

Sexualidad para médicos no sexólogos

*Guía práctica sobre sexualidad humana
y todo lo que el médico debe saber
sobre sexología sin ser sexólogo*

**DRA. SANDRA MAGIRENA
DR. ALEJANDRO URRESTI**



AUTORES

Dra. Sandra Magirena

(Ciudad de Buenos Aires)

Médica (UBA).

Especialista en Ginecología General
e Infanto Juvenil.

Sexóloga Clínica.

Miembro de la Comisión Científica de SAGIJ.

Miembro de la Subcomisión de Género
de SOGIBA.

Dr. Alejandro Urresti

(Mar del Plata - Buenos Aires)

Médico urólogo consultor.

Educador sexual.

Magister internacional en terapia sexual.

Jefe sección Medicina Sexual Masculina
(Hpc. Mar del Plata).

Director del capítulo medicina sexual (SAU).

CO-AUTORES

Armoa, María Laura

(Rosario - Santa Fé)

Lic. en Terapia Ocupacional. Diplomada en Pediatría.

Educadora sexual. Sexóloga educativa y clínica.

Especialista en sexualidad y diversidad funcional.

Docente universitaria.

Docente del Posgrado de sexualidad humana
del Instituto Kinsey de sexología.

Secretaria de ARESS.

Especializada en Educación sexual integral
(Facultad de Humanidades y Artes, U.N.R.).

Bazán Quiroga, María Eugenia

(Córdoba)

Médica. Especialista en tocoginecología.

Sexóloga Clínica acreditada por SASH.

Docente Universitaria.

Jefa del Programa de Salud Sexual
del Hospital Privado Universitario de Córdoba.

Coordinadora del equipo de atención integral
en salud trans del Hospital Raúl Ferreyra, Córdoba.

Báez Romano, Lucía

(Quilmes - Buenos Aires)

Psicóloga y Sexóloga de la UBA.

Psicooncóloga y sexóloga de la Unidad de Urología
del Hospital de Clínicas José de San Martín.

Directora de la Diplomatura de Sexología Clínica y Terapia
Sexual de la Facultad de Medicina de la UBA.

Presidenta y fundadora de ASAR Asociación Sexológica
Argentina sin fines de lucro.

Caro, Rita

(Ciudad de Buenos Aires)

Especialista en Ginecología.

Consultora en Climaterio y en Patología del TGI.

Ex Presidente de AAPEC.

Co Directora de la Escuela Argentina de Climaterio.

Representante del Consejo de Certificaciones de la ANM.

Miembro de IMS. Fellow de ACOG.

Carpintero, Pablo

(Ciudad de Buenos Aires)

Médico Especialista

Consultor en Ginecología, Obstetricia y Sexología Clínica.

Profesor Universitario.

Past President de AAPEC. Experto FLASCYM.

Chair ACOG Argentina. Co-Chair IMS CAMS.

Cenice, Fernando

(Tucumán)

Médico Urólogo Consultor.

Profesor titular de las Cátedras de Urología de la Universidad de Tucumán y de la Universidad de Salta.

Ciarmatori, Silvia

(Ciudad de Buenos Aires)

Ginecóloga. Especialista en Reproducción Humana.

Jefa en el Hospital Italiano de Buenos Aires.

Ex presidenta de AMAdA. Editora en Jefe de la Revista ALEG.

Costa, Florencia

(Ciudad de Buenos Aires)

Médica cirujana general especialista en Mastología.

Miembro de la Sociedad Argentina de Mastología.

Médica de planta del servicio de Mastología del Hospital Municipal Oncológico María Curie y del Sanatorio Julio Méndez.

Del Sueldo, Amelia

(Tucumán)

Médica. Especialista en Sexología Clínica.

Terapeuta sexual, de parejas y vincular. Educadora sexual.

Presidenta de AASES.

Presidenta de la Sociedad Científica de Sexología del Colegio Médico de Tucumán.

Elías, Andrea Susana

(Rosario - Santa Fe)

Médica egresada de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Rosario. Ginecóloga. Especialista en Endocrinología Ginecológica. Fellow of the International Federation on Pediatric and Adolescent Gynecology, (FIGIJ). Sexología Clínica, (SASH). Postítulo Intensivo en Educación Sexual Integral (SASH). Coordinadora del Departamento de Sexología del Servicio de Tocoginecología del Sanatorio de la Mujer (Rosario, Santa Fe).

Finkelstein, Jonathan

(Ciudad de Buenos Aires)

Médico Urólogo, Andrólogo, Sexólogo. Director del Centro Salud del Varón. Encargado del área de Andrología del Hospital Rivadavia, CABA.

Helien, Adrián

(Ciudad de Buenos Aires)

Médico Psiquiatra Sexólogo. Fundador y Jefe de Salud Transgénero del Hospital Durand, CABA.

Labovsky, Marisa

(Ciudad de Buenos Aires)

Médica Tocoginecóloga. Especialista en Ginecología. Fellow en Ginecología Infanto Juvenil. Sexóloga Clínica. Presidenta de FIGIJ. Ex presidenta de SAGIJ.

Layus, Omar

(Ciudad de Buenos Aires)

Urólogo Andrólogo. Médico de planta.

Jefe de sección Disfunciones Sexuales.

Servicio de Urología. Hospital Italiano de Buenos Aires.

Maltagliatti, Daniela

(Ciudad de Buenos Aires)

Médica Tocoginecóloga. Especialista en Mastología.

Miembro de la Sociedad Argentina de Mastología.

Marega, Olga Beatriz

(Tandil - Buenos Aires)

Especialista en Sexología Clínica y Obstetricia-Ginecología.

Máster en Sexualidad Humana. Docente universitaria (UNICEN).

Co-directora de SYE. Autora de libros y trabajos científicos.

Miembro de FLASSES.

Momeso, Adrián

(Ciudad de Buenos Aires)

Médico Urólogo Consultor.

Past President de SLAMS.

(Sociedad Latinoamericana de Medicina Sexual).

Centro de Urología - CDU, CABA.

Muchico, Florencia

(Mar del Plata - Buenos Aires)

Licenciada en Psicología. Sexóloga Clínica UBA.

Magister Internacional en Terapia Sexual

(Universidad de Lleida, España).

Especialista en Psicoterapia Cognitiva individual, grupal,
familiar y vincular (Fundación AIGLÉ).

Rey Valzacchi, Gastón

(Ciudad de Buenos Aires)

Médico urólogo y especialista en medicina reproductiva.

Director médico de Procreatee.

Jefe de andrología en el Hospital Italiano de Buenos Aires.

Tesone, Juan Eduardo

(Mar del Plata - Buenos Aires)

Médico UBA (diploma de honor).

Psiquiatra de la Universidad de Paris- XII.

Dr. en Psicología y profesor asociado

de la Universidad de Paris- Nanterre.

Profesor emérito de la USAL.

Miembro titular de la Société psychanalytique de Paris
y de la Asociación Psicoanalítica Argentina.

INDICE

PARTE I

CLASE I

¿Por qué un médico no sexólogo tiene que tener conocimientos de sexología?

Dra. Andrea Elias

CLASE II

Ciclicidad en la mujer y su impacto en la sexualidad.
Embarazo, parto, puerperio y lactancia.

Dra. Sandra Magirena

CLASE III

Diversas formas de vínculo serótico-afectivos.
Salud sexual y diversidad vincular.

Dra. Olga Marega

CLASE IV

Respuesta sexual del varón.

Dr. Alejandro Urresti

CLASE V

Desarrollo sexual en niñez y adolescencia
en el varón.

Dr. Omar Layus

CLASE VI

Respuesta sexual femenina.

Dra. Sandra Magirena

CLASE VII

**Desarrollo sexual en la niñez y adolescencia
en la mujer.**

Dra. Marisa Labovsky

CLASE VIII

**Sexualidades diversas.
Introducción a la salud transgénero.**

Dr. Adrián Helien

CLASE IX

**¿Qué es una disfunción sexual?
Evolución de las clasificaciones en las últimas
décadas, distintos modelos.**

Lic. Lucía Báez

CLASE X

**Diagnóstico y evaluación inicial para saber
cuándoderivar al sexólogo.**

Dra. Amelia del Sueldo

CLASE XI

Redes sociales y sexualidad del futuro.

Dra. Eugenia Bazán Quiroga

CLASE XII

**Qué herramientas terapéuticas
utiliza un sexólogo hoy.**

Dra. Sandra Magirena

CLASE XIII

**Psicoterapia sexológica, qué es
y cómo complementa la actividad médica.**

Lic. Florencia Muchico

PARTE II

CLASE XIV

Sexualidad masculina y fertilidad.

Dr. Gastón Rey Valzacchi

CLASE XV

**Impacto en la sexualidad de la mujer
y los tratamientos de fertilidad.**

Dra. Silvia Ciarmatori

CLASE XVI

Climaterio y sexualidad.

Dra. Rita Caro

CLASE XVII

**Impacto de los tratamientos hormonales
en la sexualidad de la mujer.**

Dr. Pablo Carpintero

CLASE XVIII

Cáncer de mama y sexualidad.

Dra. Daniela Maltagiatti y Dra. Florencia Costa

CLASE XIX

Salud sexual en personas con cáncer.

Dr. Alejandro Urresti

CLASE XX

**La disfunción eréctil como factor
de riesgo cardiovascular.**

Dr. Fernando Cenice

CLASE XXI

Manejo de iPDE-5 por el médico generalista.

Dr. Adrián Momesso

CLASE XXII

**Efecto de la cirugía
prostática sobre la sexualidad masculina.**

Dr. Alejandro Urresti

CLASE XXIII

**Andropausia o declinación de andrógenos
con el envejecimiento masculino.**

Dr. Jonathan Finkelstein

CLASE XXIV

**La nomenclatura psiquiátrica atravesada
por la singularidad de la sexualidad.**

Dr. Juan Tesone

CLASE XXV

**Discapacidad y sexualidad. Cómo abordar el tema
en la consulta médica.**

Lic. Laura Armoa

NUEVO

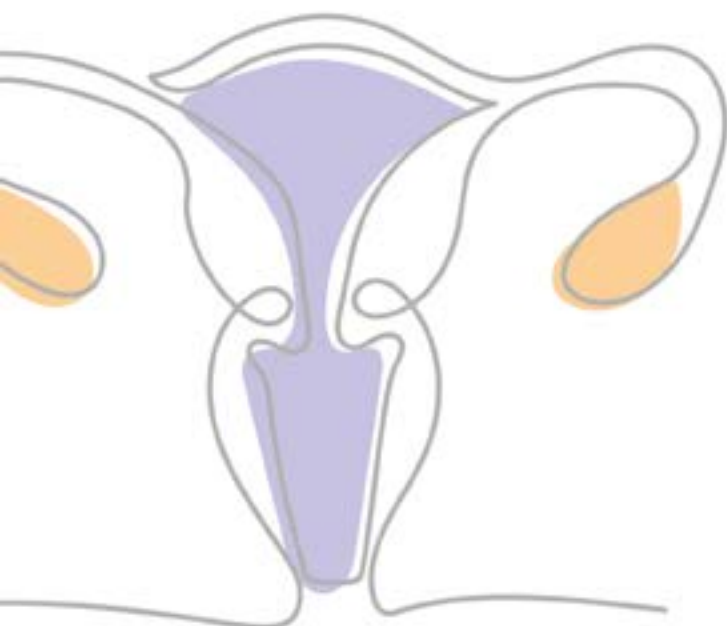
DHEA Fem[®]

PRASTERONA 6,5 MG



ÓVULOS VAGINALES

Mejor salud vaginal y confort sexual



- **Doble acción hormonal**
Se convierte en **estrógenos** y **andrógenos** en las células vaginales.
- **Mecanismo de acción localizado**
Minimiza los efectos sistémicos.
- **Mejora la salud vaginal**
Aumenta las **células superficiales**, disminuye las **parabasales** y equilibra el **pH vaginal** reduciéndolo y favoreciendo así una microbiota saludable.
- **Favorece el confort sexual**
Reduce la **sequedad vaginal** y el **dolor** durante las relaciones sexuales (dispareunia).
- **Seguridad demostrada**
Sin efectos adversos **cardiovasculares**, **oncológicos** ni **endometriales**.

**RÁPIDA
ACCIÓN**

Efectivo en
solo **2** semanas

14 Y 28
OVULOS VAGINALES



Salud Femenina

CASASCO 150 años



PRÓLOGO

La salud sexual es parte integral de la salud general de las personas. Sin embargo, sigue siendo un territorio poco transitado en la formación médica y con escasa presencia en la consulta habitual. La sexualidad rara vez es abordada con naturalidad por parte de profesionales no especializados, y muchos médicos aún carecen de las herramientas necesarias para acompañar a sus pacientes en temas que van desde el deseo y la función sexual hasta los vínculos, el género y la diversidad.

Este libro nace con la intención de acercar los fundamentos de la sexología clínica a los médicos generalistas, ginecólogos y urólogos, brindando contenidos claros, rigurosos y accesibles para mejorar la atención primaria en salud sexual. No se trata de formar sexólogos, sino de proporcionar una guía práctica que habilite la palabra, orien-

te la escucha y facilite una derivación oportuna cuando sea necesario.

La obra se organiza en dos partes y está compuesta por capítulos escritos por referentes argentinos de diversas disciplinas que confluyen en el campo de la sexología.

En la primera parte, se abordan los fundamentos del desarrollo sexual, las respuestas sexuales, la ciclicidad femenina, los modelos de vínculos y los aspectos clínicos generales de la consulta sexológica. Temas como el embarazo y el deseo, las sexualidades diversas, el rol de las redes sociales en las nuevas formas de erotismo, o los criterios para detectar disfunciones y derivar al sexólogo se abordan con profundidad pero con lenguaje claro. También se incluyen capítulos sobre las herramientas terapéuticas actuales y el rol del psico-sexólogo, lo que permite a los lectores compren-

der mejor las posibilidades de acompañamiento interdisciplinario.

La segunda parte se centra en situaciones clínicas específicas que impactan la salud sexual, como el climaterio, los tratamientos hormonales, la fertilidad, el cáncer, la disfunción eréctil, las cirugías prostáticas, la discapacidad, y el envejecimiento masculino. Se abordan además temas de frontera como el impacto de las clasificaciones psiquiátricas sobre la vivencia sexual singular, con una mirada crítica y contemporánea.

Creemos que la sexualidad no es un campo exclusivo del especialista. Toda consulta médica, sin importar su especialidad, puede y debe incluir el bienestar sexual como parte de una atención integral, respetuosa y centrada en la persona. Este libro es una invitación a ampliar la mirada, animarse a preguntar, desarmar prejuicios y construir una clínica más humana.

Agradecemos profundamente a cada autor y autora que aportó su saber y su experiencia a este proyecto colectivo. Esperamos que esta obra sea una herramienta útil, y que contribuya a seguir construyendo una medicina más comprometida con el derecho al placer, la salud y la dignidad de todas las personas.

Dra. Sandra Magirena

Ginecóloga. Sexóloga clínica.

Miembro de la Comisión Científica de la SAGIJ.

Dr. Alejandro Urresti

Médico urólogo. Educador sexual.

Magister en terapia sexual.

Director del Capítulo Medicina Sexual (SAU).

NUEVO

Alagin® Dúo

CLINDAMICINA 100 MG · KETOCONAZOL 400 MG



ÓVULOS VAGINALES

*Elimina las infecciones
vaginales de distinta etiología*

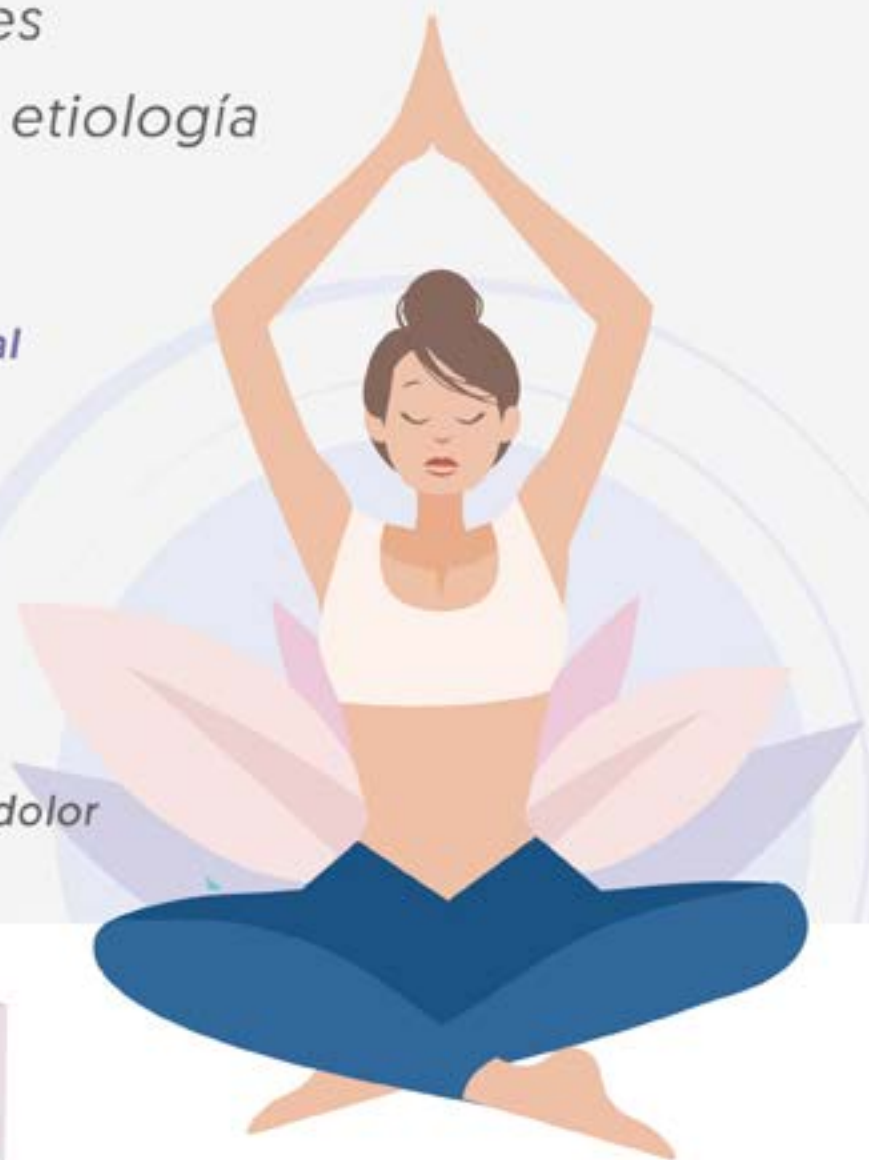
92,5
%

de erradicación de
candidiasis vaginal

84,2
%

de erradicación de
vaginitis mixtas

*Elimina rápidamente los
síntomas de ardor, prurito y dolor*



7 ÓVULOS VAGINALES



Salud Femenina

CASASCO 150
AÑOS

PARTE I

CLASE I

¿Por qué un médico no sexólogo tiene que tener conocimientos de sexología?

Dra. Andrea Elias

Introducción

La Sexología es la ciencia, que aborda el estudio de la Sexualidad, en la cual participan gran número de disciplinas desde el área Biomédica, donde se incluyen la Salud Pública (SP) y las diferentes Especialidades Médicas; y desde el área Social y Humanística, como Derecho, Psicología, Pedagogía, Sociología, Antropología, Comunicación, Historia y Filosofía. Es multidisciplinaria e integrativa, y su finalidad es el estudio, abordaje y tratamiento de la problemática sexual del ser humano, y fomentar el desarrollo armónico y equilibrado del individuo en sus intervenciones como ser social, en

una lucha constante contra prejuicios, estereotipos y costumbres de la sociedad. Tiene como fin, el asesoramiento, la terapia y la educación.

Iwan Bloch, uno de los fundadores de la Sexología, publicó en 1908 la primera revista dedicada a la misma como ciencia, luchando contra la criminalización de las relaciones eróticas entre hombres, sosteniendo que los problemas psicológicos que pudieran tener los homosexuales, no eran intrínsecos a su orientación sexual, sino consecuencia del clima social de persecución y la vida de ocultamiento. Según Sigmund Freud, los estudios de Bloch fueron fundamentales en el desarrollo del enfoque antropológico de la teoría de la sexualidad, ya que antes del mismo la homosexualidad se analizaba desde un enfoque patológico.¹

Definiciones:

Sexualidad, Sexo y Salud Sexual

Para comenzar nos tendríamos que preguntar qué es la Sexualidad y si es lo mismo que sexo.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) “es un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida. Abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vivencia y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales, influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales” (OMS, 2006).²

A pesar de ser una parte integral de la personali-

dad, todavía muchos la reducen, desde un enfoque biologicista, sólo a nuestros genitales. Creen que es sólo tener relaciones sexuales (RS), sin embargo abarca nuestro cuerpo, sentimientos, emociones y está ligada a la identidad. Vivimos y sentimos la Sexualidad a lo largo de la vida, desde que nacemos hasta que morimos y tiene que ver con la manera de movernos, vestirnos, expresarnos y relacionarnos con los demás. Se construye a través de la interacción entre la persona y las estructuras sociales.³

Es muy amplia y variada. Cada persona la vive y la expresa de manera diferente, de acuerdo a las distintas edades y etapas que atraviesa; según las costumbres y creencias de nuestra familia y nuestro entorno. Si bien es fundamental en nuestra vida, muchas veces tenemos dificultades y vergüenza para hablar de nuestra Sexualidad, apareciendo los silencios, mitos, fantasías, etc.⁴

Si satisfacemos ciertas necesidades humana básicas, como el deseo de contacto, intimidad, expresión emocional, placer, comunicación, afectividad (ternura, amor), bienestar; expresándose con respeto, confianza e igualdad, viviremos nuestra sexualidad y nuestra vida en plenitud.

La Sexualidad es diversa y no debemos perpetuar-nos en una visión coitocéntrica y heterosexual. Significa hablar de afecto y vivencia sin rangos y jerarquía personales, de todas las edades, orientaciones sexuales, identidades de género, discapacidades (físicas, psíquicas o sensoriales); de multiculturalidad, de procedencia urbana o rural. Más que de una Sexualidad, deberíamos hablar de Sexualidades.⁵

Una visión reduccionista limita su esencia y sus amplias posibilidades. En busca del placer, es necesario favorecer el autoconocimiento, ya que si

la persona no se presta atención a sí misma, no se conecta con su “yo interior”, difícilmente podrá llegar a tener una buena autoestima. Es imposible amar aquello que no se conoce.⁶

Graciela Morgade, Doctora en Ciencias de la Educación y Especialista en ESI, menciona en uno de sus libros que Michel Foucault sostenía que “la represión sexual de la Era Victoriana, había logrado hacer de la Sexualidad un discurso omnipresente”. “De la sexualidad no se hablaba, pero estaba y está en todas partes”. Según la autora, “la sexualidad estaba y está en todas partes, porque es una dimensión de la construcción de la subjetividad que trasciende ampliamente el ejercicio de la genitalidad, o una expresión de la intimidad”⁷.

Masters y Johnson la definen como “un fenómeno pluridimensional que comprende aspectos biológicos, psicosociales, conductuales, clínicos,

morales y culturales; y ninguna dimensión de la sexualidad, tomada aisladamente, tiene validez universal”.⁸

Si bien el término “sexo” se utiliza como sinónimo de actividad sexual, (por ej., tener ‘sexo’), la OMS define al Sexo como “las características biológicas y fisiológicas que definen a hombres y mujeres⁹, mientras que el “género”, es una construcción social y cultural, que puede coincidir o no con el sexo biológico, por lo cual “hombre” y “mujer” son categorías de sexo, mientras que “masculino” y “femenino” son categorías de género^{9, 2}.

La Salud Sexual (SS), según la OMS, es “un estado de bienestar físico, emocional, mental y social en relación a la Sexualidad, y no solo como la ausencia de enfermedad o disfunción o incapacidad. La SS requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad, así como la posibilidad de tener

experiencias sexuales placenteras y seguras (prevención de Infección de Transmisión Sexual-ITS y Embarazos no deseados), libres de toda coacción, discriminación y violencia” (OMS, 2006^a)², con la libertad de tener hijos, (cuando se desea) o no, con lo cual supone el derecho de las personas a elegir métodos anticonceptivos seguros, eficaces, accesibles, y de tener acceso a Servicios de Salud adecuados que aseguren embarazos y partos sin riesgos y den a las personas las máximas posibilidades de tener hijos sanos (Salud Reproductiva-SR).¹⁰

Para que la SS se garantice, logre y se mantenga², las Organizaciones Internacionales reconocen una serie de Derechos Sexuales como Derechos Humanos fundamentales, universales, inalienables, que deben ser respetados, protegidos y cumplidos, garantizando el derecho a la libertad, a la equidad, a la privacidad, al placer, a una Educación Sexual Integral (ESI), y a la Atención Sanitaria de la SS.²

Los Derechos Humanos están por encima de los valores culturales, por lo cual si una costumbre de una cultura va en contra de un derecho humano, como en el caso de la práctica de la mutilación femenina, es necesario cambiar el valor cultural.⁹

Los Derechos Sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y ejercidos a plenitud.²

¿Qué conocimientos tiene el médico no Sexólogo de Sexualidad?

A pesar de la alta prevalencia de las Disfunciones Sexuales, (DS) rara vez se presta atención a los problemas de SS, en la consulta cotidiana.

La Sexualidad, está directamente relacionada a la SS, es decir a la salud y el bienestar de las personas. Las DS, junto al riesgo de ITS, (entre las causas de disfunciones), producen una disminución

de la calidad de vida física y psicológica, que los médicos observamos tanto en el ámbito ambulatorio como hospitalario.¹¹

Es necesario incorporar dentro de la anamnesis, en la elaboración de la Historia Clínica, (HC), un espacio para abordar inquietudes relacionadas a la Sexualidad, ya que los pacientes muy frecuentemente desean y necesitan discutir de esta temática con su Médico de Cabecera, Médico de Atención Primaria, (MAP), o Tratante ya sea Clínico, Gineco-Obstetra, y todas las especialidades a las que concurra.¹¹

Las barreras limitantes como la falta de tiempo, la falta de formación del personal de salud, las propias dificultades del paciente y del médico (miedos, deseos, sentimientos y prejuicios) para plantear esta temática, debido a la privacidad de la esfera sexual, hace que perdamos la oportu-

nidad de darle “un espacio” en la consulta, por considerarlo además, un aspecto menos relevante que otros. Es necesario seguir fomentando la formación y el abordaje de la SS en la Consulta Médica en General.¹²

Publicaciones demuestran el poco espacio dedicado a la consulta sexológica en la consulta diaria

Un estudio suizo demostró que al 90% de los encuestados les gustaría que su médico les preguntara sobre su sexualidad, para recibir consejos sobre prevención, pero sólo el 40,5% afirmó haber tenido alguna vez una conversación “sobre su vida sexual en general” con un médico.¹³

El Estudio Global de Actitudes y Comportamientos Sexuales (GSSAB), investigó diversos aspectos del sexo y las relaciones, a través de una encues-

ta realizada a 27.500 hombres y mujeres de entre 40 y 80 años de 29 países, donde solo el 9%, que concurren por consultas médicas de rutina, fueron interrogados por su SS en los últimos tres años y menos del 19% habían intentado buscar ayuda médica al respecto.^{14, 15}

En el año 2015, la OMS, publicó, con posterior traducción por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en el 2018, el informe “Comunicaciones breves relacionadas con la sexualidad (CBS)”, donde se plantea que los trabajadores de salud en general, carecen de la formación necesaria a la hora de abordar aspectos relacionados con la Sexualidad, sugiriendo a los responsables de toma de decisiones de políticas de Salud capacitar a los profesionales en el área de SS.¹⁶

En el 2004 y en el 2017, se realizó en España un Estudio descriptivo, analítico, multicéntrico, con

2 cortes transversales, para describir cómo se aborda la sexualidad en las consultas de los Médicos de Familia (MF), comparando los resultados y actualizando datos. Si bien la mayoría reconoce la importancia de la Sexualidad en la Salud de las personas, pocos lo registran en forma sistemática en las HC, donde se demuestra que la principal barrera encontrada es la escasez de tiempo, seguida de la falta de formación, algo que no difiere mucho en el 2017 con respecto al estudio de 2004, aunque reconocen un aumento de propuestas de formación continua, fuente fundamental de formación.¹²

Una encuesta publicada en 2018 en la Revista de Ginecología y Obstetricia a sobrevivientes de cánceres ginecológicos, reveló que al 74% de los pacientes les interesaba hablar sobre SS con el equipo terapéutico, aunque el 62% nunca habían discutido el efecto del cáncer del tracto genital en

la Sexualidad. Tal vez esto se deba a que el Personal de Salud en general, se sienta incómodo al hablar sobre temas de Sexualidad y SS por la falta de capacitación y habilidades para abordar las inquietudes de los pacientes²; vergüenza al hablar de sexo ³; preocupación por ofender o avergonzar al paciente ⁴; subestimación de la prevalencia de disfunciones sexuales⁵; y subestimación del impacto que tienen las quejas sexuales en la salud y el bienestar del paciente ¹⁷.

¿Por qué un médicx no sexólogx, tiene que tener conocimientos de sexología?

Sabemos el impacto que tiene la Sexualidad en la calidad de vida, por lo cual tenemos que tener claro el concepto de DS, que es la ausencia o modificación de una o varias fases de la respuesta

sexual: deseo, excitación, orgasmo y resolución, que impiden o dificultan el disfrute satisfactorio de la Sexualidad¹⁸, de seis meses como mínimo de duración, adquirido o de por vida, generalizado o situacional, provocando malestar clínicamente significativo en el individuo.¹⁹

La etiología de las DS es multidimensional, donde se combinan la biología y los factores psicológicos y sociales.²⁰

Los profesionales sanitarios tienen la responsabilidad de ayudar a las personas a mejorar sus habilidades para vivir una sexualidad plena, ya que al mejorar la calidad de salud, mejora el bienestar físico y el aspecto general del individuo; actuando como un factor protector de la salud.^{12, 21, 22}

En un estudio, se evaluaron 22.654 participantes de 55 años o más, donde 55% de hombres y 45%

de mujeres sexualmente activos, tenían indicadores positivos de salud física, social y emocional; con una buena calidad de vida.²³

En esa misma publicación, se observó que las condiciones de salud física y mental tienen asociaciones muy similares con la inactividad sexual en hombres y mujeres, aumentado el riesgo e incidencia de cáncer, problemas de vejiga e intestino, cirugía mayor, mala visión, problemas de salud mental, Enfermedades Cardiovasculares (ECV) y sus factores de riesgo (FR), (diabetes, hipertensión, Colesterol alto), como así también pérdida de audición y demencia en los hombres, afecciones dermatológicas, problemas con las articulaciones, los huesos o la espalda, problemas gastrointestinales, abuso de alcohol, cuidado de heridas crónicas y enfermedades de las encías en las mujeres.²³

La actitud positiva hacia la sexualidad tiene un efecto protector coronario, sin aumento de riesgo de ACV isquémico y, según algunas publicaciones, con una leve protección de esta última.²⁴

También con la excitación sexual y el orgasmo, se activan componentes del sistema inmunológico innato mejorando el recuento de linfocitos CD (células asesinas naturales-NK).²⁵

La actividad sexual favorece la neurogénesis en el hipocampo y disminuye los niveles de ansiedad.²⁶

Como mencionamos, existe una amplia correlación entre las DS y bajo nivel de calidad de vida, y también con enfermedades como: cáncer, cardiopatías, hipertensión (HTA), diabetes (DBT), enfermedades metabólicas; terapias utilizadas para tratar tales padecimientos, tanto quirúrgicas (mastectomía, orquiectomía, etc.) o médicas

(citostáticos, antihipertensivos, antidepresivos IRSS, etc.), así como también factores psicológicos (problemas de autoestima, de ansiedad, y sobre todo de depresión), asociados a la propia enfermedad.^{27, 28}

Estos trastornos sexuales pueden ser síntomas centinela en pacientes portadores de enfermedades crónicas no diagnosticadas, que en la consulta no lo plantean abiertamente, por lo que el médico tiene que considerarlo.²⁹

Como ejemplo tenemos la Disfunción Eréctil (DE), (Trastorno de la excitación sexual masculina), que en la mayoría de los casos de DE orgánica se asocia a FR vascular como DBT, hipercolesterolemia, HTA y tabaquismo.

La DE está relacionada con la Cardiopatía Isquémica (CI) y se debe considerar una oportunidad

para abrir una “ventana terapéutica temprana” de la enfermedad arterial coronaria asintomática, ya que puede predecir entre 3 y 5 años un evento cardiovascular, debido a mecanismos fisiopatológicos que incluyen la inflamación, la disfunción endotelial y la aterosclerosis. Existe una relación bidireccional, donde los pacientes con Enfermedad Cardiovascular (ECV), son más propensos a presentar DE y aquellos con DE tienen más probabilidades de desarrollar ECV. La DE de origen vascular es un marcador independiente de riesgo de ECV y puede revelar la presencia de enfermedad vascular subclínica en un individuo asintomático.³⁰

La DE debe ser considerada como la punta de un gran iceberg, como un síntoma de una condición sistémica y no como una entidad nosológica aislada.²⁷

La HTA no controlada presenta también problemas en la vida sexual, por lo que es de suma im-

portancia que todo médico que trate a pacientes hipertensos, se familiarice con las DS.^{31, 32}

En el caso de la mujer, el trastorno de excitación se manifiesta como alteración en la lubricación vulvovaginal, la congestión de los genitales (reducción del flujo sanguíneo hacia la región pélvica) y la sensibilidad de los genitales. Este trastorno genera discomfort en la actividad sexual, como la necesidad de mayor tiempo para alcanzar la excitación y lograr el orgasmo, y puede estar asociado a lesión vascular (alteración en la irrigación), una disfunción neurológica o un desequilibrio o deficiencia hormonal como el Sme urogenital de la menopausia, causado por el hipoestrogenismo, lo que puede conducir al coito doloroso y disminución del deseo.³³

El asesoramiento y una intervención terapéutica puede resolver muchas de las demandas sobre

problemas sexuales, sin necesidad de ser terapeuta sexual, pero sí se debe tener información sexual científica, poner en práctica cotidianamente las habilidades comunicativas que tenemos como profesionales, y la oportunidad de realizar una reflexión personal de la importancia de la Sexualidad y la SS.

Las intervenciones no se deben centrar exclusivamente en la prevención de los riesgos, sino que se han de realizar dentro de una visión positiva de la Sexualidad. Por lo cual es fundamental la formación científica para desterrar mitos e ideas erróneas, que muchas veces generan malestar en los pacientes y su manera de vincularse; promover una sexualidad saludable y realizar intervenciones ayudando al bienestar psicológico, emocional, promoviendo el erotismo, y la comunicación en el caso de que tengan una pareja o un vínculo.³⁴

En general, cuando se aborda alguna temática relacionada con Sexualidad, los profesionales de la salud hablan sólo de prevención de riesgos, Dx de ITS y embarazos no planificados; dejando de lado otras inquietudes que tienen los pacientes sobre su SS, debido a la escasa educación que han recibido.³⁵

“PLISSIT”, es el Modelo de abordaje de la Consulta Sexológica, propuesto por el sexólogo J. Annon en 1976, sencillo y fácilmente adaptable a la consulta clínica diaria, avalado por la comunidad científica, que puede ser utilizado por cualquier especialidad.

Es el acrónimo de 4 niveles de intervención, cuyas siglas están en inglés: permiso (permission, P), información Limitada (Limited Information, LI), Sugerencias Específicas (Specific Suggestion SS) y Terapia Intensiva (Intensive Therapy, IT).^{34, 36}

Se avanza de nivel a medida que se complejiza el motivo de consulta.

Es fundamental que el profesional se encuentre sensibilizado, durante el interrogatorio, si hablamos de detectar DS y tenga una escucha receptiva y empática. Se debe comenzar con la concesión del Permiso (P), ya que las otras etapas, están respaldadas por la primera.¹⁵ Conceder “permiso” crea un clima de comodidad, confianza, permitiendo que el paciente pueda exponer sus problemas sobre Sexualidad, habilitarlo a que plantee sus dudas, reducir el alcance de su preocupación; ya que muchas veces es producto de escasa información.

El profesional debe asesorar, para que los pacientes puedan mejorar su calidad de vida. Muchas veces el paciente, al comprender lo que le sucede, no necesita pasar a otros niveles del Modelo, ya que no llega a ser una DS.

Debido a que muchos problemas sexuales son

causados o mantenidos por la ansiedad, los sentimientos de culpa, los miedos, y la inhibición, el hecho de que el profesional permita al paciente expresar sus preocupaciones ayuda a disminuir la ansiedad y “normalizar” la sexualidad, reduciendo el alcance de la preocupación del paciente.^{34, 36}

La Información Limitada (LI), es información limitada a temas y dudas puntuales sobre Sexualidad, desmitificando información errónea, mitos, falsas creencias, que generan ansiedad, miedos, culpa, inhibición. Debido a que hay una cantidad significativa de información disponible, los sexólogos deben aprender qué temas sexuales desean discutir los pacientes, ya que muchos vienen abrumados por tanta información, a veces engañosa, que se conoce como “infodemia” (información-epidemia), distante de ser “precisa, veraz y confiable” (Dr Elías Hurtado Hoyo, 2021).

Se instalan líderes de opinión, que pueden influir en la comunidad distorsionando la “información científica”, lo cual en la era digital se amplifica y propaga rápidamente, sumado al mal uso de las redes sociales.³⁷ Muchas inquietudes pueden resolverse durante las consultas con el MAP o Médico tratante, sin necesidad de ser derivado a un especialista en Sexología, ya que los problemas que se plantean, muchas veces no representan una DS.

El tercer nivel son las Sugerencias Específicas (SS), donde es necesaria la intervención de unx sexólogox, con conocimiento profundo de la psicopatología sexual y su tratamiento, ya que abordamos los distintos tipos de DS, y el cuarto y último nivel es la Terapia Intensiva (IT), tratamiento especializado, donde el sexólogo trabaja con los pacientes junto a otros profesionales de la Salud Mental y Médica, para el tratamiento de problemas subyacentes más profundos y complejos.

Este Modelo se abordará en profundidad en el trascurso del Libro.

Unas palabras acerca de la Educación Sexual Integral (ESI), Ley 26150

Pediatras, como Médicos de Familias, Ginecólogos que vemos niños/as, adolescentes y jóvenes, tenemos la obligación de trabajar esta Ley desde distintos ámbitos.

El Programa Nacional de la ESI, fue creado por la Ley 26150, (sancionada en octubre-2006), con el propósito de “garantizar el derecho a recibir educación sexual integral en todos los establecimientos educativos del país, de gestión estatal y privada, en todos los niveles y modalidades”³⁸, con el objetivo de orientar el desarrollo integral de niños, niñas, adolescentes y jóvenes y además, promover el trabajo articulado con centros

de salud, organizaciones sociales y familias, comunidad y escuelas.

Debemos saber desarrollar en la consulta los saberes y habilidades de los cinco ejes conceptuales en los que se trabaja en ESI: el cuidado del propio cuerpo; la valoración de las emociones y de los sentimientos en las relaciones interpersonales; el reconocimiento de la perspectiva de género; el respeto de la diversidad; y el ejercicio de los derechos concernientes a la sexualidad.

El objetivo de la ESI es promover actitudes responsables ante la Sexualidad, impartiendo medidas preventivas relacionadas con la Salud, la SSyR; procurar igualdad de trato y oportunidades para todas las identidades de género y orientaciones sexuales de las personas.



Fig 1: Mirta Marina, “Ejes de la ESI. Módulo 1”. Postítulo Actualización Académica en ESI”. Inst Nacional de Formación Docente. 2022.

Conclusiones

La gran mayoría de los profesionales de la Salud no ha tenido formación académica sobre Sexualidad, encontrándose con falta de recursos ante las demandas de sus pacientes, dejando pasar muchas veces “oportunidades perdidas” de diagnosticar patologías ocultas asintomáticas detrás del síntoma sexual.

El abordaje de los problemas sexuales resulta imprescindible, ya que la Sexualidad es fundamental en la salud y el bienestar de las personas. Los profesionales sanitarios tienen la responsabilidad de ayudar a las personas a mejorar sus habilidades para vivir una sexualidad plena, contribuyendo a mejorar su SS, su calidad de vida y como consecuencia su Salud en general, desde una mirada integral, mejorando el bienestar físico y el aspecto general del individuo; no solo centrarnos en la prevención de FR, sino también en realizar una visión positiva de la Sexualidad. Por lo cual considero fundamental incorporar en la currícula de la Carrera de Ciencias Médicas, la ESI, dentro de la incorporación de temáticas de Sexualidad, para tener un enfoque más humanístico e integral en la atención de las inquietudes y problemas Sexuales.

Bibliografía

¹ <https://sexologiaenredessociales.wordpress.com/2013/06/24/historia-sexologia-iwan-bloch-1872-1922/>

² https://who.int/es/health-topics/sexual-health#tab=tab_2

³ Blanco Angeles, Rubio N, Tomás Gaspar P, Protocolo de Intimidad y Privacidad, 2- Por qué y para qué un protocolo de intimidad y privacidad?, Pag 7, 2021, Edita: Confederación Aspace, Madrid.

⁴ Nina Zamberlin y Fabián Portnoy, Tu cuerpo, tu salud, tus derechos, Salud Sexual y Reproductiva, Guía sobre salud sexual y reproductiva, 2a ed, Buenos Aires: Fondo de Población de Naciones Unidas. UNFPA, mayo 2010. Pag 11-13.

⁵ Infante Ana, Módulo I: Hablemos de Sexualidad(es), Y tú qué sabes de “eso”, Manual de Educación Sexual para jóvenes, Diputación de Málaga, Servicio de Juventud y Deporte, 2009, Pag 28.

⁶ García Nora, De qué hablamos cuando hablamos de Sexualidad, Revista Estar Bien N° 48 pag 24,25, marzo 2019, España, (ONG Debra, Piel de Mariposa)

⁷ Graciela Morgade, Toda educación es sexual : hacia una educación sexuada justa, Presentación, 1° ed, La Crujía Ediciones, 2011, Pag 9,10, Buenos Aires,

⁸ González Fulgueira, M et al, Ciencia, Sociedad Y Sexualidad, Revista Información Científica; Vol 26, N° 2 (Año 2000), Pag 2.

⁹ Promoción de la salud sexual, Recomendaciones para la acción, OPS, Guatemala 19 al 22 de mayo de 2000.

¹⁰ Salud Sexual y Reproductiva, Diccionario Enciclopédico de la Legislación Sanitaria Argentina (DELS), 03/2017.

¹¹ Jessica Ruck , Maria Pramberger , Isabelle Späth, Anne Simmenroth , Janina Zirkel, “¿Y cómo voy a preguntar sobre esto?” – Introducción del curso “anamnesis sexual” en la enseñanza entre pares para estudiantes de medicina en Würzburg, GMS J Med Educ 2023; 40(1):Doc10).

¹² Rojo-Villaescusa C, Zarco-Montejo J, Evaluación del abordaje de la sexualidad en las consultas de atención primaria en España: estudio comparativo multicéntrico (2004-2017), Sociedad Española de Medicina de Familia. (SEMERGEN) 48 (2022) (5) 323---333.

¹³ Meystre-Agustoni G et al,. Talking about sexuality with the physician: are patients receiving what they wish? Swiss Med Wkly. 2011 Mar 8;141.

¹⁴ Moreira ED Jr, et al, GSSAB Investigators' Group. Help-seeking behaviour for sexual problems: the global study of sexual attitudes and behaviors. Int J Clin Pract. 2005 Jan;59(1):6-16.

¹⁵ Pellegrino José A, Valente Silvina, Tatti Silvio, Sexualidad y salud sexual Revista de la Asociación Médica Argentina, Vol. 134, Número 2 de 2021.

¹⁶ Comunicaciones breves relacionadas con la sexualidad. Recomendaciones para un enfoque de salud pública, Washington, D.C, OPS; 2018. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO

¹⁷ Rosalind Boa, Seija Grénman, Psychosexual Health in Gynecologic Cáncer, Int J Gynecol obstet 2018; 143 (suppl. 2): 147–152).

¹⁸ López-Torres Hidalgo J. La detección de las disfunciones sexuales en Atención Primaria, *Aten Primaria*. 2012 Sep;44(9):525-6.

¹⁹ Guía de Consulta de Los Criterios Diagnósticos Del DSM 5. Arlington, VA: Asociación Americana de Psiquiatría, Paf 278, 291, 2013.

²⁰ Correa M. Factores orgánicos relacionados con la disfunción sexual femenina. *Revista Sexología y Sociedad*, Vol 20 (1), 2014, Cuba.

²¹ Paz Marcela, Salud mental: Su impacto en la salud sexual y reproductiva, Universidad San Sebastián, Septiembre 2016, Chile.

²² Luis Arrondo, José, La sexualidad supone disfrutar, comunicarse, sentirse mejor y estar más sano *Rev Inter de Andr*, Vol (6). N°4.pág 260-264 (Octubre 2008), España.

²³ Bach LE, Mortimer JA, VandeWeerd C, Corvin J. The association of physical and mental health with sexual activity in older adults in a retirement community. *J Sex Med*. 2013 Nov;10(11):2671-8.

²⁴ Ebrahim S, et al, Sexual intercourse and risk of ischaemic stroke and coronary heart disease: the Caerphilly study, *J Epidemiol Community Health*. 2002 Feb;56(2):99-102.

²⁵ Haake P et al, Effects of sexual arousal on lymphocyte subset circulation and cytokine production in man. *Neuroimmunomodulation*. 2004;11(5):293-8.

²⁶ Salud Sexual en el hombre, SEMERGEN, jun 2014, Edit, G Saned, Madrid.

²⁷ Cómo cuidar la SALUD Sexual y prevenir las disfunciones, <https://drsantiagocedres.com.uy/wp-content/uploads/2020/10/Como-prevenir-las-disfunciones-sexuales.pdf>.

²⁸ Abdullah Hashmi, MD, Explicación de la disfunción sexual posterior al tratamiento del cáncer de mama, Medscape, 16 de julio de 2022.

²⁹ Angel Alonso Álvaro, Sexualidad y enfermedades crónicas, Revista Internacional de Andrología, Vol 5, Issue 1, 2007, Pag 22-28, ISSN 1698-031X,

³⁰ Masson W et al, ¿Cómo evalúan los cardiólogos la actividad sexual de sus pacientes? Arch Cardiol Mex, Abr 2022 ;92(4):484-491.

³¹ Manolis A, Doulas M. Sexual dysfunction: the 'prima ballerina' of hypertension-related quality-of-life complications. J Hypertens. 2008 Nov; 26 (11):2074-84.

³² Saigitov RT, Glezer MG, Effect of arterial hypertension on sexual health of men and their quality of life. Results of BOLERO study,. Kardiologiya. 2009;49(9):44-50. Russian.

³³ Trastorno de la excitación genital femenina, Sexual Medicine Society North America (SMSNA).

³⁴ Francisca Molero Rodríguez, Counseling en sexualidad femenina y masculina, EDICIONES MAYO, S.A. 2014, Madrid, pag 4-6).

³⁵ La sexualidad en la consulta médica, Agosto, 2020 Océano Medicina Magazine, Editorial Océano, Bs As.

³⁶ Introducción al Modelo PLISSIT, para el trabajo con dificultades y problemas sexuales, agosto 2022, Academia Digital

de Psicología y Aprendizaje ADIPA, Santiago de Chile.

³⁷ Elías Hurtado Hoyo et al, La educación y la salud son derechos sociales pero también una responsabilidad de todos los ciudadanos, Revista de la Asociación Médica Argentina, Vol. 134, Número 4 de 2021.

³⁸ Programa Nacional de Educación Sexual Integral (ESI)- Ministerio de Educación de la Nación <https://www.argentina.gob.ar/educacion/esi>.

CLASE II

Ciclicidad en la mujer y su impacto en la sexualidad.

Dra. Sandra Magirena

La ciclicidad en las mujeres se refiere al conjunto de cambios hormonales y fisiológicos que ocurren a lo largo del ciclo menstrual.

Es esencial comprender esta dinámica para abordar adecuadamente diversas cuestiones de salud en las pacientes y sobre todo su sexualidad.

El ciclo menstrual se divide típicamente en cuatro fases: la fase menstrual, la fase folicular, la ovulación y la fase lútea.

Cada una de estas fases está regulada por fluctuaciones en los niveles de hormonas como el estrógeno, la progesterona, la hormona luteinizante (LH) y la hormona folículo-estimulante (FSH).

Durante la fase menstrual, los niveles hormonales son bajos, lo que provoca la descamación del revestimiento uterino y la menstruación. A medida que avanza el ciclo hacia la fase folicular, los niveles de estrógeno aumentan gradualmente, lo que estimula el crecimiento de un nuevo folículo ovárico.

La ovulación ocurre aproximadamente a mitad del ciclo, cuando un folículo maduro libera un óvulo hacia las trompas de Falopio. Este evento está regulado principalmente por un aumento en los niveles de LH.

Después de la ovulación, entra en juego la fase lútea, caracterizada por un aumento en la producción de progesterona. Esta hormona prepara el revestimiento uterino para la posible implantación del óvulo fecundado.

Si la fertilización no ocurre, los niveles hormonales disminuyen nuevamente, lo que desencadena la menstruación y da inicio a un nuevo ciclo.

Es importante tener en cuenta que estas fluctuaciones hormonales pueden influir en una variedad de aspectos de la salud de la mujer, desde el control de la fertilidad hasta el manejo de síntomas asociados con el ciclo menstrual, como el síndrome premenstrual (SPM) y trastornos del estado de ánimo.

Mucho se ha estudiado la relación de estos movimientos hormonales y la respuesta sexual humana, ya que en los animales la sexualidad está íntimamente relacionada con el estro, momento en que biológicamente la hembra está preparada para ser fecundada y receptiva al cortejo.

En una publicación realizada por el equipo del Dr.

Caruso de la Universidad de Catania¹ se investigó la actividad sexual de mujeres en diferentes etapas del ciclo sexual sin intervención médica ni de problemática en la respuesta sexual y se pudo observar en una muestra de 1970 mujeres heterosexuales, una correlación entre la actividad de los esteroides sexuales (estrógeno y andrógenos) cíclicos y el deseo sexual, siendo también influido este por la presencia o no de partenaire, es decir que la influencia de la ciclicidad está presente, además de los factores contextuales.

Durante el embarazo, el parto y el período posparto (puerperio), se producen cambios significativos en la ciclicidad hormonal de la mujer para apoyar el desarrollo del feto, el parto y la recuperación posterior al parto.

Durante el embarazo, los niveles de hormonas como el estrógeno y la progesterona aumentan

considerablemente para mantener el revestimiento uterino y apoyar el crecimiento del feto. Estas hormonas también desempeñan un papel crucial en la preparación del cuerpo para el parto al relajar los músculos uterinos y facilitar la expansión del útero a medida que avanza el embarazo.

Al acercarse el parto, los niveles de ciertas hormonas, como la oxitocina y las prostaglandinas, aumentan para desencadenar las contracciones uterinas necesarias para el proceso de parto. La oxitocina también está involucrada en la estimulación de la producción de leche materna durante el período posparto.

Después del parto, durante el puerperio, los niveles hormonales fluctúan nuevamente a medida que el cuerpo de la mujer se adapta a la falta de embarazo. La progesterona disminuye gradualmente, lo que puede contribuir a la contracción uterina y al retorno del útero a su tamaño y posición pregestacional.

Durante este período, también puede haber cambios en los niveles hormonales asociados con la lactancia materna. La succión del bebé estimula la liberación de prolactina, que promueve la producción de leche, mientras que la oxitocina ayuda en la eyección de la leche durante la alimentación.

Es importante tener en cuenta que estos cambios hormonales durante el embarazo, el parto y el puerperio pueden variar de una mujer a otra y pueden influir en una variedad de aspectos de su salud física y emocional. Por lo tanto, es fundamental que los profesionales médicos estén al tanto de estos cambios y proporcionen un cuidado integral y personalizado a las mujeres durante este período.

Si repasamos en el capítulo sobre respuesta sexual cómo los neurotransmisores y hormonas impactan en las distintas áreas del cerebro podremos

comprender que durante el embarazo , puerperio y lactancia, las condiciones emocionales y contextuales de la mujer se verán fuertemente atravesadas por estos ciclos biológicos, lo cual va a repercutir sobre la sexualidad , y muchas veces se trata de acompañar el proceso y no de patologizar algo que va a transcurrir en cada una de manera personal y particular.

Pero veamos con más detalle qué es lo que pasa durante el embarazo.

Si nos enfocamos en el tema que nos convoca, nos enfrentamos en primer instancia a una carga de mitos que tiñen la sexualidad de la embarazada: La madre como modelo intocable, la pureza del amor maternal, lo incondicional de ese amor, la fragilidad femenina en su máxima expresión y muchos otros mitos más que por supuesto concluyen en que el embarazo es una condición de asexualidad o al menos no se le habilita el permiso.

Podríamos escribir catálogos sobre los modelos mujer madre / mujer amante como si esta asociación fuese imposible de encontrar (o soportar).

El otro concepto que a veces pesa sobre esta función es que la cultura suele marcar el embarazo en el contexto familiar.

Y no todas las culturas lo viven igual, por ejemplo en casi 20 sociedades las relaciones sexuales están prohibidas durante el embarazo, pero en la mayoría de estos grupos los matrimonios son poligámicos.

Mientras que en las sociedades que se rigen por los matrimonios monogámicos la cosa es diferente.

Imaginemos en esta monogamia obligatoria de la pandemia a un hombre que no tenga sexo por 9 meses.

En muchos textos obstétricos antiguos, se proscribía el sexo entre las 6 y las 12 semanas.

Otros se referían al efecto nocivo de las relaciones sexuales durante todo el embarazo: Efectos contraproducentes de tener orgasmos y la eyacuación intravaginal por la supuesta acción de las Prostaglandinas del semen en la contractilidad uterina.

Ahora, si nos detenemos a mirar la fisiología en primer plano, ¿qué vemos?

- Mayor vasocongestión pélvica, que mejora la plataforma orgásmica
- Descongestión más lenta, menor alivio de tensión
- Mayor lubricación vaginal
- Desarrollo y aumento del volumen mamario
- Despreocupación por la fertilidad
- Mayor deseo

Entonces, la realidad nos muestra que el sexo durante el embarazo estaría hasta provocado por los cuerpos gestantes.

Siempre y cuando estemos en la condición de aceptación de ese embarazo, la mujer se encuentra en un momento sumamente erótico, donde su cuerpo le brinda un escenario de amplia percepción de sensaciones placenteras.

Esto dependerá además de su contexto, de su nivel de conexión y disfrute y de cómo comparte la sexualidad con su pareja.

Desde el punto de vista anatómico, la vagina y la vulva son estructuras muy irrigadas y con una amplia red de terminales nerviosas sensoriales.

El nervio vago, tan importante, al igual que el pudendo y el pélvico se encuentran altamente vascularizados durante la etapa de gestación.

La zona primaria de percepción y mapeo erótico de los cuerpos de las mujeres, según estudios neurobiológicos, se encuentra en los órganos genitales, principalmente en el clítoris y sus cuerpos esponjosos.

La vasocongestión se ve favorecida por el embarazo y esto genera mayor sensación vulvar y perineal, lo que facilita la fase excitatoria y los orgasmos.

Por supuesto que una cosa es lo que pasa a nivel físico y otra a nivel emocional; muchas mujeres y más aun cuerpos gestantes vivirán su sexualidad según su estado emocional y su proceso individual.

Cuerpos gestantes que deciden procrear pero que no pueden aceptar los cambios corporales que produce el embarazo estarán más en conflicto a la hora de conectar con el placer.

Creo que es oportuno traer en este texto las diferentes formas de expresión afectiva que podrían surgir en una mujer que desea su embarazo, en otra que no, o en un cuerpo gestante que desea su hijo pero siente mucho discomfort con los cambios corporales.

El embarazo se puede acompañar de malestares gástricos, náuseas y vómitos. Hay una mayor predisposición a candidiasis vaginales, lo que puede hacer más incómodas las relaciones sexuales y a medida que la gestación avanza, la turgencia mamaria y el peso del abdomen pueden dificultar algunas posturas.

En una encuesta realizada a 103 embarazadas se obtuvieron los siguientes resultados a 32 ítems:

- El interés sexual de la mujer se mantiene constante con un leve descenso en el 3º trimestre.

- Número de coitos, desciende en 2º y 3º trimestre.
- Mayor dificultad en lograr orgasmo con penetración; 2º y 3º trimestre: sexo oral, menor hacia la mujer.
- Mayor autoestimulación en la mujer.
- El deseo aumenta en el 3º trimestre a pesar de la disminución en la actividad.
- Aumento de sueños eróticos
- Posturas Andrómaca y lateral
- En general se sienten más satisfechas

Todo dependerá de la escala de valores , los estados emocionales , el vínculo de pareja si es que está, y el deseo de maternar.

La presencia o no de disfunciones sexuales también dependerá del nivel de educación sexual de la pareja o la embarazada.

¿Por qué algunas mujeres pierden el deseo?

“En el primer trimestre mi deseo era casi cero porque me sentía muy cansada y lo único que quería era dormir. En contraposición mi pareja reclamaba más que nunca. Calculo que le costaba entender este cambio tan repentino en mí cuando además mi cuerpo externamente no se había modificado aún.”

Síntomas asociados al primer trimestre:

- Náuseas, vómitos, sueño, síndrome de adaptación.
- Aceptación del nuevo esquema corporal
- Conflicto mujer deseante / madre , fantasía infantil: las mamás no tienen sexo .
- El deseo de tener el hijo.

¿Y qué pasa con las parejas?

“Miedo a romper la bolsa (qué iluso, jejeje), a aplastar mi panza, a algo así, como que había alguien más presente, y a que empezaran las contracciones de parto.”

¿Qué dicen los hombres?

- Sentirse excluido en la diada madre/hijo
- Temor a que el pene dañe algo del bebé
- Temor a que se desencadene el parto con la penetración
- Temor ante el erotismo de una madre

Se enfrenta a un cuerpo que desea y teme

¿Cómo funciona la intimidad en la pareja?

Dependerá del contexto previo y de cómo se construyó el espacio erótico en el vínculo.

Podemos encontrarnos con mujeres deseantes pero no permisivas, hombres no atraídos por el cambio corporal, disfunción sexual por alteración de roles complementarios, mayor frecuencia de disfunción eréctil .

Ambxs enfrentan una crisis, de oportunidad de

descubrir nuevas formas de amar, explorar zonas, ser creativxs en las posturas, la penetración como un desafío adaptativo, descubrir nuevos escenarios y estar despreocupadxs por la anticoncepción, lo cual baja el estrés considerablemente.

¿El médicx obstetra habla de sexo?

“...la verdad es que no tuvimos temores. Nos avisaron que podía haber pequeños sangrados y entonces no nos asustamos cuando pasaba.”

Lxs medicxs solemos centrarnos en los problemas y nos cuesta enfrentarnos a preguntas que ni imaginamos podrían hacernos, por ejemplo si hay indicación médica de restricción de sexo, ¿qué otra práctica estaría permitida?

Reforzar la actividad no coital para fortalecimiento de la intimidad y recreación sexual de la pareja puede ser una buena estrategia para sortear miedos y prejuicios.

¿Y qué pasa con el erotismo en el embarazo?

A veces cuesta luchar contra las creencias impuestas de que la mujer embarazada es como una virgen intocable y asexuada: todo lo contrario. Puede ser un momento de alto contenido sensual para explorar.

La Lic. Viviana Tobi, publicó un libro llamado “Fotos embarazosas”, donde mujeres no modelos posaron para esta muestra con alto contenido erótico, poniendo de manifiesto esta dicotomía de maternidad vs pureza, erotismo vs censura.

Luego del parto sobreviene la etapa denominada puerperio o “cuarentena” (nombre que hoy cobra una significancia particular).

Es el momento en que comienza a plantearse un escenario diferente, donde la irrupción del nuevo ser cambia las rutinas. Para la gestante se esta-

blece en el plano de la realidad esta disyuntiva de ser madre o ser mujer.

Evidentemente, la realidad vuelve a imponer fuertes cambios corporales y aparecen nuevamente las sensaciones encontradas a nivel físico.

La dinámica familiar cambia y todos deberán acomodarse asumiendo nuevos roles.

La que acaba de parir ya no puede estar plenamente entregada al placer y estar “entera” en la relación.

El sexo se convierte en un escenario de presión mujer/amante/madre.

Y hay un cambio en la percepción del placer en la sexualidad, que se centra más en el bebé y en la lactancia, como si la libido y el goce hicieran un vi-

raje a esta nueva diada, aunque, como dijimos al comienzo de este artículo, no siempre esto ocurre. En este punto quiero poner en la reflexión el tema tan cuestionado del “instinto materno”. En lo personal creo que la aceptación del hijx depende de la construcción que se generó durante la gestación y del contexto en el que se concibió el embarazo, si fue intencional, deseado o no.

En este tema hay disidencias entre autores. Algunos como Catherine Dolto, consideran que durante la gestación se construye un vínculo necesario para el neurodesarrollo del niñx que si no ocurre podría generar dificultades afectivas al neonato.

Myriam Szejer, médica psiquiatra, quien dirige, desde hace 25 años, un Diplomado en Psiquismo y Perinatología en la Universidad de París, habla de “abandonos recetados” refiriéndose a las técnicas de reproducción para gestar para otrx, como la subrogación de útero.

De la misma manera, los trabajos sobre Programming fetal señalan una fuerte relación entre las emociones de la madre y la programación del eje hipotálamo hipófiso gonadal del niño que, mediado por el cortisol materno, podría generar desequilibrios en el eje psicoimmunoneuroendocrinológico luego del nacimiento.

Las sociedades y culturas le ponen un contenido sexual a la lactancia que también confunde a la hora de retomar la sexualidad. Hemos visto con asombro censurar o criticar a las mujeres que amamantan en la vía pública.

El dilema pues, que se plantea a la hora del postparto es cómo poder amalgamar las energías que nos ponen en los diferentes roles: mujer, madre, amante.

¿Qué vemos en la consulta?

La presión social y del vínculo muchas veces exige a la mujer que se cuestione como un problema la falta de deseo en el postparto.

Y acá podríamos decir que nadie patologizaría de falta de deseo a una puérpera, pero ¿hasta cuándo es “normal”?

La falta de deseo podría estar relacionada con la fuerte carga libidinal de la diada madre/ niñx.

También tendremos que considerar qué pasa con la pareja; si es hombre es posible que se sienta excluído de ese vínculo y esto genere dificultades de encontrarse en la intimidad.

La lactancia puede afectar zonas erógenas que jugaban un rol preponderante previamente.

Luego de un parto natural , la recuperación de la tonicidad del piso pélvico podría generar enlentecimiento orgásmico.

Si hubo desgarros o episiotomía , puede quedar como secuela dolor o sequedad vaginal que requieran de una consulta médica y tratamiento.

Muchas mujeres luego de lograr el hijx deseado, manifiestan un dolor o dispareunia esencial que las aleja del coito y esto muchas veces no tiene sustrato orgánico.

La vulvodinia esencial es un cuadro bastante frecuente y de difícil manejo que requiere de terapia sexual, kinésica y a veces farmacológica.

Otro elemento a evaluar en la consulta por falta de deseo luego del parto es cómo se establecieron las rutinas familiares y la distribución de espacios en el hogar.

Si hay colecho, si se recuperaron espacios de intimidad, y cómo se reparten las tareas domésticas y de crianza suelen ser a veces factores mantenedores de la no recuperación del espacio erótico .

Entonces, ¿cómo deberíamos incluir la consejería en sexualidad durante y después del embarazo?

El profesional tendrá que considerar la necesidad de incluir los significados y los sentimientos que la maternidad despierta en cada mujer en particular e individualmente y cómo eso puede o no interferir en el ejercicio de su sexualidad, entendida y vivenciada exclusivamente por ellas en la relación sexual con la pareja con la que convivan, en cada contexto y en cada curso de vida.

Hablemos de amor y de sexo en las consultas,

libre y claramente sin rodeos, con lenguaje accesible y con escucha atenta.

El embarazo es un hecho fisiológico que no siempre es bienvenido.

La sexualidad de la mujer es compleja.

El respeto por creencias y temas contextuales de las mujeres y parejas es un DEBER de los profesionales de la salud.

La consejería en Salud Sexual y Reproductiva se refiere a eso... hablar de Salud y no de Enfermedad.

Bibliografía

- Salvatore Caruso, Md, Carmela Agnello, Md, Chiara Malandrino, Md, Lucia Lo Presti, Md, Carla Cicero, Md, And Stefano Cianci, Md.

- Research Group For Sexology, Department Of Medical Surgical.
- López L, Olmos N J. Sexualidad en el embarazo. Estudio Prospectivo. 31(4):219-230.
- Adapted From Visualization Courtesy Of: Alexander Tsiaras, Anatomical Travelogue Inc., Nyc
- Falicov Cj. Sexual Adjustment During First Pregnancy And Post Blúmel M, Binfa L, Cataldo P, Carrasco A, Izaguirre1h, Osarrá S. Índice De La Función Femenina.
- Función Femenina: Un Test Para Evaluar La Sexualidad De La Mujer. Rev. Chil. Obstet.
- Vivenciando la lactancia. La Sexualidad en La Maternidad: Nakano, A. M. S. As Vivências Da Amamentação Para Um Grupo De Mulheres: Nos Limites Do Ser "O Corpo Para O Filho" E De Ser "O Corpo Para si". 2003. 145 F. Tese (Livre Docência) - Escola De Enfermagem De Ribeirão Preto, Universidade De São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

CLASE III

Diversas formas de vínculos erótico-afectivos. Salud sexual y diversidad vincular.

Dra. Olga Marega

Persona, individualidad, diversidad.

Hoy en día, nos llegan a la consulta de cualquier especialidad personas diversas que vivencian distintos escenarios afectivos, eróticos, y sexuales.

Las personas construyen su personalidad sexual de una manera individual, única e irrepetible; y este es el principio de la diversidad que se muestra en los distintos contextos de vida, en todas las edades y géneros.

Es muy importante que valoremos los conceptos de persona, individualidad y diversidad, a la hora

de interpretar las realidades que se muestran en los escenarios diversos de las formas de amar, de formar vínculos (mas allá de la pareja), y de tener prácticas sexuales (mas allá de la relación sexual).

Los controles médicos, el adelanto de la ciencia, las prácticas de estilos de vida saludables, han aumentado la expectativa de vida más allá de 80 y 90 años generando nuevos desafíos y necesidades humanas.

Los nuevos derechos sexuales, reproductivos y leyes que tienen las personas actualmente (anticoncepción segura y confiable, ley de ligadura tubaria, ley de aborto, ley de matrimonio igualitario, ley de identidad de género, etc.), facilitan la puesta en escena de nuevas vivencias individuales y vinculares.

La independencia social y económica de muchas mujeres, les permite separarse de parejas disfuncionales o violentas y construir otros vínculos.

Toda esta diversidad llega a nuestra consulta como profesionales de la salud de cualquier especialidad, y deberíamos ser muy cuidadosos para evitar dañar a las personas por sentirse no entendidas o discriminadas.

También debemos saber que lo que las personas muestran sobre los vínculos afectivos y sexuales, no siempre se corresponde con la realidad. Podemos atender a dos personas que se presentan como una pareja heterosexual y asumir que tienen prácticas sexuales solo entre ellos. O podemos ir más allá de lo que muestran y dicen, y contemplar la posibilidad de que uno de ellos o ambos, puedan mantener prácticas sexuales con otras personas, en secreto entre ellos (varón,

mujer, o trans). O también podrían practicar vínculos consensuados entre ellos (poliamorosos o swinger) pero secretos para el profesional de la salud, por temor a ser mal juzgados.¹

Diversidad en las formas de amar.

Las formas diversas de expresar amor, deseo, atracción y enamoramiento que utilizan las personas, nos sorprenden no solo por su variedad al mostrarse, sino también al interpretarse.

Escuchamos en distintos ámbitos frases referidas a las formas de amar: “te amo, te quiero, te deseo, me excitas pero no te amo, te quiero pero no estoy enamorado, las quiero a las dos, a uno lo amo y al otro lo deseo, los quiero a los dos pero de distinta manera”, etc. Y muchas otras se muestran casi como una constante de la vivencia

humana a través de los tiempos y culturas, que nos llevan a concluir que el concepto absoluto para definir el amor no existe.

Diversas formas de expresión según las edades, los géneros, las costumbres y las generaciones construyen la realidad humana.

En otros tiempos históricos, las personas respondían a modelos sociales de comportamientos afectivos y sexuales muy distintos a los actuales. Así, las modalidades clásicas de vínculos erótico-afectivos estaban referidas solo a las parejas solteras o casadas de orientación heterosexual, y la presencia de un tercer vínculo erótico o afectivo unido a la diada estaba reservada al amigo o amiga (vinculo solo afectivo sin atracción erótica), o al amante (vinculo erótico sexual) de uno de los miembros de la pareja, mantenido en secreto.

En la actualidad las cosas han cambiado y se viven otras realidades, algunas se muestran de forma explícita, y otras todavía en secreto. En muchos ámbitos el principio “te amo para toda la vida”, se cambió por el de “te amo hasta que dure”, ya que toda la vida juntos puede ser muy larga.

Las personas por lo general se definen dentro de estas nuevas realidades, aunque muchas todavía siguen adheridas al modelo clásico, de manera voluntaria, o forzada por no poder elegir otra opción. Es importante desde nuestro lugar profesional respetar la forma que utilizan para definir el vínculo.

Vínculos formados por dos personas

Los vínculos de a dos se muestran bajo la clási-

ca modalidad pareja, que es adjetivada por sus integrantes como estable u ocasional. Es necesario preguntar el significado para ellos de pareja (afectiva, sexual, sexual-afectiva), y también estable u ocasional. No siempre coinciden, pero para la mayoría la pareja ocasional (sexual o sexual-afectiva) solo mantiene encuentros sexuales esporádicos, sin compromiso afectivo y social, que son atributos de la estable.

El concepto general de pareja incluye para la mayoría de las personas la exclusividad sexual manteniendo vínculos sexuales monógamos.

También se la llama monogamia serial, ya que la persona mantiene la exclusividad mientras perdure, y cuando se rompe esa pareja, mantiene la monogamia con otra.

Algunas personas dicen que no tienen pareja y solo practican encuentros sexuales o afectivo se-

xuales ocasionales con otras personas llamadas amigovios (sería un híbrido entre amigo y novio), amigos con derecho, etc. Cada cultura hace sus propias definiciones de acuerdo a como lo signifiquen. Las personas adultas mayores definen de manera diferente a los encuentros sexuales ocasionales fuera del contexto de una pareja, que las adolescentes.

Vínculos formados por más de dos personas

Las parejas abiertas son las que acuerdan tener vínculos sexuales con otras personas rompiendo el contrato de exclusividad sexual, evitando decepciones por traiciones y mentiras. Se consideran más honestas porque cuando se sienten atraídos por otras personas, no se reprimen y tienen sus encuentros sexuales sin necesidad de engañar. No suelen conocer a la otra persona.

Otra modalidad de vínculo de más de dos personas se muestra cuando uno de los integrantes tiene vínculo sexual y/o afectivo con un tercero en secreto. es decir, tiene un affair o amante.

En ambos casos, la orientación sexual e identidad de género de la tercera persona incluida en el vínculo consensuado o en secreto, es diversa. El Poliamor (poli/muchos en griego, y amor/amor en latín) es la práctica definida por mantener más de una relación sexual amorosa al mismo tiempo, al menos entre tres personas, con el conocimiento y consentimiento de todas.

Las personas están unidas por lazos emocionales y valores como confianza, respeto, honestidad, formas de comunicación y negociación. La relación es consensuada, ética y responsable como no monógama. Rechazan la idea de que la exclusividad sexual en una relación amorosa sea ne-

cesaria para que sea profunda y duradera, como en general lo define la sociedad occidental.²

El poliamor constituye un término paraguas que engloba distintas formas de relaciones no monógamas, o también llamadas multi parejas o no exclusivas.

Lo cierto es que más allá de estar o no de acuerdo, las variaciones humanas sobre las formas de amar y tener vivencias eróticas interpersonales, existen.

Algunos autores describen: poliandria (una mujer-varios varones), monogamia (una mujer-un varón), poliginia (un varón-varias mujeres), y sostienen que mientras la poliginia y poliandria son encontradas en algunas sociedades, la mayoría de las personas viven en matrimonios monogámicos pero no siempre con exclusividad sexual.³

A pesar de los estudios realizados sobre las relaciones sexo-amorosas, no se ha llegado a un con-

senso unánime sobre el modelo natural de vínculo erótico afectivo humano, ya que las culturas muestran una gran diversidad.

En las sociedades contemporáneas se pueden observar sistemas de uniones monógamas y poliámoras, y prácticas sexuales que ocurren fuera o dentro del matrimonio. Y a la diversidad de formas descritas, deberíamos agregar la diversidad de interpretaciones que hacen las personas sobre las mismas.

Realizando una revisión de la literatura antropológica, algunos trabajos han encontrado que la poligamia está socialmente sancionada en la mayoría de las culturas. Y que reconocen a la monogamia como el tipo de unión prevalente, considerando al vínculo de pareja como una condición omnipresente de las relaciones de apareamiento humano.⁵

Algunas personas se definen swingers cuando solas o con su pareja mantienen un vínculo sexual consensuado con otras personas solas o con otras parejas. Por lo general la pareja primaria pone reglas para cumplir con la persona o personas que deciden sumar a su espacio sexual. Ejemplo: no tener encuentros sexuales individuales, no realizar manifestaciones afectivas, respetar la confidencialidad, respetar el no como respuesta cuando se nombra, etc. Es muy importante que mantengan acuerdos claros entre ambas partes (pareja primaria y personas sumadas al vínculo sexual), para evitar celos y rupturas ante la falta de consenso mutuo.¹

La diversidad

Y podríamos seguir sumando variaciones al listado de vínculos diversos afectivo-erótico-sexua-

les, e incluso hacer nuevos. Lo cierto es que la diversidad, como en tantos órdenes de la vida, no merece ser juzgada ni discriminada. Como profesionales de la salud deberíamos adoptar una actitud empática, respetuosa, inclusiva y atenta a escuchar muy cuidadosamente los relatos que nos traen las personas a la consulta prestando atención a sus sentimientos y consensos, más allá de las anécdotas y relatos. Porque la falta de consenso entre ellos marca la diferencia entre la aceptación u obligación.

Muchas veces las parejas dicen que hay consenso mutuo en tener una pareja abierta, o al poliamor o a la practica swinger, pero lo cierto es que uno acompaña la voluntad del otro para no perder la pareja. Esto puede generar un conflicto sexual y originar anorgasmia, disfunción eréctil, o inhibición del deseo. Muchas veces las personas llegan a la consulta cuando se genera el conflicto dentro

de los vínculos poliamorosos. Una de las razones más frecuentes es cuando se rompen unilateralmente los acuerdos, cuando se generan celos, o cuando uno de los miembros del grupo solo acepta para no perder a la persona que ama, o ser abandonado, o generar una situación de violencia. Según mi experiencia profesional sobre la temática esa debería ser nuestra función.

