



UNIVERSIDAD DE JAÉN
Facultad de Ciencias de la Salud

Trabajo Fin de Grado

REPERCUSIÓN DE LA MENOPAUSIA EN LA SEXUALIDAD DE LA MUJER

Alumna: María José Vázquez López

Tutor: Prof. D. Francisco Javier Ruiz Peregrina

Departamento: Enfermería

Mayo, 2016



UNIVERSIDAD DE JAÉN
Facultad de Ciencias de la Salud

Grado en Enfermería

Trabajo Fin de Grado

REPERCUSSION OF THE MENOPAUSE IN THE SEXUALITY OF THE WOMAN

Autora: María José Vázquez López

Tutor: Prof. D. Francisco Javier Ruiz Peregrina

Departamento: Enfermería

Firma de la autora: María José Vázquez López

Fecha y lugar de la lectura: 24 de mayo de 2016, Sala de Juntas del Edificio C-5

AGRADECIMIENTOS

Agradecer en primer lugar a mis padres, por darme el privilegio de estudiar una carrera universitaria. Gracias por vuestro apoyo y trabajo constante porque lo que soy, hoy por hoy, y lo que puedo llegar a ser siempre os lo voy a deber a vosotros y a todo lo que me habéis enseñado día a día. Gracias por hacer que pueda cumplir mi sueño.

Por otra parte, gracias a aquellas personas que se han convertido en grandes amigos en estos cuatro años de carrera. Gracias por hacer de mi etapa universitaria la mejor de mi vida.

Por último, agradezco a mi tutor, Francisco Javier Ruiz Peregrina, su esfuerzo y apoyo brindado durante la realización de este trabajo, ya que sin su ayuda no hubiese sido posible.

ÍNDICE

1. RESUMEN Y PALABRAS CLAVE	5
2. INTRODUCCIÓN	7
2.1. Contextualización y definición del problema	7
2.2. Epidemiología descriptiva	18
2.3. Epidemiología analítica	21
2.4. Justificación	23
2.5. Objetivos	24
3. METODOLOGÍA	25
4. RESULTADOS	30
5. DISCUSIÓN	40
5.1. Analizar los cambios tanto ginecológicos como psicológicos que sufren las mujeres en la etapa menopáusica	40
5.2. Identificar las patologías más frecuentes que aparecen en las mujeres con la llegada de la menopausia y analizar su influencia en la sexualidad	42
5.3. Evaluar el efecto de la atrofia mucocutánea en las relaciones sexuales durante la menopausia	44
5.4. Identificar la repercusión de la incontinencia urinaria sobre la sexualidad en la mujer menopáusica	44
6. CONCLUSIONES	45
7. ANEXOS	46
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	49
9. ABREVIATURAS UTILIZADAS EN EL TEXTO	53

1. RESUMEN

La menopausia es un proceso de cambios fisiológicos caracterizado por el cese de la menstruación. El objetivo de este trabajo es conocer los cambios fisiológicos y patológicos que acontecen con la menopausia en la mujer y su relación con la sexualidad, además de identificar la repercusión que la atrofia mucocutánea y la incontinencia urinaria tienen sobre dicha sexualidad, tanto en la mujer como en su pareja. Para ello se lleva a cabo una revisión bibliográfica a partir de ocho bases de datos (Scopus, Scielo, Cuiden, Pubmed, Cochrane Plus, Lilacs, Enfermería al Día y Medes). Podemos afirmar que en la mujer menopáusica el hipoestrogenismo es el causante de las alteraciones fisiológicas, hormonales, ginecológicas, genitales y psicológicas, las cuales provocan una serie de cambios que afectan a la función sexual de la mujer que se encuentra en etapa. La mayoría de las mujeres percibe la menopausia como una etapa de fin reproductivo y sexual, en la que aparecen disfunciones sexuales por disminución de deseo, excitación, un orgasmo más corto, sofocos, sequedad vaginal, ansiedad, depresión y dispareunia; otras en cambio piensan que la menopausia es una etapa de libertad y de tranquilidad por el fin al miedo de quedar embarazada y el aumento de la intimidad.

Palabras clave: Sexualidad, menopausia, climaterio, cambios, atrofia e incontinencia.

ABSTRACT

Menopause is a process of physiological changes characterized by the cessation of menstruation. The aim of this study was to determine the physiological and pathological changes that occur with menopause in women and its relationship to sexuality, as well as identifying the impact mucocutaneous atrophy and urinary incontinence have on that sexuality, both women as your partner. For it is conducted a literature review from eight databases (Scopus, Scielo, Cuiden, Pubmed, Cochrane, Lilacs, Medes and Nursing Day). We can say that in menopausal women hipoestrogenism is causing physiological, hormonal, gynecological, genital and psychological disturbances, which cause a series of changes that affect sexual function of the woman who is on stage. Most women perceive menopause as a

stage of reproductive and sexual order in which they appear sexual dysfunction due to decreased desire, arousal, orgasm shorter, hot flashes, vaginal dryness, anxiety, depression and dyspareunia; others however think that menopause is a time of freedom and tranquility for an end to the fear of getting pregnant and increased privacy.

Key words: Sexuality, menopause, climacteric, changes, atrophy and incontinence.

2. INTRODUCCIÓN

2.1. CONTEXTUALIZACIÓN Y DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

2.1.1. La **SEXUALIDAD HUMANA** es un proceso que va desde el nacimiento hasta la muerte, en el que participan factores biológicos, psicológicos y sociales, siendo determinantes las creencias, los valores y la cultura de cada persona. La expresión de la sexualidad varía en las distintas etapas de la vida.⁽¹⁾ Según la OMS, *“la sexualidad humana es el conjunto de condiciones anatómicas, fisiológicas y psicológico-afectivas que caracterizan cada sexo. También es el conjunto de fenómenos emocionales y de conducta relacionados con el sexo, que marcan de manera decisiva al ser humano en todas las fases de su desarrollo”*.⁽²⁾

Los acontecimientos ocurridos en el ciclo sexual masculino siguen una secuencia lógica, lo cual no ocurre en el ciclo sexual femenino, dado su complejidad. El deseo sexual en la mujer está relacionado con el ciclo menstrual, con la estimulación sexual o puede aparecer de manera espontánea. Las mujeres no suelen ser del todo conscientes de los cambios fisiológicos que ocurren durante la excitación sexual, como puede ser la congestión vulvovaginal, lo que nos lleva a afirmar que estos cambios no son determinantes de la excitación en la mujer.⁽³⁾

2.1.2. La **RESPUESTA SEXUAL** es un conjunto de cambios fisiológicos, neurológicos, hormonales y hemodinámicos que actúan sobre el resto del organismo, produciendo cambios en los diferentes órganos implicados. En las distintas fases de la respuesta sexual de la mujer: *excitación, orgasmo y resolución* ocurren una serie de cambios fisiológicos, que son los siguientes⁽¹⁾:

- a. **Fase de excitación:** Se entumescen los labios menores y el clítoris, la vagina comienza a lubricar y se produce el alargamiento de los dos tercios internos de la vagina, mientras que el tercio externo se estrecha. El útero se eleva al igual que lo hace también el clítoris. A nivel extragenital se produce la erección de los pezones, la aparición del “rubor sexual” y

aumentan el tono muscular, las areolas mamarias, la ventilación y las constantes vitales, tales como la presión arterial y la frecuencia cardiaca. Esta primera fase de la respuesta sexual está regulada por el nervio pélvico y los neurotransmisores que actúan son la acetilcolina y neuropéptidos⁽¹⁾.

- b. **Fase de orgasmo:** En esta fase se producen las contracciones uterinas, del esfínter anal y de la “plataforma orgásmica vaginal”. Siguen aumentando la presión arterial y la frecuencia cardiaca, llegando a producir taquicardia. Ocurren espasmos musculares, se altera el estado de consciencia y hay una secreción de oxitocina. Los nervios que controlan la fase de orgasmo son el hipogástrico y el pudendo.⁽¹⁾
- c. **Fase de resolución:** Esta última es una fase de reposo en la que se vuelve al estado inicial anterior a la respuesta sexual. Hay una disminución de la congestión pélvica, clítoris y labios menores pierden la tumescencia que alcanzan en la fase de excitación. Se produce sudoración, secreción de prolactina y bajan la frecuencia cardiaca y la presión arterial. Es posible que ocurra un posible retorno a la fase orgásmica.⁽¹⁾

2.1.3. Las **DISFUNCIONES SEXUALES** son alteraciones en el ciclo normal de la respuesta sexual. Para que esta alteración sea diagnosticada como disfunción sexual debe de ser persistente, grave y ocasionar a la paciente una preocupación que le impida tener relaciones sexuales de forma normal. Hay diferentes tipos de disfunciones sexuales.⁽³⁾

a. **Trastornos del deseo sexual:**

a.1. Deseo sexual hipoactivo: Se define como la disminución o la ausencia de deseo de sexo y/o fantasías sexuales de forma repetida y persistente. Su causa puede ser biológica, abuso de diferentes sustancias, toma de medicación, trastornos hormonales... o psicológica, por problemas de pareja o experiencias sexuales traumáticas.⁽³⁾

- a.2. Trastorno de aversión al sexo:** Es el rechazo extremo crónico hacia las relaciones sexuales y todo aquello que implique contactos sexuales genitales con la pareja. Las causas suelen ser psicológicas y culturales.⁽³⁾
- b. Trastornos de la excitación sexual:** Son la incapacidad persistente para conseguir o mantener la lubricación desde la excitación hasta el final del acto sexual. En su etiología se encuentran factores biológicos, tales como déficit de hormonas sexuales o cirugía de la zona pélvica, factores psicológicos y socioculturales.⁽³⁾
- c. Trastornos orgásmicos:** Definidos como la ausencia o el recurrente retraso del orgasmo tras haber pasado la mujer por una fase de excitación normal. Entre los factores etiológicos encontramos las causas biológicas, las psicológicas y las socioculturales, en las que destacan las falsas creencias y las normas sexuales que les han inculcado la familia desde pequeñas.⁽³⁾
- d. Trastornos por dolor:**
- d.1. Dispareunia:** Es aquel dolor genital que se manifiesta siempre que hay una relación sexual. La causa más prevalente es la vestibulitis vulvar, que es el enrojecimiento e inflamación en la abertura de la vagina, así como la endometriosis, enfermedad pélvica y otras causas socioculturales y psicológicas, como los conflictos de pareja.⁽³⁾
- d.2. Vaginismo:** Son espasmos involuntarios de los músculos vaginales que obstaculizan el coito. Su etiología es muy similar a la dispareunia, aunque se distingue de ella por la aparición de quemazón vulvar, disuria, vulvodinia variable (dolor en la abertura de la vagina) y malestar vulvar horas después de haber mantenido relaciones sexuales.⁽³⁾

Muchas de estas disfunciones sexuales no son diagnosticadas porque no se tratan en la entrevista clínica. La enfermera debe de tener en cuenta la historia clínica y sexual de la mujer, creando un clima de confianza que permita a la paciente sentirse segura para explicar sus problemas y así poder determinar si existe o no

una disfunción sexual femenina.⁽³⁾ Como enfermeras debemos centrarnos en el desarrollo psicosexual de la paciente, sus hábitos sexuales, valores y creencias en torno al sexo, el contexto, dar educación sexual... También es conveniente realizar una exploración física de la vulva, vagina, clítoris y suelo pélvico, prestando mayor importancia si existen molestias en dicha zona o si la paciente se encuentra en fase pre, peri o postmenopáusica.⁽³⁾

Como anteriormente se ha dicho, la sexualidad es un proceso iniciado en el nacimiento, por lo que ya en la infancia existe una expresión de la sexualidad que se refleja por medio de la masturbación, las erecciones en niños y la lubricación vaginal en niñas. Es en la adolescencia cuando evoluciona y crece la curiosidad sexual y el deseo de experimentar relaciones sexuales.⁽¹⁾ Con la edad adulta se alcanza la plenitud sexual y la sociedad acepta las relaciones sexuales en esta etapa. La gran mayoría de disfunciones sexuales se manifiestan a partir de la segunda mitad de la edad adulta, en el periodo climatérico con la aparición de la menopausia.⁽¹⁾

2.1.4. La **MENOPAUSIA** es el fin de la menstruación. La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) consideran que una mujer tiene menopausia cuando lleva 6 meses con amenorrea, mientras que la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) y la International Menopause Society (IMS) la consideran a partir de los 12 meses sin menstruación. La menopausia es un proceso de cambio fisiológico que varía mucho entre cada mujer. Cuando la menopausia aparece antes de los 40 años hablamos de "menopausia precoz" o fallo ovárico. Actualmente, en España la menopausia es un problema muy importante ya que, con el aumento de la esperanza de vida, afecta a casi a la mitad de las mujeres de nuestro país.⁽²⁾

Los **cambios hormonales** más frecuentes son la disminución de ovocitos, la cual produce el final de la función ovárica y una respuesta más débil a las gonadotropinas; los niveles de estradiol disminuyen por debajo de 20ng/ml, mientras que la hormona foliculoestimulante (FSH) aumenta sobre 40 mUI/ml.

Los niveles de FSH y hormona luteinizante (LH) van disminuyendo con el tiempo, pero nunca alcanzan valores menores a los de la etapa fértil.⁽²⁾

Los **signos y síntomas** de la menopausia los padecen entre el 75 y el 85% de las mujeres menopáusicas, pero son muy variables en cada una de ellas:

- Síntomas a corto plazo o agudos: Se producen alteraciones vasomotoras como los sofocos y cambios neuropsíquicos, fatiga, insomnio e irritabilidad.
- Síntomas a medio plazo o subagudos: El aparato genitourinario sufre una atrofia mucocutánea.
- Síntomas a largo plazo: Aparecen los problemas cardiovasculares y la osteoporosis.⁽²⁾

En la menopausia hay cambios influidos por *factores hormonales, psicológicos y socioculturales* que son los siguientes:

a. **Factores hormonales:** Los estrógenos son los que provocan la mayor parte de los cambios, aunque también influyen otras hormonas:

- Hay un déficit de estrógenos, el cual es el causante del adelgazamiento de la mucosa vaginal, la sequedad vaginal, fragilidad vascular y disminución de la elasticidad.
- La flora habitual de la vagina desaparece y ésta es sustituida por bacterias intestinales.
- Se produce vaginitis atrófica, dispareunia y frigidez, sobre todo en mujeres sexualmente no activas o nulíparas.⁽¹⁾
- Aparece la irritación e infección vaginal y prurito vulvovaginal.
- La vagina no es capaz de tolerar las penetraciones muy profundas, por lo que aparece una disfunción sexual de la fase de excitación. Esto puede llegar a ocasionar problemas de pareja, ya que el compañero sexual piensa que el hecho de que la mujer no se excite y no lubrique correctamente es una señal de rechazo.
- Disminuye la congestión genital, la “plataforma orgásmica”, la coloración y vascularización de labios mayores y menores, el tamaño del clítoris y los

pezones y las contracciones uterinas que se producen durante la fase orgásmica.

