores para ejercer su sexualidad, paralela a sus deberes como madres (58% tiene uno o dos hijos), esposas o compañeras permanentes (70%). Destacar como profesionales en todas las áreas y como mujeres integrales, responsables, ya no sólo de los demás, sino con conciencia de sí mismas y de su papel en la sociedad. La actitud familiar y social se expresa en un mayor respeto (40%). Su comprensión del compañero(a) va más allá de una relación circunstancial.

La preocupación por su salud es evidente, hasta el punto de que, en el último año, el 85% se había

realizado citología; 65%, mamografía; 34%, densitometría ósea, y más del 64% se examina los senos para detectar un cáncer a tiempo.

Consideran este periodo como un proceso natural, más del 85%, sin sentir que su atractivo disminuya o haya cambiado su presentación personal (78%), sus gustos (52%) o su respuesta erótica (27%). De las encuestadas, 78% considera no haber descuidado su apariencia o su forma de vestir. El 12% cree no ser atractiva o siente vergüenza de su cuerpo, mientras que el 51% se siente más segura de su capacidad sexual. Los “ideales de belleza” que se postulan no determinan su vida (39%).

Los problemas sexuales son individuales e independientes de la edad de la mujer. La menopausia influye negativamente en el área del deseo (43%) y puede generar dolor por falta de lubricación local (de quienes lo presentan, lo calificaron como ocasional el 44%; constante, 10%; de todas, 48% manifestó no haberlo percibido nunca). La lubricación vaginal se halla disminuida o ha variado en el 60% de ellas, aunque sólo el 30% utiliza alguna ayuda. Recurren a estímulos externos para excitarse sólo el 25% del total. El estudio de Lauman (8) reporta este déficit en 16% de las mujeres.

La masturbación no es una alternativa para el 64,5% de las encuestadas. Del total, 40% afirma que lo que más disfrutan son las relaciones sexuales. Factores como la edad, su entorno sociocultural,

la salud mental, física y emocional, además del desempeño sexual de la pareja, son indispensables al valorar la satisfacción sexual de una mujer. Los resultados apoyan la teoría de la citada fuente, que sostiene que el deseo y la actividad sexual permanecen en personas de edad media y mayores.

Los sentimientos hacia su compañero(a) las afligen muchas veces más que el estado climatérico mismo. La encuesta de Lauman (8) concluye que la eyaculación precoz es la disfunción preponderante entre los hombres entrevistados (14%), seguida de disfunción eréctil (10%). Nuestro estudio, en lo relacionado con la percepción del desempeño de la pareja masculina, destaca que 32% refieren cambios en el deseo; 45%, problemas de erección, y 26%, trastornos de la eyaculación. Ante las disfunciones específicas se ven poco o nada afectadas 33% de ellas. En cuanto al orgasmo, la cifra es muy similar entre las que los consideran menos intensos y las que creen que éstos no han cambiado (51,6% frente a 49,4%, respectivamente).

Una mujer que expresa necesidades y ansiedades propias de su estado de transición esconde el deseo de profundizar en el conocimiento de su fisiología, del comportamiento actual de su cuerpo y de los cambios a los que se ve abocada.

La mujer de hoy exige información de calidad y no se alimenta de mitos ni de afirmaciones sesgadas. Ha asumido su sexualidad con ma-

durez y sensatez, con la certeza de que su vida y su satisfacción sexual dependen de sí misma. Con la claridad de poder brindarle a su pareja su experiencia y su plenitud. Como mujer, se enfrenta a esos cambios con una percepción diferente a la que tuvieron las generaciones que la precedieron. Hoy tiene acceso a información que le permite discutir con su médico el tratamiento que va a seguir para combatir los molestos síntomas asociados, pero continúa amparada en el consejo que reciba del profesional de la salud para utilizar la terapia sugerida (82% aceptaría TRH si su médico se la indica). Es una necesidad sentida de las mujeres que participaron en el estudio recibir información en este sentido por parte de su médico (84%).

