

SEXUALIDAD Y POSTMENOPAUSIA: ¿MUJERES SEXUALMENTE JUBILADAS?

Por:

Hernando Restrepo Payán. Médico-cirujano UPB. Magister en Sexología Clínica CIPPSV. Docente de pre y postgrado Facultad de Medicina UPB. Miembro Sociedad Colombiana de Salud Sexual -ACSEX- y de la Academia Internacional de Sexología Médica -AISM-.

1. Resumen

La prevalencia de disfunciones sexuales femeninas es cercana al 41% alrededor del mundo, lo que las convierte prácticamente en un problema de salud pública, que por la connotación de “sexual” muchas veces pasa ignorado, subdiagnosticado y sin tratamiento adecuado. Tal prevalencia incluye también a las mujeres en climaterio, siendo su etiología multifactorial con aspectos biopsicosociales que deben ser explorados por los clínicos que las atienden. Existen múltiples alternativas de intervención farmacológica y no farmacológica para estas mujeres, lo que contribuye al mejoramiento de su calidad de vida, lo cual muchas veces es desconocido por los mismos clínicos, unido a la dificultad de éstos para afrontar al paciente con problemas sexuales, lo que implica una barrera para la ayuda. El estudio de la sexualidad humana, de medicina sexual o de la sexología es una asignatura pendiente en la mayoría de las universidades colombianas, tanto en el pre como en el postgrado, por lo que debe incluirse en los pensum académicos de formación para poder contribuir de manera más integral al alivio del sufrimiento humano por lo sexual, que con tanta frecuencia, tantas mujeres padecen en silencio y soledad.

Palabras clave: menopausia, sexualidad, disfunciones sexuales, deseo sexual hipoactivo.

2. Introducción

Las actitudes que como profesionales de la salud se tengan frente a las vivencias de la propia sexualidad y de la de otros, tienen que ver entre otras cosas, con la claridad conceptual y su incorporación en el quehacer del clínico y en particular, de especialistas como: Gineco-obstetras, Urólogos, Psiquiatras y Sexólogos, tan íntimamente relacionados con la vida sexual de las personas y en las que muchas veces, la exploración y enfoque del consultante sexológico, se reduce a aspectos meramente biológicos o reproductivos, que llevan a pensar erróneamente en que con ello, se ha “abarcado la salud sexual de las personas”.

De ahí la importancia de unificar conceptos que permitan un lenguaje y comprensión comunes. Se mencionan a continuación algunos conceptos básicos relacionados con el tema de este capítulo: sexualidad y posmenopausia.

- **Sexualidad.** “Se refiere a una dimensión fundamental del hecho de ser humano: basada en el sexo, incluye al género, las identidades de sexo y género, la orientación sexual, el erotismo, la vinculación afectiva, el amor y la reproducción. Se expresa en forma de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, actividades, prácticas, roles y relaciones. La sexualidad se expresa en todo lo que somos, sentimos, pensamos y hacemos” ¹.
- **Salud sexual.** Es un estado de bienestar físico, mental, emocional y social, relacionado con la sexualidad, la cual no es solamente la ausencia de enfermedad, disfunción o incapacidad. Para que la salud sexual se logre y se mantenga, los Derechos Humanos Sexuales y Reproductivos de todas las personas deben ser respetados, protegidos y ejercidos a plenitud ².

- **Menopausia.** Natural o fisiológica, se define como el cese permanente de la menstruación, determinado retrospectivamente después de 12 meses consecutivos de amenorrea, sin causas patológicas³. Tiene relación con la decadencia de la función de los ovarios, durante la cual termina la función reproductora. No es un fenómeno patológico, sino que es parte normal del envejecimiento y la maduración⁴. A pesar de no ser exactamente lo mismo, climaterio y menopausia son términos usados como sinónimos, lo cual ha sido en general aceptado.
- **Perimenopausia.** Período consistente en la aparición reciente de amenorrea o irregularidades menstruales que duran al menos 3 meses pero menos de 12 meses⁵.
- **Posmenopausia:** Período de amenorrea de inicio natural (es decir, no atribuible a intervenciones médicas) durante más de 12 meses⁵. En otras palabras, la posmenopausia va desde la menopausia hasta los 60 años; a su vez, se subdivide en: precoz, cubre los primeros 5 años de la posmenopausia: tardía, desde los 5 años después menopausia, hasta los 60 años⁶.
- **Climaterio.** Es un período de tiempo que incluye los síntomas de la perimenopausia, menopausia y posmenopausia⁶.

3. Mitos sobre la sexualidad en personas mayores

Maslow (1973) definió la salud sexual de las personas mayores como una expresión de emociones y compromisos que necesitan una gran comunicación tanto en cantidad como en calidad entre compañeros, para poder tener una relación de amor, placer y confianza en la que podría existir o no el coito⁷.

A pesar de lo expresado en la teoría, la sexualidad en la posmenopausia ha estado sujeta a mitos y tabúes y gran parte de los mismos tienen su origen en la falta de

información, evidenciándose que la barrera más restrictiva de la actividad sexual, es la actitud social negativa acerca de la sexualidad en las últimas etapas de la vida ⁸.

