

11217
48



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

**DIRECCION CORPORATIVA DE SERVICIOS MEDICOS
PETROLEOS MEXICANOS
HOSPITAL CENTRAL NORTE**

TITULO:

**DESEMPEÑO SEXUAL DE LA PACIENTE
CLIMATERICA DERECHOHABIENTE DE LOS
SERVICIOS MEDICOS DE PEMEX**

T E S I S

QUE PRESENTA LA :

DRA. ROCIO GARCIA FABILA

PARA OBTENER EL TITULO EN LA ESPECIALIDAD DE :

GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

ASESOR: DR. EDGARDO BUSTILLOS ALAMILLA

FEBRERO DE 1996



PEMEX

PETROLEOS MEXICANOS

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

**DESEMPEÑO SEXUAL DE LA PACIENTE
CLIMATERICA DERECHOHABIENTE DE LOS
SERVICIOS MEDICOS DE PEMEX**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
ESPECIALISTA EN GINECOBSTERICIA
P R E S E N T A:

Dra. ROCIO GARCIA FABILA

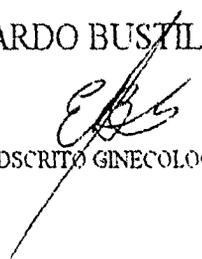
ASESOR: Dr EDGARDO BUSTILLOS ALAMILLA

MEXICO D.F.

FEBRERO 1996

A S E S O R

DR. EDGARDO BUSTILLOS ALAMILLA


MEDICO ADSCRITO GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

HOSPITAL CENTRAL NORTE

A S E S O R

DR. EDGARDO BUSTILLOS ALAMILLA

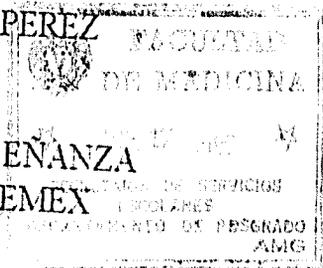


MEDICO ADSCRITO GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

HOSPITAL CENTRAL NORTE



DRA ROSA REYNA MOURIÑO PEREZ



JEFA DE INVESTIGACION Y ENSEÑANZA
HOSPITAL CENTRAL NORTE PEMEX

Emilio Martínez Gutiérrez

DR. EMILIO MARTINEZ GUTIERREZ
JEFE SERVICIO GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
HOSPITAL CENTRAL NORTE PEMEX

DEDICATORIA

A MIS PADRES

DAVID GARCIA MARTINEZ
VERÓNICA FÁBILA NAVARRETE

POR SU CONFIANZA Y APOYO, BASES
DE MI SUPERACION

A MIS HERMANOS
POR SU COMPRESION

AL DR. EDGARDO BUSTILLOS ALAMILLA

POR SU ENSEÑANZA Y CONSEJOS

AL DR. EMILIO MARTINEZ GUTIERREZ

POR SU EJEMPLO DE FORTALEZA Y CONVICCION

A MIS AMIGOS

POR SU APOYO INCONDICIONAL EN MOMENTOS DIFICILES

AL PERSONAL MEDICO Y DE ENFERMERIA DEL HCN
POR SU AYUDA EN LA ELABORACION DE ESTA TESIS

AGRADECIMIENTOS

A LOS DOCTORES:

MANUEL AMEZCUA VILLANUEVA

ENRIQUE OSNAYA VENTURA

BENIGNO RODRIGUEZ BLANCO

POR SUS ENSEÑANZAS, EJEMPLO Y CONSEJOS
QUE HAN INDUCIDO EN MI UN CAMBIO DE ACTITUDES.

PARTE IMPORTANTE DE MI FORMACION COMO
PROFESIONISTA Y DE MI SUPERACION COMO PERSONA

GRACIAS

INDICE

PAG.

INTRODUCCION

MARCO TEORICO

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

JUSTIFICACION

OBJETIVOS

MATERIAL Y METODOS

RESULTADOS

DISCUSION Y CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

Sin duda alguna, el climaterio es un cambio trascendente en la vida de la mujer, las modificaciones propias de esta época no son exclusivamente funcionales, sino que también incluyen el aspecto físico, la sensación de bienestar, las perspectivas psicológicas y por supuesto la función sexual.

Desde el momento mismo de la concepción, hay la determinación de un sexo genético, mismo que se afirmará o incluso puede llegar a desviarse a lo largo de la vida influido por el desarrollo físico mismo aunado a influencias psicológicas y sociales. Durante el desarrollo femenino, gran parte de éste se encuentra condicionado a la influencia hormonal principalmente por parte de los estrógenos que dictan incluso las características que su cuerpo tendrá, propias del fenotipo femenino, así como asegurando su adecuado funcionamiento.

Sin embargo, llega un momento en que esta producción hormonal por parte de los ovarios principalmente, desaparece en forma gradual, ocasionando trastornos físicos y fisiológicos e incluso psicológicos que cambian por completo la vida femenina, afectando por supuesto la actividad sexual y su desempeño social en general.

Diversos investigadores han luchado en contra de ésta situación tratando de crear preparados que en lo posible suplan las carencias hormonales con los mínimos efectos secundarios. Aun no se logra el preparado ideal, pero hay una gran diversidad para que puedan ser adecuados a cada caso en particular.

Una vez que se ha logrado una adecuada medicación de reemplazo, también es conveniente proveer a la paciente de una adecuada orientación o ayuda psicológica incluso si lo requiere; para reintegrarla adecuadamente a su quehacer cotidiano en condiciones óptimas.

Debido a los grandes adelantos científicos, la esperanza de vida en la población general es cada vez mayor, por lo que una buena parte de la vida de la mujer transcurrirá posterior a la menopausia.

En la consulta externa de ginecología del Hospital Central Norte de PEMEX, aproximadamente un tercio de las pacientes se encuentran en la etapa del climaterio y constituye su motivo de consulta, por lo que éste estudio está encaminado a conocer algunas de sus características en general; y su desempeño en el ámbito sexual para que de alguna manera pueda brindárseles atención adecuada tratando las alteraciones detectadas.

MARCO TEORICO

Según se ha dicho en numerosas ocasiones, el impulso sexual difiere de una persona a otra, y varía en la misma persona de tiempo en tiempo. Los principales factores que influyen sobre el mismo incluyen edad, bienestar físico y circunstancias psíquicas.

El conocimiento de que ocurren ciertos cambios en los patrones sexuales tanto en hombres como en mujeres a medida que avanzan en edad es muy importante para una comprensión sólida de la sexualidad humana. (1)

La identidad del género de una persona (tanto si el individuo se identifica como varón o como hembra) es el resultado final del sexo genético, hormonal y morfológico influido por el ambiente del individuo. Esto incluye la conducta global, con las connotaciones sexuales, tales como gestos y actitudes corporales, hábitos del lenguaje, preferencias recreativas y contenido de los sueños. La expresión sexual, tanto homosexual como heterosexual, puede considerarse como el efecto de todas las influencias sobre el individuo, tanto prenatales como posnatales.

Antes del nacimiento, la diferenciación sexual sigue una serie de acontecimientos. En primer lugar se establece el sexo genético. En segundo lugar, bajo el control del sexo genético se diferencian las gónadas determinando el ambiente hormonal del embrión, la diferenciación de los sistemas de conductos internos y la formación de los genitales externos. En fecha reciente se ha llegado a comprobar que el cerebro del embrión está también sexualmente diferenciado, quizá por un mecanismo de control muy similar al que determina el desarrollo de los genitales externos. Las influencias inductivas de las hormonas sobre el sistema nervioso central pueden ejercer un efecto sobre los patrones de secreción hormonal y de conducta sexual en el adulto.

En los embriones humanos, las gónadas empiezan su desarrollo durante la 5ª y 6ª semanas de embarazo. La diferenciación del testículo depende de la influencia activa de uno o más genes en la región pericentromérica del brazo corto del cromosoma Y.

En un individuo XX, sin la influencia activa del cromosoma Y, la gónada evoluciona hacia un ovario. (2)

En la recién nacida, los ovocitos primarios han terminado la profase de la primera división meiótica, pero en lugar de continuar con la metafase, presentan el periodo de dictioteno, etapa de reposo entre la profase y la metafase. No se han observado ovocitos primarios que terminen la primera división meiótica antes de la pubertad. Se calcula que la recién nacida tiene entre 700 000 y 2 000 000 de ovocitos primarios. Durante la niñez la mayor parte de los ovocitos experimenta atresia. (3)

En la fecha de la pubertad la mujer comienza a presentar ciclos menstruales regulares llamados ciclos sexuales regulados por el hipotálamo que actúa sobre la hipófisis que secreta hormonas folículo estimulante y luteinizante (FSH y LH) que regulan los cambios cíclicos del ovario.

