

10. Brainsky, S. Algunas consideraciones sobre sexualidad, identidad femenina y maternidad. *Universitas Medical*. 1992, Vol. 33. No. 4.
11. Lidz, T. La persona. De. Herder. Barcelona 1980.
12. Levine, SB. Clinical sexuality *The Psychiatric Clinics of North America*, 1995 March.

13. Parry, BL. Women's Disorders. *The Psychiatric Clinic of North America*. 1989 March.
14. Usser, JM. La Psicología del cuerpo femenino. De. Arias Montano. Buenos Aires, 1991.

VIVENCIAS DE LA SEXUALIDAD EN LA MENOPAUSIA

Concepciones histórico sociales y médicas sobre la menopausia

Gloria Stella Penagos Velásquez

Ginecoobstetra - Educadora Sexual

Universidad de Antioquía

Jefe Departamento de Ginecoobstetricia

Hospital San Vicente de Paúl, Medellín

En 1852 Tilt escribía “La pubertad que da al hombre el conocimiento de un mayor poder, da a la mujer el conocimiento de su dependencia y en ella encuentra el discurso que localiza el centro de la existencia y la sexualidad de una mujer en su matriz.

El discurso histórico tradicional que define a las mujeres a través de su función reproductiva, conceptualiza el acondicionamiento biológico de la menopausia como el fin de la vida útil de una mujer y puesto que la fertilidad y la feminidad están tradicionalmente unidas, la mujer que pierde su fertilidad pierde simultáneamente su feminidad, parte importante de su identidad como mujer.

Ese discurso negativo generado por la cultura no es experimentado por todas las mujeres y no debería ser vivido por ninguna!

Una nueva generación de mujeres, influidas por la reconceptualización feminista del papel de la mujer está alcanzando la mediana edad sin un sentimiento concomitante de inutilidad, pues lleva una vida activa y realizada, no centrada únicamente en su capacidad reproductiva³.

La Socialización

Ha sido prohibitiva del discurso de la sexualidad, impactando negativamente la vivencia de ella y obligándola a romper todas las prohibiciones prematrimoniales al momento de desposarse.

Al llegar al matrimonio todo lo prohibido ayer es permitido desde el instante de la aprobación religiosa o social de unión y en esa institución matrimonial, la maternidad como una articulación del conjunto de prácticas sociales, laborales, afectivas y morales dirigidas a garantizar a la prole las condiciones de supervivencia, crecimiento y desarrollo son otra de las tareas que culturalmente recaen sobre la mujer como una obligación o deber para cumplir, viviéndose finalmente como una carga para las mujeres que querían desarrollarse además en otros campos.

Al mismo tiempo, el valor de la tolerancia, la virtud de la resignación, el mandato de indisolubilidad del matrimonio, así como la poca autonomía de la mujer para ganarse la vida por la baja capacitación y la carga de muchos hijos, hacen que permanezca dentro de la institución matrimonial a costa de su crecimiento personal cuando aquella no funciona.

El Cuerpo Humano y sus funciones socio-sexuales

El cuerpo es un espejo de las relaciones sociales. El orden sexual dominante en cada cultura, reglamenta los usos sociales del cuerpo, así concebido, el cuerpo no es sólo una realidad autónoma fisiológica, sino además un espacio en el cual y a través del cual, se realizan prácticas sociales, ya que sus funciones se realizan en ámbitos culturales, que le imprimen connotación a ellas mismas.

La menstruación, la procreación y la menopausia son procesos biológicos que se presentan con variaciones en las diferentes culturas ya que ellas tienen condiciones climáticas, ambientales, alimentarias, individuales; además de un conjunto de normas, hábitos, valores, ritos, creencias y tradiciones que explican lo permisible y aceptable en valores dados a cada uno de los eventos.

En nuestra cultura para las mujeres que actualmente están climatéricas, el proceso de vivencia de la menopausia está ligado a las vivencias previas con la menstruación y la reproducción.

Siendo la menstruación un símbolo de enfermedad, muchas mujeres viven la menopausia como, ausencia de enfermedad o salud; no ocurre así a otro grupo de mujeres que no saben porqué la viven con tristeza. (Consideramos que es la pérdida de capacidad reproductiva la principal razón).