Mucho se ha debatido en distintos espacios científicos si la monogamia es natural o cultural. Al observar las conductas de apareamiento en otras especies, cuando mantienen vínculos monógamos lo hacen con el propósito de cuidar la cría y el territorio, como en el caso de las aves. El pájaro macho le lleva comida y agua al pico de la hembra mientras está en el nido con los huevos. El pingüino macho cuida los huevos y su territorio mientras la hembra se aleja para traer la comida. Y también la diversidad se muestra en las razones de la necesidad de compartir:

Algunas personas se preguntan la razón sobre la necesidad que tienen algunas personas de compartir el amor y la sexualidad, siendo que para la mayoría es terreno de la exclusividad sexual y emocional entre dos.

Está demostrado que las personas deberían asumir un rol activo para descubrir y empoderar su rol de persona erótica y sensual, pocas veces reconocido por la mayoría de las culturas. Se enseña sobre el rol de ser una buena madre, hija, esposa, profesional, o el rol de ser un buen padre, hijo, esposo, profesional, pero nadie educa sobre el rol de ser un buen amante para tener prácticas sexuales satisfactorias, consensuadas, respetuosas y libres de coerción. Se educa sobre métodos anticonceptivos pero nunca sobre habilidades de seducción, de comunicación erótica a través de los sentidos. Se muestra pornografía pero no se habla de la intimidad, de la autoestima

sexual, del lenguaje de la piel, ni de las condiciones a respetar sobre el juego placentero y seguro con la zona anal, entre otras prácticas.⁴

Muchas personas desarrollan hábitos erotofílicos sobre la sexualidad adoptando una actitud positiva, y se hacen responsables de generar espacios y tiempos para enriquecer su erotismo de diferentes formas. La práctica sexual compartida podría ser una de ellas para algunas parejas.

Algunos autores han examinado las asociaciones entre la comunicación de pareja, la intimidad, la satisfacción sexual y la satisfacción de la relación, las diferencias de género, utilizando a la pareja como unidad de estudio.⁵

Y han revelado que los aspectos emocionales y sexuales de la intimidad en las relaciones de pareja son muy diversas.

La experiencia profesional indica que para mantener el deseo sexual en una pareja, sobre todo si transita mucho tiempo de convivencia, se deben tomar un rol activo en modificar los hábitos de seducción. Una propuesta efectiva es recurrir al juego para innovar los escenarios eróticos, creando nuevas formas de seducción y comunicación sensual y sexual.⁶

Algunas parejas pueden utilizar el recurso de intercambiar prácticas sexuales con otras personas, como una modalidad renovadora de su repertorio erótico sexual.

Conclusión

Hemos recorrido un largo camino y atravesado distintas estaciones de vínculos diversos. ¿Qué es lo importante de todo esto? Como profesionales

de la salud que podríamos ser consultados por personas que tienen problemas afectivos y /o sexuales que se vinculan a través de algunos de los escenarios mostrados, debemos tener presente el concepto de SALUD SEXUAL. Especialmente a su referencia sobre el estado de bienestar bio-psi-co-social de la persona, y no solo a la ausencia de disfunciones.

A veces las personas se sienten culpables por realizar prácticas, o tener vínculos anormales, o atípicos, y nos consultan por eso preguntándonos si es “normal” lo que hacen.

Sabemos que el concepto de normalidad en sexualidad es muy relativo a variables estadísticas (lo que hace la mayoría de la gente) y sociales (lo que hace la gente en base a la norma o mandato social indicado). Es normal estar desnudo en una playa nudista pero no en un parque de la ciudad.

En los vínculos sexuales entre personas adultas se consideran adecuadas y aceptables las prácticas que se realicen para el mutuo placer, en un contexto de intimidad, sin causarse daño, y bajo el consenso voluntario de las personas.⁵

Bajo estas pautas debemos basar nuestra atención y educar sobre los derechos sexuales que tienen las personas, que respetan la dignidad humana.

Por un lado el derecho al placer permite explorar e innovar, pero también el derecho a decir no a la coerción, cuando se sienta incomodidad y disgusto.

Este cuidado del bienestar de su salud sexual es la llave que tiene la persona para abrir o cerrar el arca de los tesoros del placer.

Lo importante, insisto, es evaluar cómo se siente (bienestar-malestar) y la presencia de acuerdo o consenso entre todas las personas integrantes del vínculo, ambos miembros de la pareja y/o más.

Bibliografía

¹ Marega Olga. E-book: Terapia del amor 2. Terapia de pareja. SYE ediciones. En sitio: www.sexualidadyeducacion.com Argentina, 2021/ <https://www.amazon.com/dp/B09FGZXW7J>

² Georgios A. Orfanidis. Polyamory (Polygamy and Polyandry. Department of Theology, Faculty of Theology, Aristotle University of Thessaloniki, Thessaloniki, Greece / © Springer-Verlag GmbH Germany, part of Springer Nature 2019

³ Ryan Schacht, Karen Kramer. Are We Monogamous? A Review of the Evolution of Pair-Bonding in Humans and Its Contemporary Variation Cross-Culturally. Department of Anthropology, East Carolina University, Greenville, NC, United States. 2Department of Anthropology, University of Utah, Salt Lake City, UT, United States. *Front. Ecol. Evol.*, 17 July 2019.

⁴ Olga Marega. E-book. Decime qué te gusta de lectura y audio sobre educación sensorial para realizar en pareja. Sye Ediciones. www.sexualidadyeducacion.com Argentina 2012 / <https://www.amazon.com/Decime-qu%C3%A9-gusta-ejercicios-comunicaci%C3%B3n-ebook/dp/B008WUCND2/>

⁵ Hanna Ho. Couple Communication, Emotional and Sexual Intimacy, and Relationship Satisfaction- Published. *Journal Sex and marital Therapy*, January 2011

⁶ Olga Marega. Decime qué te gusta. Juego de cartas dirigido a parejas adultas para crear escenarios de seducción lúdicos e innovadores. Sye Ediciones. www.sexualidadyeducacion.com

com Argentina 2012. <https://www.amazon.com/Decime-gusta-trav%C3%A9s-juego-Juego-ebook/dp/B009583VGS>

⁷ Marega Olga. E-book: Terapia del amor 1. Terapia sexual breve. SYE ediciones. www.sexualidadyeducación.com Argentina, 2021/ <https://www.amazon.com/dp/B09FFY6JTW> .

SOBRE LA AUTORA:

Dra. Olga Beatriz Marega.

Médica. MP. 92193.

- Especialista en Sexología clínica (FLASSES). Master en Sexualidad Humana.
- Especialista consultora en Obstetricia-Ginecología.
- Miembro de Comité de nomenclatura de FLASSES (Federación Latinoamericana de Sexología y Educación Sexual)
- Coordinadora ASSES Filial La Costa (Asociación Argentina de Sexología y Educación Sexual)
- Docente de Facultad de Ciencias Médicas de Universidad UNICEN, Argentina.
- Directora de Cursos online organizados por las sociedades científicas: SOGBA, AAPEC, AASES, SOGIBA, FASGO.

- Autora de libros, e-books, workshops, artículos.
- Co-directora SYE – Centro Online Educactivo:
www.sexualidadyeducación.com

CLASE IV

Respuesta sexual del varón.

Dr. Alejandro Urresti

La fisiología sexual, ignorada por la mayoría de los libros de texto que nos formaron durante años a los profesionales de la salud, a los mismos que la gente pone siempre en el lugar del supuesto saber, no deja de ser un tema actual, apasionante, en continua evolución del conocimiento científico y por desgracia, en muchas oportunidades generador de falsas creencias o “mitos sexuales modernos”.

Describiremos la Respuesta Sexual Masculina (RSM) poniendo énfasis en las particularidades fundamentales que la diferencia de la Respuesta Sexual Femenina (RSF) y la importancia de éstas en la generación de disfunciones sexuales.

A la clásica descripción lineal de la respuesta sexual masculina (RSM) de cuatro fases descrita por W. Masters y V. Johnson y las posteriores modificaciones producto de los aportes de Helen Kaplan, principalmente la introducción de la “fase de deseo” y la fase de “acercamiento” o “relacional” descrita por el investigador colombiano Helí Alzate, cuando analizamos la respuesta sexual del varón estamos obligados también a describir la fisiología de la respuesta eréctil. Esto se debe a que la erección representa un evento “extraordinariamente llamativo” consecuente a la excitación sexual del varón, que requiere de la misma para la penetración. Este evento, definido por algunos como el centro de atención del encuentro sexual o “la estrella” como alguna vez lo hemos presentado en diferentes disertaciones, tiene fundamentales consecuencias en diferentes aspectos de la identidad del varón que merecen ser detallados y que han sido muy bien conceptualizados por la Sociedad Americana de Urología (AUA)⁽¹⁾:

“Ningún otro aspecto del funcionamiento de los seres humanos toca tantos componentes de la identidad de un varón ni alcanza este grado de complejidad.”

Esto se explica principalmente por lo que representa el simbolismo de la erección: la virilidad y sensación de hombría, su imagen corporal, sus valores, las expectativas de su pareja sexual, fertilidad, capacidad de seducción, autoestima y hasta incluso factores como el poder y el machismo, afectan directa o indirectamente al varón que no consigue una erección.

Por lo tanto, la respuesta sexual del varón se debe estudiar tanto desde los modelos clásicos y sus modificaciones como desde particularidades que la hacen especialmente apasionante:

1. La respuesta eréctil
2. El complejo fenómeno del orgasmo/eyaculación/PR.

Modelos clásicos

Como se mencionó anteriormente, los modelos lineales de Masters y Johnson incluían las siguientes fases de la Respuesta Sexual Humana (RSH) tal como se denominó su primer libro⁽²⁾, obra fundamental para el nacimiento de la Sexología como ciencia moderna:

1. Fase de excitación: caracterizada principalmente por la erección, pero con la presencia también de otros hechos fisiológicos como el aumento de la temperatura corporal, midriasis, aumento de la frecuencia cardíaca y la presión arterial, secreción uretral preseminal, etc.

2. Fase de Meseta: el nivel de excitación se mantiene en un punto alto y relativamente estable que facilita el goce sexual y es característico de la relación coital.

3. Fase de orgasmo: durante la misma el hecho más evidente es la eyaculación, emisión de semen impulsado por contracciones rítmicas de los músculos perineales que facilitan la descarga seminal desde la uretra posterior hasta el exterior. La descarga simpática produce un aumento marcado de la frecuencia cardíaca y la presión arterial y una fina capa de sudor puede cubrir el cuerpo.

4. Fase de Resolución: Durante esta cuarta fase se produce otro fenómeno que vamos a describir con detalle más adelante: el “período refractario”.

Una fase previa, siguiendo este esquema, fue propuesta por Helen Kaplan hacia los años 80 del siglo pasado, la “fase de deseo”. Fase caracterizada fisiológicamente por la acción de las hormonas (principalmente Testosterona) que según describe Kaplan, representa el “tono basal” necesario desde donde comienza cada relación sexual. (Fig. 1 y 2)

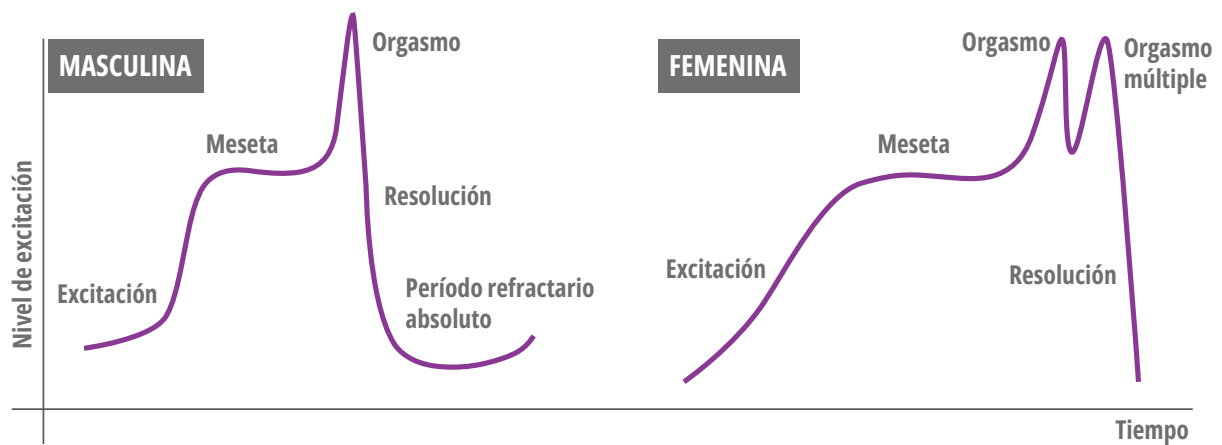


Fig. 1. Modelo de RSH de Masters & Johnson



Fig.2 El modelo de H. Kaplan se basaba en que estas tres fases serían las generadoras de disfunciones sexuales.

Finalmente, Helí Alzate, en su libro “Tratado de Sexualidad Humana” (3) describe que una relación sexual nunca podrá ser posible sin una “Fase

de acercamiento” previa, a lo que llamó “Fase Relacional”. Su descripción se debió, según él mismo expresa, a las múltiples consultas recibidas en su práctica médica diaria, en las que si bien no se podía identificar disfunción sexual alguna descrita hasta ese momento que impidiera la actividad sexual, la dificultad de algunas personas para relacionarse, acercarse, generar vínculos, seducir, etc, se constituía frecuentemente en una verdadera barrera a sortear.

Sin embargo, son sin dudas los estudios más actuales de Rosemary Basson, ginecóloga y sexóloga, denominados “modelos circulares de respuesta sexual” (fig. 3) los que más consenso han generado en la comunidad científica. Si bien primariamente fueron descritos para la respuesta sexual femenina, se reconoce que son aplicables también a los varones. El centro del modelo circular es “la intimidad” como factor fundamental

para el estímulo del deseo y la excitación que generará placer sexual, lo que a su vez será el estímulo para volver a la intimidad generando más deseo sexual a través de la “recompensa” que representa el placer logrado y cerrando de esa manera el círculo. El modelo es obviamente aplicable a la RSM siempre y cuando se tenga en cuenta la importancia de la erección en el placer masculino, tanto como medio para consumir la penetración y/o la relación sexual tal como lo tiene internalizado, como así también para generar estímulo erótico sobre su propia persona y su pareja tal como hemos mencionado anteriormente.

De nuevo, la erección representa un fuerte estímulo sexual para el varón y su partenaire.^{4,5}

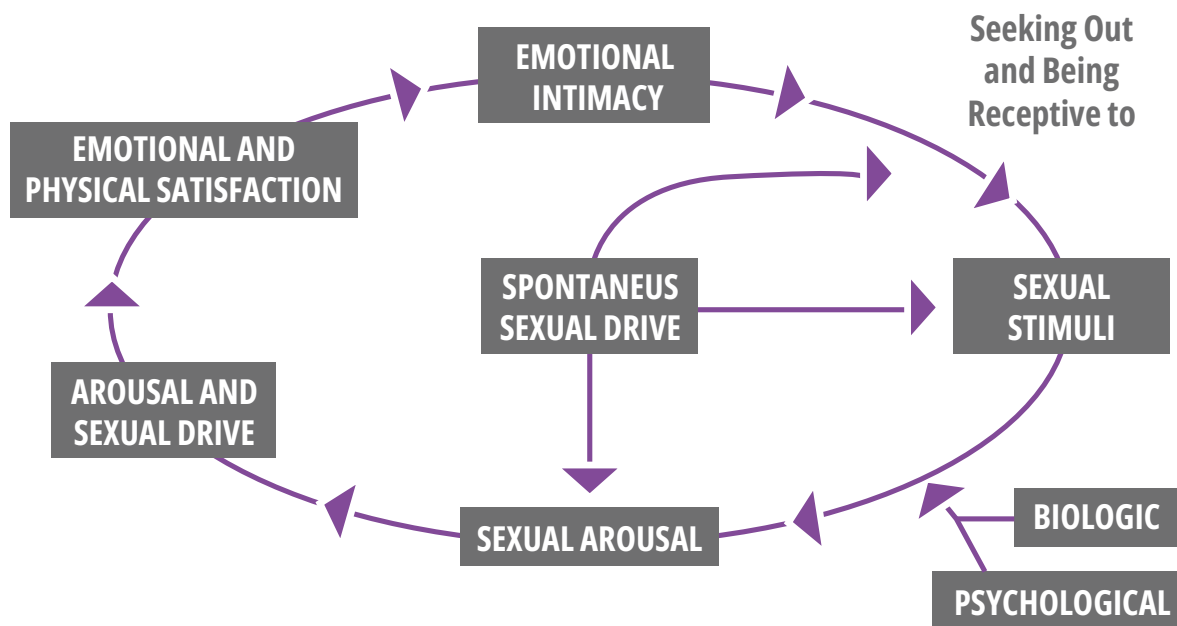


Fig. 3. Modelo circular de RSH de R. Basson.

Erección peniana: ¿la estrella del acto sexual?

La respuesta sexual masculina posee un evento extraordinariamente llamativo que ha llevado incluso a ser considerado para muchos “la estrella de la relación sexual”: LA ERECCIÓN.

La erección puede originarse como un acto consciente, reflejo, psicológico o aún durante el sueño. Esto se debe a la complejidad de la inervación

peniana. Intervienen para ello el sistema somático- sensorial, simpático dorsolumbar, parasimpático sacro y el hipotálamo en el SNC.

La erección psicógena es el resultado de los estímulos imaginarios, fantasías sexuales y memoria emotiva, sin la necesidad de intervenir los órganos de los sentidos.

La erección refleja es el resultado del estímulo sensitivo transmitido hacia la médula sacra. El estímulo táctil sobre los receptores de Krause - Finger situados sobre todo en el glande y en menor número en la piel del pene, escroto, periné y región perianal, desencadenan la erección refleja a través de la vía N. Pudendo, nervios sensitivo-motores que llevan fibras parasimpáticas sacras (S2-S4).

La erección que acompaña a las relaciones se-

xuales es una compleja combinación de estímulos psíquicos, percepciones sensoriales y mecanismos psicoafectivos recopilados previamente por el SNC y transmitidos hacia el pene a través del centro simpático dorsolumbar y el plexo hipogástrico (nervio erector- vía eferente parasimpática).

Las erecciones nocturnas utilizan estas complejas vías de manera todavía no muy esclarecida, pero se sabe que para que ocurran es necesaria la participación de Testosterona y son signos de indemnidad fisiológica del sistema de la erección, siendo fundamentales en el diagnóstico diferencial de las disfunciones sexuales ya que su presencia en duración y rigidez puede ser medida mediante estudios realizados durante el sueño, (Test de Tumescencia Peniana nocturna o TPN) lo que supone ausencia de efectos psicológicos intervinientes.

La erección se produce fundamentalmente por la relajación del músculo liso de los cuerpos cavernosos del pene, asociado al aumento del flujo sanguíneo arterial facilitado por la liberación de neurotransmisores, principalmente:

- La célula endotelial (endotelio vascular, verdadero órgano endócrino por sí mismo) aportará Oxido Nítrico (ON) proveniente de la síntesis a partir de L-Arginina (Ver fig 4)
- La terminal colinérgica aportará Acetilcolina, neurotransmisor necesario para la síntesis de ON sintasa y de Prostaglandina E1 que actuará en la vía del ATP-AMPC.
- La terminal NANC (no adrenérgica, no colinérgica) aportará ON como neurotransmisor que actuará en la vía del GTP-GMPc.

Tanto los neurotransmisores como los segundos mensajeros resultan fundamentales para que,

actuando sobre el metabolismo intracelular del calcio, se logra la relajación muscular.

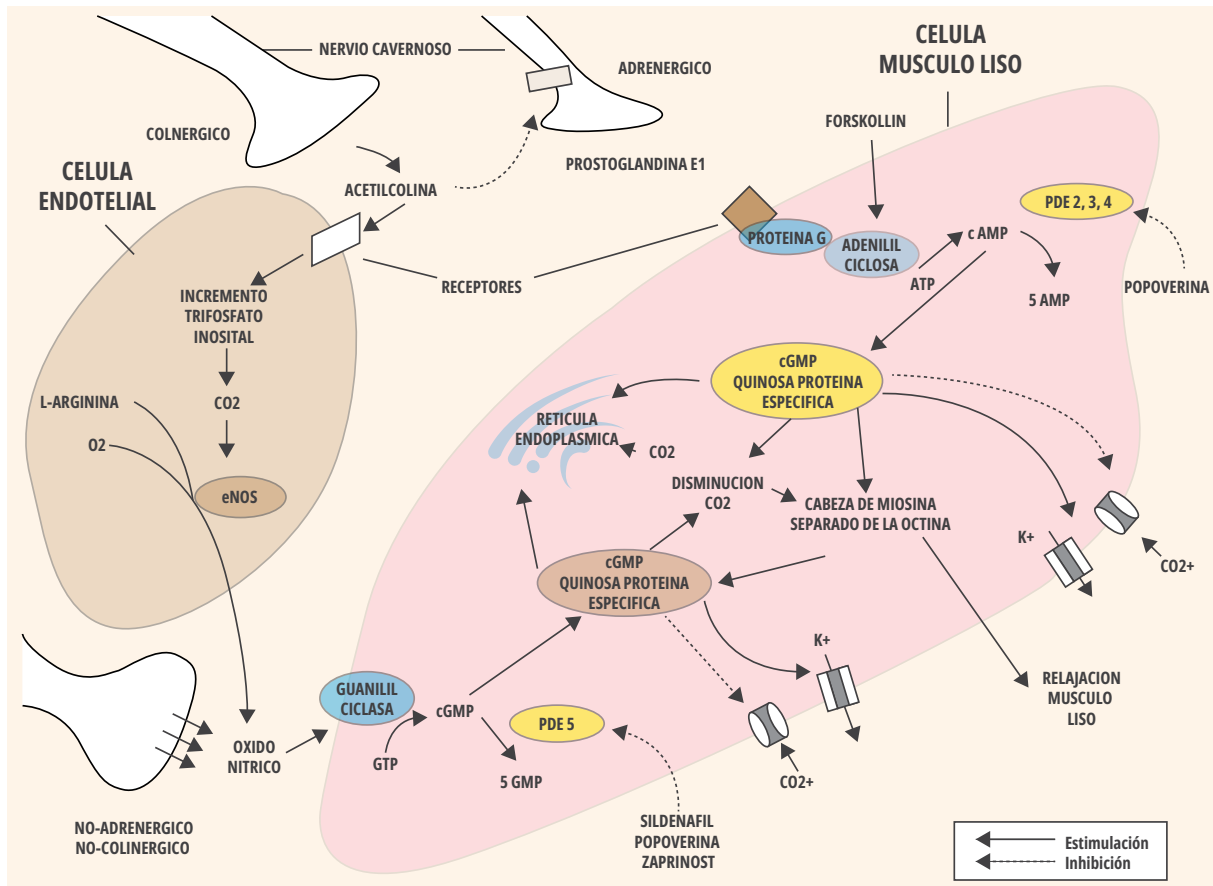


Fig.4. Mecanismo molecular de la relajación del músculo liso del pene. Adaptado de Dean & Lue

Importancia de las fosfodiesterasas (PDE)

Las PDE se encargarán de frenar este proceso y originarán el cese de los efectos vasculares y musculares de los neurotransmisores y segundos mensajeros, como consecuencia se restable-

cerá el tono muscular cavernoso y se iniciará la detumescencia peniana.

El cuerpo cavernoso dispone de PDE tipo 2, 3 y 4 que actúan en la vía del AMP-AMPC y PDE-5 que actúa sobre la vía del GMP-GMPc, enzima sobre la que actúan los medicamentos como Sildenafil, Tadalafilo y Avanafilo.

Aporte de la testosterona

Es bien conocido el aporte de la Testosterona al deseo sexual (líbido), los caracteres sexuales secundarios, la masa muscular, el tono de voz característicamente grave y al estado de ánimo en el varón, sin embargo, hay mucho por investigar en el aporte que realiza la hormona sexual masculina a la erección.

Se sabe que la pérdida de Testosterona determi-

na la desaparición de las erecciones nocturnas y también que es importante en la síntesis de la enzima ON sintasa en el endotelio vascular y que ciertos tratamientos como las terapias de deprivación de andrógenos (TDA) utilizadas en cáncer de próstata generan disfunción eréctil (DE). Por otro lado, existe un fenómeno llamado hipogonadismo de comienzo tardío (LOH) o Declinación Androgénica del envejecimiento masculino, DAEM (mal llamado “Andropausia”) que ocurre en un alto porcentaje de hombres, aunque no es un hecho infalible y no siempre se relaciona con DE.

Los niveles de Testosterona en sangre frecuentemente se ven afectados en el estado conocido como Síndrome Metabólico (SM) y se considera que una de sus causas es la conversión periférica de Andrógenos a Estrógenos mediado por la enzima Aromatasa existente ampliamente en el tejido graso.

Niveles bajos de testosterona en sangre se relacionan con deficiente salud cardiovascular lo que, indirectamente, tiene efectos deletéreos sobre el proceso hemodinámico de la erección.

Fases de la erección

La erección tiene sus propias fases o estados, cada uno de ellos regulado por neurotransmisores.

1. **Flaccidez:** mantenida mediante la Endotelina 1 con efecto vasoconstrictor y numerosas sustancias derivadas del endotelio cavernoso que producen un equilibrio entre erección y flaccidez a través del metabolismo del óxido nítrico (ON).
2. **Tumescencia:** mediada principalmente por la relajación del músculo liso cavernoso por parte del ON que se libera en el endotelio sinusoidal y que activará a la enzima guanilato

ciclasa para producir GMPc. Otros neurotransmisores involucrados son VIP, algunas prostaglandinas y receptores adrenérgicos beta.

3. **Rigidez:** Producto del aumento de la presión intracavernosa por encima de la presión arterial sistémica incluso más de 10 veces debido al efecto vasodilatador sobre una membrana elástica hasta un límite, como lo es la túnica albugínea. En el “estado de erección rígida”, los músculos isquiocavernosos y bulbocavernosos comprimen de manera enérgica las venas del pene, lo que se traduce en más congestión y aumento de presión en el glande y en el cuerpo esponjoso. En este momento, la presión intracavernosa aumenta rápidamente lo que determina la rigidez, dura solo un momento y está en relación con el máximo nivel de excitación sexual, momentos previos al orgasmo/eyaculación. La velocidad de flujo arterial se acerca a cero. Como

los movimientos de pistón coitales suelen aumentar en este momento, el pene se encuentra particularmente susceptible de sufrir traumatismos- fractura albugínea (“fractura de pene”).

Una cuarta fase suele ser descripta como: “**La detumescencia**”. Prefiero separarla ya que no forma parte del proceso de excitación y posee características propias, es decir, no es simplemente el proceso inverso a la erección.

Veamos: La detumescencia (hecho característico de la “resolución”, comienzo del período refractario) es resultado de:

- El cese de la liberación de neuro-transmisores.
- La interrupción de los segundos mensajeros (AMPc, GMPc) por fosfodiesterasas.
- La descarga simpática durante el orgasmo/ eyaculación.

4. La contracción del músculo liso trabecular vuelve a abrir los vasos venosos, la sangre atrapada es expulsada, y vuelve la flacidez. La pérdida de la erección se debe a la activación del flujo venoso como consecuencia de efectos básicamente vasoconstrictores de receptores alfa adrenérgicos, serotonina, histamina, endotelina y algunas prostaglandinas que producen contracción del músculo liso cavernoso.

En resumen, cinco hechos fundamentales determinan la erección:

1. Relajación del músculo liso cavernoso intersinusoidal.
2. Aumento del flujo sanguíneo arterial
3. Liberación de neurotransmisores (en la terminal nerviosa del N. cavernoso) y liberación de ON (en la terminal no A no C y la síntesis de ON a partir de la Arginina en la célula endotelial).
4. Compresión venosa pasiva contra la túnica al-

bugínea (Erección completa)

5. Compresión venosa activa por los músculos perineales (Erección rígida)

Se deduce de lo anterior que la complejidad del mecanismo de la erección obliga al varón a conservar un sistema vascular, hormonal, neuroendócrino y psicológico sano para no perderla.

El complejo orgasmo/eyaculación

El segundo componente de la RSM característico y distintivo es la coincidencia del orgasmo con un evento que pertenece a la fisiología reproductiva: la eyaculación. Debido a la naturaleza y objetivos de este libro, nos centraremos en la fisiología sexual (orgasmo) ya que el estudio de la eyaculación excede a este trabajo, sin dejar de aclarar que alteraciones en la eyaculación pueden origi-

nar disfunciones sexuales (DS) en ciertas situaciones, debido precisamente a que eyaculación y orgasmo se entrelazan en relaciones entre sí que tienen que ver con sensaciones físicas y efectos psicológicos.

La naturaleza pro-reproductiva ha premiado y así estimulado la voluntad de reproducción del macho con el placer del orgasmo, fenómeno inexistente en su par femenino donde la ovulación es un hecho cíclico, no relacionado al acto sexual.

Frecuentemente se genera confusión debido al uso indistinto del término eyaculación como sinónimo de orgasmo, especialmente porque todos conocemos la disfunción sexual (DS) más frecuente luego de la disfunción eréctil (DE) que es la mal llamada Eyaculación Precoz (EP) que debería llamarse "Orgasmo Precoz", ya que como veremos a continuación, el hecho que da origen a esta frecuente disfunción sexual es el orgasmo.

Seguido a la fase de la respuesta sexual humana llamada orgasmo, se produce “la resolución” que incluye en el varón un hecho particular denominado “período refractario (PR)” durante el cual los estímulos que ingresan por los órganos de los sentidos no son interpretados por el cerebro como “estímulos sexuales” y no generan la corrida de hormonas y neurotransmisores característicos de la excitación sexual. Son simplemente imágenes, sonidos, olores, sabores o texturas. Un estímulo directo sobre el glande del pene puede ser molesto e incluso doloroso. Una creciente relajación muscular y sensación de bienestar promueve el sueño y en ocasiones se describe aumento del apetito. Este período tiene duración variable y se considera que aumenta con la edad del varón. La presencia del período refractario está íntimamente relacionada con el orgasmo, lo que desmitifica el “multiorgasmo masculino”, fenómeno fisiológicamente inexistente. Es precisa-

mente este PR el que define y le da sentido a la DS denominada Eyaculación precoz.

Consideraciones finales

La respuesta sexual del varón tiene particularidades que todavía son objeto de estudio.

La complejidad del proceso de erección y la coincidencia del orgasmo con la eyaculación seguido de un período de reposo denominado período refractario, son el origen más frecuente de disfunciones sexuales masculinas.

La importancia de la salud sexual en la calidad de vida a toda edad ya no se discute y poder conservar una salud física que implique un sistema cardiovascular, neuroendócrino y psicológico adecuado a lo largo de la vida, resulta fundamental.

La influencia del desempeño sexual en su imagen corporal, virilidad, capacidad de crear vínculos sanos y autoestima explican por qué alguna vez se utilizó el término “potencia” sexual.



CRA³DA

COLECALCIFEROL 100.000 UI / VITAMINA D3

EL REFUERZO DE **VITAMINA D** QUE SU PACIENTE NECESITA

Vitamina D: más que una vitamina



Dr. David
Jorge Fusaro



Dr. David
Vásquez Awad



Para descargar el libro, escanee este código QR con su teléfono celular.

Gentileza de Laboratorios Casasco



SOLUCIÓN ORAL
FRASCO 2 ml



CÁPSULAS BLANDAS
1, 2, 3 Y 4 CÁPS. (*)



(*) Presentación no incluida en PAMI

CASASCO 150 años

CLASE V

Desarrollo sexual en niñez y adolescencia en el varón.

Dr. Omar Layus, Dr. Omar Dalvit y Dr. Javier Jofre

Importancia de Comprender el Desarrollo Sexual en la Práctica Clínica

El entendimiento profundo del desarrollo sexual en el varón durante la niñez y la adolescencia reviste una importancia trascendental en la práctica clínica moderna. A medida que los jóvenes atraviesan por una fase de cambios hormonales, físicos y psicosociales significativos, los profesionales de la salud desempeñan un papel esencial al proporcionar orientación, diagnóstico y apoyo.

La comprensión de los patrones normales de desarrollo sexual, así como de las variantes y trastornos que pueden surgir, permite a los médicos

clínicos intervenir de manera temprana y efectiva, promoviendo la salud sexual y el bienestar a lo largo de toda la vida del paciente.

El impacto del desarrollo sexual en la autoimagen, la identidad de género y la salud mental subraya la necesidad de que los médicos clínicos estén equipados con conocimientos sólidos en este ámbito. Además, el abordaje integral de la salud sexual desde una edad temprana puede prevenir futuros problemas de salud y establecer una base sólida para una vida sexual saludable y satisfactoria.

Objetivos y Estructura del Capítulo

El propósito de este capítulo es explorar exhaustivamente el proceso de desarrollo sexual en el varón durante la niñez y la adolescencia, equipando a los médicos clínicos con el conocimiento

necesario para abordar con confianza las cuestiones relacionadas con la salud sexual en esta etapa crucial de la vida. Para lograr este objetivo, el capítulo se estructura de la siguiente manera:

1. **Fundamentos Biológicos del Desarrollo Sexual.** Este primer apartado se sumerge en la base biológica del desarrollo sexual masculino, en particular la diferenciación de los órganos sexuales en el embrión.
2. **Pubertad y Cambios Hormonales.** En esta sección se analiza el inicio de la pubertad, los factores que influyen en su cronología y los cambios hormonales que desencadenan el proceso de maduración sexual.
3. **Desarrollo de Características Sexuales Secundarias.** Se abordan los cambios físicos específicos que ocurren durante la pubertad, como el crecimiento testicular, el desarrollo del vello facial y corporal, y los cambios en la voz.

4. **Desarrollo Psicosocial y Emocional.** Esta parte explora la interacción entre los cambios físicos y el desarrollo psicosocial y emocional en la adolescencia, incluida la identidad de género y la orientación sexual.
5. **Trastornos del Desarrollo Sexual.** Se examinan los trastornos y variaciones en el desarrollo sexual, proporcionando a los médicos clínicos las herramientas necesarias para identificar, diagnosticar y abordar problemas potenciales.
6. **Evaluación Clínica y Abordaje Terapéutico**
Aquí se presentan métodos para evaluar clínicamente el desarrollo sexual, así como enfoques de manejo para pacientes con desviaciones del desarrollo sexual.

Conclusiones.

El capítulo concluye resumiendo los puntos clave y destacando la importancia de una comprensión sólida del desarrollo sexual en la atención médica.

1- Fundamentos biológicos del Desarrollo Sexual Masculino

“La diferenciación sexual es un proceso complejo que comienza en el momento de la concepción. El factor más importante en este proceso es el cromosoma Y, que contiene el gen SRY. La proteína SRY, producida por este gen, es la responsable de la diferenciación del sistema reproductor masculino. En ausencia de SRY, se desarrolla el sistema reproductor femenino.”

Gónadas

El sexo de una persona está determinado por sus cromosomas sexuales, pero las gónadas no se diferencian en testículos u ovarios hasta la séptima semana de gestación. Las gónadas se forman a partir de dos protuberancias llamadas crestas genitales, que aparecen en el embrión durante la quinta semana de desarrollo. Las células ger-

minales se forman en el epiblasto y migran a las crestas genitales durante la sexta semana de desarrollo. En la séptima semana, el gen SRY induce la diferenciación de las gónadas indiferenciadas en gónadas masculinas. Las gónadas masculinas se caracterizan por la presencia de cordones testiculares, que contienen células germinales primitivas y células de Sertoli. Las células de Leydig, que se originan de la cresta gonadal, comienzan a producir testosterona a la octava semana de gestación. La testosterona influye sobre la diferenciación sexual de los conductos genitales y los genitales externos, dando lugar a las características masculinas.

Conductos genitales

Los conductos genitales masculinos se desarrollan bajo la influencia de la testosterona. La testosterona estimula el crecimiento y la maduración de los conductos, que se originan a partir del sistema renal mesonéfrico.

A la altura de la gónada, el conducto mesonéfrico se ramifica y se conecta con la rete testis, formando los conductillos eferentes. El conducto mesonéfrico luego se alarga y adquiere circunvoluciones, formando el epidídimo. Desde el epidídimo hasta la vesícula seminal, el conducto mesonéfrico se vuelve más grueso y muscular, formando el conducto deferente.

En contraste, los conductos paramesonéfricos, que son los precursores de los conductos genitales femeninos, degeneran en el varón bajo la influencia de la hormona antimülleriana. Solo una pequeña porción de los conductos paramesonéfricos persiste en el varón, formando el apéndice testicular.

Genitales externos

Durante la tercera semana de desarrollo, las células mesenquimales migran desde la línea pri-

mitiva hacia la membrana cloacal, formando pliegues cloacales. Estos pliegues se fusionan cranealmente para crear el tubérculo genital. En la región caudal, se subdividen en pliegues uretrales (anterior) y pliegues anales (posterior).

Simultáneamente, aparecen protuberancias genitales a cada lado de los pliegues uretrales, las cuales se conocen como protuberancias escrotales, en el embrión masculino.

En el feto masculino, los andrógenos secretados por los testículos determinan el desarrollo de los genitales externos. Se observa una elongación del tubérculo genital, ahora denominado falo. Durante este proceso, el falo tira de los pliegues uretrales hacia delante, formando las paredes laterales del surco uretral. La cubierta epitelial del surco, originada en el endodermo, se conoce como placa uretral.

En el tercer mes, los pliegues uretrales se cierran sobre la placa uretral, dando lugar a la uretra peniana. Sin embargo, este conducto no se extiende hasta el extremo del falo. La uretra en este extremo se forma en el cuarto mes, cuando células ectodérmicas de la punta del glande se invaginan, formando así el meato uretral externo.

En cuanto a las protuberancias escrotales, se originan en la región inguinal y, a medida que avanza el desarrollo, se desplazan hacia abajo, cada una constituyendo la mitad del escroto, encontrándose separadas por el tabique escrotal.

Descenso testicular

Los testículos se forman en el retroperitoneo abdominal, debiendo luego descender hacia el escroto. Este proceso implica el paso a través del conducto inguinal. Hacia el final del segundo mes, el mesenterio urogenital se fija al testículo y

se convierte en el ligamento genital caudal con la degeneración del mesonefros. Simultáneamente, se forma el gubernáculo, el cual guía el descenso del testículo hacia el escroto.

Normalmente, los testículos llegan a la región inguinal a las 12 semanas de gestación, migran por el conducto inguinal a las 28 semanas y alcanzan el escroto a las 33 semanas. El testículo está cubierto por el pliegue del proceso vaginal, constituyendo la túnica vaginal con capa visceral interna y capa parietal externa. La fascia transversal da lugar a la fascia espermática interna, el músculo oblicuo del abdomen contribuye a la fascia y el músculo cremastérico, mientras que el músculo oblicuo externo del abdomen forma la fascia espermática externa. El músculo transversal del abdomen no forma capas debido a su posición sobre la región y su no participación en la migración.

Regulación molecular del desarrollo de los conductos genitales

El gen SRY, un factor de transcripción clave, regula el desarrollo de los testículos y colabora con el gen autosómico SOX9. La acción conjunta de SRY y SOX9 induce la secreción de FGF9 por los testículos, que actúa como un factor quimiotáctico, facilitando la penetración de los túbulos del conducto mesonéfrico a través de la cresta gonadal. Esta penetración es crucial para la continuidad de la diferenciación testicular.

Posteriormente, SRY o SOX9 regulan la síntesis del Factor Esteroideogénico 1 (SF1), que estimula la diferenciación de las células de Sertoli y Leydig. En colaboración con SOX9, SF1 aumenta la concentración de AMH, provocando la involución de los conductos paramesonéfricos. En las células de Leydig, SF1 estimula la síntesis de testosterona, la

cual, al ingresar a las células de los tejidos blanco, permanece sin cambios o se convierte en dihidrotestosterona mediante la enzima reductasa 5 α .

Los complejos testosterona-receptor dirigen la diferenciación de los conductos mesonéfricos, dando lugar al conducto deferente, vesículas seminales, conductillos eferentes y el epidídimo.

Mientras tanto, los complejos dihidrotestosterona-receptor regulan la diferenciación de los genitales externos masculinos.

2. Pubertad y Cambios Hormonales

La pubertad no es un evento de novo sino más bien es una fase en el desarrollo de la función gonadal y del sistema hipotalámico-hipofisario-gonadal, desde el feto hasta la plena maduración

sexual y fertilidad. Durante esta etapa, se experimenta un rápido crecimiento y aparecen características sexuales secundarias, dando lugar al dimorfismo sexual y la consecución de la fertilidad.

Estos cambios son la consecuencia de la estimulación de las gónadas por gonadotropinas hipofisarias, resultando en un aumento de la producción de esteroides gonadales. El término “pubertad” se refiere a los aspectos físicos y endocrinos, mientras que “adolescencia” aborda los cambios psicológicos. En el mundo actual, la madurez reproductiva precede a menudo a la maduración psicosocial, generando un desajuste entre las etapas biológicas y las expectativas sociales.

Determinantes de la edad de pubertad y menarca

Aunque los registros históricos muestran que la pubertad ocurre actualmente a una edad más temprana , la mayor parte de la evidencia se deriva de informes sobre la edad de la menarca. A su vez, la edad de la menarca puede distar por varios años desde el primer signo de desarrollo secundario en las niñas. El examen físico sigue siendo el mejor método para evaluar con precisión el desarrollo puberal , aunque el informe propio o de los padres probablemente pueda distinguir la prepubertad de la pubertad

Durante el Paleolítico y el Neolítico, la menarca se observaba entre los 7 y 13 años, similar o incluso antes que la actual media. En países industrializados, la menarca ha disminuido 2-3 meses por década en los últimos 150 años, aunque se des-

aceleró entre 1940 y 1970 por mejoras socioeconómicas y de salud. Enfermedades crónicas no tratadas, como enfermedad celíaca y asma, pueden retrasarla.

En 1973, en EE. UU., la menarca promedio fue a los 12.8 años. En un estudio de 20 años (Bolghusa Heart Study), las niñas afroamericanas tuvieron una disminución de 9.5 meses en la menarca, frente a 2 meses en las caucásicas, generando una brecha de meses. Su desarrollo avanzado podría relacionarse con la obesidad y factores genéticos étnicos.

La epidemia de obesidad infantil afecta la menarca, mostrando una relación inversa con el índice de masa corporal (IMC). En una muestra de 1155 niñas, las caucásicas tuvieron una menarca promedio a los 12.7 años, mientras que las afroamericanas, a los 12.1. Las niñas afroamericanas tenían

1.55 veces más probabilidades de menarca antes de los 11 años que las caucásicas. Los mexicoamericanos tenían 1.76 veces más probabilidades, y los asiáticos, 1.65 veces más probabilidades de madurar después de los 14 años. La menarca temprana duplicaba las probabilidades de sobrepeso, y las afroamericanas tenían un riesgo 2.57 veces mayor de sobrepeso si tenían la menarca antes de los 11 años.

La relación entre condiciones socioeconómicas, nutrición, salud y pubertad es crucial para determinar la edad de la menarca. Individuos desnutridos tienen menarca más tardía. En lugares con mejoría socioeconómica, como Groenlandia o Corea del Sur, se observa una disminución más rápida en la edad de la menarca. Una vez alcanzado un estado nutricional o de salud adecuado, los efectos socioeconómicos se minimizan, pero un aumento en el IMC puede seguir reduciendo la edad de la menarca.

La dieta, su composición y la ingesta calórica pueden influir en la menarca. Se ha observado que una mayor ingesta de proteína animal se correlaciona con una menarca más temprana. Además, el consumo elevado de fibra se relaciona positivamente con una edad de menarca más tardía, según un estudio en 46 países.

El tabaquismo materno intenso afecta la pubertad masculina temprana, pero no tiene el mismo impacto en la pubertad femenina.

Se ha informado de manera variable que el estrés aumenta o disminuye la edad de menarca. La ausencia de un padre o una educación parental inferior. aumenta la probabilidad de menarca temprana. La guerra aumenta la edad de rotura de la voz en los niños y el abuso infantil de diversos tipos es asociado con el retraso de la pubertad y la menarca según un estudio británico.

Efectos genéticos sobre la pubertad y la menarca

Aproximadamente el 60% al 80% de la determinación de la edad de inicio de la pubertad en niños normales parece ser genética. La influencia significativa de los factores genéticos se evidencia por la similitud en la edad de la menarca dentro de una población étnica y entre padres-hijos y hermanos o gemelos. La concordancia en las etapas de desarrollo puberal y la menarca es mayor entre gemelos monocigóticos que dicigóticos. Investigaciones en gemelos sugieren que los factores genéticos aditivos representan el 96% de la variabilidad en la edad de la pubertad en niñas y el 88% en niños, con el resto atribuido a la influencia ambiental compartida y no compartida.

Cambios Hormonales y Metabólicos en la Pubertad

El aumento de la amplitud y las alteraciones en los patrones de secreción de GnRH durante la pubertad inician y regulan los incrementos secuenciales en la secreción de gonadotropinas hipofisarias y esteroides gonadales que culminan en la fertilidad.

Gonadotropinas

Debido a la secreción pulsátil de la GnRH, la secreción de gonadotropinas también es episódica. Durante los primeros 2 años después del nacimiento, los niveles plasmáticos de LH y FSH aumentan intermitentemente hasta alcanzar los valores adultos (la “mini pubertad de la infancia”) y ocasionalmente más altos, pero luego permanecen bajos hasta la pubertad. El nivel sérico de FSH es más alto que el nivel de LH en niños y niñas

prepuberales. Existe un aumento más notable en la amplitud del suero de LH al menos 1 año antes del inicio de la pubertad que alcanza un plateau temprano, mientras que el FSH aumenta de manera más consistente durante la pubertad en varones, con un aumento en la amplitud del pulso. La amplitud y frecuencia de tales picos y la secreción diurna aumentan con la progresión del desarrollo puberal. Ocurre una amplificación en el eje hipotálamo-hipofisario-gonadal con la progresión de la pubertad. Un valor de LH sérica mayor de 4 mU/mL es consistente con el inicio de la pubertad.

Además de los cambios cuantitativos, se producen cambios cualitativos. La variación en la glicosilación que afecta el tamaño y la carga de la hormona es la principal causa de la heterogeneidad de FSH y LH. Este pleomorfismo tiene un efecto importante en la vida media biológica y la activi-

dad biológica, y proporciona un mecanismo adicional para regular la actividad biológica de las gonadotrofinas.

Testosterona

La testosterona es producida en los testículos por las células de Leydig entre otras hormonas. En las mujeres, la conversión extraglandular de androstenediona ovárica y suprarrenal es la principal fuente de testosterona circulante. Los niveles prepuberales son bajos, excepto en los primeros meses de vida en los varones. Las elevaciones nocturnas de testosterona se detectan a los 5 años, antes de los signos físicos de pubertad, aumentando durante la pubertad temprana. Los niveles diurnos de testosterona se comienzan a detectar con un volumen testicular superior a 4 mL, incrementándose constantemente durante la pubertad. El aumento más pronunciado ocurre entre las etapas 2 y 3 del desarrollo en varones.

Estrógenos

En varones, el 75% del estradiol proviene de la aromatización extraglandular de la testosterona y la androstenediona. Los niveles plasmáticos son bajos en la prepubertad, pero aumentan durante la pubertad con un ritmo diurno. La estrona alcanza un plateau en la mitad de la pubertad, con un aumento durante el estirón de crecimiento y disminución posterior. El aumento es más temprano en niñas, pero los niveles de estradiol son equivalentes en ambos sexos en el pico de crecimiento. En todas las etapas, los varones tienen más estrona que estradiol, y ambos son más bajos que en las niñas en etapas comparables.

Productos Proteicos de las Gónadas

La inhibina, producida por células de Sertoli en los testículos, ejerce retroalimentación negativa sobre la secreción de FSH. La inhibina está formada por subunidades α y β A o β B, que forman

dímeros con función similar. Su síntesis es inducida por la FSH, desempeñando un papel en la retroalimentación de la secreción de FSH durante la pubertad.

La follistatina, al igual que la inhibina, afecta la expresión de la subunidad β de FSH, inhibiéndola mientras que la activina la estimula. Hay dos proteínas de unión para inhibina y activina: α 2-macroglobulina de baja afinidad y alta capacidad, y follistatina, de alta afinidad y reguladora de la bioactividad de la activina. En varones adultos, se detecta solamente inhibina B.

En el testículo fetal, se encuentran subunidades α y β en células de Sertoli.

Postnatalmente, la expresión de ambas disminuye a los 4 meses. La concentración de inhibina B en suero aumenta hasta la segunda etapa genital

de la pubertad, luego se mantiene constante, a pesar de un aumento de FSH entre los estadios 2 y 3. Inhibina B refleja la maduración de células de Sertoli y muestra una correlación inversa con FSH en la pubertad avanzada. En las primeras etapas de pubertad, los valores de inhibina B se relacionan con LH y testosterona, pero en el estadio 3, se vinculan más estrechamente con FSH.

Hormona Antimülleriana (AMH)

La AMH es producida por células de Sertoli en el testículo fetal y prepuberal, induciendo la regresión de los conductos müllerianos en niños durante el desarrollo fetal temprano. Su producción es inicialmente estimulada por SOX9, SF1, GATA4 y WT1 antes del aumento de FSH, y más tarde por FSH. Las concentraciones de AMH aumentan desde el nacimiento hasta niveles altos en el primer año, disminuyen a los 10 años y aún más durante la pubertad. Los niveles de AMH e inhibina B se

relacionan inversamente con las concentraciones de andrógenos en la pubertad. En la resistencia a los andrógenos, hay concentraciones elevadas de AMH.

Andrógenos Suprarrenales

Un aumento progresivo de $\Delta 5$ -esteroides, DHEA y DHEAS en plasma comienza antes de los 8 años y continúa hasta la adultez temprana. Este aumento se conoce como adrenarca y la aparición de vello púbico causada por la adrenarca se llama pubarquia. Los niveles plasmáticos de DHEA siguen un ritmo diurno similar al cortisol, pero los niveles de DHEAS tienen menor variación y son un marcador bioquímico útil de adrenarca.

Globulina Transportadora de Esteroides Sexuales [SHBG]

Entre el 97% y el 99% de la testosterona y el estradiol circulantes se unen de manera reversible

a la SHBG ; los niveles prepuberales de SHBG son similares en niños y niñas, pero disminuyen con la edad prepuberal y el aumento simultáneo en los niveles plasmáticos de esteroides gonadales. Como consecuencia de la testosterona, hay una mayor disminución en los niños. El aumento en los niveles de andrógenos suprarrenales en la adrenarca puede explicar la disminución temprana en los niveles de SHBG, permitiendo más hormona libre circulante a una concentración dada de testosterona. Aunque la concentración plasmática de testosterona es 20 veces mayor en hombres que en mujeres, la concentración de testosterona libre es 40 veces mayor.

Prolactina

Los niveles de prolactina aumentan en las niñas durante la pubertad. Las concentraciones plasmáticas promedio en prepuberales son $<10 \mu\text{g/L}$ en niños y de 3 a $12 \mu\text{g/L}$ en niñas. En la pubertad

tardía y mujeres adultas, los niveles son más altos (3–20 $\mu\text{g/L}$), mientras que en hombres adultos la concentración promedio es de 2 a 18 $\mu\text{g/L}$. Esta diferencia de género se atribuye probablemente a los niveles más altos de estradiol durante la pubertad en niñas y mujeres.

Proteína Similar a la Insulina 3 (INSL3)

Durante la pubertad, los niveles séricos de INSL3, producida por las células de Leydig, aumentan en niños normales bajo la estimulación de LH. Se dice que la INSL3 es tan sensible como la testosterona como indicador de la función de las células de Leydig.

Control Hormonal del Estirón Puberal

El estirón puberal en chicas y chicos normales depende de los niveles de estradiol y GH, entre otros factores. La GH participa en el aumento del crecimiento en la pubertad mediante la estimu-

lación de la producción de IGF1. Los esteroides gonadales tienen dos efectos en el crecimiento puberal: (1) inducción de un aumento en la secreción de GH, con un consiguiente aumento en la producción de IGF1, estimulando así indirectamente el crecimiento puberal; (2) un efecto directo en el cartílago y el hueso mediante la estimulación de la producción local de IGF1 y otros factores locales.

Esteroides Gonadales

En el esqueleto humano en desarrollo, los esteroides gonadales tienen efectos estimulantes del crecimiento y maduración de los componentes óseos. Esta acción, que eventualmente conduce a la fusión epifisaria y la detención del crecimiento longitudinal en niños y niñas, está mediada principalmente por el estrógeno. Ahora se sabe que el estrógeno (no el andrógeno) es la hormona sexual crítica en hombres y mujeres en el estirón

puberal, la maduración esquelética, la acumulación de masa ósea máxima y el mantenimiento de la masa ósea en la adultez. En la pubertad, el estrógeno promueve la maduración esquelética y el cierre de la placa de crecimiento epifisario. La testosterona también puede tener una acción directa en el hueso en el varón humano debido a los receptores androgénicos. Los andrógenos que no pueden aromatizarse a estrógeno aún causan un aumento en la tasa de crecimiento, presumiblemente debido a la interacción con estos receptores.. Un estirón puberal que lleva a una altura adulta cercana a la de los hombres genotípicos ocurre en individuos con resistencia a los andrógenos, demostrando el papel crítico del estrógeno en lugar del andrógeno en el estirón puberal en niños.

Hormona del Crecimiento y Factores de Crecimiento

La secreción de GH se duplica durante la pubertad pero disminuye después del desarrollo puberal en niños; en ellos, la GH aumenta más tarde y alcanza su pico en la etapa 4 del desarrollo genital. La secreción de GH y los niveles de IGF1 disminuyen después de la pubertad tardía en ambos sexos. El aumento de estradiol en la pubertad, resultante de la secreción testicular en niños, es el principal mediador del aumento en la amplitud y cantidad de GH secretada por pulso. El efecto de la testosterona se da principalmente a través de su conversión a estradiol.

Los andrógenos no aromatizables tienen menos efecto en la secreción de GH; la dihidrotestosterona estimula el crecimiento, sugiriendo un posible efecto directo de los andrógenos en el crecimiento puberal independiente de GH o estradiol.

Factor de Crecimiento Similar a la Insulina Tipo 1 (IGF1)

Las concentraciones de IGF1 aumentan durante la pubertad a niveles superiores que los de la prepubertad o la adultez; permanecen elevadas más allá del momento de la velocidad máxima de crecimiento,, con un pico alcanzado 1 o 2 años después del estirón puberal (más tarde en niños que en niñas) y luego disminuyen a niveles normales de adultos. El IGF1 libre muestra el mismo patrón que el IGF1, un aumento lento en el IGF1 libre sérico en la prepubertad seguido de un aumento más pronunciado durante la pubertad. Una disminución del IGF1 libre está asociada con la edad en las etapas posteriores de la pubertad.

3- Desarrollo de características sexuales secundarias

Desarrollo genital masculino en la pubertad

El aumento de tamaño de los testículos suele ser el primer indicio de la pubertad en los varones, el agrandamiento testicular puberal se considera cuando la medida longitudinal de un testículo supera los 2,5 cm o el volumen es superior a 3 ml. Se pueden observar cambios notables en los niveles de testosterona y testosterona libre en las transiciones de volumen testicular entre 1 y 2 mL, 2 y 3 mL, 6 y 8 mL, y 10 y 15 mL, indicando etapas pre-1 (testículo, 1 ml), pre-2 (testículo, 2 ml), temprana (testículo, 3–6 ml), media (testículo, 8 a 12 ml), tardía-1 (testículo, 15 a 25 ml, niño no ha alcanzado altura final), y tardía-2 (testículo, 15-25 ml, niño ha alcanzado altura final). El testículo derecho suele ser más grande que el izquierdo, y este último se encuentra más bajo en el escroto.

Durante el desarrollo puberal , los testículos aumentan de tamaño, principalmente debido al crecimiento de los túbulos seminíferos asociados con el inicio de la actividad espermatogénica y mitosis de las células de Sertoli, y se evidencia por un aumento de la producción de testosterona. Durante la progresión a través de la pubertad, las células de Sertoli se diferencian en Sertolis de tipo adulto, formando uniones oclusivas y desarrollando así la barrera hemato-testicular. Aunque las células de Leydig se encuentran en las primeras etapas de la gestación y durante el período neonatal, durante la infancia el tejido intersticial está compuesto principalmente por células indiferenciadas de tipo mesenquimal. Con el desarrollo puberal y aumento de los niveles séricos de LH, aparecen las células de Leydig de tipo adulto. Se sugiere que las tres fases de la maduración de las células Leydig corresponden con edades o etapas de aumento de producción

de testosterona: 14 a 18 semanas de la vida fetal, 2 a 3 meses después del nacimiento y desde la pubertad hasta la edad adulta.

La vesícula seminal se agranda durante la niñez hasta la pubertad para contener de 3,4 a 4,5 ml, o el 70% del líquido seminal, y el flujo sanguíneo medio en los testículos aumenta a los valores adultos en niños, con un volumen testicular mayor a 4 mL.

La longitud del tejido eréctil aumenta de 6,2 cm en estado prepuberal a $12,4 \pm 2,7$ cm en el adulto caucásico. Se han observado diferencias étnicas, siendo el valor medio en afroamericanos de 14,6 cm y en asiáticos de 10,6 cm.

El diámetro areolar aumenta en niños durante la pubertad, con una clara diferencia entre sexos en la etapa 4, cuando el diámetro areolar femenino aumenta considerablemente más que en los varones.

Espermatogénesis

La primera evidencia histológica de espermatogénesis aparece entre los 11 y 15 años. La Espermaturia (espermatozoides en orina) se produce a una edad media de 13,3 años y en un nivel medio de vello púbico de estadio 2 a 3, pero se puede encontrar en niños normales con volúmenes testiculares de sólo 3 ml y sin signos de pubertad. La Normospermia no está presente hasta una edad ósea de 17 años.

La primera eyaculación consciente se produce a una edad media de 13,5 años en niños normales y con una edad ósea media de 13,5 años en niños con pubertad retrasada. Un IMC más alto conduce a una edad más temprana de la espermarquia.

El potencial de fertilidad ocurre antes de que se alcance la apariencia fenotípica y las concentraciones plasmáticas de testosterona en adultos.

Otros cambios físicos de Pubertad

La diferencia de género en la voz se desarrolla durante la pubertad. La laringe masculina, el cartílago cricotiroideo y los músculos laríngeos se agrandan dando lugar a la aparición de la nuez de Adán. Los cambios más grandes en el canto y el habla, ocurren con mayor frecuencia entre los estadios de Tanner. 3 y 4; la voz quebrada ocurre a las 13 años, y la voz adulta se alcanza alrededor de los 15 años.

El vello facial en los niños aparece por primera vez en las esquinas de la parte superior del labio y parte superior de las mejillas, luego se extiende a la línea media del labio inferior y finalmente a los lados y el borde inferior del mentón. La primera etapa del desarrollo del vello facial suele ocurrir durante la etapa 3 del vello púbico (edad promedio de 14,9 años) , y la última etapa ocurre después de la etapa 5 del vello púbico y etapa 5

genital. El vello axilar aparece aproximadamente a los 14 años en los niños. Como resultado del aumento de la secreción de esteroides sexuales gonadales y suprarrenales aparecen comedones, acné y seborrea del cuero cabelludo. El Acné vulgar, el trastorno cutáneo más frecuente en la adolescencia, aparece a una edad media de 12,2 años (rango, 9 a 15 años) en niños y progresa a través de la pubertad. La apariencia morfológica facial cambia con el desarrollo puberal, lo que lleva a la apariencia madura. La mandíbula y la nariz se agrandan más en los niños, pero el maxilar, la frente y los senos frontales aumentan de tamaño en ambos sexos. principalmente durante el período de crecimiento puberal.

Aceleración del crecimiento puberal

El estirón de crecimiento puberal se puede dividir en tres estadios: el momento del crecimiento mínimo previo al brote en la peripubertad, el mo-

mento de crecimiento más rápido y la etapa de disminución de la velocidad y cese del crecimiento en la fusión epifisaria. Durante la pubertad, los niños alcanzan la máxima velocidad aproximadamente 2 años más tarde que las niñas y son más altas en el momento del despegue, la velocidad de crecimiento máxima ocurre durante la etapa 3 a 4 de la pubertad en la mayoría de los niños y se completa en la etapa 5 en más del 95% de los niños. Los niños logran una velocidad máxima de 9,5 cm por año con una media de aproximadamente 13,5 años. Los niños crecieron una media de 28 cm y las niñas 25 cm entre el despegue y el cese del crecimiento

Composición corporal.

El crecimiento y la composición corporal se ven también afectados. La GH (growth hormone) y los esteroides gonadales desempeñan papeles importantes en este proceso. La masa magra, la

masa esquelética y la grasa corporal son iguales en niños y niñas pre- púberes, pero al llegar a la madurez, los hombres tienen 1,5 veces más masa magra y casi 1,5 veces la masa esquelética que las mujeres, mientras que las mujeres tienen el doble de grasa corporal (25%) que los hombres (13%), produciendo una apariencia ginecoide o androide. Los niños adquieren masa magra más rápidamente y durante más tiempo que las niñas durante la pubertad; la estabilidad se alcanza entre 15 y 16 años en niñas y 2 a 3 años después en niños.

La distribución generalizada de la grasa en los hombres (grasa central, androide), es diferente al de las mujeres (parte inferior, predominio de grasa corporal, ginecoide), se desarrolla en gran medida durante la pubertad, cuando los hombres se vuelven más androgenizados. Hay diferencias étnicas en el patrón de cambio, y los asiáticos tienen los cambios más significativos. Hay poca di-

ferencia de género antes de los 8 años, pero a los 14 años, los niños generalmente han desarrollado una mayor masa magra, masa de piernas y mayor potencia que las niñas.

4- Desarrollo Psicosocial y Emocional

Durante la adolescencia, los cambios físicos son acompañados por una serie de cambios psicológicos, sociales y emocionales. Los adolescentes enfrentan desafíos relacionados con su identidad, relaciones interpersonales y autoestima. En cuanto a la interacción de cambios físicos y aspectos psicosociales podemos mencionar cuatro aspectos:

Primero, la autoimagen y autoestima: Los cambios físicos, como el desarrollo corporal y la apariencia, pueden afectar la autoimagen de un

adolescente. Esto puede tener un impacto en su autoestima y confianza en sí mismo. Por ejemplo, los cambios en la voz, el tamaño corporal o la aparición de acné pueden generar inseguridades que afectan la percepción de sí mismos.

Segundo, las relaciones sociales: Los cambios físicos también pueden influir en las relaciones con compañeros y amigos. Los adolescentes pueden experimentar presiones sociales para encajar o adaptarse a los estándares de belleza y aceptación entre sus pares.

Tercero, la salud mental: Los cambios físicos pueden estar relacionados con cambios emocionales y mentales. La fluctuación hormonal puede contribuir a la labilidad emocional y afectar el estado de ánimo de los adolescentes.

Cuarto, el desarrollo de la identidad: Los adoles-

centes pueden reevaluar y explorar quiénes son en relación con su apariencia física, género y expectativas sociales.

Una revisión sistemática que compara autoconcepto, autopercepción y estilo de vida en adolescentes afirma que los adolescentes con un alto autoconcepto y autopercepción tienden a ser emocionalmente estables, sociables y responsables.

La actividad física y una alimentación saludable mejoran el autoconcepto y la percepción de la imagen corporal. (Palenzuela-Luis et al. 2022)

Identidad de género y su influencia en el desarrollo sexual

La identidad de género es la percepción interna de ser hombre, mujer, ambos o ninguno, y pue-

de influir en el desarrollo sexual de un individuo durante la adolescencia.

La identidad de género se refiere a la vivencia interna e individual que tiene una persona sobre su propio género, la cual puede corresponder o no con el sexo que le fue asignado al nacer. Es un concepto complejo que abarca la percepción interna de ser hombre, mujer, ambos, ninguno o cualquier otra identidad de género fuera de las categorías binarias tradicionales.

El desarrollo de la identidad de género es un proceso multifacético que comienza desde temprana edad y se consolida a lo largo de la vida. Se forma a través de una interacción compleja entre factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales.

Abordaje de la relación entre la identidad de género y el proceso de maduración sexual

Identidad de género y orientación sexual: La identidad de género no determina la orientación sexual, pero ambos aspectos pueden influirse mutuamente. La forma en que una persona percibe su identidad de género puede influir en cómo vive y expresa su orientación sexual.

Experiencia personal de la maduración sexual: Las personas transgénero o no binarias pueden tener experiencias únicas en su proceso de maduración sexual. La vivencia de la pubertad puede generar disonancia entre su identidad de género y los cambios físicos asociados con su sexo asignado al nacer.

Impacto psicológico y emocional: Para las personas cuya identidad de género no coincide con

su sexo asignado al nacer, el proceso de maduración sexual puede generar estrés, ansiedad o disforia de género. Es importante considerar el apoyo psicológico y emocional en este contexto.

Atención médica y cuidado integral: En campos como la andrología y la urología, comprender la relación entre identidad de género y maduración sexual es esencial para brindar un cuidado integral y sensible a las necesidades de los pacientes, incluyendo aquellos que puedan requerir atención específica en relación con su identidad de género.

Apoyo y aceptación: El apoyo social y familiar positivo puede tener un impacto significativo en la forma en que las personas transgénero o no binarias afrontan su proceso de maduración sexual y cómo se sienten con respecto a su identidad de género.

Es crucial tener en cuenta que cada individuo tiene una experiencia única en relación con su identidad de género y su proceso de maduración sexual. Esto requiere un enfoque comprensivo, respetuoso y sensible por parte de los profesionales de la salud, especialmente en campos médicos relacionados con la salud sexual y reproductiva.

Orientación sexual durante la adolescencia

La orientación sexual, que se refiere a la atracción emocional, romántica o sexual hacia otras personas, es un aspecto importante del desarrollo sexual durante la adolescencia.

La orientación sexual se refiere a la atracción emocional, romántica y/o sexual que una persona siente hacia otros individuos. Esta atracción puede dirigirse hacia personas del mismo sexo

(homosexualidad), del sexo opuesto (heterosexualidad), hacia ambos sexos (bisexualidad) o hacia ninguno (asexualidad). La orientación sexual es una parte fundamental de la identidad de una persona y puede manifestarse en diferentes formas y grados a lo largo de la vida.

Definición y comprensión de la orientación sexual

Heterosexualidad: La atracción hacia individuos del sexo opuesto. Las personas heterosexuales se sienten emocional o románticamente atraídas por personas del sexo contrario al suyo.

Homosexualidad: La atracción hacia individuos del mismo sexo. Las personas homosexuales se sienten emocional o románticamente atraídas por personas del mismo sexo.

Bisexualidad: La atracción hacia individuos de ambos sexos. Las personas bisexuales pueden sentir atracción emocional o romántica hacia personas de su mismo sexo o del sexo opuesto.

Asexualidad: La falta de atracción sexual hacia cualquier género. Las personas asexuales pueden experimentar una falta de interés o deseo sexual hacia otros individuos, aunque pueden experimentar atracción emocional o romántica.

Es importante destacar que la orientación sexual es parte de la diversidad humana y no debe ser objeto de discriminación ni estigmatización. Es una dimensión natural y variada de la identidad humana que puede cambiar o evolucionar a lo largo de la vida de una persona.

5- Trastornos del desarrollo sexual

Los trastornos del desarrollo sexual abarcan una serie de condiciones médicas que involucran variaciones anormales en el desarrollo de las características sexuales primarias o secundarias. Estos trastornos pueden presentarse desde el nacimiento o manifestarse durante la infancia, la adolescencia o la edad adulta.

Ejemplos de trastornos del desarrollo sexual:

Disfunciones sexuales: Incluyen problemas como la disfunción eréctil, la eyaculación precoz, la falta de deseo sexual o dificultades en la respuesta sexual, tanto en hombres como en mujeres.

Trastornos del desarrollo genital: Estos trastornos implican variaciones anómalas en los órganos genitales, como la criptorquidia (testículos no

descendidos), la hipospadia (abertura uretral anormal) o la ambigüedad genital.

Trastornos del desarrollo puberal: Pueden incluir la pubertad precoz o tardía, donde los cambios físicos relacionados con la pubertad se manifiestan antes o después de lo esperado.

Trastornos del desarrollo de los caracteres sexuales secundarios: Aquí se encuentran condiciones como la ginecomastia (crecimiento anormal del tejido mamario en hombres) o la hirsutismo (crecimiento excesivo de vello en mujeres).

Identificación, diagnóstico y abordaje de trastornos del desarrollo sexual:

Evaluación clínica: Se realizan exámenes médicos, pruebas de laboratorio y evaluaciones psico-

lógicas para diagnosticar y comprender la naturaleza y la gravedad del trastorno.

Tratamiento médico: Dependiendo del trastorno, el tratamiento puede incluir terapia hormonal, cirugía, terapia psicológica, medicamentos u otras intervenciones médicas.

Apoyo multidisciplinario: Se puede requerir la colaboración de diversos especialistas, como endocrinólogos, urólogos, ginecólogos, psicólogos, entre otros, para proporcionar un enfoque integral y multidisciplinario en el cuidado del paciente.

Apoyo psicológico: Es fundamental brindar apoyo emocional y psicológico a los pacientes y sus familias para ayudarlos a enfrentar y comprender los desafíos asociados con los trastornos del desarrollo sexual.

La evaluación clínica del desarrollo sexual implica una serie de procedimientos médicos y psicológicos para determinar la salud sexual y abordar posibles desviaciones en el desarrollo. El abordaje terapéutico, por otro lado, comprende estrategias y tratamientos para ayudar a los pacientes que presentan variaciones en el desarrollo sexual.

Aquí se presentan algunos métodos de evaluación y enfoques terapéuticos.

6- Evaluación Clínica del Desarrollo Sexual:

Historial médico detallado: Se recopila información sobre el historial médico y sexual del paciente, incluyendo antecedentes familiares, síntomas, cambios físicos y emocionales, entre otros.

Examen físico: Se lleva a cabo un examen físico

para evaluar el desarrollo de las características sexuales primarias y secundarias, la presencia de anomalías genitales y cualquier signo de trastorno del desarrollo sexual.

Pruebas de laboratorio: Se pueden realizar pruebas hormonales, pruebas genéticas, análisis de sangre u otras pruebas de laboratorio para evaluar niveles hormonales, determinar posibles anomalías genéticas o identificar causas subyacentes de las variaciones en el desarrollo sexual.

Pruebas de imagen: En algunos casos, se pueden requerir pruebas de imagen, como ecografías, resonancias magnéticas o radiografías, para evaluar la estructura y función de los órganos sexuales y reproductivos.

Abordaje Terapéutico para Desviaciones del Desarrollo Sexual

Tratamiento médico: Dependiendo del diagnóstico, se pueden prescribir tratamientos hormonales, medicamentos específicos o intervenciones quirúrgicas para corregir o manejar las desviaciones en el desarrollo sexual.

Terapia psicológica: Se ofrece apoyo psicológico tanto al paciente como a la familia para abordar los aspectos emocionales y psicológicos relacionados con las variaciones en el desarrollo sexual.

Asesoramiento y educación: Se proporciona información educativa y asesoramiento sobre el diagnóstico, tratamiento y expectativas para el paciente y su entorno familiar.

Seguimiento médico continuo: Es esencial realizar un seguimiento regular con profesionales de

la salud para monitorear la progresión, ajustar los tratamientos si es necesario y brindar apoyo continuo al paciente.

Bibliografía

- Williams textbook of endocrinology 14th ed
- Langman Embriologia Medica 14ed
- Brook's Clinical Pediatric Endocrinology 7th ed

Respuesta sexual femenina.

Dra. Sandra Magirena

La respuesta sexual femenina es un proceso complejo que implica cambios fisiológicos y psicológicos en el cuerpo de una mujer en respuesta a la estimulación sexual.

En la formación médica tradicional, no suelen brindarse conocimientos básicos sobre sexualidad, y uno podría pensar que se debe a varios factores:

- Dificultades para el estudio debido a prejuicios o a no considerarlo un tema de salud.
- Escasa metodología para la capacitación; en general, los psicólogos no tienen formación sobre anatomía y fisiología, y los médicos sobre psicología.

- Poco interés en el área de la medicina, quizás relacionado con el punto inicial al no considerar la sexualidad como un aspecto integral de la salud de las personas.

Para liberar estos obstáculos, resulta imperativo superar estas barreras e incluir en los currículos materias que sean comprensibles para los profesionales de la salud e incorporen la sexualidad en sus anamnesis, así como se pregunta por síntomas de otra índole o antecedentes familiares.

Por lo tanto, vale la pena el esfuerzo de recopilación, como en este manual, para facilitar la accesibilidad a todos los conocimientos necesarios, haciendo una ampliación didáctica y facilitando su comprensión e inclusión en las historias clínicas.

Aunque las consultantes están dispuestos a discutir problemas sexuales con los médicos, a me-

nudo dudan en iniciar la conversación. Las barreras para hablar sobre la función sexual incluyen el miedo a avergonzar a sus médicos o la preocupación de que sus inquietudes sean minimizadas⁽¹⁾.

Además, los médicos rara vez realizan pruebas de detección de disfunciones sexuales femeninas (DSF) o inician conversaciones sobre la función sexual. Las barreras de los médicos para hablar sobre la función sexual incluyen sentimientos de vergüenza, incertidumbre sobre cómo iniciar conversaciones y falta de conocimiento y capacitación con respecto a las opciones de tratamiento².

Las mejores prácticas para el tratamiento de las disfunciones a menudo implican un enfoque de equipo multidisciplinario que comprende modalidades farmacológicas y no farmacológicas. Sin embargo, es posible que los profesionales no estén familiarizados con los tratamientos o no tengan acceso a

ellos, muchos de los cuales han sido recientemente aprobados o se utilizan sin autorización.

Por lo tanto, las DSF siguen estando poco identificadas y poco tratadas en la práctica clínica. En este capítulo, me referiré a los aspectos fisiológicos de la respuesta sexual de la mujer cisgénero para entender más acerca de las DSF.

Aunque la experiencia puede variar considerablemente de una persona a otra, y hoy sabemos mucho más sobre cómo es la respuesta sexual femenina, para hacerlo más didáctico y equitativo con el varón, solemos describir cuatro fases:

1. **Deseo Sexual:**

Psicológico: Incluye pensamientos, fantasías y anhelos sexuales.

Fisiológico: Aumento del flujo sanguíneo genital, lubricación vaginal y cambios en la tensión y

contractilidad de los músculos del piso pélvico .