En cada ciclo ovárico se estimulan varios folículos pero sólo uno alcanza la madurez y se expulsa un ovocito, los demás se convierten en atresicos. Durante la fase de crecimiento folicular se forman abundantes células foliculares y tecales que elaboran estrógenos y estimulan la hipófisis para producir LH que favorece la expulsión del ovocito u OVULACION, en éste momento se ha completado la primera división meiótica y comienza la segunda que sólo se completará con la fecundación del óvulo por parte de un espermatozoide en un periodo menor a 24 horas ya que de lo contrario éste óvulo degenera. Se calcula que hay casi 380 000 ovocitos dentro de los folículos ováricos en el momento de la menarca. (4).

Se desconoce si el periodo de dictioteno es la fase más adecuada para proteger al ovocito contra efectos ambientales que actúan sobre el ovario durante la vida; ya que es importante percatarse de que algunos ovocitos que alcanzan la madurez en etapa avanzada de la vida, han permanecido inactivos en el periodo de dictioteno de la primera división meiótica durante 40 años o más. (3)

Durante las primeras semanas de vida la recién nacida responde fisiológicamente a la estimulación de las hormonas sexuales maternas presentando

estimulación mamaria, así como turgencia genital y en ocasiones una "menstruación" por estimulación estrogénica del endometrio.

En la niñez los órganos genitales reciben poca estimulación estrogénica haciendo que los labios mayores y menores se aplanen. La membrana mucosa del introito es rosada y el clitoris pequeño, la vagina es larga con una mucosa atrófica, rosada y delgada, con pocas arrugas y poca resistencia a los traumatismos e infección, el útero es pequeño. Durante la niñez tardía (7-10 años), hay nuevamente signos de estimulación estrogénica con engrosamiento del monte de venus, labios mayores y menores, la vagina se alarga y la mucosa se engruesa. el útero crece por estimulación miometrial, ya que la proliferación endometrial se lleva a cabo cuando la menarca se aproxima. Todos éstos cambios debidos a la estimulación constante pero débil del eje hipotálamo-hipófisis-ovario en donde se están produciendo estrógenos, pero no los suficientes para lograr una elevación de LH que provoque ovulación y producción de progesterona por parte del folículo para producir menstruación.(5)

Los niveles de FSH y LH aumentan moderadamente antes de los 10 años y se siguen de un aumento del estradiol. Las descargas iniciales de LH se observan inicialmente solo durante el sueño, pero gradualmente se extienden a todo el día; lo que en la adulta ocurre a intervalos de 1-2 horas.

A medida que aumentan los estrógenos gonádicos (gonadarquía), tiene lugar el desarrollo mamario, la distribución de la grasa femenina, las glándulas de Bartholin comienzan a producir moco, la vagina alcanza su longitud adulta y es mas distensible, la mucosa se vuelve gruesa y húmeda, las secreciones vaginales son ácidas y reaparecen los lactobacilos. Se desarrollan los fondos de saco con lo que el cérvix se separa de la bóveda vaginal y el cuerpo uterino alcanza el doble de longitud respecto al cérvix, los ovarios descienden hacia la cavidad pélvica verdadera. Se redondean los hombros y las caderas. El crecimiento esquelético aumenta rápidamente como resultado de la secreción gonádica de estrógenos.

La secreción de andrógenos por la suprarrenal (adrenarquía), y en menor grado por las gónadas es causa del crecimiento del vello pubiano y axilar. La adrenarquía influye escasamente en el crecimiento esquelético.

Aunque está relacionado temporalmente con la gonadarquia, la adrenarquia es un suceso biológico independiente sin ninguna relación funcional.

Hacia la mitad de la pubertad, la secreción suficiente de estrógenos gonádicos induce la proliferación del endometrio y tiene lugar la primera menstruación o menarquía. Poco después puede demostrarse el retrocontrol positivo del estradiol sobre la secreción de LH. Los ciclos que siguen a la menarquía son anovulatorios. (2)

Las décadas de la vida de la madurez productiva se caracterizan en general por ciclos ovulatorios y por lo tanto menstruaciones regulares. Esto asegura un aporte estrogénico constante (principalmente estradiol) que mantiene los tejidos estrógeno-dependientes. La duración promedio del ciclo a la edad de 15 años es de 35 días, a la edad de 25 es de 30 días y a la edad de 35 es de 28 días. (5)

Después de los 35 años el ovario disminuye de tamaño y contiene más estroma, menos ovocitos y estructuras foliculares que al final provocan una disminución gradual de estrógenos e inhibina, lo que ocasiona una elevación de FSH.

Conforme se reduce el número de folículos, la producción estrogénica disminuye y alcanza cifras que no son compatibles con la concentración máxima de hormona luteinizante, que se eleva y la ovulación se torna irregular o cesa provocando la menopausia. En este momento conviene definir varios términos como:

- CLIMATERIO: Fase del envejecimiento de la mujer que señala la transición entre la fase reproductiva y no reproductiva de la vida.
- MENOPAUSIA: Última menstruación que ocurre durante el climaterio. Ahora se calcula que se presenta hacia los 51 años.
- SÍNDROME CLIMATERICO: Síntomas que acompañan al climaterio.

El trabajo de Jaszmann muestra claramente que hablar de menopausia a secas es insuficiente, y que realmente deberíamos hablar de climaterio, distinguiendo sus diversas fases:

PREMENOPAUSICAS PERIMENOPAUSICAS: Pacientes con menstruaciones irregulares pero que aún no tienen un año de amenorrea.

POSMENOPAUSICAS PRECOCES: Pacientes con más de un año de amenorrea (posmenopausia); pero dentro de los 5 primeros años.

POSMENOPAUSICAS TARDIAS: Pacientes con más de 5 años de amenorrea. (3)

La mayoría de mujeres menopáusicas, no tienen carencia total de estrógenos. Las células del estroma ovárico, así como las suprarrenales tienen la capacidad esteroidogénica para producir androstenodiona que es convertida por la piel y los anexos a estrona. También se produce testosterona y un poco de estradiol. (4)

Durante la vida reproductiva, el andrógeno ovárico primario es la androstenodiona, producto principal de los folículos en desarrollo. Con la menopausia disminuye su concentración a la mitad, produciéndose un 20% por los ovarios y el resto por la suprarrenal.

La concentración de testosterona sólo es ligeramente menor, ya que además, el 14% de la androstenodiona circulante se convierte a testosterona, e incluso se ha encontrado que el ovario posmenopáusico produce más testosterona que en la etapa previa. Los andrógenos suprarrenales dehidroepiandrosterona y sulfato de dehidroepiandrosterona demuestran una reducción en el 60 y 80% respectivamente.

En las mujeres jóvenes la principal fuente de progesterona es el cuerpo lúteo del ovario después de la ovulación. En la menopausia, al no haber ovulación, no hay progesterona y el 30% circulante que se ha encontrado se piensa que proceda de producción suprarrenal.

Debido a que los estrógenos funcionan como el factor de crecimiento más importante del aparato reproductor femenino, hay cambios substanciales en todos éstos órganos. (5) Una drástica reducción del flujo sanguíneo en el tejido urogenital se registra cuando se detectan valores por debajo de 25 pg/ml de estradiol. (6)

Esto conduce primero a resequedad y cambios irritativos y después atrofia de éstos tejidos.(7) Aunado a esto se ha demostrado que hay un descenso de los receptores estrogénicos, contribuyendo a los cambios atroficos. (8)

La vagina presenta un acortamiento, el epitelio se adelgaza y las arrugas desaparecen. El traumatismo mínimo puede producir hemorragia. Hay disminución del glucógeno tisular, que repercute en la reproducción del bacilo de Döderlein, con aumento del Ph vaginal, favoreciendo infecciones, con el consiguiente prurito y leucorrea.