Nosotros estamos asistiendo a las alboras de una nueva construcción y la enseñanza comportamental, el permitirnos hablar de sexualidad desde épocas escolares tempranas probablemente contribuirá a que el grupo de niños y adolescentes menos prohibitivos o pecaminosos, más positivos y favorecedores de una vivencia sexual recreativa que permite valorar y vivir el disfrute del cuerpo gratificante y responsablemente, con claridad para definir cuando sí o no reproducirse, y

cómo aceptar cada uno de los cambios corporales que nos llevan finalmente a un manejo del climaterio sin traumas, con la concepción de época con adaptaciones y gran enriquecimiento de la sensualidad; de la comunicación, afectividad y placer sexual.

La menopausia es otra de las etapas del ciclo vital en las que el ciclo reproductivo de la mujer es utilizado para explicar, resumir su comportamiento.

El determinismo biológico evita cualquier análisis del contexto social o político en el que se desenvuelven las mujeres, se asegura de que la ideología de la reproducción mantenga su control sobre la vida de la mujer.

Actitud del médico frente a la mujer menopáusica

El médico, no siempre es consciente de que en él, se perpetúan los mitos de la sociedad de la que forma parte. Las facultades de medicina nos enseñan básicamente las patologías. De la sexualidad, conoce el aspecto y reproductor, y él mismo se mete en apuros cuando se le plantea el aspecto del placer, que se sale del dolor y la enfermedad para los que fue entrenado.

La interpretación de que unas mujeres se vean afectadas en mayor grado que otras, difiere de la postura etiológica que se adopte, la más extendida es la médica, que adopta un modelo patológico para poder interpretar una amplia gama de experiencias diferentes, pero debemos argüir en favor de una reconceptualización de nuestras mentes y cuerpos y con ello deshacernos de un mandato de “enfermedad” examinar el significado de la menopausia en la sociedad y los cambios socioculturales que están teniendo lugar para las mujeres durante esos años; no sólo dentro de nuestra química interna, debemos buscar las explicaciones a los problemas psicológicos experimentados, estos nos se mejoran con terapia de sustitución hormonal.

Como señaló Weidiger en 1982, el ejemplo de estas culturas demuestran que son las actitudes culturales hacia las mujeres menopáusicas y no las realidades biológicas de ellas, las responsables del significado adjudicado a la menopausia y el envejecimiento.

Condiciones sociales

La mujer madura tiene casi siempre resueltos sus problemas económicos respecto al compromiso que implican los hijos dependientes. En la post menopausia esa liberación de la carga, puede implicar un tiempo extra para cuidar de su persona, buscar otros estímulos -buscar el disfrute de su compañero -buscar otra pareja sexual - establecer su “segunda luna de miel” - liberar el impulso sexual reprimido anteriormente por la fobia al embarazo - desarrollar variantes de las técnicas sexuales insatisfactorias en otros tiempos, etc.

– Presentan perturbaciones emocionales como una reacción de frustración ante la pérdida reproductiva, considerando la menopausia como una falla del ciclo vital, cuando su sexualidad básicamente estuvo orientada a la procreación.

– Desarrollan un deseo irresistible de embarazarse nuevamente para tener un hijo menor a quien cuidar cuando sus hijos ya mayores dejaran “el nido vacío” implicando un

aumento en la actividad sexual por el deseo de concebir y no por la relación en sí.

– Si la actividad sexual previa no ha sido regular y satisfactoria, o ha sido por compromiso, es de esperarse una disminución del impulso sexual. Este grupo casi siempre busca la excusa de la edad para impedir la violencia que le implica un desempeño inadecuado personal o de la pareja, frustración de una tensión sexual no resuelta.

– La actividad sexual de la mujer de más de 70 años se halla restringida por varias razones:

– Disminución del impulso

– Disminución de sueños y fantasías, culturalmente considerados inapropiados por la edad.

– Por lo general, su esposo o compañero es de edad mayor y experimenta más enfermedades y dolencias que dificultan la actividad sexual.

– Y la sociedad y su cultura no le permiten relaciones extramaritales.

– La mujer tiene mayor longevidad lo que implica una sociedad de mujeres seniles sin hombres facilitando que se dediquen a otras actividades sociales y familiares privadas de su liberación de tensión sexual agotándose físicamente en un esfuerzo consciente o inconsciente de disipar la tensión acumulada y a menudo no reconocida.

