

# **“ DISFUNCIONES SEXUALES DURANTE EL CLIMATERIO”**

**DR. JOSÉ LUIS NEYRO  
Sº DE GINECOLOGÍA  
HOSPITAL DE CRUCES**

**Correspondencia: Dr. José Luis Neyro  
C/ Gran Vía, 81-4º  
48011-BILBAO  
[www.neyro.com](http://www.neyro.com)**

## INTRODUCCIÓN:

Se ha afirmado desde antiguo que la sexualidad y su ejercicio por parte de nuestra especie forman parte de la vida misma de relación interpersonal como un todo indisoluble a la personalidad de cada uno que facilita, no solo la perpetuación de la especie, sino la intercomunicación relacional, el divertimento entre adultos y el mantenimiento de las relaciones afectivas entre las personas. Se admite prácticamente de forma generalizada que existe un descenso general de la actividad y goce sexual en ambos sexos con la edad aunque existe evidentemente considerable variabilidad individual dependiendo de múltiples circunstancias. Es obvio añadir que esas circunstancias influyen características individuales, sociales, familiares, educacionales, culturales e incluso deformación académica que por carácter altamente heterogéneo es difícil abordar en profundidad de manera unívoca o con una intencionalidad clara de resumen acelerado de libro de autoayuda "a la americana".

Puede considerarse por tanto como un auténtico mito que la sexualidad acaba indefectiblemente con el advenimiento de la menopausia; ciertamente, en este epígrafe introductorio debemos señalar que prácticamente el 95% de las mujeres viviran al menos el 30% de su vida a partir de este evento menstrual y que el interés por la sexualidad en este grupo es significativamente mayor conforme pasan los años finales del siglo pasado y los iniciales del siglo presente.

Para enmarcar la cuestión de la disfunción sexual del climaterio, asumiendo (que es mucho asumir desde el principio), que existe dicha disfunción sexual o disfunciones sexuales durante el climaterio, para enmarcar como digo la cuestión resulta adecuado señalar parafraseando a Melanie Klein que "el mejor espejo de una mujer en el climaterio es el deseo manifiesto del hombre hacia ella".

Ciertamente la sexualidad es un fenómeno humano de extraordinaria complejidad influenciado por factores de muy diverso tipo; entre ellos caven señalar de forma muy sucinta los siguientes:

- Factores físico-biológicos y fisiológicos.
- Factores psicológicos, relacionados todos ellos en principio incluso con la educación recibida en la primera infancia y primeros años de la juventud.
- Factores culturales, familiares, sociales y personales.

De hecho la sexualidad humana globalmente entendida es un compendio de circunstancias neurobiológicas y de expresividad emocional que están influenciadas por los niveles de estrógenos y de andrógenos ya desde la vida fetal e incluso desde la embrionaria en la medida en que los niveles hormonales circundantes influyen sobre el cortex cerebral, sobre

el entendimiento en lenguaje psicológico, así como sobre el sistema límbico hipotalámico (desde el punto de vista psicológico en el nivel emocional) hasta incluso pasando por los órganos genitales externos e internos lo cual da una idea de la complejidad de dicho proceso. En el final de la película encontraremos la respuesta sexual individual que puede ser diferente a nivel íntimo e a nivel público y que es la resultante de la conjugación de tres parámetros tan absolutamente dispares y sin embargo tan íntimamente relacionados como el deseo sexual, la excitación e incluso el orgasmo u orgasmos de cada relación.

### **IMPORTANCIA DEL SEXO Y DEL EJERCICIO DE LA SEXUALIDAD EN LA VIDA:**

Se ha dicho hasta la saciedad que la sexualidad humana forma parte consustancial de la actividad general ordinaria de nuestra especie y que es capaz de sustentar la autoestima mejorando extraordinariamente la calidad de vida cuando aquella es ejercida en plenitud. Algunos autores han dicho, de hecho, que reduce la depresión y que es capaz de estimular la personalidad en cuanto que dar y recibir amor es ciertamente creativo. Es obvio que mejora la vida conyugal y de pareja en general y por eso el estudio y la consideración de la existencia de las disfunciones sexuales femeninas durante el climaterio, entendiendo como tal todo el periodo de la vida de la mujer que media entre unos años antes de la aparición de la menopausia y unos pocos años posteriores a la misma es de capital importancia en la medida en que puede trastocar de manera extraordinaria la personalidad e incluso la conducta de la mujer al llegar a esta fase crucial de su existencia.