Se atrofia el útero con retracción del endometrio y miometrio. Lo mismo sucede en el cérvix y además disminución de la producción de moco, aumentando la resequedad vaginal y dispareunia. Las trompas y ovarios disminuyen y generalmente no pueden detectarse al examen físico. También hay pérdida de tono de las estructuras de sostén del sistema urogenital por lo que se desarrollan cistoceles y otros trastornos por relajación pélvica.

En el sistema urinario puede haber cistitis atrofica, caracterizada por urgencia urinaria, incontinencia y poliuria. También pérdida del tono uretral con formación de canícula uretral con hipersensibilidad y sangrado ocasional. Hay regresión del tamaño mamario y de los síntomas cíclicos en éstas debidos a estimulación hormonal periódica.

El síntoma más característico y frecuente del climaterio son los bochornos (75% de mujeres), caracterizados por vasodilatación cutánea, sudación, disminución de la temperatura central y aumento de la frecuencia del pulso.(5)

Se ha comprobado que picos plasmáticos de hormona liberadora de gonadotropinas (GnRH), se asocian en el tiempo con las crisis vasomotoras. (9) La proximidad de las neuronas secretoras de GnRH y del centro termorregulador en el hipotálamo ayuda a fortalecer ésta relación (10). Es probable que existan conexiones neuronales entre éstas dos áreas.

La caída de estrógenos por tanto, iniciaría cambios en el sistema nervioso central, produciéndose un desequilibrio en ciertos neurotransmisores que participan a la vez en el control pulsátil de GnRH y en el equilibrio térmico. (11)

Un trastorno que se presenta a largo plazo es la osteoporosis, con disminución en la cantidad de hueso trabecular y cortical (50 y 5% respectivamente). Se sabe que en esta etapa hay un aumento en la resorción ósea con disminución de su formación; y que los valores de estrógenos endógenos se correlacionan negativamente con los parámetros de resorción ósea. (5) Hoy en día se conocen sustancias o factores locales que pueden ser estimulados por los estrógenos e inhibir la acción de los osteoclastos.

La acción de los estrógenos en el osteoblasto estaría mediada por una acción directa o a través de factores locales como linfocinas u otras sustancias que pueden favorecer así mismo el crecimiento de los osteoblastos, un hecho compatible con la estimulación de la formación ósea. (8)

En cuanto al sistema cardiovascular, se sabe que antes de los 55 años la posibilidad de que un hombre muera por cardiopatía es 5-10 veces mayor, pero posterior a esta edad el riesgo es semejante e incluso mayor en la mujer.

La menopausia se acompaña de un incremento en todas las fracciones lipoproteínicas, con disminución en el índice de las fracciones de alta a baja densidad. Los estrógenos tienden a aumentar el colesterol en las lipoproteínas de alta densidad y a disminuirlo en las de baja densidad, lo que se relaciona con la dosis. (5)

Para el tratamiento de el síndrome climatérico los beneficios de los estrógenos de reemplazo, destacan la rápida reversión de algunos síntomas menopáusicos comunes (bochornos, ansiedad, depresión, atrofia urogenital), en el inicio del tratamiento.

Los progestágenos por su parte, también alivian los síntomas vasomotores. Los estrógenos continúan siendo de elección para prevenir la osteoporosis subsiguiente a la menopausia por el déficit de estrógenos, ya que impiden que prosiga la pérdida ósea; pero como el índice de pérdida es mayor al comienzo de la menopausia, aconsejan comenzar el tratamiento dentro de los tres primeros años. Los efectos cardiovasculares positivos de los estrógenos incluyen el aumento de HDL y la disminución de las LDL.

En contraposición, los progestágenos producen un efecto negativo sobre el perfil lipídico. No existen investigaciones a largo plazo que hayan podido evaluar el riesgo cardiovascular del tratamiento hormonal continuo y combinado.

El desarrollo del cáncer mamario debido al tratamiento en cuestión se encuentra aún en discusión; podría estar vinculado tanto con las dosis de estrógenos como con la duración del tratamiento. Algunas investigaciones han demostrado el efecto protector de los progestágenos en ésta patología, pero mientras no existan evidencias más concluyentes, se dice que éste tratamiento no está indicado después de la histerectomía.

Los autores dan por sabida la existencia de un cierto riesgo de cáncer endometrial inducido por el tratamiento estrogénico por lo que se agrega un progestágeno para disminuir la hiperplasia endometrial.

Son numerosas las biopsias de endometrios atróficos en pacientes sometidas a tratamiento combinado continuo. El aspecto más atractivo de la terapéutica combinada continua es la ausencia de metrorragia, que según dicen aparece en 80-90% de las pacientes con tratamiento secuencial.

Varias han sido las vías de administración exploradas, incluidas la parenteral, la transdérmica y la percutánea; así como implantes subcutáneos y preparaciones vaginales. Los efectos positivos de la administración oral de estrógenos sobre el perfil lipídico y la osteoporosis se encuentran bien documentados, sin embargo ésta vía sufre un primer paso hepático, con lo cual y como consecuencia de la acción de los conjugados resultantes, los estrógenos orales se asocian a un aumento de renina plasmática y con anomalías de los factores de coagulación.

La vía transdérmica vuela las hormonas directamente al torrente sanguíneo, logrando así niveles plasmáticos fisiológicos; también obtiene efectos favorables sobre la densidad ósea y los niveles de lipoproteínas de alta densidad (HDL).

Recientemente se han realizado pruebas con progestágenos transdérmicos, en las cuales se han obtenido los efectos deseados en casi todos los casos. En cuanto al tratamiento con progestágenos, señalan los autores que las drogas más utilizadas son el acetato de medroxiprogesterona, la noretindrona, el DL-norgestrel y la progesterona micronizada. Los efectos cardiovasculares adversos de la progesterona obligan a usar las mínimas dosis indispensables para prevenir la hiperplasia endometrial. (12)

En la especie humana es conocida la acción de los esteroides principalmente estrógenos sobre la síntesis y actividad a nivel sináptico, de neurotransmisores (noradrenalina y serotonina) y neuropeptidos opioides. La carencia estrogénica parece favorecer la depleción de neuroaminas en ciertas áreas celulares con suspensión de la acción frenadora sobre la funciones de vigilancia. El aumento de vigilancia puede explicar irritabilidad, insomnio y respuesta incrementada al Stress. (13, 14)

Los síntomas psicológicos de la menopausia se han llegado a agrupar en 6 apartados:

*Disminución del rendimiento: Con pérdida de la memoria, dificultad para concentrarse, incapacidad para tareas delicadas e inhabilidad motora. Se trata de percepciones o impresiones subjetivas de las pacientes.(15)

*Astenia: Son quejas comunes el cansancio, extrema fatiga y malestar general.(8)

*Nerviosismo: Con irritabilidad aumentada, excitación, inquietud, tensión, ansiedad y preocupación por el futuro y miedo a envejecer. Las respuestas psicofisiológicas al stress son más marcadas, tales como frecuencia cardíaca, tensión arterial y nivel plasmático e catecolaminas. (13, 14)

*Depresión: Hay melancolía y tristeza con frecuentes crisis de llanto.

*Insomnio: Dificultad para el reposo nocturno y un temprano despertar. Esto es más severo en mujeres con bochornos intensos y crisis de sudoración. (16)

*Frigidez: Más precisamente se trata de disminución o pérdida del interés o deseo sexual, descenso de la excitación y menor satisfacción en la relación heterosexual. Estos síntomas deben separarse de la dispareunia y coitalgia que pueden influir en los primeros.

El comportamiento sexual de la paciente climática en general se caracteriza por un descenso de la actividad y satisfacción sexual aunque existe considerable variabilidad individual. Para adquirir una idea reciente y representativa de la situación puede servir la encuesta francesa Sofres que menciona que la actividad sexual disminuye claramente entre los 52 y 65 años. La proporción de pacientes sin ninguna relación sexual en el año anterior pasó de 16% a los 52 años, al 73% a los 70 años.

A pesar de esto menos del 20% de las pacientes deseaban tener relaciones sexuales más frecuentes. De el total de pacientes que no tenían actividad sexual solo un 36% declaró estar dispuesta a realizar un tratamiento para mejorar su comportamiento sexual.