A pesar que la ignorancia, los prejuicios y estereotipos sociales han ofrecido una imagen de la mujer menopaúsica como ser asexual, cada vez parece más claro y aceptado que la función y la satisfacción sexuales son posibles y deseables para la mayoría de ellas y que el deseo, el placer y la capacidad sexual pueden durar toda la vida. En ocasiones, algunas mujeres se encuentran sin pareja y a la vez, se sienten limitadas por la actitud de sus hijos, familiares o amigos que tienden a rechazar una posible conformación de una relación de pareja o de posibles encuentros sexuales (por considerarlo vergonzoso o degradante), violando así sus derechos. Un prejuicio muy común es aquel que considera a las personas mayores anormales o inmorales por mantener deseos sexuales.

No existe límite de tiempo para la sexualidad femenina y en condiciones físicas y emocionales favorables, existe una capacidad para ejercer la función placentera de la sexualidad hasta los 80 años e incluso más allá, ya que aunque cesa la función reproductora, no desaparece el deseo ni la actividad sexual, sino que al contrario, se incrementa el disfrute de una nueva forma de vida, que puede cursar con menos tensión, ya que desaparece el riesgo y el temor al embarazo, así como las molestias menstruales⁸. En las personas mayores, hay un aumento de las experiencias sexuales, se es más tranquilo y prudente, el sentimiento a menudo suele ceder paso a la razón. Existe una mayor sabiduría, ternura y también una mayor afinidad en las relaciones de pareja. En la medida que se avanza en edad, se aumenta el criterio de realidad, por tanto, existe una mayor conciencia de lo que se puede hacer o no con el sexo ⁷. Todo lo anterior significa que construir una sexualidad sana en la mujer menopaúsica, es proporcionar más vida a sus años, es hacerle su vida más placentera y feliz ⁴.

4. Fisiología de la función sexual en la postmenopausia

La menopausia es un período de transición importante en la vida de la mujer y está frecuentemente asociada a síntomas (flushing, sudoración nocturna, disfunciones sexuales, alteraciones en el humor y el afecto, entre otros), así como con cambios fisiológicos y psicológicos significativos ⁹.

De igual manera, se ha evidenciado la asociación de menopausia con disfunciones sexuales (DS); es así como por ejemplo, Espitia de la Hoz (2019), encontró una prevalencia de 75% de DS en mujeres climatéricas del Quindío (Colombia), caracterizadas principalmente por dificultades con la excitación y el dolor/dispareunia. Ello significa que la prevalencia de DS en estas mujeres es cercana a 1/3 de la población, por lo que el estudio de los problemas sexuales en el climaterio es prácticamente mandatorio¹⁰.

4.1. Cambios fisiológicos en la sexualidad de la mujer posmenopáusica

Los cambios en la apariencia y en la función que enfrentan algunas mujeres, como los signos de envejecimiento, cambios en la piel, cabello y función sexual, pueden influir en la forma en que una mujer se siente con respecto a su cuerpo ⁹. En la mujer mayor el período de lubricación y expansión de la vagina están más alargados, la duración y la intensidad de la estimulación para sentir el orgasmo incrementa, mientras que las contracciones musculares para lograrlo, pueden estar mermadas en número e intensidad; además, pueden existir contracciones dolorosas, que dan lugar a la reducción de la capacidad multiorgásmica. Los principales cambios fisiológicos en la función sexual de la mujer posmenopáusica se pueden resumir así ⁷:

- Disminución en la lubricación vaginal.
- Atrofia de vejiga.

- Adelgazamiento de mucosa vaginal.
- Disminución de niveles de estrógenos.
- Disminución de la elasticidad y tono muscular.
- Disminución de la longitud y profundidad vaginal.
- Disminución del tejido vulvar.
- Disminución en el tamaño del clítoris.
- Disminución gradual de niveles de testosterona.

La función sexual empeora con el avance de la menopausia. Los síntomas más frecuentes incluyen bajo deseo sexual (40-55%), mala lubricación (25-30%) y dispareunia (12-45%). Niveles decrecientes de los esteroides sexuales (estrógenos y andrógenos) juegan un papel importante en el deterioro de la respuesta sexual; sin embargo, los cambios psicológicos y relacionales durante el envejecimiento y un aumento en comorbilidades metabólicas y cardiovasculares también deben tenerse en cuenta¹¹.

Aunque existe una tendencia a asumir que las mujeres pierden interés en el sexo después de la menopausia, la sexualidad permanece como un elemento moderada o extremadamente importante para las mujeres en la mitad de la vida¹². La expresión de la sexualidad y de sus funciones están influenciadas por factores biopsicosociales y hasta espirituales que es necesario tener presentes en la valoración de la dimensión sexual de la mujer posmenopáusica. A continuación se mencionan algunos de ellos:

Tabla No.1. Posibles factores que afectan la función sexual en la menopausia.