### **DISFUNCIONES SEXUALES FEMENINAS:**

Parece como un consenso en la literatura universal de los 30-40 últimos años que con el aumento de la edad, disminuye en general la actividad sexual y se incrementan determinadas disfunciones sexuales aunque resulta de una extraordinaria complejidad diferenciar si estos cambios son producto de los cambios hormonales o se deben fundamentalmente aunque no exclusivamente al proceso natural del envejecimiento. Ciertamente, en ello influirán no solamente los niveles endógenos hormonales sino las características individuales que el ejercicio de la sexualidad hubiera podido tener en los años de plenitud hormonal o endocrinológica de la mujer en cuestión; a ello evidentemente, también habrán contribuido las experiencias previas incluso de la riqueza de la actividad biológica de la sexualidad que la propia mujer se hubiera planteado.

Sea como fuere, tal como puede apreciarse en la tabla uno, la frecuencia de relaciones sexuales satisfactorias entre la pre-menopausia y la post-menopausia difiere de forma extraordinaria en la medida en que en el estudio citado fueron no satisfactorias tan solo el 20.8% de las relaciones sexuales de la pre-menopausia pasando a ser igualmente no satisfactorias el 71.7% de las habidas durante la post-menopausia. Si consideramos en el otro

aspecto de la balanza tan solo aquellas relaciones sexuales que fueron satisfactorias en por encima del 60% de las ocasiones, tendremos como puede verse en la citada tabla un exiguo 16.9% de la pre-meopausia, que ya extraña por su corta edad, y que se convierte en un limitadísimo 1.9% en el periodo post-menopausico. Así las cosas si consideramos en el global de la población cuantas mujeres se manifiestan como sexualmente activas en el periodo de tiempo considerado entre los 40 y los 59 años (climaterio ampliamente considerado), veremos que en el grupo etario de hasta los 44 prácticamente el 80% de las mujeres se considera sexualmente activa descendiendo dicho porcentaje a un escaso 42% en el grupo de 50-54 años y tan solo permanece sexualmente activo un 38% de mujeres cuando su edad supera los 55 años (Bloomel et al 1.992). De ese mismo estudio cabe colegir que el número de relaciones sexuales por mes también es decreciente entre la cifra de 6 para el grupo etario de 40-44 años hasta 2.7 coitos/mes en el grupo etario de 55-59 años. Debemos considerar las cifras como ciertamente aproximadas a la generalidad en la medida en que el estudio fue realizado con una N muy numerosa de 900 mujeres íntimamente interrogadas.

Llegados a este punto puede ser conveniente una limitada pero profusa relación de aquellos factores que pueden influenciar a muy diferentes niveles el ejercicio de la sexualidad femenina; entre todos ellos caben señalar circunstancias tan dispares como las siguientes:

- Experiencias sexuales previas (con la misma pareja o con anteriores parejas) durante toda la vida de ejercicio de la sexualidad de la mujer en cuestión.
- Comparación, cuando posible, con experiencias anteriores son satisfactorias o insatisfactorias.
- Cambio propios de la edad en relación con el envejecimiento natural biológico.
- Percepción de su figura y cambios en la autoestima relacionadas con, por ejemplo, la redistribución de la grasa típica de periodo climaterico en función del hipoestronismo relativo y continuado.
- Problema de salud física directamente relacionadas con la calidad de vida (cáncer de mama-mastectomía, infarto agudo de miocardio, artritis reumatoidea, artrosis, diabetes mellitus, histerectomía.....).
- Incontinencia urinaria de esfuerzo y/o urgencia miccional con la enorme cantidad de mujeres que, al menos en nuestro país, ni siquiera se atreven a consultar el problema con sus médicos de Atención Primaria o Ginecólogos.
- Impotencia de su pareja que en la mayoría de las ocasiones tampoco será consultada con el detrimento de la actividad sexual que ello puede condicionar.
- Trastornos del sueño (con insomnio temprano, mediano o tardío) con/sin distimias psicológicas.
- Stress físico o psicológico organizado por problemas de pareja, familiares o laborales (recuerdese aquí entre otros como una circunstancia lamentablemente cada vez mas

frecuente el mobbing profesional que afecta a cada vez un número creciente de mujeres en esta época de su vida.

- Medicamentos de toda índole para el tto. de enfermedades pre-existentes y los posibles secundarismos relativos a dichas terapias así como los efectos adversos de las medicaciones.
- Riqueza (o pobreza) de las relaciones sexuales mantenidas a lo largo de toda su historia sexual.
- Grado de funcionalidad de la pareja (con la impotencia no asumida que se refería mas arriba).
- Disminución progresiva per continua en los niveles de estrógenos circulantes y, también, de los andrógenos ováricos y/o suprarrenales.

Con esta limitada pero exhaustiva relación de los factores que influencia la sexualidad femenina es de suponer que el abordaje de las disfunciones sexuales que suelen suceder durante el climaterio femenino se nos antoja como de una extraordinaria complejidad. En aras de un interés puramente académico y a pesar de la ausencia de exhaustividad que se le supone a cualquier clasificación a priori, señalamos en la tabla Nº 2 una aproximación clasificada a los diferentes tipo de disfunciones sexuales.