El 5% de las mujeres activas, confesaron menos placer que en sus años anteriores y al preguntar a quien lo atribuían el 24% se refirió a su pareja, el 14% decía que parcialmente a ellas, pero el 60% estimaban que la culpa era enteramente de ellas. Dispareunia se mencionó en 13% de los casos, pero en 50% se mencionó descenso de la libido. (17)

Se realizó un estudio prospectivo de 497 mujeres en 6 años. Tras la menopausia un 63% mantuvo su deseo sexual, un 10% lo aumentó y descenso ocurrió en 27% de los casos. (18)

El comportamiento sexual de 756 mujeres maduras voluntarias fue estudiado en Bolonia y se encontró un declive general de la sexualidad, acentuado por la posmenopausia. Las mismas mujeres atribuyeron el descenso a la menopausia. La menor frecuencia coital se produjo en posmenopausias precoces, pero la libido descendió más en la posmenopausia avanzada. (19).

Un grupo de investigadores de la universidad de Stanford ha estudiado prospectivamente la sexualidad en relación con la transición perimenopáusicas. En la etapa de ciclos irregulares apareció una asociación negativa entre la frecuencia del coito, la intensidad y frecuencia de bochomos, y la irregularidad de ciclos menstruales. Los autores encontraron una clara diferencia entre las mujeres que tenían coito al menos una vez por semana y las que tenían una frecuencia menos que semanal.

El coito semanal se asoció con una proporción aumentada de ciclos de 29 días, y registros bifásicos de temperatura basal. (20,21 y 22)

Algunas mujeres de éste estudio lo continuaron. La frecuencia coital disminuyó tras la menopausia de 1.4 coitos a la semana en la etapa previa a 1.06 posteriormente. La frecuencia de masturbación,orgasmo, satisfacción con la frecuencia del coito, excitación, dispareunia y satisfacción con la pareja como ser humano no se modificó, pero hubo un descenso significativo de los pensamientos y fantasías sexuales y de la lubricación vaginal. Se concluyó que la menopausia por si, e independientemente de los síntomas produce un deterioro del deseo y la satisfacción sexual, con descenso de la frecuencia coital. (23)

En una investigación minuciosa sobre el comportamiento sexual en la posmenopausia se debe a Leiblum quien en una serie de 52 pacientes encontró que el 44% era sexualmente inactiva (menos de 10 coitos en el año anterior), el 48% eran activas (al menos 3 coitos al mes), y las demás tenían una actividad intermedia. La atrofia vulvovaginal fue más intensa en las mujeres poco activas. (24)

Según Sitruck-Ware los estrógenos causan mejoría de la calidad de vida, no solo eliminando los molestos bochornos, sino a través de sus acciones sobre el estado depresivo, el cansancio, la falta de impulso y la pérdida de libido. El favorable efecto se consigue tanto con estrógenos orales, como con su administración parenteral.(25)

En un trabajo realizado por Dernerstein et al: se demostró que en el segundo mes de tratamiento hormonal a un grupo de pacientes posmenopáusicas al que se le dió estrógeno solo y otro con estrógeno y progestágeno continuos, manifestaron más deseo sexual y satisfacción que en uno al que se administró placebo. (26)

También la sexualidad posmenopáusica, mejora con los implantes de estradiol y testosterona.

Incluso en casos en que el implante de estradiol no ha tenido efecto sobre el deseo sexual, el implante de testosterona produjo un alza de la libido y de la satisfacción sexual. (27, 28) En un estudio de Myers et al en pacientes posmenopáusicas en que empleó 0.625 de estrógenos conjugados solos o con 5 mgs de medroxiprogesterona, o bien 5 mgs de metilttestosterona: encontró que no hubo diferencias objetivas en las respuestas fisiológicas, aunque la frecuencia de masturbación y de placer sexual fue mayor con la combinación estrógeno-andrógeno. (29)

La adición de andrógenos al tratamiento estrogénico está indicada en casos con astenia predominante, pérdida del interés sexual y atrofia vaginal. El tratamiento debe iniciarse por vía oral o transdérmica, de forma que esté bajo control de la paciente en caso de que requiera suspenderse. Debe evaluarse su funcionamiento a los 3-4 meses. El implante conlleva la administración de un gestágeno para compensar su acción. Si después de su administración por 10 días no hay sangrado activo el implante es inactivo y debe sustituirse. En general son preferibles los implantes combinados de estradiol y testosterona repuestos cada 4 meses.(27, 28)

Hasta hace unos años, la sexualidad durante el climaterio se consideró un tabú; sin embargo actualmente se sabe que es parte integral de la personalidad, que se modifica y se mantiene aún después de la menopausia y, por lo tanto, este período no es el de jubilación sexual.(30)

En el momento actual aproximadamente un 5% de la población mundial está constituida por mujeres entre los 45 y 54 años. El período de vida medio de la mujer ha aumentado enormemente durante el último siglo. En la actualidad cabe esperar que aproximadamente un tercio de la vida de la mujer lo pase en los años posmenopáusicos. (31) Por lo tanto, es deseable que ella se encuentre en condiciones óptimas incluyendo el aspecto sexual, para continuar desempeñando el papel que ahora ocupa en la sociedad, con expectativas cada vez mayores de constituir una población económicamente activa y productiva, no obstante la etapa de la vida en que se encuentre.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Durante el climaterio la paciente presenta trastornos secundarios a la privación estrogénica en toda su economía. Un aspecto fundamental de su vida que también se altera es el desempeño sexual, repercutiendo en sus relaciones de pareja y por lo tanto, en su vida familiar.

Es por eso que en el presente trabajo intentamos conocer el desempeño sexual de la paciente climátrica que acude a la consulta externa de Ginecología.

OBJETIVOS

El objetivo principal es conocer el desempeño sexual de la paciente climaterica mediante la investigación de la frecuencia en sus relaciones sexuales y su comparación con la etapa previa al climaterio, así mismo se investigará la satisfacción de las mismas, y causas a las que atribuyen insatisfacción, siempre en comparación con su desempeño antes del climaterio.

Secundariamente estudiaremos algunos factores tales como su nivel educacional, ocupación, pasatiempos, persistencia de síntomas climatericos.

MATERIAL Y METODOS

El presente es un estudio Prospectivo, Transversal, Descriptivo y Observacional.

Las pacientes fueron captadas en la consulta externa de ginecología del Hospital Central Norte de PEMEX, a quienes se les aplicó un cuestionario de 31 reactivos. En la medida de lo posible se aplicaron en forma directa o con ayuda del personal de enfermería para asesoramiento de las pacientes. El cuestionario fue recabado en forma personal y se aplicó en 142 pacientes en total.

Se incluyeron las pacientes climatéricas con tratamiento hormonal de reemplazo y los criterios de exclusión fueron:

- Menopausia quirúrgica.
- Carecer de pareja sexual.
- Enfermedad concomitante altamente deteriorante.

Se eliminaron todos los cuestionarios respondidos en forma inadecuada.

Para evaluar el desempeño sexual de las pacientes se investigó en especial sobre la frecuencia mensual de relaciones sexuales, el porcentaje de satisfacción de éstas; y comportamiento de la libido en comparación con la etapa previa al climaterio que se denominó preclimaterio. Así mismo se dividieron las pacientes en tres grupos que fueron: Premenopáusicas, menopáusicas recientes y menopáusicas avanzadas. (8).

La información fue descrita mediante frecuencias simples, porcentajes, promedios y moda.

JUSTIFICACION

Siempre se ha tenido gran interés en el desempeño sexual de la juventud influido esto por los medios de comunicación, el problema de la anticoncepción etc.

Sin embargo en la práctica diaria de la Ginecología, al menos en éste hospital; el 30% de las pacientes se encuentran en la etapa climática. Respecto a estas pacientes nos ocupamos de que cuenten con un reemplazo hormonal adecuado, con el fin de disminuir los síntomas vasomotores y tal vez a largo plazo la osteoporosis o los trastornos cardiovasculares, sin dar mas importancia a sus trastornos sexuales.

Esta situación es mencionada por las pacientes en forma tímida, sin que les proporcionemos el tiempo y la confianza adecuados para resolver el problema.

Es por eso que mediante éste estudio, se intenta conocer el desempeño sexual de nuestras pacientes climáticas, para abordar el problema con un mayor conocimiento del mismo y cumplir con una función que no sólo es conocer y aliviar sus síntomas fisiológicos.

RESULTADOS

Se aplicó un cuestionario a 142 pacientes de la consulta externa de ginecología, de los cuales el 75% fueron asesoradas en forma personal para responderlo. Fueron eliminados 35 cuestionarios (24.6 %) ya que se respondieron en forma inadecuada.