2. **Excitación:**

Psicológico: Continuación y aumento del deseo sexual.

Fisiológico: Aumento del flujo sanguíneo genital, vasocongestión del tejido eréctil del clítoris, hinchazón de los labios vaginales y lubricación continua.

3. **Orgasmo:**

Psicológico: Pico de placer sexual, estado alterado de la conciencia.

Fisiológico: Contracciones rítmicas de los músculos pélvicos, liberación de tensiones acumuladas.

4. **Resolución:**

Psicológico: Sentimientos de relajación y satisfacción.

Fisiológico: Retorno gradual del cuerpo a su estado no excitado.

Es importante destacar que las mujeres pueden experimentar variaciones en la duración y la intensidad de cada fase, y no todas las mujeres experimentan todas las fases en cada encuentro sexual.

Además, la respuesta sexual está fuertemente influenciada por factores emocionales, físicos y contextuales, y este es un dato no menor a tener en cuenta, ya que, como veremos, el modelo circular de respuesta sexual se centra en la intimidad y la recepción de estímulos motivacionales.

La comunicación abierta con la pareja, el respeto mutuo y la comprensión de las necesidades y deseos individuales son fundamentales para una vida sexual saludable y satisfactoria. Además, si una mujer experimenta dificultades persistentes en la respuesta sexual, puede ser útil buscar la orientación de un profesional de la salud, como un médico o terapeuta sexual.

De aquí la importancia de que el médico de atención primaria incluya en su anamnesis la sexualidad de las consultantes. Ya describiremos en otros capítulos cómo incluir breves cuestionarios para introducir este tema en la consulta.

Antes de adentrarnos en la fisiología, veamos cuáles son las partes anatómicas que intervienen en la respuesta sexual. Su estudio nos llevará a describir, además, aspectos relacionados con la endocrinología, uroginecología, neurología y psicología.

La salud e integridad de los genitales externos durante el periodo de desarrollo de niñez y adolescencia son fundamentales ya que es desde el tejido eréctil de clítoris que se comienza a mapear eróticamente el cerebro, los humanos nacemos con una zona de recompensa primaria (clítoris las vulvas, glande los penes) desde la cual se comienzan a percibir los estímulos que serán codificados

como placenteros eróticos y gratificantes, y a medida que la persona va creciendo y a partir de la masturbación o autosatisfacción, estas áreas se van sumando y el mapa erótico se va ampliando.

Esto es igual para personas con pene o con vulva, pero la cultura y la educación hace que las mujeres se autoexploren mas tardíamente por lo que la completud de su respuesta sexual se ve postergada y es asi como muchas mujeres consulta por anorgasmia y en realidad se trata de una carencia en habilidades de autoestimulación.

De las regiones genitales que contribuyen al orgasmo 94% corresponden a clítoris, 63% vagina y 35% cérvix ³.

Las vías nerviosas sensitivas que recogen los estímulos vulvares son los nervios pudendos, pélvicos e hipogástrico de las áreas vulvares perineales

y vaginales, mientras que de cérvix solo recibe del hipogástrico y del vago, esto último es muy importante ya que el mapeo de otras áreas del cuerpo que recibe el nervio vago serían las responsables de mantener la respuesta orgásmica aun habiéndose lesionado el efector periférico vulvovaginal ¹³.

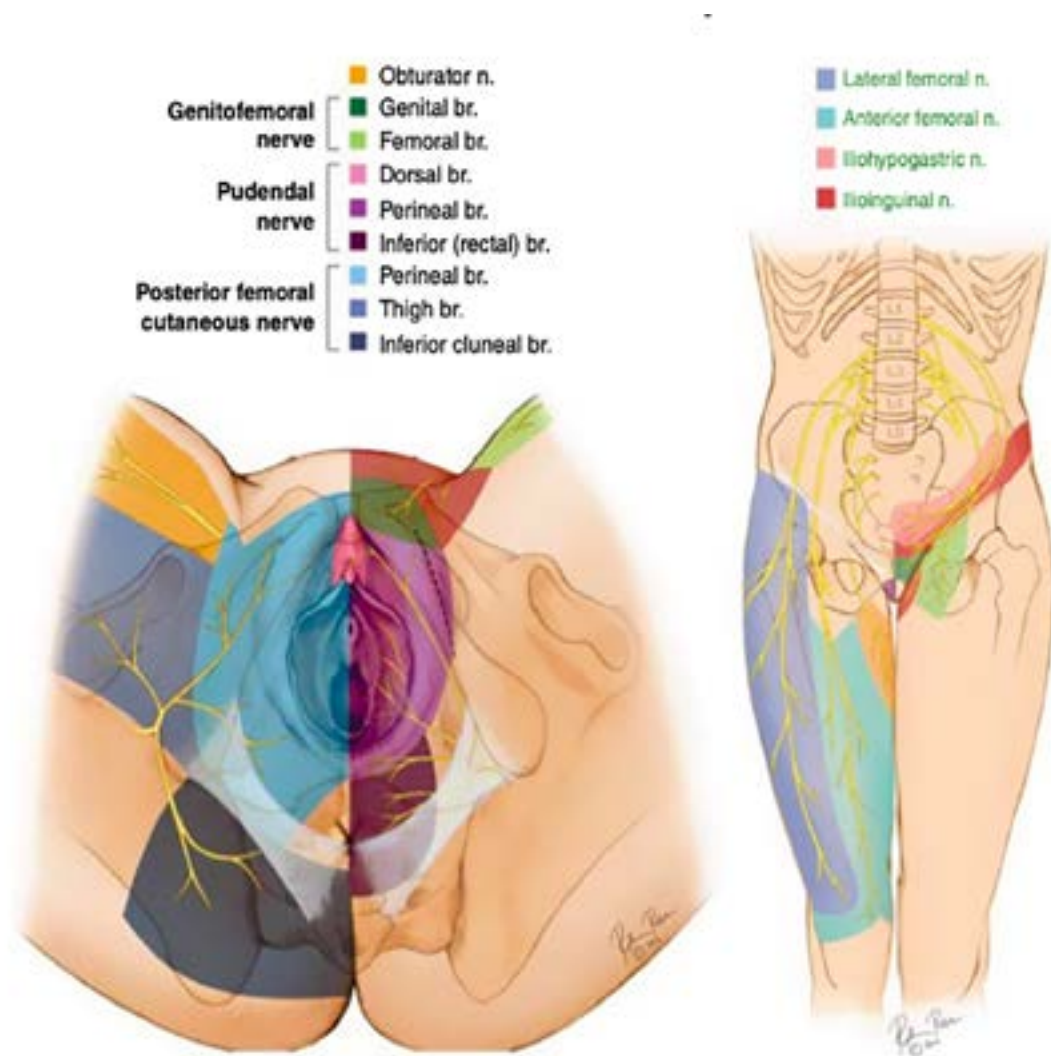


Figure 21.4 Cutaneous nerves of the vulva, thigh, and groin. Used with permission from A. Lee Dellon, MD, PhD, from www.Dellon.com. (See plate section for color representation of the figure)

Desde los primeros estudios en la década del 60 realizados por Masters y Johnson⁽⁴⁾ hasta la actualidad y el modelo circular de Rosemary Basson, han cambiado muchas concepciones y supuestos.

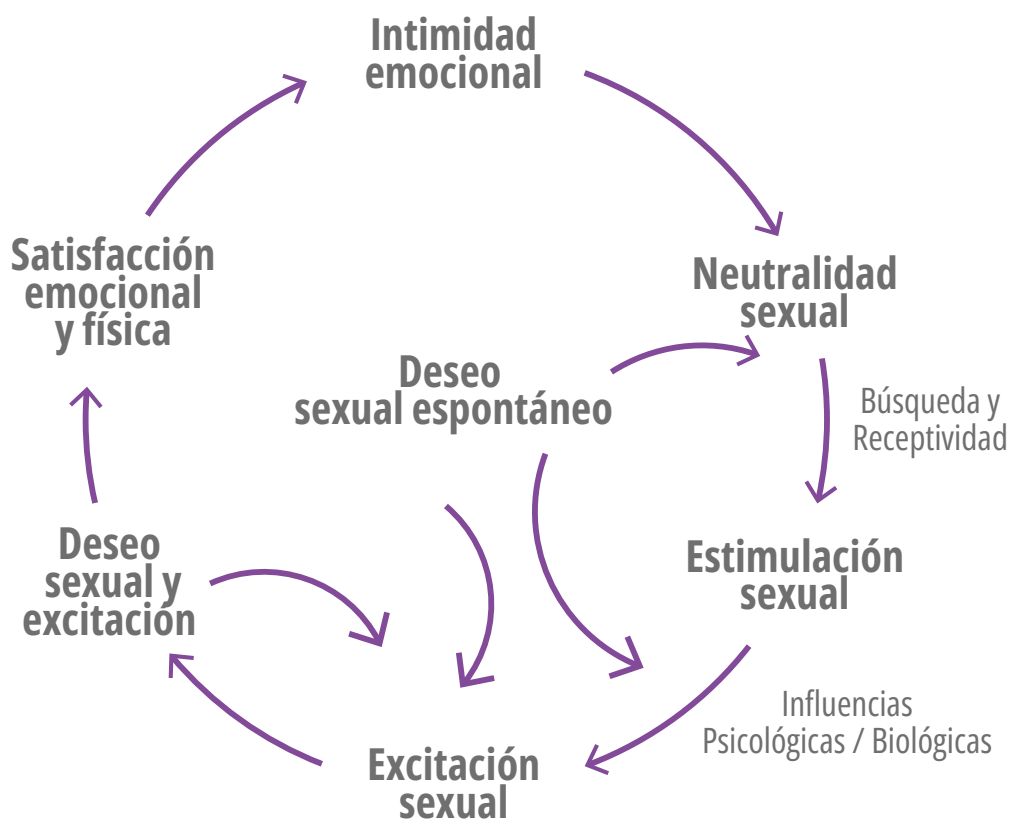
Se han propuesto varios modelos para comprender la respuesta sexual femenina. Los primeros modelos lineales, más simples, han evolucionado para incorporar una comprensión más sofisticada de la complejidad de la sexualidad femenina.

Los modelos de respuesta sexual actualizados pueden ayudar a los terapeutas a comprender cómo ayudar a las mujeres con diversas disfunciones sexuales⁵.

La respuesta sexual femenina, según la teoría propuesta por la Dra. Rosemary Basson, difiere de la tradicional “secuencia lineal” de la fase de deseo, excitación, orgasmo y resolución de los modelos anteriores.

Basson propuso un modelo circular o cíclico que refleja mejor la complejidad de la experiencia sexual de las mujeres, conocido como el “modelo de respuesta sexual femenina circular”.

MODELO CÍCLICO DE RESPUESTA SEXUAL FEMENINA DE BASSON



En este modelo, Basson identifica tres fases principales:

1. **Fase del deseo inicial o respuesta a la excitación:** En esta fase, la motivación para la actividad sexual puede no ser evidente de inmediato,

pero las mujeres pueden responder positivamente a estímulos eróticos, comenzando así el proceso.

2. **Fase de excitación y respuesta a la excitación:** Aquí, se produce la excitación física y psicológica, como el aumento del flujo sanguíneo genital, lubricación vaginal y cambios en la tensión muscular. Es importante destacar que la excitación no siempre se inicia con el deseo, sino que puede surgir durante el proceso.
3. **Fase de meseta y consolidación de la excitación:** Esta fase implica la consolidación de la excitación, donde las mujeres pueden experimentar un aumento en la sensación de placer sexual y un mayor deseo. La intensidad puede variar y no siempre lleva al orgasmo.
4. **Fase orgásmica y resolución:** Algunas mujeres pueden alcanzar el orgasmo en esta fase, mientras que otras pueden no experimentarlo en absoluto. La resolución no siempre implica una clara disminución inmediata de la excitación.

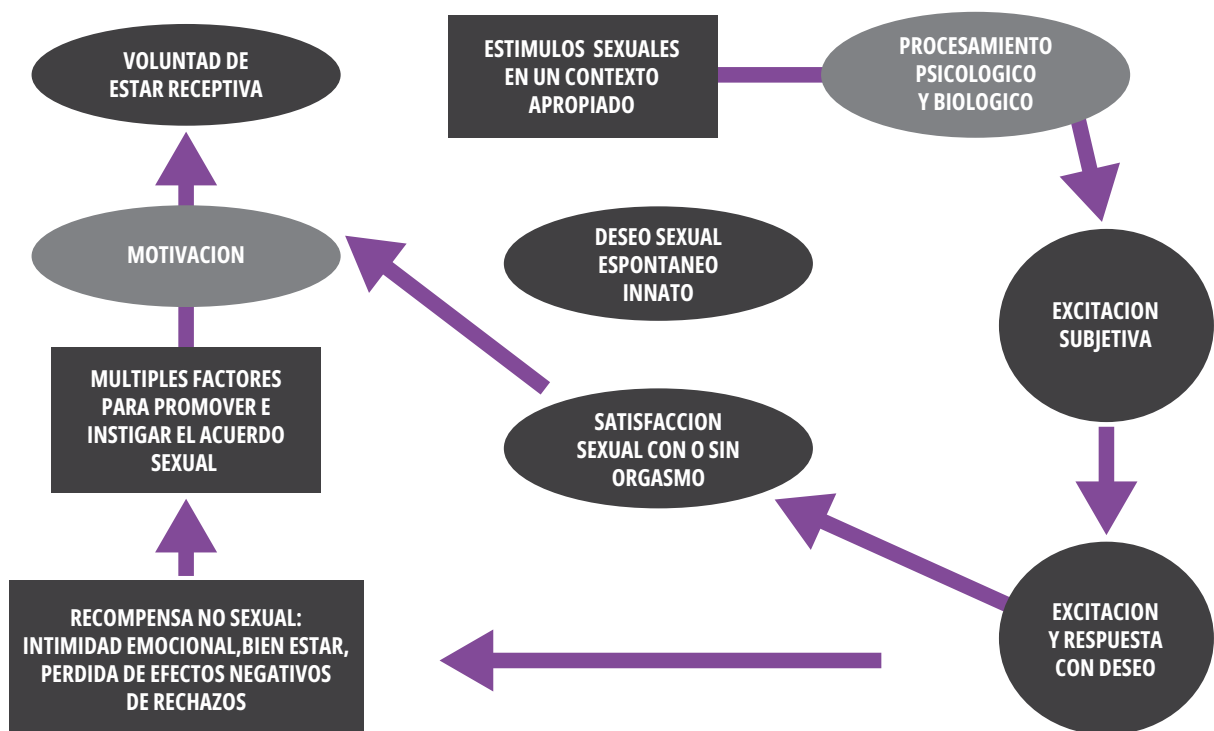
Es esencial tener en cuenta que este modelo no es universal, y la respuesta sexual femenina puede variar considerablemente de una persona a otra. Además, factores emocionales, psicológicos y contextuales desempeñan un papel fundamental en la experiencia sexual de las mujeres.

Este aporte ha sido fundamental ya que le ha quitado a las mujeres dos pesos fundamentales, el deseo que no siempre es espontáneo y que surge de la intimidad y calidad de los estímulos y los orgasmos que pueden o no darse pero que si es importante el nivel de motivación y satisfacción que deje el encuentro.

Algunas mujeres reportan un deseo que parece ser espontáneo, lo que lleva a la excitación o a un mayor entusiasmo por encontrar o ser receptivos a los estímulos sexuales. Este tipo de deseo tiene un amplio espectro entre las mujeres y puede estar relacionado con el ciclo menstrual, disminuye

con la edad, y a cualquier edad comúnmente aumenta con una nueva relación ⁶.

Desafortunadamente, las definiciones anteriores de las disfunciones sexuales de las mujeres asumían que el ciclo de la respuesta sexual de una mujer siempre comenzaba con el deseo sexual, los pensamientos y fantasías sexuales, y que su ausencia era evidencia de un trastorno, hoy sabemos que esto no es así y que lo más importante es el nivel motivación y autoconocimiento que ella tenga ⁷.



Hasta hace poco, las clasificaciones del DSM sobre las disfunciones sexuales de las mujeres se basaban en definiciones que derivaban principalmente de opiniones de expertos, más que de estudios clínicos o epidemiológicos.

Además, esta clasificación era la misma para hombres y mujeres, dando por sentado la existencia de un único modelo de respuesta sexual para ambos géneros.

Más específicamente, los modelos lineales de Master's & Johnson⁴ y Kaplan⁸. Aun se siguen enseñando pero el modelo circular de Rosemary Basson, se adapta más a la fisiología de la mujer.

Las diferencias entre los modelos lineal y circular tienen que ver principalmente con el hecho de que las etapas de la respuesta sexual se superponen entre sí en el modelo circular, mientras que

el inicio de la actividad sexual puede no necesitar la presencia de un deseo sexual espontáneo.

En los modelos lineales, las etapas de deseo sexual: excitación, orgasmo y resolución se suceden de forma estable, a diferencia de los modelos circulares donde el deseo sexual puede no ser ni la primera etapa ni el motivo principal de la actividad sexual.

En este caso, los motivos de la actividad sexual pueden variar, centrándose también en otros aspectos de la sexualidad y la personalidad humana, no solo en el deseo sexual innato.

Aunque el DSM-5 basó la clasificación de las disfunciones sexuales en el modelo circular, aún no hay evidencia suficiente para demostrar que todos los hombres y mujeres puedan estar representados por el mismo modelo de respuesta

sexual a lo largo de la vida y es por eso que si buscamos bibliografía sobre deseo aparezca la denominación del DSM IV Deseo Sexual Hipoactivo en la mujer.

Aparte de los modelos de respuesta sexual antes mencionados, varios investigadores han descrito otros modelos en un esfuerzo por proporcionar una descripción más precisa y completa de la función sexual humana y sus trastornos.

La clasificación de la International Society for the Study of Women's Sexual Health (ISSWSH) detalla cuatro categorías principales para las disfunciones sexuales femeninas: trastornos del deseo sexual, excitación sexual (dividiendo el componente cognitivo del genital), orgasmo y dolor genitopélvico.

A diferencia del DSM-5, ellos prefieren mantener

separados el deseo y la excitación, ya que consideran que pueden tener causas y tratamientos distintos (como desequilibrios hormonales o problemas vasculares).

Este enfoque médico especializado separa el deseo y la excitación para permitir diagnósticos más precisos, incluyendo condiciones específicas como el trastorno de excitación genital persistente.

Al ser el modelo actual más integral, determina que la complejidad se refleja también en los múltiples factores etiológicos y determinantes de los problemas sexuales en las mujeres.

Actualmente, existe consenso sobre la necesidad de adoptar un enfoque más holístico o biopsicosocial para el tratamiento de la disfunción sexual en las mujeres ⁹. Se reconoce la importancia de tener en cuenta los determinantes psicológicos e

interpersonales en este enfoque. Es crucial destacar el papel de los factores interpersonales como contribuyentes a la satisfacción sexual final de las mujeres, y los médicos deben ser especialmente conscientes de esta influencia al abordar los problemas sexuales de las mujeres.

En síntesis la respuesta sexual satisfactoria dependerá del equilibrio entre factores excitatorios e inhibitorios no solamente en la esfera biológica sino también en la psicoemocional y contextual.

Veamos como operan la neurobiología de la respuesta sexual.

Neurobiología de la Respuesta sexual

En la última década, la investigación ha dirigido cada vez más atención a la neurobiología de la

función sexual. Esto ha sido fomentado por la creciente conciencia de los efectos perjudiciales de los agentes farmacológicos en el comportamiento sexual, haremos un breve repaso del papel desempeñado por los factores endocrinos y neurotransmisores más importantes en la función sexual, sobre todo para poder entender el impacto que pudieran tener algunos fármacos que se utilizan para otros tratamientos, sobre todo los psicofármacos .

Las áreas del sistema nervioso central (SNC) desempeñan un papel crucial en la respuesta sexual femenina, ya que son responsables de la regulación y coordinación de las diferentes fases del proceso. Aquí se describen las áreas más relevantes:

1. **Hipotálamo:**

- El hipotálamo desempeña un papel central en la regulación hormonal y la integración de señales nerviosas y endócrinas.

- Secreción de hormonas liberadoras que afectan la producción de hormonas sexuales, como la hormona liberadora de gonadotropinas (GnRH).

2. **Áreas Cerebrales Superiores:**

- Corteza Cerebral: Involucrada en la interpretación cognitiva y emocional de estímulos sexuales, así como en la formación de deseos y fantasías.
- Sistema Límbico: Particularmente el hipocampo y la amígdala, que están relacionados con las respuestas emocionales y la memoria afectiva en el contexto de la actividad sexual.

3. **Núcleo Accumbens:**

- Forma parte del sistema de recompensa cerebral y está asociado con la liberación de dopamina, que juega un papel fundamental en la motivación y el placer sexual.

4. **Tálamo:**

- Actúa como una estación de relevo para las señales sensoriales. Las sensaciones táctiles y eróticas se transmiten desde los genitales al tálamo antes de llegar a las áreas cerebrales superiores.

5. **Médula Espinal:**

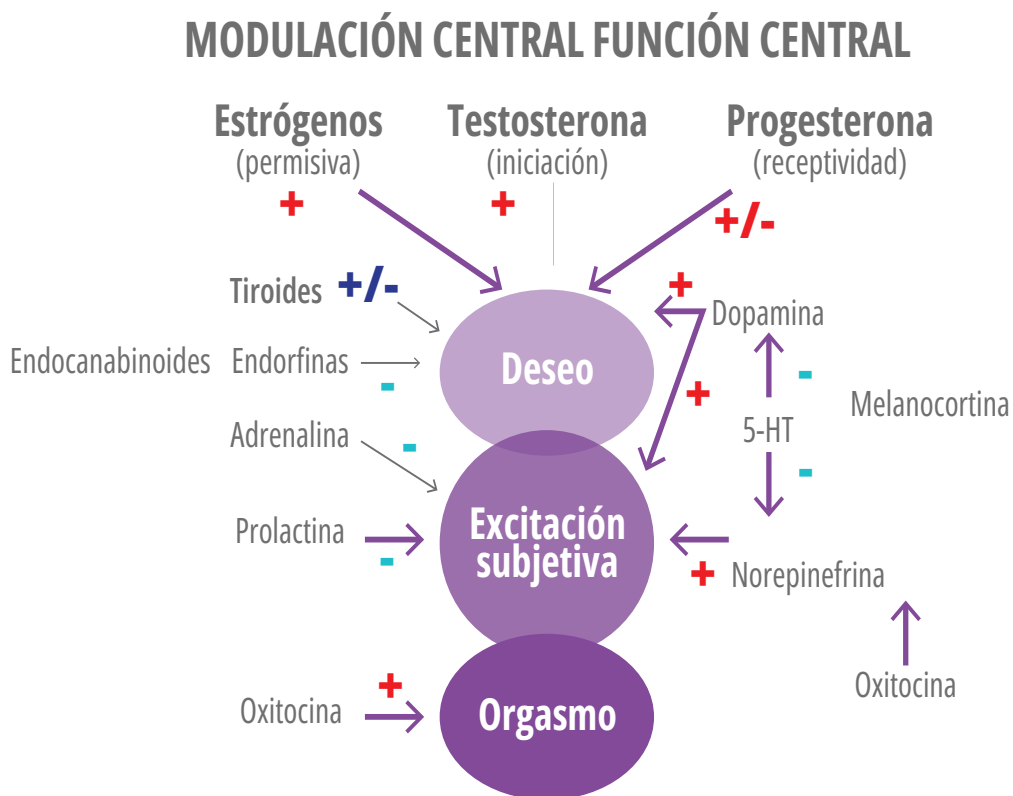
- La médula espinal es esencial para la transmisión de señales nerviosas desde los genitales hasta el cerebro y viceversa.
- Contiene circuitos neurales involucrados en los reflejos sexuales, como el reflejo bulbocavernoso, que desencadena las contracciones rítmicas durante el orgasmo.

6. **Sistema Nervioso Autónomo:**

- El sistema nervioso autónomo regula funciones involuntarias, como la dilatación de los vasos sanguíneos en los genitales y la lubricación vaginal durante la fase de excitación sexual.

- La activación del sistema nervioso parasimpático está asociada con la respuesta sexual, mientras que el simpático puede inhibirla.

Como es de entender, además de las hormonas, el resto de los neurotransmisores que circulan por estas áreas: dopamina, serotonina, oxitocina, noradrenalina, adrenalina, endorfinas, melancortina y endocannabinoides, desempeñan una sinfonía química armónica y especial que es lo que culminará en placer y goce sexual ¹⁰.



Estas áreas del SNC actúan de manera integrada para procesar la información sensorial, regular las respuestas hormonales y orquestar las respuestas motoras y emocionales asociadas con la respuesta sexual femenina. El equilibrio entre estas funciones es esencial para una experiencia sexual saludable y satisfactoria.

Además, el comportamiento sexual requiere estímulos sensoriales implícitos que se evalúan como sexualmente destacados y comparados con experiencias pasadas, lo que provoca un estado motivacional provocado. Los sustratos anatómicos respectivos son estructuras límbicas del cerebro anterior como el hipotálamo, la amígdala, el hipocampo y los núcleos de la región septal, empleados en estados motivacionales y procesamiento emocional.

Diferentes señales sensoriales se integran por las

estructuras límbicas de una manera inconsciente, lo que desencadena respuestas autónomas típicas (aumento de la frecuencia cardíaca, la presión arterial y la frecuencia respiratoria junto con las estructuras del tronco cerebral) ¹¹.

Los estudios de neuroimagen han demostrado que la respuesta sexual humana involucra una variedad de áreas cerebrales corticales y subcorticales, mostrando patrones de activación muy similares según el género y las preferencias sexuales.

Georgiadis y Kringelbach identificaron un “patrón de deseo sexual” un “patrón de gusto sexual” que involucra el lóbulo parietal inferior, el hipotálamo, la ínsula, la corteza premotora ventral y la corteza cingulada media .

Se ha descubierto que los trastornos del interés sexual están asociados con una reducción de la

sensibilidad a las señales sexuales, como lo sugieren los cambios estructurales y funcionales en áreas relacionadas con el deseo sexual, como la amígdala, ACC y NAc¹².

En cambio, gustar del sexo implica el reclutamiento de una red cerebral que es relativamente distinta de la red de deseos sexuales. Podríamos entonces pensar en las diferencias entre el amor y la pasión .

Desde el punto de vista del comportamiento, el cerebro actúa continuamente para mantener un equilibrio entre las redes que promueven el acercamiento y las redes que promueven la evitación.

El marco novedoso y en rápida evolución de la neurociencia de redes ha estado reforzando la idea de que la sexualidad es un concepto complejo que se basa en la estricta interacción estructural

y funcional entre áreas cerebrales espacialmente remotas que cooperan entre sí para garantizar el ciclo de placer sexual humano.

Como vemos las bases anatomofisiológicas neuronales de la sexualidad humana, nos muestran cómo el cerebro ayuda a iniciar y mantener la excitación y el deseo sexual, lo que en última instancia conduce a la fase orgásmica.

Aunque el conocimiento sobre el comportamiento sexual humano es de creciente importancia, considerando también su impacto social y personal, todavía no está claro si este tema se aborda plenamente o se descuida en la práctica clínica, a menudo debido a la falta de educación y formación en sexualidad humana, durante la escuela de medicina y durante todo el curso de la vida.

De hecho, las lesiones cerebrales y de la médula

espinal, así como los trastornos periféricos, pueden afectar con frecuencia la función sexual y, por tanto, conducir a una mala calidad de vida. Con demasiada frecuencia, los médicos creen que la sexualidad no es tan importante como la lesión o enfermedad que llevó al paciente al equipo médico. La calidad de las relaciones personales, en particular las sexuales, ejerce un gran impacto en la autoestima y la red de apoyo del paciente.

Si bien la literatura sobre imágenes de la actividad cerebral regional durante la excitación sexual en mujeres y hombres es extensa y en gran medida consistente, la literatura sobre el orgasmo es relativamente limitada y variable, debido en parte a los desafíos metodológicos planteados por la variabilidad en la latencia del orgasmo en los participantes y el movimiento de la cabeza. .

Los trabajos de Komisaruk para comparar la ac-

tividad cerebral en el momento del orgasmo (inducido por uno mismo y por la pareja) con la del inicio de la estimulación genital, inmediatamente antes del inicio del orgasmo e inmediatamente después del cese del orgasmo con imágenes de resonancia magnética funcional (fMRI) ofrecen resultados muy interesantes ¹³.

En sus investigaciones se ha visto que la actividad cerebral aumenta gradualmente hasta llegar al orgasmo, alcanza su punto máximo en el orgasmo y luego disminuye. Las regiones cerebrales activadas incluyeron regiones sensoriales, motoras, de recompensa, corticales frontales y del tronco encefálico (p. ej., núcleo accumbens, ínsula, corteza cingulada anterior, corteza orbitofrontal, opérculo, circunvolución angular derecha, lóbulo paracentral, cerebelo, hipocampo, amígdala, hipotálamo, ventral). área tegmental y rafe dorsal).

Amplias regiones corticales, subcorticales y del tronco del encéfalo alcanzan niveles máximos de actividad en el orgasmo.

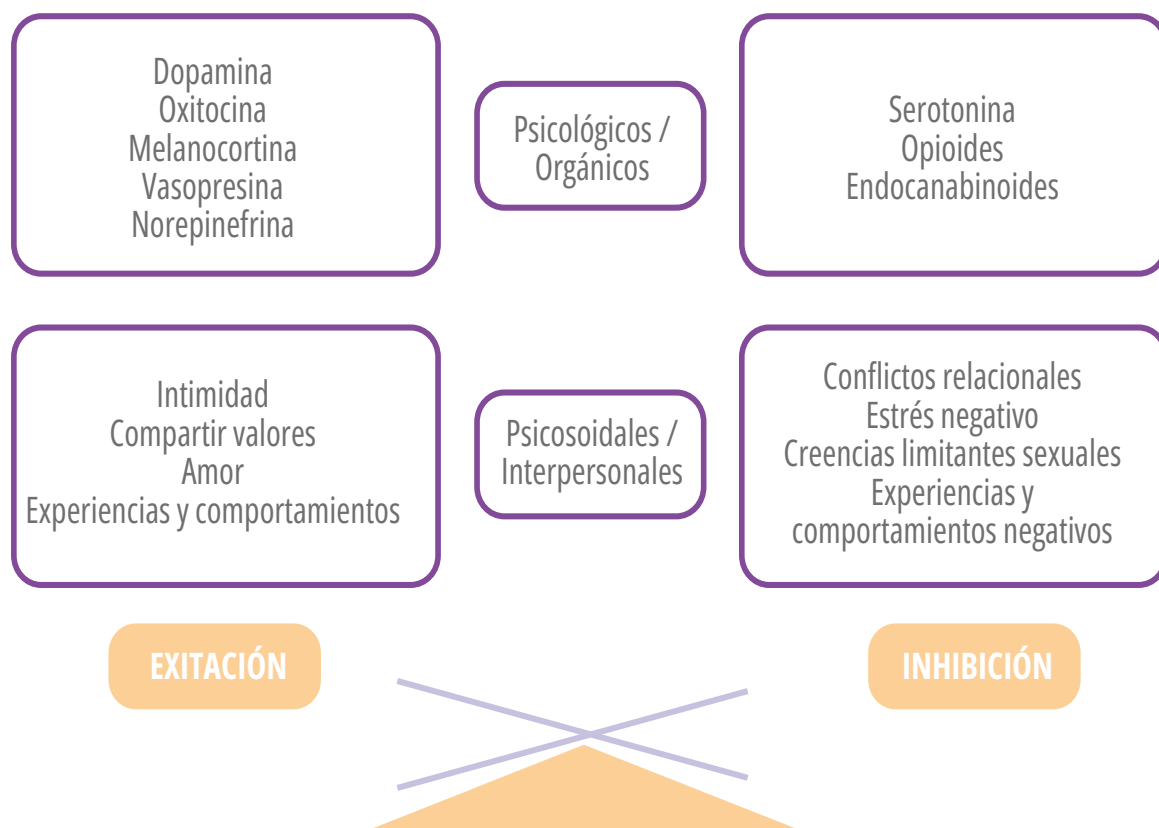
Evidentemente, este es el primer estudio de resonancia magnética funcional sobre el orgasmo provocado por la estimulación genital inducida por uno mismo y por la pareja en mujeres. Los autores destacan limitaciones metodológicas que incluyen la muestra pequeña (N = 10), que combinó conjuntos de datos de estimulación inducida por uno mismo y por la pareja para el análisis.

La clave para comprender el ciclo de respuesta sexual femenina es un enfoque multidimensional de las reacciones sexuales, donde la satisfacción emocional (intimidad emocional con la pareja) puede ser más importante que la satisfacción física (orgasmo). De hecho, este enfoque holístico podría hacer que el diagnóstico y el tratamiento

de las disfunciones sexuales femeninas, que son cada vez más comunes en la práctica clínica y ginecológica, sean más fáciles y eficaces.

El propósito de este capítulo es presentar el modelo contemporáneo del ciclo de respuesta sexual femenina y alentar a los especialistas a ver la sexualidad femenina desde una perspectiva más amplia y holística.

Las definiciones ampliadas y revisadas recientemente publicadas de las disfunciones sexuales de las mujeres intentan reconocer la naturaleza altamente contextual de la sexualidad de las mujeres. Para ayudar al manejo clínico de estas disfunciones, estas definiciones ahora enfatizan la evaluación del contexto de las experiencias sexuales problemáticas de las mujeres, no solamente su estatus hormonal sino su historia personal de aprendizaje y experiencias de vida sexual.



Durante la consulta médica, es posible evaluar la función sexual después de preguntar sobre menstruación, dismenorrea o síntomas posmenopáusicos. Cuando la respuesta a la pregunta “¿Tiene alguna inquietud sexual?” es positiva, se abre un espacio que habilita la nueva cita o derivación al especialista.

En general, se requiere entrevistar tanto a la pareja como a cada miembro por separado. En otros capítulos de este manual brindamos breves intervenciones para el médico no sexólogo.

El malestar causado por cualquier disfunción específica es muy variable.

Pero no quedan dudas de que el impacto que tendrá en la salud integral es muy importante sobre todo en aquellas patologías donde alguno de los factores intervinientes en la respuesta sexual aprendida se vea modificado, y es por eso que el médico debe conocerlo para poder traer el tema a la consulta y en caso de necesidad derivar oportunamente al especialista.

Bibliografía

¹ Read S, King M, Watson J. J Public Health Med. 1997;19(4):387–391.

² Nusbaum MRH, Hamilton CD. The proactive sexual health history. Am Fam Physician. 2002;66(9):1705–1712

³ Cutler et al, Obstet Gynecol (2000) 95:S19

⁴ Masters, W. H. , & Johnson, V. E. (1966). Human sexual res-

ponse. Boston, MA: Little, Brown and Company.

⁵ 2009 Jun 20;63(2):112-5 j.maturitas Epub 2009 Apr 15.

⁶ Klusmann D. Sexual motivation and the duration of partnership. Arch Sex Behav 2002;31(3):275-87

⁷ Basson R CMAJ 2005 May 10; 172(10): 1327–1333.

⁸ Kaplan, H. S. (1974). The new sex therapy. Active treatment of sexual dysfunctions (Vol. 11). New York

⁹ Parish, Sharon. The Evolution of Female sexual Disorder/ Dysfunctions definition, nomenclature and classification : A review of DSM, ICSM, ISSWISH, and ICD .(2021) Sexual Med Review 9. 36-56.

¹⁰ Calabro R Brain Behav 2019 Dec;9(12):e01389.

¹¹ Georgiadis, J. R. , Kringelbach, M. L. , & Pfaus, J. G. (2012). Sex for fun: A synthesis of human and animal neurobiology. Nature Reviews Urology, 9(9), 486–498. 10.1038/nrurol.2012

¹² Clayton AH. Psychiatric Clinics of North America. 2003;26:673-682

¹³ Banca, P. , Morris, L. S. , Mitchell, S. , Harrison, N. A. , Potenza, M. N. , & Voon, V. (2016). Novelty, conditioning and attentional bias to sexual rewards. Journal of Psychiatric Research, 72, 91–101. 10.1016/

¹⁴ Komisaruk, BJ Sex Med. 2017 November ; 14(11): 1380–1391

¹⁵ Bancroft J, et al. J Sex Res. 2009;46:121-142.

Perelman MA. J Sex Med. 2009;6:629-32

CLASE VII

Desarrollo sexual en la niñez y adolescencia en la mujer.

Dra. Marisa Labovsky

Introducción

El desarrollo sexual en la niñez y adolescencia es una etapa crucial en la formación de la identidad de género y la salud sexual. Comprender este proceso es esencial para abordar de manera efectiva los desafíos y promover una sexualidad saludable en las mujeres. Este capítulo examinará los aspectos anatómicos, psicológicos, sociales y culturales del desarrollo sexual en estas etapas, centrándose en la importancia de la educación, la comunicación abierta y la atención a factores contextuales.

Niñez

Desarrollo Sexual

Desarrollo Anatómico:

El desarrollo anatómico en la niñez marca el inicio de la diferenciación sexual y la maduración de los órganos sexuales. Aunque estos cambios no son tan evidentes como en la adolescencia, son fundamentales para el entendimiento saludable del cuerpo desde una edad temprana. La educación sobre las diferencias anatómicas y la función de los órganos sexuales sienta las bases para una comprensión positiva de la sexualidad.

Los niños experimentan cambios hormonales durante la niñez que preparan el terreno para la pubertad. Estos cambios hormonales, aunque menos pronunciados que en la adolescencia, desencadenan procesos fisiológicos y psicológicos importantes. La información adecuada sobre

estos cambios contribuye a reducir la ansiedad y a promover una actitud positiva hacia el desarrollo corporal.

La importancia de la educación sexual temprana radica en proporcionar información precisa y adaptada a la edad sobre el cuerpo y la sexualidad. La inclusión de temas relacionados con la anatomía, la privacidad y el respeto hacia uno mismo y los demás establece una base sólida para futuras conversaciones sobre la sexualidad.

Exploración y Curiosidad:

El juego y la exploración infantil son manifestaciones naturales de la curiosidad innata de los niños sobre el mundo que los rodea, incluyendo sus propios cuerpos. Los juegos de roles, por ejemplo, permiten a los niños explorar y entender las diferencias de género de manera lúdica. Los padres y educadores desempeñan un papel

esencial al fomentar un ambiente donde la exploración sea saludable y respetuosa.

El rol de los padres y educadores en la orientación saludable durante la exploración y curiosidad infantil es crucial. Esto implica proporcionar entornos seguros donde los niños se sientan cómodos al hacer preguntas y expresar sus curiosidades. Los adultos deben estar preparados para abordar estas preguntas de manera honesta y adaptada a la edad, fomentando la confianza y el entendimiento del cuerpo desde una perspectiva positiva.

Comunicación Abierta:

La importancia del diálogo sobre el cuerpo y la sexualidad desde la niñez radica en establecer una base sólida para futuras conversaciones sobre temas más complejos. Un diálogo abierto y honesto entre padres, educadores y niños permite construir una relación de confianza, donde

los niños se sienten cómodos compartiendo sus pensamientos y preocupaciones.

Desarrollar estrategias efectivas para abordar preguntas y curiosidades implica escuchar activamente, validar las emociones de los niños y proporcionar respuestas claras y apropiadas a su nivel de desarrollo. Las estrategias deben enfocarse en fomentar un ambiente seguro y sin juicios, donde la comunicación abierta sobre la sexualidad sea normalizada y alentada. Establecer límites saludables y respetar la privacidad también forma parte integral de estas estrategias.

En resumen, la niñez es una etapa crucial en el desarrollo sexual donde la educación temprana, la orientación saludable durante la exploración y la comunicación abierta contribuyen a establecer una base sólida para una relación positiva con la sexualidad en el futuro.^{1,2,3}

Adolescencia

Pubertad y Cambios Hormonales

La adolescencia es una etapa de transición crucial que abarca el paso de la infancia a la adultez, marcada por cambios significativos en el cuerpo y la mente. La pubertad, un proceso biológico complejo, desempeña un papel central en el desarrollo sexual durante esta etapa. Este período está caracterizado por transformaciones físicas notables y el impacto de cambios hormonales en la psicología y el comportamiento.

Desarrollo Físico en la Adolescencia:

La pubertad inicia el desarrollo físico en la adolescencia, marcando la maduración sexual y reproductiva. Experimentamos un rápido crecimiento en estatura, desarrollo de características sexuales secundarias como vello corporal, cambio de voz en los varones y desarrollo mamario en las

mujeres. La menarquia, la primera menstruación en las mujeres, y la espermatogénesis en los varones, son hitos cruciales.

El desarrollo físico durante la adolescencia es altamente variable y depende de factores genéticos, nutricionales y ambientales. Este proceso puede generar preocupaciones sobre la imagen corporal, especialmente con la presión social y los estándares de belleza. La educación sexual adecuada es esencial para fomentar una comprensión positiva y realista de estos cambios, promoviendo la aceptación y la autoestima.

Impacto Hormonal en la Psicología y el Comportamiento:

Los cambios hormonales durante la adolescencia tienen un impacto significativo en la psicología y el comportamiento. Las hormonas sexuales, como el estrógeno y la testosterona, afectan las

emociones, la libido y la percepción de uno mismo. Experimentamos fluctuaciones en el estado de ánimo, la búsqueda de identidad y una mayor conciencia de la atracción sexual.

El aumento de la libido y la curiosidad sexual son fenómenos normales durante esta etapa. La gestión de estas emociones requiere un entendimiento equilibrado y el apoyo de figuras de confianza. La educación sexual integral es crucial para empoderar a los adolescentes con conocimientos sobre la anatomía, la contracepción y la importancia del respeto mutuo en las relaciones.

Los cambios hormonales también están vinculados a la formación del cerebro adolescente. La plasticidad cerebral aumenta, afectando la toma de decisiones y la regulación emocional. Este período de vulnerabilidad y adaptabilidad puede influir en comportamientos de riesgo, como la par-

ticipación en relaciones sexuales sin protección o el consumo de sustancias.

En conclusión, la pubertad y los cambios hormonales en la adolescencia son aspectos fundamentales del desarrollo sexual. La comprensión de estos procesos biológicos y su impacto en la psicología y el comportamiento es esencial para facilitar una transición saludable hacia la adultez. La educación sexual, el apoyo emocional y la comunicación abierta son herramientas valiosas para guiar a los adolescentes en su viaje hacia la madurez sexual y emocional.⁴

Educación Sexual en la Escuela

La educación sexual en la escuela juega un papel crucial en el desarrollo saludable de los niños y adolescentes. A lo largo de todas las etapas educativas, desde la primaria hasta la secundaria, la implementación de programas educativos abor-

dando aspectos clave de la sexualidad es esencial para proporcionar información precisa y fomentar actitudes respetuosas hacia la diversidad y la intimidad.

Rol de la Educación Formal en el Desarrollo Sexual

1. **Promoción del Conocimiento:** La educación formal ofrece una plataforma estructurada para la promoción del conocimiento sobre anatomía, fisiología y desarrollo sexual. Proporcionar información precisa y adaptada a la edad empodera a los estudiantes para comprender y aceptar los cambios en sus cuerpos y en los cuerpos de los demás.
2. **Prevención y Salud Reproductiva:** La educación sexual también abarca la prevención de enfermedades de transmisión sexual, la salud

reproductiva y la contracepción. Dotar a los estudiantes con información sobre prácticas seguras y la toma de decisiones informada es crucial para la promoción de la salud sexual y reproductiva.

3. **Fomento de Relaciones Saludables:** La enseñanza sobre el consentimiento, la comunicación efectiva y el respeto mutuo contribuye al desarrollo de relaciones saludables. Estos aspectos son fundamentales para empoderar a los jóvenes a establecer límites, comprender la importancia del consentimiento y construir relaciones basadas en el respeto y la igualdad.

Desafíos y Oportunidades en la Implementación de Programas Educativos

1. **Desafíos Culturales y Sociales:** La implementación de programas educativos enfrenta

desafíos culturales y sociales, ya que las actitudes hacia la educación sexual pueden variar. La resistencia por motivos religiosos, culturales o políticos puede dificultar la implementación efectiva de estos programas.

2. **Formación Docente:** La formación adecuada del personal docente es crucial. La capacitación para abordar temas sensibles y adaptar la educación sexual a diversas audiencias garantiza la efectividad de los programas. La formación continua es esencial para mantenerse actualizado frente a los avances y cambios en la comprensión de la sexualidad.
3. **Inclusividad y Diversidad:** La inclusividad y la consideración de la diversidad son oportunidades clave. La educación sexual debe ser inclusiva, abordando diversas identidades de género, orientaciones sexuales y experiencias cultura-

les para garantizar que todos los estudiantes se sientan representados y respetados.⁵

Influencia de los Medios de Comunicación

Papel de la Cultura Popular y los Medios:

1. **Formación de la Identidad Sexual:** La cultura popular y los medios desempeñan un papel significativo en la formación de la identidad sexual. La representación de la sexualidad en películas, programas de televisión y música influye en la percepción de los jóvenes sobre las relaciones y el comportamiento sexual.
2. **Efectos Positivos y Negativos:** Los medios pueden tener efectos tanto positivos como negativos en la percepción de la sexualidad. La representación positiva de la diversidad sexual y las relaciones saludables puede contribuir a una

imagen más realista y respetuosa. Sin embargo, la exposición a representaciones idealizadas o estereotipadas puede tener efectos negativos, contribuyendo a presiones poco realistas y expectativas poco saludables.⁶

Educación Sexual Integral

La educación sexual integral constituye un espacio sistemático de enseñanza y aprendizaje que comprende contenidos de distintas áreas curriculares, adecuados a las edades y etapas de desarrollo de las personas desde el Nivel Inicial hasta la Formación Docente.

La propuesta pedagógica de la ESI aborda los conceptos de manera transversal y en espacios específicos. Incluye el desarrollo de saberes y habilidades sobre los cinco ejes conceptuales en los

que se trabaja: el cuidado del propio cuerpo; la valoración de las emociones y de los sentimientos en las relaciones interpersonales; el reconocimiento de la perspectiva de género; el respeto de la diversidad; y el ejercicio de los derechos concernientes a la sexualidad. Además, promueve el trabajo articulado con centros de salud, organizaciones sociales y familias.

El Programa Nacional de Educación Sexual Integral

La Ley N° 26150 crea el Programa Nacional de Educación Sexual Integral (PNESI) con el propósito de coordinar el diseño, la implementación, el monitoreo y la evaluación de las acciones de ESI en todas las jurisdicciones del país.

El Programa Nacional de Educación Sexual Inte-

gral depende de la Dirección de Educación para los Derechos Humanos, Género y ESI. Sus acciones están orientadas a profundizar la política educativa que garantiza, amplía, promociona y protege los derechos.

Objetivos

- Incorporar la educación sexual integral dentro de las propuestas educativas orientadas a la formación armónica, equilibrada y permanente de las personas.
- Asegurar la transmisión de conocimientos pertinentes, precisos, confiables y actualizados sobre los distintos aspectos involucrados en la educación sexual integral.
- Promover actitudes responsables ante la sexualidad.
- Prevenir los problemas relacionados con la salud, en general, y la salud sexual y reproductiva, en particular.

- Procurar igualdad de trato y oportunidades para todas las identidades de género y orientaciones sexuales de las personas.⁷

En resumen, la educación sexual en la escuela, a lo largo de todas las etapas educativas, es esencial para proporcionar información precisa y promover actitudes saludables hacia la sexualidad. La implementación efectiva de programas educativos enfrenta desafíos, pero también ofrece oportunidades para fomentar el respeto, la inclusividad y el entendimiento en el desarrollo sexual de los estudiantes. La influencia de los medios de comunicación, por otro lado, subraya la importancia de abordar críticamente las representaciones de la sexualidad para promover una comprensión más realista y respetuosa.

Factores Culturales y Sociales

1. **Cultura y Normas Sociales:** La cultura y las normas sociales juegan un papel fundamental en la formación de la identidad sexual. La diversidad cultural requiere enfoques sensibles que respeten las diversas perspectivas sobre la sexualidad, abordando la diversidad de experiencias y valores.
2. **Desigualdades de Género:** Las desigualdades de género influyen en el desarrollo sexual de las mujeres. La equidad de género se presenta como un pilar esencial para garantizar que las mujeres tengan control sobre sus cuerpos, tomen decisiones informadas sobre su salud sexual y desafíen los estigmas asociados con la sexualidad femenina.

Redes sociales, sexualidad y adolescencia

El papel de las redes sociales en la sexualidad de los adolescentes es un tema complejo y en constante evolución. Tenemos que tener en cuenta varias cuestiones:

1. Acceso a la Información:

- Proporcionan a los adolescentes un acceso rápido y fácil a información sobre la sexualidad, lo que puede ser beneficioso si la información es precisa y educativa.
- Sin embargo, también existe el riesgo de acceder a información errónea o no adecuada para su edad.

2. Educación Sexual:

- Pueden ser utilizadas como plataformas para la educación sexual positiva y saludable.
- Organizaciones y profesionales de la salud

a menudo comparten recursos educativos en plataformas sociales para llegar a los adolescentes.

3. **Presión Social y Normas de Belleza:**

- Pueden contribuir a la presión social en relación con la apariencia y la conformidad con ciertas normas de belleza, lo que podría influir en la autoestima y la percepción del cuerpo.
- La comparación con otros en las redes sociales puede afectar la confianza y la autoimagen.

4. **Interacciones Sociales y Relaciones:**

- Facilitan la interacción social entre adolescentes, lo que puede influir en el desarrollo de relaciones y la exploración de la identidad sexual.
- Las relaciones en línea pueden tener impactos emocionales y psicológicos en la vida de los adolescentes.

5. **Riesgos de Exposición:**

La sobreexposición en las mismas puede llevar a situaciones de riesgo, como el ciberaco-

so o la difusión no consensuada de imágenes íntimas.

6. **Privacidad:**

Los adolescentes deben ser conscientes de la importancia de proteger su privacidad en línea y entender los posibles riesgos asociados con compartir información personal.

7. **Riesgos:**

La rapidez en su evolución hace que no estemos preparados para este ritmo vertiginoso de alcances, pudiendo generar un mal uso de las mismas y propiciando la aparición de riesgos para la salud sexual. Los riesgos asociados a estas prácticas pueden ser desconocidos y no visibles. Es muy importante conocer cuáles son.

- Sextorsión: Alguien (menor o mayor de edad) utiliza contenidos íntimos de la víctima para obtener algo a cambio, amenazando con su publicación. Las fotografías o videos de

contenido sexual en manos de la persona inadecuada pueden constituir un elemento para extorsionar o chantajear al protagonista de las imágenes.

- Grooming: Acción delictiva a través de la cual, personas adultas, gracias al anonimato que brindan las redes sociales, se hacen pasar por menores. Primeramente, se ganan la confianza de niños o niñas y adolescentes consiguiendo que les envíen imágenes o videos comprometidos, pasando posteriormente al control emocional y extorsionando con amenazas si no se cumple aquello que piden. Finalmente, utilizan el chantaje con fines sexuales, afectando las relaciones sociales o generando bajo rendimiento académico.
- Sexting. Práctica que consiste en hacerse, voluntariamente, fotos o videos eróticos y enviarlos a otros dispositivos. También puede ocurrir que la persona sea fotografiada o

grabada sin su consentimiento e igualmente se difundan dichos contenidos. El envío inicial puede acarrear una cadena de posteriores re-envíos, llegando así a personas que no son el/la destinatario/a inicial.

Es fundamental que los adolescentes reciban educación sexual integral que incluya la alfabetización digital y la conciencia crítica sobre el contenido en línea. Además, el diálogo abierto entre padres, educadores y adolescentes puede contribuir a un uso saludable y seguro de las redes sociales en relación con la sexualidad.⁸

Atención primaria de la salud: ¿Cómo abordamos la consulta en los/las adolescentes?

La atención ginecológica a adolescentes es una parte fundamental de la salud sexual y reproduc-

tiva, y requiere un enfoque particularmente sensible y respetuoso. Al abordar estos aspectos, es crucial adoptar una perspectiva integral que vaya más allá de los aspectos médicos y biológicos, teniendo en cuenta también la dimensión emocional y social de la adolescencia.

1. **Establecer un entorno seguro y de confianza:** Antes de cualquier examen físico o intervención, es esencial establecer un entorno en el que las adolescentes se sientan cómodas y seguras. El profesional de la salud debe crear un espacio donde las pacientes se sientan libres de expresar sus inquietudes y hacer preguntas sin temor al juicio.
2. **Escucha activa y empatía:** La atención ginecológica a adolescentes implica escuchar activamente y con empatía. Las consultas deben permitir que las adolescentes compartan sus experiencias, inquietudes y preguntas de ma-

nera abierta. Esta comunicación abierta y respetuosa contribuye a construir una relación de confianza entre el profesional de la salud y la paciente.

3. **Inclusividad y respeto a la diversidad:** Al recabar información sobre la salud sexual y reproductiva, es fundamental adoptar una perspectiva inclusiva y respetuosa de la diversidad. Esto implica indagar sobre preferencias sexuales, identidad de género y la posibilidad de relaciones no convencionales, como parejas abiertas. Reconocer y respetar la diversidad en estas áreas contribuye a brindar una atención más personalizada y adaptada a las necesidades individuales.
4. **Educación integral:** La atención ginecológica a adolescentes no solo se trata de realizar exámenes médicos, sino también de proporcionar una educación integral. Esto incluye informar sobre la anatomía y fisiología del sistema repro-

ductivo, así como discutir temas relevantes como métodos anticonceptivos, prevención de infecciones de transmisión sexual, y salud emocional.

5. **Promover la autonomía y la toma de decisiones informada:** Es importante empoderar a las adolescentes para que tomen decisiones informadas sobre su salud sexual y reproductiva. Esto implica discutir opciones de anticoncepción, explicar los riesgos y beneficios, y ofrecer información sobre el cuidado ginecológico preventivo.
6. **Abordar la prevención y la detección temprana:** Además de la orientación en la prevención de embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual, se debe proporcionar información sobre la importancia de exámenes de detección temprana, como el Papanicolaou, así como la necesidad de visitas regulares para monitorear la salud ginecológica.

En resumen, la atención ginecológica a adolescentes debe ser un proceso cuidadoso y respetuoso que integre la escucha empática, la educación integral y la promoción de la autonomía.

Al abordar la salud sexual y reproductiva desde esta perspectiva, se contribuye a la formación de adultos conscientes y responsables de su bienestar.

Conclusiones

En conclusión, el desarrollo sexual en la niñez y adolescencia es un proceso complejo que requiere una atención integral. La educación temprana, la comunicación abierta y la consideración de factores culturales y sociales son clave para promover una sexualidad saludable en las mujeres. Abordar estos aspectos contribuye no solo a la salud individual, sino también al desarrollo de sociedades más inclusivas y respetuosas de la diversidad sexual.

Referencias Bibliográficas

- ¹ Friedrich, W. N., Fisher, J., Broughton, D., Houston, M., & Shafran, C. R. (1998). Normative sexual behavior in children: a contemporary sample. *Pediatrics*, 101 (4), E9.
- ² Hornor, G. (2004). Sexual behavior in children: normal or not? *Journal of Pediatric Health Care*, 18 (2), 57-64.
- ³ Hagan, J. F., Shaw, J. S., & Duncan, P. (Eds.). (2008). Theme 8: Promoting healthy sexual development and sexuality. In *Bright futures: Guidelines for health supervision of infants, children, and adolescents* (3rd ed.) (pp. 169-176). Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics.
- ⁴ ADOLESCERE • Revista de Formación Continuada de la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia • Volumen V • Enero-Febrero 2017 • N° 1
- ⁵ UNESCO Office Santiago and Regional Bureau for Education in Latin America and the Caribbean
- ⁶ Divers.: *Perspect. Psicol.* vol.11 no.1 Bogotá Jan./June 201
- ⁷ <https://argentina.gob.ar/educacion/esi/institucional-esi-0>
- ⁸ <https://incibe.es/aprendeciberseguridad/sexting>

CLASE VIII

Sexualidades diversas. Introducción a la salud transgénero.

Dr. Adrián Helien

Lo que no vimos (o no quisimos ver)

Parafraseando a Humberto Maturana, destacado biólogo y filósofo chileno, este texto también es una invitación a observar nuestras certidumbres para poder interpelarlas. Y citando a John Kabat Zinn, profesor emérito de Medicina de la Universidad de Massachusetts, también lo es a percibir con una mente de principiante, sin juzgar, para incorporar algunos conocimientos nuevos que muchas veces contradicen lo aprendido anteriormente.

En el caso de la diversidad, las teorías y clasificaciones hasta ahora avaladas desde la psiquiatría

biomédica están siendo cuestionadas. Esto es significativo porque fueron el punto de partida de lo que definíamos como normal. El comienzo fue erróneo y desde allí siguió un camino que sumaba desaciertos. Como Gregory Bateson, podemos decir que: “La interpretación de todo acontecimiento está determinada por la forma en que este encaja en las pautas conocidas”. Es decir, la codificación de la parte a partir del todo.

En ese sentido, las observaciones que no acuerdan con una visión del mundo dominante son descartadas, leídas como equivocadas, anómalas o inaceptables. La diversidad sexual humana es una realidad ineludible. Sin embargo, ha sido criminalizada y, lo más obvio pero a la vez más difícil de ver, es que fue negada. Las personas que no entran en el binario con su existencia están cuestionando esta concepción aunque algunxs no lo acepten. El muro levantado por la incom-

presión está cayendo y aparece la oportunidad de integrarnos como seres humanos desde una realidad más rica y diversa.

Haber coordinado durante 15 años el GAPET, marca un antes y un después en mi manera de comprender lo humano. Pude darme cuenta de que, a pesar de haberme formado como especialista en psiquiatría y en sexualidad hacía muchos años, sabía poco y nada de la temática. Empecé a comprender a las personas transgénero cuando pude verlas, escuchar sus relatos y validarlos más allá de lo que decían los libros académicos. El cambio fue empezar a tomar como informantes de significados de género a las personas trans. Una autora de referencia, Judith Butler, define: “Lo extraño, lo incoherente, eso que cae fuera, nos indica una manera de comprender el mundo de la categorización sexual que damos por sentado como un mundo construido, es más, como un

mundo que bien pudiera construirse de manera diferente”.

Hoy sabemos que la identidad de género, esa percepción subjetiva acerca de quién soy -siendo la vivencia interna e individual del género tal como cada persona la siente- es una construcción compleja que puede coincidir o no con el sexo asignado al nacer, siendo una situación humana posible y perfectamente normal.

La sexualidad de por sí es un tema poco estudiado y abordado dentro del sistema sanitario. Pero si hablamos de las personas transgénero, el tema se vuelve aún más desconocido, confuso y lleno de prejuicios. Fue un punto ciego de la ciencia. Ese lado que no vimos o no quisimos ver. Si lo enfocamos con un punto de vista menos capacitista - no todos poseemos la capacidad de “ver” - es mejor decir que no lo percibimos desde las

diferentes capacidades que poseemos para acercarnos a la realidad. No obstante, tiene que llamar nuestra atención que no nos hayamos dado cuenta o que hayamos ignorado las secuelas que produjo en las personas transgénero haber sido excluidas del sistema sanitario. Ya que solo por el hecho de no entrar en las categorías de varón o mujer normativos, o cisgénero, fueron abandonados a su suerte.

Tomando a Stanislas Dehaene podemos decir que el ojo es un scanner muy pobre. Solo la fóvea, la parte central de la retina, es la única útil para la lectura. En una parte de la retina, los vasos sanguíneos y las terminaciones nerviosas están situados por delante de los fotorreceptores, de modo que bloquean la luz que llega y crean un punto ciego. Es decir, que delante de nosotros hay un punto en el que no vemos. Pero, no nos damos cuenta porque “no vemos que no vemos”,

como señala Humberto Maturana en “El árbol del conocimiento”.

A pesar de esto, no vamos por la vida con un agujero en la visión. Llenamos ese hueco. Estamos tapando agujeros perceptuales continuamente. Huecos de puntos ciegos que tenemos debido a nuestra estructura anatómica personal y los condicionantes culturales de cada contexto en el que vivimos, enmarcados en un lenguaje determinado. En este caso, al tapar nuestra falta de percepción de la riqueza humana, colocamos a la diversidad en el casillero de lo patológico, sin ninguna evidencia científica que lo avale. Y mucho peor, la hicimos desaparecer de la categoría de persona. Cualquier respuesta que intentemos nos va a dejar en deuda y sin reparo del daño ocasionado. Recién ahora estamos dándonos cuenta del error y comenzamos a revertirlo.

El binario y sus consecuencias

Dr. Adrián Helien

Según Michel Foucault, el binario actúa como un dispositivo de poder que nos atrapa y nos encierra. Como todos los dispositivos eficientes, está naturalizado, diluido y aceptado como verdad en todo lo que constituye la comprensión de lo humano. Tiene una fuerza brutal que nos subyuga y nos domina sin violencia aparente: "Seduca y disciplina, imponiendo un modelo de normalidad desde ese supuesto saber científico."

Actualmente, asistimos al derrumbe de la ideología binarista. Un dogma que plantea solo dos formas de ser persona: varón y mujer. Los mundos contruidos a partir del rosa y el celeste siguen las reglas de la ideología heteronormativa y heterosexista, bajo la cual desde una mayoría heterosexual impone las reglas. Y desde ese lugar de

poder auto otorgado, dictaminó desde siempre lo que era ético, estético y moral; la salud y la enfermedad; lo normal y lo anormal, basados en la sexualidad heterosexual y reproductiva.

Esta ideología dogmática actuó filtrando nuestra percepción, instituyendo un modelo de lo que es ser persona. De manera inmutable dictaminó y condenó a los que no entraron en los casilleros normativos, a quedarse afuera de derechos humanos básicos como el de tener una identidad.

A la vez, creó una “policía de género” que vigila y castiga a todo aquel que no se atenga a las leyes del binario. Introyectamos esta forma de vigilancia en nosotrxs, para cumplir con las normas que incluyen a los cuerpos, vestirse con determinada ropa, moverse corporalmente con cierta actitud, hablar de la manera establecida, etc. Y también, vigilamos que lxs otrxs cumplan con estas reglas.

Si no acatamos esa normatividad, corremos el riesgo de ser juzgadxs, discriminadxs, agredidxs y victimizadxs. Esta construcción se da a partir de erigir como verdad inapelable que lo biológico, dictamina de forma unívoca e incuestionable la identidad de género. Se aceptaba como “la verdad” creada desde una episteme , citando una vez más a Foucault, que representaba estereotipadamente lo humano y el ser persona solo desde lo binario.

Hoy sabemos que no siempre es así. El sexo biológico no determina de por sí la identidad de género. Hay que deconstruir esos términos y separarlos como dos variables diferentes. Sabemos que existen múltiples variantes identitarias y que no todas coinciden con el sexo biológico. Una vez más hemos superado y complejizado nuestra biología. Hay infinitas maneras de subjetivar el género, todas legítimas y normales.

Hasta hace muy poco, para definir la identidad de las personas se tomaban variables biológicas (sexo cromosómico y genital-gonadal). Actualmente, reconocemos que la identidad de género es tan sólida y dominante, que ejerce una posición jerárquica sobre conceptos biológicos anteriores. Por lo tanto, hoy si queremos saber la identidad de una persona es el criterio de elección.

Lxs médicxs y la diversidad

Dr. Adrián Helien

Los profesionales de la salud, muchas veces, reproducen prácticas discriminatorias como producto de la internalización del paradigma del modelo binario y/o de la medicina hegemónica. Estos modelos promueven la estigmatización y cosificación de las personas al naturalizar los parámetros de normalidad/anormalidad, capaci-

dad/ incapacidad, salud/enfermedad, y simplifica la importancia de los determinantes sociales a la hora de abordar la salud de una persona.

Lxs médicxs tenemos una larga historia de patologización de las sexualidades que son disidentes del binario. Aún hoy existen profesionales de la salud que desconocen, niegan, discriminan o califican como psicóticos, esquizofrénicos o masoquistas a las personas transgénero.

En un trabajo que realizamos en el GAPET, el 85 % de las personas que acudieron a nuestro servicio refirieron haber recibido algún tipo de maltrato por parte de los profesionales de la salud (médicxs, psicólogxs, enfermerxs, etc.). Numerosos trabajos científicos dan cuenta de los obstáculos que tenemos a la hora de abordar la diversidad: incomodidad, prejuicio, discriminación, mala formación; la falta de entrenamiento acerca de cómo

preguntar/dialogar con personas transgénero y el desconocimiento del tema de la diversidad; un eventual heterosexismo, homofobia u hostilidad que tenga el profesional; la desinformación sobre el proceso identitario, la falta de tiempo, el temor a abrir una “caja de Pandora” y el mal manejo de la confidencialidad, son solo algunos de los problemas detectados.

Como ya mencioné, no sabemos cómo se conforma la identidad. Ni cis ni trans. Solo tenemos hipótesis, algunas más biológicas, otras más ambientalistas y, finalmente, mixtas. Ninguna es aceptada universalmente ni reconocida con grado de evidencia. Lo llamativo es que siempre la pregunta es para las minorías, como si tratáramos de señalar al diferente, otorgando a la heteronormatividad un supuesto lugar de normalidad y superioridad, para clasificar de enfermx al otrx. Nos demos cuenta o no; ser cis siempre nos

dio (y nos da) privilegios. El más obvio es no tener que demostrar o validar la conformación de esa identidad, ni ser cuestionado ni discriminado por algo referido al tema identitario. Somos quienes decimos ser y no necesitamos nada más para avalarlo, porque nuestra biología concuerda con la identidad asignada al nacer. Coincidimos con el binario y es el mismo dispositivo político el que nos normaliza y nos confirma. No necesitamos nada más para demostrarlo porque desde un lugar de poder que nos auto otorgamos, solo por ser mayoría lo decretamos de esa manera.

Sin embargo, si hiciéramos una arqueología de ese saber veríamos que no tiene nada de científico pero sí mucho de política de exclusión de las minorías. Subyugados por el dispositivo binario, no solo lo confirmamos sino que además lo seguimos reproduciendo.

Lamentablemente, la ciencia médica actuó así. Lo peor es cuando lxs médicxs clasificamos algo como enfermedad y acto seguido tratamos de curar. Y lo cierto es que, en este caso, jamás curamos a nadie (que además no quería, ni debería ser tratado). El acto curativo más significativo de la psiquiatría fue sacar la homosexualidad y a las variables identitarias del catálogo de las patologías mentales. Curamos millones de personas con un único acto político, hecho desde la perspectiva de los derechos humanos. Esto sucedió muy recientemente: en 1986 (el DSMIII R de la APA) y en 1990 (la OMS en el CIE 10). La institución médico-psicológica actuó obedientemente desde el binario y bajo su mandato hasta estos cambios. Actualmente, sabemos que cualquier intento de modificación identitaria o de orientación sexual es antiético y está condenado por todas las asociaciones médico-psicológicas de reconocido prestigio en el mundo.

Para agregar el contexto, hoy podemos darnos cuenta que la realidad, que no es binaria, fue redefinida en un momento de la genealogía del saber como pecado, con castigos que podían llegar hasta la muerte. Recordemos que todavía en nueve países existe pena de muerte para la homosexualidad: Arabia Saudí, Emiratos Árabes, Irán, Mauritania, Somalia, partes de Nigeria, Sudán del Sur, Yemen y Brunei. Mientras que en setenta naciones sigue siendo un crimen. No es una metáfora: ser gay o lesbiana en los países citados puede hacer la diferencia entre estar vivo, muerto o castigado y privado de la libertad.

Glosario

Diversidad Sexual. “La diversidad sexual hace referencia a todas las posibilidades que tienen las personas de asumir, expresar y vivir la se-

xualidad, así como de asumir expresiones, preferencias u orientaciones, identidades sexuales y de género —distintas en cada cultura y persona. Es el reconocimiento de que todos los cuerpos, todas las sensaciones y todos los deseos tienen derecho a existir y manifestarse sin más límites que el respeto a los derechos de las otras personas”.¹ Es decir que dentro del término “diversidad sexual” cabe toda la humanidad, pues nadie ejerce su sexualidad de la misma manera que las y los demás. 1 Cfr. Guía de acción pública contra la homofobia, Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (CONAPRED). Ciudad de México, 2012. Disponible en: <http://www.conapred.org.mx/userfiles/files/GAP-Homofobia-pdf>.

Narrativa. Aplicada a la identidad. No existe ningún método, por más sofisticado que sea tecnológicamente hablando, que nos revele la identidad. Sólo existe un acercamiento diagnóstico posible:

preguntarle a la persona cuál es la suya y escuchar a cada persona en su propia definición. Con lo cual tenemos que reconocer que en última instancia la identidad es una narrativa personal, única, auto-percibida y autovalidada. Es allí donde el lenguaje es importante, ya que es única herramienta para acceder a la identidad y corroborarla.

Teorías acerca de la conformación de la Identidad. No hay ninguna hipótesis científicamente validada acerca de la conformación de la identidad. Solo existen hipótesis.

Teoría genética: se basa en que la identidad está determinada a partir de la información de los genes.

Teoría Neuro hormonal: Propone a partir de un estudio efectuado en 6 personas trans mujeres en los que se encontró que un núcleo del cerebro (núcleo basal de la estría terminal) era de tamaño

menor que en varones cis (homo o heterosexuales). Hipotetiza que la impregnación hormonal cerebral es distinta en personas trans mujeres. Además de críticas metodológicas y de ser una casuística muy menor, es una teoría patologizante de la transexualidad y ha sido descartada ya que el encontrar diferencias estructurales cerebrales no da cuenta de diferentes funciones. Por otro lado no da cuenta de ninguna hipótesis de la conformación de identidades trans masculinas, ni de trans no binarios.

Teoría Psico social. Propone la hipótesis de que la relación materno filial en etapas tempranas de la vida, influencias familiares, traumas sexuales infantiles/ puberales pueden determinar la identidad y la conducta sexual adulta.

Teoría Multifactorial: Postula que habría factores biológicos constitucionales y/o predisponen-

tes que actuarían con otros adquiridos después del nacimiento. Ambos factores intervendrían secuencialmente y en momentos críticos o vulnerables de la conformación de la identidad sexual.

Salud Transicional Trans Específica (STTE):

Incluye todo lo referido al acompañamiento/ atención que realiza el equipo de salud en el proceso de transición de las personas trans en diferentes etapas de la vida. Cada persona por medio del consentimiento informado decide de acuerdo a sus necesidades concretas y específicas.

Puede incluir: asesoramiento, consejería, información del proceso, espacios de reflexión y toma de decisiones responsables, tratamientos hormonales, quirúrgicos y otros procedimientos de afirmación de género.

Normas de Atención: Son guías flexibles sobre

la atención de la salud transgénero. Sus siglas en inglés son SOC (Standards of Care). Su última versión hasta la fecha es la de los SOC 7 (2012) World Professional Association for Transgender Health (WPATH).

“Policía de género”: Metáfora referida a que la sociedad introyecta e incorpora hegemónicamente el binario varón-mujer cisheteronormativo. Reproduce y custodia dicho binario de manera policial, vigilando y castigando a quien no responda a las normativas o expresiones de género binarias vigentes en una sociedad determinada.

“Estrés de las minorías”. La Teoría del estrés de las minorías propone que las disparidades de salud para las minorías sexuales se explican en gran parte por factores de estrés inducido por una cultura hostil, homo/trans fóbica, que a menudo da lugar a toda una vida de acoso, maltra-

to, discriminación y victimización (Mariscal et al, 2008;. Meyer, 2003)

En última instancia pueden afectar el acceso a la atención médica.

“Síndrome de Harry Benjamin”. Fue la primera conceptualización de la Transexualidad.

Requisitos para ser considerados transexuales “verdaderos”. Tenían que expresar:

1. Un sentimiento permanente, desde toda la vida (niñez, adolescencia y adultez) de pertenecer al otro sexo/género.
2. Conductas y actitudes del “otro sexo/género”, con aparición temprana y persistente del gusto por “travestirse” sin erotización.
3. Disgusto y aversión por sus propios órganos sexuales externos, sin canalizar (nunca) placer, a través de ellos. Y todxs querían/tenían que operarse.

Harry Benjamin defiende la postura de que el único tratamiento posible era la “terapia tripartita”, que aún sigue vigente en muchos lugares del mundo: 1) Diagnóstico psicológico psiquiátrico de transexualidad. 2) Terapia de reemplazo hormonal y 3) Cirugía de reasignación genital. Plantea un enfoque multidisciplinario donde intervienen: la salud mental, la endocrinología y lxs cirujanos. La “cura final” estaba dada por la cirugía. Por lo cual, había que asegurar que lxs candidatxs fueran “verdaderxs transexuales”.

Colectivo LGBTIQ+. Es la sigla compuesta por las iniciales de las palabras Lesbianas, Gays, Bisexuales, Transgénero, Intersexuales, Queer, +. Agrupa a las personas con las orientaciones sexuales e identidades no cisheteronormativas, así como las comunidades formadas por ellxs. La expresión tuvo su origen en el idioma inglés en los años noventa, pero estas iniciales coinciden en varios idio-

mas, entre ellos el castellano. El término ha sido resultado de una evolución en la que se fueron agregando letras con el fin de incluir a diversas comunidades discriminadas por su condición sexual minoritaria.

Ley de Identidad de Género 26.743. Legislación pionera y de avanzada en materia de derechos humanos para personas transgénero a nivel mundial.

La nueva legislación establece que las personas trans ya no tienen que hacer un juicio al estado para rectificar su nombre en el documento nacional de identidad (identidad legal).

Despatologiza totalmente las identidades trans y garantiza su atención en el sistema de salud de manera obligatoria y gratuita (Plan Médico Obligatorio). Disponible en www.jus.gob.ar . Sancio-

nada el 9 de mayo de 2012, Promulgada el 23 de mayo de 2012.

Disforia de Género. El concepto “disforia de género” fue acuñado por el médico inglés Norman Fisk (1974) para referirse no solo a la transexualidad sino también a otros trastornos relacionados con la identidad de género. Con el término “disforia”, Fisk pretendía destacar el malestar personal resultante del conflicto entre la identidad de género y el sexo biológico.

El DSM V la define como:

A. Una marcada incongruencia entre el sexo que uno siente o expresa y el que se le asigna, de una duración mínima de seis meses, manifestada por un mínimo de dos de las características siguientes:

1. Una marcada incongruencia entre el sexo que uno siente o expresa y sus caracteres sexuales

primarios o secundarios (o en los adolescentes jóvenes, los caracteres sexuales secundarios previstos).

2. Un fuerte deseo por desprenderse de los caracteres sexuales propios primarios o secundarios, a causa de una marcada incongruencia con el sexo que se siente o expresa (o en los adolescentes jóvenes, un deseo de impedir el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios previstos).
3. Un fuerte deseo por poseer los caracteres sexuales, tanto primarios como secundarios, correspondientes al sexo opuesto.
4. Un fuerte deseo de ser del otro sexo (o de un sexo alternativo distinto del que se le asigna).
5. Un fuerte deseo de ser tratado como del otro sexo (o de un sexo alternativo distinto del que se le asigna).
6. Una fuerte convicción de que uno tiene los sentimientos y reacciones típicos del otro sexo (o de

un sexo alternativo distinto del que se le asigna).