**Tabla Nº 1: Disfunciones sexuales femeninas:**

**1 Trastornos del deseo:**

1 A: Deseo sexual femenino hipoactivo (déficit de fantasías sexuales y/o deseo y receptividad para la actividad sexual).

1 B: Trastorno de la aversión sexual (aversión fóbica y evitación de contacto sexual e incluso del contacto cutáneo con el próximo).

**2 Trastornos de la excitación sexual** (con incapacidad para lograr o para mantener una excitación sexual suficiente que lleve con posterioridad al orgasmo).

**3 Trastornos del orgasmo** (con dificultad, retardo o incluso ausencia absoluta en la obtención del orgasmo tras una estimulación y excitación sexual suficiente).

**4 Trastornos “dolorosos” del ejercicio de la sexualidad:**

4 A Dispareunia (entendiendo por tal el dolor genital ampliamente considerado, asociado al coito ya sea durante la penetración, durante las contracciones pelvianas del ejercicio del mismo o el aparecido después de la eyaculación).

4 B Vaginismo (entendiendo por tal el espasmo involuntario de toda la musculatura del tercio externo de la vagina que impide a veces de manera absolutamente firme cualquier intento de penetración cohabitacional).

4 C Dolor sexual no coital (refiriéndonos aquí al dolor genital inducido por la estimulación sexual sin mediar la penetración vaginal).

**(Fuente: Sexual Function health council. Consensus conference on female sexual disfunction. 1.998.)**

Capítulo a parte puede merecer en el análisis de la disfunción sexual femenina del climaterio el tema de las drogas/medicamentos que afectan a la sexualidad en la mujer en muy diferentes edades incluyendo, por supuesto, el periodo climatérico. Así, debemos distinguir aquellos fármacos que influyen en diferentes fases de la actividad sexual y que obviamente ejercerán una acción negativa durante aquella fase de la vida en que siendo necesario su concurso para el tto. de diversas enfermedades coexiste un hipoextronismo relativo, creciente y profundo en el tiempo que puede sobreañadirse al secundarismo y los efectos adversos de las medicaciones en cuestión.

En aras también de la exhaustividad, haremos distingos entre las drogas que afectan a la disminución del deseo, las que disminuyen la excitación y las que producen en general una clara disfunción orgásmica:

- 1 - **Drogas que disminuyen el deseo sexual:** podemos distinguir, entre otras, algunos hipolipemiantes, algunos Anti-psicóticos, los Barbitúricos y las Benzodiacepinas en general, la Clonidina, la Digoxina, la Fluoxetina, lógicamente los Agonistas de la GNRH, los bloqueadores de los receptores H2, diversos agentes anti-reflujo que basen el citado bloqueo, la Indometacina, el Ketoconazol, algunas sales de Litio, la Fenitoina, a Espironolactona y los antidepresivos tricíclicos en general.
- 2 - **Drogas que producen disminución de la excitación sexual:** básicamente hacen referencia a este epígrafe el alcohol (cuyos efectos beneficiosos en la mujer desaparecen a partir de la 1ª copa de vino tinto fabricado a la usanza bordelesa o riojana), los Antihistamínicos, los Hipotensores y Antihipertensivos, los antidepresivos tricíclicos nuevamente, los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, los inhibidores de la monoamino-oxidasa y las Benzodiazepinas en general.
- 3 - **Drogas que producen directamente disfunción orgásmica con/sin anorgasmia:** entre las cuales caben señalarse la Alfa-metildopa, las Anfetaminas (de las cuales en el momento actual y desde hace varias décadas ninguna de todas ellas tiene papel alguno en el tto. de ninguna enfermedad psiquiátrica o somática), los Anti-psicóticos, los Antidepresivos tricíclicos, de nuevo los inhibidores selectivos de recaptación de serotonina, los narcóticos y las Benzodiacepinas en general.

### **EVALUACIÓN BÁSICA DE LA DISFUNCIÓN SEXUAL:**

Habida cuenta de la complejidad del fenómeno del ejercicio de la sexualidad humana en pareja y las múltiples interacciones culturales, sociales, profesionales, y de todo tipo que aquella puede recibir a lo largo de varias décadas de relación, la evolución básica de la disfunción sexual escapa absolutamente de la cortedad de conocimientos del firmante de este artículo no pretendiendo las líneas posteriores a este comentario sino una pequeña aproximación a lo que debe realizarse para el abordaje inicial de una disfunción sexual

sospechada en la Cta. Ginecológica básica. Con esa humilde pretensión, sugerimos iniciar el estudio de la DSC (disfunción sexual climatérica) de acuerdo con un orden prefijado que de forma solo orientativa, apuntamos a continuación:

**A .- Historia sexológica general:** señalando y haciendo hincapié de forma mas organizada a todo aquello que consideremos de relevancia a la hora de la anamnesis sexológica, como pueden ser:

- Episodios problemáticos previos durante la infancia, primera juventud o incluso las primeras relaciones sexuales:
- Relaciones sexuales actuales y su comparación con las previas.
- Actitudes y expectativas en general hacia la sexualidad compartida.