Factores predisponentes	Biológicos	Intervenciones ginecológicas o quirúrgicas
		Insuficiencia Ovárica Prematura
		Endometriosis
		Menopausia iatrogénica (ooforectomía bilateral, radio y quimioterapia, factores endocrinos.
	Psicosexuales	Vida sexual previa
		Imagen corporal
		Rasgos de personalidad
		Historia de abuso o violencia sexual
		Trastornos afectivos
		Estrategias de afrontamiento
	Contextuales	Expectativas y limitaciones étnicas / culturales / religiosas
		Red de apoyo
Factores precipitantes	Biológicos	Edad de la menopausia
		Menopausia biológica vs iatrogénica
		Menopausia iatrogénica
		Extensión y severidad de síntomas menopáusicos
		Trastornos actuales
		Abuso de sustancias psicoactivas
	Psicosexuales	Relación de pareja
		Experiencia sexual
		Trastornos afectivos
		Pérdida de la pareja
	Contextuales	Estresores vitales (divorcio, separación, infidelidad de la pareja)
		Pérdida o muerte de parientes cercanos
		Falta de acceso a tratamientos médicos
		Dificultades económicas
Factores mantenedores	Biológicos	Cambios secundarios a la menopausia (hormonales, vasculares, musculares, neurológicos e inmunológicos)
		Contraindicaciones de hormonoterapia
		Hormonoterapia insuficiente
		Tratamientos farmacológicos
		Abuso de sustancias
	Psicosexuales	Percepción de los cambios de la menopausia
		Pérdida de la confianza sexual
		Trastornos afectivos
		Distress (personal, emocional, ocupacional, con la pareja)
		Problemas de salud o sexuales de la pareja.
	Contextuales	Falta de acceso a los cuidados (cuando se requieren)
		Conflictos interpersonales.

Fuente: Scavello, I; Maseroli, E; Di Stasi, V and Vignozzi, L. Sexual Health in Menopause Review. Medicina 2019, 55, 559¹¹.

Dentro de los factores biológicos, los esteroides sexuales juegan un papel importante en la modulación positiva del comportamiento sexual, el estado de ánimo, las emociones y cogniciones a lo largo de la vida de la mujer. Niveles decrecientes durante la perimenopausia y extremadamente bajos en la posmenopausia, se asocian con consecuencias perjudiciales en el bienestar general y sexual.

Se ha sugerido que la pérdida de estrógenos exacerba los efectos del envejecimiento en las funciones cognitivas, contribuyendo a la senescencia cerebral y a procesos neurodegenerativos. Además, los estrógenos estimulan varios sistemas de neurotransmisores en las regiones del cerebro implicadas en el comportamiento sexual, incluida la transmisión dopaminérgica¹³.

Estrógenos y andrógenos ejercen un efecto estimulante sinérgico sobre la respuesta sexual femenina, promoviendo el deseo sexual a través de una compleja red de neurotransmisores y el equilibrio entre señales excitadoras e inhibitoras¹⁴. La disminución de los andrógenos está relacionada con el envejecimiento y la producción de dehidroepiandrosterona (DHEA) por las glándulas suprarrenales que disminuye progresivamente y a pesar de una alta producción en los ovarios, éstos no son capaz de corregir el déficit. La reducción de andrógenos es la causa más plausible de aumento del riesgo de deseo sexual hipoactivo (DSH) en estas mujeres¹⁵.

Aunque los mecanismos moleculares no se han aclarado, se ha propuesto que los andrógenos estimulan el deseo sexual actuando sobre los sistemas de recompensa del cerebro, probablemente a través de una modulación de las vías dopaminérgicas¹⁶.

5. Comorbilidades asociadas que modifican la vida sexual en la mujer posmenopáusica

5.1. Síndrome Genitourinario de la menopausia (GSM)

El GSM es una enfermedad crónica y progresiva que engloba alteraciones fisiológicas y anatómicas que afectan los labios mayores / menores, vestíbulo / introito, clítoris, vagina y tejido del tracto urinario inferior, debido a la disminución de los niveles de hormonas sexuales. Si bien los síntomas vasomotores (VMS) generalmente mejoran con el tiempo, los síntomas vaginales generalmente empeoran y no cambian sin tratamiento. El GSM afecta aproximadamente al 50% de las mujeres de mediana y avanzada edad y ejerce efectos perjudiciales sobre la imagen corporal, las relaciones interpersonales, la salud sexual y la calidad de vida en general. Las mujeres afectadas a menudo informan sequedad, disminución de la lubricación, malestar o dolor con la actividad sexual, sangrado poscoital, irritación / ardor / picazón de la vulva y / o vagina y dolor pélvico¹⁷. Se deduce entonces que toda esta sintomatología afecta la vida sexual de la mujer posmenopáusica y de ahí la importancia de su diagnóstico y tratamiento.