- Todos estos cambios tardan más en aparecer, o incluso no aparecen, en aquellas mujeres que antes de la menopausia han tenido una vida sexual activa.⁽¹⁾
- La piel pierde brillo y elasticidad y la sequedad cutánea aumenta.
- Los músculos pierden fuerza y tono y los pechos se caen volviéndose planos.
- Debido a los cambios metabólicos, el depósito de grasa aumenta en la cintura y el abdomen. Este cambio hace que la mujer no se sienta tan atractiva como antes y puede llegar a provocar un trastorno del deseo sexual.
- La disminución de estrógenos es la causante de la pérdida de memoria, alteraciones cognitivas, irritabilidad, depresión y ansiedad.
- También ocasiona cambios vasomotores, provocando sudoración profusa, sofocos y palpitaciones.
- La disminución de andrógenos disminuye la libido.
- La testosterona también disminuye, ya que hay una bajada de la conversión de la androstenediona.⁽¹⁾

Se supone que es la parte rostral del hipotálamo el área cerebral más involucrada en la respuesta sexual. Como vemos, los implicados en que se inicie el impulso sexual son los estrógenos y los andrógenos. Los estrógenos mantienen la mucosa vaginal, la lubrican y estimulan el clítoris; la dopamina activa el impulso sexual; las endorfinas provocan el deseo y la relajación tras el orgasmo; y la serotonina media la inhibición del impulso sexual y la saciedad.⁽³⁾

- b. Factores psicológicos y socioculturales:** La sexualidad humana, además de poseer factores biológicos y hormonales, también tiene una base psicosocial y cultural.⁽¹⁾ Los determinantes más influyentes en la sexualidad son la relación que mantiene con la pareja y el estado de físico de los dos, si ambas se encuentran bien la actividad sexual se puede mantener toda la vida sin que haya ningún cambio importante que la limite.⁽¹⁾

En nuestra cultura se tiende a pensar que las relaciones sexuales son solamente para personas bellas y jóvenes, por este motivo las mujeres se interesan mucho por su aspecto y en la menopausia se pueden sentir desvaloradas por los cambios físicos que se producen en su cuerpo. Toda mujer que perciba la menopausia como un cambio negativo va a sufrir la disminución o, incluso, la anulación del placer en la respuesta sexual.⁽³⁾

Según la cultura, las mujeres verán este cambio como algo positivo o negativo. En algunas culturas las mujeres esperan con entusiasmo la menopausia, dónde aumenta su autoestima y la vida sexual no se altera; en cambio para otras la menopausia es un tema tabú y se sienten estigmatizadas, sumándole a esto la marcha de los hijos hace que las mujeres adquieran un sentimiento de inutilidad que repercute en su vida sexual de forma negativa.⁽³⁾ Un estudio realizado en Cuba dice que la mujer que realiza las tareas domésticas y además tiene un trabajo fuera del hogar muestra mayor incidencia de síntomas emocionales en la menopausia, como son la depresión, ansiedad y la irritabilidad.⁽³⁾

La enfermera debe ser la encargada de explicar a la mujer y a su pareja los cambios hormonales y psicológicos que se producen en la menopausia, cambios que pueden afectar de una u otra forma a la vida sexual de pareja. Se debe crear un clima de confianza y respeto mutuo para que la mujer no se sienta obstaculizada para expresar sus problemas y sus dudas.⁽³⁾

2.1.5. El **CLIMATERIO** es el periodo que comienza años antes de la menopausia y termina años después de la misma. Es la consecuencia del agotamiento ovárico y del déficit estrogénico. En el climaterio finalizan los procesos que, desde la pubertad, han preparado a la mujer para poder quedar embarazada.⁽⁴⁾

Muchas mujeres perciben la menopausia no sólo como el fin de la capacidad reproductiva, sino también como el fin de la sexualidad. La respuesta sexual se modifica en el climaterio por la influencia de factores hormonales, psicológicos y socioculturales, pero no todas las mujeres sufren estos cambios ni los sufren de la misma manera.⁽³⁾ Aquellas mujeres que en los años anteriores a la menopausia

han logrado alcanzar el placer sexual y un correcto nivel de satisfacción no sufrirán cambios en la excitación o el deseo; otras mujeres al llegar a esta etapa se sienten liberadas por no tener miedo al embarazo y lograr más intimidad con la pareja ya que no tienen a los hijos en casa, de modo que su sexualidad mejora; al contrario sucede con otras que sufren una disminución de la libido por problemas biopsicosociales.⁽³⁾

2.1.6. La **ATROFIA MUCOCUTÁNEA** es conocida en la actualidad como Síndrome Genitourinario de la Menopausia (SGM).⁽⁸⁾ La atrofia vaginal presenta cuatro veces más riesgo de causar una disfunción sexual en las mujeres de forma evidente. El SGM es el conjunto de signos y síntomas que surgen por el hipoestrogenismo, lo que aumenta la concentración de receptores de estrógenos en vagina, trigono vesical y vestíbulo. Este aumento de concentración cambia la maduración del epitelio y la proliferación celular ocasionando en los tejidos urogenitales:⁽⁸⁾

- Cambios anatómicos: Disminuye el colágeno y se hialiniza, baja la elastina y se adelgaza el epitelio, de modo que se hace más susceptible a lesiones. Hay una alteración de las células musculares lisas, disminuyen los vasos sanguíneos y aumenta el tejido conjuntivo. Los labios menores se adelgazan y parecen desaparecer, el introito pierde la elasticidad y se retrae, provocando dispareunia. El meato uretral forma carúnculas, ocasionando disuria.⁽⁸⁾
- Cambios fisiológicos: Hay una bajada de la vascularización, siendo la consecuencia de la reducción de la lubricación vaginal y de la elasticidad de la vagina, que conduce a irritación, dolor, quemazón e incluso sangrado. El pH vaginal se hace más básico al disminuir los lactobacilos.⁽⁸⁾

Para diagnosticar a la paciente de atrofia vaginal debemos centrarnos en los síntomas que refiere y la historia clínica. El primer síntoma que presenta es la disminución de la lubricación, que produce sequedad vaginal con el consecuente picor, malestar y dispareunia en el acto sexual. Al explorar la vulva se verá como los labios mayores han disminuido su grosor y los menores han reducido su

tamaño hasta llegar prácticamente a desaparecer. El epitelio vaginal está brillante, con un color pálido, seco y liso, produciendo lesiones y/o sangrado en el introito tras el coito. Los pliegues vaginales disminuyen, reduciendo la elasticidad y distensibilidad de la vagina, la cual está acortada. Todos estos síntomas conducen a reducir la actividad sexual, ya que ocasionan molestias.⁽⁸⁾

El diagnóstico de esta atrofia mucocutánea vaginal se hace por medio de algunas pruebas complementarias, tales como la determinación del pH, ya que éste se encuentra elevado; la citología cervicovaginal, que mostrará un aumento de células parabasales; análisis serológicos, que indicarán niveles elevados de FSH y LH y disminuidos de estradiol; cultivos vaginales, útiles para descartar la atrofia; frotis en fresco, que indicará la pérdida de células superficiales y la modificación de la microbiota; ecografía, que dejaría ver un endometrio de espesor mayor a 4-5mm; y biopsia, que se haría en caso de lesiones distróficas o neoplasias.⁽⁸⁾

En cuanto al **tratamiento**, los objetivos del mismo son: el alivio de los síntomas, solucionar o minimizar los cambios que se han producido y mejorar la calidad de vida de la mujer menopáusica. Los tratamientos se dividen en tres líneas de acción:

- 1ª línea de tratamientos:
 - o Hidratantes y lubricantes vaginales: Alivian la sequedad y disminuyen la fricción durante el coito al tener ácido hialurónico.⁽⁸⁾
- 2ª línea de tratamientos:
 - o Tratamiento hormonal sistémico: Es una composición de estrógenos y gestágenos. Revierte la atrofia, disminuye el pH vaginal y aumenta la lubricación y la vascularización, al igual que las células superficiales vaginales. Restaura la microbiota vaginal.
 - o Tratamiento hormonal local vaginal: Puede ser cualquiera de los siguientes:
 - Promestrieno: Mejora la atrofia vulvovaginal, regula el pH y aumenta las células intermedias.

- Estradiol: Mejora el pH vaginal y el valor de maduración.
- Estriol: Es el tratamiento más útil en la atrofia genitourinaria, ya que aumenta el espesor epitelial y produce cambios citológicos tróficos que dan un alivio a la mujer.⁽⁸⁾

- 3ª línea de tratamientos:

- Láser vaginal: Consiste en la administración de colágeno y fibras elásticas para el aumento de la elasticidad y la hidratación.
- Ospemifeno: Reduce la sequedad vaginal y la dispareunia.⁽⁸⁾

2.1.7. La **INCONTINENCIA URINARIA** se define como la pérdida involuntaria de orina que crea un problema higiénico y social.⁽³⁾ En las mujeres con menopausia la uretra se afecta al proliferar carúnculas uretrales que provocan disuria e infección de orina. El epitelio se atrofia al igual que el tejido conjuntivo subepitelial haciendo que las paredes uretrales se encuentren dañadas y pueda aparecer una incontinencia urinaria.⁽⁸⁾ Además el periné no mantiene el mismo tono muscular por la disminución en la producción de estrógenos.⁽⁶⁾ La incontinencia se puede **clasificar** en los siguientes tipos:

- IU transitoria o aguda: Dura menos de 4 semanas y es motivo de infecciones, alteraciones metabólicas, depresión, inmovilidad, estreñimiento o fármacos.⁽³⁾
- IU establecida o crónica: Su duración es mayor a 4 semanas y se distinguen:⁽³⁾
 - Incontinencia urinaria de esfuerzo: La orina aparece al realizar un esfuerzo físico o al toser, es decir, cuando la presión intravesical supera la presión uretral.⁽⁶⁾
 - Incontinencia urinaria de urgencia: Las micciones son muy frecuentes y la mujer no evita la contracción de la vejiga ni retener la orina.⁽⁶⁾
 - Incontinencia urinaria mixta: Tiene características de los dos tipos anteriores.⁽⁶⁾

- Incontinencia urinaria por rebosamiento: Es como un goteo asociado a la retención de orina, causada por lesión u obstrucción neurológica.⁽⁶⁾
- Incontinencia urinaria funcional: Provocada por demencia o deterioro de la movilidad.⁽⁶⁾

Para **diagnosticar** a una paciente de incontinencia urinaria hay que hacer una correcta valoración clínica. En primer lugar tenemos que revisar la anamnesis por medio de la historia médica general, sus antecedentes, fármacos, ingesta de sustancias nocivas y factores de riesgo; la historia urinaria dirigida, en la que nos interesamos por el tiempo de evolución, aparición, frecuencia de las pérdidas y factores desencadenantes; y la historia social para conocer el problema que a la mujer le supone diariamente.⁽³⁾ En cuanto a la exploración física es importante explorar el abdomen para buscar masas o la vejiga distendida, el recto para valorar el esfínter anal y la ampolla rectal, la zona pélvico-vaginal para detectar cistocèles, vaginitis atrófica o prolapsos, y una exploración neurológica para conocer la sensibilidad perineal. Hay que tener en cuenta la movilidad de la mujer y si padece o no deterioro cognitivo. Se realizan también la Maniobra de Valsalva y la de Bonney para valorar el esfuerzo y la elevación de la pared vaginal anterior.⁽³⁾

El **tratamiento** varía según el tipo de incontinencia: en pacientes con IU de urgencia lo mejor son los ejercicios de entrenamiento vesical y los fármacos, en caso de IU de esfuerzo son recomendables ejercicios del suelo pélvico y cirugía. El correcto plan de acción terapéutica es⁽³⁾

1. Tratamiento específico de las causas transitorias.
2. Medidas higiénico-dietéticas: Disminuir el consumo de sustancias excitantes, realizar actividad física y corregir el estreñimiento.
3. Reducir o cambiar los fármacos que provoquen la incontinencia.
4. Técnicas de modificación de la conducta de vaciamiento vesical:
 - Rehabilitación del suelo pélvico con los ejercicios de Kegel, mediante contracciones y relajaciones repetidas del suelo pélvico.

- Educación de los hábitos miccionales con ejercicios de entrenamiento vesical para aumentar la capacidad de la vejiga y controlarla.
5. Fármacos para reducir las contracciones involuntarias, como la oxibutidina, solifenacina y tolterodina.⁽³⁾

2.2. EPIDEMIOLOGÍA DESCRIPTIVA

I. **MENOPAUSIA**

Actualmente, en los países desarrollados ha aumentado la esperanza de vida, pero no la calidad en cuanto a salud.⁽⁹⁾ La edad media en que las mujeres tienen la menopausia en nuestro país es de 50,1 años. Las mujeres pasarán más de 30 años con menopausia ya que la esperanza de vida femenina en España ha aumentado hasta los 84,56 años de edad.⁽¹¹⁾ La incidencia de menopausia natural es del 85%, de menopausia quirúrgica del 14% y tan solo de 1% de menopausia iatrogénica.⁽¹³⁾

Con la edad las mujeres sufren molestias genitourinarias debido a la pérdida de estrógenos, la cual ocasiona cambios anatómicos y fisiológicos en la vagina.⁽⁸⁾ La vagina, los labios, la vulva, el vestíbulo y el trigono de la vejiga tienen una alta concentración de receptores de estrógenos. La disminución de estrógenos en la mujer menopáusica ocasiona una disfunción vulvovaginal que hace que el pH se vuelva más básico y desaparezcan los lactobacilos, apareciendo la atrofia vaginal que junto con la sequedad vaginal, la dispareunia y el prurito afectan a la vida social y sexual de la mujer acabando en disfunción sexual.⁽⁹⁾

En las mujeres, entre los 40 y 60 años hay una disminución de la testosterona sérica a un ritmo del 1,5% por año, este hecho ocasiona que también disminuya la energía y el bienestar, provocando la aparición de depresión y una bajada de la excitación y deseo sexual. Se produce también un déficit de estrógenos que son los consecuentes de que la mujer sufra sudores, sofocos, insomnio, cambios de humor y sequedad vaginal que obstaculiza el acto sexual. A todo le sumamos también los factores psicosociales que aparecen en la menopausia, de manera que el número de disfunciones sexuales aumenta en esta etapa de la vida.⁽¹¹⁾

Según unos estudios revisados, entre un 50 y un 85% de las mujeres perciben un deterioro tanto físico como psicológico durante el climaterio, el cual afecta a la calidad de vida.⁽¹¹⁾

Un estudio realizado en Granada muestra que la edad de comienzo de la menopausia en esa zona es de 50,53 años. De estas mujeres el 44% no tomó ningún tipo de medicación para tratarla y el resto sí. El tratamiento en fue isoflavonas en el 30%, THS en el 23% y otros tratamientos en el 3% restante.⁽¹⁰⁾

Aproximadamente, un 50% de mujeres visita al ginecólogo con la llegada de la menopausia, pero no lo hacen para consultar los síntomas, sino por miedo a esta etapa nueva en sus vidas a la que se enfrentan.⁽¹⁰⁾

Los síntomas más frecuentes durante la menopausia son:

- Dolor de espalda en el 40%.
- Sofocos en el 33,33%.
- Insomnio en el 20%.
- Piel seca en el 20%.
- Sequedad vaginal en el 10%.