**B .- Historia médica de la disfunción:** señalando entre otras características que pueden resultar

de interés en casos particulares los siguientes:

- Tiempo de evolución y modo de inicio en el recuerdo histórico.
- Características generales de la disfunción vivida por la mujer y/o la pareja.
- Características específicas del trastorno.
- Actitud general ante DSC.

**C .- Evaluación de la pareja:** Analizando la presencia de conflictos y la actitud general de la pareja como ente global ante la DSC considerada. Puede resultar de capital interés el concurso de la pareja en la propia Cta. Ginecológica si la DSC ha sido tan solo apuntada por la paciente sin que haya sido acompañada por su pareja.

En este orden de cosas, puede resultar de interés evaluar previamente la función sexual general que la pareja tenía hasta el momento de la aparición de la DSC considerada y que puede aportar luz sobre el problema que estamos tratando. Así se deberá investigar sobre áreas de interés en la historia sexual como la historia menstrual y ginecológica de la mujer, el relato histórico de la relación de pareja que se mantiene en el momento del descubrimiento de la DSC así como el abuso de drogas, medicamentos o alcohol que hayan podido influir negativamente sobre el proceso. Pueden resultar de particular interés en este punto los aspectos psicosociales de la pareja en cuestión así como aquellos que relacionados con la edad y el grado de satisfacción sexual que la pareja haya conseguido hasta el momento del descubrimiento o la aparición del problema que se consulta.

En el mismo sentido que hasta ahora, dentro del epígrafe de la evaluación de la función sexual, puede resultar de interés la aplicación de diversos Test alejados todos ellos de la práctica común de la Ginecología pero que pueden resultar de interés en su aplicación

psicológica en manos expertas. Entre ellas, citaremos a continuación los mas comunmente utilizados en la Literatura Científica Internacional:

- VSFQ ó Watts Sexual Function Questionire: que evalúa el deseo sexual la excitación sexual, el orgasmo y la satisfacción conseguida.
- PEQ ó Personal experiences cuestionaire: que evalúa en general los sentimientos por la pareja, las respuestas sexual conseguida, la frecuencia sexual cohabitacional y de otro tipo, el estado de la líbido, los problemas de la pareja e incluso aspectos tan somáticos como la sequedad vaginal y la dispareunia.
- FSFI ó Female Sexual Function Index: que evalúa en general el deseo y la excitación sexual de la mujer, el estado de lubricación vaginal durante la excitación sexual, el orgasmo o los orgasmos conseguidos, la satisfacción alcanzada e incluso el dolor relacionado con la penetración o la actividad sexual.

En cualquier caso, sea como fuere, es destacable que en algunos aspectos de la disfunción sexual femenina durante el climaterio tienen su determinante fundamental en las hormonas endógenas y sus niveles a lo largo de estos años de la pre-menopausia; entre ellas logicamente caven destacar los estrógenos (estradiol y estriol), la testosterona, la progesterona, la prolactina e incluso los niveles endógenos de oxitocina y de endorfinas. Recordemos aquí que en algunas de esas alteraciones biológicas dependen del nivel endógeno de cada uno de los esteroides sexuales, a saber:

- Defectos estrógeno-dependientes: entre los que cabe destacar como mas importantes:
  - Deficiente lubricación vaginal.
  - Atrofia vaginal mucosa.
  - Dispareunia de penetración e incluso balística.
- Defectos andrógeno-dependientes: entre los cuales cabe señalar como más importantes:
  - Motivación para la actividad sexual.
  - Reactividad del clítoris frente a la estimulación manual-digital.
  - Déficit de congestión vascular mucosa.

### ESTRATEGIAS DE TRATAMIENTO PARA LA DISFUNCIÓN SEXUAL FEMENINA:

Habida cuenta de lo que quedaba señalado al principio de este artículo a cerca de que la sexualidad es un fenómeno humano de extraordinaria complejidad y de etiología multifactorial, seria pretencioso y ciertamente imposible para el autor de estas líneas identificar



las correctas posibilidades terapéuticas para cada uno de los casos de disfunción sexual femenina que pueden presentarse en la clínica. En función de esa incapacidad asumida ya desde el inicio, citaremos algunas circunstancias que desde el punto de vista estratégico, cuando no táctico, pueden ayudarnos a la hora del abordaje terapéutico de la disfunción sexual femenina.