Se excluyeron 14 (9.8%) por no tener pareja sexual, 9 (6.3%) por tener menopausia quirúrgica y 3, (2.1%) por tener una enfermedad deteriorante que fueron: LES con insuficiencia renal, y dos pacientes con hipertiroidismo por el momento mal controlado y sintomático.

En total fueron evaluadas 81 pacientes de las cuales el promedio de edad fue de 49.5 años con un intervalo de 38 a 62 años.(cuadro 1)

CUADRO 1. GRUPOS DE EDAD

GRUPOS DE EDAD	FRECUENCIA	%
35 a 40	4	4.9
41 a 45	14	17.2
46 a 50	32	39.5
51 a 55	20	24.6
56 a 60	10	12.3
61 a 65	1	1.2
TOTAL	81	100%

En forma predominante las pacientes se dedicaban al hogar ya que 64 (79%) así lo manifestaron. En segundo lugar refirieron ser secretarias (6.7.4%), y en el mismo número empleadas. El resto se ocupaban en otras tareas como se observa en el cuadro 2.

CUADRO 2. OCUPACION

OCUPACION	FRECUENCIA	%
HOGAR	64	79
SECRETARIA	6	7.4
EMPLEADA	6	7.4
COMERCIANTE	2	2.4
AUX. ENFERMERIA	2	2.4
TRAB. SOCIAL	1	1.2
TOTAL	81	100%

El estado civil de las pacientes fue para 75 (92.5%), casadas, 4 (4.9%) divorciadas, 1 (1.2), manifiesta vivir en unión libre y una más(1.2%), es soltera. (Cuadro 3)

CUADRO 3. ESTADO CIVIL

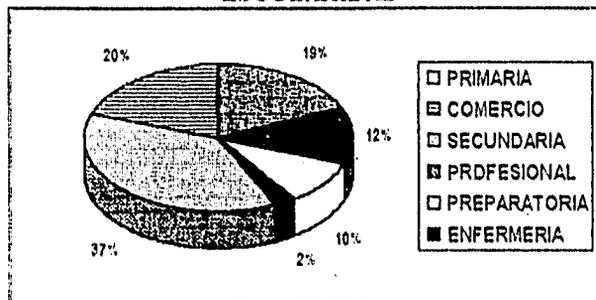
ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	%
CASADA	75	92.5
DIVORCIADA	4	4.9
UNION LIBRE	1	1.2
SOLTERA	1	1.2
TOTAL	81	100%

La religión católica es la que se practica con mayor frecuencia. Así, tenemos que 74 pacientes (91.3%) son católicas; 5 (6.1%) practican la religión evangélica y 2 (2.4%) mencionan no tener religión.

La escolaridad de las pacientes estuvo distribuida como se presenta a continuación: En el nivel primaria se encontró a 30 pacientes (37%), 16 (19.7%) cursaron una carrera comercial. Secundaria terminada se encontró en 15 pacientes, es decir el 18.5%.

Unacarrera profesional fue referida por 10 (12.3%). Preparatoria 8 (9.8%) y enfermería 2 (2.4%). Gráfica 1.

GRAFICA 1.
ESCOLARIDAD



Al investigar si las pacientes practicaban algún deporte, se encontró que 40 (49.3%) no lo hacían; 39 (48.1%) practicaban algún deporte, y 2 (2.4%), combinaban dos deportes. De éstos el más frecuente fue la caminata y el resto con diferentes frecuencias como se describe en el cuadro 4.

CUADRO 4. DEPORTES

DEPORTE	FRECUENCIA	%
NINGUNO	40	49.3
CAMINATA	21	25.9
AEROBICS	5	6.1
CORRER	4	4.8
NATAACION	4	4.8
ACONDIC. FISICO	2	2.4
GIMNASIA	2	2.4
BICICLETA	1	1.2
PESAS	1	1.2
TENIS	1	1.2
VARIOS	1	1.2
VOLLEY BALL	1	1.2

Cuando se les interrogó sobre su pasatiempo 21 (25.9%) refiere no tener alguno; 49 (60.4%), cuenta con algún pasatiempo; 10 (12.3%) combinan 2 y una mas (1.2%) combinan hasta 3. (cuadro 5)

CUADRO 5. PASATIEMPOS

PASATIEMPO	FRECUENCIA	%
NINGUNO	21	25.9
TEJER	21	25.9
LEER	12	14.8
TELEVISION	11	13.5
CINE	8	9.8
EJERCICIO	5	6.1
COCINAR	5	6.1
OIR MUSICA	4	4.8
COSER	3	3.6
TRAB. MANUALES	3	3.6
TEATRO	2	2.4
DORMIR	1	1.2

Las enfermedades que las pacientes refirieron son principalmente diabetes mellitus e hipertensión arterial sistémica, siguiéndoles insuficiencia venosa periférica y después trastornos del sistema digestivo. Cabe mencionar que 35 (43.2%) se refirieron como sanas y 12 (14.8%) padecían dos enfermedades. Solo una mencionó ser portadora de 3 patologías ya que se asociaron hipertensión, colitis y fibroquistosis mamaria. (cuadro 6).

La menarca se presentó en promedio a los 12.4 años con un rango de 9-16 años y una moda de 12 años para el 25.9% de las pacientes.

La fecha de última regla se presentó en promedio en nuestras pacientes con una anterioridad de 32.14 meses, es decir 2.6 años. El rango fue desde 0.5 hasta 204 meses, sin embargo la moda fue un mes para el 17.2%.

CUADRO 6. ENFERMEDADES

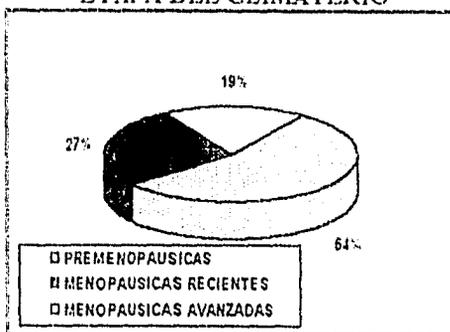
ENFERMEDAD	FRECUENCIA	%
NINGUNA	35	43.2
HAS	14	17.2
DIABETES	9	11.1
GASTRITIS	8	9.8
INSUF VENOSA PERIF	5	6.1
COLITIS	4	4.9
RINITIS	3	3.7
MIGRAÑA	3	3.7
MFOx	4	4.9
PURPURA	1	1.2
UROLITIASIS	1	1.2
ARTRITIS REUMATOIDE	1	1.2
HERNIA HIATAL	1	1.2

Para hacer más útil la información con fines de éste estudio se dividió a las pacientes en premenopáusicas cuando tenían menos de 12 meses de la última menstruación; posmenopáusicas recientes cuando tenían menos de 5 años (60 meses) de la última menstruación y posmenopáusicas avanzadas cuando rebasaron este tiempo.(8) De éste modo encontramos la distribución según se muestra en el cuadro 7.

CUADRO 7. Distribución de pacientes según su etapa del climaterio

ETAPA DEL CLIMATERIO	FRECUENCIA	%
PREMENOPAUSICAS	44	54.4
POSMENOPAUSICAS RECIENTES	22	27.1
POSMENOPAUSICAS AVANZADAS	15	18.5
TOTAL	81	100%

GRAFICA 2.
ETAPA DEL CLIMATERIO



El inicio de vida sexual activa fue a los 21.3 años en promedio con un rango de 15-28 años y una moda de 19 años para el 13.5% de las pacientes. En segundo lugar 23 años (12.5%) y en tercer lugar 21 años (11.1%).

En promedio las pacientes han tenido 1.2 compañeros sexuales en su vida, con un rango de 1 a 5. 12 de ellas (14.8%) reconocen dos parejas sexuales; 1 (1.2%) menciona 3 y una mas(1.2%) 5. 67 (82.7%) admite haber tenido sólo un compañero sexual. Actualmente el 100% de las pacientes refiere tener solo un compañero sexual.

El promedio de embarazos en la pacientes fue de 4.35 con un rango de 1 a 10 y la moda de 3. 2.34 partos en promedio ,rango de 0-6 y la moda de 3. Un 45.6% tuvieron abortos y de éstas pacientes el promedio fue de 1.4, con rango de 0-4 y moda de 1. El 27% tuvieron cesáreas con un promedio de 1.5 cesáreas y moda de 1. Considerando el total de las pacientes la moda para abortos y cesáreas fue 0.