– La masturbación que es una alternativa y que es practicada por mujeres solteras, viudas, divorciadas, en general se reduce después de los 60 años.

Los conocimientos teóricos y la experiencia clínica relacionados con los problemas sexuales de la senilidad, no se adecúan a los requerimientos que hombre y mujeres están viviendo en la actualidad. No hay mucha literatura actualizada sobre el tema y menos trabajos de investigación del momento. Se trabaja independientemente lo biológico con un enfoque de patología y terapéutica.

El grado de influencia que la falta de esteroides sexuales tiene sobre el ajuste sexual durante la post menopausia no está bien establecido; se les ha atribuido la mayoría de males físicos y desajustes sicosexuales. Los factores mecánicos, orgánicos secundarios al hipoestrogenismo y al proceso en sí del envejecimiento pudieran resolverse parcialmente con la terapéutica endocrina de reemplazo; pero el retorno a la capacidad específica para una actuación sexual efectiva, es más bien una acción indirecta sobre los órganos gatillo que una acción estimulante de la tensión sexual.

La siquis tiene parte igual si no mayor que el desajuste endocrino en la determinación de la conducta sexual en la mujer post menopáusica.

En el estudio de menopausia de Stanford⁴ se encontró una asociación significativa entre disminución del estradiol plasmático e irregularidad menstrual, frecuencia de sofoco y descenso de la actividad coital. La disminución del estradiol por debajo de 35 pg/ml se asoció significativamente con coitos esporádicos. Mc Cog y Davison lo confirmaron y anotaron además disminución del deseo sexual asociado a la caída de testosterona⁵.

La depresión reactiva, hostilidad y agresividad se han asociado a la disminución de estrógenos y testosterona, de ahí que la sola terapia psiquiátrica en casos de depresión en mujeres menopáusicas no obtiene una adecuada respuesta hasta tanto no se asocie con el suministro de estrógenos.

Además de los esteroides sexuales, se presentaron cambios en la prolactina, cortisol TSH y T3. Un aumento significativo de TSH sin reducción concomitante de T3 es interpretado como una disfunción hipotalámica con alteración de la retroalimentación hormonal. Se discute si este hipotiroidismo tenga asociado una disminución de la actividad sexual como parte de la disminución general de actividades.

Cambios vasomotores

Los "sofocos" que se presentan en la mujer menopáusica duran aproximadamente 3,8 minutos, acompañados de sudoración profusa en la frente y nariz y moderada en la región externa. Estos síntomas comienzan, al disminuir precipitadamente los niveles de estrógeno (también aparecen en hombres con insuficiencia testicular)⁷. Su aplicación parece ser la disminución de las beta endorfinas al cesar la producción de estrógenos.

Síntomas asociados a la menopausia

Disminución del rendimiento; pérdida de memoria, dificultad en concentrarse: Son percepciones subjetivas relacionadas a la menopausia pueden ocurrir en hombres y mujeres en proceso de envejecimiento⁸.

Astenia

Cansancio frecuente, fatiga fácil, agotamiento relativo percibido por muchas mujeres por el hipotiroidismo asociado al hipoestrogenismo.

Nerviosismo y depresión

se refieren: Ansiedad por el envejecimiento -quejas de irritabilidad- excitación - inquietud, tensión -temores infundados, respuestas psicofisiológicas al estrés (aumento de frecuencia cardíaca, tensión arterial, nivel plasmático de catecolaminas).

Insomnio

Dificultad para dormirse -sueño superficial- despertar temprano, y duración corta del sueño se han relacionado en mujeres menopáusicas como también en hombres de su misma edad⁸⁻⁹.

Cambios en el tracto genito-urinario

La uretra y la vagina derivados del seno urogenital responden de igual manera al estímulo hormonal y se afectan igualmente durante la post menopausia por el hipoestrogenismo.

En la postmenopausia el pH se eleva de 5 a 7 y las cistitis e infecciones urinarias se hacen recidivantes por:

La circulación sanguínea en el tracto urogenital se disminuye al bajar los niveles de estrógenos que tiene receptores en el músculo liso de las arterias. Se altera el potencia eléctrico y por lo tanto la velocidad de la corrientes sanguínea, carótidas, vasos cerebrales y arterias del tracto urogenital bajo.