5.2. Enfermedades cardiovasculares y metabólicas

La alteración vascular genital como determinante de la DS femenina todavía es objeto de debate; sin embargo, al igual que en los hombres, la respuesta sexual genital es principalmente un evento vascular. Se ha sugerido que la disfunción endotelial debida a agresiones cardiometabólicas puede conducir a insuficiencia vascular en los tejidos genitales femeninos, por lo tanto, la disminución en la excitación y lubricación, que experimentan las mujeres con la menopausia, podría estar asociada no sólo con el medio hormonal cambiante, sino también con una carga creciente de alteraciones.

La evidencia sobre los efectos de la obesidad, el síndrome metabólico, la dislipidemia y la hipertensión (cuya prevalencia aumenta significativamente con la menopausia y el envejecimiento), sobre la salud sexual femenina es limitada, pero sugiere una asociación negativa¹⁸. La evidencia sugiere que la testosterona endógena puede influir en la composición corporal y la función vascular y metabólica en mujeres posmenopáusicas, por lo que su ausencia en mujeres ooforectomizadas posmenopáusicas parece estar correlacionada con efectos deletéreos sobre la función endotelial¹⁹.

5.3. Cáncer y Menopausia

Con los avances en el tratamiento del cáncer ginecológico, cada vez más mujeres entran en el grupo de “sobrevivientes”, en las cuales pueden resultar secuelas sexuales entre muchas otras, que incluyen pero no se limitan a: cambios en el deseo sexual y la excitación, el orgasmo, dolor genito-pélvico y menopausia inducida. Se estima que aproximadamente 50% de las mujeres con cáncer ginecológico experimentan una DS aguda o crónica. El cáncer impacta dramáticamente la sexualidad de la mujer, su funcionamiento sexual, sus relaciones íntimas con la pareja y su autoestima. Variables como depresión, ansiedad, imagen corporal y la capacidad de “sentirse como una mujer” están correlacionadas con los niveles de funcionamiento sexual.

A pesar que la DS es uno de los tópicos más comunes y estresantes que les toca enfrentar a las sobrevivientes de cáncer, rara vez es un tema de discusión con el médico tratante. Para las pacientes que deben soportar los retos del tratamiento del cáncer, la pérdida adicional de su función sexual y de intimidad con la pareja, se convierten en una profunda carga que se magnifica con la falta de discusión del tema. La Sociedad Americana de Oncología Clínica recomienda iniciar el diálogo sobre la salud sexual al momento del diagnóstico, mantenerlo durante el tratamiento y la sobrevivencia²⁰.

6.0. Factores psicológicos y relacionales para disfunción sexual en la menopausia.

La respuesta y satisfacción sexuales dependen en gran medida de los aspectos psicosociales relacionados con el bienestar en la menopausia. La DS de pareja, es particularmente común en la mediana edad, debido al mayor riesgo de síntomas sexuales que tanto hombres y mujeres enfrentan con el envejecimiento¹¹. Se plantea entonces la importancia de un enfoque que aborde las necesidades de salud sexual de la pareja que envejece en su conjunto, en lugar de tratar solamente al individuo²¹. Se ha evidenciado también que las actitudes de una mujer hacia la menopausia, pueden cambiar su

experiencia en esta transición: las mujeres con actitudes más negativas, tienden a tener más síntomas.

Existen barreras adicionales para que las mujeres mayores accedan a información y ayuda con respecto a la sexualidad, con el resultado de que rara vez se busca y / o reciben un tratamiento. Desafortunadamente, estas barreras frecuentemente involucran deficiencias y fallas por parte de los médicos, incluida la falta de tiempo, de conocimientos específicos, preocupaciones sobre la propia confianza y habilidades, preocupación por causar ofensa, malestar personal y estereotipos sobre las necesidades y comportamientos sexuales apropiados para la edad²². Se insiste en la necesidad de incluir el estudio de la sexualidad humana, de medicina sexual y/o sexología en los pensum académicos de las universidades, con el fin de contribuir a que el personal de salud pueda abordar con mayor seguridad y menos prejuicios, las inquietudes sexuales de sus consultantes.

6.1. Imagen corporal.

La imagen corporal es un constructo que comprende autopercepciones y actitudes relacionadas con el propio cuerpo, que incluyen pensamientos, creencias, sentimientos y comportamientos. Se ha evidenciado que la insatisfacción sexual tiende a ser significativamente más alta en mujeres peri y posmenopáusicas, lo cual es compatible con el concepto de que una percepción más positiva del propio cuerpo es predictora de una función sexual más satisfactoria. Aquellas mujeres quienes se perciben a sí mismas como “no atractivas” tienen mayor probabilidad de presentar síntomas depresivos. Éste debería entonces ser un elemento a tener en cuenta por parte de los profesionales de la salud al implementar el apoyo o acompañamiento en esta transición²³.