Solo 52 pacientes (64.1) utilizaron algún método anticonceptivo, de los cuales el mas utilizado fue la salpingoclasia bilateral, siguiéndole los hormonales orales. La distribución es como se muestra en el cuadro 8. 7 pacientes refieren la combinación de 2 métodos anticonceptivos.

CUADRO 8. METODOS ANTICONCEPTIVOS

METODO ANTICONCEPTIVO	FRECUENCIA	%
NINGUNO	29	35.8
SCB	18	22.2
H. ORAL	14	17.2
RITMO	10	12.3
DIU	8	9.8
PRESERVATIVO	5	6.1
ESPUMA	2	2.4
VASECTOMIA	2	2.4

Todas las pacientes se encontraban con tratamiento hormonal de reemplazo en el momento del estudio, ya sea a base de estrógeno solo o combinado con progestágeno; ésto adecuado a cada caso en particular. Ninguna tenía tratamiento con andrógeno. En promedio la medicación se había iniciado 26.3 meses atrás con un rango de 1-96 meses y una moda de 12 meses; es decir un año de tratamiento. Solo una paciente tenía solo un mes de tratamiento, ya que 80 (98.7%) tenían 6 meses o más de Terapia Hormonal de reemplazo.

Como se había dicho, el 100% de las pacientes contaba con pareja sexual y 49 (60.4%), manifiesta una relación afectiva buena, 26 pacientes (32%) considera que es regular, y para 6 (7.4%) es mala.

CUADRO 9. RELACION AFECTIVA CON LA PAREJA SEXUAL

RELACION AFECTIVA	FRECUENCIA	%
BUENA	49	60.4
REGULAR	26	32
MALA	6	7.4

Antes del climaterio el promedio mensual de relaciones sexuales fue de 9.3 con un máximo de 30 y mínimo de una, con moda de 8. Una vez iniciado el climaterio la frecuencia mensual de relaciones sexuales fue de 4.4, con un máximo de 20 y mínimo de 0, y ahora la moda de 4.

En cuanto al porcentaje de satisfacción referido por las pacientes; antes del climaterio eran satisfactorias en un 69.6% en promedio, con un máximo de 100% y mínimo de 0%.(cuadro 10). Después del climaterio se refieren relaciones sexuales satisfactorias en 52.2% en promedio, con un máximo de 100% y mínimo de 0%, pero ahora la moda la encontramos en 50%. (cuadro 11).

CUADRO 10. % DE RELACIONES SEXUALES SATISFACTORIAS EN EL PRECLIMATERIO

% DE REL SATISFACTORIAS	FRECUENCIA	%
100	26	32
50	16	19.7
80	10	12.3
60	7	8.6
70	7	8.6
90	5	6.1
0	4	4.9
20	2	2.4
30	2	2.4
10	1	1.2
75	1	1.2
TOTAL	81	100

CUADRO 11. % DE RELACIONES SEXUALES
SARISFACTORIAS YA INCIADO EL CLIMATERIO

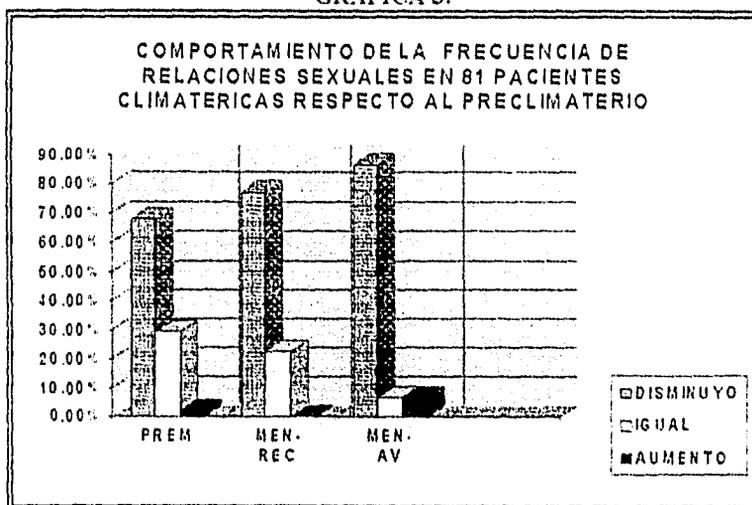
% DE REL SATISFACTORIAS	FRECUENCIA	%
50	25	30.8
100	19	23.4
0	13	12.3
30	8	9.8
25	6	7.4
90	2	2.4
80	2	2.4
20	2	2.4
70	2	2.4
60	2	2.4
TOTAL	81	100

La frecuencia y satisfacción después del climaterio disminuyen. Para visualizar adecuadamente ésta situación, dividimos a las pacientes como propone Jazsman (8), en premenopáusicas (menos de 12 meses de amenorrea: posmenopáusicas recientes (entre 1-5 años de amenorrea), y posmenopáusicas avanzadas (mas de 5 años).

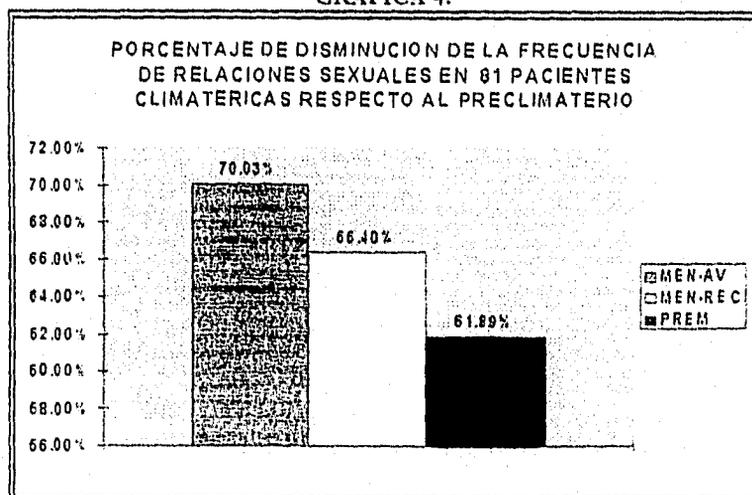
Una vez divididas, investigamos que sucedió con la frecuencia en sus relaciones sexuales y se obtuvo la gráfica 3.

Se puede observar que en general, la frecuencia de relaciones sexuales disminuyó, aún dividiendo a las pacientes en grupos.. Ahora, para saber de cuanto fue éste decremento: se obtuvo el porcentaje de disminución en cada paciente y se promediaron los resultados de acuerdo al grupo de pacientes y se obtuvo la gráfica no 4.

GRAFICA 3.

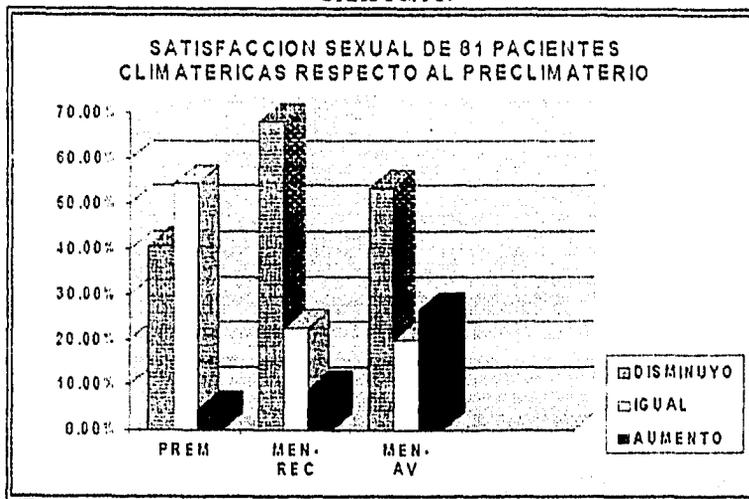


GRAFICA 4.



En cuanto a la satisfacción en su relación sexual comparándola con la etapa del climaterio se investigó el porcentaje de las que consideraban satisfactorias, antes y después de iniciado el Sx climatérico, y se correlacionó con la etapa en que se encontraban y los resultados se expresan en la gráfica 5.

GRAFICA 5.

