

cambios en la conducta sexual

¿Estereotipo cultural o disfunción biológica?

En el trabajo se identifican las características tipológicas que caracterizan la dinámica de pareja en mujeres de edad mediana y se valora su expresión como respuesta a un estereotipo cultural o a un condicionamiento biológico.

Se realizaron 200 historias de vida a mujeres en edades comprendidas entre 45 y 59 años, en diferentes estadios climatericos, que acuden a la consulta de climaterio del Hospital Ginecobstétrico "Ramón González Coro" de La Habana. Se aplicó la técnica de análisis de contenido y se definieron categorías tipos: dinámica familiar y de pareja condiciones laborales, condicionamiento de género, determinantes biológicos y enfermedades. El 19% de las mujeres declararon presentar disminución de la libido, 20 premenopáusicas y 17 postmenopáusicas. Se evaluó la asociación entre síntomas biológicos como la sequedad vaginal, la dispareunia y la anorgasmia con la disminución del deseo sexual y no hubo significación estadística. Las premenopáusicas refirieron algunos síntomas que pudieron condicionar la disminución de la libido, tales como: leucorrea, varices e inflamación pélvica; las que pueden provocar dolor y ardencia en la relación sexual. La disminución del deseo sexual, en estos casos, pudiera ser una respuesta inconsciente a esa sensación de malestar. Las mujeres con disminución de la libido tienen un riesgo mayor a deprimirse que las que no presentan tal condición. Las dinámicas de familia y de pareja estuvieron muy permeadas por el condicionamiento de género: multiplicidad de roles, doble jornada, que implicaron

sobrecarga física y mental, agotamiento y fatiga lo que pudo contribuir a disminuir el apetito sexual. Se pudo concluir que entre el grupo de participantes estudiadas la disfunción de la dinámica de pareja está más relacionada con las deficiencias en la comunicación y con las enfermedades sociales, sobre todo aquellas sustentadas en las relaciones de género que con las disfunciones biológicas.

La sexualidad de las mujeres es en gran parte desconocida, no sólo para la población masculina sino, incluso, para las propias mujeres. Durante años les ha estado vedada y el modelo de sexualidad dominante, normativo, socialmente aceptado es el que corresponde a la sexualidad del varón (1).

La ignorancia y mitos que rodean la actividad sexual durante el climaterio traen como consecuencia que determinados cambios que se producen en las relaciones sexuales en esta etapa de la vida se atribuyan, no siempre con justeza, a la menopausia.

Desde el punto de vista hormonal, la actividad sexual depende de los andrógenos, los que están poco modificados durante el climaterio. En esta etapa la aptitud sexual puede también alterarse por diferentes procesos biológicos como la presencia de prolapso genital, sequedad vaginal que origina dispareunia, demora del orgasmo, y/o la presencia de algunas enfermedades crónicas que involucran falta de fuerzas, incapacidad respiratoria o cualquier otro trastorno que impida desarrollar una sexualidad plena (2).

Los factores sociales también pueden contribuir a disminuir el deseo sexual. Las

actividades relacionadas con la reproducción social, tales como el desempeño de las tareas domésticas, el cuidado de ancianos, el trabajo insertado y, consecuentemente, la doble jornada, que se construye socialmente y que se expresa en el condicionamiento de género, pueden provocar una recarga física y mental que desvíe el proceso salud-enfermedad en sentido negativo (3). En tal caso la sobrecarga puede expresarse como fatiga, cansancio, depresión, ansiedad, y disminución del deseo sexual.

La sexualidad varía con la edad, las circunstancias personales y con el medio en que habita el ser humano. Los comportamientos, la percepción que se tiene de sí misma/o, los valores asumidos como propios, la forma de vivir las emociones, la autoestima, la forma de expresarse o sus sintomatologías están muy condicionadas, como ya hemos referido, por el sexo y por el género (1).

El propósito del presente trabajo está dirigido a reflexionar acerca de si existe un estereotipo cultural, expresado en mitos que señalan que la mujer cuando envejece pierde el deseo sexual o si realmente tal condición es la respuesta a alteraciones biológicas características de esta etapa de la vida femenina.