B. El problema va asociado a un malestar clínicamente significativo o a un deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento”

DSM V: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales 5ta Edición. Asociación Americana de Psiquiatría.

Capacitismo: Fiona Campbell lo define como una red de creencias, procesos y prácticas que producen una clase particular de sujeto y de cuerpo que se proyecta normativamente como lo perfecto y típico de la especie y, por lo tanto, como lo que es esencial y plenamente humano. (Ver en: “Inciting Legal Fictions: Disability’s Date with Ontology and the Ableist Body of the Law”, Griffith Law Review, 10, pp. 42-62. Campbell, Fiona Kumari (2001), Fiona Campbell (2008; 2001: 44).

Cis género o Cis: Personas que viven en el género asignado al nacer y están conformes con ello. La identidad de género coincide con el sexo asignado al nacer.

Episteme: Dispositivo invisible pero eficaz del discurso, de la visión de las cosas y del mundo, de la representación de lo real, que encierra, cristaliza y petrifica una época en representaciones estereotipadas. (Michel Foucault “Las palabras y las cosas”, 1984)

GAPET (Grupo de Atención a Personas Transgénero): 1er equipo interdisciplinario que atiende salud trans en Argentina. Fue creado en el año 2005 siendo desde entonces referente de la atención integral de la salud transgénero. Está compuesto por un equipo interdisciplinario que atiende población, adulta, adolescentes y niños.

Género: Concepto cultural, político, psicológico y antropológico que alude a la clasificación subjetiva social de las personas.

Heteronormatividad: ideología basada en la heterosexualidad. Como orientación sexual mayoritaria puede dictaminar ética, estética y moral; salud, enfermedad, normalidad y anormalidad.

Heterosexista: variable dependiente de la heteronormatividad, desde donde se impone cómo debe ser una persona sexualmente y cuál su práctica basada en la reproducción.

Ideología binarista: dogma basado en la constitución y construcción “natural” de la existencia de dos géneros: Varón-Mujer.

Ideología patriarcal: características dogmáticas o de creencias donde el varón (cisgénero) tiene

la patria potestad de todo su entorno, por ende el poder de decisión.

Patriarcado: Ideología que sustenta el lugar del varón (cis) como figura principal de poder y decisión.

Identidad de género: se entiende por identidad de género a la vivencia interna e individual del género tal como cada persona la siente, la cual puede corresponder o no con el sexo asignado al momento del nacimiento, incluyendo la vivencia personal del cuerpo. (Art 2 de la Ley de Identidad de género argentina.) Las identidades pueden ser: cisgénero o transgénero. Del latín, Cis: de este lado; trans: del otro lado.

Norma: “La norma es lo que puede aplicarse tanto a un cuerpo que se quiere disciplinar como a una población que se pretende regularizar (...) Decir que el poder, en el siglo XIX, tomó pose-

sión de la vida, decir al menos que se hizo cargo de la vida, es decir que llegó a cubrir toda la superficie que se extiende desde lo orgánico hasta lo biológico, desde el cuerpo hasta la población, gracias al doble juego de las tecnologías de las disciplinas, por una parte, y las tecnologías de regulación, por otra”, M. Foucault en *Defender la Sociedad*.

Performativo: se dice del verbo cuya enunciación realiza la acción que significa, o del enunciado que implica la realización simultánea por el hablante de la acción evocada. Ej: “Yo juro”; “Los declaro marido y mujer”. La marca distintiva de la performance aplicado al tema identitario, es la repetición, la acción de reproducir guiones de conducta aprendidos. Butler elabora una teoría discursiva de la identidad. El poder Performativo de las palabras varón-mujer por ejemplo, está en que materializan y despliegan una serie de nor-

mas, identificaciones, intereses, maneras de comportarse, vestir y vincularnos en el sentido binario.

Sexo: en el sentido más básico y simplificado refiere a aspectos biológicos de los seres sexuados.

Test de vida real: Es la experiencia de vivir en la expresión o en el rol de género correspondiente a la identidad autopercebida, de la manera en que socialmente la persona desee expresarlo, de tiempo completo. Es decir, vivir socialmente en la identidad/expresión de género autopercebida de forma permanente. La gran diferencia es que es un test indicado y evaluado por un profesional de la salud como un requisito para acceder a algún tipo de tratamiento que puede ser hormonal y/o quirúrgico. En algunos lugares del mundo es condición obligatoria para poder transicionar médicamente.

Transgénero o trans: personas que no viven en el género asignado al nacer o no están conformes con ello. IG no coincide con el sexo asignado al nacer.

Se utiliza el término “trans” para referirse a personas cuya identidad de género y/o expresión de género no corresponde a las normas y expectativas sociales tradicionalmente asociadas con el sexo asignado al nacer.

Transgénero binario: Persona trans que se autopercibe como mujer trans o varón trans.

Transgénero no binarix o trans no binarix: Personas trans que no se identifican a nivel identitario ni como varones ni como mujeres según los modelos estereotipadamente normativos.

Varón trans no binario: varón trans que no se

identifica o no responde a las características esperadas estereotipadamente para el género masculino cis normativo. Mujer trans no binaria: mujer trans que no se identifica o no responde a las características esperadas estereotipadamente para el género femenino cisnormativo; queer: derivado del vocablo inglés que significa raro, que es redefinido como “raro” pero de manera positiva (orgullosamente raro); bigénero: persona que posee características de ambos géneros binarios en diferentes proporciones; agénero: persona que no se identifica con ningún género ni desea hacerlo; género fluido: persona que fluye entre ambas polaridades genéricas sin adoptar fijamente ninguna.

NUEVO

Ethopil®

CLORURO DE DECUALINIO 10 MG



ÓVULOS VAGINALES



6 ÓVULOS
VAGINALES

**1er. tratamiento tópico NO antibiótico
y de amplio espectro**

- Actividad antimicrobiana de **espectro más amplio** que los ATB
- **Ausencia de resistencias** adquiridas
- Mejor recuperación del **pH vaginal** y de la **microbiota** vs. ATB
- Tendencia a **menor tasa de candidiasis vulvovaginal (CVV)** postratamiento vs. ATB
- Tratamiento de **elección** de la **vaginosis bacteriana** durante el **embarazo**
 - Seguro tanto para la **mujer embarazada** como para el **feto**
 - Puede administrarse durante la **lactancia**
 - **4 estudios clínicos** con **181** pacientes embarazadas

*Su amplio espectro de acción lo hace apropiado para el tratamiento de **infecciones vaginales mixtas** y en casos de **diagnósticos dudosos***



Salud Femenina

 **CASASCO** 150 años

CLASE IX

¿Qué es una disfunción sexual? Evolución de las clasificaciones en las últimas décadas, distintos modelos.

Lic. Lucía Báez

El manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5), en su 5ta edición dice:

“Las disfunciones sexuales son un grupo de trastornos heterogéneos, típicamente caracterizados por una alteración clínicamente significativa de la capacidad de la persona para responder sexualmente o para experimentar placer sexual. Un individuo puede tener varias disfunciones sexuales a la vez.”

Debe utilizarse el juicio clínico para determinar si

las dificultades sexuales son el resultado de una estimulación sexual inadecuada; en estos casos, puede que sea necesario un seguimiento, pero no se haría un diagnóstico de disfunción sexual. Estos casos pueden incluir, entre otros, situaciones en las que una falta de conocimiento acerca de la estimulación eficaz impide experimentar la excitación o el orgasmo.

La función sexual supone una compleja interacción entre factores biológicos, socioculturales y psicológicos. En muchos contextos clínicos no se conoce con precisión la etiología del problema sexual. Sin embargo, el diagnóstico de disfunción sexual requiere descartar problemas que se expliquen mejor por un trastorno mental no sexual, por los efectos de una sustancia, por una afección médica o por un conflicto importante en la relación, la violencia de pareja u otros factores de estrés. Una disfunción sexual ocurre cuando

una persona tiene dificultades para comenzar o proseguir con un evento sexual y esta situación le resulta preocupante porque no la puede llevar a cabo.

¿Qué tipos de disfunciones sexuales existen?

Según el DSM-5, existen varios tipos de disfunciones sexuales, clasificadas según la fase del ciclo de respuesta sexual afectada. Entre las más frecuentes se encuentran:

- Trastorno del deseo sexual hipoactivo en el varón: Disminución persistente o recurrente del deseo sexual.
- Trastorno de interés/excitación sexual en la mujer: Ausencia o reducción del interés sexual, pensamientos eróticos, receptividad ante las insinuaciones sexuales o respuestas físicas de excitación.

- Trastorno eréctil: Dificultad para lograr o mantener una erección.
- Trastorno orgásmico femenino: Retraso, infrecuencia o ausencia de orgasmo, o reducción de la intensidad de las sensaciones orgásmicas.
- Eyaculación retardada: Retardo o ausencia de eyaculación durante la actividad sexual.
- Eyaculación precoz (temprana): Eyaculación que ocurre con mínima estimulación sexual, antes o poco después de la penetración y antes de lo deseado.
- Trastorno de dolor genito-pélvico/penetración: Dolor persistente o recurrente durante la penetración vaginal, ansiedad significativa ante el dolor, o tensión en la musculatura del suelo pélvico.
- Disfunción sexual inducida por sustancias/medicamentos: Disfunción sexual provocada por el uso de sustancias psicoactivas o medicamentos.

Las mismas pueden ser primarias o secundarias.

Primarias: significa que la sintomatología existe desde que comienza la vida sexual. Secundarias: acontecen en algún momento de la vida de la persona donde antes no lo padecía. Y las disfunciones circunstanciales ocurren cuando eventualmente hubo una evidencia de algún evento sexual, como ser que el varón haya perdido la erección en algún momento o no se haya vuelto a repetir. Y en la mujer puede ocurrir que no haya llegado al orgasmo en varios días, pero eso no significa que sea una disfunción.

Disfunciones sexuales masculinas Aparentemente, el hombre ha tenido más libertad para expresar su sexualidad, pero no es cierto, ya que estaba condicionado culturalmente, a expresar solamente un tipo de sexualidad, muy centrada en la erección del pene y el coito.

El varón ha sido y es, un gran desconocedor de una

experiencia sexual más amplia y profunda del encuentro sexual, ya sea en parejas heterosexuales u homosexuales. Las disfunciones sexuales masculinas son; la falta o disminución del deseo sexual, disfunción eréctil, eyaculación precoz, eyaculación retardada, aneyaculación y la dispareunia. Todas estas dificultades sexuales en los varones, tienen solución, con el uso conjunto de terapia sexual individual o de pareja, según cada caso. En algunas disfunciones sexuales, como la disfunción eréctil y la eyaculación precoz, podemos utilizar fármacos, unido a la terapia sexual para la resolución de dichos problemas. Es posible el tratamiento de manera individual para resolver estas dificultades sexuales masculinas, sin la necesidad de acudir con la pareja, aunque siempre es aconsejable en el caso de tenerla. Hay varios tipos de disfunciones sexuales en el varón e ilustraremos dicha descripción con las disfunciones que más llegan a los consultorios sexológicos.

A continuación, se describen las dos disfunciones más comunes en los consultorios sexológicos.

Disfunción eréctil

Es una disfunción sexual que sucede cuando el pene no puede mantenerse lo suficientemente erecto como para comenzar un evento sexual, o no puede sostener suficientemente erecto el pene para terminar su relación sexual. Muchas personas con pene padecen esta disfunción en algún momento de sus vidas.

El paso del tiempo es una de las causas que puede producir una disfunción eréctil, sin embargo, la misma puede suceder a cualquier edad y no toda persona adulta mayor padece alguna disfunción eréctil.

¿Qué causa la disfunción eréctil?

Puede causarlo el estrés crónico, la depresión o ansiedad. También puede generar un problema de autoestima en la pareja. También lo puede causar un derrame cerebral o enfermedades cardiovasculares, enfermedades hepáticas crónicas o enfermedades renales, diabetes, hipertensión arterial, obesidad, hipercolesterolemia, niveles bajos de testosterona, consumo de alcohol, tabaco, drogas, y también hiperprolactinemia. Debe tenerse en cuenta que la medicación de estas enfermedades puede ocasionar la imposibilidad eréctil, como así también los ISRS (Inhibidores Selectivos de Recaptación de Serotonina).

Desde la mirada emocional, observamos que el varón produce una ansiedad de rendimiento ante la imposibilidad de erectar el pene, accediendo a un círculo vicioso a veces imparable en sus pensamientos. Y esta situación suele producir en la persona desesperanza y desasosiego, donde se pue-

de auto habilitar a consumir vasodilatadores para erectar su pene ante un evento sexual. A veces lo logra, pero otras veces no.

La idea es que recurra a los consultorios sexológicos para adquirir la receta adecuada de la medicación que sea pertinente a su situación eréctil. Hay diferentes formas de asistir una disfunción eréctil. Su evaluación pasa por un buen interrogatorio por parte de quien lo esté atendiendo: preguntar si existe alguna enfermedad de base y/o si se toma alguna medicación sin control alguno.

Tratamiento para la disfunción eréctil

Toda disfunción sexual es tanto orgánica como emocional. Y las opciones de tratamiento podrían indicarse dependiendo de su causa.

Para una mejor atención, se sugiere al profesio-

nal acceder a las líneas de asistencia recomendables acorde la línea de trabajo que se enuncian a continuación.

1ra línea:

Vasodilatadores Inhibidores de fosfodiesterasas

Actúan como vasodilatadores cuando surgen problemas con la erección, esto ayuda a que el pene pueda erectarse, pero a pesar de incorporar el mismo, la ansiedad de rendimiento puede hacer que el medicamento surta poco efecto o ninguno. Como toda medicación, tiene sus indicaciones específicas y sus contraindicaciones. Por eso el citrato de sildenafil no puede ser usado en los pacientes que padecen de angina de pecho, que, en su mayoría, ingieren medicación con nitritos.

Los accidentes que han ocurrido y que han tomado estado público han ocurrido por no respetar esta contraindicación. Fuera de esta afección específica, el medicamento prácticamente no tiene contraindicaciones.

Ejemplo: ¿Lo pueden tomar los pacientes con hipertensión arterial? Sí. En tanto y en cuanto no tengan simultáneamente enfermedad coronaria (angina de pecho), el producto es altamente confiable.

También se puede utilizar una bomba de vacío, donde se introduce el pene, lo que ayuda a lograr y mantener una erección.

Trastornos producidos por el Sildenafil:

Por supuesto que depende fundamentalmente, de la sensibilidad de cada persona. Una altísima cantidad de pacientes ingiere la medicación y no experimenta ningún trastorno. En ciertos casos, los trastornos dependen de la vasodilatación que produce: dolor de cabeza, rubor facial, congestión nasal, ardor ocular leve, ligeros mareos, etc. Todos estos trastornos son transitorios, no duran más que minutos y no contraindican el uso de la medicación.

¿Cómo se administra el Sildenafil?

Antes de una relación sexual, con el estómago vacío, por ejemplo; una hora antes de comer. Se puede no comer y tomarlo con un vaso entero de agua. Es un medicamento hidrosoluble. Si se toma muy cerca o después de una comida, no hace daño, pero puede no hacer efecto alguno.

Consumición:

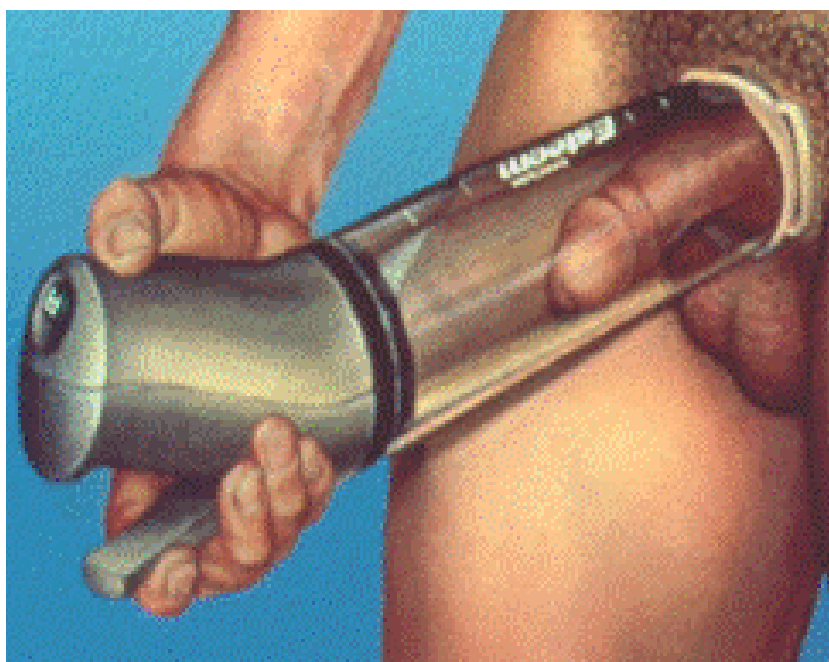
Se puede consumir diariamente, pero con un intervalo de 24 hs. No es adictivo farmacológicamente. Puede que los pacientes lo consuman sin tener necesidad, sólo para estar seguros y obtener confianza. Muchos pacientes lo consumen, pero la pareja lo ignora. Esta piensa que se es menos “macho”, que es confesión de debilidad, de estar “dominado” por la industria farmacéutica, y miles de fantasías relacionadas. La idea es erradicar los mitos que genera “la pastilla azul” Las parejas de los que consumen este vasodilatador entran en competencia con el producto.

¿Qué es el Rigiscan?

Este estudio se realiza con un aparato llamado Rigiscan, un aparato portátil que tiene dos anillas que se ajustan en el pene y que van conectadas a un pequeño ordenador. El paciente lleva el Rigiscan a su casa y duerme con él durante tres noches. Los datos obtenidos se vuelcan en un ordenador y se obtiene un gráfico y un registro muy fiel de lo que ha pasado durante la noche. Evalúa las erecciones nocturnas que tenga el paciente.

2da línea:

Dispositivos de vacío de primera y segunda línea



Tratamiento con drogas vasoactivas intravenosas:

- Cl. papaverina
- M. fentolamina
- Prostaglandina

Esta línea se utiliza solamente inyectando el o los componentes descritos en el pene del varón. Él mismo aprende a inyectarse, para luego realizarlo un rato antes de su relación sexual. Sabemos de la existencia de fobias a las agujas o la misma situación impresionable que ocasiona dicho evento para el varón. Hay veces que colabora la pareja para su aplicación.

3ra. línea: prótesis peneanas

Implantes protésicos peneanos:

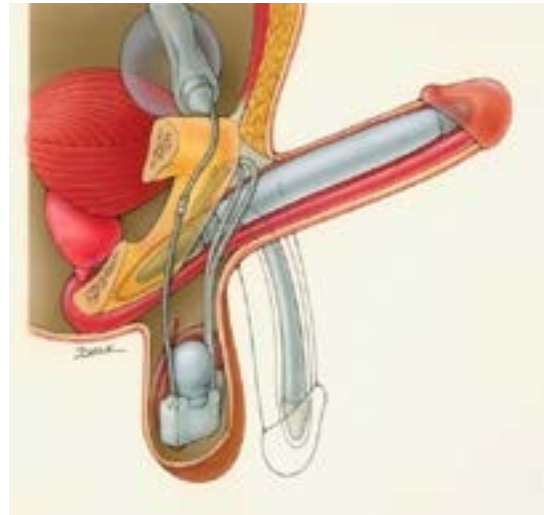
Semirrígidos: Son cirugías recomendadas cuando la situación lo requiere.

Menor costo, buena rigidez y pocas complicaciones.



Inflables:

Son más costosas, pueden producirse complicaciones.



¿Qué se puede hacer para prevenir una disfunción eréctil?

Mantener el cuerpo sano puede ayudar a prevenir la disfunción eréctil:

- Mantener un peso saludable.
- Evitar fumar.
- Limitar la cantidad de alcohol que se consume.
- Estar atento a cualquier problema de orden médico.

Disfunción eyaculatoria rápida/precoz

¿Qué es la eyaculación?

La eyaculación es la expulsión de un fluido biológico a través del pene, que se produce durante una relación o polución nocturna. La eyaculación masculina se compone de semen (espermatozoides y plasma seminal) . Según Wikipedia, *Eyaculación precoz* es la imposibilidad del varón de poder penetrar un orificio, ya sea anal o vaginal, en el momento en que lo desea y eyacular antes de esta penetración. La mayoría de los varones puede haber producido por su masturbación, rápida en acción, la posibilidad de conducir esa eyaculación a que salga “rápidamente”, y cuando llega a la relación sexual se “inaugura” eyaculando precozmente. Es una disfunción sexual que ocurre cuando se eyacula antes de lo que se desea.

También es denominada Síndrome del varón vir-

gen. Puede durar segundos o 1 o 3 minutos. Una penetración, eyaculando a voluntad, duraría entre 5 a 10 minutos aproximadamente. La eyaculación precoz es bastante común. No hay de qué preocuparse si esto pasa de vez en cuando, pero quizás vale la pena hablar con un sexólogo si sucede más de la mitad de las veces que se intenta tener un encuentro sexual.

¿Por qué sucede la eyaculación rápida/precoz? Las causas pueden ser conductuales y/o netamente emocionales. La eyaculación precoz es más común si el rendimiento sexual causa ansiedad o si no se mantienen relaciones con frecuencia o si nunca se han mantenido. No es causada por enfermedad, infecciones o problemas del sistema nervioso central.

¿Existe algún tratamiento para la eyaculación precoz?

De manera regular:

- Se realizan ejercicios para el piso pélvico: imaginar que se intenta evitar orinar, contrayendo los músculos que están debajo de la próstata y recto durante unos segundos, y luego relajándolos. La indicación es que se realice diariamente.
- Hablar con la pareja sexual abiertamente sobre la eyaculación precoz para que se entienda y para ayudar con la ansiedad en el momento.
- Practicar el método “parar y arrancar” cuando se masturbe o se tenga relaciones con la pareja sexual.
- Consultar con un terapeuta sexual.

Justo antes de tener relaciones:

No es conveniente masturbarse antes de tener sexo ya que así se va a tomar más tiempo volver a tener un orgasmo.

- Pasar más tiempo con la pareja sexual en los juegos amorosos previos a los eventos sexuales con o sin penetración. Durante estos juegos también se puede practicar el método de “parar y arrancar” y controlar el orgasmo.

Durante la relación sexual:

- Los bombeos deberían realizarse más despacio durante la penetración, tomar descansos, cambiar de posición y usar posiciones que limitan los movimientos, evaluar las posiciones sexuales donde el varón siente más y tratar de evitarlos.
- Relajarse para que el corazón lata más despacio (es decir, que baje el ritmo cardíaco).
- Usar preservativo es una opción con el fin de manejar la sensibilidad peneana y evitar eyacular fuera de la vagina o ano, una vez introducido el pene. Sería descomprimir el control del varón para poder relajarse ante este nuevo evento de aprender a eyacular más pausadamente.

Disfunciones sexuales femeninas

Las disfunciones sexuales que puede adquirir una mujer son:

- Anorgasmia
- Vaginismo
- Dispareunia (dolor coital)
- Vulvodinia

Ambos géneros pueden padecer de falta de deseo sexual, llamado “deseo sexual hipoactivo”.

La vida sexual es una parte muy importante de la salud y la calidad de vida de un ser humano. Es así que tener disfunciones sexuales puede tornarse difícil, física y emocionalmente.

¿Qué es el trastorno del deseo sexual hipoactivo (TDSH)?

El trastorno del deseo sexual hipoactivo (TDSH) es una disfunción sexual que se da cuando “no te

interesa el sexo”, es decir, que el paciente tiene un deseo sexual bajo o no lo tiene por completo. Esta es una de las disfunciones más comunes. Las personas que padecen de TDSH tienen pocos pensamientos sexuales, o pocas fantasías. Estas personas no responden a las insinuaciones sexuales de su pareja, si es que la tienen, o pierden el deseo mientras están teniendo sexo. Generalmente también evitan llegar a esa situación.

¿Qué causa el TDSH?

El trastorno del deseo sexual hipoactivo puede deberse a:

- Ansiedad o depresión.
- Problemas con la pareja.
- Problemas con la imagen corporal.
- Estrés o cansancio.
- Haber experimentado un trauma en el pasado o un abuso sexual.
- Niveles bajos de hormonas sexuales.

- Problemas médicos como cáncer, diabetes, problemas de corazón, esclerosis múltiple o problemas de vejiga.
- Medicamentos como antidepresivos, medicinas para la presión arterial, quimioterapia y terapia hormonal de afirmación de género con base en estrógeno.
- Menopausia, embarazo, parto o estar amamantando (recientemente).
- O simplemente, estar transcurriendo una disfunción sexual y por consecuencia no tener ganas de enfrentarse al síntoma. Allí acontece el desinterés por el evento sexual.

¿Qué es el trastorno de excitación genital?

El trastorno de excitación genital ocurre cuando se tienen problemas para excitarse o mantener la excitación, esto produce ansiedad y tristeza.

¿Qué causa el trastorno de excitación genital?

La excitación genital implica las hormonas, la sa-

lud física, emociones, experiencias, creencias, estilo de vida y relaciones.

Las causas del trastorno de excitación genital incluyen:

- Ansiedad o depresión.
- Problemas con la pareja.
- Cansancio - estrés.
- Haber experimentado abuso sexual o un trauma en el pasado.
- Niveles bajos de hormonas sexuales.
- Problemas médicos como cáncer, diabetes, problemas de corazón, esclerosis múltiple o problemas de vejiga.
- Medicamentos como antidepresivos, medicinas para la presión arterial y quimioterapia.
- Menopausia, embarazo, parto o lactancia (amamantar).
- Problemas con la circulación de la sangre o en los nervios de los órganos sexuales, problemas con tu imagen corporal.

¿Existe algún tratamiento para el trastorno de excitación genital?

Se recomienda solicitar una cita con un sexólogo clínico que derive al profesional adecuado según los síntomas.

Se preguntará sobre su salud y sobre lo que está pasando en su vida (social y sexual).

Las opciones de tratamiento incluyen:

- Hacer ejercicios de Kegel .
- Hablar con la pareja sexual sobre lo que le gusta y lo que no le gusta sexualmente.
- Explorar videos y otros tipos de entretenimiento que puedan producir excitación.
- Masturbarse con o sin juguetes sexuales.
- Usar lubricantes (base de agua si se utiliza preservativo).
- Reducir el estrés para mejorar el estado de ánimo a través de ejercicios de respiración, meditación y dormir las horas adecuadas.

- Tomar menos alcohol, evitar fumar y consumir drogas.
- Hacer ejercicio con regularidad para mejorar el estado de ánimo y aumentar el nivel de energía.
- Fisioterapia para el piso pélvico (los músculos que se encuentran alrededor de los genitales)
- Consultar con un sexólogo.

En la menopausia, los medicamentos que pueden ayudar con el trastorno de excitación genital incluyen:

- Hormonas (estrógeno o testosterona): una crema, gel, óvulo, parche o anillo que se introduce en la vagina.
- Prasterona: un óvulo que se introduce en la vagina todas las noches para aliviar el dolor causado por la resequedad vaginal (opcional).

En los últimos años la mujer es más consciente de su sexualidad y del derecho al disfrute de su se-

xualidad. Pero aún hoy en día, a muchas mujeres les cuesta reconocer y hablar de sus dificultades sexuales o de cómo enriquecer su placer sexual.

Todas estas dificultades sexuales en la mujer tienen solución con la ayuda combinada, según cada caso, de terapia sexual, de sugerencias o ejercicios para realizar de forma individual o en pareja, en casa; así como medicamentos que ayudan a solucionar la dificultad sexual.

Tratamiento generalizado para toda disfunción

Para tratar las disfunciones sexuales podemos utilizar la terapia individual, la terapia sexual y de pareja, y a veces, la terapia grupal para determinados trastornos como la adicción sexual.

También se utilizan fármacos de manera parale-

la para el tratamiento de otras disfunciones sexuales, como, por ejemplo, la disfunción eréctil y la eyaculación precoz. El primer objetivo es el alivio de los síntomas, a través de sugerencias o ejercicios que se le piden al individuo o a la pareja para que realice en casa. Una vez realizadas estas sugerencias, se analizan en las sesiones de terapia individual o de pareja, con el objetivo de superar las causas inmediatas que mantienen los síntomas de las disfunciones sexuales o cuando es necesario, indagar y resolver conflictos más profundos o experiencias traumáticas que sean el origen de la disfunción sexual. El formato habitual para resolver las disfunciones sexuales, si hay una pareja, es la terapia sexual y de pareja.

No es infrecuente el tratamiento individual y de pareja simultáneamente para resolver las disfunciones sexuales. En una pareja con conflictos agudizantes, suele ser perjudicial una terapia sexual ya que se espera que la pareja pueda realizar las tareas sexuales con armonía y consensuadamente.

Para un completo abordaje de las diferentes disfunciones sexuales se debe atender la respuesta emocional propia del encuentro sexual, los procesos mentales y conductuales que se ponen en juego, entendiendo los mismos dentro de la pareja y la cultura que los atraviesa. Actualmente se cuenta con opciones de tratamiento tanto psicoterapéuticos como farmacológicos para ayudar a las personas que padecen dificultades en el área sexual. Se pueden implementar uno de los recursos o la combinación de ambos dependiendo del caso. Dentro de la psicoterapia, la terapia sexual (con ejercicios y entrenamiento específico para cada dificultad) demuestra muy buenos resultados.

Fuentes y bibliografía

- <https://plannedparenthood.org/>
- <https://asociacionayuda.org/disfunciones-sexuales.html>
- <https://centro-psiQUIATRIA-psicologia.com/tratamientos/disfunciones-sexuales/>

- Colegio Mexicano de Especialistas en Ginecología y Obstetricia 5. Disfunciones sexuales femeninas. Guía de práctica clínica (PDF)
- (DSM-5), en su 5ta edición

CLASE X

Diagnóstico y evaluación inicial para saber cuándo derivar al sexólogo.

La consulta clínica, la sexosofía y los prejuicios varios.

Dra. Amelia del Sueldo

Nuestra escucha desde la perspectiva de género.

Identidad de género, rol de género, orientación sexual, erotofilia, erotofobia, disfunciones sexuales, malestares sexuales, feminismos, patriarcado, sexismo en el lenguaje, son algunas de las variables a considerar cuando se nos presenta una persona a la consulta.

¿Por dónde comenzar cuando son términos que

tal vez vemos por primera vez? Vamos a intentar aclarar este panorama para acercarnos a una persona que nos consulta.

Sexo oficial: Sexo cis monogámico, heterosexual y reproductivo.*

Definimos como sexo oficial aquel que es esperado y esperable por la sociedad. Tiene cuatro variables que deben ser cumplidas: heterosexual, matrimonial, monogámico y reproductivo.

Nuestra permanencia en esta sociedad nos marca con distintos mandatos de los que no somos conscientes. A partir de ahora tenemos la posibilidad de conocerlos, reconocerlos, trabajar en ellos y por qué no, sensibilizarnos, informarnos y cambiar conductas y en devoluciones a las personas que nos consulten. Y aparecen términos

como Heteronormatividad, que es la norma social que presenta a la heterosexualidad como una ley universal, natural y obligatoria.

O cuando se homologa el sexo biológico al género y se comete un error.

Luego de esta primera “correspondencia” se sucederán otras más como el Binarismo, que es un modelo que sirvió para regular las relaciones humanas, a fin de asegurar la reproducción del orden social bajo la dominación masculina (Bourdieu, 2000).

Esto posibilitó la Exclusión de aquellos cuyo género no es concordante con el SAN (sexo asignado al nacer) y sus prácticas y deseos no se corresponden con el deseo heterosexual, incluyo aquellxs sin una anatomía definida, y que caen por fuera de la inteligibilidad, siendo rechazados, excluidos y patologizados. (Martínez 2018).

Diversidad sexual**

Término que se utiliza para aludir a poblaciones que no responden a los estándares binarios y heterosexuales. Para superar el paradigma de patologización de las identidades trans, travestis y no binarias, es necesario desnaturalizar, desarmar y repensar el sistema que clasifica a los seres humanos. Cada persona vive el cuerpo, el género y la sexualidad de modo personal y distinto, por lo que no corresponde clasificar la singularidad de sus experiencias. Las construcciones de género se han ido definiendo de manera fluida y cambiante a lo largo de la historia en cada sociedad, desafiando las asociaciones automáticas entre los cuerpos y las expresiones de género que, se supone, se corresponden con las categorías de macho y hembra, varón y mujer, masculino y femenino.

Erotofilia – Erotofobia.

Las personas erotofóbicas reaccionan de una manera negativa ante los estímulos sexuales, tienden a evitar la actividad sexual, se escandalizan más que el resto, de ciertas conductas sexuales, etc.

Las personas erotofílicas reaccionan de forma positiva, acceden a diferentes actividades sexuales y son menos rígidas cuando hablan de las conductas de lxs demás o de las propias, sin juzgar.

Estos términos fueron acuñados por Fisher, Byrne, White y Kelley (1988,p.124)

Tocar y acariciar, explorar la textura de la piel, de los contornos del cuerpo, es un placer sensual que tiene que ver con la naturaleza misma del tacto, hecho para dar y recibir impresiones. Este diálogo íntimo puede repetirse justamente

porque resulta placentero, y en ese intercambio pueden surgir emociones que enriquezcan la relación con expresiones de intimidad, confianza y ternura.

¿Con qué herramientas contamos como médicxs para abordar estos temas y no resultar discriminantes ni odiantes ni expulsivxs?

La idea es que nuestro servicio de atención sea amigable y accesible. Que el espacio ofrezca a cada persona una oportunidad justa de atención para promover su potencial bio psico social, que esté pensado y organizado de tal manera que las personas que concurran, NNyA (niños, niñas y adolescentes) puedan tener acceso a un lugar de calidad en los servicios ofrecidos y que satisfagan las expectativas de lxs usuarios, y que dicha provisión de servicio sea adecuada para contribuir al estado de salud de las personas y no al revés.

¿Y cómo conseguimos esto, cuando para lograrlo debemos vencer nuestros prejuicios, mitos, tabúes, religiosidades y mandatos aprendidos que van mucho más allá de lo científico?

Hay una situación a considerar, planteada por el Prof. John Money, que distingue el saber sexológico, aquel que se basa en las ciencias y disciplinas que estudian la sexualidad, y el saber sexosófico, que está basado en las creencias y vivencias sexuales propias de cada individuo. El primero estaría cercano a la ciencia y el segundo a la ideología. ¿En qué lugar nos posicionamos nosotrxs en nuestra consulta?

¿Cuánta formación recibimos en la faz académica para poder lidiar con estas condiciones y no malograr una consulta o derivar innecesariamente a una persona porque carecemos o tenemos una E.S.I. deficiente?

Algo tan extremadamente básico como la E.S.I., puede hacer una diferencia significativa en el trato con la persona consultante. Y no es la idea de desarrollar a pleno lo que significa la ESI, pero sí revisar algunos conceptos fundamentales, pues esto va más allá de una clase de anatomía y fisiología de los aparatos genitales, sus enfermedades y sus riesgos, haciendo hincapié en las emociones negativas que tienen que ver con la sexualidad. Educar, que también es una función de nuestra actividad profesional, va más allá de informar, y para eso necesitamos invariablemente trabajar con nuestra propia sexualidad. Cosa que poco hacemos. Entonces valoremos los ejes de la ESI.

1. **El ejercicio de los derechos:** La ley considera a NNyA como sujetos de derecho. Sujetos cuyas opiniones, experiencias y emociones, deben ser escuchadas y tenidas en cuenta.
2. **El enfoque de género:** Cuando hablamos de

“perspectiva de género” aludimos a una “construcción” que visibiliza que las cosas no “son así” sino que “están así” y pueden cambiar. Aporta una perspectiva relacional de las relaciones de género, donde unos ocupan posiciones aventajadas y otros/as menos valoradas. Visibiliza estereotipos de género y Mitos del Amor Romántico.

3. **El respeto por la diversidad:** El objetivo es rescatar el significado profundo de convivir en una sociedad plural y poner en valor la diversidad. Étnica, sexual, corporal, política, religiosa etc.
4. **La valoración de la afectividad:** Valorar el lugar que ocupan las emociones y sentimientos en el aprendizaje y contribuir al desarrollo de capacidades afectivas como la empatía, la solidaridad, el respeto. *“El mandato de masculinidad retira a los hombres de la afectividad y los destruye”* según Rita Segato.

5. **El cuidado del cuerpo:** Somos cuerpo, en él nos reconocemos, construimos una imagen y una auto percepción, nos valoramos, desde y en él sentimos, disfrutamos y gozamos.

La Ley N° 26.150 crea el Programa Nacional de Educación sexual integral y adopta tanto el enfoque de género como el enfoque normativo anclado en la perspectiva de los Derechos Humanos.

Integralidad implica no solo transmitir información sino promover competencias y capacidades que faciliten su uso crítico.

El enfoque educativo tradicional-moralista,**** supone que la sexualidad se reduce al coito heterosexual; y se centra en “lo que debe ser” y “lo que no debe ser”, “lo que está bien” y “lo que está mal”. La abstinencia, en este enfoque, es enseñada como modelo a ser seguido. Se entiende a la sexualidad como genitalidad.

Una escena que representa este modelo es la que muestra a adolescentes que son obligadxs a ver fotos de personas con una ITS (Infección de transmisión sexual) avanzada y sin tratar, causando impresión y pánico.

La palabra del médicx, enfermerx, psicólogx, en talleres o charlas especiales, aparece como la única autorizada para hablar de los temas vinculados con la sexualidad.

Este enfoque, tan común, es poco adecuado porque entre otras cosas, el saber de lxs docentes se ve desvalorizado frente al saber médico, a la vez que se desresponsabiliza a la escuela de su tarea educadora. Responde a una pedagogía del miedo y del impacto.

¿Qué se juega en la consulta y qué ponemos en juego de nuestra propia sexualidad? Cuando hablamos de Género, lo hacemos desde esta cons-

trucción social y cultural construida históricamente, determinando un conjunto de características, actitudes, roles, valores, comportamientos que determinan lo que debe ser un varón y una mujer, impuestos a cada sexo mediante un proceso de aprendizaje y socialización. Justamente, al ser un constructo socio cultural es inherentemente dinámico. Y así es como nos resulta complejo avanzar sobre el concepto de lo no binario.

Porque justamente en nuestra historia, el binarismo es la regla. Entonces ¿qué ocurre con las personas que se perciben como no binarias? ¿A qué espacio concurren? ¿Cómo son atendidas? Más allá de la Ley de Identidad de Género. ¿Cuánto trabajamos con nosotrxs mismos para tener una mirada inclusiva?

Y en esto tiene que ver nuestra historia, donde se mezclan los ritos iniciáticos, sobre todo de las PcP

(personas con pene) cuyo objetivo es descartar cualquier rasgo entendido como femenino, como por ejemplo la expresión de afectos y la vulnerabilidad. Si bien cada cultura marca a los varones los modelos iniciáticos, en general se desprende que los mismos se relacionan con las primeras conquistas sexuales, el acceso laboral y la posibilidad de autonomía, la demostración de la fuerza física, la confrontación con pares, la velocidad, el consumo problemático de alcohol y otras drogas. Todo esto suma para que se considere un Hombre. Y más adelante se suma la fecundidad, la provisión y la protección familiar. Entonces, cuando ocurre un desfasaje, aunque sea pequeño, en este entramado, este varón entra en crisis. Y así llega a la consulta por ejemplo pidiendo alguna medicación porque tuvo un episodio o más de DSE (Disfunción sexual eréctil) y simplemente se vio afectada una de estas esferas y está haciendo síntomas.

Entonces, si bien existen diferentes formas de masculinidad, entendidas como los modos con que los hombres son socializados y a los discursos y prácticas que se asocian con las diferentes formas de ser varón (Cultura Salud. 2010), los varones son criados y educados bajo un mismo modelo que se denomina masculinidad hegemónica o machismo. Y acá no hablamos de: “pero en casa esto ya no es así”. Porque es autorreferencial hacerlo de esta forma. Hablamos de una construcción cultural que define lo que es ser varón para ser considerado como tal y cómo debe relacionarse con su entorno.

Tiene que ver con el modelo de crianza en el lugar donde vivimos, ya que desde nuestros primeros años aparece el mensaje de la mujer como emocional, cuidadora, maternal, tierna, dependiente y sentimental, mientras se contrapone al modelo del varón fuerte, competitivo, seguro e independiente.

Estos estereotipos son los que determinan cómo debe ser un varón y una mujer, costando mucho admitir rasgos de otro tipo. El “llorás como una mujercita”, o el “pareces un varón trepándote ahí”, todavía está presente. Por lo tanto, estos estereotipos también tienen que ver con nuestra historia y a la hora de presentarse una persona con una orientación sexo erótica afectiva o con identidad de género diversa, estos estereotipos se nos presentan, si no los trabajamos adecuadamente.

Es fundamental mencionar cómo, en las últimas décadas, las mujeres o PcV (Personas con vulvas), redefinieron sus roles, sobre todo avanzando sobre el mundo laboral y la autodeterminación sobre sus cuerpos. Algo que, como profesionales de la salud, también nos cuesta aceptar, ya que muchas veces nos adueñamos de esos cuerpos tomando decisiones sobre los mismos que no nos corresponden. En una consulta, tal vez de-

cidimos sobre un cuerpo y una vida que fundamentalmente no nos pertenece y vulneramos un derecho, que es el del paciente a decidir.

Cuánto nos falta avanzar aun sobre temas como la autonomía progresiva tan bien planteada en la Ley de Identidad de Género. (Concepto desarrollado por Marisa Herrera y Aida Kemelmajer de Carlucci).

Cómo nos cuesta reconocer los derechos de NNyA (niños niñas y adolescentes) en el comienzo de su vida sexual coital. Cuántas veces en la consulta cuando nos llega unx adolescente de 13 años o menos, solicitando un MAC, le dijimos que volviera con la madre. Una oportunidad perdida. Una expulsión innecesaria. Igual ocurre con la LT (ligadura tubaria). Es con consentimiento informado a partir de los 16 años y plenamente a partir de la mayoría de edad o sea 18 años ¿Qué porcentajes

de adolescentes acceden a ella? ¿Y a una mastectomía con readecuación de tórax?

En realidad, ¿qué nos sucede como profesionales de la salud? Nos ocurre que tal vez creemos que están en una etapa de indefinición, que cambiarán de idea, que son inestables, que nos lloverán las demandas, aunque estemos cubiertos por la Ley. ¿Qué es en realidad lo que nos pasa? Me parece que es un interrogante para mirarnos y repensarnos en nuestro rol de prestadores de salud.

Y estos adolescentes tal vez quieran comportamientos menos hegemónicos y más compartidos en el desempeño sexual y en la responsabilidad reproductiva, ya sea que estén solxs, en pareja o en un vínculo.

La sanción de la Ley de Identidad de Género supo-

ne el abandono de un paradigma internacional de patologización de ciertas identidades y/o expresiones de género que tiene vigencia desde hace décadas, y que ha propiciado la exclusión, la discriminación y la criminalización de las personas trans. Eso significa entender estas experiencias no como patologías o anomalías, sino como vivencias y formas de expresarse y nombrarse desde trayectorias heterogéneas, fluidas y cambiantes, que deben ser reconocidas y garantizadas desde el paradigma de derechos humanos.

La violencia simbólica, el rechazo social y los actos violentos que reciben tienen impacto también en la salud y en su autoestima.

A causa de la discriminación y tendencia homo y transodiante de los servicios de salud no concurren a consultar o lo hacen cuando la situación es extrema.

La desconfianza a la confidencialidad de lxs profesionales aumenta cuando las prácticas sexuales difieren de las heteronormadas.

Hablamos de analizar los vínculos desde una perspectiva o enfoque de género, lo que de alguna manera nos permite, aparte de entender los diferentes lugares ocupados en la sociedad, también reconocer cómo a las diferencias biológicas se les otorga un sentido de desigualdad social, naturalizando esas diferencias y negando toda posibilidad de cuestionamiento.

Existen algunas complejidades que es preciso vislumbrar. Por un lado, los varones o PcP no están habituados a analizar sus propios comportamientos y a cuestionarlos, dada la naturalización y justificación de los mismos. En segunda instancia el trabajo de género implica un trabajo personal que moviliza formas de pensar y actuar

que han sido adquiridos desde muy chicos y que atraviesan hasta el modo de expresarse. Revisar sentimientos, acciones, pensamientos, tiene consecuencias a su vez en las relaciones, con su entorno y consigo mismos.

¿Y qué decir si hablamos de una PcD (persona con discapacidad)? ¿En qué lugar dejamos que habite el goce, placer y ternura? Cuando de pronto el modelo imperante es el de la Discapacidad producida por lo social, es en realidad el modelo social de la discapacidad. (Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad PcD). Entonces si como parte de la historia tenemos que histeria viene de hister, útero, porque los varones científicos del pasado concluyeron que las mujeres pensábamos con el útero, y resolvieron que cuando teníamos desajustes emocionales ocasionados generalmente por la opresión patriarcal, teníamos el útero sucio o estropeado, la

histerectomía se convirtió en práctica habitual para calmar los nervios de las mujeres.

Y qué pasa hoy en las consultas.

Cuando una mujer dice: “no tengo deseos de tener intimidad y encuentros sexuales coitales con mi pareja” y hay una exigencia marcada de la pareja heterosexual cis, varón, ¿qué actitud tomamos en la consulta? ¿Qué investigamos? ¿Preguntamos si hay situaciones de violencia de género? Si hubo abuso, violaciones ¿Como profesionales de la salud, conocemos de qué hablamos cuando hablamos de violencia de género? ¿O es una pregunta que no realizamos porque nos genera incomodidad, o porque no sabemos a quién derivar o pensamos que violencia de genero son solo los golpes y entonces no es para tanto, y si la paciente es quejosa optamos por el disciplina-

miento indicándole tratamientos varios para que esté deseante, aunque ella no tenga ganas? En Latinoamérica la violencia contra NNyA construye una geografía propia, inscrita en un contexto caracterizado por la discriminación histórica y determinada por causas estructurales que la reproducen como el sexismo y el adultocentrismo. Las NNyA crecen bajo un proceso violento de interrelación con la sociedad, sobre todo en contextos de conflictividad social.

No necesariamente la persona debe tener un vínculo disfuncional para sentir apatía sexual en su pareja o en sus diversos vínculos erótico-afectivos, sino también se puede ver en parejas amigables y afectuosas, pero aburridas y deserotizadas. Debemos indagar, preguntar, sobre su autoestima en general y autoestima sexual en particular, sobre la imagen que le devuelve el espejo sobre todo tratándose de una sociedad gordoodiante.

Entonces si hablamos de los factores que corresponden al personal de la salud, a la hora de mal diagnosticar o mal derivar, debemos reconocer como primera causa a la desinformación, a un constructo sociocultural y modelos y estereotipos que producen incomodidad provocando ruido en la comunicación ya sea por diferencias de sexo, edad, identidad u orientación teniendo presente una formación cisheteronormada.

Factores socio-ambientales:

El espacio de consulta puede encontrarse en la parte pública o privada. Y consideraremos también el tiempo que le brindamos a cada paciente. ¿Es el mismo en los dos espacios? ¿Mientras, qué espectadores hay en la consulta? Es importante, aunque sea la pareja de muchos años, tener un momento a solas con la persona que consulta.

Así como mencionamos las PcD (personas con discapacidad) y el déficit que tenemos en nuestra formación con respecto a su atención, también es importante hablar de las personas viejas, adultas mayores que concurren a la consulta. Hace ya unas décadas se empezó a usar el término de edadismo que hace referencia a la discriminación por edad hacia las personas mayores. El concepto engloba prejuicios, actitudes y prácticas en diferentes ámbitos, incluido el institucional, contra este grupo de edad.

La historia clínica abordando el hecho sexual debe ser parte del cuidado de la salud general e integral de toda persona. El impacto de la historia clínica sexual es positivo por la oportunidad de aplicar la medicina preventiva y hacer consejería que produzca un cambio en las conductas y favorezca una vida plena, saludable y gozosa.

A partir de esta historia clínica podremos intervenir sobre aquellas creencias erróneas, actitudes negativas e informaciones inadecuadas sobre la sexualidad; está dentro de nuestro hacer profesional, asistencial, educativo, con un lenguaje acorde y no sexista sin emitir juicios de valor, sin realizar o permitir chistes peyorativos que vulneran la dignidad. Conocer el tipo de práctica sexual sin importar la orientación o la identidad. Es siempre conveniente utilizar términos neutros como pareja, o persona o vínculo y no novio, novia, marido, etc.

Es necesario potenciar la desaparición de respuestas de ansiedad asociadas al funcionamiento sexual o a situaciones y acontecimientos vinculados con las relaciones sexuales. Es importante desterrar mitos y tabúes sobre cómo debe ser y parecer una persona para verse más potente, o más joven, o más viril. Por lo que proponemos

fomentar el dar y recibir placer sin exigencias, la eliminación del temor al fracaso, el poder liberarse de algunos pensamientos obsesivos, el permitirse ser egoísta, y vivir el coito como una etapa de transición pudiendo disfrutar del erotismo, la sensualidad y el autoerotismo.

Nuestra función también tiene que ver con desterrar el capacitismo impuesto por una sociedad de consumo que muchas veces resulta agobiante para las personas que no alcanzan ni la imagen, ni la eficacia, ni el rendimiento que figuran como óptimos. Analizar los vínculos entre las personas desde un enfoque de género nos permite, además de explicar los diferentes lugares que ocupan en la sociedad, entender cómo en algunos casos a las diferencias biológicas se les otorga un sentido de desigualdad social, naturalizando esas diferencias y negando toda posibilidad de cuestionamiento.

Bibliografía

*Aller Atucha L. M. Nosotros los infieles. El matrimonio y sus permisos en el siglo XXI. Segunda edición actualizada. MPS Editora. Buenos Aires. 2008.

**<https://www.buenosaires.gob.ar/derechoshumanos/conviencia-en-la-diversidad/normativas/convivencia-en-la-diversidad/normativas/ley-26743-de-identidad-de-genero>

*** <https://www.redalyc.org/pdf/2451/245129173004.pdf>

****Aller Atucha L. M. Pedagogía de la Sexualidad Humana. Una aproximación ideológica y metodológica. Editorial Galerna. Buenos Aires. 1991.

*****Berkins L., Fernández, J. La gesta del nombre propio. Informe sobre la situación de la comunidad travesti en la Argentina. 1a edición. Buenos Aires Asociación Madres de Plaza de Mayo, 2005.

*****Butler J. El género en disputa. Ediciones Paidós. 1990. Madrid. Edición 2017

*****<http://www.derecho.uba.ar/publicaciones/pensar-en-derecho/revistas/14/autonomia-progresiva-de-ninxs-y-adolescentes-y-bioetica.pdf>

*****La revolución de las mariposas. A diez años de La Gesta del Nombre Propio. Publicación del Ministerio Público de la Defensa de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Edificio Dr. Arturo Enrique Sampay. Mexico 890 (CABA). Marzo de 2017.

*****Del Sueldo Padilla A., Marega O., Capandegui C.

Guía de procedimientos de atención integral de personas lesbianas, bisexuales, transexuales e intersexuales. Editorial Ascune.2020.

*****Borzacchiello E. Investigación, la interrelación y los vínculos entre la violencia sexual y la muerte de niñas y adolescentes (2010 2019) en America Latina y el Caribe. CLADEM. UNFPA LACRO en el marco de la iniciativa Spotlight. 2021.

Redes sociales y sexualidad del futuro.

Dra. Eugenia Bazán Quiroga

“¿Por qué esta magnífica tecnología científica, que ahorra trabajo y nos hace la vida más fácil, nos aporta tan poca felicidad? La respuesta es esta: simplemente porque aún no hemos aprendido a usarla con tino.”

Albert Einstein.

En agosto de 1996 salió a la venta el primer “smartphone” y nadie imaginó que, 14 años después, sería el año de la revolución tecnológica, con más de 300.000 aplicaciones disponibles para los celulares y para todos los gustos e intereses. Así la tecnología se integró en nuestra cotidianeidad, siendo parte del tejido social y a la vez generadora de cultura: porque marca tendencia, promueve un lenguaje diferente, propone otras maneras

de desenvolverse en la vida diaria y permite nuevas formas de encuentro, de mantener vínculos y hasta de sentir placer. Es evidente el rol que va marcando como mediadora y transformadora de la identidad y del aprendizaje, empezando por los niños, niñas y adolescentes, que serán las próximas generaciones adultas.

En este capítulo les propongo recorrer algunos temas:

1. Redes sociales y Apps
2. Sexting
3. Pornografía digital
4. Realidad virtual (RV) e Inteligencia Artificial (IA).
5. Vocabulario específico

1a- Redes sociales

La identidad de una persona no es un concepto

estático, es un proceso complejo que implica interacción, está en permanente negociación, a la vez limitada por diversos factores (Weber; Mitchell, 2008). Hoy podemos reconocer que existe una identidad analógica (humana) formada por las características que se pueden atribuir a una determinada persona en su vida desde el nacimiento (incluyendo las emociones). Pero además existe una identidad digital (online) que se refiere a la representación personal construida con toda la información subida a red (intencionalmente o no) y condicionada por las interacciones en línea (Castañeda-Camacho, 2012).

Las redes sociales se han convertido en la principal herramienta para la identidad digital, la sociabilización en línea y la exploración sexual. Lo característico de esta nueva identidad, es que es: indexable, permanente y recuperable. Son huellas que no se borrarán. De esta manera, una

persona puede tener una identidad híbrida, la identidad analógica y la identidad digital y ambas identidades pueden o no, coincidir.

Es creciente la preocupación porque estamos frente a una generación de infancias muy expuestas y documentadas públicamente en redes sociales: el sharenting (ver diccionario al final), es una práctica cada vez más frecuente y peligrosa. Familias orgullosas que suben información de sus hijos e hijas a las redes, adultos que exponen su intimidad (y la intimidad familiar) publicando información sensible, sin saber que lo que se sube a internet no se borra más, se viraliza e impacta en la identidad digital (de sus hijos e hijas sin el consentimiento de ellos) y que puede tener repercusión y consecuencias en la salud sexual.

Características de las redes sociales:

Inmediatez: La información se consume en pocos segundos, generándose una hiperactividad mental con activación de múltiples áreas de corteza cerebral, con liberación de dopamina, principal neurotransmisor de los circuitos neuronales de recompensa. Usar las redes y recibir un refuerzo positivo por ver “likes”, buenos comentarios y más seguidores, da placer. Pero también se genera “tolerancia”, cada vez se necesitan más estímulos, más novedades, para llamar nuestra atención, liberar más dopamina, para sentir la misma satisfacción que antes.

Anonimato: Es un medio que permite la “desconexión” de la realidad. Da la posibilidad de crear personalidades ficticias, opinar y participar desde el anonimato. Esta característica da la sensación de impunidad, y favorece que cualquier persona pueda decir lo que quiere, como quiere y cuan-

do quiere, generando discursos de odio y fomentando la violencia, sin tener en cuenta las consecuencias.

Fácil Resolución: Simplifican y economizan nuestra vida, para hacerla más inocua, rápida y resolutive. Para Bauman, las relaciones por internet se convierten en el modelo que se exporta al resto de relaciones de la vida real, así aparecen las relaciones líquidas, que no prosperan. Muchas veces no se recrean otros espacios de diálogo y de resolución de conflictos, sino que los textos reemplazan acciones, y ante la dificultad o duda siempre “se puede salir o eliminar”.

Accesibilidad sexual: Internet en general y las redes sociales en particular han incrementado el acceso a contenido hipersexualizado (precaución con menores de edad) y han fomentado los vínculos eróticos y amorosos. En el caso de mantener

un vínculo amoroso, es importante pasar a una etapa superadora de la tecnología, donde el encuentro sea real y se manifiesten las emociones, las miradas y las caricias. (Rodríguez et al., 2016). La utilización de las redes sociales crea un lenguaje propio que lleva a interpretaciones y significados: las emociones se expresan en emoticones, símbolos, stikers o gift. El interés se interpreta con “likes” que se ponen y con el empezar a “seguir” a alguien. Para muchas personas que anhelan aceptación y pertenencia, se llega a equiparar los “me gusta”, con el valor de una amistad o vínculo en la vida real. Por otro lado el desinterés o enojo se expresa con “dejar de seguir”, o “clavar el visto” y “bloquear”. También existen interpretaciones sobre el “tiempo en línea” y el “tiempo que tarda en responder”, si “reacciona”, si “comenta” o si “comparte”.

YouTube es por lejos la red social más elegida (95%), seguido por tiktok (67%) y más atrás Instagram (62%). La mayoría de los adolescentes afirman aspectos positivos del uso de las redes como: sentirse más conectados con lo que le sucede a sus amigos (80%), tener un lugar donde pueden mostrar su lado creativo (71%), encontrar personas que pueden apoyarlos en momentos difíciles (67%) y sentir que son más aceptados (58%)¹. Hay investigaciones que afirman que la tecnología permite la visibilidad y reafirmación de la identidad en grupo, formar comunidades de pares, aliviar tensiones, y el empoderamiento en: el feminismo, diversidad sexual y diversidad funcional. Sin embargo, es importante tener en cuenta que internet es un reflejo del mundo, y también estará marcada por grupos y comunidades que fomentan: desigualdad de género, discriminación, violencia, delitos y actividades que ponen en riesgo la salud de las personas.

b- App de citas

No cambian las relaciones ni los vínculos, sino los modos y las formas de gestionarlos, vivirlos y sentirlos.

Las aplicaciones de citas son plataformas online de encuentro de personas, con un fin sexo-afectivo. Con este tipo de tecnologías aparece la sensación de que es mucho más fácil encontrar a una persona afín, seleccionando entre fotos y perfiles.

Las conductas y las percepciones que existen sobre el amor y los vínculos afectivos, evolucionan por procesos históricos y económicos complejos que dependen de múltiples factores, por eso la aparición de las apps de citas realmente provoca una nueva configuración espacio-temporal y social.

Hay diferentes tipos de apps para citas, por ejemplo las más usadas son:

Tinder: Es la más conocida y elegida. Tiene un sistema swipe (deslizas a la derecha o izquierda según tu decisión de elegir o descartar ese perfil/persona). El sistema de geolocalización es la clave para que la app te presente personas que están cerca. Según el autor Stokes (2016), Tinder se ha convertido en una herramienta más para conocer gente y es un “nuevo contexto” dónde jugar el juego de la seducción, sabiendo que no se limita a la virtualidad.

Grinder: Surgió apuntada a la comunidad LGBTIQ+, con la misma funcionalidad que Tinder.

Happen: Útil para conocer personas cercanas a tu círculo social y laboral, con las que te cruzas a diario. La interacción es a través de “likes”.

Meetic: Es para conocer gente, más allá de una cita con objetivo sexual. Las personas usuarias buscan afectividad e intimidad. Los perfiles son

verificados para validar identidad y que sea más segura. Es con suscripción paga.

Ourtime: Apunta a usuarios mayores de 50 años.

Ashley Madison: La particularidad, es que se sabe que los usuarios ya mantienen una relación formal por fuera de la app (pensado para personas con relaciones abiertas).

Signal: Una app también para mensajería con mayor nivel de seguridad, encriptado hasta para la propia empresa desarrolladora del producto.

Confide: Otra app para mensajería, en este caso tiene el plus de un desarrollo tecnológico que hace que las capturas de pantalla que se hagan se vean borrosas. Además, los mensajes se revelan sólo por fragmentos, y el nombre del remitente no se visualiza.

Snapchat y telegram: Son para mensajería instantánea, no son exclusivas de citas, pero con mayor seguridad, y los mensajes se autodestruyen y dan aviso si alguien hace captura de pantalla.

Es importante remarcar que los usuarios de estas aplicaciones, arman sus perfiles para generar interés y llamar la atención. Esto hace que sea una información dirigida y seleccionada para lograr una pre-interacción, por lo tanto se pierde la autenticidad. Un “Match” no es lo mismo que “el cortejo” (se llama match cuando hay coincidencia en el interés por la foto), y esto lleva a más expectativas, más desilusiones y más angustia, si los sucesos no se dan como se esperaba. Además muchas veces, hay una oferta amplia, fácil y accesible (una cartilla de “posibilidades”) y ante la mínima dificultad, duda, o mala impresión en un primer contacto virtual, lo más frecuente es que “se descarte” esa opción, sin llegar a dar una oportunidad para conocer realmente a la otra persona, que seguro tiene mucho más para compartir que una foto.

Actualmente se está dando un desplazamiento progresivo del contacto personal. Las redes sociales y las APPs son recursos que sirven para llenar vacíos, en la soledad de una sociedad conectada en redes digitales pero carente de redes humanas de calidad. Existen diferentes autores que sostienen que se va perdiendo la capacidad de interpretar el estado de ánimo de la otra persona, de comprender su lenguaje corporal, y hasta de ser asertivos con los demás. (Carballo, Pérez-Jover, Espada, Orgilés, y Piqueras, 2012).

Por otro lado, hay estudios que han demostrado una influencia positiva ya que los jóvenes utilizan las apps para expresar su identidad de género, sexualidad, deseo sexual, ejercer autonomía sexual y mejorar sus relaciones íntimas. (Ngo, Ross y Ratliff 2008; Boonmongkon et al. 2013; Fon-gkaew 2016).

Según el autor Bengtsson (2015), Tinder no es un medio que garantiza de manera autónoma el logro de un vínculo amoroso, sino que facilita la consecución de una primera conexión con otras personas que de otra forma no hubieran podido conocerse. Es decir que más allá del tipo de APP, el factor humano es clave y hace la diferencia. Y aunque el modo en que dos personas se conocen influye, esto no determina ni prescribe el tipo de relación que seguirá posteriormente, porque una relación sexual puede llegar a convertirse en un vínculo estable y duradero en el tiempo, sin que el origen y el contexto de esa primera interacción sea determinante, tal y como afirma Eastwick (citado en Fortúnez, 2015).

2- Sexting

El nombre sexting es un anglicismo, que proviene

de dos palabras en inglés: “sex” (sexo) y “texting” (enviar mensajes de texto por celular). Esta práctica sexual se hizo más conocida por ser recomendada durante la pandemia de Covid-19 (pensada como estrategia de salud pública en épocas de aislamiento social). El problema fue que no se advirtió sobre los posibles riesgos. En Argentina el consumo de internet en pandemia se incrementó un 75% y el sexting se convirtió en un escenario de peligro y exposición.

“Sextear” es la acción de transmitir material sexual voluntario (por foto, video o mensaje sexualmente explícito, ya sea desnudez completa o parcial). Es una práctica que no está limitada a la edad, aunque es más frecuente en jóvenes. La prevalencia en Argentina varía entre un 20% al 40% según la bibliografía consultada, la metodología del estudio, las características de la muestra y las definiciones del término.

Hay autores que sostienen que en adolescentes la progresión de una relación virtual, a la intimidad virtual (sexting) es un suceso normal de la subcultura de las redes (Van Ouytsel et al. 2018; Temple y Choi 2014); también se ha demostrado la asociación entre el “sexting” y la iniciación sexual más temprana fuera de línea. En un estudio realizado en Texas (Ybarra ML, Mitchell KJ. 2014), incluyendo 3715 adolescentes entre 13 y 18 años, se asoció el sexting con conductas de riesgo, como: tener más parejas sexuales, parejas sexuales con mayor diferencia de edad, menor autoestima y mayor consumo de sustancias. Pero al mismo tiempo los autores concluyen que el sexting no es un problema propio de las nuevas tecnologías, sino que es un reflejo del proceso del desarrollo adolescente, marcado por la exploración, curiosidad, impulsividad y las dificultades para evaluar la toma de decisiones pensando en los riesgos. Por supuesto que no todas

las personas que envían y comparten fotografías sexuales tienen comportamientos de riesgo.

Repasemos las principales motivaciones para hacer sexting :

- Para seducir a otra persona.
- Como forma de expresión de sí mismo.
- Para reafirmar su autoestima.
- Por presión de grupo de pares o pareja.
- Por querer ser populares y aceptados en el mundo digital.
- Por confiar en la discreción de sus parejas y en que no lo compartirán.
- Por desconocer los riesgos que pueden existir en el envío de contenido erótico y sexual por dispositivos digitales.

La virtualidad es un medio que no garantiza ni “lo privado” ni “lo íntimo”. Por eso es importante saber los posibles riesgos:

- Hackeo del celular y robo de fotos personales.
- La difusión y viralización del contenido sexual con datos personales sin consentimiento.
- Sextorsión: es el chantaje que se hace hacia la persona, para que no le publiquen sus fotos o videos. A pesar que se borre el video o fotos, no se eliminará completamente del mundo virtual, y si alguien descargó el contenido en su computadora, sigue teniendo el contenido disponible para verlo.
- Pornovenganza: el Código Penal la considera como un tipo de extorsión. Es la exposición y viralización del material por venganza luego de terminar una relación amorosa.
- Cyberbullying: es el acoso y la violencia por intermedio de amenazas, hostigamientos, humillación, chantajes o insultos que se lleva a cabo utilizando cualquier forma de tecnología electrónica.

- Grooming : es el acoso sexual mediado por internet. Comprende acciones emprendidas por un adulto con el objeto de ganar la amistad de un menor de edad, creando una conexión emocional con el mismo, disminuir sus inhibiciones mediante el uso de internet y luego abusar sexualmente. Según un informe de la ONG Grooming Argentina en el año 2022: 6 de cada 10 niños y niñas tienen su primer dispositivo móvil con acceso a Internet a partir de los 9 años, mientras que 1 de cada 3 niños, niñas y adolescentes en la Argentina desconocen qué es el delito de grooming. El 62% de los niños, niñas y adolescentes que utilizan juegos en red, reconocen que han hablado con personas desconocidas ya sea a través de juegos online o posteriormente mediante distintas plataformas de redes sociales. A uno de cada cuatro niños, niñas y adolescentes les han solicitado imágenes en contexto de desnudez y/o semidesnudez través de Internet frecuentemen-

te bajo los términos de PACKS y/o NUDES. Otro dato: es que en un 31% el victimario formaba parte de su círculo íntimo (amigos, compañeros de escuela, contactos de sus redes sociales, etc). Es muy alta la exposición a numerosas situaciones de riesgo y delitos. Estos datos nos tienen que alertar como adultos y profesionales de la salud, para poder intervenir en acciones de educación, prevención y consejería sexual.

3- Pornografía digital

La tecnología no ha generado la pornografía, pero sí la ha hecho más accesible. Se volvió más cercana, simple, ilimitada, anónima, portátil y permisiva al acceso en cualquier momento y lugar.

Existen cada vez más productos audiovisuales con perspectiva de género y que muestran a la mujer como sujeto (no como objeto) de placer

y deseo, como por ejemplo: la pornografía feminista, post porno, cine indie para adultos, entre otras denominaciones. Son contenidos novedosos, inteligentes, cuidados en la estética y producción, con una historia “creíble”, que muestran fantasías de la gente, con protagonistas que no marcan estereotipos, muestran la diversidad de la sexualidad y el placer. Por eso sin duda que son un recurso útil para la erotización en personas adultas, para dar permisos, para romper tabúes, para abrir y favorecer la comunicación en la pareja, para estimular la creatividad y fantasía. Un detalle importante es que estos contenidos tienen un costo: son con suscripción paga.

Mientras tanto, en internet hay un exceso de material pornográfico de mainstream gratuito y muy accesible. Muchos son de producción casera, que muestran principalmente la genitalidad, son heteronormativos, violentos, machistas, extremos y hasta el contenido es robado, sin consentimiento e ilegales.

Un informe de Save the Children España 2020, concluyó que el 62,5 % de adolescentes encuestados de entre 13 y 17 años ha visto pornografía alguna vez en su vida. La edad media a nivel global de acceso a la pornografía es de 12 años. En el 51,2 % de los casos el primer acceso a la pornografía en adolescentes se da por un proceso de socialización masculina, con el objetivo de compartir material a modo de entretenimiento o chiste. En el 17,4 % el acceso es accidental involuntario, por anuncios, publicidades engañosas, los famosos pop-ups o ventanas emergentes (que son una constante en los juegos online).

El problema del acceso a la pornografía cuando todavía no hay un proceso madurativo y no se ha recibido educación afectivo-sexual, es que no habrá una mirada crítica y reflexiva sobre ese contenido. El lugar que no ocupa la educación sexual integral, la ocupará la pornografía. Es importante

como profesionales de la salud sexual, que ayudemos en la “gestión de la pornografía”, para eso que la persona tenga en claro 5 ítems:

1- ¿Qué ver? 2- ¿Cuándo? 3- ¿Dónde? 4- ¿Cómo?
5- ¿Para qué?

4a- Realidad virtual

La realidad virtual (RV) es una tecnología que permite la generación de entornos tridimensionales, con los que un sujeto puede interactuar en tiempo real y con elementos según el objetivo que se proponga. Este término fue introducido en el año 1986 por Jaron Lanier quién fundó la primera compañía que vendió gafas y guantes de realidad virtual.

Lo que hace única la experiencia virtual es que la persona tiene la ilusión de “estar” en el espacio

generado, interactuando con los objetos de ese mundo virtual. De esta forma ya no es necesario tener un encuentro personal, ni siquiera estar físicamente con otra persona para mantener cualquier tipo de interacción.

Esto surgió inicialmente para ocio y entretenimiento, se extendió a otras áreas de interés: salud mental ,medicina, educación e investigación, aportando interesantes observaciones con respecto a la conducta humana en múltiples aspectos, entre los que se incluye la sexualidad.

Para producir una experiencia virtual se necesita: una computadora, un programa informático con el contenido del mundo virtual, un dispositivo para visualizar el mundo virtual, –como un casco de RV(HMD) –, un tracker que permita la inmersión en un espacio tridimensional (el mundo virtual) y un dispositivo para poder moverse dentro del mundo virtual, como un joystick.

La primera aplicación de realidad virtual en Psicología Clínica se centró en el tratamiento de la acrofobia (Rothbaum et al. 1995) . En los últimos 20 años se han validado a través de estudios científicos, posibles usos de esta tecnología en diferentes tratamientos. Así surgió la Ciberterapia: es el término que engloba el uso de tecnologías avanzadas como complemento de distintas formas de psicoterapia para diagnóstico, consultas, supervisión, información y educación.

De esta manera, se pueden mejorar técnicas de intervención ya existentes, con un cambio cualitativo, dando a los terapeutas la posibilidad de adaptar y controlar los ambientes, los estímulos, el comportamiento de los personajes dentro del espacio para adaptarse a las necesidades de cada participante dentro del entorno controlado de la consulta.

En el caso de la terapia sexual, la inmersión en espacios virtuales provee una estimulación en múltiples canales sensoriales, con una “presencia” concreta, con exposición gradual empezando por ambientes sugestivos de contenido sexual, poniendo al participante como protagonista o como observador pasivo, con la posibilidad de interactuar con su cuerpo virtual , así como también interactuar con otros personajes virtuales, para desarrollar habilidades de cortejo, comunicación y comprensión del lenguaje no verbal. Hay autores que la han utilizado para el tratamiento de disfunción eréctil y eyaculación precoz (Gaggioli et al., 2003) (Botella et al., 2007; Labrador & Crespo, 2001).

El alerta con esta modalidad es la seguridad, ya que los terapeutas deben tener mucha precaución en la interacción que se da entre el consultante y la representación virtual de seres humanos.

Algunas personas se sienten más identificadas con su avatar que con su yo real. Se debe mantener el control y los límites sobre el entorno virtual y sobre el comportamiento humano, para poder detenerlo en caso de que surjan sentimientos negativos inesperados del consultante u otras reacciones. Se necesita mucha atención para registrar todas las cuestiones relacionadas entre la interfaz virtual-real. Es una tecnología que se está usando en algunos lugares, igualmente se necesita continuar con más investigaciones para protocolizar formas de trabajo.

b- Inteligencia artificial

Los medios digitales, junto con la Inteligencia artificial, tienen el potencial de ser utilizados para desarrollar aplicaciones y plataformas que brinden educación sexual integral para mejorar la pro-

moción de la salud sexual, y ofrecer posibilidades de hacer intervenciones puntuales para: motivar, estimular la participación activa, la reflexión, el análisis y la creatividad. Hay un interés creciente en la fabricación de videojuegos con inteligencia artificial que estimulen: el comportamiento pro-social, la capacidad cognitiva, el cuidado del cuerpo y la adquisición de hábitos saludables.

Pero la tecnología por sí sola no garantiza el éxito, el desafío es generar buen contenido y realizar una atención continua, oportuna, e investigación para monitorear y evaluar estas nuevas tendencias. Tal como lo constatan los resultados de la investigación de Fernández-Fernández, (2018), es clave educar la sexualidad con conocimientos, valores, habilidades y actitudes pero además acompañados del aprendizaje de destrezas y de una apropiación tecnológica a través de la alfabetización digital (Tyner et al., 2015).

5- Vocabulario específico del uso de la tecnología

Doxing / Doxxear: Consiste en revelar información sensible de una persona en línea, como su nombre real, dirección, teléfono, datos financieros y cualquier tipo de información personal vinculada a su identidad física o digital. Luego, esta información se divulga al público sin el consentimiento de la víctima, vulnerando sus derechos.

Ghosting: Hace referencia a desaparecer para otra persona, esfumarse de repente sin dejar rastro, sin explicaciones, bloqueando, borrando las cuentas o, sencillamente, dejando de responder a los mensajes o llamadas de alguien con quien se ha mantenido algún tipo de relación.

Haters: Así se llama a las personas que se dedican, a través de las redes sociales a denigrar,

criticar, odiar y comentar negativamente sobre cualquier tema. Recurren a la burla, la ironía y el humor negro.

Phubbing: Término que surgió en el año 2012 en Australia. Es una combinación de las palabras en inglés phone (teléfono) y snubbing (hacer un desprecio). Hace referencia a ignorar a una persona por prestar atención al teléfono celular.

Red flags: “Banderas rojas”. Es un término popular que surgió en redes sociales, se usa para advertir, llamar la atención, dejar un alerta de temas, actitudes y comportamientos de personas.

Sharenting: Término en inglés que proviene de la unión de las palabras share (compartir) y parenting (parentalidad). Es la práctica de las personas adultas y consiste en subir material, compartir fotos, videos o información de los niños niñas y adolescentes, a internet o a las redes sociales.

Stalkear: Es un neologismo que surgió en el ámbito de las redes sociales para nombrar la acción que realiza una persona cuando revisa los contenidos que publica otro usuario. Acechar.

Reflexión final

La tecnología llegó para quedarse y no debe ser demonizada sino más bien aceptada, comprendida y aprovechada. Al mismo tiempo, tenemos que saber que el entorno digital no escapa de los defectos de nuestra sociedad.