Su expresión sexual es amplia y con menos limitaciones; exigen y dan placer, experimentan en campos otrora censurados o prohibidos para las mujeres “decentes” y limitan sus encuentros sexuales o amorosos con la tranquilidad que décadas atrás caracterizaba al género masculino. Evalúan con objetividad el comportamiento de su compañero(a) (calificándolos positivamente, 58%), expresan necesidades sexuales y afectivas con sinceridad (toma la iniciativa para las relaciones el 20%, y 71% había tenido actividad coital el año anterior).

Conclusiones

Esta encuesta y sus resultados, al ser comparada con estudios reali-

zados por investigadores internacionales, coinciden con lo publicado en la literatura médica. Concluye que el deseo sexual se mantiene vigente en la mayoría de las mujeres pre-, peri- o menopáusicas, y no se halla una relación definitiva entre la disfunción sexual y este estado.

La evaluación de la función sexual femenina, en el ámbito investigativo, en la menopausia requiere diseños y análisis estadísticos que permitan integrar los factores socio-demográficos, de edad y de conducta, para conocer mejor a la mujer en esta etapa de su vida y poder brindarle un mayor apoyo.

Este estudio descriptivo sirve de muestra para comparación con investigaciones futuras. Puede ser la base para estudios diagnósticos sobre la diferencia de comportamientos a esta edad en mujeres de las diferentes zonas del país o de Latinoamérica. Al confrontar los resultados con la literatura disponible (8,13,15,16), permitirá conocer qué tanta similitud o divergencia tenemos en la percepción de la sexualidad y de nuestro comportamiento en este campo específico, con mujeres que habitan otras latitudes y tienen costumbres diferentes.

Un punto que se debe resaltar es que se trata de información recopilada en nuestro medio, de las mujeres que residen en Bogotá en el 2007, y cuyos orígenes, como los de los habitantes de las grandes metrópolis, son multirraciales y pluriculturales.

El DSM IV (17) estableció, en 1994, las pautas para determinar las áreas de disfunción sexual femenina. Cada vez hay más estudios que muestran la relación del estado climatérico con las alteraciones del deseo o el dolor (3,8,11,13,16,18), pero pocos se han preocupado por la percepción que tiene de su sexualidad la mujer sana. Tampoco hay mayor interés por parte del personal de salud hacia este tópico.

La menopausia es una “semiólogía” imitadora de quejas y síntomas, mimética, confusa y desconcertante. Por medio de un interrogatorio sencillo, el médico puede identificar lo que se esconde tras las dolencias de sus pacientes. La responsabilidad de aclarar dudas e impartir información recae sobre el médico, quien, además de su conocimiento, cuenta con la mejor herramienta de exploración y diagnóstico: la historia clínica.

A nuestras madres y abuelas no les hablaron de su menstruación y menos de su menopausia. Ellas se encargaron de abrir los ojos a las generaciones siguientes en cuanto a la condición femenina, para que entendieran sobre su fisiología, el derecho a la sexualidad y el deber de regular la fertilidad dentro de los estrechos márgenes que la cultura y la escasa educación que recibían les permitieron intuir.

La menopausia es, en conclusión, una etapa fisiológica, que no se debe “medicalizar”, ni encasillar social ni sexualmente. No es una

“edad limbo”, ni el final de la vida productiva, sexual o afectiva para una mujer. Es una etapa de bella madurez, de decantación, de expresión de la sexualidad franca, abierta, dadora y receptiva. Época de cosechar frutos, de recapacitar y de reconocer logros, de seguir fijando metas sin excluir ni ignorar nuestro compromiso con nosotras mismas ni nuestros deberes, ni olvidar nuestra responsabilidad con nuestra salud. No quiere esto tampoco excluir las dificultades, adaptaciones necesarias ni cambios que se presentan.

Es el momento de devolver a la vida la inversión que hizo para formarnos, para, por medio del conocimiento y la capacidad de afecto que nos caracteriza, compartir las maravillosas experiencias que nos han convertido en mujeres maduras.