7. Intervenciones para una vida sexual feliz

7.1. Intervenciones No farmacológicas

La primera línea de estrategias terapéuticas para la DS asociada con la menopausia incluye educación e intervención de los factores modificables²⁴ como: trastornos del afecto y su tratamiento, vida sedentaria, trastornos endocrinos, infecciones ginecológicas y urológicas. Proporcionar información sobre el funcionamiento sexual fisiológico, haciendo énfasis en la importancia de la motivación, de una adecuada estimulación, de la influencia de la edad y duración de la relación y de cómo ésto puede facilitar cambios comportamentales sexuales positivos, son pilares terapéuticos fundamentales¹³. Algunos mensajes básicos que los clínicos deben incluir en el proceso de información y educación de la mujer posmenopáusica y su pareja son:

- La interrupción de la menstruación es fisiológica y no siempre se acompaña de síntomas nerviosos y otros cuadros.
- El período posmenopáusico de la mujer actualmente puede durar entre 30 y 35 años, lo que significa que aún se vivirá muchos años una vez que termina la fase reproductiva.
- La salud sexual femenina en ocasiones es mucho mejor después de la menopausia.
- La posmenopausia es el momento ideal para el crecimiento intelectual, logros personales y para iniciar nuevas actividades y experiencias.
- La sexualidad no es todo en la vida toda, pero sí una parte muy importante de ella y se manifiesta en todas las actividades de la vida humana.
- La edad no es una barrera para que se mantenga la actividad sexual. La actividad sexual coital ayuda a conservar la elasticidad de la vagina.
- Debe respetarse la privacidad del hogar y evitar ocupar la habitación de la mujer en esta etapa de la vida.
- La menopausia es una etapa de ejercicio pleno de la sexualidad en su función erótica, supremamente valiosa, aunque haya cesado la función reproductiva.

- El sexo seguro es importante a cualquier edad.

La mujer tiene derecho al ejercicio pleno de su sexualidad, a sentir y experimentar la belleza propia de la madurez y a pensar y actuar de acuerdo con esta etapa de la vida sin ser ridiculizada⁴.

Involucrar a la pareja es fundamental en orden a modificar los patrones negativos de comunicación, tratar la posible DS de la pareja misma o modificar la presión de ésta respecto a las demandas sexuales. Es posible incorporar el coito, si así se desea, pero también incluir otros aspectos como el enamoramiento, el cortejo, la atracción, las relaciones, puntos que ocupan un puesto destacado en la sexualidad humana, pues el deseo y la necesidad de contacto físico, caricias y mimos aumenta con el paso de los años⁷. La fisioterapia del piso pélvico y el uso de vibradores pueden ser de gran utilidad.

De igual manera, las terapias comportamental, cognitivo-conductual y el mindfulness tienen evidencia de su efectividad en el manejo de las DS femeninas, independiente que sean o no relacionadas con la menopausia²⁵.

Sigue existiendo una brecha significativa entre las percepciones de los profesionales de salud y las necesidades de los pacientes con respecto a la discusión sobre temas de salud sexual. Los clínicos deben iniciar la conversación, con apertura y comodidad para alentar a los pacientes a hablar sobre su salud sexual, porque es muy probable que los pacientes la reciban con agrado²⁶.

EL Modelo PLISSIT²⁷ es una estrategia que ha mostrado resultados favorables y que consiste en seguir algunos pasos en el abordaje del paciente con problemas sexuales:

- **Permission.** Obtener permiso del paciente para iniciar las discusiones sexuales.
- **Limited Information.** Proporcionar información limitada sobre la función sexual.

- **Specific Suggestions.** Dar recomendaciones al paciente sobre cómo actuar en sus relaciones sexuales.
- **Intensive Therapy.** Iniciar terapia intensiva sobre los temas que se detectan como problemáticos para el paciente y su pareja.

Actualmente se encuentran disponibles muchas opciones de tratamiento hormonal y no hormonal, local y sistémico. El tratamiento debe individualizarse, teniendo en cuenta la gravedad de los síntomas, los posibles efectos adversos y las preferencias personales¹¹.

7.2. Intervenciones Farmacológicas

7.2.1. Tratamiento hormonal

7.2.1.1. Terapia de Reemplazo Hormonal (TRH)

El tratamiento de los síntomas de la menopausia contribuyen al mejoramiento del interés y respuesta sexuales, por lo que afortunadamente se cuenta en la actualidad con varias alternativas¹¹:

- **Terapia con estrógenos locales.**

Las guías de la Sociedad de Endocrinología recomiendan el uso de estrógenos vaginales para mujeres sin historia de cáncer hormono-dependiente con síntomas de GSM que no hayan respondido a terapias locales no-hormonales²⁸.

- **Ospemifeno y Complejo Estrogénico tejido-específico (T-SEC)**

Los moduladores selectivos del receptor de estrógenos (SERMs) son agentes no esteroides sintéticos que ejercen un efecto variable sobre los receptores estrogénicos

(agonistas, antagonistas o neutrales). De éstos, el Ospemifeno (60mg/día) está aprobado por la FDA (United States Food and Drug Administration) y la EMA (European Medical Agency) para el tratamiento de la dispareunia debida al GSM y es una alternativa bien tolerada en mujeres no-candidatas para terapia estrogénica vaginal. Contraindicado en sangrados uterinos anormales y neoplasias estrógeno-dependientes²⁹.