### 1 .- Cambios normales en la respuesta sexual relacionados con la edad:

Deben asumirse en función precisamente del envejecimiento progresivo tanto en la mujer como en el hombre. Citaremos tan solo los mas importantes en cada uno de los dos sexos:

\* **Mujer:** entre los que cabe destacar, algunos ya mencionados, la disminución en la lubricación vaginal de forma basal durante la excitación sexual, una mayor necesidad de tiempo para la estimulación y la excitación sexual, disminución de las contracciones orgásmicas, disminución de la plenitud mamaria e incluso de la erección de los pezones.

\* **Varón:** disminución en la potencia de la rigidez peneana durante le erección que se acompaña de una necesidad de mayor tiempo para conseguirla y para alcanzar el orgasmo así como de una mayor duración del periodo refractario entre cada dos erecciones-eyaculaciones.

### 2 .- Estrategias sexuales potenciales:

Existen tantas técnicas y estrategias sexuales como disfunciones sexuales femeninas e incluso, aun mas, como pacientes diferenciadas en la Consulta del Ginecólogo-Sexólogo-Internista-Psicoterapeuta. Entre las mas mencionadas a lo largo de la literatura internacional de las últimas décadas caven señalar las siguientes:

- Masturbación y/o estimulación manual del área genital como parte del entrenamiento para el abordaje de una nueva forma de relación sexual.
- Empleo continuado de fantasías sexuales, materiales eróticos, e incluso vibradores.
- Cambios en la rutina de los hábitos sexuales: incluyendo alternancia en los lugares para la actividad sexual, la hora del día, la motivación para el inicio de las relaciones sexuales, la cantidad de ropa de los amantes durante la actividad sexual.....
- Masajes “terapéuticos” que pueden iniciar la actividad sexual de forma diferenciada.....
- Actividad sexual no coital de forma premeditada, evitando la sexualidad coito-centrista.

### 3 .- Intervenciones médicas:

Desde el punto de vista del epígrafe de las “intervenciones médicas”, cabrían señalarse múltiples aspectos señalados con la sexualidad, algunos de ellos puramente físicos o biológicos, otros de mucha mayor importancia en general de carácter psicológico o psicoterapeutico. Así, señalaremos entre los mas importantes:

- Empleo de lubricantes vaginales.
- Terapia hormonal de reemplazo convencional y no convencional hasta vencer totalmente el hipoestronismo reaccional del climaterio.
- Suplementación androgénica (muy contestada por algunos en la literatura internacional pero poco a poco introducida como una parte mas de la terapia hormonal de sustitución).
- Empleo de dilatadores vaginales acompañados de técnicas de relajación.
- Alternativas a medicamentos que afecten adversamente a la función sexual, la excitación sexual e incluso a la capacidad de concentración para el logro del orgasmo femenino.
- Terapias especializadas: psicoterapia, terapia sexual, terapia de pareja.....etc.

### **DISFUNCION SEXUAL MASCULINA DURANTE EL CLIMATERIO FEMENINO:**

Sería extraordinariamente equivocado constreñir la disfunción sexual femenina a un origen puramente relacionado con el hipoestronismo del climaterio o con la mujer en general y no considerar que la existencia de la disfunción sexual masculina “durante el climaterio femenino” puede tener un papel sino preponderante, por lo menos ciertamente coadyuvante en la génesis, mantenimiento y desarrollo de la disfunción sexual femenina. De hecho, la aparición de las primeras manifestaciones de disfunción sexual masculina suelen ser coincidentes en el tiempo y en la historia cronológica de la pareja con la aparición de las primeras manifestaciones sintomatológicas del climaterio femenino. De ahí que en un artículo sobre disfunción sexual femenina tenga absoluta vigencia la plasmación de algunas características relacionadas con la disfunción sexual masculina evidenciada en forma, sino fundamental por lo menos preponderante, de disfunción eréctil.

Entendemos por tal la incapacidad persistente de alcanzar o mantener una erección suficiente para una relación satisfactoria (de acuerdo con el NHI Consensus Development Pannel publicado en 1.993). Su prevalencia es extraordinariamente elevada en varones de por encima de 40 años, calculándose que al menos 30.000.000 millones de hombres americanos en USA la padecen algún grado. Su frecuencia de abordaje, sin embargo, es muy escasa calculándose que menos de 2 de cada 10 hombres con disfunción eréctil reciben tto. y que, muy a pesar de ello, 8 de cada 10 desean de forma ferviente que sus médicos les preguntes sobre la posibilidad de un trastorno de sus erecciones.

