

## **“ASPECTOS PSICOLÓGICOS DEL CLIMATERIO”**

### **IV JORNADAS GINECOLÓGICAS DEL LEVANTE ALMERIENSE TEMA: “LA MENOPAUSIA”**

**HOSPITAL “LA INMACULADA” de HUÉRCAL-OVERA (abril 2000)  
Dr. Rafael Rodríguez Zarauz      D. Emilio Borja Payá  
Serv. Obstetricia y Ginecología**

#### **ALTERACIONES PSICOLÓGICAS DURANTE EL CLIMATERIO:**

Entre el 25 y el 50% de las mujeres menopáusicas tienen trastornos psicológicos. Estas disfunciones afectan especialmente al período perimenopáusico, que incluye los años previos al cese de reglas, durante los cuales la paciente sufre baches amenorréicos ocasionales, y los primeros 3-5 años siguientes al último período menstrual. A medida que nos alejamos del inicio de la menopausia, los síntomas psicológicos van cediendo.

Existen diferentes estudios que abogan por la asociación del climaterio como causa de trastornos psíquicos, igual que los hay que lo desmienten, y consideran que la causa son factores sociales, culturales, y ambientales, más que hormonales o biológicos. Sea porque el déficit hormonal propio del estado perimenopáusico y postmenopáusico precoz induce alteraciones psicológicas, sea porque la década de los 45-55 años es un período complicado para la mujer por razones socio-culturales y ambientales, el hecho es que la perimenopausia es un situación que frecuentemente se asocia con trastornos psicológicos.

Se ha evidenciado en la literatura que el **déficit estrogénico** y las alteraciones estro-progestativas típicas de la perimenopausia pueden producir, *per se*, trastornos psicológicos, como la disforia (tristeza e irritabilidad alternas), dismnesia (dificultad para recordar sucesos recientes), falta de concentración, pérdida de libido, así como otras situaciones que, indirectamente, favorecen las alteraciones psíquicas, como los sofocos, insomnio, palpitaciones (que puede generar ansiedad), astenia, e incremento de peso corporal. Este último aspecto está tomando especial relevancia debido al “culto al cuerpo” tan exagerado que impera en los países desarrollados desde hace unos 20 años. La mujer ve afectado su estado emocional al interpretar que su belleza ha disminuído considerablemente. La ganancia ponderal es de 2 kg en los primeros 3 años de menopausia (luego se estabiliza), mientras que es de 1,3 kg con tratamiento hormonal estro-progestativo (T.H.S.) y de 0,5 kg con terapia estrogénica sustitutiva (T.E.S.). En mujeres sin THS se observa un incremento de peso de más de 5 kg en el 20% de ellas y entre 2,5 y 5 kg en el 30%.

Montgomery, en 1987, describió que el 86% de las mujeres enviadas a una Unidad de Menopausia de Londres por motivos somáticos tenían alteraciones psicológicas.

Se ha demostrado que durante los años que coinciden con la perimenopausia se van produciendo **situaciones ambientales** que favorecen el deterioro psíquico, independientemente del estado hormonal de la mujer, así, una infidelidad se tolerará peor que en la juventud e inicio de la madurez, momentos en los que la mujer se encuentra en la plenitud física y posee una gran autoestima en el campo sexual, mientras que a partir de los 50 dicha infidelidad puede ser interpretada como una reacción “lógica” de su pareja ante el envejecimiento de ella misma, autoinculpándose incluso del hecho.

También se producen otras situaciones como el abandono del hogar por parte de los hijos (sdr. del “nido vacío”) en un momento en el que su pareja todavía continúa trabajando, y la mujer se encuentra con que, además de la falta del cariño de sus hijos, dispone de una gran cantidad de tiempo libre que no sabe como llenar, y el aburrimiento y la soledad le llevan a la melancolía, y de ahí, a la depresión.

#### Cambios vitales del período climatérico:

- Enfriamiento de las relaciones afectivas familiares.
- Disminución del aspecto sexual.
- Pérdida de la capacidad reproductiva.
- Alejamiento de los hijos.
- Enfermedad o muerte de padres, y muerte de familiares o amigos allegados.
- “Nido vacío” versus “nido lleno”.
- Enfriamiento de las relaciones de amistad.
- Pérdida definitiva de la juventud.
- Aumento de peso.
- Deterioro de la imagen corporal y pérdida de la belleza física.
- Comienzo de enfermedades crónicas y degenerativas (sobre todo, la artrosis).
- Pérdida de la fuerza física.
- Pérdida de la autoestima.
- Pérdida de las ilusiones relacionadas con la juventud.
- Pérdida de la esperanza de comenzar una nueva vida.
- Disminución de la capacidad de adaptación a los cambios.
- Descenso de la capacidad para tolerar la frustración.