- **Andrógenos: tratamiento local y sistémico**

Ha sido controvertido; sin embargo, se ha visto que la terapia sistémica con testosterona a dosis fisiológicas mejora el deseo sexual, la excitación, el flujo sanguíneo vaginal, la frecuencia de orgasmos y la satisfacción sexual en mujeres con menopausia natural o quirúrgica, sola o en combinación con la TRH²⁴. Las guías de la Sociedad de Endocrino sugieren un tratamiento de prueba con 300mcg/día de testosterona tópica por 3-6 meses en mujeres postmenopáusicas con Deseo Sexual Hipoactivo (DSH)^{30, 31}.

En Colombia no está disponible la presentación tópica para mujeres, por lo que Espitia de la Hoz *et al*, utilizaron la presentación para hombres que es un gel transparente, incoloro en sobres de 5 gramos en 5 cc, que contienen 50 mg de testosterona, del que se absorbe un 10% de la dosis aplicada, por lo que se aplicó 1 cc una vez al día en la mañana (equivalente a 500 mcg) y variando la aplicación entre hombros, abdomen, cara interna de los muslos y la vulva; siguiendo el concepto que dosis suprafisiológicas de testosterona mejoran el deseo, sin presentar efectos adversos significativos³².

La tibolona es otro andrógeno utilizado que tiene efectos positivos en la función sexual de la mujer postmenopáusica con libido disminuida y es la terapia hormonal más eficaz, mejor tolerada y más estudiada para el tratamiento de los trastornos sexuales en el climaterio. La testosterona como tratamiento único de la libido baja femenina en

la mujer postmenopáusica, por si sola parece no tener un beneficio clínicamente significativo³², pero la terapia con Tibolona asociada a Testosterona es una opción de tratamiento efectiva en el trastorno de DSH en mujeres en climaterio³³.

Debe resaltarse que de acuerdo a la evidencia actual, la única indicación para el uso de testosterona en mujeres, es el tratamiento del DSH en mujeres posmenopáusicas, luego de una evaluación biopsicosocial (Level 1, Grade A). Si no hay beneficios en 6 meses, se debe suspender el tratamiento³⁴.

La DHEA (Prasterona) también está aprobada por la FDA y la EMA para el tratamiento de la dispareunia moderada a severa en mujeres menopáusicas. La inserción diaria de óvulos intravaginales mejora el pH y la atrofia vaginal³⁵ y por ende, mejora la función sexual.

7.2.2. Tratamiento No hormonal

7.2.2.1. Agentes agonistas del SNC para DSH

El Bremenalotide, aprobado en 2019 por la FDA para el tratamiento del DSH, es un agonista del receptor 4 de melanocortina que se puede autoadministrar subcutáneamente y hay evidencia del incremento en la satisfacción sexual y el número de eventos sexuales/mes³⁶.

7.2.2.2. Lubricantes y suavizantes vaginales

Ácido hialurónico. Polisacárido naturalmente presente en la vagina, mejora los procesos inflamatorios y la sensación de quemadura y escozor cuando se utiliza en mujeres menopáusicas en el que éste ha disminuido³⁷.

Mientras que los suavizantes procuran mantener y reemplazar crónicamente las secreciones vaginales, los lubricantes están específicamente diseñados para reducir la

fricción durante el coito, incrementando el confort y reduciendo la dispareunia. Se consiguen con base oleosa, con glicerina o silicona.

7.2.2.3. Vitamina D.

La falta de lubricación vaginal, el factor de riesgo más importante relacionado con los problemas sexuales en la posmenopausia, generalmente se puede resolver fácilmente si se le comunica al médico³⁸. Varios estudios han mostrado los beneficios de la Vitamina D oral y en supositorios vaginales, en la mejoría de los síntomas de atrofia vaginal en la posmenopausia con lo que también mejoran la función sexual. El mecanismo probable, sería la regulación y proliferación de la función de receptores intracelulares de vitamina D en las capas basal y parabasal del epitelio vaginal³⁹.

7.2.2.4. Tribulus Terrestris

En un estudio prospectivo randomizado doble ciego en 86 mujeres posmenopáusicas con deseo sexual hipoactivo, se concluyó que Tribulus terrestris y Tibolone pueden evaluarse como buena opción terapéutica para mujeres con disminución del deseo sexual después de la menopausia. Teniendo en cuenta que los fitomedicamentos tienen menos efectos secundarios, el tratamiento derivado de Tribulus surge como una interesante opción terapéutica⁴⁰.

7.2.2.5. Terapia con láser

Si bien hay alguna evidencia de sus beneficios (YAG laser therapy) al estimular la producción de colágeno, mejorar la elasticidad y funcionalidad vaginal, su uso está limitado por la falta de datos sobre la seguridad y la eficacia a largo plazo, así como por la falta de comparación de la terapia con láser vs terapia con estrógenos¹¹.