Es difícil predecir como evolucionarán, pero los avances en realidad virtual y en inteligencia artificial apuntan a que las tecnologías serán cada vez más integrativas, y más inmersivas. Por eso como profesionales de la salud, debemos capacitarnos y mantener una actualización acorde a los tiem-

pos, para poder responder a las necesidades y problemas de nuestros consultantes, trabajando en la promoción de iniciativas socioeducativas innovadoras y la consolidación de nuevas estrategias en salud y educación sexual, incorporando el uso adecuado y responsable de las tecnologías, para generar más conciencia sobre la protección de la identidad digital, con resguardo de la información personal, e implementar programas de incremento de habilidades sociales y fomentar los vínculos sexo-afectivos: más equitativos en derechos y oportunidades.

Referencias bibliográficas

- Alencar NES, Pinto MAO, Leite NT, Silva CMVD. Serious games for sex education of adolescents and youth: integrative literature review. *Cien Saude Colet*. 2022 Aug;27(8):3129-3138. Portuguese, English. doi: 10.1590/1413-81232022278.00632022. Epub 2022 Apr 28. PMID: 35894324.

- Asadzadeh A, Shahrokhi H, Shalchi B, Khamnian Z, Rezaei-Hachesu P. Digital games and virtual reality applications in child abuse: A scoping review and conceptual framework. *PLoS One*. 2022 Nov 9;17(11):e0276985. doi: 10.1371/journal.pone.0276985. PMID: 36350809; PMCID: PMC9645636.
- Botella, C., García-Palacios, A., Baños, R. M. & Quero, S. (2007). Realidad virtual y tratamientos psicológicos. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, 82, 17-27.
- Carballo, J., Pérez-Jover, M., Espada, J., Orgilés, M., y Piqueras, P. (2012). Propiedades psicométricas de la escala multidimensional de expresión social para la evaluación de habilidades sociales en el contexto de internet. *Psicothema*, 24(1), 121-126. Recuperado de <http://www.psicothema.com/pdf/3988.pdf>
- Fernández-Fernández, D.; Calvo-González, S.; Rodríguez-Pérez, S. y Rodríguez-Manéndez, M.C. (2018). ¡Tienes un Match! Autorrepresentaciones y rasgos comunicativos de las interacciones de jóvenes en Tinder. *Revista Mediterránea de Comunicación/Mediterranean Journal of Communication*, 9(2), 173-187. <https://www.doi.org/10.14198/MEDCOM2018.9.2.15>
- Furlanetto, T., Bertone, C. & Becchio, C. (2013). The bilocated mind: new perspectives on self-localization and self-identification. *Frontiers in human neuroscience*, 7 (71), 1-6.
- Gaggioli, A., Mantovani, F., Castelnuovo, G., Wiederhold, B. & Riva, G. (2003). Avatars in clinical psychology: a framework for the clinical use of virtual humans. *Cyberpsychology & Behavior*, 6(2), 117-125.

- Garbett KM, Haywood S, Craddock N, Gentili C, Nasution K, Saraswati LA, Medise BE, White P, Diedrichs PC, Williamson H. Evaluating the Efficacy of a Social Media-Based Intervention (Warna-Warni Waktu) to Improve Body Image Among Young Indonesian Women: Parallel Randomized Controlled Trial. *J Med Internet Res*. 2023
- Hassrick EM, Holmes LG, Sosnowy C, Walton J, Carley K. Benefits and Risks: A Systematic Review of Information and Communication Technology Use by Autistic People. *Autism Adulthood*. 2021 Mar 1;3(1):72-84. doi: 10.1089/aut.2020.0048. Epub 2021 Mar 18. PMID: 36601264; PMCID: PMC8992882.
- James, P. (2016, 5 Febrero). New Project Sansar image shows beautiful Mars VR world created in "a few hours". Road to VR. Recuperado de: <http://www.roadtovr.com/new-project-sansar-image-shows-beautiful-mars-vr-world-created-in-a-few-hours/>
- Jannini, E. A., Limoncin, E., Ciocca, G., Buehler, S. & Krychman, M. (2012). Ethical Aspects of Sexual Medicine. Internet, Vibrators, and Other Sex Aids: Toys or Therapeutic Instruments? *The Journal of Sexual Medicine*, 9, 2994–3001. doi: 10.1111/jsm.12018.
- Klettke B, Hallford DJ, Mellor DJ. Sexting prevalence and correlates: a systematic literature review. *Clin Psychol Rev*. 2014;34:44-53.
- Lasén, A. (2014). Remediaciones móviles de subjetividades y sujeciones en relaciones de pareja. En A. Lasén y E. Casado (Eds.), *Mediaciones tecnológicas. Cuerpos, afectos y subjetividades* (pp. 19–35). Madrid: Universidad Complu-

tense de Madrid y Centro de Investigaciones Sociológicas.

- Nesi J, Choukas-Bradley S, Prinstein MJ. Transformation of Adolescent Peer Relations in the Social Media Context: Part 1-A Theoretical Framework and Application to Dyadic Peer Relationships. *Clin Child Fam Psychol Rev*. 2018 Sep;21(3):267-294. doi: 10.1007/s10567-018-0261-x. PMID: 29627907; PMCID: PMC6435354.
- Pulido, J. E. (2011). Vivencias sexuales de la mujer en Second Life, a través de su avatar. *Razón y Palabra*, 77. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=199520010042>
- Quackenbush, D. M. & Krasner, A. (2012). Avatar therapy: where technology, symbols, culture and connection collide. *Journal of Psychiatric Practice*, 18 (6), 451-459.
- Robinson, B. E., Munns, R. A., Weber-Main, A. M., Lowe, M. A. & Raymon, N. C. (2011). Application of the Sexual Health Model in the long-term treatment of hypoactive sexual desire and female orgasmic disorder. *Archives of Sexual Behavior*, 40, 469-478.
- Shaffer, D., y Kipp, K. (2007). *Psicología del desarrollo: infancia y adolescencia*. México: Thompson.
- UNICEF. 2017. *State of the World's Children 2017: Children in a Digital World*. New York: UNICEF. Upadhyay, U. D., and M. J. Hindin. 2006. "Do Perceptions of Friends' Behaviors Affect Age at First Sex? Evidence from Cebu, Philippines." *Journal of Adolescent Health*

39 (4): 570–577. doi: 10.1016/j.jadohealth.2006.03.004

- Wadham E, Green C, Debattista J, Somerset S, Sav A. New digital media interventions for sexual health promotion among young people: a systematic review. *Sex Health*. 2019 Apr;16(2):101-123. doi: 10.1071/SH18127. PMID: 30819326.
- Wright P, Donnerstein E. Sex online: pornography, sexual solicitation, and sexting. *Adolesc Med State Art Rev*. 2014;25:574-589.

Qué herramientas terapéuticas utiliza un sexólogo hoy.

Dra. Sandra Magirena

Mucho se discute en el campo de la salud de cuál es la función y cuando derivar a un sexólogo.

Ya se discutió en otros capítulos la importancia que tiene incorporar conocimientos fisiológicos y emocionales que puedan afectar la salud sexual, en la currícula y práctica médica, sobre todo para saber cuándo y a quién derivar un consultante.

La salud sexual de las personas debería estar en manos de profesionales idóneos y formados en la temática con una base académica que lo sustente, es por eso que médicos y psicólogos serían los profesionales a entrenar en el área de la salud sexual.

El médico en herramientas sexoterapéuticas y el psicólogo en herramientas neurobiológicas de la fisiología humana.

Un sexólogo entonces sería un profesional de la salud que acompañe, diagnostique y trate problemas que afectan a la salud sexual integral de la persona y no solamente al rendimiento del acto sexual.

Trabajar con el goce y el placer no es tarea fácil, sobre todo si además hay enfermedades intercurrentes o situaciones traumáticas en la historia de vida de la persona.

Aclarado esto pasaremos a relatar cuáles son las herramientas con las que contamos hoy los sexoterapeutas para el abordaje clínico, y cuáles de ellas podrían ser incorporadas a la práctica cotidiana de un médico que trabaje en especialidades

donde la salud sexual sea un punto importante a tener en cuenta, como por ejemplo ejemplo urólogos , ginecólogos o médicos generalistas.

Los sexólogos utilizan una variedad de herramientas terapéuticas para abordar las preocupaciones relacionadas con la salud sexual y la intimidad. Algunas de las que se pueden utilizar incluyen:

1. **Terapia del habla (psicoterapia):** La terapia verbal es una parte fundamental del trabajo clínico. A través de conversaciones abiertas y de apoyo, los individuos pueden explorar sus preocupaciones, comprender mejor sus emociones y desarrollar estrategias para abordar los desafíos sexuales, que se puede realizar desde diferentes modelos teóricos, y que serán explorados en el capítulo siguiente.

2. **Terapia cognitivo-conductual (TCC):** Este enfoque terapéutico se centra en la identificación y modificación de patrones de pensamiento y comportamiento negativos. Puede ser efectivo para abordar problemas sexuales, como la ansiedad relacionada con el rendimiento, la disfunción eréctil o la eyaculación precoz.

3. **Educación sexual:** Los sexólogos suelen proporcionar información educativa sobre anatomía, fisiología sexual y técnicas sexuales saludables. Esta educación puede ayudar a los individuos a comprender mejor sus cuerpos y mejorar su autoconocimiento. Creo que esta es la herramienta fundamental que todo profesional de la salud que aborde la sexualidad en su consulta (urólogos, ginecólogos y generalistas) deberían incorporar rutinariamente en sus prácticas.

4. **Terapia de pareja:** Trabajar con la pareja para abordar problemas de intimidad y mejorar la comunicación es fundamental. La terapia de pareja puede ayudar a resolver conflictos, fomentar la comprensión mutua y fortalecer la conexión emocional y física entre ambos. Se recomienda siempre tener entrevistas conjuntas cuando la persona que consulta tiene un vínculo.
5. **Ejercicios y técnicas prácticas:** Dependiendo de la naturaleza específica del problema, los sexólogos pueden recomendar ejercicios prácticos y técnicas para mejorar la función sexual o abordar preocupaciones específicas. Ejercicios de autoconocimiento o técnicas de sensopercepción, por ejemplo el ejercicio de parada y arranque para mejorar el tiempo eyaculatorio o los trabajos de biofeedback en los vaginismos.
6. **Terapia sexual basada en mindfulness:** La atención plena (mindfulness) se ha integrado en la te-

rapia sexual para ayudar a las personas a centrarse en el momento presente, reducir la ansiedad y mejorar la conexión con sus cuerpos y emociones.

7. **Terapia Bioenergética:** La bioenergética es una forma de terapia que combina el trabajo con el cuerpo y con la mente a fin de ayudar a la persona a resolver sus problemas emocionales y a comprender mejor su potencial para el placer y el gozo de vivir. Sus metas son un aumento de la energía y la satisfacción en la vida diaria, así como evitar los estados de agotamiento físico, psíquico y emocional. La forma en que el cuerpo desarrolla su propia energía influye en el modo en que la persona siente, piensa y actúa, pues los trastornos y los bloqueos energéticos afectan tanto a la salud mental como a la física. Las tensiones musculares crónicas suelen ser una consecuencia de la supresión de ciertos sentimientos.

8. **Tecnología y aplicaciones:** En algunos casos, se puede recomendar el uso de aplicaciones y recursos en línea para ayudar a las personas a realizar un seguimiento de su progreso, acceder a información útil y participar en ejercicios prácticos desde la comodidad de sus hogares.
9. **Fisioterapia del piso pélvico:** Incorporada recientemente con el estudio aportado desde la kinesiología y especialmente indicado para casos de dispareunia y vaginismo

Es importante destacar que las herramientas utilizadas pueden variar según las necesidades individuales de los consultantes y la formación específica del profesional. Además, el enfoque terapéutico puede adaptarse a medida que evolucionan las mejores prácticas y la comprensión de la sexualidad humana.

Si bien el abordaje psicoterapéutico más difun-

dido es el Psicoanálisis, en terapia sexual se eligen preferentemente otros modelos de comunicación verbal entre el sexoterapeuta y el o la consultante para explorar, comprender y abordar los problemas emocionales, mentales o comportamentales del individuo en particular y poder ver en qué medida la disfunción sexual y otros indicadores requieran una psicoterapia más profunda de un profesional idóneo, o sea un psicólogo y del médico tratante.

La sexoterapia de la palabra nos permite la exploración de problemas subyacentes que pueden contribuir a las disfunciones sexuales.

Esto puede incluir experiencias pasadas, creencias, traumas o patrones de pensamiento que afectan la salud sexual.

Y es muy importante en el abordaje de la historia

clínica la estructura de apego del o la consultante, ya que da una pauta de cómo se aprendió el amor y el afecto.

Muchas disfunciones sexuales tienen componentes psicológicos, como ansiedad, estrés, depresión o preocupaciones relacionadas con la imagen corporal como así también relaciones de dependencia emocional que pueden perturbar la performance sexual.

El sexoterapeuta tiene que estar entrenado para poder derivar al psicoterapeuta cuando el caso así lo amerite.

En el caso de disfunciones sexuales en relaciones de pareja, la terapia específica puede mejorar la comunicación entre los miembros de la pareja.

La comunicación abierta y honesta es esencial para abordar problemas sexuales y encontrar soluciones conjuntas.

La ansiedad y el estrés pueden ser factores significativos en muchas disfunciones sexuales. No debemos olvidar que el contexto, sobre todo en las mujeres, es un factor determinante que influye mucho en la respuesta sexual. Ya lo hemos visto en el capítulo correspondiente que la mujer necesita estímulos adecuados y contexto de intimidad emocional a la hora del encuentro, y que además en el balance de estímulos excitatorios e inhibitorios del deseo son muy importantes las creencias limitantes y las etapas de la vida que se esté atravesando.

El médico puede proporcionar herramientas para manejar el estrés y la ansiedad, lo que a su vez puede mejorar la función sexual como por ejemplo la práctica del Yoga o las distintas modalidades de meditación, siendo Mindfulness la de elección.

Se puede además enseñar habilidades de afrontamiento efectivas para lidiar con las dificultades sexuales.

En este encuadre podemos proporcionar un espacio seguro para que las personas exploren su sexualidad, comprendan sus necesidades y se acepten a sí mismas.

La autoexploración y la autoaceptación son aspectos importantes en la mejora de la salud sexual.

Muchas veces, las personas que conviven con parejas dejan de autoestimularse, ya que consideran la masturbación como algo no necesario, siendo esta práctica fisiológica sobre todo en mujeres, que son las que más resistencia ofrecen.

En resumen, la sesión sexoterapéutica puede ser beneficiosa para las personas que experimentan

disfunciones sexuales al proporcionar un entorno de apoyo para explorar, comprender y abordar los aspectos emocionales, cognitivos y relacionales asociados con estos problemas.

Y en general, su resultado es fundamentalmente sexoeducativo.

Este modelo de abordaje es el más utilizado ya que la mayoría de las dificultades son consecuencia de situaciones contextuales o de falta de conocimiento de la fisiología de la respuesta sexual.

Hoy, con el auge de las redes sociales, muchas veces las personas comparan estándares inalcanzables, y muchas veces inexistentes, con su performance actual y eso genera frustración y ansiedad que en primera instancia podrían ser abordadas con sexoeducación.

Solo a manera descriptiva, ya que se desarrolla con extensión en el capítulo siguiente, haré un breve recorrido por los modelos disponibles.

Terapia cognitivo-conductual (TCC):

La Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) es un enfoque terapéutico que se centra en la relación entre pensamientos, emociones y comportamientos. Su objetivo principal es identificar y modificar patrones de pensamiento y comportamiento disfuncionales que contribuyen a problemas emocionales o conductuales. En el contexto de la sexología, la TCC se utiliza para abordar disfunciones sexuales y problemas relacionados con la sexualidad.

En líneas generales se comienza por realizar una evaluación detallada para comprender los problemas sexuales específicos que enfrenta el individuo o la pareja.

Se exploran pensamientos, creencias y actitudes relacionados con la sexualidad.

Se examinan los patrones de pensamiento negativos o irracionales que pueden contribuir a la ansiedad, el miedo o la disfunción sexual: *“Soy eyaculador precoz”*, *“Soy frígida”*, *“No puedo tener orgasmos”*.

En relación a estas creencias se identifican distorsiones cognitivas, como interpretaciones exageradas, pensamiento catastrófico o suposiciones irracionales, generalmente asociadas a otros aspectos de la vida de la persona pero por sobre todo al estilo de apego de la primera infancia, la manera en que esa persona aprendió el amor y la afectividad.

Una vez identificados estas creencias las personas trabajan con el terapeuta para desafiar y cambiar pensamientos disfuncionales. Se fomenta la reestructuración cognitiva para desarrollar

pensamientos más realistas y adaptativos al momento presente.

En esta etapa también se exploran y cuestionan las creencias limitantes o negativas sobre el cuerpo, la sexualidad y la intimidad: *“Soy fea”, “Nadie me va a querer”, “ Si no tengo ganas me va a dejar por otra” ,“La que no tiene ganas soy yo y soy la que tiene el problema”* .

Si el síntoma se relaciona con ansiedad relacionada con el desempeño sexual, la TCC puede emplear técnicas de desensibilización sistemática y acá se complementa muy bien con Mindfulness.

En esta terapia, los consultantes pueden recibir tareas para el hogar que impliquen la práctica de nuevas habilidades aprendidas durante las sesiones de terapia.

Esto puede incluir ejercicios de comunicación sexual, la práctica de técnicas de relajación o la exposición controlada a estímulos sexuales.

Es muy importante trabajar en la identificación y promoción de actividades placenteras relacionadas con la sexualidad, fomentando la planificación de encuentros creativos, la conexión emocional y la intimidad en la relación.

Se enseñan estrategias para manejar situaciones difíciles y se desarrollan planes de prevención de recaídas.

El enfoque es proactivo, ayudando a los individuos y parejas a anticipar y abordar desafíos potenciales.

Es importante destacar que la aplicación de la TCC en sexología es altamente individualizada, y

los enfoques pueden variar según la naturaleza específica de la disfunción sexual y las necesidades del consultante y es muy importante ubicar la problemática a tratar en el contexto general del consultante y la pareja.

Este tipo de abordaje requiere de un entrenamiento académico del profesional específico, a diferencia de la sexoeducación que sí puede ser realizada por el médico tratante.

Terapia sexual basada en mindfulness

Es un enfoque terapéutico que integra principios y prácticas de Mindfulness en el tratamiento de problemas sexuales y disfunciones sexuales.

Mindfulness es una forma de atención consciente y focalizada en el momento presente, sin juz-

gar los pensamientos o sensaciones. Cuando se aplica a la terapia sexual, se busca cultivar una conciencia plena y sin prejuicios en relación con la experiencia sexual.

La práctica de mindfulness se centra en la conciencia plena del cuerpo y de las sensaciones físicas.

Los individuos aprenden a prestar atención a las sensaciones corporales durante la actividad sexual sin juicios críticos.

Se alienta a los participantes a estar plenamente presentes en el momento durante la actividad sexual, enfocándose en las sensaciones, emociones y conexiones emocionales.

Se trabaja para reducir la distracción mental y la rumiación de pensamientos que pueden afectar la respuesta sexual.

Mindfulness puede ayudar a mejorar la conexión emocional y la intimidad entre las parejas.

Se fomenta la atención consciente durante las interacciones íntimas, promoviendo una mayor comprensión y comunicación.

Es de suma utilidad para reducir el estrés y la ansiedad relacionados con el rendimiento sexual, por ejemplo en la eyaculación precoz.

Primero se enseñan técnicas de respiración y relajación para gestionar la ansiedad y luego se enfoca en el rendimiento sexual.

Promueve una actitud de exploración sin juicio hacia la experiencia sexual.

Se alienta a las personas a liberarse de expectativas y a abrazar la variedad de experiencias y sensaciones.

Las prácticas pueden ser formales (escaneos corporales, meditación) o informales aplicadas a lo que se quiere mejorar en sexualidad poniendo

énfasis en el placer y la sensualidad, invitando a los individuos a experimentar y apreciar los aspectos positivos de la actividad sexual.

Puede aplicarse a diversas disfunciones sexuales, como la disfunción eréctil, la eyaculación precoz, la falta de deseo sexual, entre otras.

Para esta técnica el profesional no solamente tiene que estar entrenado sino que además debe ser un practicante en su vida personal. De esta manera, se optimizarán los resultados.

Terapia sexual y bioenergética

La bioenergética puede incorporarse a la terapia sexual y además se pueden recomendar ejercicios bioenergéticos, especialmente en aquellas situaciones donde los bloqueos musculares per-

turben la fisiología de la respuesta sexual , por ejemplo en vaginismos o trastornos por dolor.

También se requiere de un terapeuta entrenado en esta disciplina, ya que el trabajo con el cuerpo es mucho más movilizante y requiere de un ambiente adecuado.

Tecnología y aplicaciones

El uso de tecnologías y aplicaciones para mejorar la respuesta sexual es una tendencia en aumento. Estas herramientas digitales pueden proporcionar información, educación, seguimiento y, en algunos casos, intervenciones terapéuticas.

Aquí hay algunas formas en que las tecnologías y aplicaciones pueden contribuir a mejorar la salud sexual:

Existen aplicaciones diseñadas para proporcionar información educativa sobre anatomía, fisiología sexual, prácticas seguras y salud sexual en general. Pueden ser útiles para ampliar el conocimiento y desmitificar ciertos aspectos de la sexualidad pero muchas veces cuesta encontrar espacios de información digital seguros. Siempre recomendamos aquellas cuentas o sitios que estén respaldados por sociedades científicas mundialmente reconocidas.

Los juguetes sexuales de uso terapéutico son una herramienta muy valiosa en algunas disfunciones, como por ejemplo las orgásmicas, algunos diseños son los indicados para que las mujeres se entrenen y ejerciten sus orgasmos, y otros para facilitar los masajes vaginales.

Hay dispositivos diseñados para la estimulación sexual que pueden ser controlados mediante apli-

caciones móviles. Estos dispositivos a menudo ofrecen opciones de personalización y permiten a las parejas conectarse a través de la distancia.

Aplicaciones específicas ofrecen programas de ejercicios para fortalecer el suelo pélvico, lo que puede ser beneficioso para abordar problemas como la disfunción eréctil o la incontinencia.

Existen otras que ofrecen juegos y actividades diseñadas para parejas, lo que puede ayudar a fomentar la comunicación, la conexión emocional y la intimidad.

Destaquemos que los juguetes sexuales han sido reconocidos por la FDA en 2013 como herramienta terapéutica para algunas disfunciones como la anorgasmia, dispareunia o vaginismo en las mujeres.

Es importante que las personas elijan las tecnolo-

gías y aplicaciones con precaución, asegurándose de que sean seguras, confiables y respeten la privacidad. El profesional debe conocer las aplicaciones y los juguetes sexuales que va a recomendar para cada consultante o pareja en particular.

Fisioterapia de piso pélvico

En los últimos años los ginecólogos hemos incorporado esta herramienta que realizan Kinesiólogas especializadas y que es de suma utilidad en varias problemáticas de la salud genital de la mujer y con una indicación fundamental para el abordaje multidisciplinario en casos de dispareunia y vaginismo. Incluyo una breve descripción para que sea tomada en cuenta en los casos que corresponda.

Objetivos de la fisioterapia en estos casos:

- Normalizar el tono muscular (reducir la hiperactividad muscular).

- Mejorar la conciencia corporal y el control voluntario de la musculatura perineal.
- Rehabilitar la función sexual sin dolor.
- Abordar factores asociados como posturas, respiración y patrones de tensión general.

Principales intervenciones fisioterapéuticas:

1. Educación y concientización corporal:

- Enseñanza de la anatomía y fisiología del piso pélvico.
- Identificación de patrones de tensión y mecanismos de defensa (como la contracción involuntaria ante la anticipación del dolor).

2. Terapia manual:

- Técnicas de liberación miofascial intra y extrapelvianas.
- Movilización de tejidos blandos para reducir puntos gatillo y aumentar la elasticidad.

3. Ejercicios de relajación y control motor:

- Ejercicios de respiración diafragmática.

- Reeduación neuromuscular para mejorar la discriminación sensorial y el control del músculo pubococcígeo y asociados.
4. Biofeedback y electroterapia:
- Biofeedback electromiográfico para mejorar la conciencia muscular.
 - Estimulación eléctrica de bajo voltaje en casos seleccionados, para modular el dolor y facilitar la relajación.
5. Uso progresivo de dilatadores vaginales:
- Introducción gradual con acompañamiento terapéutico.
 - Reforzamiento positivo del avance sin dolor.
 - El uso terapéutico de los masajeadores (juguetes sexuales)
6. Intervención postural y global:
- Trabajo sobre la postura, diafragma, abdomen y patrones de movimiento que impactan en el periné.

La fisioterapia la realiza la kinesióloga y se complementa con el trabajo de ginecólogo, urólogo, sexólogo, psicólogo o médico tratante que derive a la o el paciente . Es esencial abordar simultáneamente los factores emocionales, de pareja y de la historia personal o sexual que puedan estar perpetuando el trastorno.

Además, en casos de disfunciones sexuales persistentes o problemas emocionales significativos, la consulta con un profesional de la salud mental puede ser crucial para recibir un diagnóstico preciso y un tratamiento adecuado.

Este ha sido un recorrido por alguna de las modalidades con las cuales los sexólogos podemos trabajar hoy y que seguramente seguirán ampliándose con el paso del tiempo .

Pero sí es importante que los médicos que trabajen con la salud sexual de las personas se interio-

ricen un poco más en ellas y adopten los modelos sexoeducativos para incorporar en sus consultas o saber cuándo derivar en el momento que lo consideren.

Bibliografía

- Vivir con plenitud la crisis . John Kabat-Zinn. Ed Kairos 1990
- La Bioenergetica . Alexander Lowen . Ed Granica 2011
- Everaerd W, Dekker J. A comparison of sex therapy and communication therapy: couples complaining of orgasmic dysfunction. *J Sex Marital Ther.* 1981 Winter;7(4):278-89. doi: 10.1080/00926238108405429. PMID: 7328681.
- Pereira VM, Arias-Carrión O, Machado S, Nardi AE, Silva AC. Sex therapy for female sexual dysfunction. *Int Arch Med.* 2013 Sep 26;6(1):37. doi: 10.1186/1755-7682-6-37. PMID: 24066697; PMCID: PMC3849542.
- Krieger JF, Kristensen E, Marquardsen M, Ofer S, Mortensen EL, Giraldi A. Mindfulness in sex therapy and intimate relationships: a feasibility and randomized controlled pilot study in a cross-diagnostic group. *Sex Med.* 2023 Jul 14;11(3):qfad033. doi: 10.1093/sexmed/qfad033. PMID: 37465532; PMCID: PMC10350486.
- Lafortune D, Dion L, Renaud P. Virtual Reality and Sex Thera-

py: Future Directions for Clinical Research. *J Sex Marital Ther.* 2020;46(1):1-17. doi: 10.1080/0092623X.2019.1623357. Epub 2019 Jul 4. PMID: 31124395.

- Brotto LA, Zdaniuk B, Chivers ML, Jabs F, Grabovac AD, Lalumière ML. Mindfulness and Sex Education for Sexual Interest/Arousal Disorder: Mediators and Moderators of Treatment Outcome. *J Sex Res.* 2023 May;60(4):508-521. doi: 10.1080/00224499.2022.2126815. Epub 2022 Sep 30. PMID: 36178481.

- Stephenson KR, Rellini AH, Meston CM. Relationship satisfaction as a predictor of treatment response during cognitive behavioral sex therapy. *Arch Sex Behav.* 2013 Jan;42(1):143-52. doi: 10.1007/s10508-012-9961-3. Epub 2012 May 16. PMID: 22588577.

- Mestre-Bach G, Blycker GR, Potenza MN. Behavioral Therapies for Treating Female Sexual Dysfunctions: A State-of-the-Art Review. *J Clin Med.* 2022 May 16;11(10):2794. doi: 10.3390/jcm11102794. PMID: 35628920; PMCID: PMC9144766.

- Reissing, E. D., Binik, Y. M., Khalifé, S., Cohen, D., & Amsel, R. (2004). Etiology, diagnosis, and treatment of vaginismus: A review. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 30(2), 113–124. DOI: 10.1080/00926230490262360

- Morin, M., Dumoulin, C., Bergeron, S., Mayrand, M. H., Khalifé, S., & Rosen, N. O. (2017). Multimodal physical therapy treatment for women with provoked vestibulodynia: A prospective study. *Journal of Sexual Medicine*, 14(4), 494–501. DOI: 10.1016/j.jsxm.2017.02.008

Psicoterapia sexológica, qué es y cómo complementa la actividad médica.

Lic. Florencia Muchico

El tabú que envuelve la sexualidad ha hecho que, en variadas ocasiones, terminemos subestimando la importancia que tiene la manera en que experimentamos la vida sexual. La pasión y la intimidad de cada uno son componentes de la propia identidad, de manera que los problemas sexuales no solo nos afectan al tener sexo, sino que también repercuten en otro tipo de emociones y conductas involucradas en nuestra vida diaria: inseguridad, frustración, baja autoestima, pensamiento negativo repetitivo, dificultad para establecer vínculos interpersonales, entre otros. En una época en la que el sexo es nuestra prin-

principal carta de presentación y el amor se ha convertido en un tesoro difícil de encontrar, es curioso cómo invertimos más recursos en nuestra apariencia exterior que en nuestra salud y conocimiento sobre sexualidad. Puede que el propio tabú que aún implica el sexo en sí mismo nos impida prestar mayor atención a esta dimensión de nuestra vida.

Es muy probable que, en materia sexual, la mayoría de las personas estén igualmente desinformadas, llenas de prejuicios o de ideas fragmentarias que se venden en artículos de revista, opiniones de expertos carentes de información veraz que aparecen en TV, o influencers de redes sociales que poco de sustento científico tienen para ofrecer. Como consecuencia, al momento de la realidad nos llenamos de ansiedad y sentimientos de fracaso. Y entonces andamos por ahí, sufriendo en silencio, con un costal de preguntas sin resol-

ver. Se hace indispensable entonces contar con el apoyo de gente profesional que pueda tener la capacidad de ayudarnos y entendernos verdaderamente.

La terapia sexual consiste en una serie de técnicas que se utilizan para el tratamiento de diferentes disfunciones sexuales, tanto masculinas como femeninas. El objetivo principal de este tipo de asesoramiento es ayudar a las personas a disfrutar plenamente de su vida sexual. Esto implica, a veces, que la persona deba superar algún tipo de dificultad para entonces poder sentirse capaz de sentir placer. Dado que contribuye a mejorar la capacidad para dar y recibir placer, influye directamente en mejorar la calidad de vida.

La psicoterapia sexológica es una herramienta fundamental para el bienestar físico y psicológico. Su capacidad de adaptarse a las necesidades

de los pacientes hace que esta propuesta terapéutica sea considerada un conjunto de métodos y prácticas muy diversas. El objetivo principal es intervenir en el amplio espectro de modalidades que las personas tienen de vivir la sexualidad, ayudando especialmente a quienes experimenten algún tipo de problema o malestar en este ámbito de la vida. Por consiguiente, no se centra solo en los aspectos biológicos y mecánicos de las prácticas sexuales convencionales, sino que va más allá, cubriendo diversos fenómenos que pudieran presentarse.

El psicoterapeuta sexual tiene una formación en sexología clínica, para la cual es requisito poseer previamente el título de grado de Psicología o Medicina. Dicha formación permite trabajar con dificultades, disfunciones o problemáticas sexuales específicas, entendiendo al individuo en su contexto amplio, es decir, más allá de lo puramente

fisiológico o funcional, entendiendo al ser humano como un todo, como un continuo entre cuerpo y mente. Se encuentra aquí la importancia del trabajo interdisciplinario.

En resumen: en la terapia sexual se toman en cuenta el problema físico, el individuo, sus aspectos psicológicos, afectivos y eróticos, así como las repercusiones que esto trae sobre su vida y sus relaciones de pareja, y por tanto, no podemos limitarnos al trabajo concentrado en un solo profesional, sino apuntar a un trabajo conjunto. De esta manera, la terapia sexual va más allá de la evaluación médica y la realización de procedimientos quirúrgicos o el uso de medicamentos que pueden o no ser necesarios; hace uso de técnicas provenientes del mundo de la psicoterapia, y además proporciona a los pacientes un contexto profesional en el que es posible expresarse.

La psicoterapia sexológica puede ser un buen complemento de procedimientos médicos que afectan a las funciones sexuales (para adaptarse a los cambios, por ejemplo), o bien puede contribuir a una estabilización emocional que haga que los síntomas disminuyan. Es necesario considerar que, en variadas ocasiones, incluso problemas que aparentemente tienen causas fisiológicas, como la disfunción eréctil o el vaginismo, tienen también un fuerte componente psicológico. Al mismo tiempo, algunas disfunciones pueden tener una vinculación más clara con los procesos mentales, como los miedos e inseguridades relacionadas con el sexo o la propia desnudez, pero podría ser necesario descartar causas orgánicas que pudieran ser significativas a la hora de abordar la problemática.

Para entender cómo funciona la psicoterapia sexológica, se describen a continuación las principales herramientas y tratamientos utilizados durante el dispositivo terapéutico:

1. **Reestructuración cognitiva.** Este procedimiento tiene como objetivo que los pacientes se cuestionen creencias que están muy arraigadas en ellos y que resultan dañinas en su manera de vivir su sexualidad. Consiste en que la persona, con la ayuda inicial del terapeuta, identifique y cuestione sus pensamientos desadaptativos, de modo que queden sustituidos por otros más apropiados y se reduzca o elimine así la perturbación emocional y/o conductual causada por los primeros. En la reestructuración cognitiva los pensamientos son considerados como hipótesis, y terapeuta y paciente trabajan juntos para recoger datos que determinen si dichas hipótesis son correctas o útiles. En vez de decir a los pacientes cuáles son los pensamientos alternativos válidos, el terapeuta formula una serie de preguntas y diseña experimentos conductuales para que los pacientes evalúen y sometan a prueba sus pen-

samientos negativos y lleguen a una conclusión sobre la validez o utilidad de los mismos.

2. **Técnicas de relajación.** Son útiles para poder hacer frente a las dificultades, para calmar la mente y permitir que el pensamiento sea más claro y eficaz. El estrés puede debilitar mentalmente a las personas; la relajación puede facilitar el restablecimiento de la claridad de pensamiento. Se ha descubierto que la información positiva almacenada en la memoria resulta más accesible cuando la persona está relajada. Aplicadas a la psicoterapia sexual, las técnicas de relajación pueden servir para gestionar las situaciones de ansiedad que algunas personas sienten al intimar con otras. Además, relajarse permite que se activen los procesos fisiológicos que intervienen en la erección del pene y la lubricación de la vagina.

3. **Desensibilización sistemática.** Es una técnica dirigida particularmente a reducir las respuestas de ansiedad y las conductas de malestar que pueden conllevar una fobia, pseudofobia o situación que la persona siente que escapa a su control, que le cuesta atravesar. Este tipo de prácticas terapéuticas también se utiliza en personas cuyos problemas en lo relativo al sexo están relacionados con la ansiedad. Consiste en enfrentarse a situaciones ansiógenas al mismo tiempo que realizar ejercicios que proporcionan relajación. De esta manera, se asocia esa fuente de estrés a un contexto de relajación, logrando recuperar las sensaciones placenteras.

4. **Psicoeducación.** Si bien no es en sí una forma de terapia, ya que su finalidad no es la de trabajar síntomas concretos, la Psicoeducación es un pilar fundamental, ya que permite que las personas puedan comprender lo que les suce-

de, y contribuye a poder explicar los objetivos que serán trabajados en el dispositivo terapéutico y las técnicas que serán utilizadas. Esto es muy importante en un tema como el de la sexualidad, en el que el tabú y la censura hacen que existan muchos mitos y desinformación, lo cual podría obstaculizar el progreso de la intervención sexológica.

La psicoterapia sexológica combina la aproximación profesional y sistemática para intervenir en los problemas sexuales, por un lado, con el trato cercano y el sumo respeto por el punto de vista, los miedos y las inquietudes del paciente, por el otro. De esta manera, este contexto terapéutico es el momento y el lugar adecuado para contar con la ayuda de profesionales que ayudan sin prejuizar, que asumen que la sexualidad es siempre íntima y con un punto irracional, y que están capacitados para usar las técnicas más efectivas para disfrutar

de bienestar también en este ámbito de la vida. Tanto sociedades nacionales como internacionales de urología y ginecología coinciden en sus guías y recomendaciones en complementar la tarea del médico con psicoterapia sexual en el tratamiento de las diversas disfunciones sexuales. Llamativa pero no casualmente, las sociedades ginecológicas atienden las disfunciones sexuales femeninas desde el diagnóstico temprano y la posterior derivación al psicosexólogo/a, poniendo un énfasis especial en aquellas enfermedades e infecciones de transmisión sexual que podrían afectar directa o indirectamente la fertilidad de la paciente como punto de mayor interés. Por su parte, tampoco pareciera una casualidad que, en una sociedad penecentrista, donde la responsabilidad sobre el placer y el éxito en la relación sexual se le atribuye al varón, las sociedades urológicas pongan especial énfasis tanto en la erección como en la eyaculación, para lo cual poseen comi-

tés interdisciplinarios que se dedican exclusivamente a la medicina sexual y están conformados tanto por médicos urólogos como por expertos en psicoterapia sexual.

En nuestro país, la Sociedad Argentina de Urología (SAU) unifica criterios clínicos en sus guías de recomendaciones para el tratamiento de las disfunciones sexuales masculinas con la American Urological Association (AUA), la Confederación Americana de Urología (CAU) y la European Association of Urology (EAU).

La guía de recomendaciones para el tratamiento de la disfunción eréctil propuesto por la AUA describe cómo la dificultad para lograr la erección pone en jaque las estructuras psíquicas del varón, comprendiendo que "...Ningún otro aspecto del funcionamiento de los seres humanos toca tantos componentes de la identidad de un varón

ni alcanza este grado de complejidad...". Asimismo recomienda para el abordaje de su evaluación y diagnóstico considerar que su etiología es multifactorial, y que es necesario evaluar tanto aspectos médico-clínicos como aspectos histórico-psicosociales y psicológicos del paciente. Consecuentemente, considera de suma importancia la inclusión precoz de un experto en psicoterapia sexológica en el equipo de tratamiento para el desarrollo de un plan efectivo y factible. Respecto del marco de trabajo para el tratamiento de la disfunción eréctil, el acuerdo común entre sociedades es la recomendación de referir a los pacientes a un profesional en psicoterapia sexológica para promover adherencia al tratamiento, reducir la ansiedad en el desempeño e integrar terapias en el marco de la intimidad y la relación sexual.

Por otra parte, la guía de recomendaciones para el tratamiento de las disfunciones sexuales de la EAU propone considerar el asesoramiento psicosexual en la primera línea del tratamiento de la eyaculación precoz conjuntamente con el tratamiento médico-farmacológico, resaltando la relevancia de técnicas psicológicas de corte teórico conductista para aprendizaje del manejo consciente del reflejo eyaculatorio.

En cuanto a la sexualidad del varón, la evidencia científica disponible a partir de diversos estudios, ensayos clínicos y meta-análisis que compararon la terapia de combinación médica y psicoterapia sexológica contra solamente una psicoterapia sexológica o solamente el tratamiento médico, encontraron que los grupos tratados con la combinación exhibieron una mejoría superior en comparación con las modalidades de únicos tratamientos. Wylie et al. (2003), por ejemplo, asig-

naron en forma randomizada a 45 parejas para que reciban psicoterapia como único tratamiento o psicoterapia en combinación con un dispositivo de vacío para la disfunción eréctil. Una mayor proporción de parejas reportaron una mejora en el grupo de tratamiento combinado (84%) en comparación con el grupo que recibió solamente psicoterapia (60%). Adicionalmente, los estudios randomizados (McCabe MP, Price E, Piterman L et al, 2008; van Lankveld JJ, Leusink P, van Diest S et al, 2009; Andersson E, Walen C, Hallberg J et al, 2011) reportaron mejoras significativas en los resultados con las terapias psicológicas en comparación con los cuidados usuales o con los grupos control con listas de espera. Tres estudios basados en la Internet acerca de terapias cognitivas-del comportamiento y terapias de Masters y Johnson modificadas demostraron en su totalidad mejoras en el funcionamiento sexual en comparación con los grupos control.

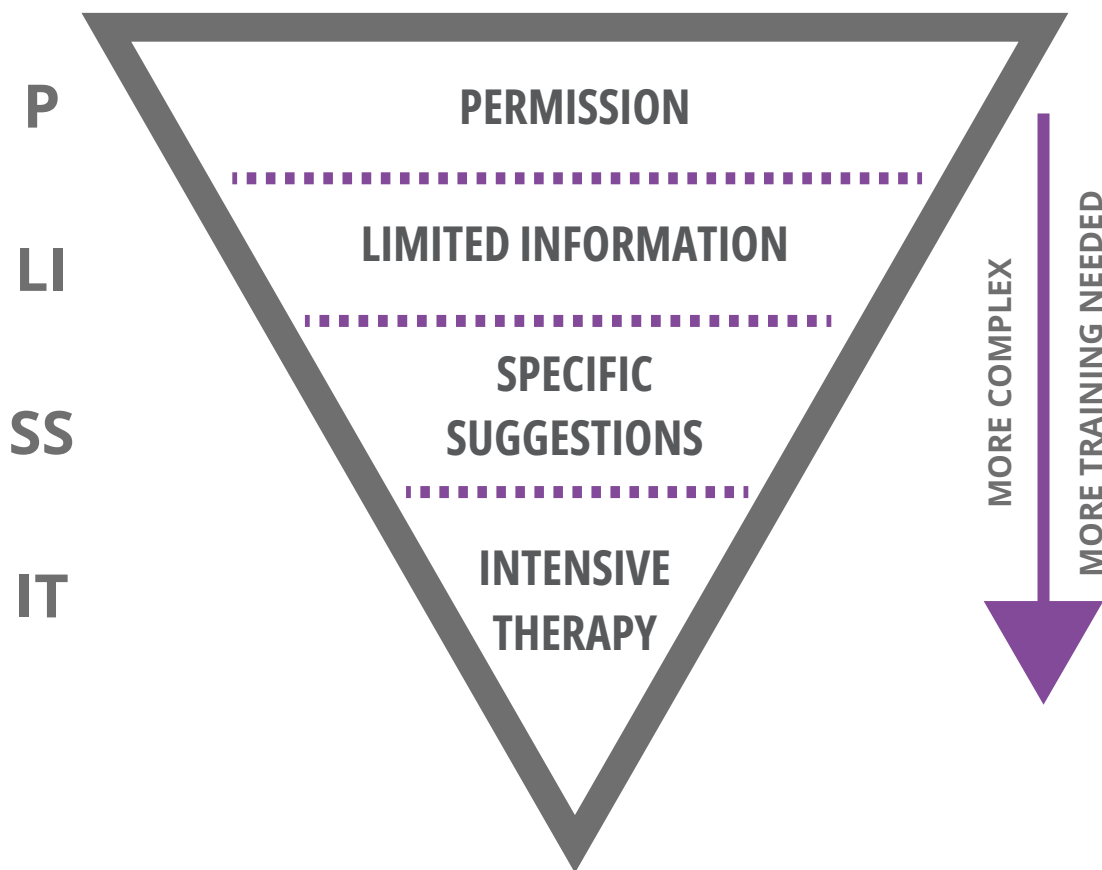
Pero, si no somos especialista en urología o ginecología: ¿por qué es relevante esta información para nuestro ejercicio profesional diario? La respuesta es, en principio, muy simple: porque gran parte de los pacientes a quienes ven diariamente en su consulta les tienen mucho cariño, los ven como grandiosas figuras de saber en quienes confían y se entregan por completo, y la palabra de ustedes es “sagrada”. Razón por la cual es muy importante que puedan habilitarlos a hablar acerca de su sexualidad, lo cual muchas veces hace que los pacientes por fin se decidan a trabajar sobre sus posibles disfunciones sexuales, o puedan consultar acerca de curiosidades del universo de la sexualidad que no se hayan animado jamás a preguntar o preguntarse.

¿Cómo podría abordar el profesional la temática de la sexualidad? Existe un modelo conceptual que ha posibilitado un mejor manejo de la situa-

ción a la hora de implementar un abordaje en la esfera sexual por parte de los profesionales. Jack Annon, psicólogo norteamericano, publicó en 1976 el modelo “PLISSIT” para proveer a los profesionales de la salud herramientas y estrategias que los ayudaran a intervenir sobre la sexualidad humana. Así pues, desarrolló un esquema conceptual compuesto por cuatro enfoques distintos que, de manera progresiva, exigen al profesional un mayor grado de conocimiento, capacitación y habilidad para implementar un correcto abordaje. Los cuatro enfoques mencionados son:

1. **Permiso:** Consiste en que el profesional “otorgue permiso” para hablar de sexualidad. Que el profesional indague sobre estas cuestiones contribuye a crear un clima confortable y seguro para el paciente y a normalizar los temas relacionados con el sexo.

2. **Información Limitada:** Se trata de proveer al paciente información básica sobre sexualidad, desmitificar creencias erróneas e incluso describir algunos de los efectos secundarios que los tratamientos tendrán sobre la esfera sexual.
3. **Sugerencias Específicas:** Para poder hacer sugerencias más específicas es necesario basarse en una evaluación exhaustiva realizada previamente acerca de los problemas que presenta el paciente. Es decir, en este punto es necesario poseer un conocimiento profundo acerca de la problemática sexual del paciente y las formas de tratamiento posibles.
4. **Terapia Intensiva:** Este es el punto en el que se sugiere al paciente que realice tratamiento especializado (ginecológico, urológico, psicoterapia sexual).



Annon resalta que, en repetidas ocasiones, los problemas de índole sexual no precisan de una terapia intensiva larga, sino que a veces basta solo con una buena comunicación entre el paciente y su profesional de confianza. Gran parte de estos problemas asociados a la sexualidad de los seres humanos son acompañados de sentimientos como ansiedad y miedo, por lo que se hace necesario dar la oportunidad a las personas de expre-

sarse de manera libre y legitimar o validar la sexualidad como algo natural y sano. El autor ofrece lo que podría ser entendido como un manual de buenas prácticas que capacita a los profesionales acerca de una correcta forma de proceder, siendo ellos quienes habilitan al paciente a iniciar y mantener una conversación sobre aspectos sexuales concretos, teniendo como objetivo el poder proveerles información útil y sugerencias específicas que conformarán su plan de tratamiento y cuidados. Este modelo conceptual posibilita un mejor manejo de la situación a la hora de implementar un abordaje en la esfera sexual para los profesionales de la salud. Actualmente continúa vigente como un artículo referente donde se da protagonismo a aspectos como la necesidad de un análisis inicial del problema, la consideración de circunstancias que pudieran estar relacionadas con el mismo, o tener en consideración un orden de prioridades a la hora de intervenir.

A modo de corolario, y para complementar los conceptos volcados respecto del modelo conceptual de Annon, me permito desarrollar algunas sugerencias que los psicoterapeutas sexuales solemos tener en consideración y pueden contribuir a facilitar la labor profesional:

- Comenzar a conversar sobre sexualidad en una etapa temprana de los tratamientos largos o crónicos, y mencionar el tema regularmente. Preguntar cómo era la sexualidad antes del diagnóstico puede ayudar mucho a evaluar cuáles son las expectativas del paciente y su disposición a un posible tratamiento.
- Incluir a la pareja en la conversación, a veces puede constituirse como una pieza fundamental a la hora de comprender algunas dificultades que puedan presentarse en el paciente o en el plan de tratamiento que hemos planteado.

- No obviar a los pacientes que no tienen una pareja estable; esto no quita la posibilidad de que tengan un partenaire con quien tener intimidad y/o encuentros sexuales.
- No obviar a los pacientes de edad avanzada; los años no quitan el disfrute, ni las ganas.
- Agiliza mucho la consulta tener material como folletos o referencias de páginas donde el paciente pueda informarse más en profundidad. Siempre es bueno familiarizarse con opciones de derivación para trabajar el tema.
- Considerar derivación al especialista: Psicosexualología, Psicooncología, Terapia de suelo pélvico, Ginecología, Urología.

Las disfunciones sexuales pueden manifestarse a partir de cualquier tipo de problemática o patolo-

gía presentada por la persona. Algunos pacientes valorarán que se les pregunte acerca de los cambios sexuales experimentados, otros tendrán pudor de hablar del tema. Es necesario encontrar una manera concreta de plantearlo inicialmente con el objeto de poder percibir la actitud de cada caso (ayuda mucho pensar previamente y preparar con qué frase introducir la problemática sexual en la consulta). Poder hablar acerca de los problemas sexuales a partir de la patología por la que paciente y pareja consultan normaliza y valida el tema, los prepara y ayuda a afrontar y adaptarse a su nueva realidad sexual (en caso de que así deba ser). En fin, como agentes de salud somos, en parte, responsables de la salud sexual de nuestros pacientes, y consecuentemente tenemos una gran oportunidad de poder facilitarles herramientas que les permitan tener una mejor calidad de vida.

Bibliografía

Hall, K. S., & Binik, Y. M. (Eds.). (2020). Principles and practice of sex therapy. Guilford Publications.

Kaplan, H. S. (1974). The New Sex Therapy. Nueva York: Times Books.

Bados, A., & García, E. (2010). La técnica de la reestructuración cognitiva. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos. Facultad de Psicología, Universidad de Barcelona, 15.

Payne, R. A. (2005). Técnicas de relajación. Editorial Paidotribo.

Álvarez Velásquez, J. G. (2014). Desensibilización Sistemática. Área Profesional I: Psicología Clínica.

Burnett, A. L., Nehra, A., Breau, R. H., Culkin, D. J., Faraday, M. M., Hakim, L. S., & Shindel, A. W. (2018). "Disfunción eréctil: guía AUA". J Urol, 200, 633.

Wespes, E., Amar, E., Eardley, I., Giuliano, F., Hatzichristou, D., Hatzimouratidis, K., & Vardi, Y. (2010). "Guía clínica sobre la disfunción sexual masculina: disfunción eréctil y eyaculación precoz". European Association of Urology, 842-99.

Wylie KR, Jones RH and Walters S: The potential benefit of vacuum devices augmenting psychosexual therapy for erectile dysfunction: a randomized controlled trial. J Sex Marital Ther 2003; 29: 227.

McCabe MP, Price E, Piterman L et al: Evaluation of an internet-based psychological intervention for the treatment of erectile dysfunction. Int J Impot Res 2008; 20: 324.

Van Lankveld JJ, Leusink P, van Diest S et al: Internet-based brief sex therapy for heterosexual men with sexual dysfunctions: a randomized controlled pilot trial. *J Sex Med* 2009; 6: 2224.

Andersson E, Walen C, Hallberg J et al: A randomized controlled trial of guided internet-delivered cognitive behavioral therapy for erectile dysfunction. *J Sex Med* 2011; 8: 2800.

Annon, J. S. (1976). The PLISSIT Model: A Proposed Conceptual Scheme for the Behavioral Treatment of Sexual Problems. *Journal of Sex Education and Therapy*, 2(1), 1–15. <https://doi.org/10.1080/01614576.1976.11074483>

Sakellariou D, Algado SS. Sexuality and Occupational Therapy: Exploring the Link. *Br J Occup Ther*. 2006;69(8):350-6.

Diamond LM, Huebner DM. Is Good Sex Good for You? Rethinking Sexuality and Health. *Soc Pers Psychol Compass*. 2012;6:54-69.

Laumann EO, Gagnon JH. A Sociological Perspective on Sexual Action. En: Parker RG, Gagnon JH. *Conceiving Sexuality: Approaches to Sex Research in a Postmodern World*. New York: Routledge; 1995.

Lario MM. Capítulo 2: Sexualidad y Rehabilitación: Una Revisión Bibliográfica. En: Fernández FJL, Gázquez AE. *Gestión Sociosanitaria*. Madrid: Asociación Cultural y Científica Iberoamericana (ACCI); 2016.



NUEVO

Ifenil[®] LE

DROSPIRENONA 4 MG

LIBRE DE ESTRÓGENOS



*Ifenil LE es un anticonceptivo oral que **no contiene estrógenos**. Contiene solamente una progestina, la drospirenona.*

24+4 | 24 comprimidos activos
4 comprimidos placebo

Ideal para:

- Lactancia
- +6 semanas post-aborto con o sin cuadro séptico
- Fumadoras
- Hipertensas controladas
- Antecedentes de HTA durante el embarazo
- Historia familiar de TEV- TEP
- Várices - Tromboflebitis
- Endometriosis
- Epilepsia
- Antecedente de cáncer de cuello - NIC
- Miomas
- Anemia de células falciformes

CATEGORÍA 1 DE RECOMENDACIÓN



- Migraña
- SIDA en tratamiento con antirretrovirales
- Colestasis intrahepática
- Antecedente de embarazo ectópico
- Antecedente de colestasis intrahepática del embarazo

CATEGORÍA 2 DE RECOMENDACIÓN



Salud Femenina

CASASCO 150 años

PARTE II

Sexualidad masculina y fertilidad.

Dr. Gastón Rey Valzacchi

La reproducción sexual aparece en la evolución como un medio de optimización del proceso reproductivo, favoreciendo la variabilidad de las especies y por lo tanto el proceso evolutivo. La actividad sexual ha sido el único medio que ha permitido a los humanos la reproducción y estos dos procesos han estado íntimamente ligados hasta que se han podido separar teniendo sexo sin reproducción con el desarrollo de la anticoncepción y pudiendo reproducirse sin tener sexo por medio de la reproducción asistida. Esta interrelación entre ambos procesos lleva obviamente a que trastornos en la esfera sexual puedan ser causas de trastornos reproductivos, pero tam-

bién, como vamos a ver más adelante, los trastornos reproductivos influyen marcadamente en la actividad sexual, ya que la sexualidad, que es inherente al ser humano, se puede ver afectada ya que puede perder los componentes recreativos y eróticos que la caracterizan siendo el sexo destinado únicamente a la procreación. Como veremos en el hombre, donde todavía suelen asociarse virilidad y fertilidad, esta afectación puede ser muy marcada.

En este capítulo describiremos a la infertilidad masculina como una causa o una consecuencia de una disfunción sexual.

Disfunción sexual masculina como causa de infertilidad

La disfunción sexual es una causa rara de infer-

tilidad masculina. Según la OMS , que realizó el primer gran estudio sobre la etiología de la infertilidad masculina (n = 7.273), la disfunción sexual representa el 2,3% de los casos de paternidad fallida. En el año 2000, un estudio unicéntrico mostró que la disfunción sexual como causa de infertilidad masculina se presentó en el 4,6% de 1.549 hombres. Posteriormente, estudios adicionales reportaron diferentes frecuencias, que van desde el 0,4% en una serie de 1.391 parejas subfértiles a 5% en una pequeña cohorte (n = 98) de parejas infértiles . La Asociación Europea de Urología (EAU) reporta una prevalencia del 2,4%, derivada de una cohorte de 12.945 pacientes . Alteraciones en cualquiera de las fases de la respuesta sexual masculina pueden originar infertilidad de pareja.

Disfunción eréctil como causa de infertilidad

La dificultad para lograr o mantener una erección puede afectar la posibilidad del hombre de tener relaciones sexuales satisfactorias y por lo tanto influir en la fertilidad de la pareja. La disfunción eréctil puede impedir el tener una penetración y por lo tanto las posibilidades de concepción. Generalmente esta afectación se ve en causas severas de alteración de la erección. La disfunción eréctil puede producirse por causas orgánicas (como cardiovasculares, factores metabólicos, neurogénicos y endocrinos), relacionales (como conflictos dentro de la pareja), y/o intrapsíquicos (como ansiedad, depresión). Además, entre los hombres la disfunción eréctil es un factor de riesgo independiente para una frecuencia reducida de las relaciones sexuales con un efecto negativo evidente sobre la fertilidad.

Dependiendo de la causa estos pacientes podrán ser ayudados con terapia sexológica o con fármacos inductores de la erección (inhibidores de la fosfodiesterasa, drogas intracavernosas). Para pacientes que no respondan a estas terapias, la reproducción asistida es una alternativa.

Dentro de las técnicas de reproducción asistida tenemos las denominadas de baja complejidad (inseminación intrauterina) o las de alta complejidad (fertilización in vitro – FIV y la inyección espermática intracitoplasmática – ICSI). La elección de qué procedimiento realizar dependerá de si la mujer tiene algún factor asociado (ej obstrucción tubaria) y de la calidad del semen.

En el siguiente cuadro pueden verse ejemplos de opciones para estos pacientes que tengan un trastorno específico de la erección pero que puedan eyacular.

Semen	Permeabilidad tubaria	Tratamiento propuesto
Bueno	Normal	Inseminación intrauterina
Bueno	Obstrucción	FIV
Malo	Normal u obstrucción	ICSI

Desórdenes eyaculatorios como causa de infertilidad

Posiblemente esta sea la causa más frecuente de alteración sexual como causa de infertilidad.

Las alteraciones eyaculatorias que ocasionan esterilidad se manifiestan por aspermia (ausencia de eyaculado) o hipospermia (bajo volumen), y pueden deberse a un defecto en la emisión (transporte de los espermatozoides del epidídimo a la uretra prostática) denominada aneyaculación o en la expulsión (transporte del semen de la uretra prostática al exterior) que produce eyaculación retrógrada.

Eyaculación retrógrada

La alteración en el mecanismo del cierre del cuello vesical origina este cuadro que se manifiesta por una aspermia o una hipospermia muy marcada, identificándose espermatozoides en la investigación de la orina posteyaculado.

La eyaculación retrógrada puede deberse a cirugías del cuello de la vejiga y de la próstata que producen una apertura del cuello vesical y por lo tanto facilitan el flujo retrógrado del semen. También las cirugías retroperitoneales (linfadenectomía, simpatectomía, intervenciones vasculares) pueden seccionar troncos simpáticos, ocasionando retroeyaculación por alteración del control nervioso del cierre del cuello vesical en el momento eyaculatorio. La diabetes mellitus puede producir eyaculación retrógrada como consecuencia de la neuropatía existente en esta enfermedad y

también por esclerosis del cuello vesical. Algunos medicamentos que ocasionan una simpatectomía química debido a la acción bloqueante alfa adrenérgica, como los tranquilizantes mayores y agentes antihipertensivos pueden, así como ciertos medicamentos utilizados para la hiperplasia prostática benigna, como la tamsulosina, ser causa de retroeyaculación.

Desde el punto de vista terapéutico existen distintas opciones. En casos farmacológicos se debe suspender la medicación. En casos funcionales el uso de medicamentos alfa adrenérgicos puede ayudar al cierre del cuello vesical y en casos que no resulten o que tengan una causa anatómica (ej cirugía del cuello) la opción es recuperar espermatozoides de la orina previa preparación para un tratamiento de reproducción asistida.

Aneyaculación

En este cuadro, el paciente se presenta con la misma sintomatología que en la eyaculación retrógrada (ausencia de eyaculación) pero al buscar espermatozoides en orina no se detectan, haciéndose el diagnóstico de falta de emisión espermática. La falta de la emisión puede deberse a causas similares a las que originan la eyaculación retrógrada, con excepción de las causas anatómicas del cuello.

La aneyaculación de origen psicógeno debe ser tratada inicialmente con terapia sexual, tal como fuera propuesto por Master y Johnson y por Helen Kaplan. El uso de simpaticomiméticos en el tratamiento del paciente con aneyaculación puede ser exitoso ya sea por provocar una eyaculación anterógrada o por transformarlo en un eyaculador retrógrado.

Otras alternativas son producir un estímulo vibratorio sobre el pene para inducir el reflejo eyaculatorio o la electroeyaculación, que consiste en producir una descarga eléctrica en la cara anterior del recto a fin de estimular los nervios que producen la eyaculación. En general estos métodos hoy han sido reemplazados por la posibilidad de realizar una recuperación de espermatozoides testiculares por punción o por biopsia a fin de realizar una técnica de reproducción asistida (ICSI).

Eyaculación precoz

La eyaculación precoz severa, incluyendo la eyaculación durante los juegos previos, antes de la penetración (eyaculación anteportal), o tan pronto como el pene toca la vagina, es una barrera para la concepción natural, porque los esperma-

tozoides no logran entrar en la vagina . Si bien es un cuadro poco frecuente, es una causa posible de infertilidad. En estas circunstancias, se puede intentar con tratamiento farmacológico (inhibidores de la recaptación de serotonina, ej dapoxetina) y eventual reproducción asistida.

Deseo sexual hipoactivo como causa de infertilidad

Este cuadro puede obviamente llevar a una disminución en las relaciones sexuales y como consecuencia ser una causa de infertilidad. Si bien pueden existir causas psicógenas, como el no deseo real de ser padre que lleve a este cuadro o situaciones de estrés general o de relación de pareja, las causas orgánicas suelen estar asociadas a trastornos hormonales como es el hipogonadismo, que al llevar a bajos niveles de testosterona originan el bajo deseo.

En esta última condición habrá que evaluar la causa para planificar el tratamiento a instaurar.

Es importante diferenciar si es un hipogonadismo hipogonadotrófico, a través de la medición de las gonadotrofinas, y descartar también un cuadro de hiperprolactinemia, posible causal de este. Lo que se debe tener en claro es que en los pacientes hipogonádicos con deseo reproductivo está contraindicado el uso de testosterona, ya que tiene efectos supresores de la espermatogénesis.

Disfunción sexual como consecuencia de la infertilidad

La infertilidad puede ejercer un efecto perjudicial sobre la salud sexual, psicológica y la vida conyugal de ambos miembros en la pareja . La frustración de no poder lograr un embarazo puede afectar profundamente la relación de pareja y la vida sexual de la misma.

En el caso del hombre, cuando existe un factor masculino puede asociarse con sentimiento de culpa y depresión, afectándose un área muy sensible para los hombres como es la sexual. Asimismo la programación de las relaciones sexuales en un marco de búsqueda de embarazo, quitándole al sexo la espontaneidad que la caracteriza, también es un factor determinante.

En el hombre es muy común todavía la asociación entre capacidad reproductiva y virilidad, por lo tanto la infertilidad con un factor masculino puede en los pacientes ser relacionado con una menor virilidad y como consecuencia ser causa de sentimiento de inferioridad y depresión, afectándose la sexualidad.

La presencia de un trastorno sexual femenino simultáneo puede afectar negativamente la respuesta sexual de la pareja. De hecho, las mujeres

de parejas infértiles pueden experimentar disfunción sexual, como deseo sexual hipoactivo, disfunción de la excitación, anorgasmia, dispareunia y vaginismo, así como ansiedad, depresión y dificultades en las relaciones matrimoniales, lo que a su vez puede desencadenar o empeorar la disfunción sexual masculina.

La disfunción eréctil no es un fenómeno infrecuente en las parejas infértiles. Los trabajos que la evalúan muestran una prevalencia variable entre el 10 al 30%, dependiendo esto si se utilizan herramientas objetivas como el IIEF (Índice Internacional de Función Eréctil) . También la variabilidad puede depender de las poblaciones estudiadas, ya que se sabe que la disfunción es más frecuente en relación a la edad del hombre, comorbilidades y la severidad de la alteración del semen . Existen varios trabajos que muestran que los pacientes azoospermicos (ausencia de esper-

matozoides en el eyaculado) tienen la mayor prevalencia de trastornos eréctiles.

También puede darse la disfunción en forma situacional, poniéndose de manifiesto en el momento ovulatorio de la mujer, lo cual puede estar determinado en parte por la obligatoriedad de la relación en un momento específico y con un fin, aunque también puede verse en hombres no totalmente motivados con la paternidad.

Por lo tanto, la infertilidad puede ocasionar por distintos mecanismos alteraciones en cualquiera de las fases de la respuesta sexual masculina, pudiendo producir disfunción eréctil, deseo bajo, aneyaculación o eyaculación precoz.

Esto hace que sea importante interrogar en las parejas que se encuentran en un tratamiento de fertilidad por los distintos aspectos de la sexuali-

dad y si se detecta algo poder efectuar el acompañamiento y la terapéutica correspondiente.

Azoospermia y DS

El descubrimiento de una azoospermia (ausencia de espermatozoides en el eyaculado) durante la evaluación de la infertilidad puede ser para una pareja y en especial para el hombre una experiencia devastadora. Esta noticia ha sido descrita como la peor noticia jamás vivida, recibida por hombres infértiles y se ha asociado con un profundo sentimiento de insuficiencia. Algunos hombres experimentan un período de disfunción eréctil temporal después de un diagnóstico de azoospermia . Un estudio demostró que los hombres con azoospermia tienen peor capacidad eréctil que otros hombres que son parte de una familia infértil o pareja fértil, con predominio de

disfunción eréctil de ~27% . Además, estos hombres tienen mayor frecuencia de eyaculación precoz, menor deseo sexual y peor función orgásmica que los hombres fértiles.

La azoospermia puede ser secretora (de origen testicular) u obstructiva. En estos pacientes pueden recuperarse espermatozoides a nivel testicular para realizar un procedimiento de fertilización asistida. En los pacientes con azoospermia secretora esto será exitoso en un 50% de los casos y en los obstructivos en el 100%. Esto resulta habitualmente en un mejoramiento en la autoestima.

DS en tratamientos de reproducción asistida

Las técnicas de reproducción asistida implican para los pacientes una situación muy importan-

te, una gran carga emocional. Sin lugar a dudas la mayor dedicación corre por parte de la mujer, que debe aplicarse diariamente hormonas de estimulación ovárica, realizar ecografías de monitoreo ovulatorio periódico, punción ovárica con anestesia, etc.

Es frecuente que las parejas, durante el tiempo en que la mujer está haciendo la estimulación de la ovulación, no tengan relaciones sexuales, primero porque habitualmente no tienen deseo y tienen puesta su libido en el tratamiento y segundo por el falso concepto de que si el hombre tiene más abstinencia el semen será mejor y es todo lo contrario, ya que los espermatozoides serán posiblemente más en número pero su calidad será peor. Hay que solicitarles a los pacientes que no dejen de tener relaciones durante ese período.

Un tema no menor es la carga que puede implicar para un hombre tener que entregar una muestra de semen en un momento preciso, que suele coincidir con la punción ovárica de la pareja. Esta situación en muchos hombres genera una gran carga ya que es el único momento en que sienten que su participación es determinante y no es infrecuente que puedan tener dificultad en la obtención de la muestra. Por esta razón es bueno interrogar sobre esta posibilidad previamente y si existen dudas o algún antecedente de ese hecho en otras oportunidades se le puede ofrecer al paciente la criopreservación de una muestra de semen, que servirá de backup en caso de no poder obtener la muestra.

En general eso relaja a los pacientes y la gran mayoría puede obtener la muestra al sacarse la presión de encima.

Una situación más conflictiva ocurre cuando se efectuó la punción ovárica, están los ovocitos disponibles y el hombre no puede obtener la muestra sin haberlo prevenido con la criopreservación de semen. En esta instancia se le puede ofrecer al paciente la toma de sildenafil, que puede permitirle lograr una erección y facilitar la toma de la muestra. Si a pesar de esto no puede obtener una muestra, las posibilidades actuales son recuperar espermatozoides de testículo para el procedimiento de fertilización o criopreservar los ovocitos para ser utilizados en un futuro.

Como se puede observar la reproducción asistida es un momento clave para la pareja con deseo reproductivo y toda esta situación puede generar efectos sobre la actividad sexual de la pareja.

Bibliografía

¹ World Health Organization. Towards more objectivity in diagnosis and management of male fertility. *Int. J. Androl* 7, 1–53 (1987).

² Pierik, F. H., Van Ginneken, A. M., Dohle, G. R., Vreeburg, J. T. & Weber, R. F. The advantages of standardized evaluation of male infertility. *Int. J. Androl* 23, 340–346 (2000).

³ Brandes, M., Hamilton, C. J., de Bruin, J. P., Nelen, W. L. & Kremer, J. A. The relative contribution of IVF to the total ongoing pregnancy rate in a subfertile cohort. *Hum. Reprod.* 25, 118–126 (2010).

⁴ Rantala, M. L. & Koskimies, A. I. Sexual behavior of infertile couples. *Int. J. Fertil.* 33, 26–30 (1988).

⁵ Tuttelmann, F. & Nieschlag, E. in *Andrology. Male Reproductive Health and Dysfunction* 3rd edn (eds Nieschlag, E., Behre, H. M. & Nieschlag, S.) 87–92 (Springer-Verlag, Berlin, Germany, 2010).

⁶ Perlis, N., Lo, K. C., Grober, E. D., Spencer, L. & Jarvi, K. Coital frequency and infertility: which male factors predict less frequent coitus among infertile couples? *Fertil. Steril.* 100, 511–515 (2013)

⁷ Mehta, A. & Sigman, M. Management of the dry ejaculate: a systematic review of aspermia and retrograde ejaculation. *Fertil. Steril.* 104, 1074–1081 (2015).

⁸ Rowland, D. et al. Disorders of orgasm and ejaculation in men. *J. Sex. Med.* 7, 1668–1686 (2010)

⁹Lara, L. A. et al. Effect of infertility on the sexual function of couples: state of the art. *Recent Pat. Endocr. Metab. Immune Drug Discov.* 9, 46–53 (2015).

¹⁰Dooley M, Dineen T, Sarma K & Nolan A The psychological impact of infertility and fertility treatment on the male partner. *Hum Fertil (Camb)* 17, 203–209, (2014)

¹¹Bechoua, S., Hamamah, S. & Scalici, E. Male infertility: an obstacle to sexuality? *Andrology* 4, 395–403 (2016)

¹²Lotti, F. et al. Semen quality impairment is associated with sexual dysfunction according to its severity. *Hum. Reprod.* 31, 2668–2680 (2016).

¹³Berger, D. M. Impotence following the discovery of azoospermia. *Fertil. Steril.* 34, 154–156 (1980).

¹⁴Lotti, F. et al. Semen quality impairment is associated with sexual dysfunction according to its severity. *Hum. Reprod.* 31, 2668–2680 (2016).

Impacto en la sexualidad de la mujer y los tratamientos de fertilidad.

Dra. Silvia Ciarmatori

Índice

- En el consultorio...
- Infertilidad: cambios en la definición
- Espacio para evaluar la sexualidad en la consulta por infertilidad
- Relación entre infertilidad y sexualidad: ¿causa o efecto?
- La problemática de la infertilidad y su impacto en la sexualidad de la mujer
- Los estudios sobre infertilidad y sexualidad: dificultades para recoger la evidencia
- Herramientas utilizadas en la evaluación del problema

- Prevalencia de las disfunciones sexuales en las mujeres que consultan por infertilidad
- La frecuencia de las relaciones sexuales en las parejas infértiles: ¿se ve afectada?
- Sexualidad en el contexto de los tratamientos de reproducción asistida: el Síndrome Infer-to-Sexo
- Consejos prácticos sobre el asesoramiento para parejas que padecen infertilidad
- Bibliografía

En el consultorio...

Conocí a Magalí cuando tenía 24 años. Venía para un control ginecológico de rutina. Estaba en el último año de facultad y trabajaba. Magalí se auto-definió en esa primera consulta como una “mina” alegre, piola, trabajadora que le gustaba la vida y el sexo. No es muy frecuente que una paciente

le dé a su ginecólogo/a una definición tan detallada y precisa de su persona. La seguí viendo varios años para sus controles. Ella no tenía pareja estable porque, según describía, para su proyecto de vida prefería no estar atada. A los 32 años vino acompañada por Juan, a quien me presentó como su novio. Después de la presentación, Juan se retiró de la consulta y Magalí me contó que Juan había aparecido en su vida, era su verdadero amor y estaba dispuesta a formar una familia con él. Seis meses más tarde decidieron empezar a buscar embarazo. Cuando hablamos de la frecuencia óptima de relaciones, se rió y me dijo “no te preocupes, tenemos relaciones día por medio... Sabés como disfruto del sexo”. Medio año más tarde, regresó a la consulta muy amargada porque todavía no había novedades. Ella ya tenía 33 años; en la historia clínica de ambos no había ningún síntoma, signo o antecedente que hiciera sospechar algún problema reproductivo. Como

estaba muy ansiosa, dos meses antes de que se cumpliera un año de búsqueda, comencé con los estudios de evaluación de la pareja infértil. Magalí estaba esperanzada en que los estudios encontraran algún motivo que explicara el por qué la gestación tardaba tanto en llegar. Pero no... los resultados de los estudios estaban todos bien. Decidimos arrancar con algún intento de tratamiento de baja complejidad: estimulación ovárica e inseminación intrauterina. Recuerdo que, cuando estábamos programando el segundo ciclo de estimulación, le indiqué que debían mantener relaciones durante esos días para no llegar al día que tuviera que obtener la muestra de semen para la inseminación, y la abstinencia fuera muy prolongada. Muy triste, casi llorando, me contó que además del problema de infertilidad ahora tenía otra preocupación: no tenía ganas de tener relaciones, y cuando intentaba tenerlas se sentía desmotivada y le costaba mucho llegar al

orgasmo. Ella estaba completamente segura del amor que sentía por su pareja; además se sentía completamente acompañada por él. Sin embargo, cada vez que mantenía relaciones no podía sacarse de la cabeza la idea de fracasar y amargarse ante la llegada de la menstruación...

La historia de Magali es bastante típica entre las mujeres que consultan por infertilidad. Sin embargo (y lamentablemente), pocas veces es registrada cuando la paciente llega directamente a la consulta con el especialista en reproducción. A lo largo de este capítulo describiré la problemática de los “problemas sexuales inexplorados” durante la etapa de evaluación y tratamiento de los problemas reproductivos, los múltiples factores por los que la infertilidad puede afectar la sexualidad, las herramientas que se utilizan para explorar este tema, qué dice la evidencia, cuál es la calidad de esa evidencia y finalmente, algunos consejos prácticos.

Infertilidad: cambios en la definición

Hasta hace un par de décadas la infertilidad se definía como la imposibilidad de una pareja de lograr el embarazo después de un año de mantener relaciones sexuales sin método anticonceptivo, entendiendo que la frecuencia de relaciones sexuales necesarias para una gestación es la que suele mantener habitualmente una pareja que convive: dos a tres relaciones por semana. Sin embargo, los cambios sociales han obligado a redefinir a la infertilidad, o más bien, agregar en esta definición, a la incapacidad de una persona para reproducirse individualmente o con su pareja del mismo sexo. Aunque sería interesante evaluar si se ve afectada la sexualidad en estas últimas dos situaciones, en este capítulo nos limitaremos a evaluar la sexualidad en parejas heterosexuales, dado que son estas las que se ven afectadas por una incapacidad (la infertilidad) no obligada.