Agradecimientos

A Esperanza Young Gómez, vicepresidente IPSOS-Napoleón Franco; Ruth Rosas, directora del Departamento de Investigaciones IPSOS-Napoleón Franco; Alonso Acuña Cañas, médico urólogo-Sexólogo, profesor asociado del Departamento de Urología de la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud y Universidad del Rosario

Referencias

1. Fernández-Villoria E, Cernuda P, Enríquez C, Sánchez-Vicente C. Tengo 50 años. ¿Qué me pasa, doctor?. Barcelona: Planeta; 2003.

2. Weismiller D. The perimenopause and menopause. Experience, an overview. *Clin Fam Practice*. 2002;4(1):1-12.
3. Blumel JE, Cruz MN, Aparicio NJ. La transición menopáusica, fisiopatología, clínica y tratamiento. *Medicina Buenos Aires*. 2002;62(1):57-65.
4. Acuña A, Guerrero P, Velásquez A. Función y disfunción sexual femenina. *Lecciones de sexología clínica*. Bogotá: Linotipia Bolívar; s. f.
5. Wines N, Willsteed E. Menopause and skin. *Australas J Dermatol*. 2001;42(3):149-60.
6. Masters W, Johnson V. *Human sexual response*. Boston: Little Brown; 1966.
7. Masters W, Johnson V. *El vínculo del placer*. Barcelona: Grijalbo; 1978.
8. Nicolosi A, Laumann E, Glasser D, Moreira E Jr, Paik A, Gingell C. Sexual behavior and sexual dysfunction after age 40: the global study of sexual attitudes and behaviors. *Urology*. 2004;64(5):91-7.
9. Adashi E. The climateric ovary: an androgen – producing gland. *Reproductive endocrinology, surgery and technology*. Vol 2. New York: Lippincot; 1996.
10. Acuña A. Nuevos conceptos en disfunción sexual femenina. Acceso: 18 de noviembre de 2008. Disponible en: abcmedicus.com/articulo/medicosid/61/pagina/1/conceptos_disfuncion_sexual.
11. Loehr J, Verma S, Seguin R. Issues of sexuality in older women. *J Women's Health*. 1997; 6(4):451-7.
12. Kaplan H. *El Sentido del Sexo*. Barcelona: Grijalbo; 1981.
13. Blumel JE, Araya H, Riquelme R, Castro G, Sánchez F, Gramegna G. Prevalencia de los trastornos de la sexualidad en mujeres climatéricas: Influencia de la menopausia y de la terapia de reemplazo hormonal. *Rev Med Chile*. 2002;130(10):1131-8.
14. Avis NE. Deseo, excitación-orgasmosatisfacción- dolor. Acceso: 18 de noviembre de 2008. Disponible en: Encolombia.com/medicina/menopausia/Meno10104-Menopausia1.htm.
15. Avis NC, Stellato R, Crawford S, Johannes C, Longcope C. Función sexual en investigación de menopausia. Acceso: 18 de noviembre de 2008. Disponible en: encolombia.com/medicina/menopausia/Meno10104-Menopausia
16. Avis NE, Stellato R, Crawford S, Johannes C, Longcope C. Is there any association between menopause status and sexual functioning?. *Menopause* 2000;7(5):297-309.
17. American Psychiatric Association. *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Texto revisado. López-Ibor JJ, Valdés M (directores edición en español). Barcelona: Masson; 2002.
18. Graham-Brown R. Dermatologic problems of menopause. *Clin Dermatol*. 1997;15(1):143-5.

Conflicto de interés: Los autores niegan cualquier conflicto de interés en este artículo.

Recibido para evaluación: 28 de octubre del 2008

Aprobado para publicación: 12 de enero del 2009

Correspondencia
María de la Paz Serpa Fonnegra
Cra. 7a. No. 82-66, cons. 217
Bogotá, Colombia
galenusregius@gmail.com