Esta sequedad vaginal puede ocasionar problemas en las relaciones sexuales, por esto la menopausia es una etapa complicada para la sexualidad en las mujeres por la gran cantidad de cambios que éstas sufren.⁽¹⁰⁾

II. MENOPAUSIA Y SEXUALIDAD

Con la menopausia cambia la frecuencia de las relaciones sexuales en las mujeres, de modo que el 66,67% de ellas siguen manteniendo relaciones sexuales placenteras y con deseo sexual, pero en el resto disminuye, provocando que el 30% mantenga relaciones con poca frecuencia y el 10% no las llegue a mantener.⁽¹⁰⁾

En cuando al placer en las mujeres que mantienen relaciones sexuales, el 43,33% dice sentir mucho placer y el 20% no sentirlo. Un 66% de las mujeres con menopausia nunca se masturba, pero un 16% afirma que sí.⁽¹⁰⁾

En el *National Survey of Family Growth*, se observó que el porcentaje de mujeres activamente sexuales se eleva desde el 50% en la edad adolescente hasta el 90% en la edad adulta. Dos tercios de las mujeres reconocen haber tenido dos o más parejas sexuales durante su vida. Otro estudio realizado en Chile muestra que el 80% de las mujeres de 40 a 44 años mantiene relaciones sexuales. Este mismo estudio hace referencia al número de las relaciones sexuales que va disminuyendo con la edad, de modo que mujeres de 25-29 años mantienen relaciones una media de 8,4 veces al mes y mujeres de 55-59 años lo hacen 3,3 veces mensuales, lo cual se puede relacionar con los trastornos ocasionados en la menopausia.⁽¹⁾

Un estudio llevado a cabo en Estados Unidos nos muestra que hasta el 43% de las mujeres de 18 a 59 años tenía trastornos sexuales, los cuales disminuían con la edad a excepción de la lubricación vaginal que con la edad y la menopausia aumentaba.⁽¹⁾

III. DISFUNCIONES SEXUALES

Encontramos en una revisión sobre los 22 mejores estudios de sexualidad realizados en el siglo XX, los problemas sexuales más frecuentes son la falta de deseo o excitación sexual, presente en el 25% de los hombres y 35% de mujeres; la falta de orgasmo en el 5% de hombres y 30% de mujeres y la eyaculación precoz en el 35% de los hombres.⁽¹⁾ En *El Libro de la vida sexual*, dirigido por el doctor López Ibor en 1971 se dice que la involución sexual empieza entre los 47 y 55 años y a partir de ahí todo son imposibilidades. En el libro de Malo de Molina también se muestra que no debe haber sexualidad a partir de los 50 años, puesto que sólo el 50% de los españoles mayores de esa edad practican sexo una vez al mes, condiciendo con fines de semana o festivos. El 33% creían poder sentirse satisfechos sin necesidad de recurrir a la penetración, el 28% usaban la masturbación y el 50% referían tener fantasías sexuales.⁽¹⁾

Según los resultados del estudio español sobre epidemiología, entre el 11 y el 45% de las mujeres padecen alguna disfunción sexual, siendo los más frecuentes los trastornos de la excitación, la anorgasmia y la dispareunia. Tras la menopausia también aumentan las depresiones y enfermedades somáticas, obstaculizando aun más la sexualidad en las mujeres.⁽¹⁾

Otras encuestas realizadas muestran que tan solo el 5% de las mujeres que acuden a la consulta de Atención Primaria refiere a su médico que padece de dificultades en las relaciones sexuales. Algunos estudios revelan que el 35-45% de las mujeres con menopausia presenta algún trastorno sexual y que de este porcentaje el 20-70% tiene un malestar significativo provocado por dicho trastorno. Esta alta prevalencia de trastornos sexuales en la menopausia pone de manifiesto que es imprescindible que los médicos y enfermeros de Atención Primaria se interesen por diagnosticar de forma temprana estos problemas.⁽³⁾

IV. ATROFIA MUCOCUTÁNEA

La atrofia mucocutánea vaginal es secundaria al hipoestrogenismo que se produce en la menopausia. Esta patología puede llegar a afectar hasta al 50% de las mujeres en la etapa postmenopáusica.⁽⁸⁾ El 45% de estas mujeres presenta síntomas, pero tan solo el 4% los relaciona con la menopausia y con los cambios que aquí surgen.⁽³⁾

Se estima que aproximadamente el 50% de las mujeres postmenopáusicas presenta síntomas relacionados con la atrofia genitourinaria, la cual es un obstáculo en las relaciones sexuales e induce a una disfunción sexual. Sólo una de cada cuatro mujeres consultará a su médico o enfermera estos síntomas.⁽³⁾

V. INCONTINENCIA URINARIA

La prevalencia de mujeres que presentan incontinencia urinaria en la menopausia es complicada de saber, ya que es un problema que apenas se refiere en las consultas, ya sea por desconocimiento, por creer que no tiene solución o por la adaptación de la mujer a esta nueva situación.⁽³⁾

Los cuidados de este problema se realizan, prioritariamente, en Atención Primaria dónde va a ser detectado, valorado y tratado en casos no complicados, sino se derivaría a Atención Especializada.⁽³⁾

2.3. EPIDEMIOLOGÍA ANALÍTICA

Como ya hemos dicho anteriormente, la menopausia se relaciona con la aparición de disfunciones sexuales. Los factores de riesgo de las disfunciones sexuales son la edad, la

paridad y la percepción de salud que tenga la mujer. La actividad física es un factor protector, ya que mejora la función sexual y previene de disfunciones.⁽¹⁾

Los problemas que sufre la mujer durante la menopausia, en muchas ocasiones, se deben a las patologías que aparecen en esta etapa. Las patologías más frecuentes de la menopausia son:

- Problemas cardiovasculares: La pérdida de estrógenos hace a la mujer más propensa a aumentar de peso y padecer más enfermedades cardiovasculares, ya que son los estrógenos los que protegen este sistema.
- Hipertensión arterial: Debido también a la pérdida de estrógenos, que controlan las grasas como los triglicéridos y el colesterol.
- Diabetes mellitus II: La insuficiencia hormonal genera resistencia a la insulina, que junto con el aumento de peso provocan DM.⁽⁵⁾
- Osteoporosis: Los cambios metabólicos disminuyen la cantidad de calcio y la mujer comienza a perder masa ósea.
- Osteoartritis: Debida a la baja producción de colágeno en los cartílagos.
- Hipotiroidismo: La menopausia disminuye la actividad de muchas glándulas como la tiroidea.
- Síndrome de ojo seco: Hay una disminución de la actividad de la glándula lagrimal.⁽⁵⁾
- Cistitis: Es una infección de la vejiga que se asocia a que el hipoestrogenismo aumenta el riesgo de infecciones de las vías urinarias.
- Cáncer de mama: Ocasionado por la propia menopausia y el sobrepeso que esta genera.⁽⁶⁾
- Insomnio: Los sofocos y sudores nocturnos alteran el sueño, dando fatiga, irritabilidad y falta de memoria y concentración.
- Estado de ánimo: La menopausia en sí no provoca estos problemas, sino los factores sociales, familiares y laborales que suelen aparecer en esta etapa de la vida. Surgen ansiedad y depresión.
- Atrofia mucocutánea.
- Incontinencia urinaria.⁽⁷⁾

Son dos problemas importantes que condicionan la vida sexual de la mujer menopáusica *la atrofia mucocutánea y la incontinencia urinaria*.

Los **factores de riesgo** de la atrofia mucocutánea son:

- El tabaco porque aumenta el metabolismo hepático de los estrógenos y llega a reducir la vascularización vaginal.
- Un IMC mayor a 27 kg/m² afecta al flujo vaginal y las mujeres obesas pueden referir picor e irritación, además de otros síntomas urogenitales que provoca el aumento de peso.
- El sedentarismo implica riesgo de padecer más síntomas vaginales y una menor irrigación vascular genital.
- La abstención sexual aumenta los síntomas de la atrofia mucocutánea, por lo que se recomienda una vida sexual activa o la masturbación porque mejora la elasticidad y la lubricación vaginal.⁽⁹⁾

En cuanto a la incontinencia de orina, sus **factores de riesgo** son: la edad, la obesidad, el tipo de parto, la incapacidad funcional y los síntomas del tracto urinario bajo.

2.4. JUSTIFICACIÓN

La sexualidad y la menopausia son procesos vitales totalmente normales que experimenta toda mujer, siendo importantes para ella y para su pareja. Dado el aumento de la esperanza de vida, cada vez es mayor el número de mujeres que sufren los signos y síntomas de la menopausia, los cuales son un obstáculo muy importante en la forma en que viven su sexualidad. La menopausia es un proceso fisiológico, pero no es en sí un factor de riesgo de las disfunciones, sino que lo son los cambios acontecidos en este periodo.

Tras mi paso de prácticas por las Urgencias de Ginecología vi como un notable número de mujeres acudían refiriendo problemas sexuales, tales como dispareunia, peor calidad del orgasmo, disminución del deseo sexual... coincidiendo con la aparición de la menopausia. En el Centro de Salud de Alcaudete muchas pacientes se quejaban de sofocos, incontinencia

urinaria, sequedad vaginal y cambios de humor en la etapa climatérica. Este hecho fue el que me indujo a tratar el tema de las relaciones sexuales en la menopausia.

En la menopausia se producen en las mujeres alteraciones hormonales, físicas, psicológicas y socioculturales que son inevitables, pero debemos valorarlas de la mejor manera y conocer dichos cambios para que no supongan un obstáculo en la sexualidad, pudiéndose llegar al rechazo del acto sexual y otros tipos de contacto con la pareja.

Con esta revisión bibliográfica se pretende tratar cada uno de los cambios fisiológicos que se producen en la mujer menopáusica en relación a la sexualidad y las patologías más frecuentes que aparecen en esta etapa tan importante en la vida de la mujer. Además, no centraremos en la atrofia mucocutánea y la incontinencia urinaria para conocer la repercusión de ambas en la sexualidad de mujeres menopáusicas.

2.5. OBJETIVOS

c. OBJETIVO GENERAL:

- **Evaluar la repercusión de la menopausia sobre la sexualidad de las mujeres.**

d. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Analizar los cambios tanto ginecológicos como psicológicos que sufren las mujeres en la etapa menopáusica.
- Identificar las patologías más frecuentes que aparecen en las mujeres con la llegada de la menopausia y analizar su influencia en la sexualidad.
- Evaluar el efecto de la atrofia mucocutánea en las relaciones sexuales durante la menopausia.

- Identificar la repercusión de la incontinencia urinaria sobre la sexualidad en la mujer menopáusica.

3. METODOLOGÍA

En esta revisión bibliográfica se ha querido abordar todo lo propuesto en los objetivos señalados anteriormente utilizando una serie de palabras clave con las que se han formado las cadenas de búsqueda. Los términos MESH utilizados, tanto en español como en inglés, son los siguientes:

- *Enfermedad – disease.*
- *Patología – pathology.*
- *Menopausia – menopause.*
- *Climaterio – climacteric.*
- *Sexualidad – sexuality.*
- *Cambios fisiológicos - physiological changes.*
- *Cambios ginecológicos - gynecological changes.*
- *Cambios psicológicos - psychological changes.*
- *Atrofia – atrophy.*
- *Incontinencia – incontinence.*

Las cadenas de búsqueda que se han utilizado han sido 12, la mitad en español y la otra en inglés, las cuales podemos ver en la tabla de búsqueda que más debajo se muestra.

Para esta búsqueda se han utilizado ocho bases de datos de enfermería, medicina y ciencias de la salud, que han sido Cuiden, Cochrane Plus, Pubmed, Medes, Scopus, Lilacs, Scielo y Enfermería al Día. Otras bases de datos eran interesantes, como Willey Online Library, Google Académico o Cinalh, pero la búsqueda avanzada no permitía hacer ciertas restricciones y ser exactos en la búsqueda y en los documentos a elegir, por lo que he decidido eliminar dichas bases de datos de la búsqueda.

La mayoría de los documentos encontrados y que resultaban útiles para realizar la revisión bibliográfica estaban en inglés, aunque también han aparecido bastantes en español y

portugués. Para esta revisión sólo han sido seleccionados los documentos en lengua inglesa y castellana. Las bases de datos Cuiden, Medes y Scielo han dado documentos en español, que han sido revisados; Cochrane, Enfermería al Día y Pubmed en inglés; y Lilacs y Scopus en ambos idiomas.

Las bases de datos en las que más documentos de interés se han encontrado han sido Scopus y Pubmed. Cada una de las bases utilizadas para la revisión permitían buscar las palabras claves por términos MESH, excepto Scopus, Enfermería al Día y Medes. En la que menos artículos se han encontrado ha sido en Medes y en Enfermería al Día, en esta última no se ha revisado ninguno. Cuiden permite diferenciar los documentos obtenidos entre artículos y revisiones.

El buscador de internet que se ha empleado para buscar todas las bases de datos ha sido Google, excepto para Scopus y Enfermería al Día dónde ha sido necesario acceder a dichas bases por medio de la Web de la Biblioteca de la Universidad de Jaén.

Para mejorar la calidad y adecuar los resultados de la búsqueda se ha decidido utilizar una serie de filtros, los cuales han sido posibles de usar en ciertas bases de datos. Los filtros utilizados han sido los siguientes:

- AÑO DEL ESTUDIO: El rango empleado ha sido desde el 1 de enero de 2005 hasta el 31 de diciembre de 2016 para obtener información lo más reciente posible. Las bases de datos que han permitido la aplicación de este límite han sido Lilacs, Pubmed, Scielo y Scopus. Este filtro es imprescindible en bases como Pubmed y Scopus, donde se obtiene gran cantidad de artículos, para así reducir la búsqueda y hacerla más precisa.
- IDIOMA: Como bien se ha referido anteriormente, solamente se seleccionarían los artículos que se encontrasen en Español y en Inglés. Para ello recurrimos a Cochrane, Lilacs, Pubmed, Scielo y Scopus este filtro, ya que estas cinco bases de datos son las que lo permiten.

- TEXTO COMPLETO: Muchos documentos no permitían ser revisados al no encontrarse a texto completo, por eso decidimos descartarlos empleando este filtro, el cual es útil en Cuiden, Cochrane, Lilacs, Medes y Pubmed.
- KEYWORD: En Scopus se podía establecer este límite que las demás bases de datos no permiten. De esta manera, la búsqueda se simplifica al emplear los términos "Female", "Sexuality" y "Menopause".
- ÁREA DE INVESTIGACIÓN: En Scopus, al ser una de las bases de datos que más documentos ha ofrecido, ha sido necesario emplear también otro filtro que nos permitía usar, para restringir así la búsqueda en documentos que perteneciesen al área de la enfermería ("Nursing").
- ESPECIES: Con este filtro utilizado en Pubmed, nos aseguramos que los documentos obtenidos no son resultado de experimentos con animales, sino que pertenecen tan solo a estudios realizados en humanos.