Conclusiones

La DS en mujeres menopáusicas es común y se caracteriza por determinantes y factores de riesgo únicos que van más allá de la deficiencia de estrógenos; sin embargo, los problemas sexuales en la menopausia están subdiagnosticados y sin tratamiento. La educación tanto de los profesionales sanitarios como de los pacientes es fundamental, ya que existe una falta de conciencia de que hay muchas opciones disponibles y están surgiendo nuevas para mantener y mejorar la salud genitourinaria y sexual en general. El tratamiento debe individualizarse, teniendo en cuenta la gravedad de los síntomas, el efecto sobre la calidad de vida, los posibles efectos adversos y las preferencias personales¹¹.

La educación y la formación médica deben incorporar la salud sexual en sus planes de estudio para mejorar la capacidad de los profesionales de la salud para abordar los problemas de salud sexual en general y durante la posmenopausia en particular.

REFERENCIAS

1. OMS. Promoción de la salud sexual. Recomendaciones para la acción [Internet]. Ginebra: OMS; 2000 [consultado 2021 marzo 31]. Disponible en: <https://n9.cl/tq2d>.
2. WHO. Defining sexual health: Report of a technical consultation on sexual health, 28–31 January 2002. Geneva [Internet]. Geneva: WHO; 2006 [Consultado 2021 abr 1]. Disponible en: <https://bit.ly/2ZQaisx>.
3. Baber RJ, Panay N, Fenton A. IMS Recommendations on women's midlife health and menopause hormone therapy. *Climacteric*. 2016; 19(2): 109-150.
4. Socarrás-León M, Hernández-Cruz B, Oro-Fonseca Y. Sexualidad en la mujer menopáusica: una reflexión desde la Atención Primaria de Salud. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*. 2020;46(1):e706.
5. Soules MR, Sherman S, Parrott E, Rebar R, Santoro N, Utian W, Woods N. Executive summary: Stages of reproductive aging workshop (STRAW). *Climacteric*. 2001; 4(4), 267–272.
6. Harlow SD, Gass M, Hall JE, Lobo R, Maki P, Rebar RW, et al. Executive summary of the stages of reproductive aging workshop+10: addressing the unfinished agenda of staging reproductive aging. *Menopause*. 2012; 19(4):387-395.
7. Antolinos-López P, Conesa-Barcelona MD, Olmos-Sánchez L. Vida sexual en la vejez en: Gázquez Linares JJ, Pérez-Fuentes MC, Molero Jurado MM, Barragán Martín AB, Cardila Fernández F, Martos Martínez A. Salud alimentación y sexualidad en el envejecimiento. Almería, España: ASUNIVEP; 2015. p.497-503.
8. Lugones Botell M, Navarro Despaigne D. Factores biológicos y sociales en la mujer de edad mediana. Experiencia en la atención primaria. *Contribuciones Originales. Revista Colombiana de Menopausia*. 2005;11(5).
9. Monteleone P, Mascagni G, Giannini A, Genazzani AR, Simoncini T. Symptoms of menopause - global prevalence, physiology and implications. *Nat Rev Endocrinol*. 2018;14(4):199-215. doi:10.1038/nrendo.2017.180
10. Espitia de la Hoz, F. Menopause and sexuality: characterization of sexual dysfunctions during climacteric, in women of Quindío, (Colombia). *Obstet Gynecol International Int J*. 2019; 10(6): 419-424.
11. Scavello I, Maseroli E, Di Stasi V, Vignozzi L. Sexual Health in Menopause. *Medicina (Kaunas)*. 2019 ;55(9):559. doi:10.3390/medicina55090559
12. Kirana P-S, Tripodi F, Reisman Y, Porst H. The EFS and ESSM syllabus of clinical sexology. Amsterdam: Medix; 2013.
13. Clayton AH, Vignozzi L. Pathophysiology and medical management of hypoactive sexual desire disorder. In: Goldstein I, Clayton AH, Goldstein AT, Kim NN, Kingsber SA, editors. *Textbook of Female Sexual Function and Dysfunction, Diagnosis and Treatment*. Oxford: Wiley Blackwell; 2018. p. 59-100.
14. Vignozzi L, Maseroli E. Hormones and sex behaviour. In: Petraglia F, Fauser B, editors. *Endocrinology Female Reproductive Dysfunction*. Berlin: Springer; 2019.
15. Kokcu A, Kurtoglu E, Bildircin D, Celik H, Kaya A, Alper T. Does surgical menopause affect sexual performance differently from natural menopause? *J Sex Med*. 2015;12(6):1407-14.