Abundando un poco en la incidencia de la disfunción eréctil masculina, es menester señalar el completo estudio que se llevó a cabo en el Estado de Massachussets durante el año 2002, que abarcó a población masculina de entre 40 y 70 años perfectamente representativa con criterios estadísticos que dieron adecuada validez al estudio; de él se concluyó que el 52%

de los varones estaban afectados de disfunción eréctil en este grupo etario con una disfunción eréctil completa en el 17%, moderada en el 25% y mínima en el 10% de los casos. De hecho, cuando se estudian a los varones por grupos etarios, la frecuencia de aparición es común en todas las sociedades del mundo y así cabría señalar el trabajo de Moreira (2001) cuando estudiando la caravana de Saúde de Brasil del año 2000 señala que entre los 40 y los 49 años por encima de un 45% de varones han presentado disfunción eréctil ya fuere mínima o moderada. Esta frecuencia se incrementa hasta el 75% en el grupo etario que abarca entre los 60 y los 70 años, de todos los cuales aproximadamente el 40% es de carácter mínimo pero hasta un 10% presentaban una disfunción eréctil completa en este grupo de edad.

Aunque se escapa un poco a la pretensión de esta revisión y del objetivo primario de este artículo, cabría señalar tan solo sucintamente algunos de los factores etiológicos y factores de riesgo que pueden verse involucrados en la aparición de la disfunción eréctil. Nos puede ayudar en esa pretensión diferentes estudios epidemiológicos que señalan la presencia del trastorno en un porcentaje muy elevados de casos en según que enfermedades como dato acompañante; señalaremos a continuación algunos de los mas frecuentes:

- Entre los hipertensos: un 46% sufren DE.
- Entre los sujetos post-IAM: el 64%.
- Entre los alcohólicos: el 75%.
- Acompañando a la depresión endógena: el 90%.
- Entre los pacientes con insuficiencia renal crónica: entre el 75 y el 100% de todos ellos tienen DE.
- Entre los usuarios de medicación Antihipertensiva e Hipotensora: el 42%.
- Entre los diabéticos, tanto tipo I como tipo II, el 75%.
- Entre los pacientes con hipercolesterolemia: el 33%.

Respecto del diagnóstico de la disfunción eréctil, como en cualquier otra enfermedad múlti-factorial y multi-etiológica, el estudio diagnóstico debe empezar por una historia clínica detallada tratando de determinar los factores condicionantes de la DE (si es que son exógenos y se consiguen identificar durante la entrevista), que se seguirá un examen físico completo así como de unas pruebas de laboratorio que deben incluir perfiles hormonales para estudiar el status endocrinológico del paciente que consulta el problema. Igualmente se deberá realizar una completa historia sexual atendiendo a la función eréctil e incluso al interés de la pareja en el tto. de la presente disfunción eréctil así como una historia médica completa que evaluará las condiciones con mórbidas asociadas, los factores de riesgo para arterioesclerosis y demás enfermedades vasculares, el empleo de medicaciones diversas o incluso de abuso de drogas, la historia de cirugía pelviana o de trauma perineal muy frecuente entre los pacientes con disfunción eréctil secundaria y así como la presencia de síntomas depresivos. El estudio pormenorizado de todos esos factores compondrá un bosquejo general del paciente con

disfunción eréctil que nos ayudará a comprender su enfermedad y abordar con mayor porcentaje de probabilidad de éxito las diferentes líneas terapéuticas de las que disponemos en la actualidad.

Pero, ¿cuáles son las líneas terapéuticas de la DE al comienzo del siglo XXI?. Podríamos establecer diferentes niveles de tratamiento en función de los diferentes factores etiológicos encontrados; así se distinguirán:

### **1.- Tratamientos de primera línea:**

1-1 Medicación oral: hasta el momento actual existen comercializados en el mundo y aprobados para su empleo en la función eréctil masculina las siguientes drogas de muy diversa catalogación:

- Antagonistas Alfadrenérgicos: Fentolamina, Yohimbina.
- Agonistas Serotoninérgicos: Trazodona.
- Agonistas Dopaminérgicos: Apomorfin.
- Inhibidores de la Fosfodiesterasa tipo V: Sildenafil, Vardenafil, Tadalafil. Ciertamente, ellos solos más que ninguna otra terapia o acercamiento al problema de la DSM han revolucionado este campo de la actividad médica al descubrir unas terapias de fácil y cómodo acceso y con muy bajo nivel de secundarismos y complicaciones derivadas de su empleo con criterios médicos e indicaciones precisas.

1-2 Terapia sexual: cuyos pormenores, lógicamente, escapan a la función de este artículo y por supuesto a la preparación académica de este autor. Deberán abordarse en el seno de una terapia más integralizada o en la consulta del/a psicoterapeuta.