La **tabla** con los resultados de la búsqueda es la siguiente:

BASES DE DATOS CONSULTADAS	Cuiden	Cochrane Plus	Pubmed	Medes	Scopus	Lilacs	Scielo	Enfermería al día
CADENAS DE BÚSQUEDA	RESULTADOS							
(Enfermedad OR patología) AND (menopausia OR climaterio) AND (sexualidad)	2 TC: 1	6 TC: 6 TCLD: 5	0	2 TCLD: 1	6 KW: 5	43 TCLD: 19	1	0
(Disease OR pathology) AND (menopause OR climacteric) AND (sexuality)	0	13 TC: 6 TCLD: 5	191 TC: 136 TC-H: 127 TCLD: 25 TCLD-H:22	0	4198 N: 231 N - KW: 59	173 TCLD: 82	3	20 TC: 19
(Cambios fisiológicos) AND (Menopausia OR climaterio) AND (sexualidad)	2 TC: 1	3 TC: 3 TCLD: 2	0	1 TCLD: 1	1	2 TCLD: 1	2	2 TC: 0
(Physiological changes) AND (menopause OR climacteric) AND (sexuality)	3 TC: 1	0	67 TC: 52 TC-H: 50 TCLD: 9 TCLD-H: 9	0	1271 KW: 952		2	12 TC: 11
(Cambios ginecológicos) AND (menopausia OR climaterio) AND (sexualidad)	1 TC: 1	1 TC: 1 TCLD: 1	0	0	0	0	0	0
(Gynecological changes) AND (menopause OR climacteric) AND (sexuality)	1 TC: 1	1 TC: 0	47 TC: 35 TC-H: 32 TCLD: 4 TCLD-H: 3	0	1168 N: 66 KW: 48	0	0	7 TC: 7

(Cambios psicológicos) AND (Menopausia OR climaterio) AND (sexualidad)	3 TC: 2	3 TC: 3 TCLD: 3	0	0	1	11 TCLD: 10	2	3 TC: 0
(Psychological changes) AND (menopause OR climacteric) AND (sexuality)	2 TC: 1	6 TC: 1 TCLD: 1	99 TC: 67 TC-H: 65 TCLD: 12 TCLD-H: 12	0	2420 N: 151 KW: 117	87 TCLD: 29	2	11 TC: 10
(Atrofia) AND (sexualidad) AND (menopausia OR climaterio)	0	2 TC: 2 TCLD: 2	0	0	0	4 TCLD: 2	0	1 TC: 0
(Atrophy) AND (sexuality) AND (menopause OR climacteric)	0	6 TC: 2 TCLD: 1	62 TC: 48 TC-H: 44 TCLD: 6 TCLD-H: 5	0	857 N: 38 KW: 24	24 TCLD: 12	0	8 TC: 7
(Incontinencia) AND (sexualidad) AND (menopausia OR climaterio)	2 TC: 1	3 TC: 3 TCLD: 2	0	1 TC: 1	3 KW: 3	5 TCLD: 2	1	1 TC: 0
(Incontinence) AND (sexuality) AND (menopause OR climateric)	0	2 TC: 1 TCLD: 1	44 TC: 35 TC-H: 35 TCLD: 3 TCLD-H: 3	0	619 N: 37 KW: 26	15 TCLD: 5	1	9 TC: 8
REVISADOS	3	4	13	1	23	24	4	0

ABREVIATURAS:

- **TC:** Texto Completo
- **TCLD:** Texto Completo Libre
Disposición
- **H:** Humanos
- **KW:** KeyWord: female, sexuality and
menopause
- **N:** Nursing

Los **criterios de inclusión** utilizados a la hora de seleccionar los artículos son:

- Documentos en inglés o en español.
- Documentos a texto completo disponible y gratuito.
- Los estudios que se incluyan en los artículos deben estar realizados en países extrapolables al nuestro.
- Artículos publicados entre el 1 de enero de 2005 hasta el 31 de diciembre de 2016.
- Estudios realizados en humanos.

Los **criterios de exclusión** son:

- Documentos con estudios realizados en países no extrapolables al nuestro.
- Artículos publicados en fecha anterior al 1 de enero de 2005.
- Documentos que estén en un idioma que no sea español o inglés.
- Aquellos que estén orientados a intervenciones o tratamientos médicos.
- Estudios que sean experimentos realizados en especie animal.

4. RESULTADOS

Los documentos cumplen los criterios de inclusión y exclusión propuestos y están orientados a los objetivos que se quieren cumplir. Los artículos escogidos se describen en las tablas siguientes:

Nombre del estudio: Disfunción sexual femenina en el climaterio			
Autor/es: Gómez Fernández, M ^a Analía		Base de datos: Cuiden, Medes, Scopus	
Tipo de estudio: Revisión bibliográfica. 2010		Muestra: ----	
Objetivo/s principal/es:	Resultados:		Conclusiones:
➤ Definir los cambios acontecidos en la menopausia que influyen en la sexualidad de la mujer. ➤ Determinar cuidados, terapias y recomendaciones para mejorar la vida sexual de pareja.	Los cambios de la sexualidad en la menopausia son: • <u>Cambios hormonales:</u> Se modifican los niveles de estrógenos, testosterona, progesterona, prolactina, oxitocina y endorfinas. El hipoestrogenismo conlleva a menor lubricación, atrofia mucosa y dispareunia. Oxitocina y endorfinas se encargan de la motivación sexual, reactividad del clítoris y congestión vascular. • <u>Cambios genitales:</u> La vagina es menos elástica, más pequeña, las paredes delgadas y color rosa pálido. El epitelio se hace fino y se ulcera, irritando uretra y vejiga en coito. El clítoris está expuesto por involución de labios mayores. La falta de lubricación da sequedad y picor vulvovaginal. Hay quemazón tras del coito y sensación urgente de orinar. Baja la flora de Döderlein y sube pH creando infecciones. Hay menos contracciones orgásmicas, plenitud mamaria y erección de pezones. • <u>Cambios emocionales:</u> Los cambios físicos perturban a la mujer. La sexualidad depende de la intimidad y algunas llegan a tener DS (algunas por antidepresivos). • <u>Cambios en la respuesta sexual:</u> La excitación es más lenta y mayor el tiempo para llegar a meseta. Hace falta más estimulación. El orgasmo dura menos y hay menos contracciones. Las terapias propuestas son: masturbación para evitar atrofia y problemas genitales, hacer ejercicio y los ej. De Kegel.		• Las enfermeras debemos dar confianza a la paciente para que exprese sus miedos y así poder ayudarla, dándole unas recomendaciones de forma individualizada. • La menopausia da cambios fisiológicos, psicológicos, ginecológicos, sexuales y sociales, los cuales cambian la sexualidad. • La disminución de estrógenos producen alteraciones en el aparato genital femenino, por lo que la respuesta sexual también sufre modificaciones. • Si la mujer ve la menopausia de forma positiva, promueve su autoestima y busca alternativas al coito, la menopausia será una etapa de satisfacción sexual. • si se practica sexo se conserva la expansión vaginal y mejora la lubricación; en cambio si no hay durante 5-10 años es difícil que vuelva a haber relación con penetración satisfactoria.
Criterios de inclusión/exclusión:			
<u>Criterios de inclusión:</u> • Palabras clave: Sexualidad, climaterio y educación para la salud. • Bibliografía publicada en los últimos 5 años. • Artículos relacionados con sexualidad en el climaterio, sus características y otras alternativas para mejorar la vida sexual. • Revisión de publicaciones y guías publicadas en los últimos 10 años.			

Nombre del estudio: Cambios en la sexualidad durante la menopausia		
Autor/es: Márquez Hernández, V.	Base de datos: Lilacs	
Tipo de estudio: estudio observacional transversal. 2013	Muestra: 389 mujeres	
Objetivo/s principal/es:	Resultados:	Conclusiones:
➤ Analizar los cambios relacionados con la sexualidad en mujeres menopáusicas Criterios de inclusión/exclusión: <u>Criterios de inclusión:</u> • Mujeres con edad entre 46 y 65 años. • Que se encuentre en fase menopáusica. • Que hayan tenido actividad sexual en las últimas semanas.	• La disminución de estrógenos reduce la función de soporte de la pelvis ocasionando una pérdida de la capacidad de lubricar de forma adecuada el tejido urogenital, disminuyendo así el engrosamiento de los labios y la erección clitoriana. • El deseo aumenta con la edad en las mujeres postmenopáusicas, al igual que el nivel de satisfacción sexual. • El grado de lubricación disminuyó con la edad y lo mismo ocurrió con la excitación y el nivel orgásmico. También disminuye el dolor coital y la frecuencia de actividad sexual.	• No se pueden establecer conclusiones con los resultados obtenidos.

Nombre del estudio: Climaterio y algunos aspectos biopsicosociales de su sexualidad		
Autor/es: Diago Caballero, Dalis: Díaz Abreu, Maritza; Salabarría Fernández, Margarita	Base de datos: Lilacs	
Tipo de estudio: Estudio descriptivo transversal. 2008	Muestra: n=210 mujeres	
Objetivo/s principal/es:	Resultados:	Conclusiones:
➤ Identificar los aspectos biopsicosociales más importantes que influyen en la sexualidad en la mujer climatérica. Criterios de inclusión/exclusión: <u>Criterios de inclusión:</u> • Palabras clave: Sexualidad y climaterio. • Mujeres con edad entre 40 y 59 años.	El hipoestrogenismo produce en las mujeres menopáusicas: • <u>Cambios psíquicos:</u> El 50,6% de las mujeres padece ansiedad, el 43,8% depresión y el 33,3% irritabilidad. También destacan la inseguridad, miedo y desconfianza (% en ANEXO 4). • <u>Cambios físicos:</u> El 57% refiere sofocos por la bajada de temperatura en el hipotálamo, 40% cefaleas y 36% dolor corporal. Más del 90% tiene sequedad vaginal. Influyen la comunicación y la ayuda de la pareja, y las familias poco funcionales que dan poca intimidad, lo que empeora la relación sexual. Las mujeres con pareja evitan el sexo y presentan dispareunia e insatisfacción más que las solteras. Todos estos cambios conllevan a la disminución del deseo. La bajada de estrógenos cambia la percepción sensorial, el flujo sanguíneo, la tensión muscular y la respuesta sexual. Es un mito decir que en la menopausia hay un cese de la actividad sexual en las mujeres.	• Los trastornos que sufre la mujer con respecto a la sexualidad en la etapa climatérica no son todos debidos a cambios hormonales, sino que también se relacionan con la experiencia vivida por cada persona, su historia de vida y sus costumbres.

Nombre del estudio: Estudio de la sexualidad en la mujer en el periodo climatérico		
Autor/es: Martínez Camilo, Valentín; Paz Aranda, Patricia		Base de datos: Lilacs y Scielo
Tipo de estudio: Estudio prospectivo. 2005		Muestra: n=280 mujeres
Objetivo/s principal/es:	Resultados:	Conclusiones:
➤ Determinar cuáles son las molestias biopsicosociales que la vida cotidiana le provoca a la mujer menopáusica en relación con la sexualidad.	Hay malestar físico y psicológico por la falta de estrógenos, que junto con la sobrecarga de la mujer producen problemas en la vida cotidiana: • <u>Signos y síntomas:</u> El 92,1% no rinde como antes, el 88,9% sufren la disminución del deseo sexual y el 86,4% los sofocos. También destacan el aumento de peso, la tristeza y el dolor corporal. En minoría se encuentran los mareos y los deseos de morir (% en ANEXO 2). • En la <u>comunicación con la familia</u> el 93,9% siente incompreensión y el 86,4% exigencias. Sólo 1,4% de mujeres no tiene problemas familiares. • Los <u>malestares más frecuentes con la pareja</u> son la incompreensión en el 96,8% y las peleas y mal humor en el 86,1 y 83,2%, respectivamente. • El 76,7% de mujeres mantiene <u>relaciones sexuales</u> a veces y el 9,2% nunca. El placer sexual, a veces lo tienen el 66,8% y el 22,1% nunca porque el 51,4% tiene sexo por complacencia y el 50% sufre sequedad vaginal. • En cuanto <u>autoestima</u>, un 75% se ven luchadoras y un 62,5% agradables, pero sólo el 15% se ven bonitas. • Realizan muy pocas actividades recreativas y la mayoría son cuidadoras. El 66,4% siente insatisfacción laboral.	• La disminución del deseo sexual, la incompreensión por parte de la familia, las pocas relaciones sexuales, la autoestima disminuida y la violencia psicológica fueron los factores de la vida cotidiana que más les afectan. Todos estos problemas, junto con la sequedad vaginal hacen que la mujer presente menor placer sexual.
Criterios de inclusión/exclusión:		
<u>Criterios de inclusión:</u> • Palabras clave: Climaterio femenino y aspectos biopsicosociales. • Mujeres que asistieron a la consulta de climaterio del hospital ginecoobstétrico de Guanabacoa.		

Nombre del estudio: Climaterio y sexualidad		
Autor/es: Sánchez Izquierdo, Melodie; Hernández García, Emilio		Base de datos: Lilacs
Tipo de estudio: Estudio descriptivo y retrospectivo. 2015		Muestra: n=102 mujeres
Objetivo/s principal/es:	Resultados:	Conclusiones:
➤ Determinar el impacto que el climaterio ocasiona en la vida sexual de las mujeres de Mérida. ➤ Estudiar los cambios sexuales que acontecen en esta etapa.	• Los cambios biopsicosociales de la menopausia generan disfunciones sexuales en el 25-43% de mujeres de mediana edad, afectando sobre todo a la lubricación, deseo y satisfacción sexual. • El 65,6% de las mujeres sufren alteración sexual tras la menopausia y pierden el interés. • El 51% siente la menopausia como una etapa positiva, de modo que el 29,4% se vuelven más conscientes de la necesidad de cuidarse, el 15,7% emprende nuevos proyectos y el 10,8% mejora su vida social. • El 27,6% se siente incómoda en el sexo tras la menopausia por los cambios en su físico. También influyen la falta de intimidad, el trabajo escaso y los problemas de pareja (% en ANEXO 1).	• La sexualidad femenina sufre cambios importantes por el climaterio y otros factores, ocasionando el 65,6% de las disfunciones sexuales de esta etapa. • Los mayores problemas en las relaciones sexuales son los cambios corporales, los problemas en la relación de pareja y la falta de privacidad. • El profesional de enfermería debe ser mostrar empatía, habilidad de comunicación, sentido común y coherencia para investigar en sexualidad. Es necesaria la prevención, la EpS y la participación en la toma de decisiones para terapias. • Mayoritariamente la menopausia ha generado un impacto negativo en la sexualidad de las mujeres que han participado en el estudio. El profesional de enfermería debería tomar conciencia y abordar este problema desde el ámbito de sus competencias.
Criterios de inclusión/exclusión:		
<u>Criterios de inclusión:</u> • Mujeres sanas entre 45 y 59 años de la zona de Mérida. • Que no hayan tenido menstruación en los 12 meses previos a la realización del cuestionario, siempre que la causa sea fisiológica. <u>Criterios de exclusión:</u> • Mujeres con menopausia quirúrgica. • Mujeres con discapacidades físicas o psíquicas o con patologías ginecológicas que afectasen a la función sexual. • Que no diesen su consentimiento para participar en el estudio • Aquellas que tomaran medicamentos que influyen en la sexualidad		

Nombre del estudio: Principales manifestaciones clínicas, psicológicas y de la sexualidad en un grupo de mujeres en el climaterio y la menopausia		
Autor/es: Heredia Hernández, Braulio; Lugones Botell, Miguel.		Base de datos: Scielo y Lilacs
Tipo de estudio: Estudio analítico de corte transversal. 2007		Muestra: n=450 mujeres
Objetivo/s principal/es:	Resultados:	Conclusiones:
➤ Conocer los cambios que sufren las mujeres perimenopáusicas y postmenopáusicas, tanto físicos como psicológicos y aquellos relacionados directamente con la sexualidad.	El climaterio produce cambios físicos y psicológicos a causa de la disminución de estrógenos, que da pérdida de soporte pélvico, menor lubricación y erección clitoriana y disminución de labios. La vagina se expande menos en fase meseta, baja el riego sanguíneo y la fuerza de los músculos perineales. Baja el deseo sexual y el orgasmo es más corto: • <u>Síntomas climatéricos:</u> Se producen calambres en 79,5% de mujeres perimenopáusicas y 82,4% postmenopáusicas; sudores y bochornos en 53,8% de perim. y 76,5% de postm. En la perimen. destacan cefaleas y trastornos del sueño y en la postmen. el dolor músculo-articular, aumento de peso y sequedad vaginal. En general se da ardor en la micción, palpitaciones, incontinencia urinaria y caída del vello axilar y púbico (6% en ANEXO 5). • <u>Esfera psicológica:</u> Destacan ansiedad en 84,6% de perimen. y 88,2% postmen. y la depresión en un 92,3% y 82,4%. Los sentimientos de minusvalía son mayores en la postm. y la pérdida de memoria en la perim. • <u>Esfera sexual:</u> La insatisfacción en 58,3% de postm. y disminución de deseo en 25,6% de perim. y 41,7% de postm. La dispareunia es mayor en postm. y la falta de comunicación con la pareja es un problema menor que se da antes y después. El 86,4% de las mujeres encuestadas si mantiene relaciones sexuales.	• Tanto en perimenopáusicas como en postmenopáusicas predominaron los calambres de manos y pies, los bochornos y las sudoraciones. • La ansiedad y la depresión fueron las manifestaciones psíquicas más frecuentes. • En la esfera sexual predominó la disminución sexual en la perimenopausia y la insatisfacción en las postmenopausia.
Criterios de inclusión/exclusión:		
<u>Criterios de exclusión:</u> • Mujeres con menopausia artificial, tratamientos hormonales previos, enfermedades graves, crónicas y del tiroides. • Aquellas que sean trabajadoras con menos de 5 años de vínculo laboral. <u>Criterios de inclusión:</u> • Mujeres de 40 a 59 años. • Procedentes de los municipios Mariano, Lisa y Playa. • Palabras clave: Síntomas climatéricos, sexualidad y manifestaciones psicológicas.		

Nombre del estudio: Prevalencia de disfunción sexual en mujeres climatéricas		
Autor/es: Rodrigo Figueroa J ^a , Daniela Jara A ^a , Andrea Fuenzalida P ^a , Mónica del Prado A ^a , Daniel Flores, y Juan E Blumel.		Base de datos: Lilacs
Tipo de estudio: Estudio descriptivo de corte transversal. 2009		Muestra: n=370 mujeres
Objetivo/s principal/es:	Resultados:	Conclusiones:
➤ Aplicar el Índice de Función Sexual Femenina a las mujeres climatéricas para evaluar la sexualidad y diagnosticar disfunciones sexuales.	• El índice de Función Sexual Femenina se encarga de medir: Deseo sexual, excitación, lubricación vaginal, orgasmo, satisfacción y dolor. • Un 57% de mujeres con menopausia sufren disfunciones sexuales. Influye la edad, las padecen el 31,7% de mujeres con 40-44 años y el 65% de las que tienen 55-59 años. • Con la edad también se afecta la lubricación, el orgasmo y el dolor en las relaciones sexuales. Otros factores de riesgo son haber tenido más de 2 partos, percibir una mala salud en sí misma y estar en época menopáusica. • La atrofia genital aparece por la disminución de estrógenos y por la disfunción orgánica. Las mujeres con disfunción sexual tienen 3,8 más posibilidades de padecer atrofia vaginal. • La función sexual no sólo depende del déficit de estrógenos, también afectan los factores biopsicosociales, culturales y los propios de cada mujer. • Un tercio de mujeres no mantiene relaciones sexuales por las disfunciones sexuales o por la mala relación de pareja.	• Las mujeres tienen una alta prevalencia de disfunción sexual en el climaterio. • La edad es el principal factor de riesgo, además también influyen la paridad y la percepción de la salud.
Criterios de inclusión/exclusión:		
<u>Criterios de inclusión:</u> • Mujeres con salud normal que desempeñen sus actividades rutinarias. • Mujeres con edades entre 40 y 59 años. • Que acudan como acompañantes a los servicios de salud pública de Santiago. • Palabras clave: Climaterio, menopausia, disfunción sexual y fisiológica. <u>Criterios de exclusión:</u> • Mujeres con déficit mental que no entendiesen el cuestionario. • Con padecimientos psíquicos o físicos que les dificulten el desarrollo de la actividad sexual.		

Nombre del estudio: Comportamiento y tratamiento de los trastornos sexuales en el climaterio		
Autor/es: María Caridad Jiménez Chacón; Bárbara Enríquez Domínguez; Elisa María Puentes Rizo.		Base de datos: Lilacs
Tipo de estudio: Estudio observacional, descriptivo de corte transversal. 2010		Muestra: n=101 mujeres
Objetivo/s principal/es:	Resultados:	Conclusiones:
➤ Analizar el comportamiento de los trastornos sexuales y su respuesta al tratamiento en el Hospital “Julio Trigo López”. ➤ Identificar en qué grupo de edades y en qué frecuencia se manifiesta el síndrome climatérico. ➤ Estudiar la influencia de la disminución de la sexualidad y la respuesta de la libido ante la TSH.	• La disminución de la libido es más frecuente en las edades de 45-49 para un 39%. En la esfera sexual predomina la insatisfacción en un 53,1% y la disminución del deseo sexual para un 23,4%. • La mayor incidencia de aparición del síndrome climatérico se da entre los 45 y 49 años para un 37,6% y un 23,6% en edades de 50-54. La edad media es de 47 años. • La disminución de la libido se daba en mayor parte en las mujeres de 45-49 años, afectando a un 39% de esta edad y a un 63,3% del total de mujeres estudiadas. • Todas las mujeres estudiadas refieren tener relaciones sexuales, pero el 63% sufre disminución de la libido. De este %, el 53,1% refiere insatisfacción, el 23,4% falta de deseo, 10,9% disminución de la comunicación con la pareja y el 12,5% dispareunia.	• La respuesta al TSH fue satisfactoria en la gran mayoría de pacientes, aunque un 11% abandona el tratamiento. • La edad de aparición del síndrome climatérico es de 45 y 55 años, donde hay cambios en el interés sexual y menor apetito. Es mayor en los 45-49 años. • La estrogenoterapia tiene un efecto positivo en la función sexual, ya que aumenta el deseo, lubricación, frecuencia y calidad del orgasmo. • Los sanitarios deben orientar la importancia de la actividad sexual como garante de bienestar y calidad de vida de mujeres y sus parejas.
Criterios de inclusión/exclusión:		
Criterios de inclusión: • Las mujeres en etapa climatérica y menopáusica que acuden a la consulta de climaterio y menopausia. • Que vivan en Arroyo Naranjo. • Palabras clave: Climaterio, menopausia, sexualidad, libido y terapia hormonal de reemplazo. Criterios de exclusión: • Las mujeres en etapa climatérica y menopáusica que acuden a consulta y no sean de ese municipio.		

Nombre del estudio: Climaterio y sexualidad: su repercusión en la calidad de vida de la mujer de edad mediana		
Autor/es: Yanes Calderón, Margeris; Chio Naranjo, Ileana		Base de datos: Scopus
Tipo de estudio: Estudio descriptivo transversal. 2008		Muestra: n=142 mujeres
Objetivo/s principal/es:	Resultados:	Conclusiones:
➤ Describir el comportamiento de la sexualidad en mujeres perimenopáusicas y postmenopáusicas. ➤ Analizar su repercusión en la calidad de vida de las mujeres climatéricas.	• <u>Percepción de la imagen y la autoestima:</u> El 40% en la perimenopausia se preocupan del peso y se sienten luchadoras, agradables, entusiastas e inteligentes; mientras que el 33% en la postmenopausia se preocupan por el peso y se sienten pesimistas. La perim. se ve de forma más optimista que la postm. • La <u>relación de pareja</u> es peor en la postmenopausia por la incompreensión, irritabilidad, poca ayuda de la pareja y las discusiones, en el 35%. Influyen factores sociales como la poca privacidad y el consumo de alcohol. • En las <u>relaciones sexuales</u> el 15% de las mujeres perim. tienen disminución del deseo y dispareunia y el 12,67% sequedad vaginal. El 30% en la postm. padecen dispareunia y disminución del deseo y del placer, además el 39% tiene sequedad vaginal y el 27,46% relaciones para complacer a su pareja. El 10,5% de mujeres perim. y el 33,8% postm. evitan el sexo (% en ANEXO 3). • En mujeres perim. algunas de las causas que dificultan el sexo son el exceso de trabajo en el 43,66% y violencia familiar, y en las postm. son en el 38% la falta de ayuda y las discusiones de pareja. En ellas el peso y la imagen corporal sólo afecta al sexo a un 7,04%.	• Sentirse luchadoras, inteligentes y preocuparse por la subida de peso son los motivos más influyentes en la autoestima de mujeres peri y postmenopáusicas. • La irritabilidad, peleas y poca ayuda de la pareja, junto con la incompreensión son frecuentes en la postmenopausia. • La sequedad vaginal, la dispareunia, la disminución de deseo sexual y la evitación del sexo predominan en la postmenopausia, • La mayor dificultad en la relación de pareja en la perimenopausia es el exceso de trabajo.
Criterios de inclusión/exclusión:		
Criterios de inclusión: • Edades entre 40 y 59 años. • Pertenecientes al consultorio Ana Betancourt de La Habana. • Palabras clave: Climaterio, sexualidad y calidad de vida.		

Nombre del estudio: Diagnóstico y alternativas de las alteraciones sexuales en mujeres con incontinencia urinaria		
Autor/es: Sánchez Braco, Claudia; Rodríguez Colorado, Silvia Esther; Carreño Meléndez, Jorge; Meza Rodríguez, Pilar; Zámamo Segura, Hortensia.	Base de datos: Scopus	
Tipo de estudio: Estudio confirmatorio, descriptivo, transversal, retrospectivo con diseño no experimental. 2008	Muestra: n=70 pacientes	
Objetivo/s principal/es:	Resultados:	Conclusiones:
➤ Conocer la frecuencia y la etiología de las alteraciones sexuales que se producen en mujeres con incontinencia urinaria en la fase menopáusica. Criterios de inclusión/exclusión: Criterios de inclusión: - Pacientes de nuevo ingreso con diagnóstico de incontinencia urinaria de cualquier tipo. - Escolaridad mínima de primaria. - Con pareja estable. - Mujeres de 21 a 59 años. - Palabras clave: Disfunción sexual, trastorno sexual e incontinencia urinaria. Criterios de exclusión: - Pacientes con diagnóstico previo de enfermedad orgánica que pueda condicionar la respuesta sexual.	- El 46% de las mujeres tuvo disfunciones sexuales (disritmia y trastorno del orgasmo), 37% trastornos sexuales relacionados con la incontinencia urinaria (dispareunia y deseo sexual hipoactivo) y 17% sin problemas sexuales. - Los trastornos sexuales más importantes que ocasiona la IU y su frecuencia son: deseo sexual hipoactivo y dispareunia (23,4%) y trastornos del orgasmo (18,8%). En el ANEXO 7 se observan los demás. - La dispareunia se da porque tienen miedo a las pérdidas de orina, a producir un olor desagradable y a sentir sus genitales húmedos. - La incontinencia urinaria da complicaciones físicas (infección, úlceras, limitación de la autonomía) y psicológicas (baja autoestima, aislamiento social) que provocan problemas sexuales. El 30% de mujeres con IU se sienten poco atractivas. - El 80% de mujeres tuvo IU mixta y de esfuerzo y no las asocian a alteraciones sexuales.	A las pacientes con alteraciones sexuales por incontinencia urinaria debe evaluarlas un psicólogo para identificar en ellas el diagnóstico y llevar a cabo un tratamiento específico, pues las estrategias de intervención dependerán de esta valoración.
Nombre del estudio: Physical activity and sexual function in middle-aged women		
Autor/es: Patrícia Uchôa Leitão Cabral, Ana Carla Gomes Canario MD, Maria Helena Constantino Spyrides, Severina Alice da Costa Uchôa, José Eleuterio Júnior, Paulo Cesar Giraldo y Ana Katherine Gonçalves	Base de datos: Lilacs	
Tipo de estudio: Estudio transversal. 2014	Muestra: n=370 mujeres	
Objetivo/s principal/es:	Resultados:	Conclusiones:
➤ Investigar la relación entre el nivel de actividad física y función sexual en mujeres de mediana edad. Criterios de inclusión/exclusión: Criterios de inclusión: - Mujeres sanas de 40 a 65 años. - Con al menos 11 años de educación. - Que no usasen la TSH. - Key words: physical activity, sexuality, women, middle aged and menopause. Criterios de exclusión: - Mujeres con enfermedades cognitivas y/o neurológicas que pudiesen interferir en la sexualidad.	- El 37,7% de mujeres menopáusicas realizan actividad física y el 29,4% son sedentarias. - El 67% de las mujeres estudiadas padecen una disfunción sexual. Las mujeres sedentarias tenían una mayor prevalencia de DS (78,9%) en comparación con las que son físicamente activas (57,6%). - Las mujeres menopáusicas muestran un 2,1 veces más riesgo de DS y las sedentarias tienen 2,6 veces más posibilidades de tenerla. - Las mujeres físicamente activas tienen una mejor función sexual, que se ve en el deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor, además ayuda en la depresión. Las que no realizan actividad física se afectan de obesidad, DM, cáncer y ECV que acaban afectando a la vida sexual. - El ejercicio puede cambiar la autopercepción física de la mujer y empeorar la vida sexual. - La actividad física aumenta la transmisión sináptica de monoaminas, que funcionan de la misma manera que los antidepresivos. También libera opioides endógenos, con efecto calmante y que mejoran el estado de ánimo.	- La actividad física parece influir positivamente en la función sexual de las mujeres de mediana edad. - El estudio no establece firmemente si la disfunción sexual está influenciada por la actividad física, pero ofrece nuevos conocimientos sobre la relación entre los niveles de actividad física y función sexual en la mujer menopáusica. - El ejercicio físico podría promover una calidad de vida más satisfactoria y prevenir de la disfunción sexual.

Nombre del estudio: Síntomas relacionados con el climaterio en mujeres residentes en la provincia de Zaragoza		
Autor/es: Gonzalo Ramón Pérez-Roncero, Rebeca Martínez-Dearth, María Teresa López-Baena y Lía Ornat-Clemente.		Base de datos: Scopus
Tipo de estudio: Estudio transversal. 2013		Muestra: n=241 mujeres
Objetivo/s principal/es:	Resultados:	Conclusiones:
➤ Estudiar las características sociodemográficas y los síntomas que se relacionan con la menopausia de un grupo de mujeres de Zaragoza Criterios de inclusión/exclusión: Criterios de inclusión: - Edad entre 40 y 59 años. - Palabras clave: Menopausia, calidad de vida y climaterio. Criterios de exclusión: - Mujeres que hayan padecido cáncer, enfermedad crónica grave, enfermedad aguda en los 6 meses previos al estudio. - Aquellas que no comprendiesen los objetivos o las preguntas de la encuesta.	- Los síntomas más prevalentes fueron los musculoesqueléticos, los sofocos y el sudor. También destacan sequedad, IU, cambios de humor, insatisfacción sexual, insomnio y dolor muscular. - Los síntomas somáticos, psicológicos y urogenitales aumentan con el paso de la fase menopáusica. Los síntomas somáticos y urogenitales empeoran con la edad, el IMC y la edad de la pareja. - Los factores predictores de los síntomas somáticos son la fase menopáusica, tomar tto. psiquiátrico, tener problemas sexuales y haber sufrido violencia de género. - Los predictores de los síntomas urogenitales fueron la fase menopáusica, tener problemas sexuales, IU y consumo de alcohol de la pareja. - El 11,6% de las mujeres había padecido violencia de género. - Los síntomas somáticos graves fueron los sofocos en el 9,2%, molestias cardíacas en el 1,6%, trastornos del sueño en 12,5% y problemas musculares en 23,2%.	- La intensidad de los síntomas somáticos, psicológicos y urogenitales está relacionada con la menopausia, tomar tto. psiquiátrico, problemas sexuales y de pareja, IU y violencia de género. - La muestra estudiada no permite generalizar conclusiones extrapolables a otras regiones españolas por las peculiaridades de la estructura sanitaria en las distintas comunidades autónomas.
Nombre del estudio: Climaterio, daño vascular y sexualidad		
Autor/es: Lugones Botell, Miguel.		Base de datos: Scielo y Lilacs
Tipo de estudio: Revisión bibliográfica. 2013		Muestra: ---
Objetivo/s principal/es:	Resultados:	Conclusiones:
➤ Conocer la repercusión que tienen las enfermedades vasculares en la sexualidad de las mujeres que se encuentran en la etapa climaterica. Criterios de inclusión/exclusión: Criterios de inclusión: Palabras clave: Mujer, climaterio, aterosclerosis y sexualidad.	- Los estrógenos protegen la circulación de clitoris y vagina, previenen la aterosclerosis y regulan el óxido nítrico, favoreciendo la lubricación. - La disfunción endotelial ocurre por factores de riesgo coronario y produce alteración fisiológica, causando el proceso aterosclerótico. - La disminución de actividad física se asocia al síndrome metabólico, DM y mortalidad CV. - La aterosclerosis, HTA, DM, tabaquismo y síndrome metabólico son causas de disfunción sexual y ésta causa enfermedades CV. Primero se afecta el flujo genital. - El trastorno vascular y la disfunción endotelial son causas del trastorno en la excitación y el orgasmo. La disfunción endotelial disminuye el flujo sanguíneo en vagina y clitoris y esto origina menor lubricación y peor fase de excitación y de orgasmo. - La edad temprana de menopausia es un factor de riesgo CV y cambian la sensibilidad vibratoria y de presión. En mujeres con DM la edad de la menopausia se adelanta y da aterosclerosis que conlleva a disfunción sexual. - El estrés es factor de riesgo de la ansiedad y la depresión y éstos a su vez lo son del desinterés sexual. - Los sofocos son una señal del aumento de lípidos en el organismo.	- Las mujeres postmenopáusicas tienen mayor riesgo de enfermedad vascular por la disminución de estradiol. - El factor causante de la enfermedad CV y de la disfunción sexual es la disfunción endotelial. - El orden en el que se dan es: Disfunción endotelial, aterosclerosis, lesión aterosclerótica y disfunción sexual.

Nombre del estudio: Symptoms during the perimenopause: prevalence, severity, trajectory, and significance in women's lives		
Autor/es: Nancy Fugate Woods, PhD, RN, Ellen Sullivan Mitchell, PhD, RN		Base de datos: Scopus
Tipo de estudio: Estudio longitudinal. 2005		Muestra: ----
Objetivo/s principal/es:	Resultados:	Conclusiones:
➤ Conocer los síntomas de los que se informan las mujeres en la menopausia. ➤ Identificar la prevalencia y la severidad de los síntomas climatéricos en la mujer. ➤ Examinar la importancia de estos síntomas en la vida cotidiana de las mujeres.	Los síntomas vasomotores, sequedad vaginal y trastorno del sueño variaron entre la peri y la postmenopausia. En la menopausia el 85% de las mujeres refiere: • <u>Sofocos</u>: La prevalencia aumenta desde la perimenopausia a la postmen. del 4% al 79%. El pico se produce entre la perim. tardía y la menop. temprana. • <u>Depresión</u>: La prevalencia es del 19-29% y va disminuyendo conforme avanza el climaterio. Se produce disforia, irritabilidad, nerviosismo y mal humor. • <u>Trastornos del sueño</u>: Llegan al 45% en la postmenopausia. • <u>Síntomas sexuales</u>: Hay disminución del deseo, excitación e interés sexual y frecuencia de las relaciones. La dispareunia se asocia al déficit de estradiol. La prevalencia de DS aumenta del 42 al 88% en la postmenopausia. En el 27% disminuye la libido. • <u>Síntomas cognitivos</u>: Los relacionan con estrés. El olvido prevalece entre el 31 y 44%. • <u>Síntomas vaginales</u>: Era común la sequedad vaginal hasta en el 47% en la postmenopausia. • <u>Síntomas urinarios</u>: El 14% los tiene en la postmenopausia. El más común es la IU. • <u>Síntomas somáticos</u>: Dolor o rigidez articular con un 57% en la postmenopausia.	• Dado que estos síntomas se manifiestan también en personas que no se encuentran en fase climatérica no se puede saber concretamente si los síntomas son producidos por el climaterio o no. • El síntoma que más manifiestan las mujeres en esta etapa son los sofocos. • Las mujeres atribuyen sus síntomas al envejecimiento, cambios hormonales de la menopausia, antecedentes familiares, sobrecarga y falta de información
Criterios de inclusión/exclusión:		
<u>Criterios de inclusión:</u> • Keyword: Menopausal transition, perimenopause and symptoms		
Nombre del estudio: Impact of vulvovaginal health on postmenopausal women: a review of surveys on symptoms of vulvovaginal atrophy		
Autor/es: Sharon J Parish, Rossella E Nappi, Michael L Krychman, Susan Kellogg-Spadt, James A Simon, Jeffrey A Goldstein y Sheryl A Kingsberg		Base de datos: Scopus
Tipo de estudio: Revisión bibliográfica. 2013		Muestra: 7 publicaciones
Objetivo/s principal/es:	Resultados:	Conclusiones:
➤ Resumir los resultados de varios estudios recientes basados en encuestas que han dado una visión profunda de la experiencia de algunas mujeres, sus opiniones y preferencias en relación con la salud vulvovaginal en la postmenopausia.	• Los síntomas de la atrofia vulvovaginal que incluyen sequedad, irritación, prurito, disuria y dispareunia afectan negativamente a la función sexual. • El 50% de mujeres tienen síntomas vulvovaginales que afecta a la vida sexual (40%), autoestima (17%), vida matrimonial (13%) y vida social (7%). Además se produce sequedad (83%), dispareunia (42%), IU, picor y molestias al tocar la vagina. El tejido vaginal se vuelve pálido y friable y llega a atrofiarse. • Los síntomas de atrofia vulvovaginal son el desinterés sexual, falta de intimidad y mal estado de ánimo. En el ANEXO 6 podemos ver los demás síntomas y sus %. • El 44% de mujeres con AVV buscan tto: 49% usa lubricantes, 22% hormonas orales o en parches, 13% cremas hormonales vaginales, 12% hormonas vaginales en tableta y 1% anillos hormonales vaginales. Algunos tratamientos ocasionan cáncer de mama y ACV. • El 47% no habla de sexo por vergüenza, creer que no hay solución y no verlo un problema. La información la consiguen: el 50% de su MAP, 46% en el ginecólogo, 30% de la web y el 15% de amigos y revistas. • Tras la menopausia, las mujeres con DS tienen 4 veces más posibilidades de AVV.	• Las molestias las hacen sentir viejas y empeora su calidad de vida. • La AVV ocasiona una gran cantidad de signos y síntomas que empeoran la función sexual de la mujer en la postmenopausia. • Es necesario el incremento de aumento de opciones de tratamiento para el malestar vulvovaginal en la postmenopausia. • Hace falta que la mujer hable más de sus problemas sexuales.
Criterios de inclusión/exclusión:		
<u>Criterios de inclusión:</u> • Keywords: Health care professional, hypoactive sexual desire disorder, local vaginal estrogen therapy, quality of life, urinary tract infection and vulvovaginal atrophy.		

Nombre del estudio: El logro de la madurez femenina: La experiencia del climaterio en un grupo de mujeres		
Autor/es: Prior Pellicer, R; Pina Roche, F.		Base de datos: Cuiden y Scielo
Tipo de estudio: Estudio cualitativo – descriptivo. 2011		Muestra: n=5 mujeres
Objetivo/s principal/es:	Resultados:	Conclusiones:
➤ Conocer las vivencias ocurridas en el climaterio como proceso holístico de un grupo de mujeres de 45 a 55 años de una localidad.	• <u>Conceptos en torno al proceso:</u> Definen la menopausia como sequedad vaginal y sudores. • <u>Información de la que disponen:</u> Obtenida de amigas, familiares y medios de comunicación. Por ser un tema tabú no se consulta al médico. • <u>Cambios somáticos y psicológicos:</u> Aparecen pólipos, miomas, anemia e hipotiroidismo. Es difícil para perder peso y la grasa se concentra en cadera y abdomen, lo que conlleva una percepción negativa de la imagen corporal. • <u>Sexualidad:</u> Hay cambios en el deseo sexual, en la actividad y en la satisfacción. La sequedad vaginal provoca dispareunia. • <u>Repercusiones sociales:</u> Aparece la irritabilidad o las consecuencias de la falta de sueño que emporan las relaciones familiares y en el trabajo. Influye el estrés. • <u>Sensaciones en torno al climaterio:</u> Se le asocian aspectos positivos y negativos. Los negativos se centran en la pérdida de la feminidad, en los cambios físicos y la confunden con una enfermedad. Otras lo ven de forma positiva por la despreocupación de embarazo y de molestias de la menstruación. • <u>Miedos y acciones para el autocuidado:</u> Tienen miedo a la osteoporosis y al cáncer de mama. Es importante una dieta equilibrada con calcio, ejercicio físico, uso de pomadas, mantener un peso normal, revisiones ginecológicas y mamografías tempranas.	• Las mujeres ven aspectos positivos, negativos y neutrales en la menopausia, los cuales harán que la veamos como una etapa de decadencia o de crecimiento. • La enfermera es la responsable de eliminar tabús en esta etapa y dar educación para salud y una atención integral para el autocuidado. • Se debe ver este proceso desde una perspectiva holística y no medicalizarlo. • Es interesante investigar para dar a conocer las percepciones. • En este estudio los datos son difícilmente generalizables, ya que la muestra ha sido muy limitada.
Criterios de inclusión/exclusión:		
<u>Criterios de inclusión:</u> • Mujeres entre 45 y 55 años. • Con menopausia natural. • Residentes en Santomera. <u>Criterios de exclusión:</u> • Mujeres con climaterio como consecuencia de una intervención quirúrgica, quimioterapia o radioterapia.		

5. DISCUSIÓN

5.1. ANALIZAR LOS CAMBIOS TANTO GINECOLÓGICOS COMO PSICOLÓGICOS QUE SUFREN LAS MUJERES EN LA ETAPA MENOPÁUSICA

Con la menopausia se afecta la función sexual, la cual se ve reflejada en la satisfacción, deseo, excitación, lubricación, orgasmo y dolor en el coito.⁽¹⁸⁾ La menopausia es la causante del 57-67% de las disfunciones sexuales que sufren las mujeres a lo largo de su vida.^(18,24) En esta etapa se generan cambios biológicos, psicológicos y sociales provocados por la notable disminución de estrógenos, los cuales repercuten en la sexualidad de la mujer, destacando el menor rendimiento en el 92,1% de ellas.⁽¹⁷⁾

En la menopausia acontecen una serie de cambios, como motivo del hipoestrogenismo, que afectan a todo el organismo:

- Cambios hormonales y fisiológicos: Varían los niveles de testosterona, progesterona, prolactina, oxitocina, y endorfinas, éstas dos últimas siendo las causantes de la baja congestión vascular, la menor motivación sexual y la baja reacción del clítoris. Como ya hemos dicho antes, el nivel de estrógenos disminuye y esto hace que haya peor lubricación y aparezcan la atrofia mucosa y la dispareunia.⁽¹⁴⁾ Estas variaciones hormonales son las causantes de que surjan una serie de síntomas típicos de esta etapa que afectan a muchas mujeres, siendo el más llamativo los sofocos que se dan entre el 79%⁽²⁶⁾ y el 86,4% de las mujeres.⁽¹⁷⁾ También aparecen cefaleas, dolor corporal⁽¹⁵⁾ en el 82,1%⁽¹⁷⁾, anemia, hipotiroidismo, pólipos y miomas⁽²⁵⁾, insomnio, incontinencia urinaria⁽²⁷⁾ calambres en miembros, caída del vello axilar y púbico y aumento de peso con la acumulación de la grasa en la zona de las caderas y el abdomen⁽¹⁹⁾ en el 84,6%.⁽¹⁷⁾

Los problemas que más obstaculizan las relaciones sexuales son los cambios físicos que se producen en las mujeres, los cuales hacen que un 27,6% se sienta incómoda con su cuerpo. También influye la falta de intimidad, el exceso de trabajo y los problemas de pareja, que desencadenan en un déficit de placer sexual.⁽¹⁶⁾

- Cambios genitales y ginecológicos: La vagina se vuelve menos elástica, rosa pálido y pequeña. El epitelio se ulcera, el clítoris se expone por la involución labial y la bajada de la flora normal y el pH básico ocasionan infecciones vaginales.⁽¹⁴⁾ El síntoma más importante es la sequedad vaginal que encontramos en el 90% de las mujeres que están pasando por esta etapa.⁽¹⁵⁾ Esta sequedad es causada por la falta de lubricación y provoca picor vulvovaginal. Se pierde el soporte pélvico⁽²⁹⁾ y la erección de los pezones es menor,⁽¹⁴⁾ al igual que la del clítoris.⁽²⁹⁾
- Cambios psicológicos y emocionales: Su causa son los cambios físicos que sufre la mujer, que acaban perturbándolas. Prevalecen la ansiedad en el 50,6%, la depresión en el 43,8% y la irritabilidad en el 33,3%,⁽¹⁵⁾ además de la disforia, nerviosismo y mal humor, además de la tristeza en el 82,5%.⁽¹⁷⁾ Las pérdidas de memoria se relacionan con el estrés y son propias del 31-44% de las mujeres.⁽²⁶⁾ Los antidepresivos tienen como efecto adverso provocar disfunciones sexuales.⁽¹⁴⁾ Se piensa que la menopausia genera un impacto negativo en la mayoría de las mujeres, pero tras revisar los documentos descubrimos que un 51% de ellas ve la menopausia como una etapa positiva en la comienzan a cuidarse, emprenden nuevos proyectos y mejora su vida sexual, debido a que se sienten libre por no existir la posibilidad de embarazo y adquieren la deseada intimidad de pareja por coincidir esta etapa con la marcha de los hijos.⁽¹⁶⁾
- Cambios sexuales: Hay disminución del deseo, satisfacción⁽²⁶⁾ y excitación, siendo necesaria una mayor estimulación.⁽¹⁴⁾ El orgasmo es más corto y puede darse dispareunia.⁽²⁵⁾ Las disfunciones sexuales son propias de mujeres peri y postmenopáusicas en un 42 y 88%, respectivamente. En el 27% de las mujeres hay un descenso de la libido.⁽²⁶⁾ El síndrome climatérico aparece entre los 45 y 55 años de edad, pero se agrava en los 5 primeros años. Hay una disminución de la libido que llega a afectar al 63,3% de las mujeres, además de ocasionar problemas relacionados con la insatisfacción sexual, falta de deseo y dispareunia en el 53,1%, 23% y 12,5%, respectivamente.⁽²⁸⁾ Todos estos agravantes se ven aumentados con el paso de la etapa perimenopáusica a la postmenopáusica, haciéndose aun más grave la

sequedad vaginal. Un 10,56% de mujeres perimenopáusicas evita mantener relaciones sexuales, porcentaje que crece en las mujeres que se encuentran en la postmenopausia, dónde es de un 33,8%.⁽²⁰⁾

Los síntomas empeoran con la edad y son factores influyentes el tomar tratamiento psiquiátrico, tener problemas sexuales y de pareja y haber sufrido violencia de género (se da en el 11,6% de mujeres).⁽²⁷⁾

Los síntomas aumentan conforme la mujer pasa de la etapa perimenopáusica a la postmenopáusica, excepto las palpitaciones, alteraciones del sueño y problemas urinarios que disminuyen en cierta medida. El 86,45% de las mujeres sigue manteniendo relaciones sexuales.⁽¹⁹⁾

La enfermera debe dar a la mujer atención individualizadas en un ambiente de confianza.⁽¹⁴⁾ Es necesario recomendar que realice ejercicio, una dieta equilibrada y que acuda a las revisiones ginecológicas,⁽²⁵⁾ además de hacer los ejercicios de Kegel y practicar sexo y/o masturbación para prevenir problemas genitales.⁽¹⁴⁾ Tenemos que eliminar tabús y ofrecer una atención integral a la mujer y a su pareja para el autocuidado.⁽²⁵⁾ También los enfermeros debemos encargarnos de investigar en la sexualidad de la mujer proporcionando un ambiente de confianza mutua que ayude a ésta a sentirse segura para contar sus problemas y preocupaciones. Además somos los responsables de ofrecer promoción, prevención y educación para la salud en cuanto a sexualidad en la etapa menopáusica se refiere.⁽¹⁶⁾ Es importante que orientemos a la mujer hacia la importancia de la actividad sexual por ser la causante de dar bienestar y calidad de vida, tanto en ellas como en sus parejas.⁽²⁸⁾

5.2. IDENTIFICAR LAS PATOLOGÍAS MÁS FRECUENTES QUE APARECEN EN LAS MUJERES CON LA LLEGADA DE LA MENOPAUSIA Y ANALIZAR SU INFLUENCIA EN LA SEXUALIDAD

El riesgo de enfermedad cardiovascular se incrementa en la menopausia por la bajada de estradiol. Los estrógenos son los que protegen la circulación clitoriana y vaginal, por lo que hay una variación notable de la misma. Además, la disminución de estrógenos ocasiona falta de lubricación y altera los niveles de óxido, produciendo así un aumento de la aterosclerosis.⁽²¹⁾

En la menopausia hay una proliferación celular descontrolada de las células del endotelio arterial, que se conoce como disfunción endotelial. Esta es la responsable de la aterosclerosis y otras enfermedades vasculares que provocan una lesión aterosclerótica y desemboca en una disfunción sexual.⁽²¹⁾

La aterosclerosis es la causante de la aparición de enfermedades como la hipertensión arterial, la diabetes mellitus y el síndrome metabólico, que también desencadenan en una disfunción sexual ya que se disminuye la excitación y el orgasmo.⁽²¹⁾

La DM adelanta la edad del comienzo de la menopausia, lo que es un factor de riesgo cardiovascular para la mujer, que altera la sensibilidad vibratoria y de presión en la zona pélvica. El estrés origina ansiedad y depresión y éstos son factores de riesgo del desinterés sexual.⁽²¹⁾

Los sofocos son la señal de que hay un aumento de lípidos en el organismo, por lo que es importante realizar actividad física para que no aumenten los lípidos y así podamos prevenir todas las patologías mencionadas que acaban siendo las causantes del empeoramiento de la función sexual por la aparición de disfunciones.⁽²¹⁾

Los factores de riesgo de las disfunciones sexuales son la edad, la paridad y la percepción de salud que tenga la mujer.⁽¹⁸⁾ La actividad física es un factor protector, ya que mejora la función sexual y previene de disfunciones. El 78,9% de mujeres sedentarias sufre disfunciones en el sexo, mientras que en mujeres activas físicamente sólo un 57,6%. La actividad física ayuda a cambiar el concepto físico que tienen algunas mujeres de ellas mismas y previene la aparición de obesidad, diabetes mellitus, cáncer y enfermedad cardiovascular, que acabarían repercutiendo de forma negativa en la función sexual.⁽²⁴⁾

La atrofia mucocutánea vaginal y la incontinencia urinaria son dos patologías muy frecuentes durante la etapa menopáusica.^(22,23)

5.3. EVALUAR EL EFECTO DE LA ATROFIA MUCOCUTÁNEA EN LAS RELACIONES SEXUALES DURANTE LA MENOPAUSIA

La atrofia vulvovaginal es la causante de que la mujer que se encuentra en la etapa menopáusica padezca signos y síntoma que afectan a la función sexual. Los síntomas que ocasiona son sequedad vaginal en el 83%, dispareunia en el 42%, menor lubricación en el 39% y disminución de la excitación y del deseo sexual en el 34% y 24%, respectivamente, además de prurito, irritación, molestias vaginales e incontinencia urinaria.⁽²³⁾

El 42% de las mujeres evita mantener relaciones sexuales. Con la atrofia mucocutánea se ve afectada la vida sexual, matrimonial y social de la mujer y su autoestima baja.⁽²³⁾ Las mujeres que padecen disfunciones sexuales tienen 3,8 veces más posibilidad de desarrollar atrofia.⁽¹⁸⁾

Es importante el tratamiento, el cual sólo toman el 44% de las mujeres con atrofia mucocutánea. El más usado son los lubricantes en el 49% de los casos, seguido de hormonas orales, en parches, cremas vaginales y anillos vaginales. Hay que tener cuidado con los efectos adversos, ya que algunos originan accidentes cardiovasculares y cáncer de mama.⁽²³⁾

5.4. IDENTIFICAR LA REPERCUSIÓN DE LA INCONTINENCIA URINARIA SOBRE LA SEXUALIDAD EN LA MUJER MENOPÁUSICA

El 83% de las mujeres con menopausia sufrió algún trastorno sexual relacionado con la incontinencia urinaria, como deseo sexual hipoactivo y dispareunia en un 23,4% de ellas y trastorno orgásmico en el 18,8%. La incontinencia urinaria es uno de los síntomas vulvovaginales que aparecen durante la atrofia mucocutánea.⁽²³⁾ En menor porcentaje también se encuentran la disminución de la excitación, la aversión al sexo y el vaginismo.⁽²²⁾

Las mujeres tienen miedo a sufrir pérdidas de orina durante el acto sexual, a desprender mal olor o a que sus parejas sientan húmedos sus genitales. Entre las complicaciones que produce la incontinencia destacamos la presencia de úlceras, infección, baja autoestima y aislamiento social, que afectan de forma negativa a la vida sexual.⁽²²⁾

El 80% de las mujeres no asocia su incontinencia a los problemas sexuales que padecen. Las mujeres que sufren alteraciones sexuales provocadas por la incontinencia urinaria deben ser tratadas por un psicólogo, aunque somos las enfermeras quienes debemos de dar confianza a la mujer para que nos cuente su problema y así detectarlo de forma temprana.^(22,)

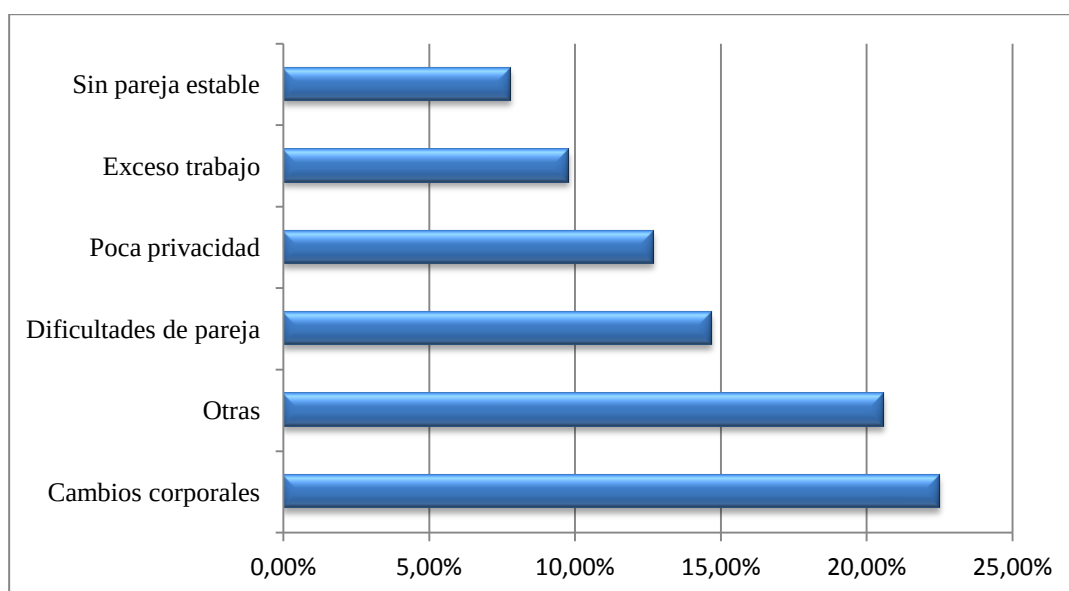
6. CONCLUSIONES

Las conclusiones que obtenemos partir de los artículos revisados y que dan respuesta a los objetivos propuestos son las siguientes:

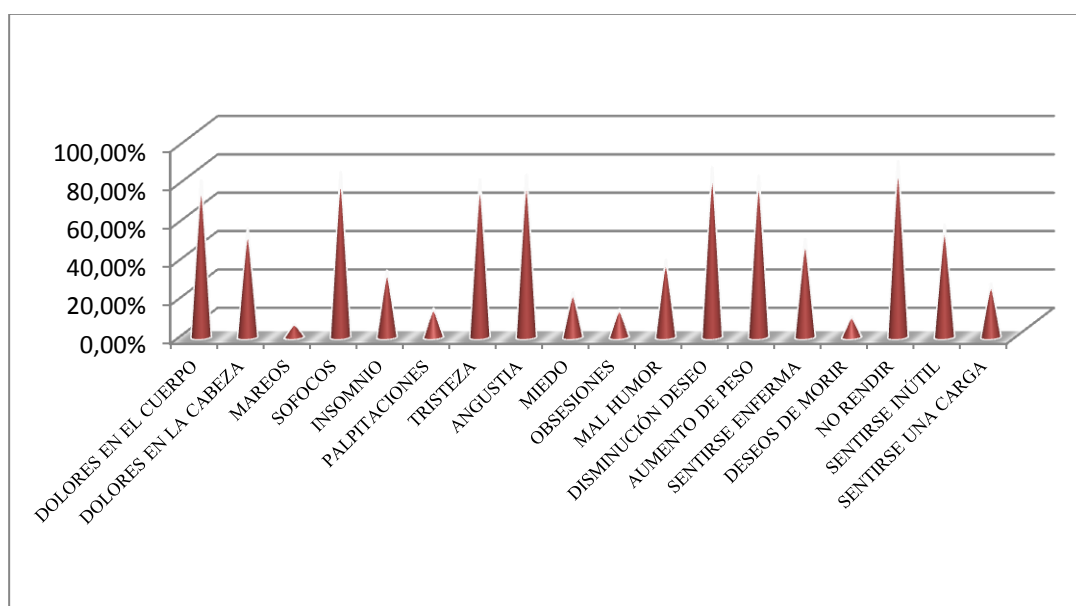
- La menopausia altera la función sexual (deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor, ocasionando disfunciones sexuales que pueden llegar a la aversión del sexo. Los factores de riesgo son la edad, paridad, percepción de la salud, exceso de trabajo y falta de intimidad con la pareja. La actividad física es un factor protector.
- La disminución de estrógenos afecta a la función sexual causando cambios fisiológicos, hormonales, ginecológicos y psicológicos que se reflejan en atrofia mucosa, sofocos, sequedad vaginal, depresión, ansiedad y disminución de la libido.
- El riesgo de enfermedad cardiovascular aumenta en la menopausia por el hipoestrogenismo, provocando una disfunción endotelial que es la causante de la aterosclerosis que desencadena en disfunción sexual. La aterosclerosis provoca HTA, DM y síndrome metabólico, que repercuten en la excitación y en el orgasmo.
- La atrofia mucocutánea afecta a la autoestima y a la vida social, matrimonial y sexual con la sequedad vaginal, dispareunia, incontinencia urinaria y disminución de la lubricación, del deseo y de la excitación.
- La incontinencia urinaria provoca en mujeres menopáusicas deseo sexual hipoactivo, dispareunia y trastorno orgásmico y es la causante de problemas sociales. Es importante diagnosticarla y tratarla.
- Las enfermeras somos las responsables de investigar en sexualidad, proporcionando confianza y seguridad a la mujer y ofreciendo promoción, prevención y educación para la salud. Debemos dar una atención individual e integral a la mujer y a la pareja y ser partícipes activas a la hora de elegir el tratamiento.

7. ANEXOS

ANEXO 1. Porcentaje de las causas de las dificultades en las relaciones sexuales.



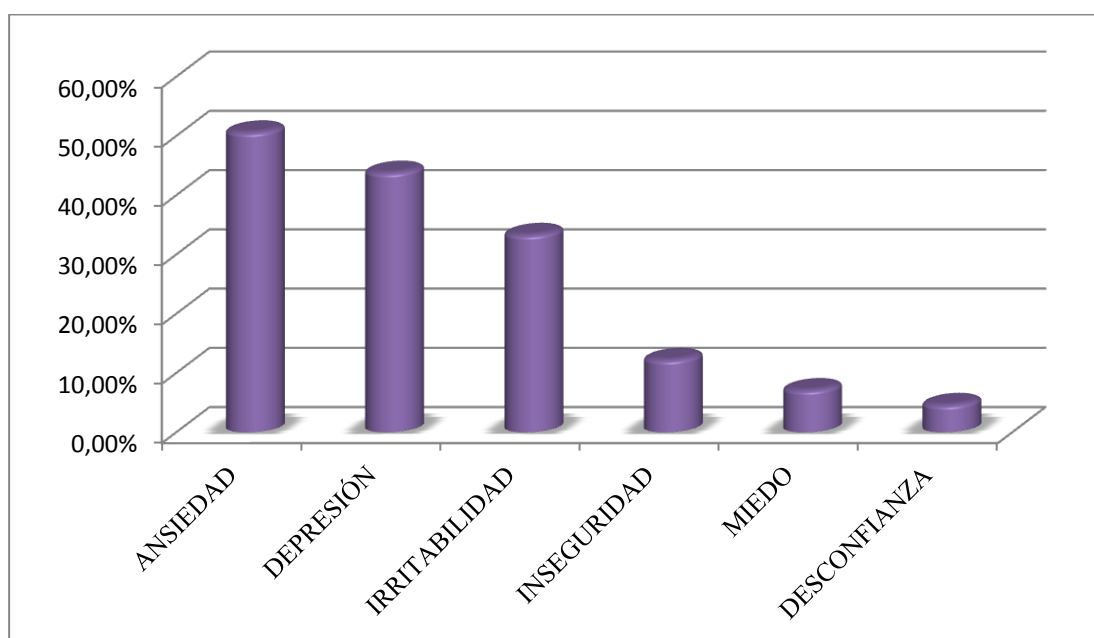
ANEXO 2. Signos y malestares referidos por las mujeres.



ANEXO 3. Dificultades en las relaciones sexuales durante el climaterio.

DISFUNCIONES SEXUALES	PERIMENOPAUSIA	POSTMENOPAUSIA
Sequedad vaginal	12,67%	38,73%
Evitar el sexo	10,56%	33,8%
Disminución de deseo	15,49%	36,61%
Disminución de placer	8,45%	30,28%
Dispareunia	10,55%	26,05%
Complacer a la pareja	9,15%	27,46%

ANEXO 4. Síntomas psíquicos encontrados en las mujeres con menopausia.

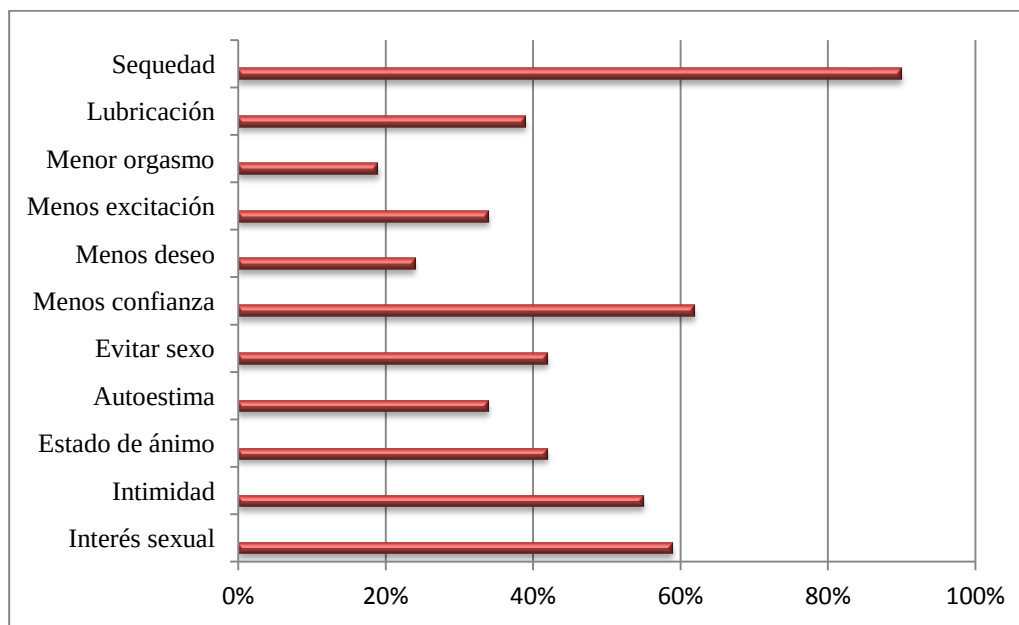


ANEXO 5. Distribución de los síntomas clínicos y la etapa del climaterio.

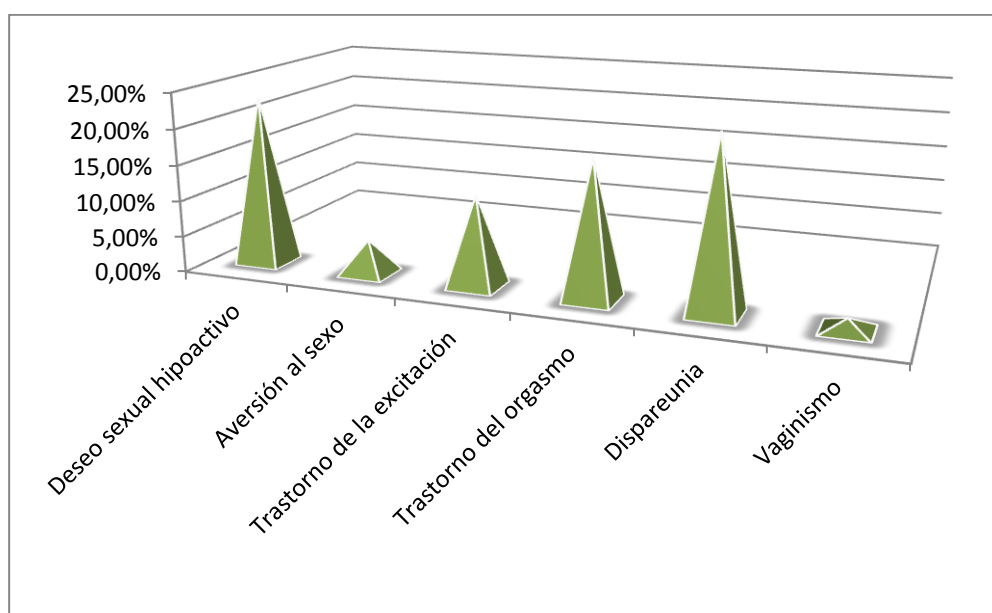
SÍNTOMAS CLÍNICOS	PERIMENOPAUSIA	POSTMENOPAUSIA
Bochornos o calores	53,8%	76,5%
Sudoraciones	53,8%	70,6%
Calambres en manos y pies	79,5%	82,4%
Palpitaciones	76,9%	58,8%
Dolor de cabeza	61,5%	41,2%
Dolores musculares	53,8%	58,8%
Dolores articulares	53,8%	70,6%
Incremento de peso	53,8%	58,8%
Alteraciones del sueño	61,5%	35,3%
Sequedad vaginal	15,4%	52,9%
Caída vellos axilar-púbico	30,8%	70,6%

Incontinencia urinaria	38,5%	35,3%
Ardor al orinar	38,5%	23,5%

ANEXO 6. Afectación de síntomas de atrofia vulvovaginal.



ANEXO 7. Frecuencia de la distribución de trastornos sexuales por incontinencia urinaria.



8. BIBLIOGRAFÍA

¹De la Gándara JJ, Puigvert A. Sexualidad Humana: Una aproximación integral. Madrid: Editorial médica panamericana; 2005.

²Who.int [Internet]. España: OMS; 2000 [actualizado 2 Abr 2016; citado 14 Abr 2016]. Disponible en: http://www.who.int/topics/sexual_health/es/

³Pelayo I, Lázaro J. *Guía práctica de ginecología en Atención Primaria*. Barcelona, Editorial Glosa, S.L; 2009.

⁴Wikipedia.org [Internet]. España: Fundación Wikimedia; 2001 [actualizado 21 Abril 2016; citado 21 abr 2016]. Disponible en: <https://es.wikipedia.org/wiki/Climaterio>

⁵Plenilunia.com [Internet]. Estados Unidos: Plenilunia; 2006 [actualizado 3 Mar 2016; citado 7 Abr 2016]. Disponible en: <http://plenilunia.com/revista-impresa/enfermedades-asociadas-a-la-menopausia/336/>

⁶Salud.ccm.net [Internet]. París: CCM Benchmark Group; 2016 [actualizado 5 Mar 2016; citado 7 Mar 2016]. Disponible en: <http://salud.ccm.net/faq/2551-complicaciones-de-la-menopausia>

⁷Infosalus.com [Internet]. Madrid: Europa Press; 2005 [actualizado 22 Abr 2016; citado 27 Abr 2016]. Disponible en: <http://www.infosalus.com>

⁸Infosalus.com [Internet]. Madrid: Europa Press; 2005 [actualizado 22 Abr 2016; citado 27 Abr 2016]. Disponible en: <http://www.infosalus.com/enfermedades/ginecologia/menopausia/sintomas-menopausia-27.html>

⁹Cancelo MJ. Síndrome genitourinaria de la menopausia. Madrid: Italfarmaco; 2015.

¹⁰Palacios S, Cancelo MJ. *Guía Práctica de Asistencia del Síndrome Urogenital de la Menopausia*. Madrid, Italfarmaco; 2015.

- ¹¹Ramírez L. La menopausia un ciclo de vida. Percepción de las mujeres rurales en la provincia de Granada. Biblioteca Lascasas [Internet]. 2009 [citado 12 Feb 2016]; 5(4). Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0453.php>
- ¹²Antolín RM, Moufre L, Puialto MJ, Salgado C. Estudio de la calidad de vida durante el climaterio en una muestra de mujeres gallegas. Biblioteca Lascasas [Internet]. 2015 [citado 22 Feb 2016]; 8(3). Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc067>
- ¹³Medicinatv.com [Internet]. Madrid: Medicina TV; 2008 [actualizado 18 Feb 2010; citado 15 Abr 2016]. Disponible en: <http://www.medicinatv.com/reportajes/perfil-de-la-mujer-menopausica-espanola-1589>
- ¹⁴Gómez MA. Disfunción sexual femenina en el climaterio. Matronas Prof [Internet]. 2010 [citado 5 Abr 2016]; 11(3-4):93-8. Disponible en: <http://www.federacionmatronas.org/revista/matronasprofesion/sumarios/i/15237/173/disfuncion-sexual-femenina-en-el-climaterio>
- ¹⁵Diago D, Díaz M, Salabarría M. Climaterio y algunos aspectos biopsicosociales de su sexualidad. Rev Habanera CC Médicas [Internet]. 2008 [citado 7 Feb 2016]; 7(2): abril-junio. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180418959006>
- ¹⁶Sánchez M, Hernández E. Climaterio y sexualidad. Enf Global [Internet]. 2015 [citado 12 Feb 2016]; 14(4). Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/214871/181451>
- ¹⁷Martínez V, Paz P. Estudio de la sexualidad en la mujer en el periodo climatérico. Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2005 [citado 3 Mar 2016]; 31(3). Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/gin/v31n3/gin04305.pdf>
- ¹⁸Figuroa R, Jara D, Fuenzalida A, del Prado M, Flores D, Blumel JE. Prevalencia de disfunción sexual en mujeres climatéricas. Rev Med Chile [Internet]. 2009 [citado 12 Feb 2016]; 137(3). Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v137n3/art04.pdf>

- ¹⁹Heredia B, Lugones M. Principales manifestaciones clínicas, psicológicas y de la sexualidad en un grupo de mujeres en el climaterio y la menopausia. Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2007 [15 Mar 2016]; 33(3). Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/gin/v33n3/gin09307.pdf>
- ²⁰Yanes M, Chio I. Climaterio y sexualidad: su repercusión en la calidad de vida de la mujer de edad mediana. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2008 [citado 15 Abr 2016]; 24(2). Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v24n2/mgi05208.pdf>
- ²¹Lugones M. Climaterio, daño vascular y sexualidad. Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2013 [citado 7 Abr 2016]; 39(4). Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/gin/v39n4/gin11413.pdf>
- ²²Sánchez C, Rodríguez SE, Carreño J, Meza P, Zámano H. Diagnóstico y alternativas de tratamiento de las alteraciones sexuales en mujeres con incontinencia urinaria. Ginecol Obstet Mex [Internet]. 2008 [citado 21 Abr 2016]; 76(11): 635-42. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2008/gom0811b.pdf>
- ²³J Parish S, E Nappi R, L Kychman M, Kellogg-Spadt S, A Simon J, A Goldstein J. Impact of vulvovaginal health on postmenopausal women: a review of surveys on symptoms of vulvovaginal atrophy. International Journal of Women's Health [Internet]. 2013 [citado 5 Abr 2016]; 5:437-447. Disponible en: <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/ijwh-5-437.pdf>
- ²⁴Uchôa P, Gomes AC, Constantino MH, Alice da Costa S, Júnior J, Cesar P. Physical activity and sexual function in middle-aged women. Rev Assoc Med Bras [Internet]. 2014 [citado 25 Mar 2016]; 60(1). Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v60n1/1806-9282-ramb-60-01-0047.pdf>
- ²⁵Prior R, Pina F. El logro de la madurez femenina: la experiencia del climaterio en un grupo de mujeres. Enferm Glob [Internet]. 2011 [citado 22 Mar 2016]; 10(23). Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v10n23/enfermeria1.pdf>
- ²⁶Fúgat Nancy, Sullivan E. Symptoms during the perimenopause: prevalence, severity, trajectory and significance in wome's lives. The American Journal of Medecine [Internet].

2005 [citado 12 Mar 2016]; 118(12B), 14S-24S. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16414323>

²⁷Pérez GR; Martínez R, López MT, Ornat L. Síntomas relacionados con el climaterio en mujeres residentes en la provincia de Zaragoza. Enferm Clín [Internet]. 2013 [citado 22 Abr 2016]; 23(6): 252-261. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130862113001502>

²⁸Jiménez MC, Enríquez B, Puentes EM. Comportamiento y tratamiento de los trastornos sexuales en el climaterio. Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2010 [citado 12 Abr 2016]; 36(2). Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/gin/v36n2/gin14210.pdf>

²⁹Márquez V. Cambios en la sexualidad durante la menopausia. Aten Primaria [Internet]. 2013 [citado 8 May 2013]; 45(6): 329-334. Disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet? f=10&pidet_articulo=90204713&pidet_usuario=0&pcontactid=&pidet_revista=27&ty=161&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=27v45n06a90204713pdf001.pdf

ABREVIATURAS UTILIZADAS EN EL TEXTO

- **HTA:** Hipertensión arterial.
- **DM:** Diabetes Mellitus.
- **OMS:** Organización Mundial de la Salud.
- **SGM:** Síndrome Genitourinario de la Menopausia.
- **IU:** Incontinencia urinaria.
- **TTO:** Tratamiento.
- **AVV:** Atrofia vulvovaginal.
- **ACV/ECV:** Accidente cardiovascular/ enfermedad cardiovascular.
- **PERIM/PERIMEN:** Perimenopausia.
- **POSTM/POSTMEN:** Postmneopausia.
- **DS:** Disfunción sexual.