Espacio para evaluar la sexualidad en la consulta por infertilidad

En las últimas tres décadas, la medicina reproductiva ha tenido un desarrollo fenomenal. El mayor conocimiento del proceso reproductivo, la explosión de la genómica, el avance en los estudios diagnósticos, la accesibilidad a los estudios genéticos y la innovación en los tratamientos de reproducción asistida son algunos de los motivos por los cuales la consulta por infertilidad se ha vuelto extremadamente compleja y prolongada. Es un espacio en el que los pacientes intentan comprender -y están en todo su derecho- toda la complejidad del proceso reproductivo, el objetivo de los múltiples estudios diagnósticos, la implicancia de los hallazgos, cómo funcionan las técnicas de reproducción asistida y la multiplicidad de tratamientos adyuvantes. Los pacientes tienen acceso a todo tipo de información sobre

el tema, y buena parte del tiempo de la consulta se pasa cotejando la información que ellos conocen por las redes (muchas veces errada) o que recibieron en otras consultas, con la información que le da el profesional.

¿Qué espacio queda entonces para evaluar la sexualidad en la consulta por infertilidad?

Sin ánimo de exagerar, podríamos decir que nada..., o poco y nada. La falta de tiempo en la consulta es un motivo importante por el cual no se investiga habitualmente. Sin embargo, no es menor el hecho de que los reproductólogos tienen poco o ningún conocimiento de la sexualidad femenina. Por todo concepto, la única pregunta en la historia clínica que investiga de refilón la sexualidad de la pareja es: ¿cuántas relaciones mantienen por semana?

Así y todo, esta pregunta tan simple prende las alarmas cuando alguno de los miembros de la pareja contesta, de forma dubitativa, “Y... una o dos por mes...”

Aún las parejas que refieren una frecuencia habitual de una pareja que convive y está buscando un hijo (dos o tres relaciones por semana) nada dicen de la calidad de esas relaciones, de la satisfacción de los pacientes o de su deseo, o de la necesidad de mantener relaciones por obligación, y de todos los trastornos que la infertilidad puede provocar sobre la sexualidad. Y como no se pregunta, no se diagnostica, no se registra... Por su parte, para los pacientes es difícil manifestarlo si el profesional no genera un espacio que habilite la conversación sobre el tema o lo pregunte específicamente.

Relación entre infertilidad y sexualidad

En primer lugar, como todos sabemos, la sexualidad es un componente fundamental de la salud de la mujer, con un impacto notable en el bienestar general, la calidad de vida y la autoestima. La función sexual femenina es compleja y multidimensional, ya que resulta de la interacción de múltiples factores físicos, psicológicos, de la propia relación y socioculturales. En general, las mujeres tienen más probabilidades de presentar disfunción sexual en comparación con los hombres. Las investigaciones demostraron que la prevalencia de preocupaciones sexuales (por ejemplo, falta de interés en el sexo, dificultades para alcanzar el orgasmo, mala lubricación, dolor y baja satisfacción), es alta, aún entre mujeres que buscan atención ginecológica de rutina; sin embargo, también se sabe que a menudo no se informan a los médicos ni se manifiestan como un problema a solucionar.

La relación entre infertilidad y sexualidad es compleja. Esta relación es bidireccional, ya que la infertilidad puede ser causa o consecuencia de ciertos trastornos sexuales. A diferencia de los hombres, en la mujer la infertilidad como resultado de trastornos sexuales subyacentes se observa sólo en una minoría de los casos. De hecho, sólo la dispareunia y el vaginismo, como trastornos sexuales femeninos, pueden impedir el coito y, en consecuencia, la concepción espontánea.

Sin embargo, la falta involuntaria de hijos perjudica en sí misma el equilibrio sexual de la pareja en general y el funcionamiento sexual de la mujer en particular. La infertilidad puede predisponer, empeorar o mantener los trastornos sexuales, en uno o ambos miembros de la pareja. Y la evidencia muestra que en la mujer es más frecuente que la infertilidad preceda a la disfunción sexual y no a la inversa.

La problemática de la infertilidad y su impacto en la sexualidad de la mujer

¿El problema es la condición de no poder tener hijos, los estudios diagnósticos o los tratamientos de reproducción asistida? De manera resumida podríamos preguntarnos si lo que afecta la sexualidad es la condición involuntaria de no tener hijos o la medicalización para solucionar esa condición. Aunque no se lo preguntemos a los pacientes ni lo diagnostiquemos, existe sobrada evidencia que la infertilidad afecta a distintos ámbitos de la vida de la pareja y constituye un desafío esencial para su vida sexual. El manejo médico de la infertilidad como condición patológica, desde el diagnóstico a los tratamientos, puede afectar específicamente a todos los aspectos de la vida de la mujer infértil, lo que puede causar diversos trastornos emocionales y psicológicos, como depresión, ansiedad, desesperanza, culpa y senti-

mientos de inutilidad. Todo ello puede conducir a la disfunción sexual. Inclusive, el impacto puede preceder a la primera consulta médica. La mera sospecha de que algo puede estar pasando o algo esté impidiendo la llegada de los hijos tiene un impacto negativo en los sentimientos del individuo, tanto en el hombre como en la mujer, generando angustia y agobio. Es evidente, en muchas primeras consultas, la carga de ansiedad y las expectativas desmedidas frente a las posibilidades reales de lograr el éxito de un embarazo a través de un tratamiento de reproducción asistida.

Aunque este capítulo se enfoca en la problemática femenina, el problema va más allá de lo individual: ambos miembros de la pareja describen el período de diagnóstico y tratamiento de la infertilidad como el período más estresante de su vida. La capacidad de reproducción está estrechamente relacionada con la percepción de

la propia imagen, el respeto por uno mismo y la sexualidad. En el marco de la infertilidad, las relaciones sexuales pueden perder su espontaneidad y valor erótico porque el objetivo principal pasa a ser la concepción. Cuando el embarazo no se produce, las parejas infértiles piensan que las relaciones sexuales no son fructíferas y la motivación para llegar a las relaciones desaparece; muchas parejas olvidan progresivamente que las relaciones sexuales son también una parte fundamental de la vida en pareja. Esto puede afectar su intimidad y provocar determinadas disfunciones sexuales. Los trastornos sexuales causados por pruebas de diagnóstico y la terapia médica son comunes en parejas infértiles y se ha visto que las mujeres infértiles se ven afectadas con mayor frecuencia que los hombres infértiles. El tratamiento de la infertilidad dicta la frecuencia y el momento de las relaciones sexuales; el evento íntimo habitual se vuelve regulado, controlado y

las parejas muchas veces sienten que el equipo médico está simbólicamente presente también durante su acto más personal. Los problemas a menudo ocurren debido al impacto emocional del diagnóstico y la necesidad de tener relaciones sexuales obligadas según la prescripción médica como parte del tratamiento. A estos factores estresantes se suman a menudo los efectos negativos del tratamiento sobre el físico y la presión de familiares y amigos.

Los estudios sobre infertilidad y sexualidad: dificultades para recoger la evidencia

En los últimos años se han realizado numerosas investigaciones para evaluar el impacto de los problemas de infertilidad en la función sexual y la satisfacción sexual. Si bien la mayor parte de la

bibliografía concluye que existe un impacto negativo, los resultados no siempre son concluyentes. Una serie de factores contribuye a no poder comparar los resultados de las investigaciones realizadas.

En primer lugar, las diferentes costumbres y hábitos culturales generan dificultad para encuadrar la dimensión real del impacto psicológico y sexual de la infertilidad. En muchos entornos tradicionales, religiones y sociedades todavía se considera la infertilidad como un estigma. La cultura determina todos los comportamientos humanos, incluidos los sexuales: los modelos sociales juegan un papel importante en la determinación de conductas sobre la paternidad, la fertilidad y la sexualidad. El frágil equilibrio entre lo que el individuo necesita y lo que la sociedad considera normal puede ejercer un profundo impacto en el bienestar y el comportamiento sexual. Por tan-

to, es entendible que las diferencias culturales afecten de manera desigual el deseo sexual en un contexto de infertilidad, del mismo modo que influyan de diferente manera en la percepción de lo que cada pareja considera una disfunción sexual, en sus puntos de vista sobre la sexualidad y sus propios niveles de funcionamiento . En los países desarrollados, la decisión de tener hijos es totalmente voluntaria, pero en los países en desarrollo, tener hijos constituye un mandato social y la mujer es preparada para la crianza de los hijos desde la infancia. Por ello, es esperable que en esos ámbitos las consecuencias de la infertilidad excedan al impacto sobre la sexualidad y afecten directamente al componente psicosocial de la salud de las mujeres. En nuestra población, descendiente de un amplio abanico de corrientes migratorias, es posible observar todos esos escenarios. No menor es el dilema que plantean los tratamientos de reproducción asistida para

ciertas creencias socioculturales y religiosas. Las técnicas de reproducción asistida (TRA) pueden separar el acto sexual de la función reproductiva, que es el propósito dominante en algunas culturas y religiones, lo cual puede generar una situación de tensión a los individuos que deben realizar un tratamiento.

Desde el punto de vista metodológico, los estudios que evalúan esta problemática presentan numerosas limitaciones. Algunos estudios evalúan un número pequeño de pacientes; en otros, la pérdida de pacientes supera el 50 %, motivo por el cual es cuestionable el valor de los hallazgos. Otros estudios no cuentan con un grupo control de individuos fértiles y no todos los estudios utilizan las mismas herramientas para evaluar el impacto de la infertilidad en las cuestiones sexuales, lo cual hace difícil la comparación de los resultados. En general, las encuestas sobre sexualidad

se basan en entrevistas clínicas estandarizadas y cuestionarios que varían en los diferentes estudios y que no siempre están validados. La utilización de diferentes herramientas de evaluación es otro obstáculo importante para poder comparar los resultados. Detalle importante: la mayoría de los estudios fueron realizados en Turquía, Irán e India, países todos ellos con características culturales muy diferentes a Occidente y es cuestionable extrapolar esos resultados a nuestra población.

De todos modos, habiendo hecho esta salvedad, algunas conclusiones pueden extraerse sobre cómo la infertilidad puede afectar la función sexual en ambos miembros de la pareja infértil en cada paso de los protocolos, del diagnóstico al tratamiento y pueden provocar problemas en cada etapa de la respuesta sexual, es decir, desde el deseo hasta la excitación y el orgasmo.

Herramientas utilizadas en la evaluación del problema

Si bien para la evaluación de la disfunción sexual se han utilizado distintas herramientas, como se comentó previamente, mucho de los estudios han utilizado el “Índice de Función Sexual Femenina Estandarizado “ (FSFI, por su sigla en inglés Female Sexual Function Index). El FSFI es una encuesta de autoevaluación que evalúa 19 ítems para determinar la función sexual de la mujer y posibles alteraciones en diferentes dominios: deseo sexual, excitación, orgasmo, dolor y satisfacción. Los 19 ítems utilizan la escala Likert de cinco puntos, donde los puntos más altos indican una mejor función sexual. La FSFI se centra en la actividad sexual dentro de las últimas cuatro semanas. La puntuación varía de 0 a 36 [12]: 0-10 significa disfunción sexual grave, 11-16 significa disfunción sexual moderada, 17-25 significa dis-

función sexual leve y 26-30 significa ausencia de disfunción sexual.

Okelue E. Okobi publicó en 2021 un metanálisis de 9 estudios en los que se evaluaban estudios que comparaban los resultados del FSFI entre mujeres fértiles y mujeres infértiles. La media del FSFI en grupo de mujeres infértiles fue de 24,6, mientras que en grupo de mujeres fértiles fue de 27,7. Como se observa, en general, las mujeres fértiles obtuvieron una puntuación más alta en el FSFI (es decir menor disfunción sexual) que las mujeres infértiles; sin embargo, ambos grupos mostraron disfunciones sexuales. En el grupo de las mujeres fértiles, los trastornos fueron en general más leves. Según este metanálisis, las áreas más afectadas fueron la excitación, la lubricación y el orgasmo. A similares resultados arriba el metanálisis de Mendonca y col., quien registró un aumento de la disfunción sexual en las mujeres

infértiles, con mayores problemas en la lubricación, el orgasmo y la satisfacción.

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales V-(DSM V), para que la disfunción sexual sea considerada como tal, el diagnóstico se establece con persistencia de la sintomatología no menor a seis meses, y debe generar una preocupación para la mujer o interferir en su felicidad. La mayoría de los estudios no han hecho una segunda evaluación al menos 6 meses después de la primera.

Otro cuestionario utilizado en algunos de los estudios, el 'Fertility Problem Inventory' (FPI), evalúa la angustia relacionada con la fertilidad; si bien es mucho más amplio y no se limita exclusivamente a la evaluación de la esfera sexual, es muy interesante porque permite detectar cómo impactan en la sexualidad otras dimensiones de la persona

y la pareja. Se trata de un cuestionario validado multidimensional de 46 ítems (no está validado en el idioma español) que evalúa cinco dominios de la angustia relacionada con la infertilidad (más una puntuación a escala completa): preocupación social (por ejemplo: “Me molesta cuando me hacen preguntas sobre los niños”), preocupación sexual (por ejemplo, “durante el sexo, lo único que puedo pensar es en querer tener un hijo”), preocupación por las relaciones (por ejemplo, “mi pareja no entiende la forma en que el problema de fertilidad me afecta”), el rechazo al estilo de vida con hijos (por ejemplo, “A veces me pregunto seriamente si quiero tener un hijo”) y la necesidad de ser padres (por ejemplo, “El embarazo y el parto son los dos acontecimientos más importantes en una relación de pareja”). Las respuestas varían de 1 (“muy de acuerdo”) a 6 (“muy en desacuerdo”) y las puntuaciones más altas indican una mayor angustia.

Prevalencia de las disfunciones sexuales en las mujeres que consultan por infertilidad

Teniendo en cuenta lo descrito en el párrafo anterior, es difícil establecer cifras fidedignas sobre la prevalencia de los trastornos sexuales en las mujeres infértiles y, del mismo modo, establecer si existen diferencias significativas en relación a sus pares fértiles. Más aún, sería interesante identificar si algunos subgrupos de pacientes infértiles, en función de la edad, etiología de la infertilidad, antecedentes de embarazos previos a la infertilidad (infertilidad primaria vs secundaria) o de características sociodemográficas, tendrían más riesgo de experimentar disfunciones sexuales. ¿Qué dice la bibliografía?

Aunque la literatura disponible no sea totalmente concordante, en general se informa una ma-

yor proporción de disfunción sexual femenina en mujeres infértiles en comparación con mujeres sin infertilidad.

¿Cuánto mayor es esa prevalencia? En primer lugar, no es necesario aclarar que las mujeres en la población general también padecen disfunción sexual. La prevalencia de disfunciones sexuales femeninas se ha estimado durante muchos años en alrededor de un 40%, basándose en datos de la Encuesta Nacional de Salud y Vida Social, que examinó una cohorte de mujeres adultas estadounidenses en 1992. Tomando resultados de diferentes estudios podría establecerse que la prevalencia de disfunción sexual en las mujeres oscila entre el 25% hasta más del 75%. Esta amplia gama de prevalencia puede atribuirse a las diferentes herramientas utilizadas en la evaluación.

Si bien no hablan específicamente de prevalencia de disfunción sexual, en el metanálisis de Okelue E. Okobi¹⁰ y en el de Mendonca y colaboradores,¹¹ -citados previamente-, tanto las mujeres infértiles como las fértiles mostraron disfunciones sexuales; sin embargo, en el grupo de mujeres fértiles fue clasificado como un trastorno más leve.¹⁰ En estos metaanálisis, las mujeres infértiles presentaban mayor prevalencia de problemas en la lubricación, el orgasmo y la satisfacción.¹¹

En los 16 estudios sobre infertilidad y disfunciones sexuales incluidos en la revisión sistemática de Andrej Starc, la prevalencia de disfunciones sexuales en mujeres infértiles oscilaba entre 50 y 90%. Cabe resaltar que uno de los estudios (con un número pequeño de pacientes) no encontró diferencias significativas en la prevalencia de disfunciones sexuales en mujeres fértiles e infértiles: la prevalencia de algún tipo de disfunción se-

xual fue alta en ambos grupos (78,8% entre las mujeres infértiles en comparación con el 76,8% de las mujeres fértiles).

Interesantemente, Kukur Suna publicó un estudio donde se evaluó la prevalencia de la disfunción sexual según la etiología de la infertilidad. Así se reclutaron 142 mujeres infértiles, que se dividieron en tres grupos. El grupo A estuvo formado por 30 mujeres con diagnóstico de infertilidad de etiología femenina. El grupo B estaba formado por 31 mujeres, con infertilidad por factor masculino. El grupo C estuvo formado por 81 mujeres con infertilidad de causa desconocida. Los resultados demostraron que las mujeres con infertilidad de causa femenina (grupo A) tenían algún tipo de disfunción sexual menos frecuentemente (43,3%) que las mujeres del grupo con infertilidad de origen masculino (grupo B, 54,8%) y las de esterilidad sin causa aparente (grupo C, 51,9%)

Keskin y colaboradores encontraron una mayor prevalencia de disfunción sexual en mujeres con infertilidad secundaria (es decir, parejas que habían logrado embarazos previamente al diagnóstico de infertilidad). Sin embargo, otro estudio más reciente demostró que algunas causas de infertilidad de origen femenino se asocian a una altísima prevalencia de disfunción sexual comparado con otras etiologías. Así, la prevalencia de disfunción sexual femenina fue casi del 99% en mujeres con síndrome de ovario poliquístico, del 100% en aquellas con endometriosis y del 80% en aquellas con infertilidad por factor masculino. En comparación, en este mismo estudio, solo el 36% de las mujeres fértiles padecían disfunción sexual. En varios trabajos se ha descrito que las mujeres que padecen dolor pelviano crónico, como por ejemplo la endometriosis u otras afecciones ginecológicas, presentan una reducción significativa de la calidad de vida y de la satisfac-

ción sexual, que se traduce en una disminución de la frecuencia de las relaciones sexuales, vaginismo, aversión al sexo y reducción de la expresión de la sensualidad. Asimismo, la edad, el nivel de educación, la duración de la infertilidad y el antecedente de tratamientos de medicina reproductiva también pueden ser variables que afecten la sexualidad. Así, se ha observado que, mayor edad, mayor nivel educativo, mayor tiempo de infertilidad y mayor número de tratamientos de reproducción asistida se asocian, en general, con mayor riesgo de disfunción sexual.²⁰

Un aspecto poco estudiado todavía pero que es particularmente importante es determinar si las parejas en tratamientos con gametas donadas (óvulos o espermatozoides) sufren un impacto negativo adicional. Hay pocos estudios que hayan evaluado el papel que juega en la vida sexual la figura de la “tercera” persona, en parejas que

van a realizar donación de ovocitos o fertilización heteróloga (con semen de donante). Está descrito que las mujeres que esperan la donación de óvulos pueden experimentar discapacidades emocionales y sexuales. En un estudio estadounidense, un tercio de las mujeres que estaban en tratamiento de FIV con ovodonación estaban deprimidas y casi la mitad tenía riesgo de sufrir una disfunción sexual, al ser evaluadas con el FSFI.

La frecuencia de las relaciones sexuales en las parejas infértiles: ¿se ve afectada?

En primer lugar, se modifica la frecuencia del coito: dos tercios de las parejas infértiles afirman que su actividad sexual se ha visto perjudicada, mientras que un tercio menciona – al menos en una fase inicial – una intensificación. De hecho, algunas parejas tienden a tener encuentros se-

xuales más frecuentes durante la fase ovulatoria, para aumentar las posibilidades de concepción (“sexo por reloj”). En cambio, otras parejas siguen la tendencia opuesta: después de varios intentos fallidos, evitan tener relaciones sexuales incluso durante la fase ovulatoria para protegerse del enojo, la frustración y el sentimiento de culpa suscitados por la aparición de la menstruación.

Además de la frecuencia, también se ve afectada la calidad de las relaciones sexuales: la sexualidad pierde su valor recreativo y erótico y queda subordinada a la consecución del embarazo. Los pacientes infértiles muestran una fuerte preferencia por el coito, lo que demuestra que consideran el placer sexual como algo separado del coito reproductivo.³⁰ En una encuesta realizada a 174 mujeres que se embarcaban en terapia de infertilidad (principalmente estimulación hormonal), la pérdida de espontaneidad sexual ocupó

el segundo lugar entre los diez problemas más importantes, declarado hasta por el 30% de ellas. El problema más grave era la espera del resultado del tratamiento. Tener relaciones sexuales con fines reproductivos (crear bebés) puede causar estrés emocional severo en uno o en ambos miembros de la pareja y puede amenazar el equilibrio sexual de la pareja.

Sexualidad en el contexto de los tratamientos de reproducción asistida: el Síndrome Inferto-Sex

Teniendo en cuenta la estrecha relación entre infertilidad y sexualidad, tanto en el hombre como en la mujer, un grupo de autores ha propuesto la necesidad de contextualizar la sexualidad dentro de la pareja infértil sometida a tratamiento de reproducción asistida y enmarcarla en una

dimensión disfuncional más amplia, a la que conceptualizaron Inferto-Sex Syndrome, que podría traducirse como Síndrome de Infertilidad-Sexualidad o Síndrome de Infertilidad Sexo (SIS). (Fig. 1).

La utilidad de introducir un nuevo término taxonómico no es meramente conceptual, sino que transmite el mensaje de considerar la salud sexual junto con la reproductiva. Frecuentemente, la sexualidad y la fertilidad han sido y son consideradas dos campos diferentes y separados, el primero estudiado por los psicosexólogos y los médicos sexólogos; el segundo por los ginecólogos.

Según estos autores, después de una exhaustiva revisión de la literatura, encontraron que en gran medida, la intimidad y la sexualidad parecen específicamente perjudicadas por la intrusión de los tratamientos y las prescripciones médicas. El SIS pone en evidencia la estrecha relación que

existe entre los aspectos emocionales, psicológicos y sexuales, que no solo afectan la sexualidad de la pareja, sino que pueden llegar a perjudicar los propios resultados de las TRA.

La evidencia demuestra que la evaluación de la función sexual es necesaria en parejas sometidas a diagnóstico de infertilidad y TRA. Por este motivo, debería considerarse un programa centrado en la pareja para el manejo integrado de la disfunción psicológica y sexual en el contexto de los programas de las TRA.

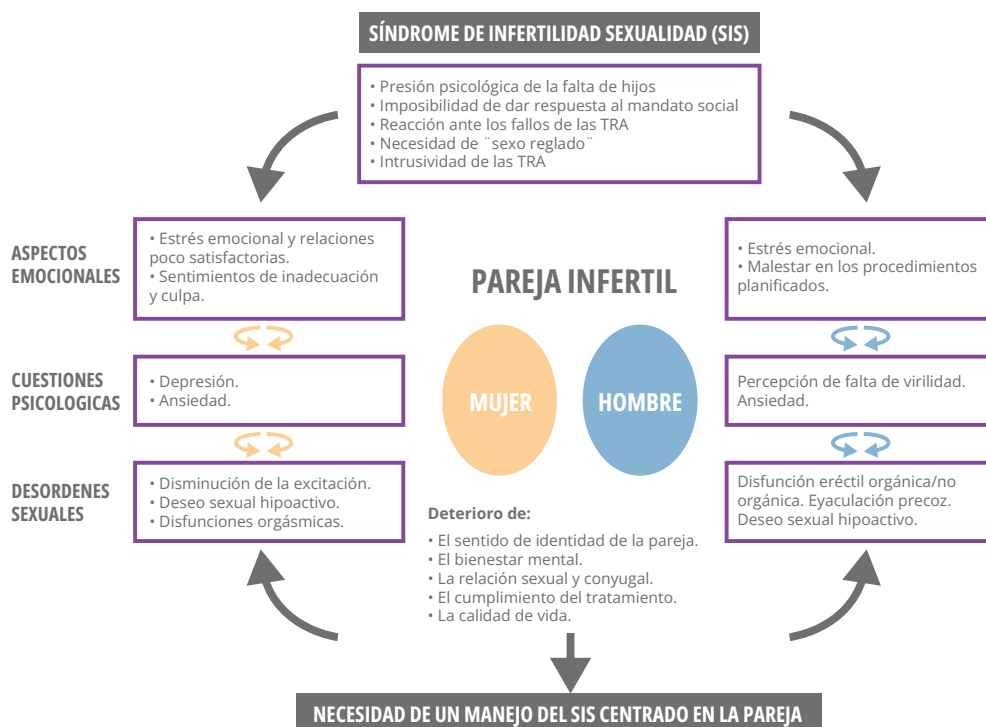


Figura 1. Síndrome de Infertilidad-sexualidad. En el gráfico se observa cómo el diagnóstico de la infertilidad afecta a la pareja en mayor o menor medida, como un todo, más allá de los aspectos meramente biológicos, impactando en las cuestiones emocionales, psicológicas y sexuales. La falta de hijos involuntaria suele coincidir con el fracaso del plan biológico de un individuo y favorece la percepción del propio cuerpo como enemigo, especialmente en la mujer. Como ambos miembros de la pareja se sienten menos atractivos, se inicia un círculo vicioso que perjudica la actividad sexual e incluso las posibilidades de concepción. Todo ello se traduce incluso en una potencial menor adherencia al tratamiento con impacto negativo directo sobre los resultados. Por ello, en la pareja en plan de recibir un tratamiento por infertilidad debe ser imprescindible un enfoque centrado en la pareja, sustentado en un equipo multidisciplinario para el manejo integral del SIS, que incluya los aspectos emocionales, psicológicos y sexuales de la pareja infértil. TRA: Técnicas de reproducción asistida (Adaptado de Luca G. The Inferto-Sex Syndrome (ISS): sexual dysfunction in fertility care setting and assisted reproduction)

Consejos prácticos sobre el asesoramiento para parejas que padecen infertilidad

Considerando lo descrito anteriormente, queda claro que este tema debería abordarse durante la consulta por infertilidad desde el principio, planteando preguntas impersonales como, por ejemplo: “Las parejas que consultan frecuentemente nos cuentan que, con los problemas de infertilidad, el placer sexual se ve afectado. ¿Han notado algún problema de este tipo?”.⁶ La generalización quita presión y habilita un espacio en la consulta para que la pareja se exprese con libertad o sin sentirse avergonzada. Del mismo modo, abordar el tema de esta manera puede preparar a la pareja para los trastornos sexuales que pueden llegar a ocurrir en el transcurso del tratamiento. También es muy importante que el o la profesional brinde información explícita sobre aspectos

básicos de la sexualidad, que la pareja no necesariamente debería conocer. Algunos de los puntos a abordar:

- Anticipar a la pareja que durante el proceso que va desde el diagnóstico de infertilidad al tratamiento de reproducción asistida es frecuente experimentar estrés, ansiedad y frustración, lo cual puede originar disfunciones sexuales. Cuando las parejas conocen y entienden que estas situaciones son “normales” y se presentan habitualmente, viven estos cambios con mayor naturalidad.
- Explicar que el impacto sobre la sexualidad es igualmente significativo en hombres y en mujeres, pero se manifiesta de maneras diferentes.
- Informar que los problemas de excitación sexual pueden estar relacionados con el estrés y, por lo tanto, no deben confundirse con la falta de atractivo (erótico) de la pareja.

- Alentar a la pareja a recurrir a la psicoterapia, a técnicas de meditación o a prácticas de relajación, como yoga o pilates, con el objetivo de disminuir los niveles de ansiedad.
- Anticipar que la autoestima sexual femenina puede afectarse al ver que su sexualidad no logra cumplir con la función reproductiva. La frustración de no tener la capacidad de ser madre y la ansiedad por buscar un embarazo puede dejar de lado el erotismo y el interés por el placer en el acto sexual. Si ambos miembros de la pareja se sienten menos atractivos, se inicia un círculo vicioso que perjudica la actividad sexual e incluso las posibilidades de concepción.³³
- Recordar que la sexualidad no se limita únicamente al acto sexual. La tensión entre el “sexo para tener bebés” y el “sexo por diversión” puede polarizar a la pareja y conducir al conflicto.⁶ Aún en las relaciones que la pareja mantenga con fines reproductivos, es importante no dejar

de lado el erotismo e incluir en estas relaciones caricias, diversión, creatividad y sorpresas, que faciliten el juego erótico.

- Informar que la presión individual y social por alcanzar el objetivo de la reproducción puede hacer que la relación sexual se vuelva una obligación y una fuente de conflicto. Es importante animar a la pareja a recuperar el lado lúdico, espontáneo e imaginativo de la sexualidad.
- Resaltar la importancia de la comunicación para disminuir el nivel de conflicto. El nivel de estrés que genera la situación de infertilidad puede llevar al distanciamiento y a la desconexión de la pareja, generando conflicto. La comunicación es clave para mejorar el vínculo afectivo.

El equipo médico debe estar atento a cuándo una pareja, o alguno de los miembros de la pareja, debe ser derivada a una terapia sexual o de pareja; e incluso, si esta terapia debe iniciarse antes del propio tratamiento reproductivo.

Una vez finalizado el tratamiento, especialmente si no se logró el embarazo, suele ser necesario revitalizar la vida sexual de la pareja. Es fundamental hacer recordar a la pareja cómo era su vida sexual antes del tratamiento de infertilidad y volver a estimularla, sobre todo mediante “experimentos” lúdicos. Esto puede incluir la introducción de nuevos elementos en la vida sexual de las parejas, por ejemplo, masajes sensuales, literatura erótica o películas sexuales. Otra opción es una cena romántica seguida de sexo en casa en cualquier habitación que se considere apropiada, excepto el dormitorio, lugar que la pareja aún puede asociar con el “fracaso”. También se ha propuesto trasladarse a un hotel cada tanto, para tener relaciones sexuales “sin distracciones”. Es importante advertir a la pareja que probablemente su vida sexual no volverá a ser satisfactoria como lo era antes de decidir que querían tener un hijo o de embarcarse en un tratamiento de infertilidad de manera inmediata.

Bibliografía

¹ Nusbaum MR, Gamble G, Skinner B, Heiman J. The high prevalence of sexual concerns among women seeking routine gynecological care. *J Fam Pract* 2000;49:229–232

² Damti OB, Sarid O, Sheiner E, Zilberstein T, Cwikel J. Stress and distress in infertility among women. *Harefuah* 2008;147: 256-260

³ Hasanpoor-Azghdy SB, Simbar M, Vedadhir A. The emotional-psychological consequences of infertility among infertile women seeking treatment: Results of a qualitative study. *Iran J Reprod Med* 2014; 12: 131.

⁴ Daniluk JC, Koert E, Breckon E. Sexuality and infertility. In: Biniuk YM, Hall KSK, eds. *Principles and Practice of Sex Therapy*. 5th edn. New York: The Guilford Press, 2014; p. 419-36.

⁵ Huyghe E, Bonal M, Daudin M, Droupy S. Sexual dysfunctions and infertility. *Prog Urol* 2013; 23: 745- 751

⁶ Wischmann T. Sexual disorders in infertile couples: an update. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2013; 25:220- 222

⁷ Rutstein SO, Shah IH () Infecundity, infertility, and childlessness in developing countries. *DHS Comparative Reports* 2004: 9: 13–50.

⁸ Vayena E, Peterson HB, Adamson D, Nygren KG. Assisted reproductive technologies in developing countries: are we caring yet? *Fertil Steril* 2009; 92: 413-416.

⁹ Rosen R, Brown C, Heiman J, Leiblum S, Meston C, Shabsigh R, Ferguson D, D'Agostino R Jr. *The Female Sexual Function*

Index (FSFI): A multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *J Sex Marital Ther* 2000;26:191–208.

¹⁰ Okobi OE. A Systemic Review on the Association Between Infertility and Sexual Dysfunction Among Women Utilizing Female Sexual Function Index as a Measuring Tool. *Cureus*. 2021;13(6):e16006.

¹¹ Mendonça CR, Arruda JT, Noll M, Campoli PMO, Amaral WND. Sexual dysfunction in infertile women: A systematic review and meta-analysis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2017;215:153-163.

¹² Latif EZ, Diamond MP. Arriving at the diagnosis of female sexual dysfunction. *Fertil Steril*. 2013;100(4):898-904.

¹³ Donarelli Z, Gullo S, Lo Coco G, Marino A, Scaglione P, Volpes A, Allegra A. Assessing infertility-related stress: the factor structure of the Fertility Problem Inventory in Italian couples undergoing infertility treatment. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2015;36:58–65.

¹⁴ Gabr AA, Omran EF, Abdallah AA, Kotb MM, Farid EZ, Dieb AS, Belal DS. Prevalence of sexual dysfunction in infertile versus fertile couples. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2017;217:38–43.

¹⁵ Mirblouk F, Asgharnia DM, Solimani R, Fakor F, Salamat F, Mansoori S. Comparison of sexual dysfunction in women with infertility and without infertility referred to Al-Zahra Hospital in 2013–2014. *Int J Reprod Biomed (Yazd)* 2016;14:117–124

¹⁶ Laumann EO, Paik A, Rosen R: Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors . *JAMA*. 1999, 281:537-44

- ¹⁷ Grover S, Shouan A. Assessment Scales for Sexual Disorders—A Review. *Journal of Psychosexual Health*. 2020;2(2):121-138.
- ¹⁸ Starc A, Trampuš M, Pavan Jukić D, Rotim C, Jukić T, Polona Mivšek A. Infertility and sexual dysfunctions: a systematic literature review. *Acta Clin Croat*. 2019;58(3):508-515.
- ¹⁹ Kucur Suna K, Ilay G, Aysenur A, Kerem Han G, Eda Ulku U, Pasa U, Fatma C. Effects of infertility etiology and depression on female sexual function. *J Sex Marital Ther*. 2016;42(1): 27-35.
- ²⁰ Keskin U, Coksuer H, Gungor S, Ercan CM, Karasahin KE, Baser I. Differences in prevalence of sexual dysfunction between primary and secondary infertile women. *Fertil Steril* 2011;96: 1213–1217
- ²¹ Ashrafi, M., Jahangiri, N., Jahanian Sadatmahalleh, S. et al. Does prevalence of sexual dysfunction differ among the most common causes of infertility? A cross-sectional study. *BMC Women's Health* 2022;22:140-6
- ²² Verit FF, Verit A, Yeni E. The prevalence of sexual dysfunction and associated risk factors in women with chronic pelvic pain: a cross-sectional study. *Arch Gynecol Obstet*. 2006;274(5):297–302.
- ²³ Tripoli TM, Sato H, Sartori MG, de Araujo FF, Girão MJ, Schor E. Evaluation of quality of life and sexual satisfaction in women suffering from chronic pelvic pain with or without endometriosis. *J Sex Med* 2011; 8(2):497–503.
- ²⁴ Oskay U, Beji N, Serdaroglu H. The issue of infertility and sexual function in Turkish women. *Sex Disabil* 2010;28:71–79.
- ²⁵ Iris A, Aydogan Kirmizi D, Taner CE. Effects of infertility and

infertility duration on female sexual functions. Arch Gynecol Obstet 2013; 287:809–812.

²⁶ Davari Tanha F, Mohseni M, Ghajarzadeh M. Sexual function in women with primary and secondary infertility in comparison with controls. Int J Impot Res 2014;26:132–134.

²⁷ Bokaie M, Simbar M, Yassini Ardekani SM. Sexual behavior of infertile women: a qualitative study. Iran J Reprod Med. 2015 Oct;13(10):645-56.

²⁸ Carter J, Applegarth L, Josephs L, Grill E, Baser RE, Rosenwaks Z. A cross-sectional cohort study of infertile women awaiting oocyte donation: the emotional, sexual, and quality-of-life impact. Fertil Steril 2011;95:711-6.

²⁹ Khademi A , Alleyassin A , Amini M , Ghaemi M . Evaluation of sexual dysfunction prevalence in infertile couples . J Sex Med 2008 ; 5 : 1402 – 10.

³⁰ Quattrini F, Ciccarone M, Tatoni F, Vittori G. Psychological and sexological assessment of the infertile couple. Sexologies 2010; 19 : 15–9.

³¹ Coëffin-Driol C , Giami A. L'impact del' infertilité et de ses traitements sur la vie sexuelle et la relation de couple: Revue de la littérature. Gynécol Obstét Fertil 2004 ; 32 : 624 – 37

³² Collier F. When a couple wants a baby: What are the consequences on their sexuality? Sexologies 2010 ; 19 : 143 – 6.

³³ Piva I, Lo Monte G, Graziano A, Marci R. A literature review on the relationship between infertility and sexual dysfunction: does fun end with baby making? Eur J Contracept Reprod Health Care. 2014 Aug;19(4):231-7.

³⁴ Benyamini Y, Gozlan M, Kokia E. Variability in the difficulties

experienced by women undergoing infertility treatments. *Fertil Steril* 2005;83:275–83.

³⁵Diamond R, Kezur D, Meyers M, Scharf CN, Weinshel M. *Couple therapy for infertility*. New York, London: The Guildford Press; 1999.

Climaterio y sexualidad.

Dra. Rita Caro

La menopausia es el cese permanente de las menstruaciones, determinado en forma retrospectiva después de doce meses de amenorrea, mientras que el climaterio incluye el período previo y el posterior a la menopausia. El climaterio tiene varias fases, según el esquema de Straw¹ y es la etapa más extensa en la vida de la mujer.²

Aunque se trata de un proceso natural y fisiológico, en los últimos años se lo ha descrito como un problema de salud en los países occidentales. Este periodo se caracteriza por la aparición de una serie de estereotipos de género definidos como “ideas preconcebidas sobre las formas que tienen de comportarse y de sentir hombres y mujeres por el mero hecho del sexo biológico”. Estos estereoti-

pos están contruidos de forma social y se transmiten generacionalmente, por lo que afectan a las actitudes y conductas de las personas.³

Podemos observar también diferencias en cuanto a la concepción de la menopausia entre la visión biomédica y la visión antropológica. Según la biomedicina, la menopausia es un proceso patológico, una enfermedad deficitaria y un factor de riesgo para contraer enfermedades crónicas cardiovasculares u osteoporosis, que implica un creciente proceso de medicalización. Por lo contrario, la antropología considera la menopausia como un proceso construido culturalmente según el contexto histórico y social.⁴

¿Hay relación entre la menopausia y el deseo sexual?

Si bien no todas las mujeres experimentan cambios durante el climaterio, el pico de prevalencia de disfunciones sexuales se atribuye a esta etapa vital. Con respecto al estereotipo cultural de la sexualidad, cabe mencionar que los agentes sociales tienden a reforzar la idea de que el goce es un privilegio de las personas jóvenes y bellas. Por lo tanto, es posible que los individuos cuya autovaloración a lo largo de su vida haya dependido principalmente de su aspecto y atractivo, se sientan infravalorados en esta etapa. Se deberán mantener actitudes positivas hacia este grupo de personas, ratificando el envejecimiento como un proceso natural, que no necesariamente se acompaña de un detrimento físico y/o social inexorable. Otras barreras expuestas se encuentran conectadas por la construcción social del pa-

triarcado, que impone una heteronormatividad y una brecha amplia en la desventaja de género. Es necesario que la formación de los profesionales de la salud sobre este tema esté atravesada por la perspectiva de género.⁵

La sexualidad está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales.

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), la disfunción sexual femenina comprende las diversas formas en las que la mujer no puede participar en una relación sexual como ella lo desea.⁶

La menopausia puede influir en la salud sexual de las mujeres, pero esta relación es compleja y puede variar considerablemente de una persona a otra. La menopausia conlleva cambios hor-

monales y físicos que pueden afectar la libido o el deseo sexual de las mujeres. También puede ocasionar cambios emocionales , psicológicos e influencia de factores individuales.

Cambios hormonales y síntomas físicos

La disminución y el posterior cese de la actividad folicular ovárica da lugar a hipoestrogenemia, que impacta en todos los sistemas donde existan receptores estrogénicos: cerebro, glándulas mamarias y por supuesto el tracto urogenital inferior.

Entonces ,la sexualidad en la mujer se ve principalmente afectada, lo que podría deberse en gran parte a los cambios fisiológicos, anatómicos y psicosociales que ocurren en este período.

El déficit de estrógenos condiciona la posible aparición de diversos signos y síntomas del área genital, urinaria y sexual, que con el correr del tiempo son experimentados con diferente intensidad según cada mujer. En el mediano plazo comienzan algunos cambios en la musculatura, la piel y el aparato génito-urinario, entre los que se incluye la atrofia de estos tejidos y la consecuente aparición de síntomas vulvo-vaginales.⁷

Sin este estímulo hormonal los tejidos estrógeno-dependientes sufren una regresión por atrofia, pierden elasticidad, son más rígidos, finos y con menor resistencia a la fricción.

La vagina se estrecha por menor irrigación, se ve más palida, con cambios celulares y aparecen capas más profundas, y menor producción de glucógeno que conlleva cambios en el PH.

Se altera la microbiota, favoreciendo el desarrollo de gérmenes patógenos.

Todos estos cambios hacen que se produzcan lesiones, responsables del dolor e imposibilidad de mantener relaciones sexuales.

La uretra y la vejiga también sufren cambios, y pueden aparecer molestias tales como: aumento de la frecuencia miccional, incontinencia urinaria por déficit del cierre uretral, nicturia, retardo y hasta ardor durante la micción.

Esto, sumado al deterioro de los sistemas de sostén, donde hay receptores estrogénicos, y al cambio anatómico del piso pelviano, intensifica todas estas dificultades.

En cuanto a los genitales externos, sufren cambios asociados a las modificaciones de la piel y los anexos.

La pérdida del vello del monte de venus y de la grasa subcutánea de los labios mayores, sumada a la retracción y atrofia clitorideana, impacta fuertemente en la autoestima y respuesta sexual.

El adelgazamiento de la piel, su menor irrigación, al igual que la disminución de las terminaciones nerviosas sensoriales, provoca que vulva y vagina sean más susceptibles a lesiones por fricción, descamación e irritación, en forma reiterada, llevando a una vulvovaginitis crónica.

Las modificaciones de la piel, mucosas y anatómicas del aparato urinario y genital, tendrán como consecuencia un enlentecimiento en la estimulación del clítoris, y un espasmo muscular más débil durante el orgasmo.

La falta de secreción y por ende lubricación serán las responsables del dolor durante la penetración

y los cambios en el PH producirán sensación de ardor por el eyaculado.

De los cambios en el sistema genitourinario, la atrofia genital es la gran responsable del dolor durante la penetración (Dispareunia).⁸

Elementos biológicos y psíquicos involucrados en el funcionamiento sexual

La respuesta sexual es un proceso que involucra áreas de la esfera psíquica y diversas funciones fisiológicas, motivo por el cual las causas de su disfunción son diversas y se pueden superponer. El funcionamiento sexual normal está coordinado por los sistemas neurológico, vascular y endócrino e influido por los factores biológicos, las creencias religiosas, el estado de salud, las experiencias personales, el origen étnico y las condicio-

nes sociodemográficas . Los neurotransmisores juegan un papel importante. Para un funcionamiento apropiado, se requiere un delicado equilibrio de dopamina para el deseo, y de epinefrina, norepinefrina y serotonina para la excitación y el orgasmo. Los trastornos y los medicamentos que alteran estos elementos pueden llevar a la disfunción sexual femenina, al igual que el déficit hormonal, que puede ser otro factor involucrado en su fisiopatogenia.⁹

Principales síndromes de disfunción sexual femenina durante el climaterio

Según la clasificación del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales en su quinta edición (DSM-V®), por sus iniciales en inglés) existen tres grandes síndromes de disfunción sexual femenina vinculados a la menopausia: el trastor-

no del interés o la excitación sexual, el trastorno orgásmico y el trastorno por penetración o dolor génito-pélvico.

En estos síndromes la dispareunia es el síntoma prevalente, provocando consecuentemente el trastorno del interés y el trastorno orgásmico.

La disfunción sexual es el resultado de una respuesta sexual anormal, lo que ocurre con una prevalencia entre el 25 % y 43% en mujeres durante el climaterio.¹⁰

Para cumplir con la definición de trastorno propuesta por el DSM V , es necesario que el problema sexual sea recurrente o persistente y cause angustia personal o dificultad interpersonal, que tenga una duración de al menos seis meses , que impida tener relaciones sexuales de forma normal y placentera, afectando la calidad de vida.

Y que no pueda explicarse por un diagnóstico diferente, como por ejemplo, depresión.¹¹

La encuesta EMPOWER realizada en Estados Unidos en un universo de 1858 mujeres en la posmenopausia documentó que 81 % de ellas no sabía que la atrofia vulvo-vaginal puede recibir tratamiento¹², mientras que el estudio VIVA-LATAM realizado con mujeres de cinco países de Latinoamérica (entre ellas, 500 participantes de Argentina) documentó que la prevalencia de este problema es del 57 %, con niveles de desconocimiento similares.¹³

¿Hablamos de salud sexual en la consulta?

Sobre las vivencias de la sexualidad de los adultos mayores se encontró coincidencia en que la esfera sexual no suele ser indagada por los médicos

en este grupo etario. Además de percibir barreras socioculturales que influyen en su predisposición individual para conversar sobre la sexualidad en diversos ámbitos, los adultos mayores interpretan que el pudor o el decoro de los profesionales constituye una de las barreras para su abordaje en la consulta.¹⁴

Pese a estos datos y a la evidencia de que existen intervenciones para mejorar la calidad de vida de estas personas, el problema no suele ser consultado espontáneamente por las pacientes ni explorado por la comunidad médica, salvo que se trate del tema explícito de consulta.

Sólo el 34 % pregunta sobre problemas vinculados a la sexualidad de sus pacientes, lo que condiciona a que estos sean abordados de forma casi exclusiva cuando son explicitados como claros motivos de consulta.¹⁵

El mito a considerar es el siguiente: “con la edad se pierde el apetito sexual”. Actualmente se ha probado que la duración de la fase orgásmica en mujeres entre 50 a 75 años sufre un declive paulatino de poca importancia. En este grupo entre un 50 y 85% percibe un deterioro tanto físico (atrofia vaginal, dispareunia y anorgasmia) como psicológico¹⁵; asimismo, juega un papel importante la influencia social, histórica, religiosa y personal (falta de autoestima y cambios propios de la edad), volviéndose todo un obstáculo en las relaciones sexuales. Sólo una de cada cuatro mujeres consultará a su médico por estos síntomas.¹⁶

Del 67% de mujeres que afirman tener relaciones sexuales, 20% refieren que no son placenteras y 30% dicen tener relaciones sexuales con poca frecuencia, lo que parece tener relación directa con la lubricación vaginal.¹⁷

Se menciona que cerca de un 66% de las mujeres presenta disfunción sexual después de la menopausia, dato en consonancia con el hecho de que el 67% de mujeres afirma tener algún tipo de dificultad en sus relaciones sexuales.¹⁸

Comprender las lógicas de la interacción entre las pacientes y los profesionales que les brindan atención sanitaria, implica considerar que en estas consultas se ponen en juego asuntos relativos a la sexualidad —de las pacientes y de los profesionales—, y que, por lo tanto, deben ser analizadas en el contexto de las determinaciones sociales, políticas y culturales de los cuerpos y las sexualidades, teniendo en cuenta las relaciones de género.¹⁹

Estas relaciones entre las pacientes y los profesionales de la salud se producen en un contexto de relaciones macrosociales particulares, que in-

cluyen la idea de una sociedad heteronormativa, donde se supone que las pacientes son mujeres cis y los médicos varones, hombres cis. De esta manera, se podría suponer que existe un conflicto erótico-sexual implícito en toda consulta ginecológica entre profesionales de diferente género.

¿Tenemos buena formación profesional?

La respuesta es negativa. La formación académica de grado y posgrado es deficiente en sexología clínica . Durante las encuestas los profesionales manifestaron que la capacitación en sexología clínica fue muy escasa durante su formación de grado y también durante su residencia médica (medicina familiar, clínica médica y tocoginecología). En todos los casos la formación solo estuvo referida a un número limitado de patologías.

Si bien el sentido común sugeriría que, al especializarse en los órganos genitales o reproductivos femeninos, la carrera de especialista en tocoginecología garantizaría algún tipo de formación, los profesionales entrevistados de esa especialidad negaron haberla recibido, al igual que los clínicos y los médicos de familia.¹⁹

¿Hay solución ?

Ante cualquier preocupación relacionada con el deseo sexual durante la menopausia es importante intervenir de manera abierta y comunicativa. Así se podrán identificar estrategias personalizadas para aliviar los síntomas y ayudar a mejorar la salud sexual y el bienestar durante esta etapa de la vida.

El climaterio representa el proceso de envejeci-

miento fisiológico del aparato reproductor femenino. La larga vida estimada para la población confirma una incidencia elevada en el número de mujeres, debiendo ser ampliada la atención para las que están en el climaterio y en la tercera edad. Así, el climaterio pasa a ser un desafío para las autoridades ya que en lo que se refiere a las mujeres, con la prevención adecuada de las lesiones de esta etapa mejoraría la calidad y expectativa de vida. Por tal motivo, es necesario comprender los cambios en esta etapa de la vida de la mujer, de manera de propiciar las mejores estrategias de prevención y tratamiento de las manifestaciones clínicas para este grupo de personas. Es esencial abordar estos problemas con un enfoque multidimensional que incluya cambios en el estilo de vida, terapia hormonal local, terapia hormonal de la menopausia (THM), lubricantes vaginales, terapias regenerativas y, en algunos casos, terapia sexual. Realizar actividad física, suprimir hábitos

tóxicos, controlar la obesidad, evitar la hipertensión arterial, controlar el colesterol y los distintos factores de riesgo.

Es relevante conocer todos estos cambios, no para ser un simple observador o escucha de esta situación, sino para poder intervenir oportunamente, con la terapéutica adecuada, evitando así alcanzar estados avanzados, de más difícil solución.

Conclusiones

Si bien las disfunciones sexuales no cumplen con todos los criterios de tamizaje de Frame y Carlson.²⁰ para ameritar su pesquisa en forma sistemática, dado su impacto en la calidad de vida, su elevada prevalencia, su fácil diagnóstico y la existencia de herramientas terapéuticas que podrían aliviarlas, deberían estar más disponibles

en nuestro pensamiento y en nuestras hipótesis diagnósticas como médicos de atención primaria.

Cada mujer atravesará esta etapa de la vida de modo diferente, teniendo en cuenta cómo ha sido su vida sexual, la situación y el entorno actual, si tiene o no pareja, etc.

La sexualidad no siempre se ve alterada durante el climaterio.²¹

La disfunción sexual ocurre tanto en mujeres perimenopáusicas como en mujeres postmenopáusicas, con una frecuencia de 42% y 88%, respectivamente. Los cambios anatómicos, hormonales, psicológicos, sociales y culturales producen un declive en la sexualidad de la mujer, lo que provoca mayor impacto en las manifestaciones somáticas del climaterio. Los principales cambios hormonales propios de este período son el decli-

ve de estrógenos y andrógenos, que contribuye directamente a la disfunción sexual, debida principalmente a la disminución de la libido y cambios físicos en los órganos sexuales que predisponen a traumas , infecciones , sangrados. La adaptación a estos cambios varía según el individuo. En la mayor parte de los casos provoca rechazo a la actividad sexual, que se torna desapacible, así como los cambios corporales, dificultades de pareja y familiares , exceso de trabajo o no tener una pareja estable. La sexualidad, en este período y en la vejez, es un tema de vital importancia. En este sentido debe considerarse la disfunción sexual como un problema de salud pública, que desencadena sentimientos de baja autoestima, desapego y frustración, lo que produce repercusiones sobre la calidad de vida. Por lo tanto no es un tema que se deba tomar a la ligera y más bien se debe estudiar a fondo y con especial detalle.

Bibliografía

¹ STRAW. Climacteric 2012;15:105–14

² Torres-Jiménez AP, Torres-Rincón JM. Climaterio y menopausia. Rev Fac Med (Méx) [online]. 2018;61(2):51–58. Available from: <https://www.scielo.org.mx/pdf/facmed/v61n2/2448-4865-facmed-61-02-51.pdf>.

³ Botello, A., & Casado, R. (2016). Estereotipos de género con respecto a las etapas reproductivas de las mujeres y sus implicaciones en la salud. *Matronas Prof*, 17(4), 130-136.

⁴ Fitte, A.L. (2011). El ciclo de vida femenino en el saber biomédico: construyendo corporalidades para las mujeres de mediana edad. *Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad*, 3 (7), 1852–8759.

⁵ Barreras y facilitadores de los médicos de atención primaria para abordar las consultas vinculadas a la sexualidad de pacientes durante el climaterio Nicole Crimera , Vilda Discacciatia,b, c , Sergio Adrián Terrasa

⁶ La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2018. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274656/9789243512884-spa.pdf>

⁷ Anglès Acedo, S., & Castelo-Branco Flores, C. (2021). ¿Hablamos de sexo cuando acudimos a la visita ginecológica?. *The Conversation*, 2021.

⁸ Merchan Cevallos Crisan Heriberto OUBL. Alteraciones de la función sexual en mujeres en la perimenopausia que acuden a la consulta externa de ginecología en el Hospital Enrique

Garces.2015.

⁹ American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Practice Bulletins—Gynecology. Female Sexual Dysfunction: ACOG Practice Bulletin Clinical Management Guidelines for Obstetrician-Gynecologists, Number 213. *Obstet Gynecol.* 2019;134(1):e1–e18.

¹⁰ Izquierdo MS, García EH. Climaterio y sexualidad. *Enfermería Glob* [Internet]. 2015;14(4):76. Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/arcle/view/214871>.

¹¹ American Psychiatric Association. DSM-V. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales: DSM-V®; 2014

¹² Kingsberg SA, Krychman M, Graham S, et al. The Women's EMPOWER Survey: Identifying Women's Perceptions on Vulvar and Vaginal Atrophy and Its Treatment. *J Sex Med.* 2017;14(3):413–424

¹³ Nappi RE, De Melo NR, Martino M, et al. Vaginal Health: Insights, Views & Attitudes (VIVA-LATAM): Results from a Survey in Latin America. *Climacteric.* 2018;21(4):397–403.

¹⁴ Ghidara E, Antacle A, Erbetta F, et al. Mientras haya vida, hay todo: una mirada en la sexualidad del adulto mayor. *Evid Actual Pract Ambul.* 2019;22(1):e001105

¹⁵ Blümel JE, Arara H, Riquelme R, et al. Prevalencia de Los Trastornos de La Sexualidad En Mujeres Climatéricas: Influencia de La Menopausia Y de La Terapia de Reemplazo Hormonal. *Rev Méd Chile.* 2002;130(10):1131–1169.

¹⁶ Coelho G, Frange C, Siegler M, Andersen ML, Tufik S, Hachul H. Menopause Transition Symptom Clusters: Sleep Disturbances and Sexual Dysfunction. *J Women's Heal* [Internet].

2015;24 (11) : 958 9.

¹⁷ M Sánchez Izquierdo · 2015 <https://scielo.isciii.es> › pdf › clínica 4

¹⁸ R,RomyJofré,KaaSáezC.MCa.Characterización del deseo sexual en mujeres climatéricas de un centro de salud rural. Rev-ChilObstetyGinecol.2017;82(5):515 25.

¹⁹ Brown JL, Pecheny MM, Gattoni MS, et al. Género, cuerpo y sexualidad en la atención ginecológica. *Ártemis*. 2013;15(1):135–148. Available from: https://notablesdelaciencia.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/4533/CONICET_Digital_Nro.4992_A.pdf?sequence=2&isAllowed=y

²⁰ Frame PS, Carlson SJ. A critical review of periodic health screening using specific screening criteria. Part 1: Selected diseases of respiratory, cardiovascular, and central nervous systems. *J Fam Pract*. 1975;2(1):29–36.

²¹ Antonio, L., & Delgado, S. (2023, April). Influencia del climaterio sobre la sexualidad femenina. In I jornada científica de profesores.

Impacto de los tratamientos hormonales en la sexualidad de la mujer.

Dr. Pablo Carpintero

La sexualidad femenina es un fenómeno complejo y multifacético que abarca elementos biológicos, psicológicos, sociales y culturales.

A lo largo de la vida, las mujeres experimentan múltiples cambios hormonales que afectan su sexualidad y bienestar general. Estos cambios comienzan en la menarca, atraviesan la edad reproductiva y culminan en el climaterio y la menopausia.¹

Durante cada etapa, la función sexual se ve modulada por fluctuaciones hormonales que influyen en el deseo, la excitación, la lubricación, el orgasmo y la satisfacción. Por tanto, cualquier in-

tervención hormonal, ya sea para regular el ciclo menstrual, prevenir el embarazo o aliviar los síntomas de la menopausia, puede tener un impacto significativo en la sexualidad femenina.

El uso de tratamientos hormonales en mujeres incluye principalmente los anticonceptivos hormonales y la Terapia Hormonal de la Menopausia (THM).²

Los anticonceptivos hormonales que combinan estrógenos y progestágenos son ampliamente utilizados para la regulación del ciclo menstrual y la planificación familiar. Aunque ofrecen beneficios, como la reducción del riesgo de ciertas enfermedades y la regularidad del ciclo, su influencia sobre la función sexual es variable. Algunas mujeres experimentan una disminución del deseo sexual, efectos adversos en el estado de ánimo o cambios en la lubricación vaginal, mientras que otras reportan estabilidad o mejoras en su bienestar sexual.

Por otro lado, la THM está dirigida principalmente a mujeres en la perimenopausia y postmenopausia. El descenso de los niveles de estrógenos y andrógenos durante esta etapa puede causar síntomas físicos y emocionales, como sofocos, sequedad vaginal, dispareunia y disminución del deseo sexual.³

La THM tiene como objetivo mitigar estos síntomas, mejorando la calidad de vida y la función sexual de las mujeres. Sin embargo, su eficacia y seguridad han sido objeto de debate debido a los riesgos asociados, como el cáncer de mama y enfermedades cardiovasculares, y su impacto en la función sexual varía según la formulación, la dosis y la respuesta individual de cada mujer.

La relación entre los tratamientos hormonales y la función sexual femenina es compleja y debe evaluarse desde una perspectiva integral que considere no solo los aspectos biológicos, sino también el contexto psicosocial. Factores como

la relación de pareja, el autoestima, la percepción de la imagen corporal y las expectativas culturales desempeñan un papel fundamental en la experiencia sexual.³

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud sexual como “un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad” y subraya que no se trata únicamente de la ausencia de enfermedad o disfunción. Por tanto, el manejo de los tratamientos hormonales debe ser personalizado e integral y contemplar la diversidad de experiencias y necesidades de cada mujer.⁴

En resumen, el impacto de los tratamientos hormonales en la respuesta sexual femenina representa un desafío clínico y social que requiere un abordaje multidisciplinario. La investigación sobre sus efectos continúa evolucionando, y su manejo clínico debe ser adaptado a cada mujer, considerando su historia médica, contexto social y necesidades individuales.

Es fundamental tener en cuenta que la sexualidad femenina es mucho más que un proceso biológico; es un reflejo de la interacción de múltiples dimensiones que deben ser valoradas y respetadas en el contexto de los tratamientos hormonales.

Mecanismos endócrinos y neurobiológicos en la función sexual femenina

La función sexual femenina está regulada por una compleja interacción de factores endocrinos y neurobiológicos que influyen en múltiples aspectos de la sexualidad, incluyendo el deseo, la excitación, la lubricación y el orgasmo. Los tratamientos hormonales, ya sea con fines anticonceptivos o como parte de la Terapia Hormonal de la Menopausia (THM) en mujeres perimenopáusicas, pueden alterar significativamente estos mecanismos. Comprender cómo las hormonas y los neurotransmisores interactúan en el sistema nervioso central y periférico es clave para entender el impacto de estas intervenciones en la sexualidad femenina. ²

1. **Papel de los estrógenos en la función sexual**

Los estrógenos desempeñan un papel fundamental en la regulación de la función sexual femenina, actuando tanto en el sistema nervioso central como en el sistema periférico. En el cerebro, los estrógenos modulan áreas clave relacionadas con el deseo y la motivación sexual, como el hipotálamo y el sistema límbico. La disminución de los niveles de estrógenos durante la menopausia puede afectar negativamente estas áreas, reduciendo el deseo y la excitación. Además, los estrógenos mejoran la vascularización y la elasticidad de los tejidos vaginales, promoviendo una respuesta sexual más saludable. La administración de estrógenos como parte de la THM puede restaurar estos efectos, mejorando la función sexual en muchas mujeres.⁵

2. **Influencia de la testosterona**

Aunque la testosterona está presente en niveles más bajos en las mujeres en comparación con los hombres, desempeña un papel crucial

en el deseo y la excitación sexual femenina. La testosterona actúa sobre receptores en el cerebro y en el sistema genital, aumentando el deseo y mejorando la respuesta sexual. La deficiencia de testosterona puede estar asociada con un deseo sexual hipoactivo, especialmente en mujeres postmenopáusicas. La administración de testosterona en estas mujeres, cuando está indicada, puede ser efectiva para mejorar el deseo y la satisfacción sexual, aunque debe ser cuidadosamente monitoreada para evitar efectos adversos y mantener los niveles dentro de un rango fisiológico.⁶

3. **Regulación neuroendocrina del deseo sexual**
El deseo sexual femenino está influenciado por un equilibrio delicado de hormonas y neurotransmisores. Los estrógenos y la testosterona interactúan con neurotransmisores como la dopamina, la serotonina y la norepinefrina, que desempeñan roles clave en la motivación, el placer y la regulación del estado de ánimo.

Los tratamientos hormonales pueden alterar estos sistemas, afectando el deseo sexual. Por ejemplo, los anticonceptivos hormonales que disminuyen los niveles de testosterona libre pueden alterar la actividad dopaminérgica, disminuyendo la motivación y el deseo sexual en algunas mujeres. Por otro lado, la restauración de los niveles hormonales con la THM puede mejorar el equilibrio neuroquímico y favorecer una mejor respuesta sexual.⁷

4. **Mecanismos vasculares y tisulares**

La respuesta sexual femenina también depende de una adecuada función vascular y tisular. Los estrógenos mejoran el flujo sanguíneo a los órganos genitales, lo que facilita la lubricación y la sensibilidad vaginal. La deficiencia de estrógenos durante la menopausia puede llevar a una disminución del flujo sanguíneo, contribuyendo a la sequedad vaginal, la dispareunia y una disminución de la excitación. Los tratamientos hormonales que restauran los niveles de estró-

genos pueden mejorar estos aspectos y, en consecuencia, la experiencia sexual de las mujeres.¹

5. **Consideraciones sobre la progesterona**

La progesterona, utilizada en combinación con los estrógenos en la THM, tiene un impacto variable en la función sexual. Aunque su principal función es proteger el endometrio en mujeres con útero, puede tener efectos positivos o negativos en la función sexual. Algunas mujeres reportan una mejoría en el deseo sexual, mientras que otras pueden experimentar una disminución. La respuesta depende de factores como la dosis, la formulación y el perfil hormonal de cada paciente.¹

6. **Implicaciones clínicas**

Dado que la función sexual femenina es influenciada por una red compleja de mecanismos hormonales y neurobiológicos, el manejo de los tratamientos hormonales debe ser personalizado. Los profesionales de la salud deben

considerar no solo los efectos directos de las hormonas en el sistema nervioso central y los tejidos genitales, sino también las interacciones con factores emocionales y psicosociales que modulan la experiencia sexual. Un enfoque multidisciplinario es esencial para optimizar los beneficios de los tratamientos hormonales y minimizar sus efectos adversos, mejorando así la salud sexual de las mujeres.

Impacto de los anticonceptivos hormonales en la función sexual

El uso de anticonceptivos hormonales es uno de los métodos más comunes para la regulación del ciclo menstrual y la planificación familiar en mujeres en edad reproductiva. Estos métodos combinan generalmente estrógenos y progestágenos, y su influencia sobre la función sexual femenina ha sido objeto de extensos estudios debido a su impacto potencial tanto positivo como negativo

en diversos aspectos de la sexualidad. La complejidad de esta relación se debe a múltiples factores, incluyendo la dosis, el tipo de formulación, la vía de administración y la respuesta fisiológica y psicológica individual de cada mujer.⁸

1. **Modulación del deseo sexual**

Los anticonceptivos hormonales pueden afectar los niveles de testosterona libre en el cuerpo, un factor crítico en la regulación del deseo sexual. Esto ocurre debido al aumento de la globulina transportadora de hormonas sexuales (SHBG), que disminuye la cantidad de testosterona biodisponible. Como resultado, algunas mujeres experimentan una disminución del deseo sexual, lo que puede afectar su satisfacción y bienestar general. Este efecto no es universal; algunas mujeres reportan una estabilidad o incluso un aumento en el deseo sexual, debido a una reducción de la ansiedad relacionada con el riesgo de embarazo no deseado y una mayor estabilidad hormo-

nal. La variabilidad de estas respuestas destaca la necesidad de una evaluación personalizada en el uso de anticonceptivos hormonales.⁸

2. **Alteraciones en la lubricación vaginal**

La disminución de los niveles de estrógeno en ciertas formulaciones de anticonceptivos puede afectar la lubricación vaginal, provocando sequedad y dispareunia (dolor durante las relaciones sexuales). Este problema puede influir negativamente en la experiencia sexual y en la percepción de la satisfacción general. La sequedad vaginal puede ser especialmente preocupante para mujeres que experimentan cambios hormonales significativos y puede requerir la intervención de terapias complementarias, como lubricantes tópicos o ajustes en el método anticonceptivo utilizado.⁹

Sin embargo el uso de anticonceptivos orales hormonales combinados con 17 b estradiol o valerato de estradiol han demostrado no modificar la lubricación vaginal , o más aun, ejercer

un efecto positivo en las mujeres transitan la perimenopausia, mitigando el efecto del descenso o fluctuación de estrógenos propios de esa etapa de la vida.

3. **Efectos emocionales y psicológicos**

Los anticonceptivos hormonales no solo afectan los niveles hormonales, sino también el estado emocional y el bienestar psicológico. Algunos estudios han asociado su uso con cambios en el estado de ánimo, incluyendo síntomas de depresión, ansiedad, irritabilidad y fluctuaciones emocionales. Estos efectos pueden influir negativamente en el deseo sexual y la satisfacción general, exacerbando los problemas sexuales en algunas mujeres. El bienestar emocional y la percepción de la sexualidad están íntimamente relacionados, y cualquier cambio en el equilibrio hormonal puede tener consecuencias en la experiencia sexual. La relación entre los anticonceptivos hormonales y el estado de ánimo es compleja y puede verse influenciada por

factores individuales, como el contexto de vida, el apoyo emocional y la relación de pareja. ¹⁰

4. Factores psicosociales y de relación

El impacto de los anticonceptivos hormonales en la función sexual no puede evaluarse de manera aislada, sin considerar el contexto psicosocial de la mujer. Factores como la relación de pareja, la calidad de la comunicación, el estrés y la percepción de la imagen corporal juegan un papel fundamental en cómo se experimentan los efectos de estos tratamientos. La confianza, la estabilidad emocional y la comunicación abierta con la pareja pueden mitigar algunos de los efectos adversos y mejorar la satisfacción sexual. De igual manera, las expectativas sociales y culturales sobre la sexualidad femenina pueden influir en la manera en que las mujeres perciben y experimentan su sexualidad bajo el uso de anticonceptivos.

5. Nuevos Anticonceptivos con Estetrol (E4)

El estetrol (E4) es una hormona estrogénica natural producida por el hígado fetal humano durante el embarazo y ha sido recientemente incorporada en formulaciones de anticonceptivos orales combinados. Su inclusión en la combinación con un progestágeno (generalmente drospirenona) ha suscitado interés debido a su perfil único de acción. El estetrol es considerado un “NEST” (“Native Estrogen with Selective Tissue activity”), lo que le confiere efectos diferenciados sobre los tejidos blanco, incluyendo un potencial menor impacto negativo en el deseo sexual en comparación con otras formulaciones anticonceptivas. ¹¹

- **Efecto positivo sobre la función sexual:** Estudios recientes han indicado que las formulaciones de anticonceptivos que contienen estetrol podrían tener un impacto más favorable en la función sexual en comparación con otros anticonceptivos tradicionales. Esto se debe a su ac-

ción selectiva y su perfil hormonal, que puede minimizar el impacto negativo en la libido al reducir la elevación de la globulina transportadora de hormonas sexuales (SHBG), manteniendo niveles más altos de testosterona libre. 12,13

- **Menor impacto sobre el deseo sexual:** A diferencia de algunos anticonceptivos hormonales, el estetrol podría tener un menor efecto negativo sobre el deseo sexual, dado que no suprime tanto la producción de andrógenos. Esto podría traducirse en una experiencia sexual más satisfactoria y en una menor incidencia de disminución de la libido en mujeres que usan anticonceptivos con estetrol. 12,13
- **Perfil de seguridad y efectos colaterales:** El estetrol, al tener menos impacto sobre el metabolismo hepático y un perfil más selectivo, podría ofrecer ventajas en cuanto a la minimización de ciertos efectos adversos asociados con otros anticonceptivos orales. Este perfil favorable podría contribuir indirecta-

mente a una mejor percepción de la sexualidad y el bienestar general en las usuarias.^{12,13}

6. **Consideraciones clínicas**

Dado que la respuesta a los anticonceptivos hormonales es variable y depende de múltiples factores, es fundamental que los profesionales de la salud adopten un enfoque individualizado para cada mujer. Esto implica una evaluación integral de la historia clínica, la función sexual, el contexto social y las necesidades emocionales. La elección del tipo de anticonceptivo debe basarse en un diálogo abierto con la paciente, explorando sus preocupaciones, deseos y expectativas. Si se presentan efectos adversos en la función sexual, es necesario considerar ajustes en la formulación, cambios en la dosis o la incorporación de estrategias complementarias para mitigar los problemas.

Impacto de la Terapia Hormonal de la Menopausia (THM) en la función sexual femenina

La Terapia Hormonal de la Menopausia (THM) representa una intervención clave en el manejo de los síntomas de la menopausia y postmenopausia, ofreciendo alivio a muchas mujeres que experimentan cambios significativos en su bienestar y función sexual debido a la disminución de los niveles de estrógenos y andrógenos. Estos cambios hormonales afectan múltiples aspectos de la sexualidad femenina, incluyendo el deseo, la lubricación, la excitación y la satisfacción. La THM busca restaurar el equilibrio hormonal para mejorar la calidad de vida y la salud sexual, aunque su impacto puede ser variable y depende de factores como la formulación, la dosis y las características individuales de cada paciente.³

1. Beneficios del tratamiento con estrógenos

La administración de estrógenos ha demostra-

do ser eficaz para mejorar la función sexual en mujeres menopáusicas. Este tratamiento puede llevarse a cabo mediante diferentes vías, como la oral, transdérmica o vaginal, cada una con sus particularidades. Los estrógenos mejoran la lubricación vaginal, promueven la elasticidad y la vascularización de los tejidos vaginales y reducen la sequedad, lo que ayuda a mitigar la dispareunia (dolor durante las relaciones sexuales). Las mujeres que reciben terapia con estrógenos tienden a experimentar un alivio significativo de los síntomas urogenitales, lo que se traduce en una mejora en la calidad de su vida sexual. Los estrógenos transdérmicos, en particular, han mostrado menores riesgos asociados y una mejor tolerabilidad para algunas mujeres.^{1,5,14}

2. **Uso de testosterona en mujeres postmenopáusicas**

El papel de la testosterona en la función sexual femenina ha sido objeto de creciente atención, especialmente en mujeres postmenopáusi-

cas con trastorno de deseo sexual hipoactivo (HSDD). El Global Consensus Position Statement 2019 establece que el uso de testosterona en mujeres debe ser considerado exclusivamente en mujeres postmenopáusicas con HSDD, después de una evaluación exhaustiva de los factores biopsicosociales. La testosterona debe administrarse en formulaciones transdérmicas diseñadas para mujeres, manteniendo niveles dentro del rango fisiológico para minimizar riesgos. Los beneficios incluyen un aumento del deseo y la satisfacción sexual, aunque su uso debe ser monitoreado cuidadosamente para evitar efectos adversos, como el hirsutismo y alteraciones del perfil lipídico. ^{1,6}

3. **Impacto variable de la progesterona**

La adición de progesterona a la THM, utilizada principalmente para prevenir la hiperplasia endometrial en mujeres con útero, puede tener efectos variables en la función sexual. En algunas mujeres, la progesterona puede con-

trarrestar los beneficios de los estrógenos sobre el deseo y la lubricación, mientras que en otras no se observan cambios significativos o incluso se reportan mejoras. El impacto de la progesterona depende en gran medida del tipo de formulación, la dosis utilizada y las características individuales de la paciente. Su uso debe ser cuidadosamente evaluado y ajustado según las necesidades específicas de cada mujer. ^{1,10}

4. **Uso de Tibolona e impacto sobre la sexualidad**

La tibolona es un esteroide sintético que actúa como terapia hormonal en mujeres posmenopáusicas, mostrando efectos beneficiosos sobre el deseo sexual. Estudios han demostrado que la tibolona mejora la función sexual en esta población, incrementando la libido y la satisfacción sexual. Una revisión sistemática indicó que la tibolona es efectiva en el tratamiento de síntomas vasomotores, sequedad vaginal, alteraciones del ánimo y pérdida de la libido, reportando efectos posi-

tivos en varios aspectos de la función sexual. Además, se ha observado que la tibolona puede tener un impacto positivo en el estado de ánimo y la sensación de bienestar, lo que contribuye a una mejoría en la función sexual. Es importante destacar que, aunque la tibolona presenta beneficios en la función sexual, su uso debe ser evaluado individualmente, considerando los posibles efectos adversos y las condiciones de salud de cada paciente.^{15,16}

5. Consideraciones clínicas y psicosociales

La respuesta a la THM no solo depende de factores biológicos, sino también de elementos psicosociales, como la relación de pareja, el contexto social y las expectativas sobre el envejecimiento y la sexualidad. Muchas mujeres menopáusicas experimentan cambios en su autoestima, percepción de la imagen corporal y dinámica de pareja, lo que puede influir en la efectividad de la THM. El tratamiento debe ser integral, abordando no solo los as-

pectos fisiológicos, sino también las necesidades emocionales y sociales de cada paciente. La comunicación abierta con los profesionales de la salud es fundamental para optimizar los resultados y mejorar el bienestar general.

6. **Riesgos y manejo personalizado**

Aunque la THM puede ofrecer múltiples beneficios para la función sexual, no está exenta de riesgos de acuerdo a las condiciones de salud propias de cada paciente. La decisión de iniciar o continuar la THM debe ser tomada en conjunto con la paciente, considerando sus antecedentes médicos, su perfil de riesgo y sus necesidades específicas. El manejo personalizado, basado en la evaluación constante y en un enfoque multidisciplinario, asociado a la apropiada elección de la formulación, dosis y vías de administración, constituyen la clave esencial para maximizar los beneficios y minimizar los riesgos asociados.

Factores psicosociales y el enfoque biopsicosocial en la función sexual femenina

La función sexual femenina es un proceso complejo que no puede comprenderse únicamente desde una perspectiva biológica. Los factores psicosociales, que incluyen el entorno social, cultural, relacional y emocional, desempeñan un papel crucial en la vivencia de la sexualidad de cada mujer. La transición a la menopausia y el climaterio, junto con el uso de tratamientos hormonales como la terapia hormonal de la menopausia (THM) y los anti-conceptivos, son momentos de cambio que deben abordarse desde un enfoque integral y biopsicosocial. Este enfoque considera a la sexualidad no solo como un fenómeno fisiológico, sino también como una experiencia vivida en un contexto social, emocional y relacional específico.