Todos estos procesos no generan trastornos ansioso-depresivos pero es evidente que pueden desencadenar procesos psicopatológicos subyacentes.

Desde mi punto de vista, entiendo que la mujer es un género mucho más complejo que el hombre, y en la que existe una interrelación entre el sistema hormonal y el sistema nervioso (sobre todo con los neurotransmisores) que tan sólo estamos empezando a vislumbrar hoy día. Esto hace que, como todo sistema más complicado, cualquier alteración en el mismo tenga mayor repercusión en el todo.

El **índice que Küpperman** describió en 1953 para valorar la gravedad del síndrome climatérico incluye 11 parámetros, de los que 2 son directamente psicológicos (melancolía y nerviosismo) y 8 afectan al campo neurológico (alteraciones vasomotoras, parestesias, disestesias, vértigo, insomnio, mareos, cefaleas, y palpitaciones) aunque, en realidad, todos

pueden empeorar la calidad de vida de la mujer (artralgias o mialgias), contribuyendo a fomentar sus alteraciones psicológicas. Hoy sabemos que existen otras alts. psicológicas asociadas al climaterio, como la dismnesia, la dificultad para la concentración, inseguridad y descenso de la autoestima, ansiedad, disforia (inestabilidad emocional), y astenia.

Establecer la causa correcta de las anomalías de una mujer es muy importante, ya que si el origen es un déficit hormonal, el tratamiento es tan sencillo como administrar THS, con un resultado espléndido, sin embargo, si no es así, la terapia hormonal no mejorará el proceso y deberemos recurrir a la psicoterapia, o a tratamientos farmacológicos psiquiátricos. Así, la O.M.S., en 1981, admitió como únicos síntomas inequívocamente relacionados con la menopausia a los trastornos vasomotores y la sequedad vaginal, sin olvidar que, aunque es raro, los sofocos se pueden producir también en mujeres estrogénicas debido al estrés. Es obvio que el resto de los síntomas asociados a la menopausia es más frecuente encontrarlos fuera del climaterio (vértigos, mareos, palpitaciones, cefaleas, depresión, irritabilidad, parestesias, disestesias, artralgias, mialgias, insomnio). Es muy importante valorar cuándo se iniciaron los síntomas, así, si comenzaron varios años después del cese definitivo de las menstruaciones, o antes del inicio de los baches amenorréicos premenopáusicos, podemos concluir que la causa no es un déficit estrogénico, y dirigir a la paciente hacia tratamientos no hormonales.

La **depresión** es consecuencia de una adaptación a factores sociales, ambientales y biológicos, más que hormonales. Hoy día no se acepta la “depresión menopáusica”, que ha sido excluida de la DSM-IV (clasificación de las enfermedades mentales publicada en 1994). Aunque sí se ha observado que un déficit estrogénico puede ocasionar cierta tristeza.

Hay que diferenciar entre el síndrome depresivo y el estado de ánimo depresivo transitorio, el cual es frecuente y de poca importancia, ya que ambas entidades muestran una clínica similar. En general se acepta que el primero provoca un verdadero sufrimiento y una limitación en la realización de actividades, con deterioro en las relaciones afectivas, sociales y laborales. El déficit hormonal del climaterio puede provocar distimia y, por tanto, bajo estado de ánimo, pero no síndrome depresivo; aunque, por otra parte, el deterioro de la calidad de vida que acompaña a algunas mujeres durante el climaterio puede favorecer el desencadenamiento de una depresión latente.

Se caracteriza por bajo estado de ánimo, tristeza, apatía, disminución del placer y del deseo (líbido y apetito), tendencia al lloro, pérdida de alegría, pesimismo, pérdida de autoestima y baja autovaloración (sentimiento de inferioridad, de culpa, de inutilidad, pérdida de autoconfianza), indecisión, astenia, disminución de la concentración y memoria, insomnio, excesiva autocrítica, irritabilidad y malhumor, deterioro de las relaciones sociales y afectivas, con aislamiento, y pensamientos y actos autolíticos (en ocasiones llegando al suicidio).

La **enfermedad de Alzheimer** es un proceso patológico cerebral degenerativo que afecta a la memoria, pensamiento y conducta. Es raro observarlo antes de los 65 años, pero va incrementando su incidencia, llegando a afectar a la mitad de los mayores de 85 años. Dado el aumento de la esperanza de vida, especialmente en las mujeres, esta enfermedad se está convirtiendo en un serio problema social y económico.

Hace una década aparecieron algunos trabajos que invitaban a pensar que los estrógenos pudieran tener un papel de prevención e incluso tratamiento del Alzheimer, desgraciadamente los últimos estudios concluyen lo contrario.

### **TRATAMIENTOS DE LAS ALTERACIONES PSICOLÓGICAS:**

Terapia estrogénica sustitutiva: su eficacia depende del síntoma y de la paciente, pero es obvio que mejora muchos de los problemas del climaterio.

Las mujeres con un climaterio florido suelen preferir vivir menos años con mejor calidad de vida que más tiempo con las alteraciones psicológicas del climaterio, que deterioran enormemente su calidad de vida. Por otra parte, hay que recordar que la THS lejos de disminuir la vida media, la alarga en unos 5 años de media, gracias fundamentalmente al descenso del 50% que se produce en la incidencia de la cardiopatía isquémica.

Se ha descrito un descenso de la serotonina sérica al 50% durante la menopausia secundario al descenso estrogénico, ya que también disminuye a la mitad en las ovariectomizadas bilaterales y en la amenorrea secundaria. Este descenso serotoninérgico explica algunos trastornos psicológicos, así como justifica la indicación del tratamiento hormonal.

Así, la estrogénoterapia mejora procesos como los trastornos disfóricos (tristeza e irritabilidad), el insomnio, la dismnesia, y la dificultad para concentrarse. También mejora sustancialmente síntomas como la astenia, sofocos, sudoraciones, parestesias, disestesias, vértigo, mareos, cefaleas, palpitaciones, artralgias, y mialgias, con lo que, al mejorar la calidad de vida de la paciente, disminuye considerablemente los factores predisponentes y desencadenantes de los procesos patológicos mentales.

#### Psicoterapias:

- Psicoanálisis: poco utilizado en el climaterio, por ser un tratamiento costoso y largo, además la mente de una mujer perimenopáusica es poco modificable, por lo general.
- Psicoterapia conductual: ayuda en las fobias (vgr. agorafobia) y el insomnio. Las mujeres evitan el contacto social debido a la vergüenza que les produce las sudoraciones y sofocos. Se basa en la desensibilización progresiva ante la repetición del estímulo estresante, con lo que los sofocos terminan por no aparecer. Dada la alta recidiva, requiere refuerzos periódicos. No sirve para la ansiedad, y es poco ante la depresión.
- Psicoterapia cognitiva: se basa en modificar pensamientos incorrectos sobre la enfermedad o los síntomas, muchos de ellos son producto de la depresión (“si practico menos el sexo, mi marido me abandonará”; “como ya no puedo tener hijos, mi feminidad está acabada”; “como he envejecido, mi vida social se resentirá mucho”, etc). Se utiliza para combatir la depresión y la ansiedad. Es lo que yo

pienso de algo (mi interpretación de la realidad) lo que me produce sensaciones negativas y no el suceso real en sí mismo.

- Psicoterapia de apoyo: se llama así a la simple buena relación de comunicación entre médico y paciente, siendo esta relación humana de confianza un elemento terapéutico en sí mismo. Es fundamental que el médico tenga capacidad de escucha, de atención, empatía, y que muestre interés por el problema y motivación de cara a la curación de la paciente.

#### Tratamiento de la depresión:

Se distingue entre depresión con ansiedad y depresión con inhibición, y se utiliza tratamiento antidepresivo con espectro sedante (algunos heterocíclicos -Tryptizol®, Deprax®-) o desinhibitorio (otros heterocíclicos -Vivarint® - o IMAOs -Manerix®-), respectivamente. Hoy día, los I.S.R.S., inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina, como la fluoxetina (Prozac®) y la paroxetina (Frosinor®, Seroxat®, Motivan®), sirven para ambas depresiones, así como algunos heterocíclicos (Tofranil®, Anafranil®). Todos actúan sobre neurotransmisores (serotonina, noradrenalina, dopamina). Los heterocíclicos producen un efecto antihistamínico que produce una sedación, a menudo no deseada, así como tienen acción anticolinérgica (sequedad boca, estreñimiento, visión borrosa, disuria, retraso o inhibición de la eyaculación o del orgasmo, palpitaciones, hipotensión ortostática).

De elección son los I.S.R.S. por sus mínimos efectos secundarios, que ceden en poco tiempo. Paroxetina y Fluoxetina comienzan con 1-0-0, y se puede llegar a 2-1-0. Se debe explicar que el efecto terapéutico tarda en comenzar unas 3-4 semanas.

Ya hemos descrito anteriormente el descenso de la serotonina sérica en presencia de un déficit estrogénico. Ello justificaría la conveniencia de asociar THS a los tratamientos antidepresivos durante el climaterio. Se ha demostrado que la THS sólo no cura la depresión pero ayuda a los otros tratamientos debido a sus positivos efectos sobre los neurotransmisores serotonina, triptófano, noradrenalina, y dopamina.

También es importante asociar técnicas psicoterapéuticas:

- Conductuales: sofronización, forzar sonrisas, cantar, obligarse a salir y hacer cosas.
- Cognitivas: recibir información sobre el climaterio y la depresión, estimular una visión optimista de la vida, así como confianza en la curación, mejorar la autoestima (elaborar listado de virtudes, minimizar defectos, quererse a sí mismo sin condiciones), sustituir pensamientos distorsionados y negativos (pensamiento dicotómico, generalización, filtro mental, descalificar lo positivo, conclusiones apresuradas, magnificación y minimización, razonamiento emocional, “deberías”, etiquetación, y personalización) por racionales y positivos mediante autorregistros.

La THS mejora ostensiblemente el insomnio, tanto de forma directa como indirectamente, a través de la disminución de los sofocos nocturnos. Otros tratamientos son los habituales hipnóticos (benzodiazepinas, imidazopiridinas, ciclopirononas), así como la

terapia conductual (hacer ejercicio, cenar bien, no dormir siesta, despertarse a la misma hora, dormitorio sin ruidos ni luz, evitar el alcohol y la cafeína).

Ansiedad: las benzodiacepinas (Valium®, Tranxilium®, Orfidal®, Trankimazin®, etc) son la primera elección para el tratamiento de la ansiedad por su alta eficacia, y sus casi nulos efectos secundarios (salvo somnolencia), pero pueden producir dependencia y tolerancia, así como pérdida leve de memoria y estados confusionales en los ancianos. Su efecto es exclusivamente sintomático, no solucionando la causa. No se debe asociar alcohol. El tratamiento debe durar entre 6 y 12 meses y se suprimirá disminuyendo lenta y progresivamente la dosis. Otros menos estudiados son la buspirona (Effipen®) y las imidazopirinas.

### **SEXUALIDAD y MENOPAUSIA:**

La sexualidad se modifica durante el climaterio por factores genitales (dispareunia), fisiológicos (pérdida de libido, insomnio, sofocos, astenia), socio-culturales (sensación de vejeamiento, pérdida de la feminidad, sdr. nido vacío) y psicológicos (depresión, irritabilidad, ansiedad, “expectativa ansiosa”, en la que la mujer está más pendiente de su conducta sexual y de la respuesta de su compañero que de su propio placer).

La menopausia le hace ver a la mujer que se acerca el envejecimiento, con lo que se producen ciertas alteraciones, como:

- a) Miedo al embarazo. Se producen baches amenorréicos, con la consiguiente ansiedad que se produce por el retraso de la menstruación, y ello en un momento con muy escaso deseo gestacional (los hijos son ya mayores, y se acrecienta el miedo a posibles cromosomopatías). Además, por la edad, no se recomiendan anticonceptivos orales, que son los más efectivos.
- b) Miedo al acto sexual. Disminución de la libido, llegando a considerar el acto sexual como una agresión, ya que se produce dispareunia (por vaginitis atrófica).
- c) Miedo al cáncer uterino, debido a los desarreglos menstruales. También miedo al cáncer de mama, cada vez más frecuente en los países desarrollados.
- d) Miedo a la menopausia. Miedo a la vejez, a la inutilidad. Sienten que al perder la función reproductora, pierden parte de su feminidad.