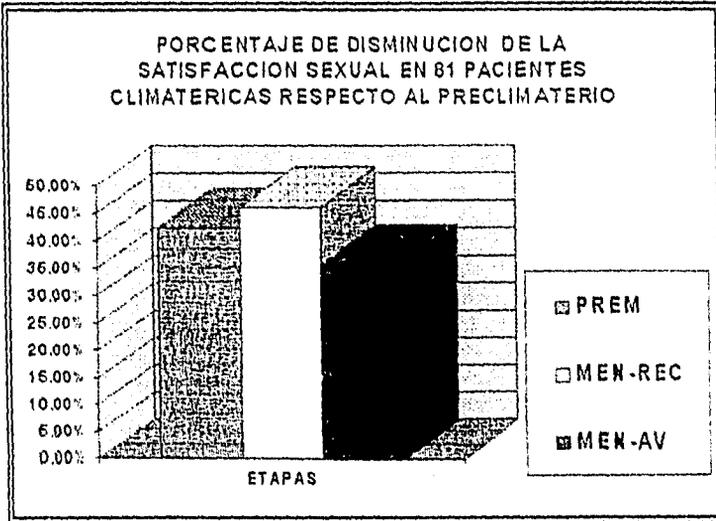


Observamos que en quienes más disminuyó la satisfacción sexual fue en las menopáusicas recientes pero para saber cuanto, se obtuvo el porcentaje de disminución de cada paciente y se realizaron promedios respecto al grupo en que se encontraban y se obtuvo la gráfica no. 6. Nuevamente observamos que quien experimentó una mayor disminución en su satisfacción de relaciones sexuales respecto a las que consideraban adecuadas respecto al preclimaterio fue el grupo de las posmenopáusicas recientes.

Aún previo al climaterio las pacientes no reportaban un 10% de relaciones sexuales satisfactorias y al indagar a que lo atribuían se obtuvo el cuadro 12.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

GRAFICA 6.



CUADRO 12. CAUSA DE INSATISFACCION SEXUAL EN EL PRECLIMATERIO

CAUSA DE INSATISFACCION	FRECUENCIA	%
NO SABE	34	41.9
TENSION	10	12.3
TEMOR A EMB	6	7.4
DESCONFIANZA	5	6.1
FALTA ESTIMULO	4	4.9
DISPAREUNIA	2	2.4
CANSANCIO	2	2.4
EYACULACION PRECOZ	2	2.4
FRIGIDEZ	1	1.2

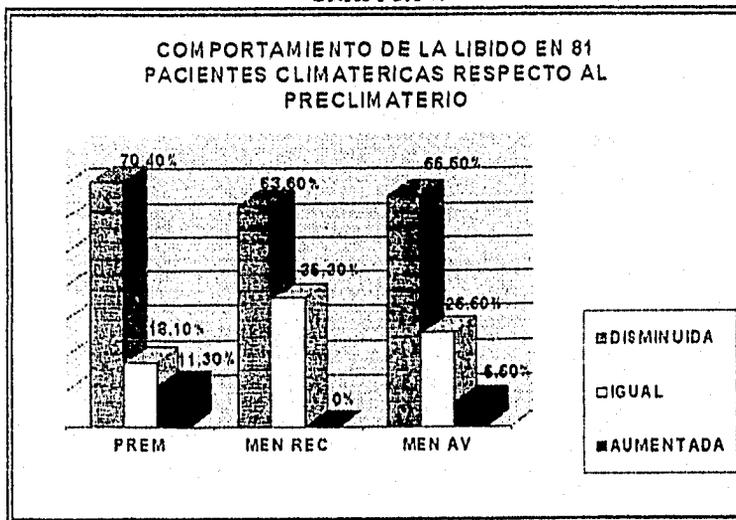
Posterior a que se inició el climaterio las causas de insatisfacción se agruparon según se expresa en el cuadro 13.

CUADRO 13. CAUSAS DE INSATISFACCION SEXUAL UNA VEZ INICIADO EL CLIMATERIO

MOTIVO DE INSATISFACCION	FRECUENCIA	%
NO SABE	27	33.3
DISPAREUNIA	21	25.9
LIBIDO DISMINUIDA	6	7.4
HAN MEJORADO	4	4.9
DESCONFIANZA	3	3.6
TENSION	2	2.4
SIN ESTIMULO	2	2.4
FRIGIDEZ	1	1.2
HISTERECTOMIA	1	1.2

El comportamiento de la libido en las pacientes respecto al preclimaterio y en relación a la etapa en que se encontraron se expresa en la gráfica 7.

GRAFICA 7.



A pesar del tratamiento hormonal de reemplazo que tenían instalado todas las pacientes a base de estrógenos o progestágenos hubo persistencia de síntomas climatéricos. Como base se investigó sobre 6 síntomas en especial y se obtuvo que en promedio en las premenopáusicas persistieron 3.7 síntomas, en las posmenopáusicas recientes 3.6 y en las posmenopáusicas avanzadas 4.2. La distribución se presenta en el cuadro 14.

CUADRO 14. SINTOMAS CLIMATERICOS QUE PERSISTIERON

SINTOMA CLIMATERICO	PORCENTAJE
DISPAREUNIA	82%
BOCHORNOS	74%
NERVIOSISMO	63%
LIANTO FACIL	51%
INSOMNIO	44%
PIEL SECA	37%

También se indagó si habían consultado al psiquiatra o psicólogo y si no lo habían hecho, creían necesitarlo o no. (Cuadros 15 y 16)

CUADRO 15. HAN RECIBIDO AYUDA

ETAPA DEL CLIMATERIO	SI	NO
PREMENOPAUSICAS	27.2%	72.8%
MEN AVANZADAS	20%	80%
MEN RECIENTES	13.6%	86.3%

CUADRO 16. NO HAN RECIBIDO AYUDA PERO CREEN QUE LO NECESITAN

ETAPA DEL CLIMATERIO	SI	NO
MEN AVANZADAS	33.3%	66.4%
POS RECIENTES	26.3%	73.7%
PREMENOPAUSICAS	18.7%	81.3%

DISCUSION DE RESULTADOS Y CONCLUSIONES

De las pacientes climáticas encuestadas el 64% se encuentran entre 46 a 55 años lo que concuerda con la edad referida en la bibliografía de presentación de la menopausia que es de 51 años(4).

Se dedican al hogar en 80% y su escolaridad se encuentra entre primaria, secundaria y carrera comercial como máximo ya que comprenden el 76% de las pacientes. El 92.5% son casadas y predomina la religión católica (91.3%). El 40% no practica deporte alguno y del 60% restante la mitad practica la caminata. El 21% no tiene pasatiempo alguno y del 80% restante predominan el tejer, leer o ver la televisión (73.3%).

El 43.2% de las pacientes se refiere como sana y del 56.8% restantes predominan la hipertensión arterial sistémica, diabetes mellitus y gastritis (67%). De la muestra obtenida el 54.4% fueron premenopáusicas, 27.1 posmenopáusicas recientes y 18.5% posmenopáusicas avanzadas. (Clasificación de pacientes climáticas según Jazmarán -8-)

El inicio de vida sexual activa fue en promedio a los 21.3 años con 1.2 parejas sexuales. Solo 12 reconocen haber tenido 3, una paciente 3 parejas y una más 5, el resto solo una. se trata de pacientes multiparas ya que en promedio tuvieron 2.34 partos con moda de 3. El 35.8% no utilizaron método anticonceptivo y del 64.2% restante, 80.7% utilizaron SCB, Hormonales orales o ritnto. Todas las pacientes tenían tratamiento hormonal de reemplazo iniciado en promedio 26.3 meses antes. Solo una había iniciado un mes antes y el resto mínimo 6 meses antes, esto es válido para el estudio ya que se reporta en la literatura mínimo 2 meses de tratamiento para que pueda obtenerse resultados.(26).

Al preguntar por su relación afectiva con supareja las pacientes refirieron en 60.4% que era buena, regular en 32% y mala en 7.4%.

La frecuencia y satisfacción en las relaciones sexuales disminuyó respecto al preclimaterio.