1. Relación de pareja y comunicación

La calidad de la relación de pareja es un factor

determinante en la experiencia sexual de las mujeres. La comunicación abierta y el apoyo mutuo pueden influir en cómo las mujeres perciben y afrontan los cambios asociados con el uso de tratamientos hormonales y la transición a la menopausia. Los problemas de comunicación o la falta de comprensión en la pareja pueden exacerbar los efectos adversos, como la disminución del deseo sexual o el malestar emocional. Por el contrario, las parejas que trabajan juntas para superar los desafíos pueden mejorar la satisfacción sexual y fortalecer su relación.¹⁰

2. **Autoimagen, autoestima y percepción corporal**

Los cambios hormonales y físicos que ocurren durante la menopausia, como el aumento de peso, la redistribución de la grasa corporal y la sequedad vaginal, pueden afectar negativamente la percepción de la imagen corporal y la autoestima. La forma en que las mujeres perciben su propio cuerpo influye en su deseo sexual, en su confianza y en su disposición a

participar en actividades sexuales. Las mujeres que experimentan una disminución en la autoestima pueden sentirse menos seguras y menos deseables, lo que afecta su vida sexual. Es fundamental que los profesionales de la salud reconozcan y aborden estos aspectos emocionales al brindar atención para mejorar la calidad de vida y la salud sexual de las mujeres.¹⁷

3. **Normas culturales y expectativas sociales**

La cultura y las normas sociales desempeñan un papel importante en la percepción de la sexualidad femenina durante la menopausia y el uso de tratamientos hormonales. En muchas culturas, la menopausia se asocia con el fin de la feminidad o el atractivo sexual, lo que puede generar sentimientos de pérdida y estigmatización. Estas creencias pueden influir en la forma en que las mujeres experimentan la menopausia y en su disposición para buscar ayuda y tratamiento. En contraste, las culturas que celebran la sabiduría y la madurez de las muje-

res mayores pueden ayudar a mitigar estos sentimientos negativos y promover una actitud más positiva hacia el envejecimiento y la sexualidad.¹⁷

4. **Estrés, ansiedad y bienestar emocional**

El bienestar emocional y la salud mental son componentes críticos de la función sexual femenina. El estrés, la ansiedad y la depresión pueden afectar el deseo y la satisfacción sexual, y estos problemas pueden verse exacerbados por los cambios hormonales y el uso de tratamientos hormonales. Los profesionales de la salud deben abordar el impacto emocional y psicológico del climaterio y el tratamiento hormonal, proporcionando apoyo y recursos para ayudar a las mujeres a enfrentar estos desafíos de manera efectiva.

5. **Impacto del climaterio y los tratamientos hormonales en la experiencia sexual**

El climaterio es un período de transición que involucra cambios biológicos, psicológicos y

sociales que afectan la sexualidad de manera integral. La disminución de los niveles de hormonas ováricas puede generar síntomas físicos como sequedad vaginal, sofocos y fatiga, que afectan la función sexual. Sin embargo, es importante considerar que el impacto del climaterio no es solo biológico, sino también psicosocial. La actitud de una mujer hacia la menopausia, su contexto de vida, la calidad de su relación de pareja y su percepción del envejecimiento juegan un papel crucial en cómo experimenta y afronta esta etapa de su vida.

6. **Enfoque integral para el manejo de la sexualidad femenina**

El tratamiento de la sexualidad femenina en el contexto de la menopausia y el uso de tratamientos hormonales debe ser integral y personalizado. Los profesionales de la salud deben adoptar un enfoque multidisciplinario que incluya la evaluación de la historia clínica, la función sexual, el contexto psicosocial y las ne-

cesidades emocionales. Además de la terapia hormonal, se deben considerar intervenciones psicosociales, como el asesoramiento y el apoyo psicológico, para abordar las necesidades específicas de cada mujer. La colaboración entre ginecólogos, psicólogos, sexólogos y otros profesionales es fundamental para proporcionar una atención integral que promueva el bienestar sexual y emocional de las mujeres.

Conclusión

El impacto de los tratamientos hormonales en la función sexual femenina es un fenómeno complejo y multifactorial que requiere un enfoque integral para su comprensión y manejo. La función sexual no puede ser vista de manera aislada, ya que está influenciada por factores biológicos, psicológicos y sociales que interactúan y afectan la experiencia global de la sexualidad de cada mujer. Los anticonceptivos hormonales y la terapia hor-

monal sustitutiva (THM) representan intervenciones clave para mejorar la calidad de vida, regular el ciclo menstrual, mitigar los síntomas de la menopausia y prevenir embarazos no deseados. Sin embargo, sus efectos sobre la sexualidad pueden ser variables y dependen del contexto individual de cada mujer.¹⁸

Desde un punto de vista fisiológico, los tratamientos hormonales actúan sobre los niveles de estrógenos, progestágenos y testosterona, modulando el deseo, la excitación, la lubricación y la satisfacción sexual. La administración de estrógenos, por ejemplo, ha demostrado ser eficaz para mejorar la lubricación y reducir la dispareunia en mujeres menopáusicas, lo que contribuye a una mayor satisfacción sexual. Sin embargo, el impacto puede ser variable cuando se utilizan combinaciones con progesterona, dependiendo de la formulación y la respuesta de cada paciente. Por su parte, la terapia con testosterona, que debe ser limitada al manejo del trastorno de de-

seo sexual hipoactivo (HSDD) en mujeres postmenopáusicas según el Global Consensus Position Statement 2019, puede ser beneficiosa, siempre y cuando se administre de manera adecuada y bajo estricta supervisión médica para evitar efectos adversos.

El contexto psicosocial y cultural en el que se desenvuelve cada mujer juega un papel crucial en cómo experimenta y afronta los efectos de los tratamientos hormonales. Factores como la relación de pareja, la comunicación, el apoyo emocional, la percepción de la imagen corporal y las expectativas sociales sobre el envejecimiento y la sexualidad influyen profundamente en la experiencia sexual.

En muchos casos, el estigma asociado a la menopausia y los cambios hormonales puede dificultar la búsqueda de ayuda y tratamiento, afectando el bienestar emocional y la percepción de la sexualidad. Por ello, es fundamental que los profesio-

nales de la salud adopten un enfoque multidisciplinario y sensible a las necesidades individuales de cada mujer, abordando no solo los aspectos biológicos, sino también los emocionales y relacionales.¹⁹

La atención integral a la función sexual femenina requiere un diálogo abierto y empático entre la paciente y el profesional de la salud, permitiendo explorar y abordar las preocupaciones relacionadas con la sexualidad. La intervención médica debe combinarse con estrategias psicosociales que mejoren la calidad de vida y empoderen a las mujeres para que puedan disfrutar de su sexualidad de manera plena y saludable durante todas las etapas de su vida. La sexualidad femenina es una dimensión dinámica que refleja no solo la función hormonal, sino la interacción de múltiples factores que deben ser valorados, respetados y atendidos.²⁰

En conclusión, el manejo de los tratamientos hor-

monales en la función sexual femenina debe ser personalizado y contextualizado, considerando la diversidad de experiencias y necesidades de cada mujer. La combinación de un enfoque médico basado en la evidencia con un apoyo psicosocial adecuado puede mejorar significativamente el bienestar sexual y general de las mujeres, ayudándolas a navegar por los cambios asociados con el ciclo de vida hormonal de una manera más positiva y satisfactoria. La sexualidad no es estática, sino un reflejo de la vida, y debe ser entendida, respetada y cuidada como parte integral de la salud y el bienestar de cada mujer.

Bibliografía

¹ Simon JA, Davis SR, Althof SE, Chedraui P, Clayton AH, Kingsberg SA, Nappi RE, Parish SJ, Wolfman W. Sexual well-being after menopause: An International Menopause Society White Paper. *Climacteric*. 2018 Oct;21(5):415-427.

² Wierman ME, Nappi RE, Avis N, Davis SR, Labrie F, Rosner W, Shifren JL. Endocrine aspects of women's sexual function. *J Sex Med*. 2010 Jan;7(1 Pt 2):561-85.

³ Lara LA, Cartagena-Ramos D, Figueiredo JB, Rosa-E-Silva ACJ, Ferriani RA, Martins WP, Fuentealba-Torres M. Hormone therapy for sexual function in perimenopausal and postmenopausal women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2023 Aug 24;8(8)

⁴ <https://www.who.int/health-topics/sexual-health>

⁵ Scavello, I., et al. (2019). "Sexual Health in Menopause." *Medicina* (Kaunas).

⁶ Global Consensus Position Statement on the Use of Testosterone Therapy for Women (2019). "Recommendations on the Use of Testosterone in Postmenopausal Women with Hypoactive Sexual Desire Disorder."

⁷ Clayton AH. Epidemiology and neurobiology of female sexual dysfunction. *J Sex Med*. 2007 Nov;4 Suppl 4:260-8.

⁸ Stuckey, B. (2008). "Female sexual function and the impact of hormonal contraceptives." *Journal of Sexual Medicine*.

⁹ Nappi, R. E., Cucinella, L., Martella, S., Rossi, M., Tiranini, L., & Martini, E. (2016). "Female sexual dysfunction (FSD): Prevalence and impact on quality of life (QoL)." *Research Center for Reproductive Medicine, Gynecological Endocrinology and Menopause, IRCCS S. Matteo Foundation, University of Pavia*.

¹⁰ Thurston, R. C., & Thomas, T. (2016). "A Biopsychological Approach to Female Sexual Dysfunction in Midlife." *Journal of Midlife Health*.

¹¹ Gérard, C., Foidart, JM. Estetrol: From Preclinical to Clinical Pharmacology and Advances in the Understanding of the Molecular Mechanism of Action. *Drugs R D* 23, 77–92 (2023).

¹² Kluft, C., et al. (2021). "The impact of estetrol/drospirenone on sexual function compared to other combined oral contra-

ceptives” en *Journal of Women’s Health*.

¹³ Archer, D. F., et al. (2020). “Clinical and metabolic considerations of estetrol as a component of a combined oral contraceptive” en *Contraception*. Visser, M., et al. (2022). “Safety and efficacy of estetrol-based contraceptives: A review of clinical data” en *Menopause International*.)

¹⁴ Molero F, Castaño R, Castelo-Branco C, Honrado M, Jurado AR, Laforet E, Prieto R, Cabello F, Larrazábal M, Sánchez F, Sánchez Borrego R. *Vida y Sexo más allá de los 50. MenoGuía AEEM*. Primera edición: Abril 2014. Aureagràfic, s.l. Barcelona 2014.

¹⁵ De La Hoz, F. J. E. (2022). Influencia de la tibolona en la función sexual y seguridad cardiovascular en la mujer posmenopáusica. *Revista Ciencias Biomédicas*, 11(1), 66–79. <https://doi.org/10.32997/rcb-2022-3223>;

¹⁶ Palacios S. Tissue specification of tibolone: Humor and libido. *Rev colomb menop*; 6(2): 181-186, mayo-ago. 2000.

¹⁷ Hong JH, Kim HY, Kim JY, Kim HK. Do psychosocial variables mediate the relationship between menopause symptoms and sexual function in middle-aged perimenopausal women? *J Obstet Gynaecol Res*. 2019 May;45(5):1058-1065.

¹⁸ American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). “Practice Bulletin on Female Sexual Dysfunction.”

¹⁹ Ringa V, Diter K, Laborde C, Bajos N. Women’s sexuality: from aging to social representations. *J Sex Med*. 2013 Oct;10(10):2399-408.

²⁰ Carpintero P. “El sexo no caduca”. *Hablemos de sexo. Diálogo con expertos*. Cap.13. Pág. 151-160. Ed. DAO 2022.



NUEVO

Ifenil[®]E4

DROSPIRENONA 3 MG · ESTETROL 14,2 MG

Cuidate siempre.



24+4

24 comprimidos activos
4 comprimidos placebo



ALTA **EFICACIA** ANTICONCEPTIVA CON MÁXIMA **SEGURIDAD**

Alta eficacia anticonceptiva

Actúa sobre la **ovulación** y el **revestimiento uterino**.

Más beneficios no contraceptivos

Puede ayudar a regular **trastornos menstruales**, mejorar el **síndrome premenstrual** y reducir la **dismenorrea**.

Máxima seguridad

Acción **selectiva** tisular, muy bajo impacto **hepático**, mejor **perfil cardiometabólico**, menos **interacciones** medicamentosas, menor riesgo de **trombosis**, control de ciclo predecible, con **menstruaciones** más **regulares** y **cortas**.



Salud Femenina

CASASCO 150 años

Cáncer de mama y sexualidad.

Dra. Daniela Maltagiatti y Dra. Florencia Costa

“La sexualidad es una parte fundamental en la vida de una mujer. Enfrentar un cáncer de mama no debería significar renunciar a su intimidad y satisfacción sexual.”

El cáncer de mama es el tipo de cáncer más frecuente en la población femenina, con aproximadamente 1.67 millones de nuevos casos diagnosticados anualmente alrededor del mundo.¹

En Argentina tiene una incidencia aproximada de 22.024 casos anuales, con una tasa de mortalidad de 24,9 defunciones cada 100000 mujeres.²

La implementación de programas de detección precoz junto al advenimiento de nuevas tecnologías para la pesquisa, así como terapéuticas dirigidas, ha impactado en la sobrevida global de la paciente con cáncer de mama.

El tratamiento del cáncer de mama depende de diversos factores, entre los que se destacan los relacionados con la enfermedad en sí misma, tales como la extensión lesional y el perfil biológico; y los asociados a la paciente, como la edad, el status menopaúsico y las comorbilidades. Pero una constante es que los tratamientos actuales han logrado extender en varios años la supervivencia de las pacientes y con ello se ha hecho más evidente el impacto sobre la calidad de vida, tanto debido a la enfermedad como también a la terapéutica instaurada. Es por esto que las consecuencias tardías del cáncer de mama y sus tratamientos se han convertido en un área de creciente interés y desarrollo.³

Numerosas investigaciones han demostrado que una de las aristas más importantes y preocupantes para estas pacientes son las alteraciones en la imagen corporal y la sexualidad.³

Las disfunciones sexuales producidas en el contexto de un cáncer de mama, se encuentran presentes en el 45-90 % de las pacientes.^{1,3,4} Aunque es un problema frecuente, no suele ser discutido en la práctica clínica, lo que podría estar vinculado a los mitos y tabúes en relación a la sexualidad y a la falta de capacitación profesional en este campo, generando subdiagnóstico y subtratamiento.

Además, ha sido demostrado que el diagnóstico de cáncer de mama, asociado a la disfunción sexual secundaria, actúan como potencial factor estresantes, causando alteración en el status de salud global de las pacientes, y generando un impacto negativo sobre los efectos del tratamiento

onco específico con el concomitante aumento de riesgo de progresión de la enfermedad.

Múltiples escalas han sido utilizadas en la literatura para evaluar la función sexual de estas pacientes, pero hasta el momento no existe un modelo para la evaluación específica de la sexualidad en pacientes con cáncer de mama.⁵

Una revisión sistemática sobre las escalas existentes para medir la función sexual, concluyó que los métodos más adecuados para la utilización en pacientes con cáncer de mama son los cuestionarios conocidos como: Arizona Sexual Experience Scale (ASEX), Female Sexual Function Index (FSFI) y Sexual Problems Scale.⁵

La disfunción sexual femenina incluye un grupo de alteraciones en distintas esferas como lo son: el deseo sexual, la excitación, la lubricación, la sa-

tisfacción, el orgasmo y la dispareunia. Todas ellas se consideran de carácter multifactorial e involucran tanto procesos orgánicos y psicológicos, como también socioculturales.⁴

Actualmente el DSM, clasifica a la misma en tres trastornos:

1. El de interés o de excitación sexual.
2. El orgásmico femenino.
3. El de dolor genitopelviano o de la penetración, no haciendo distinción entre una etiopatogenia orgánica y/o psicogénica, pudiendo estar presente una o más de estas entidades, pero por un lapso mínimo de 6 meses de duración.⁶

La disfunción sexual en pacientes con cáncer de mama también es de etiología multifactorial, y está influida por los efectos adversos de los tratamientos (locales o sistémicos) y el impacto psicológico que representa el diagnóstico en sí mismo.

Las causas cáncer-específicas se dividen en las relacionadas con las estrategias locorregionales (cirugía, radioterapia), las secundarias a tratamientos sistémicos (quimioterapia, endocrinoterapia) y las vinculadas a las cuestiones socio - culturales⁵.

La hormonoterapia y la quimioterapia son causales de la mayoría de los síntomas menopáusicos (sofofos, sequedad vaginal, atrofia urogenital, descenso de la libido). Éstos pueden aparecer en forma precoz en la paciente premenopáusica o exacerbarse en aquellas pacientes postmenopáusicas, producto de su impacto en la función ovárica.

Los inhibidores de la aromatasa producen mayor atrofia vulvovaginal, sequedad vaginal y dispareunia comparativamente con el Tamoxifeno. Éste actúa como estrógeno débil vaginal⁴. Ambos provocan disminución de la libido con la misma potencia. El tratamiento quirúrgico radical, lógicamente, se

relaciona con una mayor afección en la sexualidad que el tratamiento conservador. No obstante, algunos estudios sólo demostraron fehacientemente alteraciones en la calidad de vida, no así en la sexualidad.⁴

De igual manera, en la literatura los resultados de estudios relacionados a procesos de reconstrucción son discordantes en cuanto al impacto en la esfera sexual, observándose cambios favorables estadísticamente significativos sólo en algunas publicaciones.⁴

Las estrategias de tratamiento disponibles para los síntomas de la disfunción sexual se clasifican dentro de cuatro categorías: tratamiento local, tratamiento sistémico, terapias físicas e intervenciones educativas.⁵

- **Estrategias locales:** Se incluyen en esta categoría los productos de aplicación vaginal,

tales como lubricantes y humectantes dirigidos a disminuir la sintomatología local. Los productos más utilizados son: humectantes basados en policarbophilo, cremas compuestas de testosterona, gel con ácido láctico con pH balanceado y estrógenos vaginales.^{5,7} La evidencia científica demuestra que ya se produce mejoría en algunos de los síntomas relacionados con la disfunción sexual sólo con la utilización de tratamiento local no hormonal. El uso de estrógenos locales se reserva para pacientes con sintomatología severa o con falta de respuesta a otro tipo de terapéutica.^{9,10,11,12,13} El tratamiento hormonal vaginal es altamente efectivo aun en bajas dosis, permitiendo una menor absorción sistémica.^{9,10,11}

Las formas de presentación incluyen: cremas, anillos y supositorios, que pueden contener¹⁷ β estradiol y estrógenos conjugados.^{9,10,11,12}

Existen factores que influyen en la elección del tratamiento hormonal local como: antecedentes de tumores hormonodependientes, severidad de la sintomatología, tratamiento con inhibidores de aromatasa (IA). En pacientes en tratamiento con IA se sugiere realizar switch a tamoxifeno, sumado a la terapia estrogénica local, por tiempo limitado, y reanudar IA luego de lograr mejoría clínica.^{10,11}

A pesar de algunas controversias, muchos estudios han demostrado la seguridad oncológica en la utilización de estrógenos locales, sin evidencia de aumento en el riesgo de progresión local, regional o a distancia.^{9,10,11,12}

Las preparaciones vaginales de testosterona pueden ser utilizadas para atrofia vaginal severa, pero la seguridad oncológica no está establecida en pacientes con cáncer de mama y receptores hormonales positivos.^{10,13,14,15}

Otra opción terapéutica local incluye la utilización de vibradores vaginales. Éstos han demostrado tener impacto en varios aspectos de la esfera sexual tales como: el deseo, la excitación, la lubricación, el orgasmo y el dolor; y ha sido probada su utilización con resultados satisfactorios en pacientes con anorgasmia.^{5,8}

• **Tratamientos farmacológicos sistémicos:**

La utilización de testosterona o DHEA (dehidroepiandrosterona) transdérmica constituyen terapias sistémicas propuestas en pacientes con antecedente de cáncer de mama y disfunción sexual. Sin embargo, guías internacionales sugieren evitar su uso.¹⁰

Por otro lado, también se encuentra en estudio la utilización del implante subcutáneo combinado (inhibidor de la aromatasa + testosterona). La dosificación de testosterona y

anastrozol, se basa principalmente en la historia clínica, los síntomas, el peso y la cantidad de tejido adiposo. A menudo, las pacientes obesas requieren dosis más altas de anastrozol para contrarrestar el aumento de los estrógenos generados por conversión periférica. No obstante, se requiere de investigaciones a largo plazo que determinen la seguridad en la utilización de este tratamiento en pacientes con antecedente de cáncer de mama.^{13,14,15}

También se ha propuesto el uso de antidepresivos como la venlafaxina, así también como la clonidina o el bupropion en este grupo de pacientes, no mostrando resultados superiores en comparación con placebo.^{5,8}

- **Terapias físicas:** Los programas de ejercicio físico han demostrado escasa mejoría en la esfera sexual, mostrando cambios exclusivamente en la percepción de la apariencia física.⁵

- **Intervenciones educativas y psicoterapéuticas:**
La psicoterapia no focalizada en la sexualidad, no evidenció mejoría en esta esfera. Por el contrario, la terapia de pareja enfocada en trastornos sexuales mostró cambios significativos en la sexualidad.⁸

A pesar de la alta prevalencia de disfunción sexual secundaria al cáncer de mama y sus tratamientos, no existen estrategias terapéuticas estandarizadas para este grupo de pacientes.

Las publicaciones científicas disponibles demuestran la necesidad de información y lineamientos terapéuticos prácticos, así como del desarrollo de programas con el fin de abordar la función sexual en pacientes oncológicas. Cabe destacar la importancia de indagar acerca de inquietudes respecto a la atención sexual, identificar barreras para la comunicación, y de entregar información de acuerdo a las necesidades de cada paciente.⁸

Mejorar la sexualidad y la actividad sexual tiene múltiples aspectos positivos tanto para el bienestar físico como psicosocial y emocional.

Una mejor comprensión y enfoque de la salud sexual por parte de los profesionales constituye un pilar fundamental en la evaluación integral de las pacientes con cáncer de mama.

Bibliografía

¹ Ouden, M. E. D., Pelgrum-Keurhorst, M., Uitdehaag, M., & De Vocht, H. M. (2018). Intimacy and sexuality in women with breast cancer: Professional guidance needed. *Breast Cancer*, 26(3), 326-332. <https://doi.org/10.1007/s12282-018-0927-8>.

² Estadísticas - incidencia. (2021, 23 noviembre). Argentina.gob.ar. <https://www.argentina.gob.ar/salud/instituto-nacional-del-cancer/estadisticas/incidencia>

³ Camejo, N., Castillo, C., Hernández, A. L., Artagaveytia, N., Amarilo, D., & Delgado, L. (2020). Evaluación de la salud sexual en las pacientes sobrevivientes de cáncer de mama y del grado de interés en resolver las dificultades en la consulta

médica. *Anales de la Facultad de Medicina*, 7(1). <https://doi.org/10.25184/anfamed2020v7n1a1>

⁴Costa, M. F., Maltagliatti, D., Magirena, S., Volpini Crespo, A., Pizarro, G. M., Maldonado, M., ... & Arias, C. P. (2021). Disfunción sexual en cáncer de mama: Efecto colateral. *Rev. argent. mastología*, 80-100.

⁵Castillo, H., Mensión, E., Cebrecos, I., Anglès, S., & Castello-Branco, C. (2022). Sexual Function in Breast Cancer Patients: A Review of the literature. *Clinical and Experimental Obstetrics & Gynecology*, 49(6), 134. <https://doi.org/10.31083/j.ceog4906134>

⁶Seav S M, Dominick S A, Stepanyuk B et al. Management of sexual dysfunction in breast cancer survivors: a systematic review. *Women's Midlife Health* 2015; 1(1):1-9.

⁷De Souza Pegorare, A. B. G., Da Rosa Silveira, K., No, A. P. S., & Barbosa, S. R. M. (2017). Assessment of female sexual function and quality of life among breast cancer survivors who underwent hormone therapy. *Revista Brasileira de Mastologia*, 27(3), 237-244. <https://doi.org/10.5327/z2594539420170000161>

⁸Ginés, C. M. (2020). El cáncer de mama y la sexualidad (Vols. 3-56-78).

⁹Crean-Tate, K. K., Faubion, S. S., Pederson, H. J., Vencill, J. A., & Batur, P. (2019). Management of Genitourinary Syndrome of Menopause in Female Cancer Patients: A Focus on Vaginal Hormonal Therapy. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. doi:10.1016/j.ajog.2019.08.043

¹⁰Sanft, T., Day, A. T., Ansbaugh, S., Armenian, S. H., Baker, K. S., Ballinger, T., Demark Wahnefried, W., Dickinson, K., Fair-

man, N., Felciano, J., Flores, T., Friedman, D. L., Gabel, N., Goldman, M., Henry, N. L., Hill Kayser, C., Hudson, M., Koura, D., Lee, K., . . . Freedman-Cass, D. A. (2023). NCCN Guidelines® Insights: Survivorship, Version 1.2023. *Journal of The National Comprehensive Cancer Network*, 21(8), 792-803. <https://doi.org/10.6004/jnccn.2023.0041>

¹¹ Fuentes, M. A. B., Herrera, R., Gutierrez, A. L. W., Ruiz, D., Salinas, J., Niño, R., Velasquez, L., & Picón-Jaimes, Y. A. (2023). Vaginal estrogen therapy and the risk of recurrence in women with a history of breast cancer. *Revista de la Facultad de Medicina Humana*, 23(3), 131-139. <https://doi.org/10.25176/rfmh.v23i3.5692>

¹² Committee Opinion No. 659. (2016). *Obstetrics & Gynecology*, 127(3), e93-e96. <https://doi.org/10.1097/aog.0000000000001351>

¹³ Glaser, R. M., & Dimitrakakis, C. (2013b). Reduced breast cancer incidence in women treated with subcutaneous testosterone, or testosterone with anastrozole: a prospective, observational study. *Maturitas*, 76(4), 342-349. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2013.08.002>

¹⁴ Glaser, R. M., & Dimitrakakis, C. (2013b). Testosterone therapy in Women: myths and misconceptions. *Maturitas*, 74(3), 230-234. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2013.01.003>

¹⁵ Glaser, R. M., Kalantaridou, S. N., & Dimitrakakis, C. (2013). Testosterone implants in Women: pharmacological dosing for a physiologic effect. *Maturitas*, 74(2), 179-184. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2012.11.004>

Salud sexual en personas con cáncer.

Dr. Alejandro Urresti

Introducción

El diagnóstico de cáncer suele relacionarse estrechamente con la idea de muerte y la preocupación resultante puede ser suficiente para desplazar todo pensamiento relacionado con el placer; al mismo tiempo el impacto emocional, que tanto la enfermedad como el tratamiento generan, frecuentemente exacerban crisis o problemas de pareja preexistentes. La expresión de esta situación a través de la genitalidad es solo un aspecto del problema y generalmente hay detrás aspectos afectivos que dificultan el abordaje terapéutico (1). Factores orgánicos, psicosociales, socio-

culturales e incluso económicos relacionados, influyen en la Respuesta Sexual Humana (RSH) de hombres y mujeres² con algunas particularidades que detallaremos a continuación.

El solo hecho de informar el diagnóstico de cáncer de próstata genera disfunción sexual en alrededor del 45% de los varones consultados (3). Es sabido que los pacientes tienen tendencia a sobrevalorar sus conductas sexuales previas a la aparición de la enfermedad, mientras que los médicos tienden a subvalorar la sexualidad de sus pacientes. Sin embargo, se pueden reconocer tres factores que determinarán cómo cada persona/pareja tolerará el tránsito de la enfermedad:

- Factores orgánicos
- Factores relacionales
- Historia sexual

Los factores orgánicos como estado de salud previo al diagnóstico, gravedad de la enfermedad, pronóstico y agresividad de los tratamientos, influyen en la prevalencia de disfunciones sexuales, siendo las afecciones ginecológicas y las genitourinarias, las que lideran las estadísticas. La edad de los pacientes al diagnóstico, las drogas utilizadas, los tratamientos quirúrgicos (a veces mutilantes) pueden limitar, considerablemente, la frecuencia de relaciones sexuales (RS). Las limitaciones físicas que provoca el padecimiento de cáncer pueden limitar la capacidad laboral, cognitiva o incluso sexual del individuo afectado e iniciar un proceso de “duelo por el cuerpo sano”³. Incluso ciertas secuelas del tratamiento oncológico pueden acarrear alteración de la imagen corporal con sentimientos de desagrado hacia la pareja o hacia sí mismos.¹

Los factores psicológicos relacionados con las ex-

pectativas de vida o “plan de vida inconcluso” dificultan el afrontamiento y las motivaciones para enfrentar los tratamientos. Factores relacionales como la existencia de una pareja estable pueden evitar la aparición de sentimientos de soledad o aislamiento. Mantener contacto íntimo y proximidad física resultan altamente positivos, como lo demostraron los trabajos de Basson en deseo sexual hipoactivo (DSH) (4), demostrando que la sexualidad, coital o no, sigue siendo una necesidad para esa persona enferma.⁵

Finalmente, la historia sexual, de cada uno o de cada pareja, influirá en la necesidad de mantener una vida sexual activa. Aquella persona/pareja que recuerde su sexualidad como una fuente de placer, intentará revivirla independientemente de las dificultades que tenga que atravesar.

Mientras que para aquellas que han vivido una

experiencia sexual previa desprovista de placer o han abandonado todo tipo de relaciones sexuales (RS), puede resultar incluso un buen motivo para evitar los contactos íntimos. Dos tipos de conductas evitativas pueden darse a pesar de una muy buena relación afectiva, que están lejos de ser positivas y frecuentemente deberán ser tratadas durante la terapia sexual:

- Por parte de la persona enferma:

“No me acerco porque es imposible que le guste verme así, no puedo satisfacerlo/a, etc.”

- Por parte de la pareja:

“No me acerco porque encima que está sufriendo esto, ¿yo lo/a voy a molestar?”

Disfunciones sexuales frecuentes

Alteraciones del deseo sexual, como deseo se-

xual hipoactivo (DSH), pérdida o disminución del deseo, es la disfunción sexual que aparece con mayor frecuencia en el paciente oncológico¹. Raramente el deseo sexual se ve aumentado o estimulado. Más allá de las cuestiones psicológicas, emocionales o relacionales, muchos pacientes requieren tratamientos que producen cambios hormonales drásticos, como por ejemplo la deprivación de andrógenos del cáncer de próstata (Terapia de deprivación androgénica. TDA). Conocemos las consecuencias de la ausencia de Testosterona tanto en el deseo sexual de varones como en el de mujeres. La Testosterona resulta fundamental para que el cerebro, para algunos el órgano sexual más importante, logre interpretar un estímulo que ingresa a través de los órganos de los sentidos, como estímulo sexual. Sin embargo, es sabido también que las hormonas son responsables solo de un porcentaje de este fenómeno y que complejos mecanismos psicoafecti-

vos cerebrales como la memoria emotiva son capaces de generar deseo sexual por mecanismos independientes. En muchos casos estas parejas deben ser reeducadas sexualmente con el objeto de que inicien sus relaciones sexuales (RS) aún en ausencia de deseo, pero sabiendo que el estímulo sexual llevará a la excitación y consecuentemente al placer del orgasmo. Finalmente será la recompensa del placer, el estímulo para el deseo que estimulará el inicio de futuras RS, aún en ausencia, como hemos explicado, del factor hormonal.

Una situación similar puede verse en mujeres que reciben tratamientos hormonales para el cáncer de mama o aquellas en las que quirúrgicamente se han provocado desbalances hormonales o déficit de testosterona (Ooforectomía bilateral, adrenalectomía, etc.).⁶

Las disfunciones de la fase de excitación inclu-

yen Disfunción Eréctil (DE) en el varón, de base fundamentalmente psicógena ³ a menos que enfermedad o tratamiento afecten directamente a los órganos sexuales ⁷ y déficit de lubricación en la mujer que provoca dolor (dispareunia) y en consecuencia dificultades para llegar al orgasmo (Anorgasmia, orgasmo retardado). Se destacan en esta fase de la respuesta sexual del varón los efectos de la Prostatectomía Radical por cáncer de próstata ¹¹ o la cistoprostatectomía por cáncer de vejiga o los efectos de la radioterapia pélvica que obligan a recurrir a diferentes tratamientos o incluso combinación de ellos para recuperar la erección peniana.¹⁰ Los últimos adelantos tecnológicos como la cirugía robótica prometen mejores resultados, aunque todavía a la fecha no son del todo convincentes.¹²

“La cirugía se llevó todo lo que me hacía hombre”
resumía con dolor un paciente duelando la pér-

dida de la erección, eyaculación y algunos centímetros de longitud peniana luego de una PR. La frase dibuja fielmente la dificultad para el abordaje terapéutico de estos pacientes y sus parejas.

Como ya es conocido, el hábito de fumar, la obesidad, el sedentarismo y algunas comorbilidades como la diabetes tipo II (DBT II), dislipemias, hipertensión arterial, enfermedad vascular o cardíaca son predictores de disfunción eréctil (DE) en pacientes que van a ser sometidos a tratamientos oncológicos.

Las disfunciones orgásmicas son menos frecuentes que las del deseo o excitación. Existen muchas teorías al respecto que sobre todo tienen que ver con la capacidad cerebral de provocar un orgasmo sin necesidad de estímulo físico alguno. También se ha postulado que el mecanismo reflejo del orgasmo está sustentado en las fibras

nerviosas perineales, menos afectadas por los procedimientos quirúrgicos que los nervios pélvicos (más relacionados con la excitación). Lo demuestran pacientes que logran orgasmos luego de una penectomía total o vulvectomía radical, incluso exenteración pelviana.⁸

Los hombres sometidos a PR suelen referir una disfunción sexual denominada “Disorgasmia” que consiste en orgasmos que generan una sensación displacentera o incluso dolorosa, relacionada aparentemente con la ausencia de eyaculación.⁹ Algunos pacientes evitan tener RS por esta razón, que representa un verdadero desafío para el terapeuta ya que no existe tratamiento específico. Otros refieren disminución de la intensidad orgásmica mientras que la anorgasmia masculina es rara.

La mayoría de las mujeres que presentan disfun-

ción orgásmica mientras realizan tratamientos oncológicos o luego de ellos refiere dificultad para alcanzar el orgasmo (Orgasmo retardado o anorgasmia secundaria) y casi todas refieren necesitar mayor estímulo comparado con el status previo.

Todo el arsenal de tratamiento médico-farmacológico, quirúrgico y ortopédico existente para el tratamiento de las disfunciones sexuales de cualquier origen, es útil en el paciente con cáncer, pero debe ofrecerse en el momento correcto, estando atentos a las necesidades de cada paciente y la interacción con su pareja, sus valores, ideas culturales, religiosas y creencias acerca de la sexualidad y la centralidad de la erección y el coito. En este sentido, se puede educar en ampliar la idea falocentrista que limita la sexualidad de algunas personas. Ayudar a concebir la sexualidad en su máxima expresión, dando lugar a conductas sexuales alternativas que ofrezcan

posibilidades placenteras, como la cercanía física no genital, que puedan compensar la pérdida de la capacidad de llevar a cabo una relación sexual convencional tal como la concibe el paciente.

Consejos para el abordaje de la sexualidad en pacientes oncológicos

Es fundamental saber que el médico debe tomar la iniciativa. Es inusual que el paciente pregunte, por vergüenza, miedo por la posible respuesta, por entender que no es un tema importante en ese momento, etc. El profesional debe dar el “permiso” para iniciar la charla, pero sabiendo qué preguntar; por ejemplo, el decir simplemente “eso se puede hacer” o “no dejen de hacerlo” a veces lo único que logra es que el paciente ponga el foco en sus limitaciones¹³. El uso de cuestionarios validados puede ser muy útil, sobre todo porque permite al paciente responder libremente y elegir el momento para hacerlo.

Nunca olvidar que somos médicos y evitar minimizar la importancia del examen de los genitales. Situaciones o padecimientos a los que antes no se les ha dado mayor importancia, pueden agudizarse con el tratamiento oncológico o generar síntomas antes inexistentes. Fimosis, balanitis crónicas, deficiente lubricación vaginal, efectos del déficit hormonal sobre el trofismo genital, reagudización de ITS, entre otras.

Evaluar la relación de pareja, conductas, sentimientos y actitudes hacia la sexualidad, incluyendo los “beneficios secundarios” de la disminución de la frecuencia o el deseo sexual.

Reevaluar el status sexual luego de cada etapa del tratamiento (oncológico)

En la etapa terminal de la enfermedad no desaparece el interés sexual, al contrario, la necesi-

dad de cercanía física aumenta, así como la necesidad de reconocerse como seres deseantes¹⁴. Mantener la intimidad mejora en los pacientes la percepción de la gravedad de la enfermedad evitando sentimientos de ansiedad o temor.

Consideraciones finales

De todo lo expuesto se deduce que resulta fundamental que la educación sobre rehabilitación sexual se convierta en un elemento estándar de la atención del paciente oncológico. Es triste ver cómo muchos pacientes sufren en silencio las consecuencias de sus disfunciones sexuales por no conocer o no ser informados correctamente sobre las opciones de tratamiento disponibles. Las limitaciones de tiempo en la atención médica y oncológica, así como el desconocimiento o falta de formación en sexualidad hacen que frecuen-

temente la función sexual no se tenga en cuenta como parte del tratamiento de estos pacientes.

La disfunción sexual es una de las consecuencias más frecuentes y angustiantes del tratamiento del cáncer. Ha sido ampliamente demostrado el efecto negativo que estas disfunciones tienen sobre el paciente y su pareja y no debemos olvidar que siempre el objetivo final será brindar mejor calidad de vida.

Bibliografía

¹ Sexuality in adult cancer survivors: challenges and intervention. Bover, Sharon; Varela, Verónica. Journal of Clinical Oncology. Vol 30 num 30 oct 20, 2012.

² La sexualidad en pacientes con cáncer. Algunas consideraciones sobre su evaluación y tratamiento. Grau Abalo, Jorge A; Llantá Abreu, María del Carmen. Rev. Cubana Oncología. 1999.15 (1) 45-69.-

³ Schavelzon J. Desadaptación afectiva, sexualidad y cáncer.

En: Schavelzon J, ed. Psique. Buenos Aires: Científica Interamericana, 1992:258-74.-

⁴ Modelo de respuesta sexual circular. Rossemary Basson. 2001.

⁵ Grau J, Jiménez PJ. La sexualidad en el enfermo de cáncer. En: Gómez Sancho M. ed. Cuidados paliativos e intervención psicosocial en enfermos terminales, 2 ed. Las Palmas de Gran Canaria: ICEPSS, 1988:67-89.

⁶ Bukberg J, Penman D, Holland JC. Depression in hospitalized cancer patients. *Psychosom Med* 1984;46:199-212.

⁷ Schover LR. Sexuality and fertility in urologic cancer patients. *Cancer* 1987; 60 (Suppl):553-8

⁸ Yeager ES, Heerden JA Van. Sexual dysfunction following proctocolectomy and abdominoperineal resection. *Ann Surg* 1980;191:169-70.

⁹ Miranda E de P, Abdo CHN. Aspectos negligenciados na reabilitação sexual masculina após prostatectomia radical. *Diagn. Tratamento*. 31º de julho de 2020;25(3):109-15.

¹⁰ Rabbani F, Stapleton AM, Kattan MW, et al: Factors predicting recovery of erections after radical prostatectomy. *J Urol* 164:1929-1934, 2000

¹¹ Walsh PC: Radical prostatectomy for localized prostate cancer provides durable cancer control with excellent quality of life: A structured debate. *J Urol* 163:1802-1807, 2000

¹² Disfunción eréctil en pacientes intervenidos de cáncer de próstata. Revisión sistemática de la literatura médica. J. Ruiz-Aragón, S. Márquez-Pelaez y L.G. Luque Romero. *Actas Urol. Esp.* 2010 34(8): 677-685.-

¹³ Auchincloss SS. Sexual dysfunction in cancer patients: Issues in evaluation and treatment. En: Holland JC, Rowland JH, eds. Handbook of psychooncology. Psychological care of the patients with cancer. New York: Oxford University, 1989:383-418

¹⁴ Grau J, Jiménez PJ. La sexualidad en el enfermo de cáncer. En: Gómez Sancho M. ed. Cuidados paliativos e intervención psicosocial en enfermos terminales, 2 ed. Las Palmas de Gran Canaria: ICEPSS, 1988:67-89.

La disfunción eréctil como factor de riesgo cardiovascular.

Dr. Fernando Cenice

Introducción al concepto de función y disfunción eréctil

La sexualidad es un fenómeno complejo que depende de mecanismos neurológicos, vasculares y hormonales y está condicionado por factores psicológicos, sociales y de la propia pareja. La disfunción eréctil (DE) es un problema de salud de alta prevalencia entre los hombres y tiene una gran repercusión en su calidad de vida, así como en la de su pareja.

Los factores orgánicos no afectan de la misma manera a hombres y mujeres (por ejemplo, la DE es

más vulnerable y evidente que la disfunción de la excitación femenina), ni ejercen los mismos efectos sobre la respuesta sexual; hay que tener en cuenta las diferencias individuales, ya que un mismo proceso físico puede ejercer efectos totalmente distintos sobre diferentes individuos en función de su personalidad, su historia sexual, etc.

Definición de disfunción eréctil

Se define como “la incapacidad persistente o recurrente para conseguir o mantener una rigidez del pene suficiente que permita una relación sexual satisfactoria”. A fin de descartar trastornos temporales, debe tener una duración mínima de 3 meses, salvo en aquellos casos de DE secundaria a trauma o posquirúrgica, o cuando el paciente lo vive de forma problemática. Esta definición se restringe a la capacidad de la erección del pene; y suele acom-

pañarse de un estado de ansiedad que ocasiona problemas de pareja; pero no debe olvidarse que la aparición de ella puede ser el primer signo de isquemia coronaria oculta. En la misma desempeña un factor etiopatogénico esencial el óxido nítrico (ON) como mediador de la disfunción endotelial y el desarrollo de la enfermedad vascular.

Producción de una erección

Anatómicamente, el pene contiene un sistema de 2 cámaras rellenas de tejido esponjoso (sinusoides), separadas por un septo fibroso. Este sistema, denominado cuerpos cavernosos (CC), está presente a lo largo de todo el miembro. Los CC están rodeados por una membrana llamada túnica albugínea. El tejido esponjoso del interior de cada CC está formado por músculo liso (ML), tejidos fibrosos, espacios huecos, venas y arterias. Por de-

bajo de los CC se sitúa el cuerpo esponjoso (CE) que contiene la uretra, el conducto por donde se eliminan la orina y el semen, el cual no contribuye con el proceso eréctil; todos ellos deben trabajar en conjunto para provocarla. La misma comienza cuando el cerebro envía señales nerviosas al pene en respuesta a una estimulación sexual (caricias, algo que se ve o se escucha, pensamiento o un sueño). Para conseguirla, debe producirse una vasodilatación suficiente de las arterias que llevan la sangre a los CC penianos y una dilatación suficiente del tejido esponjoso. Cuando el pene está flácido, los ML del tejido eréctil se mantienen en contracción tónica y sólo dejan pasar una pequeña cantidad de sangre para cubrir las necesidades de nutrición de los tejidos. Durante la erección, las señales nerviosas hacen que estos se relajen, lo cual provoca que la sangre fluya dentro del tejido esponjoso y se acumule. El pene se agranda y se vuelve más firme. Posteriormente, las venas

se comprimen para evitar que la sangre salga del sistema. Después del orgasmo, las venas se descomprimen, la sangre sale y fluye nuevamente hacia la circulación general. (fig. 1-2) Estos cambios en el flujo sanguíneo peniano están mediados bioquímicamente por la liberación de ON a partir de las neuronas y el endotelio (las células que tapizan los vasos sanguíneos). El ON, a su vez, estimula la enzima denominada guanilato ciclasa, lo que incrementa la concentración de GMPc (guanosina monofosfato cíclico) en las células musculares lisas arteriales y sinusoidales, y provoca su relajación. La erección se mantendrá en la medida en que continúe la relajación de la musculatura lisa, produciendo más GMPc (por liberación de nuevas cantidades de ON) o impidiendo que el GMPc sea degradado por acción de la enzima fosfodiesterasa-5 (PDE-5). (Fig. 3) Existen dificultades para la circulación del flujo sanguíneo cuando las arterias, aunque estén permeables, no se dilatan

normalmente, o cuando en las paredes vasculares se forman placas ateroscleróticas que provocan una obstrucción mecánica. Para lograr una buena erección se necesitan vasos sanguíneos sanos.

Posibles causas de la disfunción eréctil

Cualquier alteración en los complejos mecanismos que se suceden en el desarrollo de la erección, activación neuronal cerebral y de la columna vertebral, nervios periféricos penianos, músculos lisos, venas y arterias de los CC, es suficiente para que ésta se altere. Existen, por tanto, numerosas causas de la DE y para llevar a cabo su estudio se suelen agrupar en 3 grandes grupos: orgánicas, psicógenas o mixtas. Las orgánicas más frecuentes son las vasculares ya que el pene no puede acumular la sangre necesaria para que se desarrolle una erección, generalmente porque no llega en

suficiente cantidad y/o con suficiente presión. La hipertensión arterial (HTA) y el colesterol alto pueden dañar los vasos que llevan sangre al pene. La diabetes (DBT) produce lesión vascular y nerviosa (el 35-50% de los hombres con DBT sufre DE). El consumo abusivo de alcohol y drogas puede causarla por lesión vascular e insensibilización de los nervios que controlan las erecciones. Los hábitos nocivos para la salud (tabaquismo, obesidad y sedentarismo) pueden contribuir a la DE afectando al flujo sanguíneo en las venas y las arterias. La medicación indicada para tratar otras enfermedades puede producir como efecto secundario la disminución de la capacidad de tener una erección; tal es el caso de la HTA, las cardiopatías, la depresión, las alteraciones de la conducta, las alergias o la úlcera gástrica. La DE debida a causas neurológicas se produce por una interrupción en la transferencia de mensajes del cerebro al pene por la presencia de una lesión en los nervios implicados. Frecuen-

temente, las lesiones neuronales a nivel central (esclerosis múltiple o el ictus apoplético) o periférico (tratamiento quirúrgico y radioterápico del cáncer de próstata) son motivo de DE al interrumpir las vías de señalización neurovascular. Asimismo, las lesiones estructurales causadas por traumatismos o enfermedades fibrosantes (Enfermedad de Peyronie) también pueden provocarla. Las causas hormonales son menos frecuentes. Sólo una pequeña cantidad de casos de DE es originada por una disminución de la testosterona. Asimismo, las alteraciones en la secreción de la hormona tiroidea o el incremento en la producción de prolactina pueden inducir también a la DE. En el pasado se pensaba que la mayoría de los casos de DE se debía a problemas emocionales; sin embargo, la mayor parte tiene un sustrato orgánico. Los factores psicológicos (el estrés, la ansiedad, la culpa, la depresión, la baja autoestima y el miedo a fallar en las relaciones sexuales) causan sólo el 10-20% de

los casos; no obstante, los varones que presentan una causa orgánica a menudo pueden desarrollar el mismo tipo de reacciones psicológicas, lo que genera el empeoramiento de la DE orgánica.

La incidencia del origen vascular de la DE por encima de los 50 años es muy superior a la del resto de las posibles patologías. Como norma general, debe pensarse que todo lo que sea malo para las ECVC también lo es para la salud sexual y viceversa.

DE y riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares (ECVC)

Tanto la ECVC como la DE son problemas sanitarios de 1er. orden, en todo el mundo. La principal expresión de la ECVC es la cardiopatía isquémica (CI), que, a su vez, es la responsable del infarto agudo de miocardio (IAM). La ECVC sigue siendo una de

las principales causas de muerte. Se estima que más de 17.000.000 de personas mueren cada año en todo el planeta a causa de la misma. La prevalencia de la ECVC, evaluada por la American Heart Association, muestra que en los varones de 45-54 años es del 6,7%; en los de 55-64 años, del 13,1%; del 17,7% entre los 65-74 años, y del 18,6% para los mayores de 75 años. En España, el estudio DO-RICA (Dislipemia, Obesidad y Riesgo Cardiovascular) realizado por sociedades científicas españolas, establece que en torno a un 40% de todas las muertes en ese país tiene este origen. Este hecho ha sido constatado en otros estudios epidemiológicos, donde se establece que las ECVC constituyen la 1ra. causa de muerte en el conjunto de la población española (en 2001 causaron 124.245: el equivalente al 34,5% de todas las defunciones acaecidas en ese país durante ese mismo año). Se estima que casi la mitad de los casos de DE en varones mayores de 50 años es de origen vascular.

La disfunción endotelial es una de las 1ras. manifestaciones de la enfermedad vascular aterosclerótica; es un proceso que puede detectarse antes de que se forme la placa aterosclerótica en los vasos. El 1er. estudio que puso en evidencia la estrecha relación entre la DE y el riesgo cardiovascular fue el MMAS (Massachusetts Male Aging Study), realizado en los Estados Unidos entre 1.290 varones, de edades comprendidas entre 40 y 70 años. La publicación mostró que la prevalencia de la DE, cualquiera que sea su grado, era del 52% (mínima: 17%, moderada: 25%, grave: 10%). El 74% de los pacientes con riesgo cardiovascular y el 67% de los pacientes que habían sufrido un IAM presentaban DE. Evidencias posteriores confirmaron estos resultados, lo cual demostraba que la DE era un posible marcador precoz de una CI latente, hecho de gran relevancia clínica.

La DE paso de ser un marcador de salud a factor

de riesgo cardiovascular independiente en atención primaria; como lo demuestran los resultados de la investigación de APLAUDE (2001) con los más recientes del grupo AIDS-AP (2006).

Justificación de la relación entre la DE y el riesgo de padecer una ECVC

La DE y la población que la sufre comparten los mismos factores de riesgo que la CI: HTA, DBT, hipercolesterolemia, tabaquismo, obesidad, hiperlipidemia, etc. Además, las exploraciones imagenológicas de los vasos sanguíneos en pacientes con CI, como la angiografía, han demostrado una correlación significativa entre el número de vasos ocluidos y la función eréctil.

La DE se puede manifestar antes de aparecer síntomas de CI.

Las arterias penianas tienen un calibre inferior a las coronarias (el diámetro de las primeras es de 1-2 mm frente al de las segundas: 3-4 mm) y se sitúan entre las primeras que sufren los trastornos de la aterosclerosis. Así, es posible que una placa del mismo tamaño pueda afectar el riego de las arterias del pene y no el de otras más gruesas. Estos datos anatómicos se relacionan con los estudios clínicos que muestran la DE como un marcador precoz de las ECVC. Hasta un 64% de los pacientes con DE de origen vascular sufrió posteriormente un IAM; la misma se manifestó clínicamente antes de que el paciente supiera que padecía ECVC. El 57% de los pacientes que sufrieron una intervención de un proceso de CI padecía DE.

Manifestación de la DE posterior al IAM

Además de los mencionados factores de riesgo

de CI asociados igualmente a la DE (HTA, etc.), hay que añadir la medicación administrada en estos pacientes, el miedo de repetición del infarto durante la fase de excitación sexual y la inhibición del deseo sexual, que se manifiestan en el 50% de los casos. Hasta el 25% de los pacientes abandona la actividad sexual tras sufrir un IAM; el 50% reduce la frecuencia, y sólo el 25% reanuda su actividad sexual previa. Las mujeres que han sufrido ataques cardíacos parecen menos propensas que los varones a tener dificultades sexuales posteriores, y aunque el deseo y la actividad suelen disminuir, la capacidad orgásmica generalmente no se modifica.

Conclusión

Existe una relación entre la severidad de la DE y el grado de ECVC. Se pudo demostrar que a mayor edad aumenta el riesgo cardiovascular y la proba-

bilidad de presentar DE; asimismo, ésta es un marcador de salud al detectar patologías relevantes desconocidas y un factor de riesgo cardiovascular independiente.

Bibliografía

¹ American - HeartAssociation. Heart Disease and Stroke Statistics Update». <http://americanheart.org/presenter.jhtml?>

² Aranceta, J., M. Foz, B. Gil, E. Jover, T. Mantilla, J. Millán, S. Moreneo, y B. Moreno. Obesidad y riesgo cardiovascular. Estudio DORICA. Madrid:Editorial Médica Panamericana y Laboratorios Lacer, 2004.<http://www.agapea.com/Obesidad-y-Riesgo-Cardiovascular-EstudioDORICA-I-n579014i.htm>.

³ Banegas, J. R., F. Villar, y F. Rodríguez Artalejo. «Evaluación del riesgo cardiovascular en la población española». Cardiovascular RiskFactors 13 (2004): 155.

⁴ Martín-Morales, A., J. J. Sánchez-Cruz, e I. Sáenz de Tejada. «Prevalence and Independent risk Factors for erectile dysfunction in Spain results of the EDEM study. (Epidemiología de la DE masculina)». Journal of Urology 166 (2001): 259.

⁵ Sullivan, M. E., S. R. Keoghane, y M. A. Millar. «Vascular risk factors and erectile dysfunction». British Journal of Urology International 87 (2001): 838-845.

⁶ Dean RC and Lue TF. Physiology of penile erection and pathophysiology of erectile dysfunction. *Urol Clin North Am*, 2005; 32: 379.

⁷ Lue TF, Tanagho EA, McClure RD. Hemodynamics of erection, In. *Contemporary management of impotence and infertility*, Williams & Wilkins, 1988; 28-38.

⁸ Bosch RJ, Benard F, Aboseif SR et al. Penile detumescence: characterization of three phases. *J Urol*, 1991; 146: 867.

⁹ Lue TF, Takamura T, Schmidt RA et al. Hemodynamics of erection in the monkey. *J Urol*, 1983; 130: 1237. [Links

¹⁰ Saenz de Tejada I, Goldstein I, Azadzoi K et al. Impaired neurogenic and endothelium-mediated relaxation of penile smooth muscle from diabetic men with impotence. *N Engl J Med*, 1989; 320: 1025. [Links]

¹¹ Ignarro LJ, Bush PA, Buga GM et al. Nitric oxide and cyclic GMP formation upon electrical field stimulation cause relaxation of corpus cavernosum smooth muscle. *Biochem Biophys Res Commun*, 1990; 170: 843.

¹² Ayta IA, McKinlay JB, Krane RJ. The likely world-wide increase in erectile dysfunction between 1995 and 2025 and some possible policy consequences: *Erectile Dysfunction*.

¹³ Erectile dysfunction: a disease marker for cardiovascular disease. *Cardiol Rev*. 2011;19(1):5-11.8. Montorsi P, Ravagnani PM, Galli S, Rotatori F, Briganti A, Salonia A, et al.

¹⁴ The artery size hypothesis: a macrovascular link between erectile dysfunction and coronary artery disease. *Am J Cardiol*. 2005;96(12B):19M-23M. 9. Kessler A, Sollie S, Challacombe B, Briggs K, Van Hemelrijck M.

¹⁵The global prevalence of erectile dysfunction: a review: Global prevalence of erectile dysfunction. *BJU Int.* 2019;124(4):587–99. 10.Irwin GM. Erectile dysfunction. *Prim Care.* 2019; 46(2):249–255.11. IMSS.

¹⁶ Hernández R, Thieme T, Araos F. Adaptación y Análisis Psicométrico de la Versión Española del Índice Internacional de Función Eréctil (IIEF) en Población Chilena. *Ter Psicol.* 2017;35(3):223-230. 13.

¹⁷ Globorisk. Lab risk calculator [Internet]. Disponible en: <http://globo-risk.org/calc/labform>

¹⁸ Corona G, Rastrelli G, Isidori AM, Pivonello R, Bettocchi C, Reisman Y, et al. Erectile dysfunction and cardiovascular risk: a review of current findings. *Expert Rev Cardiovasc Ther.* 18(3):155-164.

¹⁹ Kouidrat Y, Pizzol D, Cosco T Thompson T, Carnaghi M, Bertoldo A, et al. High prevalence of erectile dysfunction in diabetes: a systematic review and meta-analysis of 145 studies. *Diabet Med.* 2017;34(9):1185–1192.

²⁰ Feldman HA, Goldstein I, Hatzichristou DG, Krane RJ, McKinlay JB. Impotence and its medical and psychosocial correlates: results of the Massachusetts Male Aging Study. *J Urol.* 1994;151(1):54-61.

Manejo de iPDE-5 por el médico generalista.

Dr. Adrián Momesso

La disfunción sexual (DS). es el principal problema sexual en hombres. La DS se define como la dificultad para iniciar o mantener una erección adecuada para la actividad sexual. Según el Massachusetts Male Aging Study la prevalencia de DS se incrementa con la edad y se calcula que afecta a la mitad de los hombres de 40 a 70 años (para el año 2025 lo presentarán unos 322.000.000 de personas).

Inhibidores de la 5 fosfodiesterasa (IPDE5)

La terapia con IPDE5 constituye la terapia de 1°

elección para el tratamiento de la DS. Son agentes orales que en general se toman a demanda antes de iniciar la actividad sexual. El sildenafil y el tadalafil son las moléculas utilizadas en nuestro medio (otras drogas son utilizadas en otros países como el Udenafil, Avanafil, Lodenafil, Vardenafil entre otros).

La erección se inicia mediante un estímulo sexual, lo que estimula la liberación de óxido nítrico a nivel de las terminaciones nerviosas penianas. El óxido nítrico (ON) difunde en las células musculares lisas de los cuerpos cavernosos provocando una estimulación de la Guanilato ciclasa llevando a una elevación del Guanosín Monofosfato cíclico (GMPc). Esto lleva a la activación de la Protein-Kinasa, fosforilación de ciertas proteínas y a una disminución de los niveles de Ca^{++} intracelular, llevando a la relajación del músculo liso con la consecuente erección.

Los IPDE5 mejoran la función eréctil durante el estímulo sexual penetrando en las células musculares lisas e inhibiendo a la PDE5 (que es la enzima que degrada al GMPc), resultando de una disminución de la degradación del GMPc, manteniendo niveles elevados en cuerpos cavernosos y vasos. Esto lleva al incremento de la relajación del músculo liso cavernoso e incremento del flujo sanguíneo, permitiendo mantener la erección.

La PDE5 fue descubierta por Corbin en 1976. Esta enzima presenta 2 idénticas subunidades y un peso molecular de 100.000 daltons cada una.

Cada una posee un dominio catalítico y un dominio regulatorio. El dominio catalítico es el sitio donde se unen los IPDE5 produciendo la ruptura de la unión del GMPc, alterando su mecanismo de acción.

Como el sildenafil y los demás IPDE5 tienen una estructura similar al GMPc, éstos pueden ocupar el sitio catalítico de la PDE5, bloqueando la unión del mismo a este sitio y elevando su concentración intracelular, resultando en una relajación del músculo liso con la consecuente erección. El sildenafil y las demás moléculas tienen 1000 veces más afinidad por este sitio.

Si asumimos estos factores, por la mayor afinidad (potencia) de los IPDE5 por este sitio, se van a requerir menores dosis de estas drogas para producir mayor efecto.

Es importante tener en cuenta la selectividad hacia la PDE5 (la que se encuentra en el cuerpo cavernoso) ya que también pueden inhibir otras PDE (1 a la 11) produciendo efectos adversos no deseados. Por ejemplo el sildenafil y el vardenafil tienen 4 a 10 veces menor afinidad por la PDE6

(la cual predomina en la retina) alterando la visión de los colores. El tadalafil tiene afinidad por la PDE11 (la que se halla en células miocárdicas, células germinales y células de Leydig) sin conocerse su efecto.

Los IPDE5 se metabolizan en hígado (no en músculo liso) una vez disociadas de las células musculares lisas. El índice de salida del IPDE5 de las células del músculo liso debería tenerse en cuenta cuando se comparan los IPDE5 ya que esto puede afectar la duración del efecto. La desaparición del IPDE5 del plasma puede significar, aunque no prueba, su desaparición de las células donde producen sus efectos. Dado que los IPDE5 se unen firmemente a estas células, esto podría retrasar en modo significativo la salida de las mismas y prolongar los efectos de estas drogas en los pacientes.

SILDENAFIL

El sildenafil se aprobó en 1998 y fue el 1° IPDE5 en el mercado. Es efectivo a los 30 a 60 minutos de ingerido, y tiene reducida su absorción con la ingesta de grasas. Por este motivo hay que instruir al paciente cómo debe ingerirlo.

La dosis varía entre 25 y 100 mg, siendo la dosis óptima de 50mg y el efecto dura de 6 a 12 hs, variable entre los pacientes.

Luego de 24 semanas de administrado, su eficacia es de 56% con 25 mg; 77% con 50 mg y 84% con 100 mg.

TADALAFIL

Fue aprobado en 2003, es efectivo a partir de los 30' post ingesta con un pico a las 2 hs. La eficacia se mantiene por 36 hs y su absorción no está alterada por los alimentos. Se utiliza en dosis de 10 a 20 mg, con una eficacia del 67% y 81% a las 24 semanas.

Las dosis de 2,5 y 5 mg fueron probadas para utilizarse diariamente, ya que por su vida media de 17 hs el efecto es acumulativo a partir del 5^{to} día de administrado:

Dosis diaria: 2,5 mg = 4 a 5 mg

Dosis diaria: 5 mg = 8 mg

Dosis diaria: 10 mg = 16 mg

En 2011 la dosis de 5 mg/día fue aprobada por la FDA para el uso en hiperplasia prostática benigna .

Si bien el mecanismo de acción del tadalafil en síntomas del tracto urinario inferior no está todavía dilucidado, se piensa que la inhibición de la 5FDE presentes en la vejiga, próstata, uretra y microcirculación de dichos órganos incrementa el ON intracelular relajando musculatura lisa de estas estructuras, mejora la perfusión sanguínea e inhibe los estímulos a los nervios aferentes al tracto urinario inferior.

Diferentes estudios clínicos demostraron que los resultados de la ingesta diaria de tadalafil comparada con la tamsulosina fueron similares en cuanto a la reducción del IPSS a la semana de haber iniciado el tratamiento ($p > 0.001$) pero a los 3 meses los resultados fueron superiores a la tamsulosina ($p > 0.023$).

Como conclusiones podemos decir que los resultados son similares aunque, como es lógico, el grupo que fue medicado con tadalafil mejoró la función sexual.

Otros IPDE5

No están disponibles en Argentina.

El **Vardenafil** (Levitra) es muy similar al sildenafil, aprobado en 2003, es efectivo a partir de los 30 minutos de administrado. Las dosis utilizadas

son de 5, 10 y 20 mg (comenzando con 10 mg) y varían de acuerdo a la respuesta y efectos adversos. La tasa de respuesta, luego de 12 meses de uso, es de 66%, 76% y 80% de acuerdo a las dosis utilizadas y la tasa de abandono del tratamiento es similar al grupo placebo. Tiene buena respuesta en pacientes diabéticos (49% y 54% comparado con 23% de placebo)

El **Avanafil** es un IPDE5 de acción rápida (a los 15 minutos) y un efecto de 6 hs. La respuesta terapéutica y los efectos adversos son similares a los demás IPDE5 pero el comienzo de acción es más rápido. Aprobado en 2012 por la FDA con el nombre de Stendra.

El **Udenafil** es un IPDE5 con una vida media de 11 hs. Los efectos terapéuticos y adversos son similares a los demás pero es el único de los nuevos medicamentos con vida media prolongada, inter-

media entre sildenafil y tadalafil. Es comercializado en Corea y Rusia con el nombre de Zydena.

El **Lodenafil** es un IPDE5 de acción corta, con una vida media de 2,4 hs. Sus resultados son similares a los demás IPDE5. Aprobada en Brasil con el nombre de Helleba del laboratorio Cristalia.

El **Mirodenafil** es un IPDE5 de acción corta, con una vida media de 2,5 hs. Disponible en Corea desde 2014.

Efecto adversos de los IPDE5

EFFECTOS ADVERSOS	SILDENAFIL	TADALAFIL
Cefalea	12.8 %	14.5 %
Sofocos	10.4 %	4.1 %
Dispepsia	4.6 %	12.3 %
Congestión nasal	1.1 %	4.3 %
Mareos	1.2 %	2.3 %
Anomalía de la visión	1.9 %	<2 %
Mialgias	6.5%	5.7 %

Seguridad cardiovascular

Estudios clínicos y estudios post- marketing demostraron que tanto sildenafil, vardenafil y tadalafil no incrementan la tasa de IAM, comparada con la población general de la misma edad que no ingiere IPDE5.

Ninguno de los IPDE5 presenta efectos adversos en ejercicio máximo en tiempo de aparición de isquemia, en pacientes con angina estable. En general, mejoran los resultados de los tests.

El sildenafil no altera la contractilidad miocárdica, el gasto cardíaco ni la fracción de eyección.

Interacciones con medicamentos Alfa bloqueantes

Todos los IPDE5 presentan interacciones con los

alfa bloqueantes, y en muchos casos se manifiesta hipotensión ortostática.

El sildenafil debe administrarse con cuidado en pacientes medicados con alfa bloqueantes, especialmente con doxazocina. Se debe comenzar con dosis bajas.

El tadalafil se puede asociar a la tamsulosina y no se puede asociar a la doxazocina.

Antihipertensivos

La co-administración de IPDE5 con antihipertensivos (inhibidores de angiotensina, bloqueantes cálcicos, beta bloqueantes y diuréticos) puede disminuir la presión arterial en forma mínima y no provoca efectos clínicos indeseables.

Nitratos

Los nitratos orgánicos están totalmente contra-

indicados con el uso de los IPDE5. (nitroglicerina, mononitrato o dinitrato de isosorbide , como así también el nitrato de amilo [poppers]). Esto lleva a un incremento del GMPc, llevando a un cuadro impredecible de hipotensión arterial.

Si un paciente presenta dolor precordial con la ingesta de IPDE5 la utilización de nitroglicerina se debe diferir 24 hs si utiliza sildenafil y 48 hs si utiliza tadalafil.

Ajuste de dosis

Los medicamentos que inhiben el metabolismo a través del Citocromo P450 (CYP3A4) van a disminuir el metabolismo de los IPDE5 y por lo tanto incrementar su nivel plasmático. Esto incluye el Ketoconazol, itraconazol, claritromicina, eritromicina y los inhibidores de las proteasas para el

tratamiento del HIV (ritonavir y saquinavir). En estos casos se debe comenzar con dosis bajas.

Por otro lado, medicamentos que incrementan la actividad del Citocromo P450 como la rifampicina, fenobarbital, fenitoina y carbamacepina van a metabolizar más rápidamente a los IPDE5 y se van a requerir dosis mayores.

Cuestiones especiales de seguridad con el uso de los IPDE5

Seguridad ocular

En años recientes se reportaron casos de ceguera causada por neuropatía óptica isquémica anterior no-arterial. (NAION) con la utilización de sildenafil.

Estudios posteriores no mostraron relación de

esta patología con la ingesta del medicamento. Se debe tener cuidado en su utilización en pacientes con problemas oculares y si el paciente presenta alteraciones en la visión durante el uso del sildenafil se debe discontinuar su utilización.

Seguridad auditiva

Algunos pacientes experimentan pérdida abrupta de la audición con la ingesta de IPDE5. No se encontró relación entre la medicación y este evento. Si sucede, se debe suspender la medicación inmediatamente y avisar al médico.

Seguridad reproductiva

Como el tadalafil tiene efecto inhibitorio sobre la IPDE11, enzima relacionada con la espermatogénesis, se pensó en una relación con ésta. Se realizaron 2 estudios con placebo vs 10 y 20 mg durante 6 meses y los mismos no presentaron alteraciones en los espermogramas.

Conclusiones

Los IPDE5 constituyen la primera línea en el tratamiento de la disfunción sexual. Se utilizan desde 1998 y son drogas seguras con indicación adecuada y utilizadas de acuerdo a la necesidad del paciente.

Es importante instruir al paciente cómo tomarlo, y controlarlo periódicamente.

Existen nuevas formulaciones de acción rápida no disponibles en nuestro medio.

Bibliografía

- Cardiovascular Effects of Phosphodiesterase Type 5 Inhibitors. Charalambos Vlachopoulos, Nikolaos Ioakeimidis, Konstantinos Rokkas, Christodoulos Stefanadis. J Sex Med 2009;6:658–674.
- Tratado de Andrología y Medicina Sexual. Cruz Navarro, Na-

talio. Editorial Panamericana, Capítulo 75,2012.

- 1 Consenso Argentino sobre Disfunción Eréctil (SAU),1998
- 2 consenso Argentino sobre Disfunción Eréctil y Sexualidad (SAU) ,2002
- Medicina sexual basada en la evidencia. 2002. I Encuentro Argentino Multidisciplinario.
- Sociedad Argentina de Urología.
- Management of male erectile dysfunction: From the past to the future Chang Ming Wan et al. Endocrinol., 26 February 2023 Volume 14 - 2023 |
- Proterap: Programa de actualización en terapéutica. Séptimo ciclo Módulo 4 Dr Adrian Momesso: Dr Edgardo Becher. Unidad 6, Editorial Panamericana 2017
- Las recomendaciones para el diagnóstico y tratamiento de la disfunción eréctil. Capítulo 6 Cátedra de Urología-Facultad de Medicina UBA (2019)

Efecto de la cirugía prostática sobre la sexualidad masculina.

Dr. Alejandro Urresti

“Con la operación se fue todo lo que me hacía hombre”

Con esta frase se nos presentaba a la consulta un señor de 59 años, a no más de un año de una prostatectomía radical con intención curativa por diagnóstico de cáncer de próstata localizado. Más allá de la necesidad de “trabajar” en la reconstrucción de su sexualidad, es evidente que se presentaba ante nosotros el gran desafío de enfrentar la visión tan personal que el paciente tenía sobre la sexualidad del varón y los efectos devastadores que la cirugía había tenido sobre su imagen, su autoestima, su virilidad y su idea internalizada sobre qué “lo hacía hombre”.

Los médicos clínicos o de cabecera son los que reciben la primera pregunta que denota la angustiante situación. Frecuentemente, incluso antes de la cirugía, los médicos de cabecera son consultados sobre los efectos que una posible cirugía de próstata generaría sobre su futuro desempeño sexual.

El objetivo de este capítulo es brindar las herramientas para contestar a estos interrogantes con la mayor exactitud posible, comprendiendo las particularidades de la cirugía prostática, sus efectos tratables y reversibles sobre la respuesta sexual masculina y sus inevitables e irreversibles consecuencias.

Para atender a nuestro objetivo lo mejor es comenzar con algunos conceptos vertidos por la American Urological Association (AUA) sobre la Disfunción Eréctil (DE) cuando la define como la

incapacidad total o parcial para lograr o mantener una erección suficiente para un desempeño sexual satisfactorio. Por otro lado, conceptualiza que *“Ningún otro aspecto del funcionamiento de los seres humanos toca tantos componentes de la identidad de un varón ni alcanza este grado de complejidad...”*¹

La función sexual depende de capacidades intactas a nivel anatómico, fisiológico y del comportamiento, pero ésta se da en un contexto de múltiples aspectos, incluyendo las creencias y los valores de un varón en referencia a la sexualidad y la masculinidad, la crianza y aspectos socioculturales, en la relación con la pareja y en la calidad de dicha relación, así como en las creencias y valores de su pareja en referencia a la actividad sexual.²

Es por todo esto que los cambios anatómicos pro-

ducidos por la cirugía de próstata y que afectan la respuesta sexual del varón son ampliamente conocidos generando preocupación antes del procedimiento, pero más aún, su desconocimiento produce graves consecuencias si no son debidamente considerados antes de la operación.

Prostatectomía radical

“Después de tres años de radioterapia, infecciones y cirugía de próstata, puedo orinar.

Però ya no puedo hacer el amor”

Louis Van Gaal. Director técnico de fútbol.

La disfunción eréctil (DE) suele ser una consecuencia inevitable (al menos hasta el momento actual) de la prostatectomía radical, cualquiera sea la vía o tecnología utilizada. En los últimos años la cirugía robótica promete mejores resultados a la luz

de la capacidad de los instrumentos “inteligentes” de conservar las bandeletas neurovasculares periprostáticas a cuyo daño se atribuyen los efectos sobre la función eréctil. La falta de respuesta al tratamiento con drogas orales (inhibidores de la PDE tipo 5) es frecuente y depende mucho de la edad del paciente y del status sexual previo a la cirugía. Los factores de riesgo cardiovascular presentes como en toda DE, son buenos pronosticadores de esta falta de respuesta, en especial el tabaquismo y la diabetes. Ya en manos del especialista, se le explicará el abanico de posibilidades terapéuticas para lograr la erección cuando la píldora no haya dado el resultado esperado.

Los pacientes que recibieron una PR y no presentaban DE previo al procedimiento tienen la particularidad de responder muy bien a las **inyecciones intracavernosas (IIC) de drogas vasoactivas**. Estas, a diferencia de las orales (iPDE5) no son

“facilitadoras” de la erección sino “inductoras”, generando una erección inmediatamente luego de aplicadas, siendo el tiempo y rigidez de la misma dosis dependiente.

Aquellos pacientes que tienen pareja estable o presentan contraindicaciones para la terapia por autoinyección se pueden beneficiar con el uso de una **bomba de vacío (Vacuum)**. A paciente y pareja se educa para incorporar el dispositivo al acto sexual haciendo que su uso forme parte de los “juegos previos” transformando así un momento que puede resultar al menos “tenso” en algo divertido.

Los implantes protésicos han adquirido mucho interés en los últimos años debido a una mayor accesibilidad, la fabricación nacional de dispositivos y la incorporación, cada vez más frecuente, de los mismos en las cartillas de obras sociales. Se sabe

desde hace tiempo que estos implantes gozan de gran aceptación por parte de los pacientes y sus parejas (3), incluso más que otros tratamientos como las IIC o el Vacuum. Las limitaciones incluyen la necesidad de una cirugía para ser implantados, la anulación de otros tipos de terapias si el implante fracasa y el riesgo de infección que implicaría la necesidad inmediata de retirarlo. En este último aspecto se han desarrollado recientemente dispositivos impregnados en antibióticos que buscan reducir al mínimo este riesgo que sigue estando presente entre un 3 al 7% de las operaciones, según diferentes publicaciones.⁴ Existen básicamente dos tipos de prótesis: maleables e hidráulicas o “inflables”. **Las prótesis maleables** se implantan dentro de los cuerpos cavernosos del pene ocupándolos completamente, de forma tal que otorga la rigidez necesaria para la penetración y la “maleabilidad” suficiente para que el paciente pueda vestirse o practicar deportes con mínimas molestias.