Método

Se realizó una entrevista con profundidad a 200 mujeres que asistieron a la consulta de climaterio del Hospital Ginecobstétrico Ramón González Coro de La Habana. En la entrevista se indagan categorías relacionadas con las características sociodemográficas, la sintomatología climaterica, la actividad labo-

ral, las condiciones de vida, las características de los convivientes, el estado de la vivienda y las dinámicas de familia y de pareja.

Se elaboró una guía estructurada para recoger la información de las pacientes quienes participaron voluntariamente. Se garantizó el anonimato. La entrevista duró un promedio de 40 minutos. En aquellos casos que representó mucho esfuerzo para la entrevistada se realizaron dos encuentros. La información fue anotada por la especialista; no se utilizó grabación para no limitar la confianza de las pacientes. Esta característica del registro constituye una limitante del estudio.

Se caracterizaron las pacientes según estado menopáusico, dividido en premenopausia, que es la etapa en que se comienza a modificar el ciclo menstrual en tiempo, intensidad del sangramiento, y/o aparición de algunos síntomas, fundamentalmente, calores y sudores. Postmenopausia que incluye a aquellas mujeres que hayan pasado la menopausia. La menopausia es la última menstruación que depende de la función de los ovarios y corresponde a la etapa en que estos dejan de funcionar. Se produce cuando han transcurrido 12 meses sin menstruación (4).

A las entrevistas se le aplicó la técnica de análisis de contenido y se tipificaron las siguientes categorías de análisis: dinámica familiar, situación laboral, dinámica de pareja, condicionamiento de género, determinantes biológicos y enfermedades concomitantes.

Se calculó la razón de productos cruzados (odds ratio) y se utilizó el límite de confianza de Cornfield, para evaluar la asociación entre la disminución de la libido, los síntomas biológicos que pudieran tener una relación anatómofuncional con la disminución del deseo sexual: sequedad vaginal, anorgasmia, dispareunia y con la depresión por ser un estado de ánimo que puede condicionar o ser efecto de los cambios del comportamiento sexual.

Resultados

De 200 mujeres estudiadas 37 (19%) declararon tener disminución de la libido. De ellas 20 se encontraban en la premenopausia y 17 en la postmenopausia. El tiempo

promedio de postmenopausia fue de 3.11 +/- 3.12 años. Los tipos de menopausia fueron natural 12, quirúrgicas cinco y medicamentosa una.

Del análisis de la tabla de contingencia de aquellos síntomas climatéricos que podían estar relacionados con la disminución del deseo sexual se pudo constatar que no existió asociación entre esta categoría y los síntomas sequedad vaginal, anorgasmia y dispareunia. Sin embargo una mujer que refiere disminución del deseo sexual tiene 4.5 veces más probabilidad de deprimirse que una que no presenta tal condición.

Las tipologías de comportamiento identificadas en las mujeres climatéricas que refirieron disminución de la libido fueron similares en la premenopausia y en la postmenopausia.

Discusión

La mujer expresa síntomas que no siempre se corresponden con el estado fisiológico correspondiente al estadio del climaterio en que se encuentra. Cuando se identifica qué subyace a esa demanda o queja, se puede ayudar a la paciente a resolver un conflicto que puede contribuir a mejorar su calidad de vida.

La disminución de la libido, sólo se asoció con la depresión y no con aquellas disfunciones biológicas que pudieran tener una relación directa por provocar molestias en la realización del acto sexual. La mayoría de las pacientes eran premenopausicas. Es poco frecuente que en la premenopausia aparezca la disminución del deseo sexual por déficit hormonal, en esta etapa del ciclo de vida los niveles de estrógenos y andrógenos no están modificados como para producir tal efecto. Se puede pensar que en la disminución de la libido haya un mayor compromiso subjetivo o una influencia determinante de los factores socioambientales, fundamentalmente los vinculados a las relaciones de género.

Esto pudiera explicarse a partir de la referencia y diagnóstico de algunas enfermedades como leucorrea, inflamación pélvica, várices pelvianas, las que pueden ocasionar ardor y dolor. En general estas alteracio-

nes patológicas inciden en que la relación sexual no sea placentera. Tal estado podría condicionar un rechazo consciente o inconsciente a la relación sexual y expresarse como un síntoma: disminución de la libido.

En los casos estudiados la depresión fue indistintamente causa o efecto de la disminución del deseo sexual. Las alteraciones biológicas o psíquicas que limitan, de algún modo, la relación de pareja propician la disminución de la autoestima y de la satisfacción personal; esto deviene en un círculo vicioso de efectos negativos en la relación de pareja. Por otra parte, en los casos estudiados la comunicación de la mujer no siempre fue abierta y por lo general asumió una conducta de complacencia generalmente condicionada por patrones sociales asignados y asumidos por el condicionamiento de género (5): desconocimiento de las sensaciones, falta de comprensión ante las diferencias entre sexualidad reproductiva y sexualidad placer; concesión de escasa prioridad a la gratificación sexual y prestar su cuerpo en función de la satisfacción de la pareja.

Algunos casos refirieron que el deseo no aparecía espontáneamente pero cuando comenzaban la relación transcurría placenteramente. La cuestión se redujo a quién corresponde la iniciativa de comenzar el acercamiento, acciones tipificadas por la construcción social de las subjetividades masculina y femenina respecto a la conducta sexual.

En realidad, el interés por el sexo debería aumentar después de la menopausia. Hay menos estrógeno que compita con la testosterona, la hormona masculina que controla la libido y que las mujeres producen durante toda la vida (6).

Las fundamentales tipologías clasificadas en categorías de análisis fueron:

Dinámica familiar. Se expresaron con mayor frecuencia la necesidad de readecuación de conductas por parte de la mujer para mediar en los conflictos generacionales, el cuidado de ancianos convivientes, la separación de los hijos y de los padres por residencia en el extranjero o en otras regiones del país. En esta etapa de la vida, más que otras del ciclo de vida, la mujer deviene centro de

la dinámica familiar, la multiplicidad y continúa postergación de roles genera una sobrecarga física y mental que puede contribuir a disminuir el deseo sexual.

Condiciones laborales. A pesar que el trabajo tiene un efecto benefactor que favorece la toma de decisiones e incrementa la autoestima, en determinadas condiciones, puede ejercer un impacto negativo sobre los procesos biológicos lo que se expresa en depresión, irritabilidad, ansiedad y en la disminución del deseo sexual. En los casos estudiados, las situaciones identificadas fueron aquellas que involucran la insatisfacción personal por la labor que se realiza, motivado por reubicación laboral, o por haber cambiado de trabajo para acercarse a su hogar, por problemas de transporte, y labores de reproducción social, cuidar de adultos mayores, hijos en edad escolar, dificultades con el transporte, y otras razones.

Dinámica de pareja. Se tipificó la incompatibilidad de caracteres. En todos los casos tal condición existió desde antes de la menopausia; otras conductas tipificadas fueron la percepción de un matrimonio rutinario y el abandono por una mujer más joven.

Algunas participantes identificaron conductas violentas en sus parejas, no de agresión física, sino psicológica. El origen de los maltratos del hombre a su pareja está relacionado con las formas que históricamente han adoptado las relaciones sociales de subordinación y discriminación entre ambos sexos. La interiorización de los modelos sexuales ejerce una influencia decisiva en la actitud de las féminas ante el maltrato de su compañero; las dimensiones de este problema no se conocen en su totalidad (7). La relación de violencia genera disminución de la autoestima, promueve sentimientos de desvalorización, que disminuyen en la pareja la capacidad de atracción mutua. En estos casos la disminución del deseo sexual puede corresponder más con una respuesta a la realidad social de entorno que a una expresión biológica del climaterio.

El alcoholismo de la pareja fue otra de las conductas tipificadas según las referencias

de las pacientes entrevistadas. Aquellas que identificaron este problema en su relación dejaron por sentado que sus parejas no eran "alcohólicas", pero tomaban con frecuencia, actitud que no resultaba del agrado de la entrevistada y propiciaba el rechazo a la pareja. Estudios realizados en hombres normales, no alcohólicos, demuestran que tras la ingestión diaria de cierta cantidad de alcohol se observa un descenso de testosterona en sangre, además de poder producirse disminución del deseo sexual. En esta conducta se involucran factores psicosociales entre los que se encuentran, el temor a la actuación sexual, los desacuerdos conyugales, la falta de autoestima y el sentimiento de culpabilidad (8).