### **2.- Tratamiento de 2ª línea:**

Entre los que cabe señalar de menos a más complejos los siguientes:

- Dispositivos de vacío: con los que se pretende conseguir el llenado endógeno de los cuerpos cavernosos mediante un dispositivo de vacío de muy diferente catalogación física.
- Comprimidos intra-uretrales de muy diversos productos farmacológicos, pero todos ellos prácticamente en desuso en el día de hoy.
- Inyección intra-cavernosa de Prostaglandinas, a diferentes dosis que tiene todavía su vigencia para casos muy elegidos de disfunción eréctil reactiva a los que hemos enumerado como tratamientos de 1ª línea.

### **3.- Tratamientos de 3ª línea:**

Encaminados todos ellos a la sustitución o ayuda de los cuerpos cavernosos del pene por muy diversas prótesis peneanas de "armado" inmediato-automático o mediante diferentes mecanismos de activación.

## CONCLUSIONES GENERALES:

La sexualidad es una función del organismo que nos acompaña indefectiblemente desde el nacimiento, se enriquece con los años y tan solo cesa con la muerte yendo mucho más allá de la reproducción y la genitalidad en la especie humana; de hecho, probablemente los primates son el único grupo del reino animal que ejerce de sexo sin precisar reproducción.

Así las cosas, si consideramos que todos y cada uno de nosotros somos seres sexuados, indefectiblemente sexuados a lo largo de nuestra vida, y que desarrollamos nuestra actividad de relación social en función precisamente de los niveles hormonales con los que han sido impregnados nuestros cerebros durante la vida intrauterina, comprenderemos hasta que punto el ejercicio de la sexualidad y su disfunción llegado un momento cronológico tienen una enorme complejidad como para ser abordados de ninguna otra manera más que con una intelectualización multidisciplinar.

Como el objetivo fundamental de este artículo pretendía abordar una aproximación a la disfunción sexual femenina durante el climaterio, permítaseme terminar glosando a uno de los poetas franceses que mejor y más largamente han estudiado la personalidad femenina como fue [Honoré de Balzac \(1.759-1.850\)](#), cuando decía al final de su vida agradecido profundamente que **“Una de las glorias de la sociedad es haber creado a la mujer cuando la naturaleza solo la hizo hembra. Haber creado la continuidad del deseo, donde la naturaleza pensó solo en perpetuar la especie, y finalmente, haber inventado el AMOR”**.

Cuando introyectemos en nuestra personalidad la citada frase y seamos capaces de entrever en la sexualidad algo mucho más que el ejercicio de una pura actividad física, probablemente estaremos en disposición de entender mejor la disfunción sexual femenina durante el climaterio y abordar con mayor probabilidad de éxito su tratamiento y su mejora.

**Correspondencia: Dr. José Luis Neyro**

**C/ Gran Vía, 81-4º**

**48011-BILBAO**

**[www.neyro.com](http://www.neyro.com)**

## **BIBLIOGRAFÍA:**

**Kupperman HS; Blatt MHG; Wiesbaden H; Fuller W:** "Comparative clinical evaluation of estrogen preparations by menopausal and amenorrheal indices" J Clin Endocrinol Metab 13: 688-703, 1953.

**Bachmann GA.:** Int J Fertil Menopausal Stud 40 Suppl 1:16-22. 1995.

**Thompson J; Oswald I:** "Effect of oestrogen on the sleep, mood and anxiety of menopausal women" Br Med J 2: 1317-1319, 1977.

**McCare, MP:** Journal Sex Marital Therapy 23 (4): 276-90, 1997.

**Hunter M; Battersby R; Whitehead MI:** "Relationship between psychological symptoms, somatic complaints and menopausal status" Maturitas 8: 217-228, 1986.

**Hulting C et al.:** Spinal Cord 2000; 38:363-70. MMAS, 1994.

**National Health Institute:** "Consensus Development Panel". JAMA 270:83-90: 1993.

**Salvatierra V:** "Alteraciones psicológicas y sexuales durante la menopausia" En Climaterio y Menopausia. S. Palacios, pp.69-104. Ed. Mirpal, 1992.

**Sexual Function Health Council.** Concesus Conference On Female Sexual Dysfunction. 1998.

**Sarrel PM:** "Sexualidad" En Menopausia JWW Studd and MI Whitehead eds. Pp. 73-84 Blackwell Scientific Pubis.Oxford, 1990.

**Kolodny RC; Masters WH; Jonson VE:** "Textbook of sexual medicine" Little, Brown and Co. Boston, 1979.

**Fierro D.:** Ginecol. Obstet. Perú 44:231-8, 1998.

**Baldwin KC.:** "Sexual dysfunction on male". J Urol., 163 (Suppl): 243 Abstrac 1080, 2000.

**Winn RL; Newton N:** "Sexuality in aging: a study of 106 cultures" Arch Sex Behav 11: 283-298, 1982.

**National Health Institute:** "Massachussets Male Aging Study", 2002

**Jardin A. et al.:** "Recommendations of the 1st International Consultation on Erectile Dysfunction (ICED)". Health Publication Ltd, 2000.