Una vez divididas las pacientes en grupos según Jazsman (8); se obtuvo que la frecuencia del coito disminuyó en mayor porcentaje en las menopáusicas avanzadas, pero la satisfacción en la relación sexual se vio más disminuida en las pacientes menopáusicas recientes. Esto contrasta con los resultados obtenidos por otros autores, (20,21 y 22), ya que según ellos la menor frecuencia coital se produjo en posmenopáusicas recientes, y además la libido disminuyó más en la posmenopausia avanzada. En cuanto a esto nosotros encontramos una mayor disminución de la libido en las premenopáusicas, seguido de las posmenopáusicas avanzadas y en quienes menos disminuyó fue en las posmenopáusicas recientes.

A pesar de haber disminución en la frecuencia y satisfacción de las relaciones sexuales, en porcentajes mayores al 50% para todas las etapas del climaterio el 60.4% refiere tener una buena relación afectiva con su pareja, un 32% regular y solo 7.4% la reportan como mala. Esto es compatible con lo referido en la literatura ya que se refiere que hay disminución en la frecuencia y satisfacción de las relaciones sexuales, pero en general no en la satisfacción con la pareja como "ser humano" (23).

Además observamos que la frecuencia de relaciones sexuales disminuye más cuanto más avanzada es la etapa en el climaterio. Esto concuerda con lo reportado por otros autores (44).

Una mayor disminución de la libido y de la satisfacción en las relaciones sexuales que se encontró en este estudio puede deberse a que las posmenopáusicas recientes se encuentran en un periodo de descontrol por sus cambios fisiológicos a lo que después se habita y viene un periodo de adaptación posterior mejorando la satisfacción sexual experimentada.

También puede inferirse que las pacientes requieren ayuda emocional ya que un 22.2% ya la tiene; y de las que no la han recibido, 25.3% refiere que lo necesita. De éstas en mayor parte son las menopáusicas avanzadas, seguidas de las menopáusicas recientes y al final las premenopáusicas.

Otra prueba de que requieren ayuda es que al interrogar sobre la causa de insatisfacción sexual, el 41.9% refiere desconocerla en la etapa previa al climaterio. Posterior a iniciado éste, el 33.3% refiere desconocer su causa de insatisfacción, y el resto son varias causas predominando la dispareunia (25.9%) . El hecho de que se hagan manifiestos los síntomas climatéricos, provee a las pacientes de motivos a que achacarle sus problemas sexuales, pero aún un 33.3% no sabe expresar la causa de su insatisfacción.

En síntesis que la paciente climatérica requiere de mayor atención a sus dificultades sexuales y un Tx integral de su síndrome climatérico, ya que como menciona la Dra Río de la Loza Cava:

LA SEXUALIDAD ES PARTE INTEGRAL DE LA PERSONALIDAD,
QUE SE MODIFICA Y AUN SE MANTIENE DESPUES DE LA
MENOPAUSIA. Y POR LO TANTO ESTE PERIODO NO ES EL DE
JUBILACION SEXUAL (30)

BIBLIOGRAFIA

1. McCary, J. McCary, S. SEXUALIDAD HUMANA DE McCARY. 4ª ed. Editorial Manual Moderno, México 1994.
2. Speroff, León. Glass, Robert. Kase, Nathan. ENDOCRINOLOGIA GINECOLOGICA E INFERTILIDAD: 3ª ed. Editorial Toray, Barcelona 1986.
3. Langman, Jan. EMBRIOLOGIA MEDICA. 3ª ed. Editorial interamericana, México 1976.
4. Jones, H.W; Wentz, A: C, Burnett, L:S.: TRATADO DE GINECOLOGIA DE NOVAK. 11ª ed. Editorial Interamericana. México 1991.
5. Pernoll, Martin. Benson, Ralph. DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO GINECOBSTETRICOS. 5ª ed. Editorial Manual Moderno, México 1989.
6. Sarrel PM: BLOOD FLOW AND OVARIAN SECRETIONS. En Nafolin F et al. "Ovarian secretions and cardiovascular and neurological functions", Raven Press. Nueva York, 1990, pp:81-91.
7. Semmens JP y Wagner G: Estrogen deprivation and vaginal function in postmenopausal women. J.A.M.A. 1982. 248:445-448.
8. Palacios, Santiago. CLIMATERIO Y MENOPAUSIA. Fascículo 2. Editorial Mirpal, Madrid 1995.
9. Raviknar V. Elkind-Hirsch K. Schiff Y. Vasomotor Flushes and the release of peripheral immunoreactive luteinizing hormone-releasing hormone in postmenopausal women. Fertl Steril. 1984. 41:881-7.
10. Keep PA, Kellermans J: The ageing women. In: ageing and estrogens. Frontiers of hormone research. Karger, Basle, 1973, vol 2:160.
11. McKinlay SM y Jeffrey M: The menopausal syndrome. Brit J Prev Soc. Med. 1974, 28:108-115.
12. Session DR, Kelly AC y Jewelewicz R. Current concepts in estrogen replacement therapy in the menopause. Fertility and Sterility 59 (2): 277-284, Ref 92, Feb, 1993.
13. Collins A, Hanson V, Eneroth P et al. Psychological stress responses in postmenopausal women before and after replacement therapy. Hum Neurobiol. 1982, 1: 153-157.
14. Saab PG, Matthews KA, Stoney CM. Premenopausal and postmenopausal women differ in their cardiovascular and neuroendocrine responses to behavioral stresses. Psychoneuroendocrinology, 1989, 26: 270-280.

15. Rauramo L, Lagerspetz K, Englom P et al. The effect of castration and peroral estrogen therapy on some psychological functions. En Van Keep PA y Lauritzen C. "Estrogens y posmenopause". Front Horm Res. Karger, Basilea, 1975, 3: 94-104.
16. Erlik Y, Tataryn IV, Meldrum DR et al. Association of waking episodes with menopausal hot flashes. J.A.M.A. 1981, 245: 1741-1744.
17. Greene JG: A factor analytic study of climateric symptoms. J Psychosom Res. 1976, 20: 425-430.
18. Hallstrom T y Samuelson S: Changes in womwns sexual desire in middle life: The longitudinal study of women in Gothenburg. Arch Sex Behav. 1990, 19: 259-268.
19. Bottiglione F y DeAloysio D: Female sexual activity as a function of climateric condicions and age. Maturitas. 1982, 4: 27-31.
20. Cutler WB, García CR y Krieger A: Sexual behavior frequency and menstrual cycle length in mature premenopausal women. Psychoneuroendocrinology. 1970, 4: 297-309.
21. McCoy N, Cutler W y Davidson JM: Relationships among sexual behavior, hot flashes and hormone levels in perimenopausal womens. Arch Sex Behav. 1985, 14: 385-394.
22. Cutler WB y García CR: Tratamiento médico de la menopausia y la premenopausia. Medici, Barcelona, trad 1ª inglesa, 1987.
23. McCoy NL y Davidson JM: A longitudinal Study of the effects of menopause on sexuality. Maturitas. 1985, 7: 203-210.
24. Leiblum S, Bachman G, Kemman E, et al. Vaginal atrophy in the postmenopausal women: The importance of sexual activity and hormones. J.A.M.A. 1983, 249:2195-2198.
25. Sitruck-Ware R: Estrogen therapy during menopause. Practical treatment recommendations. Drugs. 1990, 39:203-217.
26. Dennerstein L, Burrows GD, Eood C y Hyman GJ: Hormones and sexuality: effect of oestrogen and progesterone. Obstet Gynecol. 1980, 56: 316-322.
27. Burger H, Hailes J y Nelson J: Effect of combined implants of oestradiol and testosterone on libido in posmenopausal women. Brit Med J. 1987, 294: 936-937.
28. Studd JWW, Collins WP, Chacravarti S et al. Oestradiol and testosterone implants in the treatment of psychosexual problems in the postmenopausal women. Brit J Obstet Gynecol. 1977, 84:314-315.

29. Myers IS, Morrisette D, Carmichael M et al: Effects of gonadal hormones on sexual behavior in postmenopausal women. Cit por Walling y al. (loc. cit) 1988.
30. Río de la Loza Cava M. Trastornos sexuales durante el climaterio. Gineco, Vol 4 no. 18, julio-agosto de 1995. pp:23-26.
31. Berg G, Hammar M, Larsson-Cohn U y Lindgren R: Menopausal symptoms among 52-54 and 60-62 year old women in Linköping, Sweden. En Van-Hall E. y Everaerd W (de) "The free Woman", Parthenon, Camforth. 1989. pp: 688-693.
32. Organon: Información científica. LIVIAL, DILENA, SINAPAUSE.