La **respuesta sexual** se caracteriza por 5 fases: 1) fase de deseo; 2) fase de excitación (lubricación y dilatación vaginal, aumento de los labios mayores y menores, clítoris, mamas y pezones, elevación uterina, y aumento de la tensión muscular, tensión arterial y frecuencia cardíaca); 3) fase de meseta (mantenimiento de la excitación); 4) fase de orgasmo (liberación de la tensión sexual. Se producen contracciones uterinas, del esfínter anal y la plataforma orgásmica. A más contracciones, mayor intensidad del orgasmo); y 5) fase de resolución (vuelta al estado pre-excitación).

La alteración de alguna de las fases derivará en una disfunción sexual. En la menopausia, las alteraciones posibles son: disminución o ausencia de libido, disminución de la lubricación y excitabilidad, dispareunia, y anorgasmia refleja.

La **libido**, es decir, el deseo sexual, baja por tres razones: a) el descenso de testosterona y estrógenos, b) las alteraciones psicológicas concomitantes al climaterio, y c) la dispareunia (dolor con el coito).

a) La libido se controla hormonalmente por la interacción entre los estrógenos y el sistema dopaminérgico, estimulado por el pico de testosterona preovulatorio. Durante la menopausia disminuyen las hormonas “femeninas” (estradiol), pero también lo hacen las “masculinas” (androstendiona y testosterona), siendo la testosterona la hormona principal en la producción de la libido.

Los estrógenos contribuyen a la neuro y psicoplasticidad que es la base de la energía psíquica implicada en la libido. También facilitan la transmisión de señales nerviosas, favoreciendo la percepción de estímulos gustativos, olorosos y vibratorios. Por otra parte, la pérdida de estrógenos lleva a una reducción en la secreción sudorípara y sebácea, disminuyéndose así la secreción de feromonas (“olor a mujer”) tan importante en la atracción sexual.

b) Durante el climaterio se pueden producir una serie de anomalías psicológicas (ansiedad, insomnio, depresión, irritabilidad) que favorecen el descenso libidinoso, así como el mismo deterioro de la calidad de vida de la mujer con clínica climatérica florida disminuye considerablemente el apetito sexual. La mujer se siente vieja y fea, su piel no tiene la tersura de antaño ni sus pechos firmeza, y todo ello le hace pensar que ya se le ha pasado el tiempo de disfrutar con el sexo.

c) Master y Johnson describieron en 1966 una **disminución de la excitación sexual** en la menopausia al disminuir la tensión muscular y el flujo vaginal durante la estimulación sexual.

Se produce una atrofia genital que produce un adelgazamiento del epitelio vaginal, acortamiento de la longitud y anchura vaginal, y pérdida de la elasticidad, con lo que se favorece la erosión y el sangrado con el coito. Las glándulas de Bartholino producen menor o nulo fluido lubricante. Todo ello lleva a una **dispareunia** que por retroalimentación negativa disminuye la libido. La atrofia vaginal, a diferencia de las alteraciones psicológicas que van cediendo conforme pasan los años, es progresivamente mayor con el paso del tiempo, y es frecuente ver estrechamientos (cleisis) vaginales casi totales en mujeres mayores de 80 años.

Por otra parte, aumenta la incidencia de vaginitis microbianas (sobre todo micóticas), al disminuir la acidez vaginal, lo que también incrementa el dolor coital. Además, el epitelio vesical y uretral se adelgaza con lo que se facilita el síndrome uretral post-coito.

La cuarta de las posibles anomalías sexuales asociadas a la menopausia es la **anorgasmia**. Cuando se produce, suele ser parcial. Fisiológicamente, la “plataforma orgásmica” (vasocongestión del tercio externo de la vagina) está muy disminuída, por lo que el número de orgasmos decrece considerablemente.

Hay múltiples estudios estadísticos que demuestran que la frecuencia semanal de coitos y orgasmos disminuye a lo largo de la vida de la mujer, y, especialmente, durante la menopausia.

A menudo, son los varones los que deciden disminuir el número de coitos, debido al miedo a hacer daño a su pareja, o a su propio daño con la penetración, o por el cansancio que produce el enlentecimiento del tiempo de la respuesta sexual de su pareja, o bien por la ausencia del feed-back positivo que supone el placer de la compañera. Con frecuencia, las mujeres afirman “casi no tenemos relaciones pero mi marido es muy bueno, el pobre”, o “como no tenemos relaciones mi marido se va a buscar otra, pero no me importa”.

Clásicamente se ha contemplado a la histerectomía total como un factor perjudicial en la relación sexual, atribuyendo al cérvix algún papel erógeno. Recientemente se ha publicado un muy buen estudio que afirma que la histerectomía favorece todos los aspectos del componente sexual (líbido, coitos y orgasmos), debido a que la mujer se ve liberada tanto de la posibilidad indeseable de gestación como de los trastornos menstruales que suelen provocar la indicación de este tipo de cirugía.

El ginecólogo en la consulta debe interrogar a la paciente menopáusica por su actividad sexual (sequedad vaginal, dispareunia, líbido, frecuencia de coitos y orgasmos). Son pocas las mujeres (especialmente, en estrato socio-económico-cultural medio-bajo y bajo) las que consultarán estos problemas por propia iniciativa. Habrá, no obstante, que valorar el interés de la paciente para solucionarlo (muchas lo tienen asumido, y no supone un problema para ellas). Existen cuestionarios sobre actividad sexual en la menopausia que incluyen entre 25 y 30 preguntas.

Es importante, de cara a establecer un tratamiento más efectivo, determinar si el problema sexual comenzó tras la menopausia o es anterior a ella, o si se trata de un problema previo que se ha exacerbado con el climaterio.

#### Tratamiento de los trastornos sexuales asociados a la menopausia:

La dispareunia mejorará cuando solucionemos la falta de lubricación y la sequedad vaginal, para lo cual utilizaremos estrógenos vaginales y lubricantes no hormonales, también ayudarán las técnicas de relajación vaginal; ante este problema, debe ser la mujer, y no el hombre, la que decida el momento de la penetración, que será cuando ella se sienta bien lubricada.

La líbido se puede tratar con estrógenos sistémicos, testosterona, o estimulando la fantasía. Muchos autores recomiendan el tratamiento con testosterona a bajas dosis, que no produce apenas efectos secundarios virilizantes, los cuales cederían tras el tratamiento, además mejora la energía y el bienestar general de la paciente. Otros autores consideran

que su eficacia es escasa, no siendo mejor que estimular la fantasía sexual (por ejemplo, con películas o revistas eróticas). No obstante, parece que los andrógenos sí mejoran la disminución de libido secundaria a ovariectomía bilateral.

La tibolona es un tratamiento hormonal con un mínimo efecto androgénico y puede incrementar la libido en algunas mujeres. La terapia estrogénica puede mejorar la libido en algunas ocasiones pero no es lo habitual, sin embargo, siempre debemos intentar administrarla por sus efectos beneficiosos sobre el climaterio en general, lo cual mejoraría la calidad de vida y, por tanto, el deseo sexual.

Dado que los factores socio-culturales son, a menudo, más influyentes que las modificaciones hormonales en los cambios sexuales, no debemos obviar el apoyo psicoterapéutico a estas pacientes.

Se debe orientar a la pareja sobre técnicas sexuales que no incluyen el coito, como caricias en zonas erógenas, sexo oral y anal. Hay que explicar la importancia de la comunicación con la pareja, comentando los problemas sexuales que se planteen. La terapia conductual (explorar conjuntamente las zonas erógenas, automasturbación en presencia de la pareja, dedicar varios minutos al día a hablar de sexo, etc) es básica en este tipo de problemas. Para combatir la falta de lubricación es fundamental el alargamiento del tiempo dedicado a las caricias pre-coito.

También es muy importante la información sexual (psicoterapia cognitiva), eliminando tabúes e ideas preconcebidas erróneas (“si no tengo orgasmos vaginales es que soy frígida”, “el auténtico acto sexual es el coito”, “si no soy fértil, ya no tengo el mismo derecho a disfrutar con el sexo”, “ya no soy tan atractiva como antes, mi marido no me desea”, “el sexo es cosa de jóvenes”).

A pesar de todo lo descrito, la mayoría de las mujeres no tienen mayores problemas sexuales durante la menopausia, con excepción de la sequedad vaginal que afecta a casi todas ellas tarde o temprano.

Como resumen final podemos comentar que tanto los trastornos psicológicos como los sexuales asociados al climaterio y la menopausia inducen una pérdida en la calidad de vida que no debemos asumir como “normal” debido al paso de los años, de la misma forma que no asumimos la pérdida de visión cercana provocada por la presbicia de la vejez, e intentamos solucionarla con lentes. Así, la terapia estrogénica es muy eficaz, y está demostrado que sus efectos beneficiosos son muy superiores a los inconvenientes.