**The process of Care Consensus Panel.:** Int. J. Impot. Res. 11:59-70, 1999.

**Goldstein I et al.:** N Engl. J. Med. 1998; 338:1397-1404

**J. E. Blumel, A. Brandt, M. A. Roncagliolo,** 1992

**Studd J; Parsons A:** "Sexual dysfunction: the climateric" Br J Sex Med 11-12, 1977.

**Moreira et al:** Urology 2001; 58:583-588

**Sexuality and Well-being Survey** 2001

**Rosen RB:** J. Sex Marital Ther 26:191-208, 2000.

**II Consenso Brasileiro de Disfunção Erétil.** Campinas, SP, 2002

**Tabla 1: Frecuencia de relaciones sexuales satisfactorias**

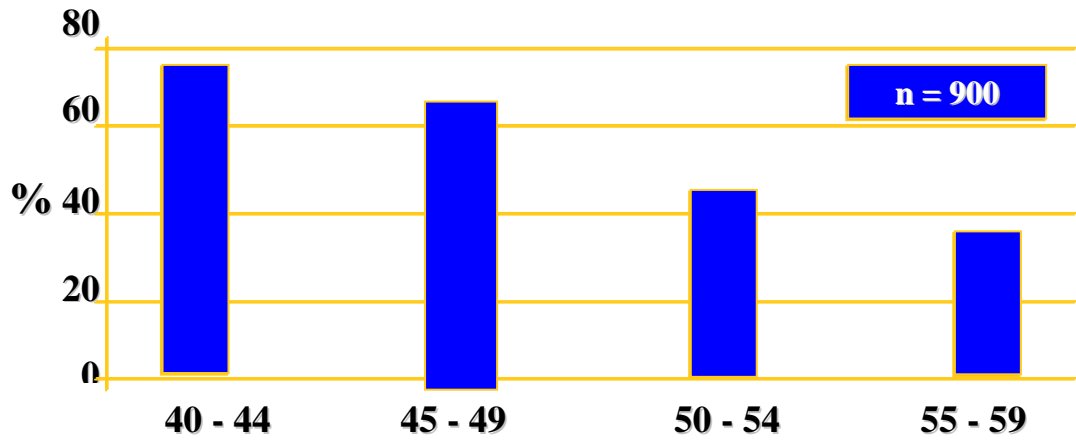
<b>Porcentaje</b>	<b>Pre-menopausia</b>	<b>Post-menopausia</b>
<b>No satisfactorias</b>	<b>20,8 %</b>	<b>71,7 %</b>
<b>1 - 30 %</b>	<b>30,2 %</b>	<b>13,2 %</b>
<b>31 - 60 %</b>	<b>32,1 %</b>	<b>13,2 %</b>
<b>&gt; 60 %</b>	<b>16,9 %</b>	<b>1,9 %</b>

**Fierro D.** Ginecol. Obstet. Perú 1998; 44:231



**Tabla 2:**

Mujeres activas sexualmente entre 40 y 59 años



J. E. Blumel, A. Brandt, M. A. Roncagliolo, 1992

**Tabla 3: DISFUNCIONES SEXUALES FEMENINAS:**

**1 Trastornos del deseo:**

**1 A:** Deseo sexual femenino hipoactivo (déficit de fantasías sexuales y/o deseo y receptividad para la actividad sexual).

**1 B:** Trastorno de la aversión sexual (aversión fóbica y evitación de contacto sexual e incluso del contacto cutáneo con el próximo).

**2 Trastornos de la excitación sexual** (con incapacidad para lograr o para mantener una excitación sexual suficiente que lleve con posterioridad al orgasmo).

**3 Trastornos del orgasmo** (con dificultad, retardo o incluso ausencia absoluta en la obtención del orgasmo tras una estimulación y excitación sexual suficiente).

**4 Trastornos “dolorosos” del ejercicio de la sexualidad:**

**4 A** Dispareunia (entendiendo por tal el dolor genital ampliamente considerado, asociado al coito ya sea durante la penetración, durante las contracciones pelvianas del ejercicio del mismo o el aparecido después de la eyaculación).

**4 B** Vaginismo (entendiendo por tal el espasmo involuntario de toda la musculatura del tercio externo de la vagina que impide a veces de manera absolutamente firme cualquier intento de penetración cohabitacional).

**4 C** Dolor sexual no coital (refiriéndonos aquí al dolor genital inducido por la estimulación sexual sin mediar la penetración vaginal).

**(Sexual Function Health Council. Consensus Conference on Female Sexual Dysfunction. 1.998)**