Anatomía y fisiología de la respuesta sexual geriátrica

La respuesta sexual humana es multidimensional se alimenta de sensaciones, imágenes del saber y del lenguaje; valores culturales y personales de otras fuentes que se combinan

con los reflejos biológicos para crear una respuesta omnicomprensiva.

Múltiples estudios sobre el comportamiento sexual de hombres y mujeres entre 50 y 100 años de edad han demostrado que las personas sanas a los 70 años de edad, en el 70% de los casos están sexualmente activas y tienen relaciones secuelas en forma regular una o más veces por semana.

Kinsey en 1984; Master y Johnson entre 1966 y 1991, Duke entre 1953 y 1991 y Starr-Weiner en 1981 dan cuenta de ello¹¹⁻¹³.

El deseo o motivación genera un impulso biológico con activación de los centros cerebrales, la participación de mediadores químicos como adrenalina y no adrenalina y acetilcolina y los medidores hormonales, andrógenos y estrógenos, son estímulos internos del deseo sexual.

Los estímulos externos: visuales, auditivos y las sensaciones o factores condicionantes culturales que no han definido el papel sexual de la cultura, la identidad y orientación, a más de las experiencias vividas y enseñanzas, proceso simbólicos, aprendizaje sexual por impresión, intervienen de una manera positiva o negativa sobre el deseo sexual.

El estado de salud y las diferencias fisiológicas, el entorno social y físico; los factores emocionales y estado de ánimo - La naturaleza y distinción del estímulo sexual, constituyen este primer plano síquico de la respuesta sexual humana. Estos elementos, generan comportamientos o manifestaciones en un plano externo o comportamental y están concatenados en una secuencia de fases:

1. Fase apetitiva o de deseo
2. Fase relacional
3. Fase estimulatoria
4. Fase excitatoria
5. Fase orgásmica
6. Fase reproductiva¹¹⁻¹².

Reacciones extragenitales en la respuesta sexual geriátrica

1. MAMAS: Fase Excitación:

1. Hay erección del pezón, al igual que la mujer joven como signo de elevada tensión sexual desde el inicio estímulo.

2. Aumento de tamaño de los senos producidos por vasodilatación, se disminuye con la edad principalmente en mujeres mayores de 51 años.

Fase de Meseta: Hay ingurgitación de la areola igual que la mujer joven pero con menor intensidad; puede ser de un solo lado a diferencia de la mujer joven.

2. RUBOR SEXUAL: Monteado Rosado o rubor Sexual en superficie anterior lateral y/o inferior de los senos. Es preorgásmico y no se da en mujeres mayores de 60 años.

Fase Orgásmica: Sin cambios con la edad

Fase de Resolución:

3. MIOTONIA:

– La elevación de la tensión muscular voluntaria disminuye a medida que aumenta la edad.

– Son raros los espasmos involuntarios como el carpopedal y el rictus facial intenso que antes denunciaba el grado de excitación.

4. URETRA Y VEJIGA:

– Normalmente hay distensión involuntaria del meato uretral en el orgasmo intenso.

– Por los movimientos de penetración del pene se puede producir irritación uretrovesical por atrofia vaginal y menor lubricación, lo que implica irritación mecánica.

Reacciones genitales en la respuesta sexual humana

1. CLÍTORIS:

Fase Excitación: En la mujer mayor de 40 años persiste la respuesta clitoridea siendo mayor si la estimulación es directa y más lenta si es indirecta.

Fase de Meseta: El Clítoris se eleva al igual que en la mujer joven, el glande se retrae por debajo de horquilla de los labios menores.

Fase Orgásmica: No hay cambios en ninguna edad

Fase de Resolución: Hay relajación del cuerpo Clítoris y sensibilidad post orgásmica que puede ser dolorosa.

2. LABIOS MAYORES: Presentan aplanamiento -separación y elevación de labios mayores hasta los 50 años. En mayores de 50 años al reducirse las hormonas hay pérdida del tejido adiposo de los labios mayores y pérdida del tejido elástico por tanto no se produce elevación de labios.