Habría que profundizar en los casos donde la disminución del deseo responde más a una disminución del reclamo de la pareja por enfermedad, alcoholismo, o cualquier otra causa, y que la mujer se lo atribuya y cargue a la menopausia como una respuesta más al condicionamiento de género asumido. Así la disminución de la libido también pudiera corresponderse con una respuesta negativa de aceptación o reclamo y no propiamente con un síntoma climatérico.

Otro tipo de conducta identificada fue la convivencia formal, la que tipificamos como aquella pareja que se mantiene junta pero no existen vínculos afectivos reales para la relación, la cual se mantiene unida por complacencia o por compromiso reproductivo biológico, social o religioso.

Los resultados expuestos apuntan hacia la existencia de un patrón genosocial -como herencia cultural aprendida y transmitida de generación en generación- que condiciona la disminución del deseo sexual como parte integrante de los cambios propios del climaterio. Este mito cuando es aceptado y se actúa acorde con él limita la calidad de vida de la mujer, la que se priva de placeres que constituyen una parte valiosa de su vida y de su salud. Las mujeres que alcanzan el orgasmo tres o más veces al mes, son menos propensas a sufrir atrofia vaginal (6).

La menopausia es un proceso fisiológico y no una enfermedad. Las mujeres continúan

sintiendo deseos, aún cuando puedan experimentar cambios en la libido y un cierto entumecimiento en la respuesta sexual. La vida sexual no está limitada a la eyacuación y al orgasmo, las caricias, la gestualidad deben pasar a ocupar un primer plano y no ser olvidados (1).

Aunque de eso no se habla es necesario romper los estereotipos culturales de la disminución del deseo sexual para ganar una vida más placentera y saludable. La menopausia no es el fin de la vida sino el comienzo de una nueva etapa □

* Vicerrectoría de Investigaciones y Postgrado. Instituto Superior de Ciencias Médicas de la Habana

** Especialista de segundo grado en Endocrinología. Doctora en Ciencias Médicas. Investigadora Titular del Instituto Nacional de Endocrinología

*** Especialista de segundo grado en Ginecoobstetricia. Profesora Titular del Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana.

BIBLIOGRAFIA

1. SANZ F. *La Sexualidad en La Mujer. En: La salud de las mujeres en atención primaria.* Sanidad Pública 4. Federación de Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública. Madrid 1991.
2. NAVARRO DESPAIGNE D, ARTILES VISBAL L. *La menopausia no es el fin de la vida. Aspectos clínicos, sociales y terapéuticos del climaterio.* UNICEF/ISCM-H. La Habana 1995.
3. RODRÍGUEZ CALDERÓN M, ARTILES VISBAL L, MORO S, SA P. *Queda mucho por andar (en el camino hacia Beijing).* Las Agencias de Naciones Unidas de Cuba y la planificación con perspectiva de género (memo).
4. MANZANO OVIES B, NAVARRO DESPAIGNE D, ARTILES VISBAL L. *Climaterio y menopausia.* En: Peláez Mendoza J. Sexualidad, imaginación y realidad. Instituto Cubano del Libro. Editorial Científico Técnica 1997.
5. SARDUY SÁNCHEZ C, ALFONSO AC. *Pretextos para una reflexión: género, sexualidad y salud.* En: Género y Salud Colectiva. Relatoría de la oficina de trabajo. VII Congreso Latinoamericano de Medicina Social. Asociación Latinoamericana de Medicina Social. Marzol 1977.
6. MARANTZ HENING R. *Mitos acerca de la menopausia.* Wyeth-Ayerst Int. Sff.
7. Veitia Mendez I. *Violencia hacia la mujer en las relaciones de pareja.* En: Sexología y Sociedad, Año 3, No. 7. Agosto 1997.
8. GORGET PI M, GORGUET PI I. *Alcoholismo y sexualidad.* En: Sexología y sociedad, Año 3, No. 7. Agosto 1997.