16. Tobiansky DJ, Wallin-Miller KG, Floresco SB, Wood RI, Soma KK. Androgen Regulation of the Mesocorticolimbic System and Executive Function. *Front Endocrinol (Lausanne)*. 2018;9:279.
17. Portman DJ, Gass ML; Vulvovaginal Atrophy Terminology Consensus Conference Panel. Genitourinary syndrome of menopause: new terminology for vulvovaginal atrophy from the International Society for the Study of Women's Sexual Health and The North American Menopause Society. *Climacteric*. 2014;17(5):557-63.
18. Maseroli E, Scavello I, Vignozzi L. Cardiometabolic Risk and Female Sexuality-Part I. Risk Factors and Potential Pathophysiological Underpinnings for Female Vasculogenic Sexual Dysfunction Syndromes. *Sex Med Rev*. 2018;6(4):508-524.
19. Rech CM, Clapauch R, de Souza Md, Bouskela E. Low testosterone levels are associated with endothelial dysfunction in oophorectomized early postmenopausal women. *Eur J Endocrinol*. 2016;174(3):297-306.
20. Harris MG. Sexuality and Menopause: Unique Issues in Gynecologic Cancer. *Semin Oncol Nurs*. 2019;35(2):211-216.
21. Jannini EA, Nappi RE. Couplepause: A New Paradigm in Treating Sexual Dysfunction During Menopause and Andropause. *Sex Med Rev*. 2018 Jul;6(3):384-395.
22. Caruso S, Rapisarda AM, Cianci S. Sexuality in menopausal women. *Curr Opin Psychiatry*. 2016 Nov;29(6):323-30.
23. Séjourné N, Got F, Solans C, Raynal P. Body image, satisfaction with sexual life, self-esteem, and anxiodepressive symptoms: A comparative study between premenopausal, perimenopausal, and postmenopausal women. *J Women Aging*. 2019;31(1):18-29.
24. Clayton AH, Goldstein I, Kim NN, Althof SE, Faubion SS, Faught BM, et al. The International Society for the Study of Women's Sexual Health Process of Care for Management of Hypoactive Sexual Desire Disorder in Women. *Mayo Clin Proc*. 2018;93(4):467-487.
25. Pyke RE, Clayton AH. Psychological Treatment Trials for Hypoactive Sexual Desire Disorder: A Sexual Medicine Critique and Perspective. *J Sex Med*. 2015;12(12):2451-8.
26. Zhang X, Sherman L, Foster M. Patients' and providers' perspectives on sexual health discussion in the United States: A scoping review. *Patient Educ Couns*. 2020;103(11):2205-2213.
27. Annon JS. The PLISSIT model: a proposed conceptual scheme for the behavioral treatment of sexual problems. *J Sex Educ Ther*. 1976;2:1-15.
28. Stuenkel CA, Davis SR, Gompel A, Lumsden MA, Murad MH, Pinkerton JV, et al. Treatment of Symptoms of the Menopause: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. *J Clin Endocrinol Metab*. 2015;100(11):3975-4011.
29. Archer DF, Goldstein SR, Simon JA, Waldbaum AS, Sussman SA, Altomare C, et al. Efficacy and safety of ospemifene in postmenopausal women with moderate-to-severe vaginal dryness: a phase 3, randomized, double-blind, placebo-controlled, multicenter trial. *Menopause*. 2019;26(6):611-621.
30. Wierman ME, Arlt W, Basson R, Davis SR, Miller KK, Murad MH, et al. Androgen therapy in women: a reappraisal: an Endocrine Society clinical practice guideline. *J Clin Endocrinol Metab*. 2014 Oct;99(10):3489-510.

31. Davis SR, Wahlin-Jacobsen S. Testosterone in women--the clinical significance. *Lancet Diabetes Endocrinol.* 2015;3(12):980-92.
32. Espitia de la Hoz FJ, Marega O, Orozco-Gallego H. Manejo farmacológico de la disfunción sexual femenina en la posmenopausia, con tibolona y testosterona. *Desexologia.* 2016; 5 (2).
33. Espitia de la Hoz FJ. Terapia de Reemplazo hormonal combinada con testosterona para el tratamiento del trastorno del deseo sexual hipoactivo en mujeres en climaterio. *Archivos de Medicina (Col).* 2020; 20 (1): 71-85.
34. Davis SR, Baber R, Panay N, Bitzer J, Perez SC, Islam RM, et al. Global Consensus Position Statement on the Use of Testosterone Therapy for Women. *J Clin Endocrinol Metab.* 2019;104(10):4660-4666.
35. Clayton AH, Althof SE, Kingsberg S, DeRogatis LR, Kroll R, Goldstein I, et al. Bremelanotide for female sexual dysfunctions in premenopausal women: a randomized, placebo-controlled dose-finding trial. *Womens Health (Lond).* 2016;12(3):325-37.
36. Sinha A, Ewies AA. Non-hormonal topical treatment of vulvovaginal atrophy: an up-to-date overview. *Climacteric.* 2013;16(3):305-12.
37. Tserotas K, Blümel JE. Menopause research in Latin America. *Climacteric.* 2019;22(1):17-21.
38. Sarebani Z, Alimoradi Z, Aali E, Mirzadeh M, Chegini V, Abbaspour M, et al. Investigating the effect of vitamin D vaginal suppository on sexual function among postmenopausal women: study protocol for a randomized controlled trial. *BMC Womens Health.* 2020;20(1):27.
39. Postigo S, Lima S, Yamada SS, HonratoJV, Junqueira MT, Prado R. PNM-35 Effects of tribulus terrestris and tibolone on sexuality in post-menopausal women. *J Sex Med* 2020;17(9): S276.