3. LABIOS MENORES: En la mujer joven hay vasodilatación con engrosamiento y aumento de plataforma orgásmica con reducción de la amplitud vaginal hasta 1 cm, no ocurre en mujeres mayores de 60 años.

Las paredes vaginales se afinan, pierden rugosidades, producen disminución en la longitud de 7-8 cms a 4.5 s 6 y 1 a 1.5 de ancho. Además disminuye la expansividad por el menor grosor.

Excitación: La lubricación en la mujer joven se produce 10"-30" post estímulo efectivo, en mujeres mayores de 60 años se demora 1-3 minutos.

4. MESETA: Expansión vaginal es lenta

Fase Orgásmica

Dura menos que en la mujer de 20-30 años

Las contracciones en postmenopausia ocurren 3-5 veces, cuando en mujeres jóvenes -5-10 veces con intervalo de 0.8 segundos se producen por cualquier estimulación por cualquier vía.

La lubricación u las contracciones pueden permanecer similares a la mujer joven cuando la mujer postmenopáusica mantiene relaciones sexuales activas 1-2 veces por semana.

5. CUELLO UTERINO: No hay actividad secretoria en ninguna fase al igual que toda mujer en cualquier edad.

El cuello y cuerpo responden a la falta de esteroides con disminución del tamaño, más notable en el cuerpo. Entre 5, 10 años post menopausia el cuello es igual al cuerpo.

En las fases de excitación y meseta se produce elevación uterina no tan intensa como en la joven y es más retardado el efecto de "tienda" de compañía en el fondo de saco vaginal es menor; la contractilidad uterina del orgasmo persiste y para algunas es dolorosa como calambre, pero en general la intensidad y duración es menor 11-14.

No son los cambios en el ciclo estrogénico, o la pérdida de la capacidad sexual, sino frecuentemente la carencia de oportunidades unida a una ideología restrictiva sobre el placer de la mujer madura, los que limitan la vida sexual de las mujeres menopáusicas.

La monotonía de las relaciones, la inadecuada comunicación también afectan su vivencia sexual.

Si bien son evidentes algunas diferencias en la respuesta sexual en la edad adulta avanzada es de resaltar que siempre que hay disponibilidad para entender que ambos seres hombre y mujer presentan cambios físicos, la adaptación a ellos posibilita una función de interrelación erótica prolongada, altamente gratificante con complicidad en la búsqueda de la propia satisfacción; un acto maravilloso de encuentro de dos seres que en una musicalidad amorosa pierden la división del hombre mujer para ser uno y que debe continuar a la ternura de dos seres que viven juntos la profundidad del lenguaje, del silencio, del tacto, la caricia; el respeto por el otro, su libertad de volar solos y volar juntos en la expresión más linda "el amor en libertad".

BIBLIOGRAFÍA

1. San Martín H. Pastor V. Aldeguer. Epidemiología de la vejez. El proceso de demografización de las sociedades humanas y el envejecimiento colectivo. P. 85. Editorial Interamericana. Mc Graw Hill. 1990.
2. Thomas F. Ser mujer y temor 50 años una fatalidad o un privilegio?. Primer Simposio Nacional de Menopausia. Medellín. U. De A. 1992. Pág. 71-80.
3. Ussher. La psicología del cuerpo femenino. Tiempo de cambio. Edit. Arias Montano. España 1991.
4. Cutler W. B., García C. R., Krieger A. Sexual behavior frequency and menstrual cycle length in mature premenopausal women. Psychoneuroendocrinology. 1979; 4: 297-309.
5. McCoy N.L., Davidsen J.R. A longitudinal study of effects of menopause on sexual behavior. Maturitas. 17: 203-210. 1985.
6. Ballinger C.B., Browning MCK y Smith AHW. Hormone profiles and psychological symptoms in perimenopausal women. Maturitas. 1987; 9: 235-251.

7. Feldman J.M. Postlethwaite R. W. Hot Flashes and sweats in men with testicular insufficiency arch internal Medicine 1976; 136: 606-608.
8. Palacios S. Climaterios y menopausias. Fascículo 2. De. Grefol-Madrid. 1993.
9. Menopausia. Segundo Simposio Nacional. Santiago de Cali. Mayo 7-9 de 1993.
10. Arcila J. L. Trastornos urológicos en la menopausia. Primer

Simposio Nacional de Menopausia. Medellín. Imprenta U. De Antioquia 1992; 53-61.

11. Master Y Johnson. La función sexual Humana. 1966.
12. Kaplan H. La Nueva Terapia Sexual.
13. Giraldo O. Explorando las sexualidades humanas. Desarrollo sicossexual. De. Trillas. México 1988'111-140.
14. Kolodny R. C. Tratado de Medicina Sexual. Salvat Editores. Barcelo 1985.

VIDA SEDENTARIA Y SUS PELIGROS. PAPEL DEL EJERCICIO EN EL MANTENIMIENTO DE LA SALUD DURANTE LA MENOPAUSIA

Domingo Caraballo Gracia, MD

Profesor titular de Fisiología

Miembro del Programa de Rehabilitación Cardíaca

Universidad de Antioquía. Hospital San Vicente de Paúl

A nivel mundial las enfermedades cardiovasculares son una importante causa prematura de morbilidad y mortalidad que deberían evitarse por su alto costo humano y económico.

En los Estados Unidos, más de 1 de cada 5 personas tiene enfermedad cardiovascular. A pesar de la disminución de la tasa de mortalidad debido a esta patología observada desde 1950, 43% de todas las muertes se atribuyen a enfermedad cardiovascular¹.

Antes de los 60 años de edad, solamente una de cada 17 mujeres en los Estados Unidos han tenido un evento coronario, comparado con uno de cada 5 hombres. Sin embargo, después de los 60 años, 1 de cada 4 mujeres así como 1 de cada 4 hombres, muere por enfermedad coronaria, constituyendo ésta la principal causa de muerte en este grupo de mujeres².

Puesto que algunos factores de riesgo coronario no son modificables (edad, historia familiar, sexo y anomalías congénitas de vasos coronarios), la mayoría de los esfuerzos primarios se han centrado en corregir los principales factores de riesgo modificables (hábito de fumar, hipercolesterolemia, hipertensión arterial, vida sedentaria). También se ha estudiado la modificación de otros factores de riesgo como son la obesidad, la diabetes y el stress. Recientemente se ha centrado la atención en los posibles beneficios de la terapia estrogénica en la mujer postmenopáusica, y en la profilaxis con bajas dosis de aspirina en personas aparentemente sanas.

El ejercicio físico es una parte importante de programas destinados no sólo a mantener buen estado de salud sino que también se utiliza en la recuperación de pacientes coronarios y prevención de la recurrencia de esta enfermedad.

Varios estudios prospectivos han demostrado, que mantener un estilo de vida físicamente activo, está asociado con una reducción sustancial en la incidencia de enfermedad coronaria siempre y cuando la actividad física se realice en for-

ma adecuada. Sin embargo, cuando el ejercicio se realiza en forma inadecuada, sin previa evaluación ni supervisión médica, éste puede llegar a provocar en algunas personas muerte súbita de origen coronario.

A pesar de que trabajos recientes informan el incremento en la realización de actividad física en la población norteamericana, se ha estimado que el 60% de los adultos son sedentarios.

La reducción estimada en el riesgo de presentar un infarto del miocardio manteniendo una vida físicamente activa, comparada con una vida sedentaria, oscila entre un 35%-55%. Si comparamos esta reducción estimada de riesgo de infarto de miocardio, con otros factores de riesgo observamos:

Reducción estimada de riesgo de infarto del miocardio al:

1. Realizar ejercicio: 35% - 55%
2. Dejar de fumar: 50% - 70%
3. Controlar el colesterol total: 2%-3% por cada 1% de reducción del colesterol sérico.
4. Controlar la hipertensión arterial: 2%-3% por la disminución de cada 1 mm Hg en la presión diastólica.
5. Controlar la obesidad: 35% - 55%
6. Hacer reemplazo estrogénico en mujeres post menopáusicas: 44%
7. Uso profiláctico de aspirina: 33%³.

Se ha establecido una relación inversa entre actividad física y la enfermedad coronaria. La Asociación Americana de Cardiología ha reconocido el sedentarismo como un factor de riesgo para enfermedad coronaria^{4,5}.

La realización de un programa de ejercicio dinámico o isotónico en forma regular, incrementa la capacidad funcional del paciente y juega un papel fundamental en la prevención