Las prótesis hidráulicas permiten imitar el proceso de la erección mediante una bomba bidireccional que dirige líquido desde un reservorio implantado dentro del abdomen hacia dos cilindros inflables que ocupan los cuerpos cavernosos, realizando el desplazamiento inverso del líquido cuando se desea detumescencia. El dispositivo hidráulico es muy aceptado por la “apariencia natural” que le da a la flaccidez peniana.

La combinación de cirugía, radioterapia y hormonoterapia suele ser lapidaria para la función sexual en todos los niveles de la respuesta sexual humana.⁵

La ausencia de eyaculación es resultado de la extirpación de la glándula prostática conjuntamente con las vesículas seminales y suele generar cambios en la percepción del orgasmo al no generarse el jet eyaculatorio. Algunos cambios característicos son:

- **Disorgasmia:** percepción del orgasmo seco como una sensación desagradable e incluso a veces, dolorosa.
- **Anorgasmia:** el paciente no logra disociar el orgasmo de la eyaculación llegando a no lograr placer o no percibirlo.
- **Climacturia:** la ausencia de uretra posterior y del esfínter liso del cuello vesical provoca que la contracción de la musculatura perineal propia del orgasmo, sobre la uretra preesfinteriana, en ocasiones ocupada por orina, genere salida de orina en forma de jet eyaculatorio de variado volumen. Esto puede vivirse como una sensación agradable que recuerda a la eyaculación mientras que otros lo viven con pudor o vergüenza.

Siguiendo el modelo de respuesta sexual de Helen Kaplan⁶ el **deseo sexual** puede afectarse por múltiples razones: inicialmente el diagnóstico

de cáncer puede ser suficiente razón. Se calcula que aproximadamente la mitad de los varones que reciben el diagnóstico de cáncer de próstata tiene disfunción sexual sólo por recibir la noticia. En otros casos la terapia oncológica suele incluir deprivación de andrógenos (TDA), un tratamiento que hace caer los valores de Testosterona circulantes hasta niveles “de castración” con el subsiguiente efecto deletéreo sobre la libido. Finalmente, el paciente, al verse desprovisto de respuesta eréctil, incapaz de lograr penetración y lleno de dudas sobre cómo va a ser “acabar” sin erección y sin eyacular, puede reaccionar con una pérdida racional del deseo mediante conductas evitativas que lo alejan de la intimidad sexual con su pareja y en muchas oportunidades alejándolo también desde lo emocional. Hemos visto cómo la pareja, abrumada por la catarata de eventos que incluyen: temor por la pérdida, la palabra cáncer, la cirugía en sí, los cuidados que implica y las consecuencias

sexuales adopta una posición maternalista evitando “demandar” sexualidad y por lo tanto contribuyendo inconscientemente a la evitación del acto sexual.

El sexólogo colombiano Helí Alzate⁷ afirmaba que muchos pacientes, incluso aquellos en los que no se encontraba una disfunción sexual evidente, tenían grandes dificultades para iniciar un acercamiento a otras personas, lo que les impedía iniciar una relación sexual más allá de tener intactas sus fases de deseo, excitación u orgasmo. Él lo llamó **“fase relacional”**. Para los pacientes “sobrevivientes” al cáncer de próstata que no tienen una pareja estable al momento de declarada la enfermedad, explicar las limitaciones que la misma les ha producido o produce en materia sexual, suele resultar en un gran impedimento a la hora de relacionarse con otras personas. Incluso ya teniendo encaminada la terapia de sus disfunciones sexuales. Por

ejemplo, explicar por qué tiene implantada una prótesis peniana, resulta una situación al menos incómoda.

En fín, la PR afecta prácticamente todos los niveles de la respuesta sexual del varón, sus valores, su imagen, estima y pone en jaque su capacidad para seguir encontrando placer en el sexo. Reeducar en sexualidad, buscando disimular los efectos que una cultura penecentrista, androcentrista, coitocentrista, ha internalizado en muchos de nosotros haciendo que no se conciba sexo sin erección, sin penetración o sin eyaculación no es tarea fácil para el terapeuta sexual pero más aún es muy difícil para el paciente, que debe comenzar a vivir una nueva sexualidad, ni mejor ni peor que la que conoce, pero distinta, donde la búsqueda del placer puede y debe redescubrirse.

Adenomectomía de próstata

(Cirugía de la hiperplasia prostática benigna (HPB))

La cirugía de la HPB por frecuente no debe subestimarse en lo que hace a sus efectos sobre la sexualidad masculina. Representa una de las intervenciones más frecuentes de la práctica urológica junto a la vasectomía, la cirugía de los cálculos urinarios y la circuncisión. Podemos clasificar sus consecuencias en sexuales y reproductivas.

Las consecuencias sobre la salud reproductiva han sido ampliamente expuestas en la literatura médica debido al efecto evidente denominado “retroeyaculación” u “orgasmo seco”, situación producida por la alteración de la anatomía de la uretra posterior, impidiendo la expulsión seminal anterógrada durante el orgasmo y el consecuente “depósito” del material eyaculado en la vejiga, con la consecuente infertilidad resultante. Los efectos

no pueden prevenirse fácilmente, sin embargo se vienen desarrollando nuevas técnicas quirúrgicas con el objetivo de provocar el menor daño posible a la musculatura que rodea al veru montanun, sitio donde se produce la “emisión” seminal en la uretra posterior. Las mismas incluyen implantes, Hidroablación, retractores de los lóbulos prostáticos y modificaciones de la técnica clásica de resección endoscópica transuretral (RTU).

Los procedimientos actuales de rescate de gametos, tanto de la orina como a través de la Punción Aspiración Epididimaria de Espermatozoides (PESA), permiten a casi todos los varones operados de próstata preservar su fertilidad, sin olvidar ofrecer criopreservar gametos previamente a la cirugía. La vida en general y la paternidad en particular ya no tienen límites de edad para el varón y su deseo de ser padre puede aparecer en cualquier etapa de la vida. Vencer el preconcepto de

que existe una edad para ser padre, puede ahorrarnos grandes dolores de cabeza en la práctica médica actual.

Los **efectos sobre la salud sexual** han sido menos estudiados, así muchos pacientes se sienten defraudados por sus médicos por no haber sido prevenidos de los posibles efectos que la ausencia de eyaculación pueden acarrear sobre el propio placer. La mayoría de ellos se producen durante la fase orgásmica de la RSH (5) Ya hemos hablado sobre los efectos de la ausencia de eyaculación. Muchos pacientes refieren “extrañar” el paso del semen por la uretra haciendo que el orgasmo “no sea el mismo”, si bien la disorgasmia como sensación desagradable o dolorosa es poco frecuente en la cirugía de la HPB. Por suerte la gran mayoría de los pacientes sigue afirmando que las sensaciones orgásmicas no cambian y que solo es cuestión de comprender la simultaneidad de dos hechos fisio-

lógicos, uno sexual, el orgasmo, y otro reproductivo, la eyaculación, considerados como un único fenómeno por casi todos los varones.

Por otro lado, y no menos importante, es preguntar sobre la importancia que para el paciente reviste la eliminación del jet seminal. **La eyaculación es un evento espectacular de la respuesta sexual del varón.** No está presente en la mujer, cuyo ciclo ovulatorio mensual la hace receptora de los espermatozoides que impulsados en sucesivas oleadas distantes en milisegundos pueden alcanzar una velocidad de hasta 50 km/hora y pueden constituir desde un juego sexual hasta la única y evidente “prueba” de haber alcanzado el placer. Ésto es no solo importante para ese varón sino también para las expectativas de su pareja. He visto mujeres preocupadas por no poder “percibir claramente” el orgasmo de sus parejas e incluso dubitantes de haber sido “engañadas” con una simulación.

La disfunción eréctil (DE) ha sido descripta frecuentemente asociada a la cirugía de la HPB, sin embargo ha sido difícil encontrar el factor causal. La incidencia es inferior al 4% ⁸ y se propone que la coincidencia con el grupo etario de pacientes, años de tabaquismo y factores de riesgo cardiovascular podrían contribuir a la aparición de ambas afecciones al mismo tiempo.

Como conclusión podríamos decir que la cirugía prostática ha adquirido una fama que hace que los hombres la enfrenten con mucho temor por las consecuencias sexuales que acarrea. La prolongación de la vida y de la vida sexual y reproductiva del varón moderno, obliga a estudiar con cuidado estos efectos, conocerlos, prevenir a nuestros pacientes para evitarles sufrimiento y hasta incluso para eludir conflictos medico legales. Pareciera que más que fama, es una preocupación real.



Preparación de la mesa de operaciones para un implante protésico peniano.

Bibliografía

¹ American Urological Association. Definición y conceptualización de la Disfunción eréctil.

² Burnett AL, Nehra A, Breau RH et al: Erectile dysfunction: AUA guideline. J Urol 2018

³ Favorable female sexual function is associated with patient satisfaction after inflatable Penile prosthesis implantation. D. J. Moscovic. Journal of Sexual Medicine. 2011. Pag. 1996-2001.

⁴ Experiencia Argentina en el Implante de prótesis penianas. A.

Bechara, A Casabé. Rev. Arg de Urología. 60 (1)53-7 Ene.1999.

⁵ Respuesta Sexual Humana. W. Masters, V. Johnson. Ed. Inter-Médica 1981

⁶ Modelo trifásico de la Respuesta Sexual Humana. Helen Singer Kaplan. 1980.

⁷ Tratado de Sexualidad Humana. Helí Alzate. Ed. Temis. 2da. ed. Colombia. 1987.

⁸ Tratado de Urología de Campbell- Walsh. Tomo 3. Ed. Panamericana.

Andropausia o declinación de andrógenos con el envejecimiento masculino.

Dr. Jonathan Finkelstein

El síndrome de déficit de testosterona (SDT) es una entidad clínica y bioquímica causada por una deficiencia de andrógenos séricos (con o sin sensibilidad genómica reducida a los andrógenos) que puede afectar e impactar en múltiples órganos, sistemas, y calidad de vida de los varones.^{1, 2}

Se han utilizado múltiples terminologías para el síndrome clínico asociado con concentraciones reducidas de Testosterona (T) sérica, generando una confusión en la población médica. Desde la publicación de las recomendaciones de la Fourth International Consultation for Sexual Medicine

(ICSM 2015) y sus actualizaciones, parecería existir un fuerte consenso en la preferencia del término deficiencia de testosterona (DT) a términos como hipogonadismo, hipogonadismo de inicio tardío, inicio en la edad adulta del hipogonadismo, DAEM, entre otros, por su claridad y sencillez al igual que “Terapia con testosterona”(TT), refiriéndose a todas las formas de tratamiento que están dirigidas a elevar los niveles séricos de dicha hormona en lugar del término “terapia de reemplazo de testosterona”. Además, se ha recomendado simplificar la clasificación del Síndrome en tipos primarios y secundarios, eliminando el término “mixta”. La DT primaria ocurre cuando la T es baja y la hormona luteinizante (LH) está elevada, lo que indica insuficiencia o falla testicular. La DT secundaria ocurre cuando la T sérica es baja y la LH es normal o está disminuida, lo que indica una anomalía a nivel del hipotálamo, la hipófisis o ambos.³

Prevalencia

Evaluando diferentes publicaciones sobre la prevalencia, los valores de los puntos de corte utilizados para definir los niveles bajos de T varían ampliamente. Existe heterogeneidad en las poblaciones estudiadas y en las formas y pruebas de T empleadas para la medición de los niveles. Estas inconsistencias reportan rangos significativamente altos de prevalencia de niveles bajos de testosterona, variando dramáticamente las estadísticas reportadas.

El SDT es una entidad que aumenta con la edad. La presencia de niveles bajos de T oscila entre el 2 y el 13% de la población en varones de mediana edad ⁴, mientras que la combinación de niveles bajos de T junto con clínica asociada afecta entre un 2 y un 5,7% de los varones entre los 40 y los 80 años.⁵

Fisiología básica

En los hombres eugonadales, la regulación de la producción de testosterona está controlada por el eje hipotálamo-hipófiso-gonadal. En el cerebro, el hipotálamo secreta la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH), que estimula la glándula pituitaria anterior para que produzca la hormona estimulante del folículo (FSH) y LH. La LH estimula las células de Leydig para producir T, mientras que la FSH estimula los túbulos seminíferos para la maduración de los espermatozoides. A través de un mecanismo de retroalimentación negativa, la T inhibe la secreción de GnRH y LH, mientras que la hormona inhibina B, secretada por las células de Sertoli, inhibe el aumento de FSH.⁶

Los receptores de andrógenos (RA) están presentes en muchos tejidos del cuerpo, permitiendo la respuesta a la T con su unión. El complejo andró-

geno-receptor resultante luego se une al ADN, regulando la actividad de los genes sensibles a los andrógenos.

El gen AR contiene un segmento de ADN conocido como CAG, que se repite varias veces. En la mayoría de las personas, el número de repeticiones CAG oscila entre menos de 10 y alrededor de 36.⁷ La longitud de estas repeticiones en el gen AR puede influir en la sensibilidad a los andrógenos⁸, la acción de los andrógenos y los efectos fenotípicos androgénicos, incluso en presencia de niveles normales de T.⁹

La T es el mayor andrógeno circulante, secretado principalmente por las células de Leydig del testículo a partir de una molécula de colesterol. La secreción diaria de testosterona testicular es de 10mg, a los que se deben agregar alrededor de 500ug aportados por las glándulas suprarrenales

y la conversión periférica de androstenediona. Las concentraciones plasmáticas de testosterona total disminuyen un 0.4% por año, en tanto que las concentraciones de testosterona libre en plasma disminuyen 1.3% por año.³

Rangos de Referencia

Los rangos de referencia bien establecidos constituyen la base para identificar si los niveles circulantes de T son normales o bajos. Existen retos en la metodología para medir los niveles de T y una considerable variabilidad en los rangos de referencia.¹⁰ Estas mediciones pueden verse alteradas debido al estado de salud de los pacientes en el momento de la prueba, niveles de SHBG y a los ritmos circadianos.

Diversas sociedades médicas como la American

Urological Association, la American Society of Andrology, Endocrine Society, European Association of Urology, la European Academy of Andrology, la International Society of Andrology y la International Society for the Study of the Aging Male, han empleado diversos umbrales para definir los niveles bajos de testosterona total, fluctuando de 230 a 350 ng/dL.

La T Está unida a la albúmina con un tipo de unión débil en un 50% aproximadamente, a la globulina ligadora de las hormonas sexuales (SHBG) con un tipo de unión fuerte en un 44% aproximadamente, a la globulina ligadora de corticotropina con un tipo de unión débil en un 4%, y aproximadamente un 2% circula como testosterona libre. Se conoce a las fracciones de testosterona libre y unida de forma débil como la testosterona biodisponible.¹¹ La T libre es una molécula lipófila que pasa libremente a través de las bicapas de

fosfolípidos de la membrana celular hacia el citoplasma de las células diana, mientras que la T unida a la SHBG no puede hacerlo.

La falta de consenso con respecto a los criterios de diagnóstico para la T total entre varias guías y recomendaciones se explica en muchos casos en la arbitrariedad utilizada para definir estos umbrales sin basarse en evidencia fuerte.

Para asegurar la exactitud y la precisión, es necesario obtener por lo menos dos mediciones de la T total en las primeras horas de la mañana debido a las variaciones del ritmo Circadiano. En los varones, los valores máximos (pico) de T ocurren alrededor de las 3–8 a.m., con un 32–39% de la declinación total diurna que ocurre dentro de los primeros 30 minutos de haberse despertado.(12) Aunque la T total ha sido durante mucho tiempo el medio estándar para determinar la DT, la

evidencia actual aboga por un mayor reconocimiento del papel de la T libre (Fracción más biológicamente activa) con fines de diagnóstico. Las afirmaciones históricas de que los ensayos de T libre no son confiables si no se realizan mediante el método de diálisis de equilibrio, que requiere mucho trabajo, se contradicen con la evidencia moderna que muestra fuertes correlaciones ($r > 0,9$) entre la prueba analógica directa y la T libre calculada en comparación con la diálisis de equilibrio.¹³

El Panel de expertos de la Asociación Americana de Urología, en sus últimas recomendaciones sugiere, como éxito terapéutico, alcanzar niveles de testosterona hasta el rango fisiológico de 450–600 ng/dL (tercio medio del rango de referencia para la mayoría de los laboratorios) acompañado por la mejoría/resolución de los síntomas/signos. Deberá tomarse en cuenta a las enfermedades

agudas, puesto que su presencia puede afectar la exactitud de la prueba y llevar a mediciones de los niveles de T alterados.¹⁴

En la última revisión de expertos en Lisboa 2018, se llegó a la conclusión que, aunque la evidencia actual aboga por un mayor reconocimiento del papel de la T libre con fines de diagnóstico, cada vez hay más conciencia de que las concentraciones de T total son, en el mejor de los casos, una guía aproximada del estado androgénico de un hombre.

Pruebas Adjuntas

La LH puede ayudar a establecer la etiología de la deficiencia de testosterona. Un valor bajo o bajo/normal de LH, apunta hacia un defecto secundario (central) del eje hipotálamo-Hipofisario (Hipo-

gonadismo Hipogonadotrópico), en tanto que un valor elevado de LH indica un defecto testicular primario (Hipogonadismo Hipergonadotrópico).¹⁵

En pacientes con valores bajos de T en combinación con niveles bajo/normales de la LH, debería medirse la Prolactina a fin de buscar la presencia de hiperprolactinemia que puede afectar el eje Hipotálamo–Hipofisario–Gonadal.¹⁶

Debido a la conversión enzimática de la T a Estradiol por la aromatasa, debemos estar atentos a los varones con diagnóstico de DT que comencaran un tratamiento con T con signos de ginecomastia o síntomas en las mamas. No sería inusual un aumento en los niveles de Estradiol mientras los pacientes se encuentren recibiendo una terapia con testosterona.¹⁷

Antes de comenzar una terapia con T, todos los pacientes deberán pasar por una medición inicial

de Hb/Hct. Un aumento del hematocrito generador de una policitemia (Hematocrito >52%) puede ser consecuencia de la terapia con T.^{18,19}

Antes de comenzar una terapia con testosterona, deben medirse los niveles del PSA en los pacientes mayores de 40 años, con el fin de minimizar el riesgo de prescribir una terapia con testosterona a pacientes con un cáncer de próstata oculto. En los pacientes que tienen un PSA elevado se sugiere repetir el examen; ya con dos valores de PSA elevados que hacen sospechar la presencia de un cáncer de próstata, deberá considerarse hacer una evaluación más formal para descartar la patología.

Examen físico

Debe estar dirigido a una evaluación del aspecto corporal general de los pacientes, en busca de

signos que estén asociados con los niveles bajos de T, haciendo foco en el estado de virilización (Patrones del vello corporal en las áreas dependientes de andrógenos); el BMI (body mass index), la circunferencia de la cintura; búsqueda de ginecomastia; y un examen testicular incluyendo el tamaño, la consistencia y la forma.

Signos y Síntomas

No es una tarea fácil establecer cuales son los aspectos clínicos importantes para la sospecha diagnóstica de DT en el varón que envejece, considerando que diversos síntomas y señales de deficiencia androgénica pueden estar relacionados solamente al envejecimiento o a la presencia de otras enfermedades.

Los signos y síntomas de la DT abarcan varios dominios (sexual, físico, psicológico y cognitivo).

Estos síntomas pueden manifestarse solos o en cualquier combinación.

Los síntomas más comunes son los sexuales: Estos incluyen la libido reducida o ausente, disfunción eréctil, dificultad para alcanzar el orgasmo e intensidad reducida, disminución de las erecciones nocturnas y matutinas, sensación sexual reducida en la región genital.⁽²⁰⁾ La disminución de la libido es fuertemente sugestiva de DT en hombres mayores de 50 años sin otras causas obvias, como depresión mayor, problemas de pareja, estrés o consumo de medicamentos relacionados con la disminución de la libido.^{21, 22}

La relación entre la DT y la función sexual ha sido reconocida durante décadas, y a menudo son el impulso para que los hombres busquen atención médica. Una gran cantidad de estudios clínicos y científicos básicos ha documentado que los an-

drógenos son críticos para el desarrollo de los órganos sexuales masculinos y el mantenimiento de la función sexual en los hombres.^{23, 24}

La T, junto con la estimulación sexual, facilita una mayor liberación de neurotransmisores como dopamina, óxido nítrico, oxitocina, noradrenalina y serotonina y ACTH.²⁵

Los síntomas no sexuales incluyen fatiga, falta de energía y motivación, disminución de la vitalidad, estado de ánimo deprimido, alteración del sueño, irritabilidad y cognición nublada (“niebla mental”). A menudo se pueden observar signos como: anemia, obesidad visceral, disminución de la masa muscular y la densidad mineral ósea, testículos más pequeños, disminución del vello corporal, ginecomastia. Cabe señalar que, debido a la variabilidad interindividual, no todas estas manifestaciones se pueden presentar o suceder simultáneamente.

Varias comorbilidades están asociadas con la DT. Éstos incluyen el síndrome metabólico, la obesidad, la diabetes, la hipertensión y la hiperlipidemia.²⁶

Anemia: los mecanismos fisiológicos por los cuales la T influye en la eritropoyesis no se han establecido completamente. Los mecanismos sugeridos incluyen efectos mieloestimulantes de los factores de crecimiento hematopoyético en las células del estroma de la médula ósea o la influencia sobre la biodisponibilidad del hierro.²⁷

Densidad Mineral Ósea: La T es determinante para el recambio y remodelación ósea. Múltiples estudios han demostrado una asociación entre la masa ósea reducida y los niveles bajos de T.²⁸

Signos y síntomas del SDT

Disminución del tamaño de los testículos
Infertilidad
Disminución del vello corporal
Ginecomastia
Disminución de la masa magra y de la fuerza muscular
Obesidad visceral
Síndrome metabólico
Diabetes mellitus tipo 2 y resistencia periférica a la insulina
Disminución de la densidad mineral ósea
Anemia

Síntomas sexuales

Disminución del deseo sexual y de la actividad sexual
Disfunción eréctil
Disminución de las erecciones nocturnas

Síntomas cognitivos y vegetativos

Sofocos
Cambios en el estado de ánimo
Alteraciones del sueño
Depresión
Disminución de la función cognitiva

García-Cruz E, Alcaraz A. Testosterone deficiency syndrome: Diagnosis and treatment. *Actas Urol Esp (Engl Ed)*. 2020 Jun;44(5):294-300. English, Spanish. doi: 10.1016/j.acuro.2019.10.009. Epub 2020 May 15. PMID: 32423612

Salud cardiovascular

Hay pruebas sustanciales que han demostrado que la deficiencia de T se asocia con un mayor riesgo de eventos cardiovasculares importantes y mortalidad que puede explicarse por todas las causas cardiovasculares.^{29, 30}

Testosterona y condiciones metabólicas

La T es una hormona metabólica que regula el metabolismo de carbohidratos, proteínas y lípidos. Es un modulador clave del crecimiento y diferenciación muscular e inhibe la adipogénesis.³¹

La DT se asocia con una reducción de la masa corporal magra, un aumento de la masa grasa, hiperglucemia, hiperlipidemia y resistencia a la insulina, lo que contribuye a una serie de disfunciones metabólicas, incluido el síndrome metabólico. Una gran cantidad de estudios ha documentado que la DT es un factor de riesgo independiente para el síndrome metabólico.³²

Tratamiento

En varones con SDT el tratamiento, siempre que sea posible, debe contemplar modificar las cau-

sas del descenso de T y no solo la suplementación con T. Existe evidencia de que, en varones con obesidad, la pérdida de peso aumenta los niveles de T.^{33, 34, 35}

El objetivo primario del tratamiento es la mejoría de los síntomas y el mantenimiento de los niveles de T en rango fisiológico. En general, se considera que un nivel óptimo de tratamiento mantiene unas concentraciones de T en el rango medio de la normalidad ajustada a la edad.

Se ha reconocido ampliamente que los datos disponibles no proporcionan un umbral claro para definir quién es candidato a beneficiarse con la terapia con T.³⁶

La terapia con T se asoció con una mayor actividad sexual, libido, función eyaculatoria, satisfacción sexual y calidad de la erección. También se ob-

servaron mejoras en comparación con el placebo en la función física, la vitalidad y el estado de ánimo, todo lo cual puede beneficiar indirectamente la función sexual de un hombre. Existe evidencia considerable de la mejoría sobre los componentes de síndrome Metabólico, perfiles lipídicos, reducción de la glucemia y hemoglobina glucosilada (HbA1c), mejoría en la sensibilidad a la insulina, reducción de la inflamación, atenuación de la presión arterial sistólica-diastólica y mejora de las funciones cardiometabólicas.³⁷

Desde el trabajo de Huggins y Hodges en 1941, ha existido la preocupación de que la administración de T aumentara el riesgo de cáncer de próstata (CaP), así como de agrandamiento benigno de la próstata. Las investigaciones actuales indican que los niveles fisiológicos de T sérica ya han saturado los receptores de andrógenos prostáticos, e incluso las dosis suprafisiológicas de Terapia con T tienen un efecto estimulante insignificante sobre la próstata.^{38,39}

Actualmente existe un interés considerable en saber si los hombres con CaP post Radioterapia, Prostatectomía radical o Braquiterapia pueden ser candidatos para Terapia con T si tienen deficiencia de la hormona. Aunque no existen grandes ensayos controlados prospectivos sobre los riesgos de recurrencia o progresión del CaP. con TT, la evidencia disponible no respalda la prohibición de larga data contra el uso de TT en hombres con CaP.⁴⁰

El tratamiento con T podría aumentar la eficacia de los inhibidores de fosfodiesterasa-5 solamente en varones con niveles bajos de T ⁴¹, aunque algunos estudios apuntan a que la eficacia de dichos fármacos no difiere con relación al hipogonadismo.⁴²

Terapia con Testosterona

Hay muchas preparaciones diferentes de T disponibles, difiriendo en sus formulaciones, vías de administración, intervalos de dosificación y perfiles de seguridad.

Las características de cada método deben discutirse con el paciente. Según la evidencia actual, no podemos ver ninguna justificación para seleccionar una formulación autorizada sobre otra, excepto por la elección del paciente. Se recomienda a los médicos que informen a los pacientes sobre todos los tratamientos posibles con T y los apoyen para seleccionar el tratamiento más adecuado a sus necesidades.

Agentes Transdérmicos, Geles y Soluciones y parches: Dan como resultado niveles séricos de T relativamente estables y su perfil farmacociné-

tico imita las variaciones fisiológicas diurnas de la concentración de T. Además, debido a su corta duración de acción, el efecto puede eliminarse rápidamente al retirarla en caso de que se produzca un efecto adverso.⁴³ Algunas desventajas incluyen la necesidad de administración diaria, costo relativamente alto, irritación de la piel (especialmente con parches) y el riesgo de transferencia por contacto involuntario a otra persona con geles de T.⁴⁴

Agentes Bucales: Una de las alternativas orales para la TT es la bolilla bucal de 30 mg y de liberación sostenida que se adhiere a la mucosa, la cual es aplicada en las encías superiores por encima de los dientes incisivos dos veces por día.⁴⁵

La absorción a través de la mucosa oral evita la desactivación por el hígado que es experimentada por otras formulaciones.

Gel Intranasal: es un gel de T intranasal que se aplica en forma tópica en la nariz. La T es absorbida a través de la mucosa nasal para alcanzar concentraciones máximas en alrededor de 40 minutos, con una vida media en el suero en el rango de 10–100 minutos, sin preocupaciones de transferencia.

Agentes Inyectables: las inyecciones intramusculares de acción prolongada como enantato de T, cipionato de T y una mezcla de ésteres, se han utilizado durante muchos años para el tratamiento del hipogonadismo. Las principales ventajas de estas formulaciones son la ausencia de administración diaria y el costo. Las desventajas son la necesidad de una inyección intramuscular profunda cada una a 3 semanas y las fluctuaciones en los niveles séricos de T que resultan en fluctuaciones en la energía, el estado de ánimo y la libido en muchos pacientes. Estas fluctuacio-

nes son más pronunciadas cuando se aumenta el intervalo de dosificación. La inyección de acción prolongada que contiene undecanoato de T tiene una duración prolongada de acción, que permite aumentar los intervalos de dosificación hasta tres meses. Las principales ventajas son el logro de niveles normales de T relativamente estables y la dosificación menos frecuente entre las preparaciones IM.⁴⁶

Gránulos subcutáneos: los gránulos subcutáneos de testosterona fueron desarrollados inicialmente y aprobados por la Administración de Alimentos y Drogas (FDA, Food and Drug Administration) en 1972; y fueron reformulados en los Estados Unidos en el año 2008, con un perfil farmacocinético único en su género. Tienen estructura cristalina, por lo cual se disuelven lentamente en los espacios subcutáneos.

Oral: el undecanoato de T oral no está asociado con toxicidad hepática, presumiblemente debido a su absorción a través de los vasos linfáticos intestinales, evitando así la exposición hepática de primer paso sin necesidad de ser consumida con comida de alto contenido graso como ha sido el caso de otras formulaciones de testosterona.⁴⁷

Los pacientes con deficiencia de T con niveles bajos o bajos/normales de la LH pueden ser considerados como candidatos para utilizar Moduladores Selectivos del Receptor para Estrógeno (SERMs, Selective Estrogen Receptor Modulators) como tratamiento para la deficiencia de T, particularmente aquellos que desean preservar su fertilidad. Sin embargo, no se encuentra firmemente establecido un valor de la LH por debajo del cual se optimice la respuesta con los SERMs.⁴⁸

Bibliografía

¹ Khera M, Adaikan G, Buvat J, Carrier S, El-Meliegy A, Hatzimouratidis K, et al. Diagnosis and Treatment of Testosterone Deficiency: Recommendations From the Fourth International Consultation for Sexual Medicine (ICSM 2015). *J Sex Med.* 2016;13:1787. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27914560>.

² Hackett G, Kirby M, Edwards D, Jones TH, Rees J, Muneer A. UK policy statements on testosterone deficiency. *Int J Clin Pract* 2017;71:e12901.

³ Morgentaler A, Zitzmann M, Traish AM, et al. Fundamental concepts regarding testosterone deficiency and treatment: International expert consensus resolutions. *Mayo Clin Proc* 2016;91:881-896.

⁴ Kaufman JM, Vermeulen A. The decline of androgen levels in elderly men and its clinical and therapeutic implications. *Endocr Rev.* 2005;26:833. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15901667>.

⁵ Hall SA, Esche GR, Araujo AB, Travison TG, Clark RV, Williams RE, et al. Correlates of low testosterone and symptomatic androgen deficiency in a population-based sample. *J Clin Endocrinol Metab.* 2008;93:3870. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18664536>.

⁶ Dandona P, Rosenberg MT. A practical guide to male hypogonadism in the primary care setting. *Int J Clin Pract* 2010;64:682-96.

⁷ MedlinePlus. AR gene [Internet]. Bethesda (MD): National Library of Medicine; c2017 [cited 2022 May 5]. Available from:

<https://ghr.nlm.nih.gov/gene/AR>.

⁸ Zitzmann M. Mechanisms of disease: pharmacogenetics of testosterone therapy in hypogonadal men. *Nat Clin Pract Urol* 2007;4:161-6.

⁹ Rajender S, Singh L, Thangaraj K. Phenotypic heterogeneity of mutations in androgen receptor gene. *Asian J Androl* 2007;9:147-79.

¹⁰ Vesper HW, Bhasin S, Wang C et al: Interlaboratory comparison study of serum total testosterone measurements performed by mass spectrometry methods. *Steroids* 2009; 74: 498.

¹¹ Dunn JF, Nisula BC and Rodbard D: Transport of steroid hormones: binding of 21 endogenous steroids to both testosterone-binding globulin and corticosteroid-binding globulin in human plasma. *J Clin Endocrinol Metab* 1981

¹² Brambilla DJ, Matsumoto AM, Araujo AB et al: The effect of diurnal variation on clinical measurement of serum testosterone and other sex hormone levels in men. *J Clin Endocrinol Metab* 2009; 94: 907.

¹³ Kacker R, Hornstein A, Morgentaler A. Free testosterone by direct and calculated measurement versus equilibrium dialysis in a clinical population. *Aging Male* 2013;16:164-168.

¹⁴ Muehlenbein MP, Hirschtick JL, Bonner JZ et al: Toward quantifying the usage costs of human immunity: altered metabolic rates and hormone levels during acute immune activation in men. *Am J Hum Biol* 2010; 22: 546.

¹⁵ Bhasin S, Cunningham GR, Hayes FJ et al: Testosterone therapy in men with androgen deficiency syndromes: an Endocrine Society Clinical Practice Guideline. *J Clin Endocrinol Metab*

2010; 95: 2536.

¹⁶ Pirchio R, Graziado C, Colao A, Pivonello R and Auriemma RS (2022) Metabolic effects of prolactin. *Front. Endocrinol.* 13:1015520. doi: 10.3389/fendo.2022.1015520

¹⁷ Finkelstein JS, Lee H, Burnett-Bowie SA et al: Gonadal steroids and body composition, strength, and sexual function in men. *N Engl J Med* 2013; 369: 1011.

¹⁸ Coviello AD, Kaplan B, Lakshman KM et al: Effects of graded doses of testosterone on erythropoiesis in healthy young and older men. *J Clin Endocrinol Metab* 2008; 93: 914.

¹⁹ Drinka PJ, Jochen AL, Cuisinier M et al: Polycythemia as a complication of testosterone replacement therapy in nursing home men with low testosterone levels. *J Am Geriatr Soc* 1995; 43: 899.

²⁰ Wu FCW, Tajar A, Beynon JM, et al. EMAS Group. Identification of late-onset hypogonadism in middle aged and elderly men. *N Engl J Med* 2010;363:123-135.

²¹ Rosen RC, Lane RM, Menza M. Effect of SSRIs on sexual function: A critical review. *J Clin Psychopharmacol* 1999; 19:67-85.

²² Williams VS, Edin HM, Hogue SL, et al. Prevalence and impact of antidepressant-associated sexual dysfunction in three European countries: Replication in a cross-sectional patient survey. *J Psychopharmacol* 2010;24:489-496.

²³ Rastrelli G, Corona G, Tarocchi M, et al. How to define hypogonadism? Results from a population of men consulting for sexual dysfunction. *J Endocrinol Invest* 2016; 39:473-484.

²⁴ Isidori AM, Buvat J, Corona G, et al. A critical analysis of the

role of testosterone in erectile function: from pathophysiology to treatment. A systematic review. *Eur Urol* 2014; 65:99-112.

²⁵ Zheng P. Neuroactive steroid regulation of neurotransmitter release in the CNS: Action, mechanism and possible significance. *Progr Neurobiol* 2009;89:134-152.

²⁶ Mulligan T, Frick MF, Zuraw QC, et al. Prevalence of hypogonadism in males aged at least 45 years: the HIM study. *Int J Clin Pract* 2006;60:762-769.

²⁷ Bachman E, Feng R, Travison T, et al. Testosterone suppresses hepcidin in men: A potential mechanism for testosterone-induced erythrocytosis. *J Clin Endocrinol Metab* 2010; 95:4743-4747.

²⁸ Basurto L, Zarate A, Gomez R, et al. Effect of testosterone therapy on lumbar spine and hip mineral density in elderly men. *Aging Male* 2008;11:140-145.

²⁹ Hyde Z, Norman PE, Flicker L, et al. Low free testosterone predicts mortality from cardiovascular disease but not other causes: The health in men study. *J Clin Endocrinol Metab* 2012;97:179-189.

³⁰ Ohlsson C, Barrett-Connor E, Bhasin S, et al. High serum testosterone is associated with reduced risk of cardiovascular events in elderly men. The MrOS (Osteoporotic Fractures in Men) study in Sweden. *J Am Coll Cardiol* 2011;58(16): 1674-1681.

³¹ Kelly DM, Jones TH. Testosterone: A vascular hormone in health and disease. *J Endocrinol* 2013;217:R47-R71.

³² Laaksonen DE, Niskanen L, Punnonen K, et al. Sex hormones, inflammation and the metabolic syndrome: a population-

based study. *Eur J Endocrinol* 2003;149:601-608.

³³ Camacho EM, Huhtaniemi IT, O'Neill TW, Finn JD, Pye SR, Lee DM, et al. Age-associated changes in hypothalamic- pituitary-testicular function in middle-aged and older men are modified by weight change and lifestyle factors: Longitudinal results from the European Male Ageing Study. *Eur J Endocrinol*. 2013;168:445. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23425925>.

³⁴ Kumagai H, Zempo-Miyaki A, Yoshikawa T, Tsujimoto T, Tanaka K, Maeda S. Lifestyle modification increases serum testosterone level and decrease central blood pressure in overweight and obese men. *Endocr J*. 2015;62:423. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25753766>.

³⁵ Eriksson J, Haring R, Grarup N, Vandenput L, Wallaschofski H, Lorentzen E, et al. Causal relationship between obesity and serum testosterone status in men: A bi-directional mendelian randomization analysis. *PLoS ONE [Electronic Resource]*. 2017;12:e0176277. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28448539>.

³⁶ Morgentaler A, Zitzmann M, Traish AM, et al. Fundamental concepts regarding testosterone deficiency and treatment: International expert consensus resolutions. *Mayo Clin Proc* 2016;91:881-896.

³⁷ Hackett G, Cole N, Saghir A, et al. Testosterone undecanoate improves sexual function in men with type 2 diabetes and severe hypogonadism: Results from a 30-week randomized placebo-controlled study. *BJU Int* 2016;118:804-813.

³⁸ Huggins CS, Hodges C. Studies on Prostatic Cancer II. The effects of castration on advanced carcinoma of the prostate

gland. Arch Surg 1941;43:209-223.

³⁹ Rhoden EL, Morgentaler A. Risks of testosterone- replacement therapy and recommendations for monitoring. N Engl J Med 2004;350:482-492.

⁴⁰ Soisson V, Brailly-Tabard S, Helmer C, et al. A J-shaped association between plasma testosterone and risk of ischemic arterial event in elderly men: The French 3C cohort study. Maturitas 2013;75:282-288.

⁴¹ Corona G⁴², Isidori AM, Buvat J, Aversa A, Rastrelli G, Hackett G, et al. Testosterone supplementation and sexual function: A meta-analysis study. J Sex Med. 2014;11:1577. Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24697970>.

⁴² Mulhall JP, Brock GB, Glina S, Baygani S, Donatucci CF, Maggi M. Impact of Baseline Total Testosterone Level on Successful Treatment of Sexual Dysfunction in Men Taking Once-Daily Tadalafil 5mg for Lower Urinary Tract Symptoms and Benign Prostatic Hyperplasia: An Integrated Analysis of Three Randomized Controlled Trials. J Sex Med. 2016;13:843. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27017071>.

⁴³ Shoskes JJ, Wilson MK, Spinner ML. Pharmacology of testosterone replacement therapy preparations. Transl Androl Urol 2016;5:834-843.

⁴⁴ de Ronde W. Hyperandrogenism after transfer of topical testosterone gel: case report and review of published and unpublished studies. Hum Reprod 2009;24:425e8.

⁴⁵ Dinsmore WW and Wyllie MG: The long-term efficacy and safety of a testosterone mucoadhesive buccal tablet in testosterone- deficient men. BJU Int 2012; 110: 162.

⁴⁶ Snyder PJ. Testosterone treatment of male hypogonadism. In: UpToDate, Post TW (Ed), UpToDate, Waltham, MA. (Accessed on May 21, 2017).

⁴⁷ Swerdloff RS, Wang C, White WB, Kaminetsky J, Gittelman MC, Longstreth JA, et al. A new oral testosterone undecanoate formulation restores testosterone to normal concentrations in hypogonadal men. *J Clin Endocrinol Metab.* 2020;105:2515–31

⁴⁸ Mazzola CR, Katz DJ, Loghmanieh N et al: Predicting biochemical response to clomiphene citrate in men with hypogonadism. *J Sex Med* 2014; 11: 2302.

La nomenclatura psiquiátrica atravesada por la singularidad de la sexualidad.

Dr. Juan Tesone

La psiquiatría no es una ciencia exacta, sino conjetural. Sin embargo, desde hace muchos años la nomenclatura psiquiátrica establecida por la American Psychiatric Association, a la cual se refieren todos los agentes de salud mental, impera como referente de la psiquiatría mundial, a través del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, conocido en el medio profesional como DSM, la nueva biblia de la psiquiatría globalizada.

Sin menoscabo de la utilidad que para los profesionales de la salud puede acarrear el hecho de

encontrar un lenguaje común que permita un mejor conocimiento de las diversas psicopatologías, es interesante preguntarse si los fines de dicho manual son inocentes o si un cierto uso cada día más difundido del mismo comporta un serio riesgo para la subjetividad y por ende la salud mental de los pacientes. En psiquiatría, a diferencia de otras ramas de la medicina, no existen protocolos semejantes en función de la patología del paciente, sino proposiciones terapéuticas que son tributarias de la concepción y del modelo que de la patología mental tiene el psiquiatra. El mismo dependerá del grado de integración de la antigua antinomia entre lo psíquico y lo somático, así como de la armonización entre los distintos estratos del eje psiconeuroinmunoendocrinológico. Algunas corrientes biológicas de la psiquiatría contemporánea, en un intento científicista, pretenden imponer, con menosprecio de la singularidad de todo lo atinente al ser humano y su

funcionamiento psíquico, protocolos universalistas. En estas corrientes existe el riesgo de que el psiquismo pase a ser tan sólo un epifenómeno secundario del funcionamiento neuronal.

Se pretende actuar en nombre de la eficacia terapéutica, en perjuicio del valor simbólico y metafórico que el síntoma adquiere en la expresión de su malestar. El síntoma es el emergente de un trastorno biopsicosocial de la persona, que exige para su comprensión y tratamiento una visión integradora. Como es sabido, el dolor psíquico se puede expresar como síntoma psicopatológico o somático.

En el acto “terapéutico”, el psiquiatra que se dejó impregnar por esta manera de concebir la psiquiatría, se limita a observar los síntomas a través de la lectura propuesta por el DSM. Ello le garantiza una evaluación de los hechos de manera quasi

empírica. Construye la ilusión de una coherencia diagnóstica y terapéutica, despreocupándose por el hecho de que, procediendo de esta manera, se deja de lado al sujeto sufriente.(Kovadloff y Tesone) Se menosprecia la verdad intra-psíquica de la persona. Esta ya no es buscada a través de un trabajo psíquico en común con el paciente. Así, el paciente es compulsivamente inducido a hacer caso omiso de toda responsabilidad subjetiva de lo que le sucede. A lo sumo pueden ser tenidos en cuenta los antecedentes biosociales de la enfermedad pero no hay una historización subjetiva. En flagrante oposición a los avances realizados en la comprensión de lo humano, desaparece toda valoración de lo complejo. El aparente triunfo terapéutico consiste entonces en decapitar farmacológicamente los síntomas, que sólo son concebidos como expresión de un caos, sin ningún relieve metafórico fructífero. Se obra así en espejo, es decir servilmente, con respecto

a una sociedad acelerada que exige respuestas inmediatas, sin tener en cuenta la temporalidad, es decir la búsqueda, la espera y los procesos.

¿Es legítimo que el médico clínico aborde la sexualidad de su paciente?

¿Qué lugar ocupa en la panoplia de síntomas físicos y /o psíquicos de una persona que consulta al médico, su sexualidad? ¿Ocupa la misma un lugar en la consulta médica, o sigue siendo un tabú? La sexualidad humana, natural y compleja, fascina y se la oculta al mismo tiempo. Pienso que sería útil que en la anamnesis del médico clínico, se incluya la sexualidad de su paciente. Preguntarle cómo la vive, que valor ocupa en su vida presente, más allá de su edad o condición física. La sexualidad sigue vigente en toda persona hasta su muerte, más allá de su edad o condición física. A

Lo sumo lo que van variando son las maneras de expresarla. ¿Se puede predecir la sexualidad de una persona en virtud de su nosografía psiquiátrica? ¿O requiere investigar más allá de la misma? Daré un rodeo antes de intentar responder a dichas preguntas.

Es bueno recordar que la sexualidad humana existe desde la niñez, y se va desarrollando por fases, que son las etapas oral, anal y fálica. Existen zonas predeterminadas, llamada zonas erógenas, como la zona bucal, anal y fálica, facilitadas por las funciones biológicas, pero esto no define sus preferencias o su primacía. En realidad todo el cuerpo, incluso las vísceras, pueden tener un valor erógeno que varía en función de cada persona. La sexualidad del adulto es un avatar de la evolución del desarrollo de su sexualidad infantil y sus características no dejan de ser un enigma. Nadie elige su sexualidad en la góndola de un su-

permercado; la sexualidad se impone a la persona y define su identidad sexual más acá de uno. De ahí que se diga que la sexualidad humana es singular y específica de cada persona. Mil personas, mil sexualidades diferentes. La sexualidad infantil se reprime durante la latencia y se redimensiona en la pubertad con la aparición de la menarca y el desarrollo mamario en las niñas, la aparición de los caracteres sexuales secundarios y la capacidad reproductiva en ambos géneros.

El psicoanálisis diferencia el instinto, propio de los animales, de la pulsión, propia de los seres humanos. El instinto está predestinado para la especie, su objeto de satisfacción es innato, se expresa de manera similar en cada miembro de la misma especie, se rige por las reglas de la parada y se manifiesta en ciertos momentos del año. Su temporalidad es cíclica.

La pulsión en cambio, es una fuerza constante, no es cíclica, se manifiesta independientemente de la época del año, es un trabajo permanente que el cuerpo exige al psiquismo. El “objeto” que satisface a la pulsión es lo más variable, dado que no está predestinado para la especie. Es así que la persona puede buscar otra persona para vehicular sus pulsiones en un encuentro amoroso, o encontrar satisfacción con partes de dicha persona. Puede buscar satisfacción en un objeto inanimado o de manera auto-erótica. Puede ser una persona del mismo sexo o de otro sexo, de otro género o trans. La diversidad sexual está a la orden del día, y casi nadie se aventuraría a definir una sexualidad llamada “normal”, a excepción, a mi entender, de las conductas perversas, que reservaría para los violadores, ya sea de niños o adultos. Mientras la sexualidad sea entre adultos consintientes, sin hacerse daño, todas las variantes pueden incluirse en la llamada sexualidad humana normal.

El motor de la sexualidad del adulto es el deseo, movimiento constante en el ser humano. El deseo sólo se apaga con la muerte o con enfermedades graves, más de que pueda estar influido por algunos conflictos intra-psíquicos inconscientes o por fármacos. Si tuviera que definir cuál es el principal órgano sexual en el ser humano, diría que es el psiquismo. A tal punto el deseo y la función sexual se entreveran, se potencian o se inhiben. Por supuesto, el deseo sexual es en parte tributario de las hormonas, de la capacidad vasodilatadora de las arterias que irrigan las zonas genitales y de los nervios que inervan dichas zonas. Pero en ausencia de patología orgánica o de ciertos fármacos, es el deseo lo que gobierna la sexualidad humana. Deseo y pulsión se expresan al unísono. La pulsión no siempre se manifiesta buscando una satisfacción pulsional directa; puede encontrar otras vías de satisfacción. La pulsión no necesariamente requiere una expresión genital,

puede ser oral, anal o por otras vías. Pero también puede ser transformada en algo diferente, como la sublimación. En este caso, la satisfacción pulsional directa se transforma en una actividad elaborada, ya sea a través de la producción intelectual, como la escritura, una abstracción matemática, o manual, como en el caso de la pintura, de la carpintería o, de manera general, cualquier actividad creativa. Por creativa no quiero decir ser un gran escritor o un artista consagrado, sino conservar la fresca lúdica infantil y permitirse el juego creativo en la actividad que sea.

Ahora bien, nunca es posible sublimar todas las pulsiones; siempre se requiere una parte de satisfacción directa, no necesariamente genital. Puede ser un buen plato de pastas en la satisfacción oral, la evacuación aliviadora en el caso de la satisfacción anal o uretral. Muchas veces se confunde la sexualidad con la genitalidad. La gran

contribución de Freud ha sido hablar por un lado de la sexualidad infantil. Y por otro lado, ampliar la noción de sexualidad, de manera más abarcativa que la genitalidad.

Si el psiquismo es primordial en la expresión de la sexualidad de una persona: ¿cómo puede influir cuando la persona padece algún trastorno de origen psíquico?

No hay respuestas inequívocas. Depende de cada persona y del trastorno que padezca. Es obvio deducir que en el caso de las depresiones la libido de la persona, y por lo tanto su deseo sexual, esté disminuida. Lo paradójico es que cuando se dan antidepresivos, los mismos, en general, retardan el orgasmo, confrontando la persona a la cuadratura del círculo. Otras veces, se dan antidepresivos buscando los efectos secundarios, como por ejemplo, en la eyaculación precoz, al retardar el

orgasmo masculino. Otras veces, y esto es frecuente en las enfermedades de expresión psicosomática, la libido está puesta en el cuerpo, y el síntoma adquiere, paradójicamente, una carga libidinal. Es decir, que la persona, inconscientemente, "goza" con su síntoma, y "prefiere" vivir su malestar en el cuerpo, antes que afrontarse a las incertidumbres del deseo. Sobre todo cuando el deseo lleva a entablar un vínculo con otro (e), que lo llena de incertidumbres. -Ante una paciente post-menopáusica cuyo desgano requería un diagnóstico diferencial entre un trastorno tiroideo y una depresión, indiqué los exámenes correspondientes. Un día llega al consultorio con los resultados normales de sus exámenes, y me dice, desilusionada: *"Hubiera preferido tener algo en el cuerpo, ahora me espera un arduo trabajo emocional..."*-

Toda persona oscila entre dos polos traumatógenos potenciales: por un lado su propia se-

xualidad, siempre enigmática, y por otro lado, la confrontación con la otredad del otro(e), nunca asimilable, siempre diferente a cómo lo habíamos imaginado, inasible, desfasaje irreductible. No existe la “media naranja” que venga a completarnos, siempre permanece un desfasaje que hay que poder integrar para vivir un vínculo. Nadie es el complemento del otro, es en una relativa soledad que el deseo se expresa, aunque se requiera salir del solipsismo narcisístico para ir hacia el otro (e), aceptar la diferencia y la diversidad para encontrarse consigo mismo y con su deseo, de manera que no sea especular.

Ciertas enfermedades, como la diabetes, el alcoholismo, enfermedades endócrinas, dolores crónicos, artrosis, etc, pueden favorecer la disfunción eréctil. También algunos fármacos, como los antidepresivos ya mencionados, (Amitriptilina, Escitalopram, Citalopram, Fluoxetina, Sertralina,

etc.) y de manera general los inhibidores de la recaptación de la serotonina. También los medicamentos antihistamínicos, antihipertensivos, antipsicóticos, anti parkinsonianos, quimioterapéuticos, opiáceos, drogas psicoactivas, etc. Sería interminable hacer una lista exhaustiva. Me parece más importante prevenir al paciente de los posibles efectos secundarios, afirmando que no siempre ocurren. Pero más importante sería tener, durante la consulta, una conversación sobre la sexualidad de manera ampliada, recordando que todo el cuerpo tiene una cualidad erógena y que la penetración no es la única manera de lograr un orgasmo, ni en el hombre ni en la mujer. El hombre, más que la mujer, ha sobrevalorado la función del pene, más allá de la reproducción, y ha cristalizado su potencia sexual en la erección, desconsiderando que la sexualidad es mucho más amplia y que se puede gozar y hacer gozar con todo el cuerpo y/o con partes del mismo.

Que lo principal es el encuentro entre dos seres que se atraen y se valoran, y que en ese abrazo se estimula la emoción y la erogeneidad de la piel, el segundo órgano sexual luego del psiquismo.

El médico clínico, como en toda terapéutica, deberá valorar los beneficios y los efectos no deseables, para definir, en acuerdo con su paciente, la terapéutica a elegir. La sexualidad no depende de manera directa de la nosografía psiquiátrica. Los rótulos diagnósticos no permiten prever cada sexualidad. Lo más importante, me parece, es sugerirle al paciente una consulta especializada (sexólogo y/o psicoterapeuta), pero al mismo tiempo, incluir en la consulta cómo está viviendo su sexualidad. Una pregunta que, lejos de ser indiscreta, permitiría ampliar la noción de sexualidad y transmitir que la misma no se limita a la capacidad mayor o menor de erección en el hombre (¿por qué se habla de “potencia”?), sino que

se abre a la capacidad de gozar y hacer gozar. En dicha capacidad se juega la verdadera “potencia” u oportunidad de la sexualidad humana, versátil y proteiforme, en sus mil colores, un poliedro de geometría variable donde cada cara del prisma refleja las infinitas variantes posibles. Es justamente en dicha variabilidad, dicha potencialidad, que la expresión de la sexualidad logra, más allá del valor que pueda tener para cada persona, un valor clínico indiscutible en la evolución favorable de cualquier trastorno somático.

Bibliografía

- DSM- Asociación Americana de Psiquiatría Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales o MDE (en el original en inglés, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders o DSM), editado por la Asociación Estadounidense de Psiquiatría (en inglés, American Psychiatric Association (APA), es un sistema de clasificación de los trastornos mentales que proporciona descripciones de las categorías diagnósticas, con el fin de que los clínicos e inves-

tigadores de las ciencias de la salud puedan diagnosticar, estudiar, intercambiar información y tratar los distintos trastornos. La edición vigente es la quinta, conocida como DSM-5, y se publicó el 18 de mayo del 2013.

- Freud, S. (1905) Tres ensayos de teoría sexual, (traducción al castellano), A.E., Vol. VII, Buenos Aires, 1976.
- Freud, S. (1915) Pulsiones y destinos de pulsión, (traducción al castellano), A.E., Vol. 14, Buenos Aires, 1976.
- Kovadloff, S. – Tesone, J.E. (2002) Una versión resumida de este trabajo fue publicada, en el diario La Nación, el 1º de Octubre de 2002, con el título “La psiquiatría se aleja del hombre”

Discapacidad y sexualidad. Cómo abordar el tema en la consulta médica.

Lic. Laura Armoa

Cuando Sandra Magirena me invitó a escribir este capítulo, estábamos en las Jornadas de ARESS, en Rosario. Ella había participado activamente de la mesa que yo coordinaba, donde exponían Daiana Travesani y Soledad Gelvez, ambas mujeres con discapacidad y militantes activas del movimiento “Disca”, autodenominación que comenzó a manifestarse poco antes de la pandemia. La potencia de los relatos de ambas mujeres movilizó a Sandra. Siempre insisto en lo imprescindible de leer material del colectivo disca. A lo largo de este capítulo iré compartiendo sus voces y dejaré material de lectura para que disfruten; les aseguro que será una experiencia enriquecedora para sus prácticas.

Les cuento un poco sobre mí. Soy Terapeuta Ocupacional, hace 26 años que acompaño a personas con discapacidad (en adelante PCD) en diferentes espacios: centros de día, hogares, escuelas especiales y clínica. En el transcurrir por esos espacios vi la gran necesidad de trabajar específicamente con la participación social. Veía que desde los espacios terapéuticos mucho se hace por adquirir destrezas y habilidades motoras, sensoriales, etc, pero el aspecto social presentaba falencias. El trabajo en talleres de habilidades sociales y educación sexual me llevó a estudiar el Posgrado de sexualidad humana en el Instituto Kinsey de sexología en Rosario; desde ese momento continuó especializándome e intentando construir espacios de visibilización.

Haciendo un poco de historia en discapacidad

Seguramente, cuando nos consulta una familia de una persona con discapacidad o nos sorprende un consultante que presenta alguna discapacidad adquirida por diversos eventos (ACV, accidente automovilístico, etc), es probable que no sepamos cómo tratarla, qué decir, qué preguntar y por lo general ocurre que nos dirigimos a la persona que acompaña invisibilizando a quien es nuestro consultante.

Estas situaciones tan cotidianas tienen un origen histórico. La mirada que tenemos en relación a las PCD guarda relación con los diferentes modelos de discapacidad que han ido emergiendo. Éstos son:

- Modelo de Prescindencia
- Modelo Médico rehabilitador
- Modelo social
- Modelo de la diversidad

Estos modelos fueron apareciendo a lo largo del tiempo pero coexisten, y en muchas oportunidades podemos ver cómo siguen operando solapadamente.

Agustina Palacios (2008) describe el primero de ellos, el Modelo de prescindencia que surge en la antigüedad, cuando se pensaba que las causas de la discapacidad tenían origen religioso. Las personas con discapacidad carecían de valor por diferentes motivos:

“Porque se estima que no contribuyen a las necesidades de la comunidad, que albergan mensajes diabólicos, que son la consecuencia del enojo de los dioses, o que —por lo desgraciadas—, sus vidas no merecen la pena ser vividas. Como consecuencia de estas premisas, la sociedad decide prescindir de las personas con discapacidad, ya sea a través de la aplicación de políticas eugenésicas, o ya sea situán-

dolas en el espacio destinado para los anormales y las clases pobres, con un denominador común marcado por la dependencia y el sometimiento, en el que asimismo son tratadas como objeto de caridad y sujetos de asistencia.”

A partir de la modernidad, como consecuencia de las guerras y accidentes laborales, muchas personas sufrieron lesiones y amputaciones severas que requirieron intervención médica; surge, en este momento, el Modelo médico rehabilitador. Las causas de la discapacidad ya no son religiosas sino científicas y se sostiene que sólo si la persona es rehabilitada, “normalizada”, podrá adecuarse a las exigencias del mundo actual y podrá ser “integrada/incluida” a la sociedad, el foco siempre puesto en la capacidad intentando borrar las corporalidades diversas. El objetivo es que la persona se vea lo más “normal posible”, y estos mandatos médicos impactan fuertemente

sobre la persona y sus familias, generando segregación, vergüenza y violencia ante un cuerpo no deseado, no valorado por la sociedad; las PCD se sienten en desventaja con respecto a las personas “no diversas”.

Hacia finales de los años ´60 en Estados Unidos, comienzan a gestarse movimientos de PCD reclamando la incorporación de la sección 504 de la Ley de Rehabilitación que expresaba la “no discriminación” hacia el colectivo por parte de cualquier institución que recibiera aportes del estado. Esta lucha está plasmada en el documental “Crip Camp” (Campamento extraordinario) que se encuentra disponible en Netflix. Como docente lo utilizo no sólo para analizar los diferentes modelos de discapacidad sino también para escuchar las voces del colectivo expresando sus necesidades, sus reclamos y fundamentalmente sus deseos. Allí se muestran como sujetos deseantes y

deseados, hablan sobre vínculos sexoafectivos, familiares y situaciones de la vida cotidiana. Además, es muy importante ver la figura de asistentes personales que están disponibles como apoyos respetando y entendiendo que están asistiendo a personas jóvenes, no niñas y niños en cuerpos adultos, como se los suele encasillar.

Estos movimientos son precursores del Modelo Social, que es el que plantea la Convención internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad, a la cual Argentina suscribió desde 2007 y ratificó en 2008, incorporándolo a la normativa nacional.

La Convención reconoce a las PCD como sujetos de derecho centrándose en : la libertad de tomar sus propias decisiones con los apoyos que la persona requiera; la inclusión social, laboral y el derecho a disfrutar una vida sexual plena. Además

incorpora la perspectiva de género, y se le critica la visión binaria, ya que habla de mujeres y varones no incluyendo a las personas de la comunidad Igtbiq+. Existen algunos conceptos que me parecen centrales para compartir:

Diseño universal: que significa que todos los espacios, programas y servicios deben poder ser utilizables por todas las personas, sin necesidad de adaptación o diseño especial. Entonces, todas las personas deberían poder ingresar a cualquier espacio de salud sin tener que preguntar previamente si hay rampa, si los baños son accesibles, si las personas que allí atienden podrán comunicarse adecuadamente, si podrán brindar los apoyos que por ley deberían estar presentes. Los apoyos son personas, objetos o tecnologías que colaboran para que las PCD puedan hacer cosas dentro y fuera de casa, como por ejemplo: audífonos, una silla de ruedas, una persona que ayude con un trámite, etc.

Lo importante, tal como lo expresan las mujeres discas que participaron del libro “Desear es mi derecho. Sexualidad y autonomía de las mujeres con discapacidad.” (2021):

“Todos los apoyos nos ayudan a ser autónomas. Cuando el apoyo es una persona, tiene que respetar nuestras decisiones. Si decide por nosotras, deja de ser un apoyo porque no respeta nuestra autonomía. Podemos elegir a nuestras personas de apoyo. Tenemos derecho a elegir a alguien que no sea de nuestra familia. Y si no nos sentimos cómodas, podemos cambiar de apoyo.”

Aquí me parece pertinente traer el concepto “Paternalismo” que tiene que ver con la visión de cuidados extremos, de sobreprotección, pensar que las PCD no pueden hacer cosas solas, que requieren siempre del cuidado y supervisión parental. Creo que como profesionales tenemos mucho

para aportar y cuestionar en pos del empoderamiento y la autonomía moral, tal como la plantea Soledad Arnau Ripollés (2006), filósofa, sexóloga y activista del foro de vida independiente:

“La autonomía moral es la capacidad que posee todo ser humano de manifestarse como individuo único e irrepetible y, por supuesto, “tan válido/a” como todas las demás personas. Son, en definitiva, “aquellas capacidades necesarias e imprescindibles para regir sus vidas con madurez moral y actuar como persona adultas”, dentro de un marco cultural determinado. (La autonomía moral sólo se desarrolla de manera plena cuando una persona tiene libertad para vivir “a su manera”-de manera independiente-).”

Arnau Ripollés fue una de las propulsoras del **modelo de la diversidad** que surge en el año 2006 en España desde el Foro de vida independiente

y divertad (espacio virtual formado por personas con discapacidad motriz desde 2001). Este colectivo plantea la necesidad de erradicar la capacidad como indicador para el colectivo y sustituirla por la dignidad; reivindicar el valor de la diversidad; sustituir «personas con discapacidad» por «personas con diversidad funcional» como una oportunidad teórica y de pensamiento para alejarse del sistema capacitista-minusvalidista. Si bien la terminología propuesta, “diversidad funcional”, no es tan conocida, como docente y profesional de la salud considero muy rico este modelo para repensar nuestras prácticas porque es un término que surge de las voces del colectivo y define la diversidad funcional como los diferentes modos de funcionar. Existen personas que se desplazan caminando, otras utilizan muletas o sillas de ruedas.

¿Qué modelos existen hoy? Si bien estamos transitando el modelo social, conviven todos los men-

cionados anteriormente. El de prescindencia lo podemos ver en las esterilizaciones forzadas que se le practican a las mujeres con discapacidad. En relación al modelo médico hegemónico, Daiana Travesani (2021) asocia tres términos: **normativismo, cuerdismo y capacitismo**.

- **Normativismo:** es un sistema que separa lo “válido” de lo “inválido”, lo aceptable de lo inaceptable. La sociedad es quien legitima como normales ciertas corporalidades, identidades, formas de comunicarse, etc; por medio de la educación, la cultura, medios de comunicación, diseños edilicios y discursos políticos, generando de esta forma miedo a lo diferente y no querer ser parte de esas razas que no encajan en “un mundo normal”.
- **Cuerdismo:** es un término propuesto por Morton Birnbaum en 1960, y constituye una

forma de opresión al considerar que las personas “cuerdas” son superiores a las “no cuerdas”. Las personas “locas”, “psiquiátricas” habitan los márgenes y no son consideradas capaces de elegir o tomar decisiones, mucho menos de acceder al placer sexual.

- **Capacitismo:** es una forma de discriminación o violencia y se manifiesta de múltiples maneras, como la falta de accesibilidad en medios de transporte y edificios, simplemente porque se cree que existe un modo “normal” de trasladarse que sería caminando. Si alguna persona no lo hiciera así sería algo “especial” y no todos los lugares estarían “preparados”. El foco está puesto en lo que la persona es “capaz”.

En la misma línea de pensamiento, María Florencia Santillán(2020) en su libro *Maldita Lisiada*, dice:

“«La maldita lisiada» es una suerte de metáfora o

más bien una caricatura, sobre la mirada que tenemos socialmente sobre la discapacidad, el desprecio y la violencia que ejercemos sobre lo distinto, la negación de otras realidades y la indiferencia colectiva a la hora de responder a cuestiones elementales.”

Ella marca como eje el entorno, los ambientes, las miradas, por ello creo que las militancias diversas funcionales/lisiades/discas están comenzando a generar un movimiento interesante en la sociedad; las voces del colectivo se empiezan a oír, a mostrarse y a exigir escucha, respeto y el lugar que merecen como sujetas y sujetos de derecho. La infantilización eterna a la cual son sometidas es abrumadora y obtura la participación activa en la sociedad, el acceso a una vida independiente, la decisión sobre sus cuerpos y sus vidas. El goce no es algo que tenga lugar, porque siempre se antepone la mirada capacitista, la genitalidad y la reproductividad.

¿Cómo nombramos a las personas con discapacidad?

Algo muy simple pero sumamente importante es el modo en que nos dirigimos a las personas discapacitadas. Históricamente se las llamaba “discapacitadas, retrasadas, mogólicas, anormales”.

La visibilización del colectivo fue dando lugar a otros términos más romantizados como “especiales”, “capacidades diferentes”, “seres de luz”, haciendo alusión a un grupo o categoría de personas que se encontraría por “fuera de la norma”. Todos estos términos nada tienen que ver con la Convención internacional de las PCD que desde 2008, expresa que el modo de nombrarlas es “persona con discapacidad, persona ciega, persona sorda, persona con movilidad reducida, usuaria de salud mental ó persona con padecimientos mentales”. Más allá de estos términos se

insiste en la importancia de llamar a la persona por su nombre evitando: “el down”, “el rengo”, “la autista”, “la discapacitada” . En la actualidad aún se escuchan esas palabras a modo de insulto: “salí mogólico”, “sos autista” o chistes como “no te llega agua al tanque”, modos de insultar capacitistas porque se utiliza parte de la identidad de la persona como algo malo.

¿Existen prejuicios que obturan mi mirada?

En nuestra cultura circulan falsas creencias que operan como prejuicios y obstaculizan el despliegue de las potencialidades del colectivo de PCD. Seguramente algunos de los que mencione les serán familiares, no sólo por haber vivenciado alguna situación sino por haberlos visto en series o películas:

1. Se cree que existe una “sexualidad especial”: ¡falso!, el desarrollo de las etapas psicosexuales es igual; pueden requerir apoyo para acceder a la ESI tal como para aprender matemática.
2. Se cree que son asexuales o no necesitan expresar su sexualidad: no están asociados, podrá haber personas asexuales dentro del colectivo disca.
3. Sus dificultades les impiden mantener relaciones sexuales “normales”: ¡el problema está en sostener que lo “normal” es tener relaciones coitales como única opción!, limitando las experiencias sexuales a solo un modo, cuando existe un amplio abanico de modos de disfrutar el placer sexual.
4. No son atractivas y no pueden producir placer: esta idea viene de los mandatos culturales que marca cuáles son los cuerpos bellos.
5. No pueden tener pareja: la infantilización opera restringiendo el derecho al goce.

6. Pueden transmitir genéticamente su condición: visión capacitista que teme la reproducción de la diversidad.
7. Se cree que la ESI incrementa sus impulsos sexuales: la ESI prepara, ayuda a entender qué sucede en sus cuerpos y es indispensable para poder desarrollar autonomía y cuidado. Es fundamental en la prevención de abusos sexuales.
8. Existe una visión binaria, donde sólo las personas con pene tienen deseos: por lo general a las personas con pene se las lleva a tener sus primeras relaciones sexuales para “calmar sus deseos sexuales” y a las personas con vulva se las considera asexuadas, destinadas a tareas de cuidado.
9. Todas las PCD son heterosexuales. Existen estudios (Hervas & Pont, 2020) que muestran que un 69,7% de personas autistas se enuncian como no heterosexuales, además entre un 6 % y 7 % dicen no estar conformes con su género asignado al nacer.

¿ Por qué debemos evitar el porno inspiracional?

Stella Young acuñó el término “porno inspiracional” para definir el hecho de cosificar a personas con diversidad funcional en nuestro propio beneficio. A modo de ejemplo Daiana Travesani comparte algunas de las frases que le han dicho o ha escuchado:

“Yo después de ver que vos sonreís a pesar de tu discapacidad empecé a valorar más mi vida”.

“Ángeles que llegan para enseñarnos algo” .

“Hasta un discapacitado puede estudiar y vos que sos normal te llevás todas”.

El porno inspiracional se puede ver en publicidades y notas periodísticas donde valoran a una PCD por haber obtenido un título académico, conseguir un trabajo o participar de una competencia deportiva, a pesar de su “condición”.

Es decir, bajo el paraguas del porno inspiracional se agrupan todas esas situaciones en las que decimos que una persona con discapacidad nos resulta inspiradora sólo por su discapacidad.

¿Desde cuándo es necesario hablar de sexualidad en la consulta?

Es importante tener en cuenta que a partir del nacimiento de una o un bebé con discapacidad es necesario acercar información validada científicamente que ayude a la familia a entender y aprender a acompañar y propiciar un desarrollo pleno desde los primeros meses de vida. Para que esto suceda será indispensable que las personas que sean referentes afectivos reciban acompañamiento psicológico para atravesar todas las etapas de duelo necesarias para aceptar que su bebé no coincide con las expectativas hegemó-

nicas que se habían imaginado, entender que es indispensable dar lugar al dolor, la angustia y la incertidumbre en el marco de la terapia para poder criar respetuosamente, acompañando los desafíos desde el amor.

Será muy importante permitir el despliegue de habilidades comunicacionales, favorecer la libre elección, sí, desde que son pequeños. Debemos escuchar (más allá de que exista o no lenguaje verbal), dar a elegir qué comida, qué ropa prefieren ponerse, parecen detalles menores pero a medida que van creciendo esos pequeños detalles van dando origen a los cimientos del consentimiento; poder decir qué quiero y qué no quiero es muy importante. Sabemos que cuando van llegando a la adolescencia, pareciera que la sexualidad irrumpe sin pedir permiso en los cuerpos diversos y todo su núcleo familiar se revoluciona porque de pronto no se sabe qué hacer, qué de-

cir, cómo ayudar a su hija o hijo en ese momento de exploración y descubrimiento de zonas erógenas. Las masturbaciones en público o avanzar sobre los cuerpos de pares suelen ser los motivos más frecuentes de consulta. Y es en ese momento que las familias inician un camino incierto, en general las médicas o médicos que los vinieron acompañando: pediatras, neurólogas, psiquiatras, etc. no han hablado nunca sobre educación sexual, sobre los cambios esperados y la importancia de una educación sexual integral desde las niñeces....entonces se encuentran con púberes, adolescentes, con cuerpos cambiantes en pleno desarrollo, emociones que invaden, sienten atracción sexual, deseos de autoexploración y en muchas situaciones no hay anticipación, ni información ni acompañamiento.

Algunas sugerencias para tener en cuenta en el momento de la consulta:

- **Accesibilidad:** espacios amplios, baños en los que se pueda ingresar con silla de ruedas o andadores, camillas regulables; debemos describir si nos consulta una persona ciega para que sepa cómo es el lugar. Describir anticipadamente cómo será el procedimiento si es necesaria una revisión, preguntar si necesita ayuda para quitarse alguna prenda o acomodarse en la camilla, considerar que hay personas con perfiles sensoriales que presentan hipersensibilidad al tacto, a la luz, a sonidos, a olores, etc. Siempre consultar antes de iniciar un procedimiento.
- **Siempre dirigirnos a la PCD,** no importa la edad, ni de qué modo se comunique, debemos consultar a la persona si comprende lo que estoy diciendo o bien preguntar qué tipo de apoyo necesita a su acompañante.

- **Considerar tener imágenes que ayuden de apoyo** a lo que debo explicar. Podemos dibujar o mostrar imágenes o videos; este punto es esencial, tenemos que estar preparados y nuestra consulta debe ser con “diseño universal”. ¿Qué significa ésto?, que toda persona que nos consulte debe obtener un trato digno y comprender lo que tenemos que transmitir, ya sean dolencias, tratamientos o intervenciones.
- **Considerar brindar indicaciones por escrito** para que la persona pueda volver sobre lo ocurrido; ésto suele ser útil para toda persona porque muchas veces en la consulta se habla rápido, utilizando lenguaje técnico y olvidamos que las personas que nos consultan no siempre conocen todos los términos que para el personal de salud resultan cotidianos, brindar la información y ofrecer el tiempo necesario para que la comprendan, y estar disponibles para responder las dudas que surjan.

Bibliografía

- Armoa, M.L. Xenofeminismo y Diversidad funcional: aportes, vínculos y nuevos caminos para un colectivo invisibilizado. FLASSES online. Pág.17 ,Vol 1, año 2022.
- Arnau, M.(2006). Reflexiones en torno a la vida independiente y la autonomía moral. Revista sobre ruedas, No 62, 6-8. https://siidon.guttmann.com/files/sobre_ruedas_62.pdf
- Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidades. Disponible en: <https://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tcccconvs.pdf>
- Crip camp(campamento extraordinario) <https://www.netflix.com/ar/title/81001496>
- Desear es mi derecho. Sexualidad y autonomía de las mujeres con discapacidad. Amorín, E; Buceta, C.; Dones, A.; Gonzalez, V.; Grassia, A.; Lemura, L.; Minieri, S.(2021). Disponible en <https://grupofusa.org/proyecto-desear/>
- http://forovidaindependiente.org/el_modelo_de_la_diversidad/
- Palacios, A. El modelo social de la discapacidad.2008. Ediciones Cinca
- Santillán, M, Sollans,S.(2020). Maldita lisiada. <https://malditalisiadalibro.com/>
- Travesani, D.(2021) Me proclamo disca me coronó renga. Rosario

Sexualidad para médicos no sexólogos

DRA. SANDRA MAGIRENA • DR. ALEJANDRO URRESTI



Existe una amplia correlación entre las disfunciones sexuales (DS) y el bajo nivel de calidad de vida. Esto pasa también con enfermedades como: cáncer, cardiopatías, hipertensión (HTA), diabetes (DBT), enfermedades metabólicas; terapias utilizadas para tratar tales padecimientos, tanto quirúrgicas (mastectomía, orquiectomía, etc.) como médicas (citostáticos, antihipertensivos, antidepresivos IRSS, etc.), y con los factores psicológicos (problemas de autoestima, de ansiedad, y sobre todo de depresión), asociados a la propia enfermedad.

Estas disfunciones sexuales pueden estar ocultas o subestimadas en pacientes portadores de enfermedades crónicas o bajo tratamientos interferentes, que suelen no ser planteadas por temor o vergüenza, por lo que el médico tiene que considerar e incluir la salud sexual en la consulta.

Los profesionales de la salud tienen la responsabilidad de ayudar a las personas a mejorar su salud, donde la sexualidad plena es un aspecto muy importante, ya que al mejorar la salud sexual, mejora el bienestar físico, mental y emocional del individuo, optimizando los resultados terapéuticos y siendo un factor protector de la salud integral.¹

Referencia: 1 - Magirena, S., Urresti, A. Sexualidad para médicos no sexólogos. Parte I, Cap. 1, p. 15-18.

AUSPICIA: