

Lo que todo clínico debe saber de

SEXOLOGÍA



Dr. Eusebio Rubio Auriolas
Editor

Amssac
asociación

Lo que todo clínico debe saber de

SEXOLOGÍA



Dr. Eusebio Rubio Auriolés
Editor

CONTENIDO

	PÁGINA
PRÓLOGO	I
1. LA SALUD SEXUAL COMO PARTE INTEGRAL DE LA SALUD EUSEBIO RUBIO AURIOLES	1
2. LA SEMIOLOGÍA CLÍNICA DE LOS PROBLEMAS SEXUALES EUSEBIO RUBIO AURIOLES	11
3. DISFUNCIONES SEXUALES DE LA MUJER VERÓNICA DELGADO PARRA	25
4. DISFUNCIONES SEXUALES DEL HOMBRE EUSEBIO RUBIO AURIOLES	49
5. DEFICIENCIA ANDROGÉNICA DEL ENVEJECIMIENTO MASCULINO EUSEBIO RUBIO AURIOLES	83

6. ENFERMEDADES CRÓNICAS Y VIDA SEXUAL	95
HORACIO RENÉ SÁNCHEZ	
7. INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL	115
TIRSO CLEMADES PÉREZ DE CORCHO	
8. OTROS PROBLEMAS CON REPERCUSIÓN EN LA VIDA ERÓTICA: EVITACIÓN Y FOBIA, COMPORTAMIENTOS COMPULSIVOS Y TRASTORNOS PARAFÍLICOS	155
VERÓNICA DELGADO PARRA	
9. CLIMATERIO, MENOPAUSIA Y VIDA SEXUAL	171
CLAUDIA FOUILLOUX MORALES	
10. IMPACTO DE LA VIOLENCIA SEXUAL EN LA SALUD	187
OLIVIA GUERRERO FIGUEROA	
11. EL EMBARAZO EN LA ADOLESCENTE: UN PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA	205
OLIVIA GUERRERO FIGUEROA	
12. ASPECTOS PSICOLÓGICOS DE LA ANTICONCEPCIÓN	221
CLAUDIA FOUILLOUX MORALES	
13. INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO	237
OLIVIA GUERRERO FIGUEROA	
14. LO QUE TODO CLÍNICO DEBE SABER RESPECTO A LA ORIENTACIÓN SEXUAL	253
EUSEBIO RUBIO AURIOLES	
15. DIVERSIDAD SEXUAL Y LA SALUD: NECESIDADES DE LAS PERSONAS TRANSGÉNERO	265
VERÓNICA DELGADO PARRA	
16. RELACIÓN DE PAREJA EN LA SALUD SEXUAL	279
VERÓNICA DELGADO PARRA	

PRÓLOGO

La atención clínica de los problemas relacionados con la sexualidad humana se ha convertido en una parte esencial del ejercicio profesional de diversas especialidades. La salud sexual se relaciona con el bienestar, en muchos sentidos y en muchos niveles, desde los tradicionales aspectos netamente biológicos que sustentan la salud, pasando por la salud psicológica y llegando a la salud de las comunidades. Como se verá en el desarrollo de este libro, los mayores niveles de salud sexual se relacionan directamente con mayores niveles de bienestar personal, social y comunitario.

El objetivo principal de este texto es reunir en un formato breve, conciso y orientado a las decisiones prácticas, las herramientas suficientes para que el clínico de distintas especialidades pueda atender y resolver, en muchos casos, la problemática sexual de sus pacientes. Con base en una estructura de manual para la práctica clínica se presenta la información esencial para entender los procesos que determinan y mantienen los problemas abordados y señala de manera muy directa las estrategias terapéuticas desarrolladas ante estos problemas.

Dos capítulos iniciales sirven de introducción: uno aborda la relación entre la salud sexual y la salud general y el segundo revisa los principios básicos de la semiología clínica aplicada a la sexualidad humana. Los siguientes dos capítulos

revisan las disfunciones sexuales, tanto de la mujer como del hombre. Luego se revisan las condiciones médicas que tienen repercusión en el bienestar y la salud sexual, incluidas: la deficiencia androgénica del envejecimiento masculino, las enfermedades crónicas, las infecciones de transmisión sexual, la evitación fóbica, los comportamientos sexuales compulsivos y los trastornos parafilicos. Los aspectos psicológicos y sociales de la menopausia, así como el impacto de la violencia sexual, el embarazo no deseado y la interrupción del embarazo también se revisan. Un capítulo está dedicado a los aspectos psicológicos de la anticoncepción. Se dedican dos capítulos a dar información de relevancia en la práctica clínica en temáticas de la diversidad sexual, uno aborda los aspectos relacionados con la orientación sexual y otro revisa las necesidades de las personas transgénero. Finalmente, un capítulo integra los aspectos de la relación de pareja al conocimiento necesario para la atención clínica en problemas de salud sexual.

Cada capítulo está escrito pensando en el o la profesional de la salud que se enfrenta a situaciones clínicas que le requieren estos conocimientos básicos de sexología. Se hizo todo intento por evitar el lenguaje críptico, característico de alguna especialización en particular, para facilitar la lectura y comprensión de este manual por una variedad de profesionales, desde los dedicados a la atención primaria de la salud, hasta los dedicados a especialidades relacionadas con los problemas de salud sexual.

El equipo de autores pertenece a la Asociación Mexicana para la Salud Sexual (AMSSAC) donde desde hace muchos años hemos desarrollado estrategias de atención clínica que han incluido las recomendaciones internacionales que han sido publicadas, particularmente por la International Society for Sexual Medicine, la World Association for Sexual Health, la World Professional Association for Transgender Health y las recomendaciones emitidas por la Organización Mundial de la Salud.

Bayer de México promovió y apoyó financieramente este proyecto, por lo que los autores muestran su sincero agradecimiento, así como su reconocimiento por habernos otorgado total libertad para el desarrollo de los textos que conforman este libro y que tienen a la ciencia y práctica clínica como guías con la permanencia de los legítimos intereses corporativos al margen del desarrollo de los contenidos de este libro.

Eusebio Rubio Auriolles
Noviembre de 2014

EUSEBIO RUBIO-AURIOLES



Médico cirujano egresado de la Universidad La Salle (1978), México DF. Doctorado en Sexualidad Humana de la Universidad de Nueva York (1988). Post-doctorado en Terapia sexual en el Departamento de Psiquiatría del Hospital Monte Sinaí de Nueva York.

Profesor del Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México (1984). En 1987 fundó la Asociación Mexicana para la Salud Sexual y actualmente es el director. Desde 1993 ha realizado más de 30 estudios clínicos para el desarrollo de tratamientos farmacológicos de los problemas sexuales en hombres y mujeres.

Tiene 64 publicaciones, 26 de ellas en revistas indexadas en Pubmed, 5 en otras revistas y 28 capítulos en libros. Fungió como el Coordinador Científico de la *Antología de la Sexualidad Humana* publicada por el Consejo Nacional de Población, obra en la que participaron 85 autores.

Fue el primer presidente de la Federación Mexicana de Educación Sexual y Sexología y desde 1997 ha sido miembro del Consejo Directivo de la Asociación Mundial de Sexología. En julio de 2005 fue elegido presidente de la Asociación Mundial para la Salud Sexual (antes llamada Asociación Mundial de Sexología) por el periodo 2005-2009. De agosto de 2008 a diciembre de 2015 fue editor asociado del *Journal of Sexual Medicine*. Actualmente es revisor de artículos del *Journal of Sexual Medicine*, *International Journal of Sexual Health*, *International Brazilian Journal of Urology*, *Sexual and Relationship Therapy* y *Expert Opinion On Emerging Drugs*.

TIRSO CLEMADES PÉREZ DE CORCHO



Médico cirujano con especialidad en Medicina Integral, egresado de la Universidad de Ciencias Médicas de La Habana, Cuba. Maestría en Pedagogía de la Sexualidad en la Universidad Pedagógica de La Habana; maestría en Psicoterapia Ericksoniana en el Centro Ericksoniano de México. Ha tomado diversos cursos de entrenamiento y actualización en: sexualidad humana, VIH e infecciones de transmisión sexual. Es creador de la "ESCUN", un modelo educativo para el trabajo en sexualidad humana, VIH y otras infecciones de transmisión sexual. Ha recibido diferentes premios y reconocimientos en Cuba y en el extranjero. En el año 2003 recibió, en París, Francia, el Premio de la Internacional AIDS Society. Ha impartido conferencias, cursos y talleres en instituciones educativas de Estados Unidos, y de varios países de Latinoamérica y el Caribe. Cuenta con más de 22 años de experiencia en el campo de la educación sexual, y de las infecciones de transmisión sexual.

Ha escrito artículos para diferentes publicaciones nacionales e internacionales y es autor de los libros: *Educación de la Sexualidad a través de Cuentos*, *Una alternativa para prevenir el VIH/sida*, *Manual del Taller de Capacitación de ITS y VIH/SIDA para Promotoras Comunitarias de Salud*.

Es miembro de la Asociación Mexicana de Microbiología e Infectología Clínica.

Fundador y presidente de la Fundación Clemades Cuenta Conmigo y se desempeña como médico en el Programa de VIH e ITS, de la Secretaría de Salud del Estado de México; consultor independiente de diversas instituciones nacionales e internacionales.

VERÓNICA DELGADO PARRA



Médico cirujano egresada de la Facultad Mexicana de Medicina de la Universidad La Salle (1985-1991), especialista en Psiquiatría, egresada del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez (1991-1994), certificada por el Consejo Mexicano de Psiquiatría. Se formó en Psicoterapia Psicoanalítica en el Círculo de Psicoterapia Psicoanalítica de México (1994-1998), Diplomado en Educación Sexual en la Asociación Mexicana para la Salud Sexual (2004), terapeuta sexual y sexóloga clínica por la Asociación Mexicana para la Salud Sexual (2004-2006), especialidad en Metodología de la Investigación en Sexualidad y Salud Sexual en el Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional

Autónoma de México (2008-2009) y Diplomado en Tanatología en el Colegio Latinoamericano de Educación Avanzada (2011).

Es profesora titular del curso de pregrado en Sexología, Facultad Mexicana de Medicina, Universidad La Salle (enero 2014 a la fecha) y profesora adjunta del curso de pregrado: Aspectos Médicos de la Sexualidad Humana, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México (2007 a la fecha), profesora de la Formación en Terapia Sexual y Sexología Clínica en la Asociación Mexicana para la Salud Sexual (2013 a la fecha) y profesora adjunta del curso de posgrado: Sexualidad Humana, Médicos Psiquiatras del Hospital Fray Bernardino Álvarez, Secretaría de Salud, Universidad Nacional Autónoma de México (2012 a la fecha).

Tiene publicaciones en revistas nacionales e internacionales. Ha sido jurado calificador del Premio Nacional de Investigación de la Fundación GlaxoSmithKline (2005 a la fecha) y es revisora del *Journal of Sexual Medicine*, de la International Society for Sexual Medicine e investigadora asociada en la Asociación Mexicana para la Salud Sexual (2006 a la fecha).

Ejerce en el Hospital Ángeles del Pedregal (2001 a la fecha), es socia activa de la Asociación Psiquiátrica Mexicana, donde es coordinadora de la sección académica de Sexología médica (2012 a la fecha). Es miembro de la International Society for Sexual Medicine y del Consejo Técnico Universitario de la Universidad Nacional Autónoma de México (2013-2019).

CLAUDIA FUOILLLOUX MORALES



Médico cirujano con especialización en Psiquiatría, Psicoterapia de Grupos y maestría en Psiquiatría en la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) y en Terapia sexual en la Asociación Mexicana para la Salud Sexual.

Tiene 33 años de experiencia académica en la UNAM como profesora de la asignatura Psicología Médica I, de la asignatura de libre elección: Aspectos médicos de la sexualidad humana y profesora del Curso de Especialización en Psiquiatría.

En 52 ocasiones ha sido tutora de tesis del diplomado de Especialización en Psiquiatría. Trabaja en líneas de investigación de: salud mental del estudiante universitario y su repercusión en el desempeño académico; Psicopatología en estudiantes de medicina: grupos NUCE, alumnos de internado; Farmacológica clínica y básica: anti-depresivos, medicamentos para disfunción eréctil y para eyaculación precoz; Sexualidad en el adulto mayor; y Experiencias y actitudes hacia la sexualidad en estudiantes universitarios. Tiene 20 publicaciones en revistas nacionales e internacionales.

Se ha desempeñado en diversos cargos académicos: Consejera Propietaria en el Consejo Técnico de la Facultad de Medicina (UNAM) (2006-2012); Coordinadora de los programas de postgrado y de la asignatura de Medicina Psicológica y Comunicación en el Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la Facultad de Medicina de la UNAM.

Ha recibido 5 premios de primer lugar en presentaciones en congresos.

Fue presidenta de la Mesa Directiva de la Asociación Mexicana para la Salud Sexual (AMSSAC) de 2012 a 2014.

OLIVIA GUERRERO-FIGUEROA



Licenciada en Psicología por la Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, especialidad en Terapia sexual y sexóloga clínica en la Asociación Mexicana para la Salud Sexual (AMSSAC) donde también se formó como educadora sexual y educadora sexual infantil. Estudios de educadora para la paz y la no violencia, egresada del Colectivo de Educación para la Paz (CEPAZ) y terapeuta Gestalt de la infancia y adolescencia, egresada del Centro de Educación Humanista y Psicoterapia Gestalt (CEDHUPALT). Maestrante en Psicoterapia Gestalt por el Instituto Humanista de Psicoterapia Gestalt (IHPG).

Coordinadora del diplomado en Sexualidad humana y terapeuta sexual de niños(as) y adolescentes en la Asociación Mexicana para la Salud Sexual (AMSSAC). Terapeuta en Psicología Integral Paccayemati.

Expresidenta de la Asociación Mexicana para la Salud Sexual (AMSSAC) y vicepresidenta de la Región I de la Federación Mexicana de Educación Sexual y Sexología (FEMESS).

HORACIO RENÉ SÁNCHEZ MORALES



Médico cirujano egresado de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), diplomado en Educación sexual por la Escuela Nacional de Trabajo Social (UNAM) y en Psicoterapia por el Hospital Psiquiátrico San Fernando del Instituto Mexicano del Seguro Social. Cursó la especialidad en Terapia sexual y sexología clínica en la Asociación Mexicana para la Salud Sexual (AMSSAC) y un Diplomado en Psiquiatría de Primer Nivel en

el Hospital Psiquiátrico con Medicina Familiar número 10 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Médico familiar en el Instituto Mexicano del Seguro Social, terapeuta sexual en AMSSAC, profesor invitado para la formación de terapeutas sexuales y sexólogos clínicos (AMSSAC) y del diplomado en Sexualidad humana (AMSSAC).

Fue ayudante de profesor en el Curso de Propedéutica del tercer año de la carrera de médico cirujano de la Facultad de Medicina (UNAM 2006-2009) y co-investigador en la Asociación Mexicana para la Salud Sexual, miembro del Comité de Ética en Investigación de AMSSAC.

Colaborador en varios programas de televisión y radio, incluido el de Salud Integral del Canal 52 MVS y Tele Fórmula (3 años), invitado colaborador en Radio Imagen y Canal 28 (Crónicas de Salud y Segunda Opinión, respectivamente), invitado en Canal 11 al programa Diálogos en Confianza y en el Canal 40 en el programa El Debate México.

La salud sexual como parte integral de la salud

EUSEBIO RUBIO AURIOLAS

El cuidado de la vida sexual, en la atención general de la salud, ha sido señalado por la Organización Mundial de la Salud como parte integral de la atención a la que todos tenemos derecho.¹ Sin embargo, el lugar que la sexualidad ha tenido en la cultura occidental, en general, y en la cultura latinoamericana, en particular, ha hecho difícil que la vigilancia de la vida sexual, la prevención de sus problemas, la identificación temprana y la decisión, accesibilidad y posibilidad de implementación de medidas terapéuticas se integren de manera efectiva en el cuidado de la salud.

La sexualidad comprende muchos componentes que desempeñan un papel central en la vida del ser humano. Esta centralidad la hace estar presente en varias dimensiones de la vida, especialmente cuando la sexualidad se conceptualiza de manera amplia y no limitada al desempeño físico-erótico que caracteriza a la actividad sexual. La actividad sexual, en sí misma, ha mostrado tener relación muy importante con la calidad de vida y con varios aspectos de la salud física y mental.

El concepto de sexualidad merece revisarse. A pesar de lo común de su uso, el término suele referirse a distintos asuntos y, con frecuencia, se utiliza en forma limitada para denotar los actos relacionados con la copulación con fines repro-

ductivos o no. No obstante este uso común y restrictivo, también es frecuente que se reconozca con relativa facilidad la complejidad de la sexualidad y que se advierta que, además de las cuestiones relacionadas con la excitación sexual, hay elementos diferentes, como la identidad o la resonancia afectiva que la cercanía erótico sexual produce con mucha frecuencia que no pueden ser ignorados al elaborar un concepto formal de sexualidad.

¿QUÉ ES LA SEXUALIDAD?

En el año de 2006, la Organización Mundial de la Salud² publicó el resultado de una serie de consultas y reuniones entre expertos representativos de todas las regiones del planeta a los que convocó para llegar a una definición operativa de la sexualidad y la salud sexual. Si se reconoce que existe una gran variedad de conceptualizaciones de la sexualidad, la propuesta de la OMS es utilizar esta definición para lograr trabajo, lenguaje, metas y formas de evaluación compartidas. La definición en cuestión nos dice:

La sexualidad es un aspecto central del hecho de ser humano y abarca: el sexo, las identidades y papeles de género, la orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad y la reproducción.

Se vive y se expresa en pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, comportamientos, prácticas, papeles y relaciones interpersonales.

Si bien la sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no todas ellas se experimentan o expresan siempre.

La sexualidad está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales.

Veamos en mayor detalle lo que esta definición nos ofrece:

1. La sexualidad es un concepto que se refiere a varios componentes que se interrelacionan: el sexo, las identidades y papeles de género, la orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad y la reproducción. Esto implica que los problemas de la salud sexual pueden derivarse de todos estos componentes y, aunque algunos parecen no tener que ver con otros (por ejemplo, los problemas de la intimidad con los problemas de la función erótica o disfunciones sexuales), en la realidad clínica frecuentemente se entremezclan mostrando la íntima relación de estos componentes de la sexualidad.
2. La sexualidad se manifiesta en pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, comportamientos, prácticas, papeles y relaciones interpersonales. Como la observación directa de las conductas de los

pacientes en la intimidad no es posible ni correcta, el acceso del clínico a la sexualidad de sus pacientes es a través de la entrevista clínica que necesita incluir, precisamente, información de esas manifestaciones para poder orientar al clínico acerca de posibles problemas a resolver

3. No todas las dimensiones sexuales necesitan expresarse siempre, es más bien cuestión de equilibrio y de decisiones conscientes personales.
4. Para entender a profundidad la sexualidad es necesario el conocimiento transdisciplinario que incluya factores: biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales.

La concepción actual de la sexualidad es amplia. Cada uno de sus componentes merece atención durante el desarrollo del individuo y durante su vida adulta por medio de los procesos educativos. De la misma forma, los problemas de la sexualidad que hacen necesaria la intervención del clínico aparecen en cada uno de sus componentes. Si bien algunos de los problemas sexuales han sido objeto reciente de atención por parte de la comunidad médica debido a la aparición de medicamentos eficaces para ayudar a disminuir o evitar la repercusión de la problemática sexual en el individuo y su pareja, es deseable que el profesional de la salud tenga una panorámica completa para estar en mejores condiciones de ayudar a sus pacientes.

¿QUÉ ES LA SALUD SEXUAL?

La Organización Mundial de la Salud define a la salud sexual como: “un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad; no es solamente la ausencia de enfermedad, disfunción o incapacidad. La salud sexual requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener relaciones sexuales placenteras y seguras, libres de coerción, discriminación y violencia. Para que la salud sexual se logre y se mantenga, los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y ejercidos a plenitud.”²

La salud sexual es, de hecho, parte de la salud general de la persona, y por eso se define en los mismos términos de bienestar. El bienestar es el concepto central de la definición de salud sexual. Esta definición hace explícita referencia a algunas de las condiciones para tener bienestar sexual:

1. La necesidad de tener un enfoque positivo, es decir, de aceptación y no de rechazo o conflicto, ante la sexualidad y las relaciones sexuales.
2. La necesidad de respeto ante la sexualidad y las relaciones sexuales.
3. La imposibilidad de tener salud sexual si existe violencia, coerción o discriminación.
4. La posibilidad de tener placer y seguridad en las relaciones sexuales.

La salud sexual, como las conceptualizaciones modernas de salud, es un “concepto en positivo”. Esto quiere decir que, si bien la salud sexual puede perderse cuando aparece un problema clínico específico, como la disfunción eréctil o un embarazo no deseado, la salud sexual es más que la ausencia de estos problemas. En otras palabras, es posible tener mejores niveles de salud sexual aun sin que aparezcan cuadros clínicos susceptibles de ser diagnosticados. Por ejemplo, si se vive en una comunidad en donde el acceso a la información de salud sexual está disponible para todos, los niveles de salud sexual serán mayores que los de una comunidad donde esta información esté restringida, aunque no necesariamente se hayan presentado problemas susceptibles de ser diagnosticados. Lo mismo puede decirse de un ambiente cultural que facilite el crecimiento sexual mostrando respeto y aceptación por el placer sexual, comparado con un ambiente que muestre lo contrario.

Los ejemplos anteriores nos dejan ver con claridad que los determinantes de la salud sexual incluyen condiciones sociales y educativas, lo que genera responsabilidades ante la salud sexual de las comunidades de muchas instituciones y estructuras. En la práctica de la clínica, los profesionales de la salud desempeñan un muy importante papel en la prevención a través de la información adecuada, como de la detección temprana de los problemas clínicos de la sexualidad. Enseguida se revisan los problemas sexuales que pueden aparecer en la práctica clínica.

¿CUÁLES SON LOS PROBLEMAS SEXUALES?

Los problemas que pueden hacer necesaria la intervención del profesional de la salud pueden originarse en cada uno de los componentes de la sexualidad: el sexo, las identidades y papeles de género, la orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad y la reproducción. Además, hay condiciones del medio ambiente o crónicas de salud que pueden afectar el bienestar sexual de las personas, como la violencia sexual o la infección de virus, bacterias y parásitos. Muchos de estos problemas afectan todos los componentes de la sexualidad, el bienestar general del individuo, su pareja y en no pocas ocasiones el bienestar familiar y comunitario. El Cuadro 1 contiene una lista de los tipos de problemas sexuales ordenados de acuerdo con los componentes de la sexualidad de la definición de la OMS.

Los problemas sexuales que con más frecuencia se encuentran en la práctica clínica del profesional de la salud son las disfunciones sexuales y los problemas relacionados con la reproducción, aunque no es raro que el médico sea consultado por otros problemas incluidos en esta lista.

Algunas disfunciones sexuales, y en particular la eréctil, han recibido relativa atención por la aparición de tratamientos farmacológicos efectivos. La necesidad de atención a la regulación de la reproducción, con las posibilidades que los

Cuadro 1. Lista de problemas sexuales encontrados en la práctica clínica (Continúa en la siguiente página)

Componente de la sexualidad	Problema sexual	Síndromes clínicos	Prevalencia relativa
Sexo	Trastornos del desarrollo sexual ⁵ (antes llamados estados intersexuales)	<ul style="list-style-type: none"> • Trastornos del cromosoma sexual (45 X Turner y variantes, 47 XXY Klinefelter y variantes, 45 X/46XY disgenecia gonadal mixta, oostis cromosómico) • Trastornos del desarrollo sexual 46 XY: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Trastornos del desarrollo testicular ◦ Trastornos de la síntesis-acción de los andrógenos • Trastornos del desarrollo sexual 46 XX <ul style="list-style-type: none"> ◦ Trastornos del desarrollo ovárico ◦ Exeso androgénico fetal (con hiperplasia adrenal congénita por deficiencia 21-OH o 11-OH; sin hiperplasia adrenal: deficiencia de aromatasa, otras) 	Relativamente baja. 1-2% según algunas estimaciones
Identidades y papeles de género	Disforia de género (antes llamada transexualidad)	<ul style="list-style-type: none"> • Disforia de género de la niñez • Disforia de género de la adolescencia y adultez 	Relativamente baja. Los estimados varían entre 0.005 y 0.014%
Orientación sexual	Homofobia	<ul style="list-style-type: none"> • Homofobia internalizada • Homofobia que se traduce en violencia o discriminación 	Alta, cuando menos la medida por las encuestas al público general que miden discriminación

Cuadro 1. Lista de problemas sexuales encontrados en la práctica clínica (Continúa en la siguiente página)

Componente de la sexualidad	Problema sexual	Síndromes clínicos	Prevalencia relativa
Erotismo y placer	Distinciones sexuales	<ul style="list-style-type: none"> • Femeninas <ul style="list-style-type: none"> ◦ Bajo deseo sexual-excitación ◦ Disfunción orgásmica • Síndromes dolorosos -Trastorno de penetración (vaginismo) • Masculinas <ul style="list-style-type: none"> ◦ Bajo deseo sexual ◦ Disfunción erétil ◦ Eyaculación precoz ◦ Anorgasmia y eyaculación retardada ◦ Trastornos de la eyaculación (retrograda y aneyaculación) ◦ Síndromes dolorosos 	Frecuencia y prevalencia elevadas, en algunos estudios alcanza 42% de las mujeres y 35% de los hombres. La prevalencia varía importantemente según los criterios diagnósticos
Intimidad	Trastornos parafilicos	Trastornos parafilicos <ul style="list-style-type: none"> • Voyeurista • Exhibicionista • Froturista • Masoquismo sexual • Sadismo sexual • Paidofílico • Fetichista • Trasvestista 	De baja a media, de 1 a 5 % ⁵

Cuadro 1. Lista de problemas sexuales encontrados en la práctica clínica (Continúa en la siguiente página)

Componente de la sexualidad	Problema sexual	Síndromes clínicos	Prevalencia relativa
	Síndromes clínicos relacionados con la conducta sexual compulsiva (adicción sexual)	Conducta sexual compulsiva <ul style="list-style-type: none"> • Búsqueda compulsiva de relaciones y de parejas múltiples • Fijación compulsiva en una pareja inalcanzable • Autoerotismo compulsivo • Aventuras amorosas compulsivas • Comportamiento sexual compulsivo en una relación 	
Reproducción	<ul style="list-style-type: none"> • Infertilidad • Embarazos no deseados • Complicaciones del aborto 		Alta, una en cuatro parejas según la OMS ⁵
Relacionados con la violencia sexual	<ul style="list-style-type: none"> • Abuso sexual infantil • Abuso sexual • Violación • Hostigamiento y acoso sexual 		Alta, según estudios reportados por la OMS, entre 6 y 46% de las mujeres ha tenido intentos de coito forzado ⁵

Cuadro 1. Lista de problemas sexuales encontrados en la práctica clínica (Continuación)

Componente de la sexualidad	Problematría sexual	Síndromes clínicos	Prevalencia relativa
Relacionados con infecciones de transmisión sexual	<ul style="list-style-type: none"> • Úlcera genital • Úlcera oral • Úlcera rectal • Exudado-flujo-deyección <ul style="list-style-type: none"> ◦ Uretral ◦ Vaginal ◦ Rectal • Dolor en la parte baja del abdomen en la mujer • Infecciones e infestaciones asintomáticas de transmisión sexual (incluso el VIH) • Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (posterior a la infección por el VIH) 		Media de 3 a 6% de mujeres para algunas ITS diferentes al VIH ⁵
Relacionados con enfermedades o condiciones crónicas de salud	<ul style="list-style-type: none"> • Repercusión de la discapacidad mental • Repercusión de la discapacidad física • Repercusión de las condiciones crónicas de salud, incluidos los cambios hormonales de la menopausia y andropausia. • Repercusión de las intervenciones quirúrgicas 		Alta, dada la prevalencia combinada de condiciones crónicas de salud

métodos de regulación hormonal brindan, ha sido tema familiar para la mayoría de los profesionales de la salud. En años recientes se han reconocido los efectos indeseables de la declinación hormonal que se observa en la mujer posmenopáusica y, con frecuencia, en el hombre después de los 50 años. La atención a la salud sexual forma parte de la práctica médica pero es deseable que el profesional de la salud tenga una visión amplia e integral de esta tan importante área de la salud.

¿POR QUÉ ES IMPORTANTE LA SALUD SEXUAL?

Las razones para cuidar la salud sexual incluyen motivos de salud física general del individuo, bienestar psicológico individual y de pareja, así como claros beneficios sociales.

TENER UNA VIDA SEXUAL SANA SE TRADUCE EN BENEFICIOS PARA LA SALUD GENERAL

Hay numerosos autores que se han dado a la tarea de recopilar los beneficios de una vida sexual plena en la salud física del individuo. Enseguida se incluye un resumen escrito por Robinson y Smith,³ quienes sintetizan las ventajas de la actividad sexual en los siguientes 10 puntos:

1. Ayuda a mantener eficiente el sistema inmunológico
2. Incrementa el deseo sexual
3. Mejora el control de la vejiga en las mujeres
4. Baja la presión arterial
5. Cuenta como minutos de ejercicio
6. Baja el riesgo de infarto de miocardio
7. Disminuye el dolor
8. Disminuye el riesgo de cáncer de próstata
9. Mejora el sueño
10. Hace más fácil controlar el estrés.

La vinculación de algunas de las dimensiones de la salud sexual a la salud general ha quedado claramente demostrada en el caso de la disfunción eréctil. Resulta fácil entender que luego de demostrar que la mayoría de los casos de disfunción eréctil son, en realidad, la expresión de un problema de salud endotelial y, por tanto, de calidad de la función de la micro circulación. Cuando hay problemas en la función endotelial, como ocurre en la diabetes mellitus, la hipertensión arterial y la hiperlipidemia, los síntomas en la calidad de la erección preceden, con varios años, a la aparición de problemas cardiovasculares, como el infarto de miocardio o los accidentes cerebrovasculares.

Esta lista la conforman las aportaciones de muchas investigaciones. Parece claro que la actividad sexual produce una serie de cambios en el cuerpo con efectos benéficos en la salud física, aunque las ventajas no se limitan a ese nivel. En un estudio reciente se muestra que las mujeres con bajos niveles de satisfacción sexual tienen también menores niveles de bienestar psicológico.⁴

LA SALUD SEXUAL SE RELACIONA CON MAYORES NIVELES DE DESARROLLO SOCIAL

La salud sexual se asocia, de manera clara, con el desarrollo social, incluidos los aspectos de bienestar social en la esfera económica. Es posible que la relación entre estos dos factores sea bidireccional; es decir, que el desarrollo socio-económico favorezca las condiciones para tener mayor nivel de salud sexual, pero la dirección opuesta de esta relación es posible y ha sido señalada de manera directa: “Las personas y las comunidades que disfrutan del bienestar sexual están mejor preparadas para contribuir a la erradicación de la pobreza individual y social. Por esto la promoción de la salud sexual fomenta la responsabilidad individual y social, además de las interacciones sociales equitativas, contribuye a mejorar la calidad de vida y a la instauración de la paz”.⁵

REFERENCIAS

1. World Health Organization Technical Report Series No. 572. Education and Treatment in Human Sexuality: The Training of Health Professionals. Report of a WHO Meeting. World Health Organization. Geneva, 1975.
2. World Health Organization. Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health, 28-31 January, 2002, Geneva. World Health Organization.
3. Ocal, G. Current concepts in disorders of sexual development. *J Clin Res Ped Endo* 2011;3(3): 105-114.
4. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition: DSM-5. American Psychiatric Association.
5. World Health Organization—Global Prevalence of infertility, infecundity and childlessness, disponible en: <http://www.who.int/reproductivehealth/topics/infertility/burden/en/>, revisado 17 abril 2014.
6. World Health Organizations: Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence. Geneva, World Health Organization, 2013 disponible en <http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/924154628X.pdf?ua=1&ua=1> revisado 17 abril 2014.
7. World Health Organization. Prevalence and incidence of selected sexually transmitted infections, Chlamydia trachomatis, Neisseria gonorrhoeae, syphilis and Trichomonas vaginalis: methods and results used by WHO to generate 2005 estimates. World Health organization 2011. Disponible en http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241502450_eng.pdf?ua=1 revisado 17 abril 2014.
8. Robinson. KM Smith M. 10 surprising health benefits of health. Sex & Relationships. Web MD disponible en: <http://www.webmd.com/sex-relationships/guide/sex-and-health> revisado 17 abril 2014.
9. Davison SL, Bell RJ, LaChina M, Holden SL, and Davis SR. The relationship between self-reported sexual satisfaction and general well-being in women. *J Sex Med* 2009;6:2690–2697.
10. World Association for Sexual Health. Salud Sexual para el Milenio: Declaración y Documento Técnico. Minneapolis, MN, USA, World Association for Sexual Health 2008. Disponible en <http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Salud%20Sexual%20para%20el%20Milenio.pdf> consultado el 18 de abril de 2014.

2

La semiología clínica de los problemas sexuales

EUSEBIO RUBIO AURIOLES

ABORDAJE CLÍNICO DE LA SEXUALIDAD

UNA TRADICIÓN DE SILENCIO

El lugar que la salud sexual ocupa en la práctica clínica cotidiana es muy singular. Existe la evidencia que la vida sexual resulta importante para la mayoría de los pacientes, pero en la práctica los problemas y preocupaciones sexuales de los consultantes quedan sin lugar en el proceso de cuidado de la salud.

Ésta es una situación paradójica que se explica probablemente por la herencia cultural reciente del tratamiento de temáticas sexuales. Durante muchos años, la visión culturalmente aceptada era la de que de las cuestiones sexuales no se habla. El silencio público se rompía solamente mediante la broma o la agresión (el lenguaje popular de los albures está cargado de sexualidad). Durante mucho tiempo parecía normal que a las cuestiones sexuales se les tratara como si no existieran, excepto en el discurso facilitado por la fiesta, el alcohol o la camaradería. La localización del discurso sexual en las competencias simbólicas cargadas de contenido homosexual que caracteriza el lenguaje del albur, le dio un lugar al discurso sexual en nuestra cultura que merece reflexión: de la sexualidad no

se hablaba sino para bromear, o para agredir en forma simbólica al “albureado” usando las connotaciones sexuales como signo de superioridad y agresión. El silencio, la estrategia preferida y así, la mayor parte de interacciones humanas, incluyendo las interacciones médico-paciente, se realizaban como si la sexualidad no existiera o si esta fuera irrelevante.

Reconocer estos antecedentes culturales respecto al discurso de sexualidad es importante para entender algunas de las dificultades que el profesional de la salud puede experimentar cuando aborda la sexualidad de sus pacientes desde la perspectiva clínica. El médico puede sentirse incómodo con la sensación de que está adiestrado en terreno no permitido y en el que quizá sería mejor no acercarse. Estos sentimientos, si bien pueden ser también resultado de la falta de conocimientos o adiestramiento específico en sexología, con frecuencia son el resultado de la propia experiencia personal al haberse desarrollado en un ambiente que recluía la sexualidad fuera del ámbito formal, profesional y de atención al sufrimiento y bienestar humano, como es la profesión de la salud.

IMPORTANCIA DE ABORDAR LA SEXUALIDAD EN LA CLÍNICA

Con independencia de los sentimientos que la cultura del silencio provoca, la realidad de los pacientes, el interés de los mismos y la idea de que el profesional de la salud es alguien que puede ayudar son realidades que se han mostrado en las investigaciones.

En el capítulo de introducción se mencionó que la salud sexual está vinculada con muchos niveles del bienestar y que, de hecho, algunos de los problemas mayores en salud, como los eventos cardiovasculares, se anuncian con anticipación porque afectan la salud sexual de las personas muchos años antes de que ocurran.

La mayoría de los pacientes, de hecho, esperaría que su médico abordara esta área de la salud, especialmente cuando existen problemas. Hay investigaciones que muestran esto de manera clara.^{1,2} La frecuencia con la que aparecen los problemas sexuales justifica que la sexualidad siempre sea abordada en la práctica médica: los datos globales indican que de 9 a 29% de los hombres y de 16 a 43% de las mujeres tienen algún problema sexual que genera malestar.³

SEMILOGÍA CLÍNICA DE LOS PROBLEMAS SEXUALES

El estudio clínico de los problemas sexuales se beneficia de la tradición de la práctica médica conocida como semiología clínica. En su sentido original, la semiología se dedica a darle sentido a los signos, en el caso de la práctica médica se constituye en el centro fundamental de las decisiones médicas. El objetivo

de la semiología clínica es darle sentido a los signos de la persona que consulta al clínico, casi siempre en forma de síntomas y datos verificables a través de la exploración física o la utilización de mediciones en el laboratorio. La semiología clínica, de hecho, demanda la síntesis de conocimientos respecto al cuerpo y sus funciones, con la habilidad de obtener la información necesaria para la toma de decisiones de qué investigar con mayor profundidad o qué medida terapéutica será benéfica para el caso que nos ocupa.

Con la abundancia de conocimientos, investigaciones de laboratorio, técnicas de imagen y otros avances, la práctica de la medicina, en ocasiones, ha alejado al profesional de la salud de la disciplina y sensibilidad necesarias en el interrogatorio del paciente. Muchas veces, haciendo una escucha detallada de la manera como él o la consultante recuerda la aparición de sus malestares se convierte en la herramienta fundamental para darle sentido a los síntomas y signos encontrados.

Las consideraciones anteriores se aplican, en realidad, a toda práctica clínica, pero adquieren especial relevancia en el área de la sexualidad. Aunque algunos problemas sexuales dan manifestaciones muy objetivas (es decir, tienen signos identificables, como por ejemplo la alteración de la presión arterial que puede estar relacionada con el origen de la disfunción eréctil), la mayor parte de la información para entender y poder elaborar un diagnóstico sexológico se obtiene a través de la anamnesis, es decir: reunir información a partir de lo recordado por el paciente.

ANAMNESIS SEXOLÓGICA: LA CLAVE PARA ENTENDER LA HISTORIA DEL PROBLEMA

Resulta muy valioso recobrar la historia del malestar del consultante con el mayor detalle posible. Para ello es necesario dedicar el tiempo necesario para que el relato provenga del paciente y no sea completado con suposiciones de cómo debió haber ocurrido por parte del clínico. La identificación de circunstancias y acontecimientos cercanos a la aparición del problema resulta también muy informativa. De la misma forma, identificar si el malestar aparece de manera generalizada o si existen circunstancias que hacen que el malestar desaparezca o disminuya en su intensidad puede orientar en la identificación de factores contribuyentes.

Un buen interrogatorio debe permitirnos responder las siguientes preguntas respecto a la queja presentada:

- *¿Cuándo inició el problema?*
- *¿Cómo apareció el problema, forma de inicio súbita o insidiosa?*

- *¿Qué curso ha seguido el malestar, se ha mantenido, agravado, es intermitente, recurrente?*
- *¿Existieron cambios en la vida del consultante, aparecieron enfermedades, u otros cercanos a la aparición del problema?*

Con esta información será posible caracterizar el síntoma o conjunto de síntomas (síndromes). Se puede clasificar como adquirido (también denominado secundario) o está presente de por vida (primario), si éste aparece en todas las circunstancias (global) o se limita a determinadas situaciones (situacional).

La clasificación de los síntomas y síndromes en la clínica sexológica es mucho más que un ejercicio académico. Mucho del trabajo semiológico, es decir, la adscripción de sentido a los síntomas constituyentes del malestar. Por ejemplo, la aparición secundaria de eyaculación precoz, es decir, después de un periodo en el que el control eyaculatorio era satisfactorio, debe hacernos pensar en la aparición de algún factor; si el interrogatorio de este paciente se realiza con cuidado, y se identifica un patrón global del síntoma y la aparición de síntomas urinarios, la anamnesis nos orientará con rapidez a la posibilidad de una prostatitis como causal de la eyaculación precoz.

FACTORES QUE FAVORECEN Y DIFICULTAN LA INVESTIGACIÓN SEMIOLÓGICA EN SEXUALIDAD

Se ha identificado una serie de factores que pueden limitar la calidad de la información o, de plano, impedir que la sexualidad sea integrada al cuidado de la salud. La siguiente relación está tomada del artículo que Althof, Rosen, Perelman y el que escribe publicamos recientemente: Procedimientos operativos estándar en la toma de historia sexual.⁴

RAZONES QUE LOS PACIENTES OFRECEN EXPLICANDO LA AUSENCIA DE ATENCIÓN A SUS PROBLEMAS SEXUALES

Las razones que expresan los pacientes para explicar por qué no se realiza una historia sexual incluyen: la falta de oportunidad, el sentimiento de pena, el tabú social sobre la discusión abierta de la sexualidad, el no sentirse optimista del resultado de hablar de estos problemas con el profesional de la salud, el no tener claridad respecto a si los problemas y preocupaciones sexuales forman parte del cuidado de la salud y, la incertidumbre de que un especialista es el que trata los problemas y preocupaciones sexuales. Sin embargo, la mayoría de los pacientes piensa que, en efecto, es responsabilidad del médico iniciar la conversación acerca de la problemática sexual.

No obstante lo anterior, como señalamos antes, incluir a la sexualidad en el cuidado de la salud resulta una responsabilidad ineludible para el clínico porque los problemas sexuales ocurren con alta frecuencia, afectan la calidad de vida de la persona y su pareja, se asocian con frecuencia a otros problemas de salud, como la depresión, la ansiedad o, como se ha señalado, en el caso de los problemas de erección, claramente con problemas en la salud cardiovascular.

RAZONES QUE LOS CLÍNICOS OFRECEN PARA EXPLICAR LA AUSENCIA DE ATENCIÓN DE SUS PROBLEMAS SEXUALES

Las razones que expresan los clínicos para explicar porqué no se realiza una historia sexual incluyen: actitudes negativas ante la sexualidad, las limitaciones de tiempo, el temor (poco realista) de ofender al paciente, sentir que tienen dificultad para comunicarse, la preocupación con el pago del servicio, la ausencia de tratamientos disponibles o con la indicación aprobada, el sentir que hay muchos avances en medicina sexual que no corresponden a sus habilidades clínicas, incomodidad para preguntar acerca de la sexualidad a pacientes del otro género, incomodidad para preguntar acerca de la sexualidad a menores de 18 o mayores de 65 o, sentir que se tiene una capacitación profesional inadecuada en asuntos de salud sexual.

FACTORES RELACIONADOS CON EL ESPACIO FÍSICO

La investigación semiológica en sexualidad requiere privacidad. Es importante este aspecto, especialmente en circunstancias en las que la misma atención clínica impide la privacidad: la atención en una sala de urgencias, por ejemplo, la entrevista en un ambiente hospitalario en el que otros pacientes internados se encuentren en proximidad o hasta consultorios donde la entrada y salida de personal ocurre al tiempo de la consulta. Es importante asegurarse que la información que se está obteniendo permanezca con el clínico de manera confiable, para que las preocupaciones realistas o no de parte del paciente en el sentido de ver expuesta su privacidad puedan ser contrarrestadas. El descuido de este aspecto puede producir deficiencias importantes en la calidad de la información obtenida.

TÉCNICAS ESPECÍFICAS DE ENTREVISTA PARA LA INVESTIGACIÓN SEMIOLÓGICA SEXUAL

La calidad de la información obtenida está determinada por algunos factores que dependen del entrevistador, a saber:

1. Poseer un nivel de conocimientos adecuados de la sexualidad, sus problemas y tratamientos disponibles.
2. Poseer una actitud adecuada ante la sexualidad propia y de los demás, incluyendo actitudes de empatía, respeto y aceptación y, evitando acti-

tudes negativas como las condenatorias, estereotípicas, rígidas, fóbicas o irrespetuosas. Las actitudes bromistas, en general, no favorecen la calidad de la comunicación y tienden a ser manifestación de ansiedad en quien bromea.

3. Usar técnicas de entrevista que tienen probada eficacia en la obtención de información sexual.

Las técnicas de entrevista para optimizar la calidad de la información se han descrito con claridad por equipos de investigación que han realizado miles de entrevistas.⁵ Enseguida se hace un resumen de ellas.

OPTIMIZAR EL AMBIENTE DE LA ENTREVISTA

La vida sexual pertenece al ámbito de lo privado, el preguntar sobre ella reclama del entrevistador sensibilidad para evitar generar incomodidad. Es mejor entrevistar mirando de frente y conviene reducir los factores que generan distancia física que lo alejan del entrevistado y el entrevistador, que dificultan la confianza o, poca distancia que implique invasión del espacio personal. El uso de vocabulario muy técnico puede constituirse en un obstáculo para la comunicación. Hay que garantizar la privacidad del lugar, evitando que otras personas puedan oír o entrar inesperadamente.

ASUMIR QUE TODO MUNDO HACE DE TODO

Asumir que todo mundo hace de todo es una regla general muy útil para tenerla en mente durante la entrevista. Facilita que el entrevistado informe de sus conductas, aun si éstas son poco comunes.

Cuando las preguntas se hacen de forma respetuosa pero implicando que la conducta o vivencia explorada es parte de la vida de las personas, obtener una respuesta negativa, cuando ese es el caso, es muy sencillo. Operar en el sentido contrario, es decir, preguntar suponiendo que la conducta o característica está ausente hace más difícil comunicar esa información porque se ha implicado que lo que se pregunta está fuera de la norma.

DAR RETROALIMENTACIÓN POSITIVA AL ENTREVISTADO DESPUÉS DE QUE HA DADO CADA RESPUESTA

Es útil decir palabras positivas como “muy bien” u otras y usar un lenguaje preverbal que transmita aceptación. La aceptación se hace del hecho de compartir la información sobre su sexualidad, no de la conducta informada, lo que es muy pertinente recordar cuando la información obtenida tenga contenidos de violencia, falta de respeto u alguna otra forma de afectación a los derechos de terceros.

EVITAR EL USO DE EUFEMISMOS

En general, los eufemismos se usan para evitar la claridad en la comunicación, muchas veces pensando que así se es menos intimidante. Sin embargo, los eufemismos disminuyen la calidad de la información. Por ejemplo, decir que unos esposos “están juntos”, para evitar referirse directamente a las relaciones sexuales puede entorpecer el proceso de manera clara. Se prefiere siempre el uso de términos claros y que sean entendidos por el consultante.

CUANDO SEA NECESARIO USAR LOS TÉRMINOS DE USO POPULAR

Es necesario asegurarse que las cosas que se preguntan son entendidas por quien responde. En ocasiones, los términos técnicos lo único que logran es la distancia y el fracaso comunicativo con el entrevistado. Si éste conoce los términos populares y no los técnicos es preferible usar los populares a ocupar el tiempo en educarlo retrasando la obtención de información.

EVITAR EL USO DE PREGUNTAS MÚLTIPLES

Las mejores preguntas son las breves, concisas, directas y con un solo tema. Las preguntas múltiples suelen producir respuestas solamente para alguno de los temas preguntados. Por ejemplo, si una pregunta ¿cómo se relaciona el consultante con las mujeres y con los hombres? La posibilidad de obtener una respuesta única que oscurezca el detalle de la información es mayor a si se realizan estas dos preguntas en forma separada.

EL PROCESO DE OBTENCIÓN DE INFORMACIÓN PARA LAS DECISIONES SEMIOLÓGICAS

El proceso para obtener la información necesaria para hacer una semiología clínica adecuada de los datos relevantes en los problemas y preocupaciones sexuales debe realizarse con los siguientes principios en mente:

1. La comodidad del paciente y del clínico son muy importantes, tal vez más que llenar formularios y responder todas las preguntas de determinado formato. No existen preguntas que siempre deban hacerse ni secuencia de preguntas que deba siempre aplicarse. Es mucho más importante construir un ambiente de confianza, comodidad y seguridad para que la información fluya de manera más natural.
2. Hay que tomar en cuenta las necesidades inmediatas y mediatas del paciente. La prioridad debe ser satisfacerlas. Existen circunstancias que pueden condicionar que la obtención de información para poder tomar decisiones clínicas se posponga por necesidades más apremiantes en el paciente. Buscar el momento adecuado para reunir la información sobre la vida sexual es muy importante.

3. Cuando la obtención de información de la vida sexual se hace después que el paciente ha presentado una queja de su vida sexual, la exploración por interrogatorio de mayores detalles puede resultar natural y fluida. Sin embargo, cuando la queja inicial no se relaciona directamente con la vida sexual, aunque es muy necesario obtener la información de la sexualidad para tener un panorama integral, se recomienda solicitar autorización antes de hacer preguntas con un contenido de mayor intimidad. Una posible manera de hacerlo es preguntar directamente: en este momento de la entrevista casi siempre recopilamos información de la vida sexual, ¿me permite hacerle unas preguntas acerca de su vida sexual?
4. Aunque la obtención de información es el objetivo de la anamnesis sexológica, resulta más importante establecer una alianza con el paciente para poder, eventualmente, trabajar en la resolución del problema. El clínico debe mostrar habilidad y conocimientos suficientes para poder tener un equilibrio entre estos dos objetivos: obtener información y establecer la alianza terapéutica. El segundo de estos resulta prioritario, es necesaria la alianza para poder tener acciones efectivas. La obtención de información completa en ocasiones tendrá que posponerse.
5. El objetivo central de la semiología clínica en sexualidad es poder hacer sentido de los datos que nos aportan los pacientes. Esta tarea se facilita, muchas veces, si se permite al paciente “decir su propia historia”, sin interrupciones y aclaraciones motivadas por llenar un formulario, más que por entender la historia narrada. En esas narraciones, con frecuencia, se encuentran las pistas suficientes para poder hacer sentido clínico de los síntomas, así que el clínico deberá hacer un esfuerzo por escuchar estas narraciones. No obstante, en ocasiones los pacientes se exceden en detalle de su narrativa lo que puede competir con el tiempo disponible para la consulta, en este caso se requiere habilidad clínica importante para poder orientar el discurso del paciente para que la información se optimice.

PREGUNTAS QUE PUEDEN HACERSE EN LA OBTENCIÓN DE INFORMACIÓN

Como aclaramos al inicio, no existe un formato definitivo que pueda usarse para obtener la información necesaria para elaborar las decisiones clínicas referentes a la salud sexual. No obstante, pueden formularse las siguientes preguntas para abrir la temática:

- ¿Es usted sexualmente activo(a) actualmente?
- ¿Está usted satisfecho(a) con la calidad de su vida sexual?, ¿Qué la haría mejor?, o bien ¿en qué aspectos no está usted satisfecho (a)?

- ¿Hay preocupaciones o problemas sexuales de los que le gustaría comentar hoy conmigo?
- Algunas veces las personas que sufren: diabetes, hipertensión, depresión, o están en tratamiento con beta-bloqueadores o antidepressivos tienen problemas sexuales. ¿Le gustaría comentar sobre alguna preocupación o problema sexual conmigo?

Las siguientes preguntas pueden ayudar a darle seguimiento a las preguntas anteriores:

- ¿Qué tanto malestar le produce este problema?
- ¿Qué obstáculos o barreras hicieron que no me consultara por esto antes?
- ¿Ha buscado tratamiento para este problema?
- ¿Qué opina su compañero(a) de este problema?
- ¿Estará interesado su compañero(a) en reiniciar la vida sexual?
- ¿Tiene su compañero(a) algún problema sexual?

Las siguientes preguntas pueden ayudar a investigar en mayor profundidad:

- ¿Se identifica usted como heterosexual, homosexual o bisexual?
- ¿Está satisfecho(a) con su nivel de deseo o interés sexual?
- ¿Está satisfecho(a) con su frecuencia de relaciones sexuales?
- ¿Experimenta dolor en las relaciones sexuales?
- ¿Está satisfecho(a) con la calidad general de su vida sexual?

Para mujeres:

- Al hacer el amor: ¿tiene dificultad para excitarse mentalmente?
- Al hacer el amor: ¿tiene dificultad para lograr la lubricación vaginal (humedecerse)?
- ¿Tiene dificultad para alcanzar el orgasmo cuando lo desea?

Para hombres:

- ¿Está satisfecho con su capacidad de obtener y mantener la erección?
- ¿Con frecuencia tiene dificultad para eyacular?
- ¿Eyacula usted frecuentemente demasiado rápido sin desearlo?
- ¿Ha notado cambios en la forma del pene?

EVALUACIÓN DE LOS FACTORES DE LA RELACIÓN DE PAREJA

Un aspecto importante a evaluar es la naturaleza y calidad de la relación de pareja cuando hay problemas sexuales identificados.

La relación de pareja actual invita a evaluarla. Si bien una evaluación formal puede requerir un especialista, la identificación de un ambiente conflictivo y hostil no es difícil y este puede ser un elemento importante en la etiología de la problemática sexual.

Una pregunta abierta respecto a la calidad de la relación de la pareja suele ser informativa, aunque en algunas personas evitadoras del conflicto y la confrontación esta pregunta puede ser insuficiente. Uno puede tener una idea de cómo funciona la pareja al investigar la forma como se presentan y se resuelven los conflictos en la pareja, al preguntar sobre la manera como se toman las decisiones de aspectos que interesen a ambos, la frecuencia y tipo de discusiones y la violencia física, verbal o psicológica.

Por último, identificar una pareja no cooperadora con el posible tratamiento es importante porque el poder de obstrucción del progreso terapéutico de una pareja colaboradora es enorme. Un conflicto de pareja severo, una pareja que bloquea el tratamiento o la identificación de cualquier tipo y nivel de violencia son elementos para referir al paciente a tratamiento especializado.

REVISIÓN DE LA HISTORIA SEXUAL

La historia sexual del consultante muchas veces contiene información crítica para entender la génesis y etiología del problema sexual que se halla identificado. La obtención de una historia sexual completa quizá deba reservarse a los casos en los que se planea hacer una intervención psicoterapéutica o, bien, cuando la búsqueda de información respecto al problema actual no haya dado resultados convincentes y la evaluación médica específica recomendada para cada problema no resulte suficientemente informativa.

La revisión histórica incluye cuatro dimensiones de la sexualidad, cuando menos: historia del desarrollo erótico, historia del desarrollo de identidad de género, historia del desarrollo de la capacidad reproductiva e historia de la capacidad reproductiva.⁶ Esta revisión debe de incluir para cada caso:

Historia del desarrollo erótico

- Primeras experiencias eróticas
- Inicio de la interacción erótica en pareja
- Inicio de las relaciones sexuales

- Antecedentes de abuso sexual
- Vivencia de la masturbación

Historia del desarrollo de la identidad de género

- Identificaciones tempranas, preferencias de juegos y compañía
- Desarrollo de la sensación de masculinidad o femineidad
- Presencia o no de sentimientos de no conformidad
- Presencia o no de disforia

Historia del desarrollo vincular

- Caracterización de los vínculos primarios con la madre y el padre
- Desarrollo de vínculos amorosos
- Matrimonios
- Divorcios
- Pareja actual

Historia del desarrollo de la capacidad reproductiva

- Desarrollo puberal: eyarquia y menarquia
- Uso de métodos anticonceptivos
- Embarazos, deseados y no
- Partos y cesáreas
- Aborto

EL USO DE CUESTIONARIOS DE AUTORRESPUESTA PUEDE SER ÚTIL EN EL PROCESO DE OBTENCIÓN DE INFORMACIÓN

En años recientes se ha desarrollado un número de cuestionarios que miden la función sexual. Estos cuestionarios, si bien se han desarrollado primariamente para la investigación, pueden constituirse en una ayuda clínica útil, particularmente cuando los tiempos destinados al interrogatorio con el paciente sean limitados.

Los cuestionarios tienen la ventaja de haber sido desarrollados con metodología psicométrica que permite afirmar su validez y confiabilidad. Pueden detectar disfuncionalidad con un buen grado de precisión, aunque también pueden dar información imprecisa cuando el paciente no los entiende o los mal entiende.

En general, la práctica clínica en México y Latinoamérica no incluye el uso de cuestionarios de autorrespuesta. Ofrecemos aquí una lista de los cuestionarios disponibles para que a juicio del clínico se usen como referencia al momento de interrogar a los pacientes o, en su caso, como instrumento de pre-selección para las prácticas profesionales muy restringidas en tiempo.

Los cuestionarios incluidos en la siguiente tabla se desarrollaron con la metodología necesaria para poder usarlos en idioma español. Para acceso a estos cuestionarios y sus traducciones hay que seguir la liga indicada.

Nombre del cuestionario	Área que investiga	Liga para solicitarlo
Cuestionario abreviado del funcionamiento sexual	Dominios de la función sexual femenina: excitación-lubricación, excitación-subjetiva, excitación-sensación, deseo, orgasmo y dolor	www.PfizerPatientReportedOutcomes.com
Índice internacional de función eréctil	Función eréctil, con clasificación de la severidad, función orgásmica, deseo sexual, satisfacción con coito y satisfacción general	www.PfizerPatientReportedOutcomes.com
Inventario de salud sexual masculina o IIEF-5	Función eréctil en los últimos seis meses	www.PfizerPatientReportedOutcomes.com
Herramienta para evaluar la eyaculación precoz	Control de la eyaculación y diagnóstico de acuerdo con el DSM-IV	www.PfizerPatientReportedOutcomes.com
Escala de detección por la mujer de disfunción eréctil FAME	Función eréctil en el compañero	www.amssac.org/cuestionarios/FAME
Índice de la función sexual femenina	Detecta disfuncionalidad, tiene dominios de deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor	Sitio oficial: www.fsfi-questionnaire.com/ Versión en español: http://www.institutferran.org/documentos/IFSF_castellano_ifr_medicos.pdf

CONCLUSIONES

La sexualidad reclama un abordaje similar al de otras áreas de la persona para poder atenderle en el cuidado de la salud. Los principios tradicionales del modelo clínico pueden aplicarse a los síntomas y signos de la vida sexual que generen malestar o sean indicativos de condiciones que atentan contra la salud. Dado el lugar de relativo aislamiento que la sexualidad ha tenido en nuestra cultura, es conveniente conocer algunas técnicas de entrevista que han mostrado eficacia en mejorar la calidad de la información obtenida. Hay varias preguntas que pueden usarse para abrir la conversación y profundizar en la información expuesta en este capítulo. Cuando es necesario hay que recopilar información respecto de la historia del desarrollo sexual. Por último, en algunas circunstancias clínicas pueden usarse cuestionarios de detección, que tienen la ventaja de contar con buenas cualidades de medición-discriminación, aunque su uso debe adecuarse a las condiciones de la práctica clínica.

REFERENCIAS

1. Schein M, Zyzanski SJ, Levine S, Medalie JH, Dickman RL, Alemagno SA. The frequency of sexual problems among family practice patients. *Fam Pract Res J* 1988;7:122-34.
2. Berman L, Berman J, Felder S, Pollets D, Chhabra S, Miles M, Powell JA. Seeking help for sexual function complaints: What gynecologists need to know about the female patient's experience. *Fertil Steril* 2003;79:572-6.
3. Laumann EO, Nicolosi A, Glasser DB, Paik A, Gingell C, Moreira E, Wang T; GSSAB Investigators' Group. Sexual problems among women and men aged 40-80 years: Prevalence and correlates identified in the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. *Int J Impot Res* 2005;17:39-57.
4. Althof SE, Rosen RC, Perelman MA, and Rubio-Aurioles E. Standard operating procedures for taking a sexual history. *J Sex Med* 2013;10:26-35.
5. Pomeroy, W.B., Flax, C.C & Wheeler, C.C. *Taking a Sex History: Interviewing and recording*. New York: The Free Press, 1982.
6. Rubio-Aurioles Eusebio. *Psicoterapia Sexual*. En : Iván Arango (editor) *Sexualidad Humana*. México: El Manual Moderno, 2008

3

Disfunciones sexuales de la mujer

VERÓNICA DELGADO PARRA

INTRODUCCIÓN

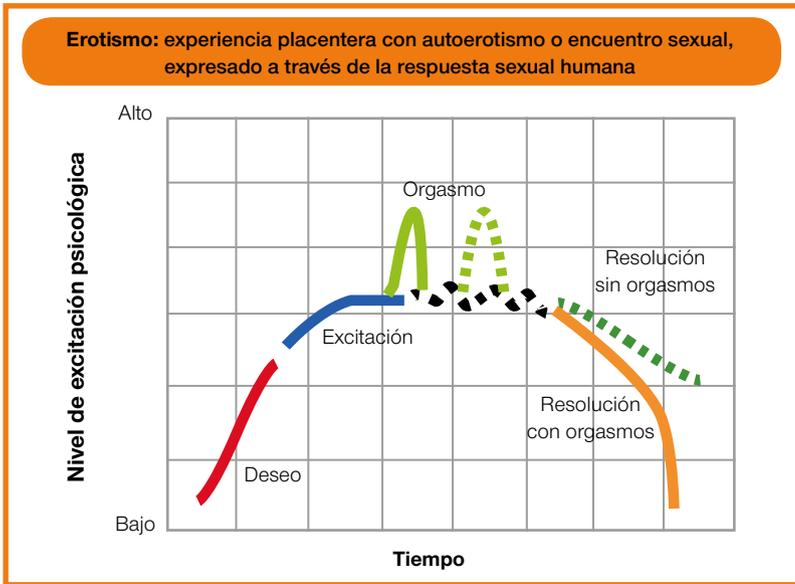
Las disfunciones sexuales en la mujer son una serie de síndromes en los que los procesos eróticos de la respuesta sexual resultan no deseables, recurrentes o persistentes; afectan la respuesta sexual de la mujer, le impiden disfrutar las relaciones sexuales y la experiencia autoerótica, interfieren con sus relaciones personales y afectan negativamente su calidad de vida.

CLASIFICACIÓN DE LAS DISFUNCIONES SEXUALES EN LA MUJER¹

Las disfunciones sexuales femeninas se clasifican de acuerdo con los modelos de la respuesta sexual humana propuestos en el decenio de 1970, por Helen Kaplan, psiquiatra y sexóloga y por Rosemary Basson, sexóloga. A partir de estas dos autoras entendemos que el erotismo de la mujer se conforma de experiencias subjetivas y por toda una cascada de eventos psicofisiológicos indispensables para que se integre la experiencia erótica como satisfactoria.

Helen Kaplan propuso una formulación multidimensional de la respuesta sexual con un modelo trifásico conformado por: deseo, excitación y orgasmo, en donde cada una de estas fases es relativamente independiente una de otra. Figura 1

Figura 1. Fases de la respuesta sexual humana; propuesta por Helen Kaplan 1978



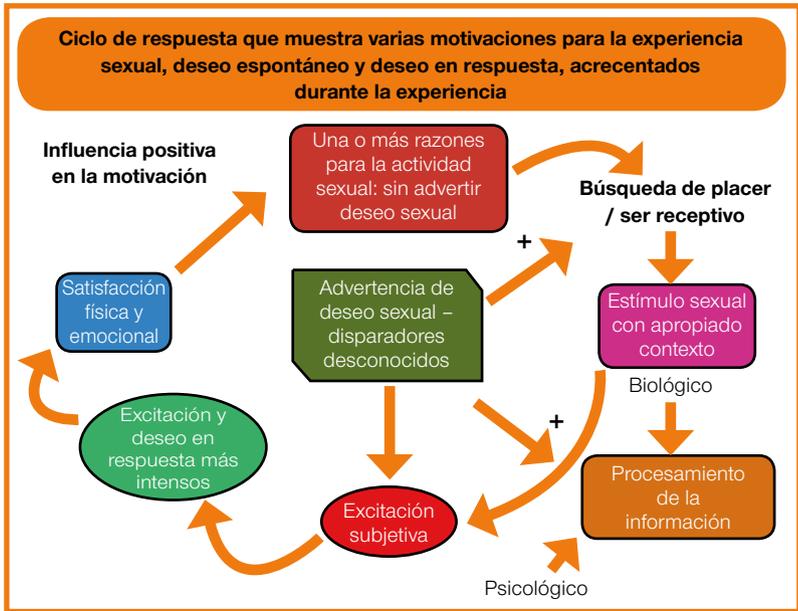
Rosemary Basson propone que la vivencia subjetiva en la mujer, expresada a través del deseo sexual, es fundamental para una experiencia erótica saludable y satisfactoria. Figura 2

Con base en estos modelos presentamos dos clasificaciones de las disfunciones sexuales femeninas: Clasificación propuesta por la Asociación Mexicana para la Salud Sexual (AMSSAC) y la propuesta por la Asociación Psiquiátrica Americana, en el Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales en su quinta versión (DSM-V).

CLASIFICACIÓN DE LAS DISFUNCIONES SEXUALES FEMENINAS, PROPUESTA DE AMSSAC²

- a) Disfunciones del deseo sexual:
 - a. Síndrome del deseo sexual hipoactivo
 - b. Síndrome del deseo sexual hiperactivo
- b) Disfunciones de la excitación sexual:
 - a. Síndrome de la excitación femenina inhibida
 - b. Disfunción de la lubricación vaginal
 - c. Disfunción sexual general (deseo sexual hipoactivo y anorgasmia)
 - d. Sin disfunción de lubricación

Figura 2. Modelo de la respuesta sexual femenina propuesto por Rosemary Basson



- c) Disfunción del orgasmo:
 - a. Síndrome de anorgasmia femenina
 - b. Síndrome de insensibilidad orgásmica
- d) Disfunciones causadas por respuestas fisiopatológicas no propias de los procesos eróticos que interfieren con la respuesta sexual:
 - a. Síndrome de vaginismo
 - b. Síndromes dolorosos durante la experiencia erótica (dispareunia)
- e) Síndromes de evitación fóbica de la experiencia erótica

CLASIFICACIÓN DE LAS DISFUNCIONES SEXUALES FEMENINAS, PROPUESTA DEL DSM-V³

- a) Trastorno del orgasmo femenino
- b) Trastorno del interés-excitación sexual femenina
- c) Trastorno de dolor genito-pélvico-trastorno de la penetración

CLASIFICACIÓN TEMPORAL Y CIRCUNSTANCIAL

Las disfunciones se clasifican según el momento y las circunstancias en las que aparecen:²

- a) Temporalidad: ¿cuándo aparece la disfunción sexual?
 - a. Primaria: desde el inicio de la vida sexual
 - b. Secundaria: después de un tiempo de buen funcionamiento
- b) Globalidad-situacionalidad: ¿en qué circunstancia aparece la disfunción?
 - a. Global: en todas las circunstancias, por ejemplo durante un encuentro erótico, con el autoerotismo, al tener nueva pareja sexual.
 - b. Parcial: afecta la funcionalidad porque la respuesta sexual coexiste en la vivencia autoerótica, pero dificultada o ausente en un encuentro sexual.
 - c. Selectiva: sólo ante determinada circunstancia, la más frecuente es la variación de la pareja; es decir, la disfunción se manifiesta con determinada pareja y al tener la vivencia con otra persona puede disfrutarse sin problema el encuentro erótico.

Las disfunciones sexuales se deben a diversas causas que pueden clasificarse en tres grandes grupos: biológicas, psicológicas y conflicto de pareja.

EPIDEMIOLOGÍA

Las disfunciones sexuales en la mujer son problemas frecuentes; diversos estudios con diferentes metodologías coinciden que en el mundo cerca de 45% de las mujeres mayores de 18 años tienen algún problema en su vida erótica, como lo reportaron Hayes y colaboradores;⁴ estos investigadores realizaron una extensa revisión de la bibliografía internacional y se reunieron 11 artículos que cumplieron sus criterios de inclusión (se incluyeron estudios de 1983 a 2005) para mostrar las disfunciones sexuales más frecuentes entre las mujeres que se describen en el Cuadro 1.

Cuadro 1. Prevalencia de disfunciones sexuales en la mujer

Disfunciones sexuales	Rango de prevalencia
Trastornos del deseo	16 - 75%
Dificultades orgásmicas	16 - 48%
Trastornos de la excitación	12 - 64%
Trastornos del dolor	7 - 58%

Figura 3. Prevalencia global de disfunciones autorreportadas por mujeres de 40 a 80 años en diferentes regiones del mundo.

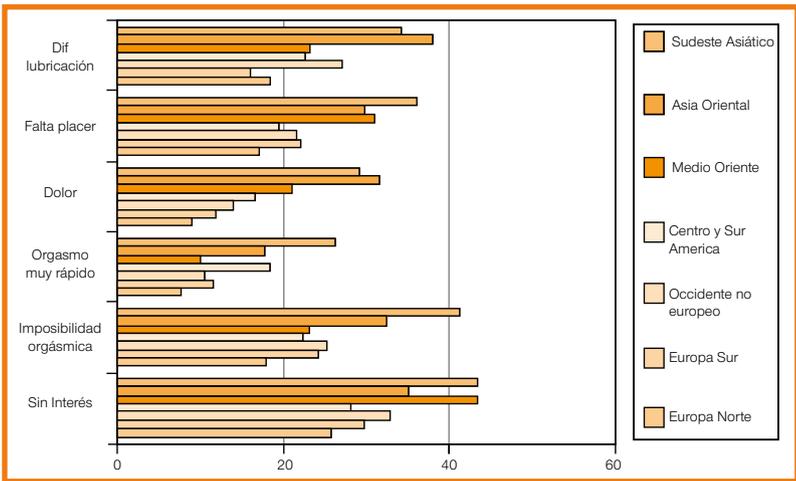
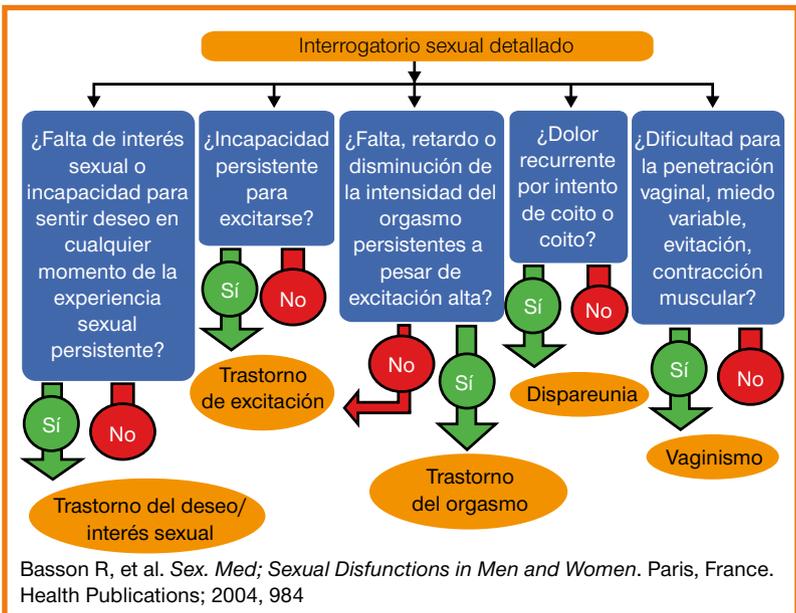


Figura 4. Algoritmo para establecer un diagnóstico de disfunción sexual en la mujer



El “Estudio Global de Actitudes y Comportamientos Sexuales (GSSAB)⁶” es un ensayo internacional de diversos aspectos del sexo y las relaciones entre adultos de 40-80 años. Se efectuó un análisis de los datos GSSAB para estimar la prevalencia y correlaciones de los problemas sexuales en 13,882 mujeres y 13,618 hombres de 29 países. Las estimaciones de prevalencia de los problemas sexuales son comparables con los valores publicados. Hay varios factores que elevan constantemente la probabilidad de problemas sexuales. La edad constituye un correlato importante de dificultades de lubricación en las mujeres y de varios problemas sexuales, como la falta de interés en el sexo, la incapacidad para alcanzar el orgasmo, y las dificultades de erección en hombres. Llegaron a la conclusión que las dificultades sexuales son relativamente comunes entre los adultos maduros en todo el mundo. Los problemas sexuales suelen estar más asociados con la salud física y el envejecimiento de los hombres más que en las mujeres.

BAJO DESEO SEXUAL Y PROBLEMAS DE EXCITACIÓN FEMENINA

El deseo sexual de la mujer es una experiencia subjetiva que puede estar acompañada o no de conductas explícitas; se han diseñado diversos instrumentos y modelos que permitan medir y estandarizar las condiciones normales del deseo sexual de una mujer; sin embargo, ha sido complicado el intento porque se trata de una experiencia que se conforma de diferentes procesos de experiencias y vivencias. Sin embargo, en términos generales pueden identificarse tres elementos que permiten identificar las diferentes dimensiones que aparecen en el deseo sexual femenino y sirven de base para el diagnóstico en el momento que aparece un problema a este nivel:

“*Drive*” (componente biológico) fuerza interna, apetito, energía que impulsa a la persona para hacer algo. Se considera un instinto; en modelos animales se ha estudiado extensamente el rol de las hormonas en el hipotálamo y estructuras del sistema límbico. En los humanos se asocia con la respuesta espontánea del deseo.

Motivación (componente cognitivo). Componente más complejo, se aprende y asocia con experiencias placenteras, intimidad, deseo por la pareja, satisfacción narcisista no solo por el placer en sí mismo o por una ganancia concreta.

Sensibilidad al estímulo sexual (componente de respuesta). Se refiere a la habilidad del estímulo para inducir una respuesta de deseo, excitación, conducta y placer sexual en la mujer. Implica un componente mixto de una respuesta fisiológica, psicológica y cognitiva que incluye un patrón de recompensa positiva.⁶

DEFINICIÓN

En la nueva clasificación propuesta por la Asociación Psiquiátrica Americana, publicada en el Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales V, versión publicada en mayo de 2013, se realizaron cambios sustanciales en el capítulo correspondiente a las disfunciones sexuales femeninas.

Puesto que se trata de un documento conocido a nivel internacional y de utilidad en la investigación clínica decidimos tomarlo de base para describir las definiciones de cada disfunción en este manual, no sin comentar que para fines de enseñanza la clasificación de la OMS o la propuesta por AMSSAC continúan vigentes.

Ausencia o disminución del interés por el sexo. Esto puede expresarse a través de diferentes formas que incluyen pensamientos y conductas, por ejemplo:

Pérdida de interés en tener encuentros sexuales, ausencia de pensamientos eróticos, disminución o ausencia en la iniciativa de conductas eróticas o no responder o rechazar las caricias eróticas de la pareja lo que a su vez provoca dificultades con ésta.

Es necesario que esta condición coexista por lo menos durante 6 meses para establecer el diagnóstico; sin embargo, se deja a criterio del clínico si la paciente que acude a consulta refiere menos tiempo con los síntomas para confirmar el diagnóstico.³

PREVALENCIA

En general, la prevalencia del bajo deseo sexual en la mujer va de 10 a 40%, porcentaje que depende de la metodología de estudio, población, cultura y zona geográfica donde se realizó el estudio.⁶

ETIOLOGÍA

El bajo deseo sexual se debe a múltiples factores que actúan a diferentes niveles: biológico, psicológico, social, interacción con la pareja o a una combinación de todos ellos

La lista es amplia y se enlista a continuación dividida por factores:⁶

EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA

Se efectúa como en cualquier padecimiento, a través de una entrevista clínica y la historia clínica sexológica son herramientas fundamentales para reunir la información que permita confirmar el diagnóstico y, posteriormente, sugerir el tratamiento.⁷

Es indispensable precisar si se trata de una disfunción primaria o secundaria y su gravedad; en esta disfunción es fundamental conocer de forma específica si:

1. Existen o no pensamientos sexuales o fantasías eróticas, espontáneos o provocados voluntariamente.
2. Existe necesidad de ser tocada y acariciada de manera sensual por su pareja.
3. Frecuencia con que siente la necesidad de iniciar una actividad sexual con su pareja.
4. Frecuencia con que surge el deseo de iniciar las relaciones sexuales, aunque luego no se decida a hacerlo.
5. Frecuencia ideal de relaciones sexuales.
6. Saber qué piensa al iniciar un encuentro erótico y cuando va pasando el tiempo sin tener relaciones sexuales.
7. Determinar en qué circunstancias le sería más cómodo iniciar las relaciones.
8. Qué actividades le resultarían menos molestas.
9. Precisar cómo reacciona a las peticiones de su pareja y si se siente aliviada cuando la relación sexual finaliza.
10. Averiguar si ha habido cambios en la imagen corporal que puedan tener que ver con el proceso.
11. Investigar qué cambios han ocurrido para que los estímulos que resultaban eróticos con anterioridad hayan dejado de serlo.
12. Preguntar acerca de los pensamientos antes, durante la relación sexual y cuando pasa el tiempo sin tener relaciones sexuales.
13. Averiguar si existe desmotivación o evitación hacia los estímulos eróticos y hasta qué punto se siente intranquila ante la idea de tener relaciones sexuales.

LABORATORIO

Los estudios de laboratorio recomendados ante una situación de bajo deseo sexual son: perfiles hormonales: perfil hormonal femenino, concentraciones de testosterona, prolactina y perfil tiroideo.

TRATAMIENTO

1. Farmacológico
 - a) Compuestos hormonales

Cuadro 2. Criterios diagnósticos para bajo deseo sexual (DSM-V)

Criterios diagnósticos
A. Pérdida o disminución significativa de interés-excitación manifiesta por al menos:
1. Ausencia o disminución de pensamientos o fantasías de contenido erótico
2. Ausencia o disminución de la actividad sexual
3. Suspender o disminuir la actividad sexual o responder de manera inusual a los intentos de la pareja
4. Ausencia o disminución de la excitación o placer durante la actividad sexual en todos o al menos 75% de los encuentros
5. Ausencia o disminución del interés o excitación sexual ante cualquier tipo de estímulo sexual interno o externo
6. Ausencia o disminución de sensaciones genitales o no genitales durante la actividad sexual en al menos 75% de los encuentros sexuales
B. Los síntomas del criterio A deben estar presentes por lo menos durante los últimos 6 meses
C. Los síntomas del criterio A son causa de angustia significativa en la mujer
D. La disfunción no se explica por otro problema de salud mental, ansiedad, abuso de sustancias u otra condición médica
Especificar: Si es de toda la vida- Primaria Adquirida - Secundaria
Especificar: Generalizada Situacional
Especificar severidad actual: Leve Moderada Severa

La producción de testosterona en la mujer de 40 años es 50% menor que a los 20; ha servido para impulsar el uso de compuestos hormonales en el tratamiento del deseo sexual hipoactivo. Con frecuencia, las mujeres menopáusicas con déficit androgénico experimentan descenso del deseo, fatiga crónica y, en general, disminución de la sensación de bienestar. De tal forma, si la paciente tiene síntomas clínicos conviene medir las concentraciones androgénicas. La terapia androgénica mejora el deseo en mujeres menopáusicas con bajas concentraciones de testosterona, cuya falta de deseo no va a mejorar con la administración

Cuadro 3. Causas de bajo deseo sexual en la mujer

Factores biológicos	
Enfermedades	
Hipo e hipertiroidismo	Lesión medular, esclerosis múltiple, enfermedad neuromuscular
Incontinencia urinaria	Enfermedad de Parkinson
Diabetes mellitus	Esquizofrenia
Enfermedad coronaria	Cáncer
Hipertensión arterial	Tumores pituitarios
Artritis reumatoide	Trastorno depresivo mayor
	Trastorno de ansiedad

Cuadro 4. Causas de bajo deseo sexual en la mujer. Factores biológicos

Medicamentos
Antidepresivos
Benzodiacepinas
Antipsicóticos
Barbitúricos
Compuestos hormonales
Bloqueadores receptores H2
Anticolinérgicos
Anfetaminas
Narcóticos
Anorexigénicos

Cuadro 5. Causas de bajo deseo sexual en la mujer. Factores personales

Experiencias personales
Postparto
Climaterio-menopausia
Abuso sexual durante la infancia
Experiencias traumáticas en la pubertad
Distracción
Autoimagen

de estrógeno. Por tanto, con las indicaciones precisas, los suplementos de testosterona pueden ser de mucha utilidad. En Europa existe un parche específicamente diseñado para las mujeres que libera 300 microgramos de testosterona; los resultados obtenidos con su aplicación ponen de manifiesto que el deseo mejora ostensiblemente sin efectos adversos durante 12 semanas de aplicación (de acuerdo con los estudios).

b) Psicofármacos

No existe algún psicofármaco con la indicación exclusiva para tratar el deseo bajo en la mujer; sin embargo, en casos con cierto grado de disforia o, incluso, en procesos en los que la falta de deseo va acompañada de un episodio depresivo se dispone de algunos fármacos más efectivos que otros. En México se dispone del bupropión (o anfebutamona) con efecto dopaminérgico, en tabletas de 150 mg. Se recomienda iniciar con una dosis de 150 mg por la mañana e incrementar hasta 300 mg divididos en dos tomas al día. El tratamiento puede mantenerse hasta por dos años máxime, si la baja de deseo se asocia con un trastorno depresivo.

Los resultados se han observado favorables sólo en 29% de las mujeres por lo que se recomienda combinar con terapia sexual.

2. Terapia sexual

a) Cuando se trata de un caso de bajo deseo sexual secundario y de corta evolución:

- a. Es imprescindible centrarse en favorecer los inductores del deseo, y para ello resulta útil aplicar ciertas medidas, como:
- b. Trabajar las fantasías sexuales.
- c. Utilizar lecturas, películas, cualquier otro tipo de material erótico que pueda resultar estimulante.
- d. Estudiar la posibilidad de cambiar de apariencia, visitar espectáculos eróticos, etc.
- e. Recomendar maniobras de autoestimulación para adquirir un ritmo sexual adecuado y periódico.
- f. Integrar a la pareja en las fantasías y prácticas sexuales.

b) Cuando se trata de un caso de bajo deseo sexual de larga evolución:

- a. Potenciación de la erotofilia con información de sexualidad en general para eliminar creencias erróneas, intentando modificar las ac-

Cuadro 6. Causas de bajo deseo sexual en la mujer.
Factores atribuibles a la relación de pareja

Factores atribuibles a la relación de pareja

Rutina

Insatisfacción

Disfunción sexual en la pareja

Comunicación ineficiente

titudes. Es fundamental el trabajo con los pensamientos negativos acerca de la sexualidad.

- b. Terapia de pareja centrada en el intercambio de conductas agradables y generando un adecuado grado de intimidad.
- c. Practicar pautas de acercamiento diferenciando la aproximación cariñosa de la sensual.
- d. Desensibilización sistemática en imaginación.

CONCLUSIONES

En la mayoría de los casos el origen del bajo deseo sexual en la mujer es multifactorial, necesitamos mayor conocimiento para precisar las causas y el futuro del tratamiento. Como en otras disfunciones, alcanzará su esplendor cuando se disponga de principios activos específicos para incrementar el deseo en forma combinada con una terapia sexual en pareja.

PROBLEMAS DE EXCITACIÓN FEMENINA

La excitación sexual femenina es una respuesta compleja, que se manifiesta a diferentes niveles corporales. Del aparato genital, los principales órganos involucrados en la excitación son el clítoris y la vagina. Como resultado de un buen estímulo erótico el clítoris percibe y transforma la sensación física y subjetiva y permite incrementar la tensión sexual, que se traduce en excitación y aparece la lubricación vaginal; a su vez, retroalimenta la excitación subjetiva mediada por mecanismos hormonales y neurovasculares y por el componente emocional y psicológico en donde intervienen procesos cognitivos, como las fantasías, deseos, recuerdos; mecanismos sensoriales periféricos que, en conjunto, se integran como una experiencia placentera.

DEFINICIÓN

Los problemas de la excitación femenina han sufrido cambios con respecto a su definición; el *Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales* en su IV versión revisada (DSM-IVTR) la describe como: incapacidad recurrente y persistente para alcanzar o mantener una adecuada lubricación durante un encuentro sexual. Esta situación provoca malestar y dificultad con la pareja y no se explica por alguna enfermedad o consumo de sustancias.

El nuevo manual, en la versión del DSM-V, considera que la excitación femenina no sólo tiene un componente fisiológico sino que la experiencia subjetiva es importante; por ello los expertos en el consenso decidieron unificar criterios e

Cuadro 7. Criterios diagnósticos para problemas de excitación de acuerdo con el DSM-V

Criterios diagnósticos
E. Pérdida o disminución significativa de interés-excitación manifiesta por al menos:
1. Ausencia o disminución de pensamientos o fantasías de contenido erótico
2. Ausencia o disminución de la actividad sexual
3. Suspender o disminuir la actividad sexual o responder de manera inusual a los intentos de la pareja
4. Ausencia o disminución de la excitación o placer durante la actividad sexual en todos o al menos 75% de los encuentros
5. Ausencia o disminución del interés o excitación sexual ante cualquier tipo de estímulo sexual interno o externo
6. Ausencia o disminución de sensaciones genitales o no genitales durante la actividad sexual en al menos 75% de los encuentros sexuales
F. Los síntomas del criterio A deben estar presentes por lo menos durante los últimos 6 meses
G. Los síntomas del criterio A son causa de angustia significativa en la mujer
H. La disfunción no se explica por otro problema de salud mental, ansiedad, abuso de sustancias u otra condición médica
<p>Especificar: Si es de toda la vida, primaria, adquirida o secundaria</p>
<p>Especificar: Generalizada Situacional</p>
<p>Especificar severidad actual: Leve Moderada Severa</p>

hicieron un solo diagnóstico al unir los trastornos del deseo con los problemas de la excitación con los criterios mencionados: bajo deseo sexual y problemas de excitación femenina.³

Más allá de los manuales, los comités internacionales de expertos en medicina sexual recomiendan considerar los problemas de la excitación femenina en tres subtipos:⁸

1. Trastorno de excitación sexual genital

Queja de ausencia o alteración de la excitación sexual genital. La sensación es de falta de lubricación o ausencia de hinchazón en la región vulvar ante cualquier tipo de estimulación sexual en la región genital, aunque persiste la excitación subjetiva.

2. Trastorno de excitación subjetiva

Ausencia o marcada disminución de sentimientos de excitación sexual (excitación y placer sexual) con cualquier tipo de estímulo. Puede haber lubricación vaginal

3. Trastorno de excitación combinado subjetivo y genital

Se trata de una condición en donde está ausente o considerablemente disminuida la sensación o placer sexual con cualquier estímulo erótico y ausencia o mínima respuesta de lubricación vaginal o ingurgitación vulvar ante un buen estímulo erótico.

PREVALENCIA

El rango de prevalencia de la excitación sexual es de entre 6 y 28%. Se estima que 55% de las mujeres posmenopáusicas padecen sequedad vaginal. Varios

Cuadro 8. Factores de riesgo para problemas de la excitación en la mujer. Factores biológicos

Biológicos
Deficiencia estrogénica
Deficiencia androgénica
Diabetes mellitus
Hipotiroidismo
Neurológicas
Infecciones vaginales
Infecciones de vías urinarias
Complicaciones quirúrgicas
Radiación
Medicamentos
Trastorno depresivo
Trastorno de ansiedad

Cuadro 9. Factores de riesgo para problemas de la excitación en la mujer. Factores personales y de la relación de pareja

Personales - Calidad en la relación de pareja
Pensamientos negativos
Personalidad
Distracción -autoobservación
Estrés
Problemas con la autoimagen corporal
Antecedentes de abuso sexual
Abuso físico o emocional, o ambos
Factores culturales
Problemas de pareja
Disfunción sexual en la pareja

estudios han demostrado que la prevalencia de problemas de excitación se incrementa con la edad, y alcanza su máximo después de los 50 años.⁸

ETIOLOGÍA

Los problemas de excitación de la mujer se deben a múltiples factores que actúan en diferentes esferas: biológica, psicológica, social, interacción con la pareja o a una combinación de todos ellos.⁸ La lista es amplia y se menciona a continuación dividida por factores:

EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA

En pacientes con problemas de excitación sexual, la visión clínica debe ser muy amplia.

El interrogatorio y el examen físico inicial deben dirigirse al área genital en búsqueda de factores locales que puedan interferir en la adecuada respuesta sexual. La historia médica debe considerar los diferentes factores de riesgo que puedan estar implicados, así como todo antecedente quirúrgico y medicamentoso. Es importante hacer una descripción precisa y detallada de los síntomas de la paciente, de su seguimiento y progresión, de los antecedentes y de la historia: inicio u origen del síntoma, curso y evolución. Esto nos permitirá diferenciar si se trata de una disfunción primaria o una secundaria, si se trata de una causa biológica o psicógena, global o situacional, etc. Tanto la valoración clínica en donde la exploración ginecológica es fundamental y la historia sexológica son las herramientas fundamentales del médico tratante.⁷

Como parte de la evaluación psicosexual mínima se recomienda averiguar los aspectos básicos que permitirán al clínico afinar las causas de la disfunción para poder precisar el tratamiento:

1. Evaluar los factores emocionales y la capacidad para relacionarse con la pareja.
2. Autoestima y autoimagen.
3. Conocer lo que sucede cuando tiene relaciones, por ejemplo, comportamientos, sentimientos, pensamientos, fantasías, ansiedad, hay o no lubricación, hay o no dolor durante el coito, si tiene un adecuado estímulo erótico eficiente y eficaz, etc. (todo esto durante el encuentro sexual).
4. Preguntar si existe algún problema o diagnóstico psiquiátrico.
5. Averiguar los contextos familiares con respecto a la sexualidad: en familia de origen y familia nuclear, mensajes positivos no relacionados con el erotismo y con el placer.

6. Valorar el conocimiento que la paciente tiene de su propio cuerpo y sus sensaciones.

En la evaluación ginecológica se recomienda poner especial atención en:

1. Menarquia, embarazos, partos, abortos, anticonceptivos hormonales, etc.
2. Cirugías ginecológicas complicadas o no
3. Climaterio-menopausia
4. Cáncer ginecológico
5. Medicamentos que afecten la lubricación
6. En la exploración física valorar la integridad, simetría, trofismo, coloración, etc.

LABORATORIO

Se recomiendan los estudios de laboratorio de rutina, con química sanguínea, especialmente en mujeres conocidas diabéticas, hipertensas o con dislipidemias; o descartar factores de riesgo no identificados. Son indispensables los perfiles hormonales femeninos, concentraciones de testosterona y prolactina, perfil tiroideo. Cuando la historia y la exploración clínica lo sugieren se requerirá algún otro examen especial, como: potenciales evocados para descartar factores neurogénicos.⁷

TRATAMIENTO

Existen diferentes niveles de intervención que dependerán de la causa identificada; sin embargo, la sugerencia es proporcionar un abordaje integral porque las disfunciones sexuales siempre tendrán repercusión en todos los niveles.^{7,8}

1. Técnicas psicoeducativas como parte de la terapia sexual
 - a) Proporcionar educación sexual mediante libros, videos, revistas, entrevistas y, de preferencia, en pareja.
 - b) Sugerir cambiar para mejorar los estímulos sexuales-eróticos y eliminar la rutina con apoyo de material audiovisual, con el propósito de mejorar la comunicación durante la actividad sexual.
 - c) Recomendar técnicas de distracción, estimular fantasías eróticas y no eróticas, ejercicios pélvicos, uso de música, videos.
 - d) Incentivar el estímulo sexual no coital, por ejemplo, con masajes sensuales sin incluir áreas sexuales.

- e) En caso de coito doloroso recomendar en cada ocasión el uso de gel lubricante, dependiendo del diagnóstico con o sin compuesto hormonal.
- f) La inclusión de la pareja en el tratamiento y en la terapia sexual es fundamental porque aumenta las posibilidades de éxito terapéutico.

2. Terapia hormonal

- a) *Tratamiento con estrógenos*: resulta benéfico, en especial en las mujeres con deficiencia estrogénica por cualquier circunstancia. Diversos estudios han reportado buenos resultados porque mejora la lubricación, disminuye la irritación y la resequeidad vaginal lo que se traduce en coitos placenteros y no dolorosos. La dosis debe individualizarse después de una valoración cuidadosa y debe tenerse especial atención en el seguimiento para observar los efectos sistémicos de la administración de estrógenos a mediano o largo plazo de las mujeres con problemas de excitación sexual. En términos generales se recomienda una dosis diaria en comprimidos de 0.5 mg/día a 1 mg al día de estradiol o en parches de 100 µg 2 o 3 veces por semana.
- b) En ocasiones puede indicarse terapia hormonal combinada con estrógenos y progestágenos, a dosis 1 mg estradiol/ 2mg de drospirenona en tabletas para toma diaria.
- c) Tibolona: esteroide sintético con progesterona y efecto androgénico que mejora la lubricación y con efectos positivos en el deseo sexual. Se recomienda en tabletas de 2.5 mg al día.

3. Tratamientos no farmacológicos

- a) *Lubrificantes*: se recomiendan como complemento de los tratamientos farmacológicos. Existen diversas marcas y se recomienda a la pareja que pruebe diferentes marcas para que puedan decidir el que les resulte de su agrado y comodidad porque existen de diferentes colores, con aromas, inclusive con sabores para incluirlos en el juego erótico. Una indicación indispensable es que los lubricantes vaginales deben ser solubles en agua.
- b) *Crema vaginales hidratantes*: se elaboran con polímeros hidrofílicos bioadhesivos no absorbibles, se adhieren al epitelio vaginal y disminuyen la atrofia mediante la regeneración celular junto con la terapia hormonal.

CONCLUSIÓN

Los problemas de excitación en la mujer se han definido de diferentes formas y se ha puesto especial atención a la respuesta genital; sin embargo, la experiencia subjetiva tiene la misma importancia porque, por lo general, ambas di-

mensionaciones están afectadas; por lo tanto, el abordaje clínico debe abarcar las experiencias personales y exploración clínica completa para confirmar el diagnóstico y proporcionar el tratamiento adecuado que resuelva de manera oportuna la disfunción de la paciente, sin olvidar incluir a la pareja.

DIFICULTADES CON EL ORGASMO

El orgasmo femenino es la focalización de sensaciones en el área clitorídea y pélvica de los estímulos sexuales del encuentro sexual, se progresa a una sensación de oleada de calor que invade específicamente el área pélvica y, luego, se extiende a todo el organismo. Por último, se describe la sensación de latido pélvico que corresponde a la experiencia subjetiva de las contracciones de los músculos pubocoxígeos del piso pélvico durante el orgasmo y se traduce en una experiencia placentera.

DEFINICIÓN

La dificultad para el orgasmo se entiende como la ausencia, disminución en la intensidad de la sensación o retraso para llegar al orgasmo a pesar de tener un estímulo erótico adecuado y con una fase de excitación adecuada.

Cuadro 10. Criterios diagnósticos para problemas del orgasmo femenino (DSM-V)

A. Coexistencia de cualquiera de los siguientes criterios en casi todos o todos los encuentros sexuales (75 a 100% de las veces)
1. Retraso notable, poca frecuencia o ausencia de orgasmo
2. Disminución notable en la intensidad de la sensación del orgasmo
B. Los síntomas del criterio A deben ser recurrentes y estar presentes por lo menos durante un periodo de seis meses
C. Los síntomas del criterio A causan angustia significativa en la mujer que lo padece
D. La disfunción no se explica por otro problema de salud mental, ansiedad, abuso de sustancias u otra condición médica
Especificar: Si es de toda la vida- Primaria Adquirida - Secundaria
Especificar: Generalizada Situacional
Especificar severidad actual: Leve Moderada Severa

El *Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales*, en su V versión, propone los siguientes criterios diagnósticos:³

PREVALENCIA

Las investigaciones muestran que esta es la segunda disfunción más frecuente entre las mujeres, cercana al bajo deseo sexual. La prevalencia reportada va de 16 a 28% en Estados Unidos, Europa pero en Centro y Sur América es mayor a 30 a 40%.

ETIOLOGÍA

A diferencia de otras disfunciones, no tenemos claridad de las causas de los problemas del orgasmo femenino, pero deben considerarse los siguientes factores de riesgo asociados:⁹

EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA

Como en todas las disfunciones, es indispensable contar con una historia clínica y sexológica completa con la exploración física y de estudios de laboratorio que permitan descartar las causas y factores de riesgo.

Cuadro 11. Factores de riesgo asociados con problemas del orgasmo femenino

Factores de riesgo biológicos
Hipoestrogenismo
Hiperprolactinemia
Hipoandrogenismo
Antidepresivos
Antipsicóticos
Diabetes mellitus
Hipertensión arterial
Enfermedades crónicas degenerativas
Factores personales y relaciones de pareja
Pobre conocimiento de sensaciones eróticas
Educación restrictiva y negativa con respecto a la sexualidad
Antecedentes de maltrato y abuso sexual
Estímulos eróticos no eficientes - mala comunicación erótica con la pareja

En los problemas del orgasmo femenino se recomienda poner mayor atención en el desarrollo psicosexual de la paciente porque el desarrollo erótico, con frecuencia, está afectado en este tipo de problemas, lo que nos dará la pauta para el tratamiento.⁷

TRATAMIENTO

Las técnicas más eficientes para resolver los problemas del orgasmo femenino son: la combinación de la terapia cognitivo-conductual con la terapia sexual, sin dejar de lado la psicoeducación con el objetivo de proporcionar a la paciente la información necesaria con respecto a la sexualidad para cambiar los paradigmas que hasta el momento del diagnóstico había tenido y que, seguramente, afectaban su vida erótica. En la terapia sexual es indispensable la inclusión de la pareja.^{7,9}

Los objetivos del tratamiento son:

1. Acercarse al cuerpo sin temor
2. Reconocer las sensaciones placenteras
3. Reconocer las sensaciones eróticas placenteras
4. Integrar las sensaciones eróticas al encuentro sexual
5. Incentivar la comunicación erótica eficiente y eficaz
6. En caso necesario, previa valoración clínica, terapia hormonal

SÍNDROMES DE DOLOR SEXUAL, INCLUIDOS LOS PROBLEMAS PARA LOGRAR LA PENETRACIÓN

Los trastornos relacionados con el dolor se habían dividido en dos entidades diagnósticas: dispareunia y vaginismo. A partir de la publicación del *Manual diagnóstico y estadístico de las enfermedades mentales* en su V versión, en mayo de 2013 se integraron en un solo rubro y actualmente se consideran uno solo: problemas de dolor genito-pélvico-trastorno de la penetración. A pesar de ello y para fines de este manual, los abordaremos de manera independiente.

DEFINICIÓN

*Dispareunia*¹⁰

Se trata del dolor persistente

- *En el intento de la penetración*

- *Con la penetración*
- *Durante el encuentro sexual*

Vaginismo

Dificultad persistente o recurrente para permitir la penetración de:

- *Pene*
- *Dedo*
- *Objetos (juguetes sexuales)*

A pesar de que la mujer tenga el deseo de que ocurra

PREVALENCIA

Para la dispareunia, la incidencia estimada más alta se ha reportado en 22 por cada 1,000 para las mujeres de 20 a 29 años de edad y va disminuyendo a partir de la cuarta década de la vida.

Cuadro 12. Criterios diagnósticos para problemas de dolor genito-pélvicos-trastornos de la penetración (DSM-V)³

A. Dificultad persistente o recurrente con uno o más de los siguientes:
1. Penetración vaginal durante el encuentro sexual
2. Dolor pélvico o vulvovaginal notable durante un coito vaginal o intento de penetración
3. Miedo o ansiedad notable anticipatorio al dolor o como resultado de la penetración vaginal
4. Tensión o contracción notable de los músculos del piso pélvico durante el intento de la penetración vaginal
B. Los síntomas del criterio A deben ser recurrentes y coexistir por lo menos durante seis meses
C. Los síntomas del criterio A causan angustia significativa en la mujer que lo padece
D. La disfunción no se explica por otro problema de salud mental, ansiedad, abuso de sustancias u otra condición médica
Especificar: Si es de toda la vida, primaria, adquirida o secundaria
Especificar: Generalizada Situacional
Especificar severidad actual: Leve Moderada Severa

En el caso del vaginismo, la prevalencia está poco estudiada por las dificultades metodológicas, los resultados hasta ahora reportados son menores de 5%. Tiene comorbilidad con otras disfunciones sexuales, como por ejemplo: bajo deseo sexual, problemas de la excitación y con el orgasmo.^{7,10}

ETIOLOGÍA

La dispareunia se divide en superficial y profunda.^{7,10}

En relación con el vaginismo, la mayor parte de los estudios apuntan que las causas se deben a factores psicológicos descritos como un mecanismo de defensa fóbico ante la amenaza de un encuentro erótico, con frecuencia asociado con experiencias psicosexuales negativas en la infancia o adolescencia.^{7,10}

EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA

En los síndromes dolorosos se debe realizar también una historia clínica sexológica con especial atención en los antecedentes ginecológicos y psicológicos-psiquiátricos; toda la historia clínica médica es importante, en particular cuando se trata de una paciente con dispareunia para descartar su causa porque en estos casos el tratamiento interdisciplinario es indispensable para mejorar el pronóstico. Como en todas las disfunciones, la exploración física y los estudios de laboratorio que a juicio del clínico son necesarios para confirmar el diagnóstico.

TRATAMIENTO

Para la dispareunia se recomienda:

1. Orientación para tratamiento del dolor
2. Ejercicios para fortalecer el piso pélvico
3. Medicamentos
 - a) Antiinflamatorios
 - b) Antibióticos, etc.
 - c) Antidepresivos tricíclicos
 - d) Lidocaína tópica
 - e) Toxina botulínica

Para el vaginismo se sugiere:

1. Terapia sexual
2. Orientación para control del dolor
3. Ejercicios para fortalecer el piso pélvico

Cuadro 13. Causas de dispareunia superficial

Bartolinitis
Infecciones vulvovaginales
Irritación de genitales externos

Cuadro 14. Causas de dispareunia profunda

Endometriosis	Infecciones sistémicas
Enfermedad pélvica inflamatoria	Malformaciones genitourinarias
Deficiencia estrogénica	Fibrosis uterina
Cistitis	Miomatosis uterina
Inmunosupresores	Dolor crónico
Quimioterapia	Traumatismos
Radiación pélvica	
Colon irritable	

Para ambas condiciones y como estrategia de terapia sexual:

1. Psicoeducación enfocada a disminuir el miedo-ansiedad asociado con el dolor de la penetración.
2. Alivio de la hipertonía muscular vaginal mediante la dilatación progresiva de la vagina.
3. Desensibilización progresiva para superar la ansiedad a la penetración, para ello se recomienda el uso de objetos suaves, la propia mano, dilataadores que gradualmente van aumentando de calibre.
4. Terapia cognitiva conductual, educación y relajación con la participación de la pareja.

CONCLUSIONES

Las disfunciones sexuales femeninas son frecuentes en mujeres mayores de 18 años y se asocian con problemas médicos; por eso suelen consultar al médico general. Por lo tanto, es recomendable incluir en la historia clínica preguntas básicas que le permitan investigar cómo se encuentra la salud sexual de su paciente

REFERENCIAS

1. Rosemary Basson. Women's sexual dysfunction: revised and expanded definitions. *CMAJ* 2005;172:1327-1333.
2. *Antología de la Sexualidad Humana*. Consejo Nacional de Población. Miguel Angel Porrúa, México 1994 Tomo III.
3. Asociación Psiquiátrica Americana (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. American Psychiatric Publishing.
4. Richard D. Hayes, BSc, Catherine M. Bennett, Christopher K. Fairley, MBBS, PhD, Lorraine Dennerstein, MBBS, PhD. What can Prevalence Studies Tell Us about Female Sexual Difficulty and Dysfunction? *J Sex Med* 2006;3:589-595.
5. EO Laumann1, A Nicolosi, DB Glasser, A Paik, C Gingell, E Moreira, T Wang. sexual problems among women and men aged 40-80 y: prevalence and correlates identified in the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. *International Journal of Impotence Research* 2004:1-19
6. Johannes Bitzer, Prof., Annamaria Giraldi, MD, PhD, Jim Pfaus, Prof. Sexual Desire and Hypoactive Sexual Desire Disorder in Women. Introduction and Overview. Standard Operating Procedure (SOP Part 1). *J Sex Med* 2013;10:36-49.
7. A Martín Morales, F Cabello. *V Tratado de Andrología y Medicina Sexual*. Madrid: Panamericana, 2012.
8. Annamaria Giraldi, MD, Alessandra H, Rellini, James Pfaus, Ellen Laan. Female Sexual Arousal Disorders. *J Sex Med* 2013;10:58-73.
9. Ellen Laan, PhD, Alessandra H. Rellini, PhD, Tricia Barnes, MA. Standard Operating Procedures for Female Orgasmic Disorder: Consensus of the International Society for Sexual Medicine. *J Sex Med* 2013;10:74-82.
10. Fugl-Meyer KS, Bohm-Starke N, Damsted Petersen C, Fugl-Meyer A, Parish S, and Giraldi A. Standard operating procedures for female genital sexual pain. *J Sex Med* 2013;10:83-93.

4

Disfunciones sexuales del hombre

EUSEBIO RUBIO AURIOLES

Las disfunciones sexuales masculinas son un grupo de síndromes clínicos que se caracterizan por afectar la experiencia erótica del hombre (y en ocasiones de su pareja), que se manifiestan persistente o recurrentemente, que se traducen en formas de funcionamiento no deseables y que afectan la capacidad de disfrutar las relaciones sexuales, interfieren en la relación de pareja y afectan negativamente su calidad de vida.

En años recientes, algunas de las disfunciones masculinas han recibido particular atención. Tal es el caso de la disfunción eréctil y, en menor grado, la eyaculación precoz. Si bien resulta positivo que la atención de la comunidad médica y de los profesionales de la salud relacionados, así como el público general, tengan mayor conciencia de la existencia de estos problemas de salud sexual y de sus tratamientos, la intensa difusión ha tenido algunos resultados no ideales. Por ejemplo, se ha generado un significado equivalente para los términos disfunción sexual y disfunción eréctil, como si esta última fuera la única representante de este grupo de problemas; de la misma forma se ha generado la idea de que la disfunción eréctil es una enfermedad y, por tanto, hay tratamientos específicos para ésta.

Si bien es cierto que contamos con medidas terapéuticas muy eficaces y seguras para recuperar la capacidad de tener erecciones, suponer que un tratamien-

to en particular está siempre indicado resulta inexacto y, en ocasiones, peligroso. Una ilustración de esta circunstancia es la aparición de problemas de erección en un varón de 38 años de edad. Si el profesional de la salud actúa con la premisa de que el tratamiento para la “enfermedad” diagnosticada son los inhibidores de la fosfodiesterasa 5 y los prescribe sin más consideración, el resultado inmediato probable es la recuperación de la función eréctil con el medicamento pero, la identificación de la causa específica del cuadro sindromático queda sin hacerse. El caso en cuestión bien puede deberse a hipertensión arterial no diagnosticada que, de seguirse sin tratamiento, se convertirá en un factor de riesgo cardiovascular importante.

Revisaremos en este capítulo la disfunción eréctil, la eyaculación precoz, el bajo deseo sexual, la eyaculación retardada y la aneyaculación.

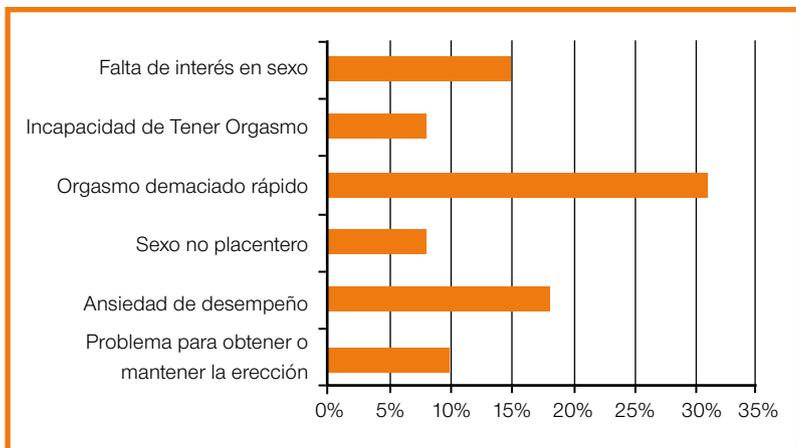
La Figura 1 indica las frecuencias relativas con la que se encontraron problemas en un estudio efectuado en Estados Unidos.¹

DISFUNCIÓN ERÉCTIL

DEFINICIÓN

La Sociedad Internacional de Medicina Sexual propone la siguiente definición para este problema:

Figura 1. Frecuencia de quejas de función sexual en la población estadounidense



La disfunción eréctil se define como la incapacidad persistente y recurrente de un hombre para obtener o mantener una erección suficiente para la actividad sexual.²

Casi siempre se considera un periodo de cuando menos tres meses para establecer el diagnóstico, aunque en algunas ocasiones, como cuando existe un traumatismo o una intervención quirúrgica que puedan estar relacionados con la etiología, no hay necesidad de esperar ese tiempo.

Las antiguas referencias a este problema con el término de impotencia se han abandonado por peyorativas.

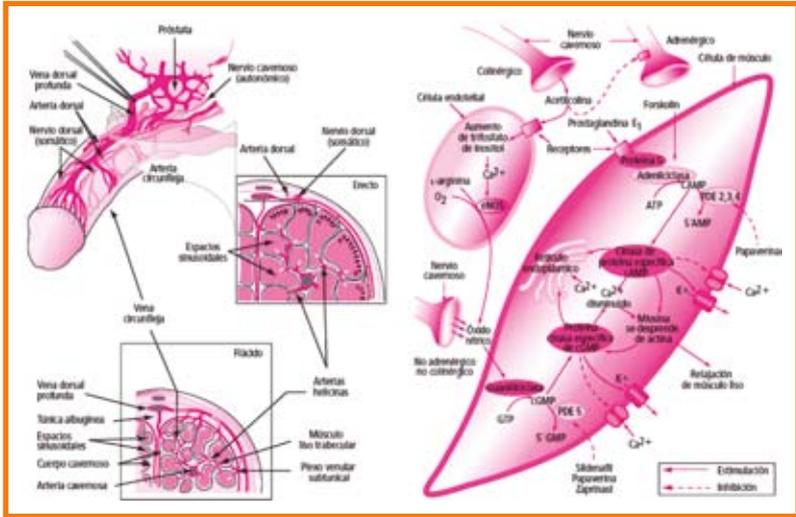
La falla en las erecciones tiene significados y repercusiones en muchos niveles. Por un lado, el desempeño sexual resulta un componente importante en la validación de la masculinidad de la mayoría de los hombres y, aunque en realidad la disfunción eréctil no tiene una correlación con el grado o la calidad de la hombría, la falla en la obtención o mantenimiento de la erección es frecuentemente malinterpretada por el varón y, a veces, por su pareja como dato de masculinidad en declive. En ocasiones la erección inconsistente o ausente se interpreta como un problema de atracción de la pareja, cuando rara vez ella es la razón del problema.

Por el contrario, la falla en las erecciones revela un problema en el funcionamiento del sistema neuro-endotelio-muscular que es responsable de la erección. La erección es el resultado de la relajación del músculo liso que conforma la mayor parte del tejido de los cuerpos cavernosos. Cuando fallan los mecanismos que regulan los procesos de relajación del músculo liso que son necesarios para que los espacios sinusoidales del cuerpo cavernoso se llenen, la erección pierde rigidez, se mantiene con dificultad o no se mantiene o, de plano, no se consigue. La mayor parte de las veces el problema radica en los mecanismos endoteliales que facilitan la relajación, específicamente la producción de óxido nítrico por las células endoteliales y las terminaciones nerviosas productoras (nitrérgicas) como resultado de enfermedades como: hipertensión, diabetes mellitus o hiperlipidemia. También es posible en condiciones como la ansiedad de desempeño que se traduce en liberación de noradrenalina, que actúa como vasoconstrictor y como facilitador de la contracción muscular lisa que, de hecho, se contrapone con la erección. Estos mecanismos se representan en la Figura 2.

PREVALENCIA

La prevalencia de disfunción eréctil está claramente asociada con la edad. Los estudios realizados en varones mayores de 40 años revelan una prevalencia de más de 50%; desde luego que si la población estudiada reúne a varones más jóvenes, la prevalencia reportada suele ser menor, dependiendo del estudio estará entre 5 y 20% de los varones mayores de 18 años.³

Figura 2. Representación del sistema neuro-endotelio-muscular que regula la erección peneana. (Imagen tomada de²⁴)



En México, un estudio que investigó la frecuencia de disfunción eréctil en una muestra aleatoria en tres ciudades: Distrito Federal, Guadalajara y Monterrey en varones de 40 años o más encontró una prevalencia general de 55%. En este estudio se clasificó la disfunción eréctil por su grado de severidad y se encontró que la mayoría tenía disfunción leve (37 % del total), 10% disfunción moderada y 8% disfunción severa.⁴ En otro estudio mexicano, pero que incluyó a hombres de 18 años o más, la prevalencia encontrada fue de 9.7%.⁵ Estas cifras se han encontrado, sistemáticamente, en varios otros estudios realizados en diversas partes del mundo.

La disfunción eréctil es, pues, una condición médica sumamente frecuente. La práctica del médico dedicado a una variedad de especialidades incluye, por necesidad, estadística a un buen número de varones con disfunción eréctil, se hable de ella o no. Identificarla resulta importante no solo porque la posibilidad de tratamiento médico está al alcance de cualquier médico, sino porque con frecuencia la aparición de los problemas con las erecciones es una señal de problemas en la microcirculación, y lo probable es que esta problemática no se limite a la función de la erección sino que ésta anuncie algún problema cardiovascular.

ETIOLOGÍA

La identificación de la o las causas de la disfunción eréctil es un importante paso en el cuidado del paciente. Con el advenimiento de terapias farmacológicas eficaces que, de hecho, funcionan a un nivel sintomático, sucede con frecuen-

cia que la disfunción es tratada para mejorar las erecciones dejando de lado la búsqueda de la causa del deterioro de la función. Identificar la causa o causas resulta muy relevante porque, en muchas ocasiones, es necesario implementar medidas terapéuticas adicionales. El tratamiento sintomático de la disfunción eréctil sin una labor diagnóstica adecuada puede retrasar la identificación de condiciones crónicas de salud, como la hipertensión arterial o la diabetes mellitus, que requieren tratamiento específico.

Causas médico-biológicas

En los estudios clínicos que hemos realizado, aproximadamente 70% de los pacientes tienen alguna comorbilidad relacionada con el daño y disfunción endotelial que explica la disfunción eréctil: diabetes mellitus, hipertensión arterial, hiperlipidemia, principalmente, en la forma de colesterol elevado. La razón por la que estas entidades afectan la función eréctil hoy queda bastante clara: interfieren en el funcionamiento endotelial necesario para que la erección se produzca y se mantenga. Sin embargo, existen otras condiciones médicas que pueden ocasionar disfunción eréctil. El Cuadro 1 relaciona las causas médicas más frecuentes. Además, los procesos psicológicos pueden también causar o contribuir a la disfunción eréctil.

Causas psicológicas

Existe una larga tradición de atribuir a factores psicológicos las fallas en la erección. Hasta hace algunos años, en la mente de médicos y psicólogos la posibili-

Cuadro 1. Causas médicas frecuentes de disfunción eréctil²³

Enfermedad del corazón	Hiper e hipotiridismo
Aterosclerosis	Enfermedad de Peyronie
Colesterol elevado/dislipidemias	Insuficiencia renal o hepática
Hipertensión	Hiperplasia prostática/prostatitis crónica
Diabetes Mellitus	El consumo de tabaco
Obesidad	El alcoholismo y otras formas de abuso de sustancias
Enfermedad de Parkinson	Los tratamientos para el cáncer de próstata o el agrandamiento de próstata
Esclerosis múltiple	Cirugías o lesiones que afectan a la zona de la pelvis o de la médula espinal (fractura de pelvis ruptura uretral, traumas peneanos)
Testosterona baja/hipogonadismo/hiperprolactinemia	

dad de que la disfunción eréctil tuviera un origen psicológico era la que contaba con mayor probabilidad. Hoy sabemos que esto no es así, aunque la participación de factores psicológicos puede observarse en muchos casos y, en algunos, los factores psicológicos son los únicos responsables.

Las causas psicológicas de disfunción eréctil no operan en el vacío, ni son procesos etéreos. Diagnosticar factores psicológicos únicamente porque no se encuentran factores médicos debe evitarse. La identificación de los factores psicológicos no solo es posible sino deseable, dado que son procesos de naturaleza fisiológica que tienen origen en los procesos mentales, es decir, en las ideas, percepciones, significados y las implicaciones de estos. En general, los procesos psicológicos que están detrás de la disfunción eréctil tienen dos formas de interferir con la erección: la distracción y la aparición de respuestas de defensa-huida mediadas por descargas adrenérgicas.

La distracción es un proceso mental que pone el foco de atención en circunstancias que no son propiamente generadoras de excitación sexual. El mejor ejemplo es la distracción que se produce cuando alguien está más pendiente de la calidad de su erección que de los estímulos que prevalecen en el momento. Esta distracción se traduce en pérdida de la excitación, con la consecuente pérdida de la erección (este mecanismo causal de disfunción eréctil fue originalmente descrito por Masters y Johnson⁶ y lo denominaron *papel de espectador*).

La ansiedad es una respuesta psicofisiológica que típicamente aparece ante la percepción de peligro, que puede ser real o imaginario. Con frecuencia, el mismo desempeño sexual se convierte en fuente de ansiedad porque las ideas del individuo de posibles fallas de desempeño y sus consecuencias, otra vez reales o imaginarias, produce un estado de alerta que se acompaña de la liberación de noradrenalina que tiene como efecto nada deseado para ese momento la vasoconstricción y la contracción de la musculatura lisa de los cuerpos cavernosos, con la consecuente disminución de la intensidad de la erección o, de plano, impidiendo que ésta se produzca.

Los dos mecanismos explicados pueden considerarse “el camino final común” de muchos otros procesos psicológicos que suelen estar detrás de las fallas en la erección. Por ejemplo, los conflictos de pareja pueden estar determinando disfunción eréctil, pero la falla en la erección es resultado final de un proceso como: los conflictos de pareja traen por consecuencia un ambiente hostil y la hostilidad produce distracción del estímulo sexual y puede desencadenar, también, ansiedad de desempeño. La combinación de ambos procesos se traduce en pérdida de la excitación y dificultad o imposibilidad para la relajación del músculo liso que finalmente produce la falla en la erección.

El Cuadro 2 presenta una lista resumida de factores que pueden desencadenar los mecanismos finales de inferencia con la erección.

Cuadro 2. Factores psicológicos que pueden generar disfunción eréctil ²³

Estrés crónico importante	Depresión
Ansiedad, incluyendo la ansiedad por el desempeño sexual	Baja autoestima
	Bajo deseo sexual
Culpa por razones reales o inconscientes	Conflictiva de pareja
	Abuso sexual infantil

EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA

La evaluación diagnóstica del paciente con disfunción eréctil tiene por objetivos: la corroboración del diagnóstico sindrómico y la identificación de los mecanismos causales que estén operando en el caso en particular. De lo eficiente del proceso de evaluación dependerá la precisión de las indicaciones para remover o disminuir la influencia de los factores etiológicos.

Interrogatorio

El interrogatorio debe seguir los principios enunciados en el capítulo 2. La información a obtener debe permitir corroborar el diagnóstico de disfunción eréctil y precisar su modo de inicio, los factores que la agravan, el curso, y el tipo de disfunción en las dimensiones de temporalidad (adquirida o de por vida) y de globalidad-situacionalidad (aparece la falla en todas las ocasiones y circunstancias o solo en algunas).

Exploración física

La revisión física es indispensable para tener un panorama completo. Una reciente revisión,⁷ que identifica los estándares mínimos de atención al paciente con disfunción eréctil ubica los siguientes aspectos de la exploración física para ser incluidos en la información del paciente con disfunción eréctil:

- Presión arterial y frecuencia cardíaca
- Características sexuales secundarias
- Ginecomastia
- Pulsos periféricos
- Descartar masas abdominales obvias (p.ej. aneurisma aórtico)
- Sensibilidad a la vibración
- Circunferencia abdominal
- Cicatrices de traumatismos o cirugía previa

EVALUACIÓN DE LABORATORIO

La investigación de laboratorio se dirige a la búsqueda de factores de riesgo. Las siguientes mediciones de laboratorio son las actualmente recomendadas¹⁰ para evaluar al paciente con disfunción eréctil:

- Para verificar factores de riesgo:
 - Glucosa en ayunas
 - Testosterona total
 - Prolactina
 - Perfil lípido
- Pruebas opcionales
 - Hormonas tiroideas
 - Antígeno prostático específico

TRATAMIENTO

El tratamiento de la disfunción eréctil tiene dos componentes principales: 1) Eliminar o disminuir la participación de factores causales que pueden o no controlarse y, 2) Mejorar la facilidad y calidad de las erecciones. Existen diversas estrategias para lograr estos dos objetivos que revisaremos enseguida.

Eliminación o control de factores causales

La identificación, control y, si es posible, eliminación de los factores de riesgo que frecuentemente se encuentran en el paciente con disfunción eréctil constituye uno de los ejes de un buen tratamiento integral. El control de la diabetes mellitus, la hipertensión, la dislipidemia, el sobrepeso-obesidad y la restitución hormonal en caso de deficiencia androgénica son requisitos para un buen tratamiento. Si bien los medicamentos facilitadores de la erección pueden ayudar a restablecer la función eréctil, aun si no se tratan los factores de riesgo asociados, su eficacia se ve disminuida cuando las comorbilidades no están controladas, independientemente del riesgo para la salud que representan las comorbilidades no tratadas o controladas.

Varias de las medidas terapéuticas tienen que ver con factores del estilo de vida. Las investigaciones recientes muestran que actuando sobre estos factores hay mejoría tangible en la función eréctil.⁹ Estas medidas incluyen:

- Optimizar el estatus de actividad física
- Control del sobrepeso y obesidad
- Consumo de tabaco

- Dieta equilibrada
- Control de la diabetes
- Control de la hipertensión y ajustes al tratamiento antihipertensivo
- Control de la depresión y ajustes al tratamiento antidepresivo

Terapia para facilitación-fortalecimiento-producción de la erección

Una variedad de estrategias terapéuticas tiene como objetivo mejorar la calidad de la erección penéana. El mejorar la calidad de las erecciones es un aspecto muy importante en el tratamiento de la disfunción eréctil, porque la expectativa del paciente va en esta dirección. Si bien el tratamiento integral debe incluir otras acciones, es muy relevante no perder de vista que la mejoría de la calidad de la erección es una meta terapéutica importante.

Existen medidas de carácter farmacológico, psicoterapéutico, mecánico y quirúrgico para lograr el objetivo de mejorar las erecciones. El advenimiento de terapias farmacológicas eficaces para facilitar las erecciones penéanas, en particular los fármacos que actúan a través de la inhibición de la fosfodiesterasa tipo 5, se ha constituido en uno de los avances más contundentes de la medicina sexual, al punto que pareciera ser que el tratamiento de la disfunción eréctil se reduce al uso de fármacos facilitadores de la erección. No es así, pero la importancia de esta estrategia terapéutica la ha convertido en el tratamiento de primera elección en el tratamiento médico de la disfunción eréctil.

Tratamiento farmacológico para la mejoría de la calidad de las erecciones

Existen dos estrategias farmacológicas para lograr la mejoría en la calidad de las erecciones: los medicamentos orales y los fármacos que se aplican localmente en los cuerpos cavernosos. La medicación oral, que funciona con base en la inhibición de la fosfodiesterasa tipo 5 (IPDE5), se ha convertido en el tratamiento de primera línea recomendado por la mayoría de las asociaciones de profesionales.⁹ Además de los IPDE5, los otros fármacos que tienen alguna eficacia en forma oral (yohimbina, L-arginina) no han logrado demostrar superioridad a los IPDE5 y, por lo tanto, su uso es muy limitado. Es posible producir erecciones administrando medicamentos directamente en el tejido de los cuerpos cavernosos; esto se logra, básicamente, en forma de inyecciones, aunque la dificultad que representa una inyección en los cuerpos cavernosos hace menos atractivo a estos tratamientos, aunque existen casos en los que esto se hace necesario.

Farmacoterapia oral: inhibidores de la fosfodiesterasa 5

Los fármacos que inhiben la acción de la enzima fosfodiesterasa tipo 5 (IPDE5) potencian las erecciones al disminuir el ritmo de degradación del GMP cíclico.

EL GMP cíclico actúa como segundo mensajero produciendo una serie de reacciones intracelulares que se traducen en relajación de las células (Figura 1). La acción de los IPDE5 depende de que se haya liberado óxido nítrico (NO), cosa que ocurre como resultado de la excitación sexual. Cuando el fármaco ejerce su acción inhibitoria en la enzima, se requiere la señal del óxido nítrico para que el efecto farmacológico se haga evidente, por lo que es indispensable que el paciente se involucre en la actividad sexual que lo excite para hacer patente el efecto de facilitación de la erección cuando se administra un IPDE5. Este mecanismo de acción opera en la mayor parte de los procesos etiológicos de la disfunción eréctil, incluidos los casos de etiología psicológica. Cuando el tejido está tan dañado como para impedir la transmisión de la señal de excitación o la capacidad de respuesta del tejido cavernoso esta dañada, el efecto terapéutico puede afectarse.¹²

Al momento de escribir estas líneas las autoridades de salud habían aprobado la indicación de tres inhibidores de la fosfodiesterasa 5: sildenafil, vardenafil y tadalafil. Existen otros compuestos aprobados en otros países, como el avanafil en Estados Unidos, el udenafil en Corea y el lodenafil en Brasil, pero por el momento sólo están disponibles en el mercado mexicano los tres primeros.

Estos fármacos se desarrollaron para administrarse a demanda, es decir, solamente cuando el paciente anticipa que en las siguientes horas habría una interacción erótica. Como mencionamos, se requiere que, en efecto, el paciente desarrolle alguna forma de actividad sexual para que los procesos centrales de excitación sexual inicien, el efecto del fármaco no se hace evidente sin este requisito. La forma de administración para su uso a demanda es bastante similar, aunque conviene ajustar el tiempo de administración al tiempo de absorción máxima del compuesto elegido (Cuadro 3). También es pertinente saber que algunos de ellos (sildenafil y vardenafil) tienen un retraso en la absorción cuando se combinan con alto contenido de grasas (por ejemplo, al final de una cena con contenido alto en grasas). Para el uso a demanda la recomendación es tomar el medicamento entre 30 y 60 minutos antes del inicio de la actividad sexual. Las dosis para uso a demanda aprobadas en México para sildenafil son 50 y 100 mg, para vardenafil 10 y 20 mg. La recomendación oficial es usar la dosis inicial baja y subirla si es necesario, aunque muchos expertos prefieren usar la dosis más alta y bajarla si es necesario. Para el caso de tadalafil, en México solamente existe la dosis de 20 mg para uso a demanda.

Los inhibidores de la fosfodiesterasa 5, que tienen una vida media más prolongada (tadalafil y udenafil) se han utilizado, además, en forma continua; es decir, administrando dosis diarias del medicamento aprovechando su tiempo de lavado más prolongado. El tadalafil se aprobó en México para uso diario a dosis de 5 mg. La instrucción es tomar el medicamento aproximadamente a la misma hora todos los días. El udenafil no ha sido aprobado en México y aún se encuentra en investigación.

Cuadro 3. Parámetros farmacocinéticos de los tres fármacos inhibidores de la fosfodiesterasa 5 disponibles en México¹²

Inicio de la acción (minutos)						
Fármaco y dosis	TMAX (MINUTOS)	Más temprano	En más del 50 %	T1/2 (horas)	Duración de la eficacia en horas (% de coitos exitosos)	CMax (ng/mL)
Sildenafil 100 mg	70 (30-120)	14	20	3.82 ± 0.84	8 (85%)	327 ± 236
Tadalafil 20 mg	120 (30-720)	16	30	17.5	26 (59 y 62%)	378
Vardenafil 20 mg	40 (15-180)	11	25	3.94 ± 1.31	8 ± 2 (69%)	20.9 ± 1.83

El Cuadro 3 presenta los datos farmacocinéticos necesarios para comprender las diferencias entre los tres fármacos inhibidores de la fosfodiesterasa 5 aprobados en México para el tratamiento oral de la disfunción eréctil.

Los tres fármacos tienen perfiles de eficacia muy elevados y muy similares entre ellos. Las precauciones para su uso son también similares: nunca deben usarse por estar formalmente contraindicados en conjunto con nitratos y donadores de óxido nítrico (incluidas las drogas de uso callejero como los “poppers” que contienen nitrito de amilo, o medicamentos que contengan nitroprusiato de sodio o isosorbide, entre otros). Además, hay que tomar precauciones (reducir dosis de inicio) cuando el paciente esté consumiendo fármacos con efecto inhibidor del sistema enzimático CYP 3A4, como la eritromicina, ketoconazol, itraconazol, cimetidina, inhibidores de proteasa, como el ritonavir e indinavir. El uso concomitante de inductores de este mismo sistema, como la rifampicina, pueden requerir ajuste de dosis. El uso concomitante de alfa-bloqueadores, como la doxazosina, o terazocina requiere precaución, la interacción es menor con otros alfabloqueadores, como la tamsulosina o alfuzocina.¹²

Farmacoterapia intracavernosa: vasoactivos

Varios medicamentos que tienen un efecto de vasodilatación y relajación de la musculatura lisa del pene producen erección farmacológica, se administran dentro del cuerpo cavernoso en forma de inyección (Figura 3). Se utilizan varios medicamentos o, bien, la combinación de ellos:

- Prostaglandina E1 (alprostadil) disponible en México en forma comercial.
- Papaverina

Figura 3. Inyección intracavernosa (Tomado de 12)



- Papaverina y fentolamina (Bimix)
- Papaverina, fentolamina y prostaglandina E1 (Trimix)
- Polipéptido intestinal vasoactivo y fentolamina
- Otras combinaciones de vasoactivos

Las dosis indicadas varían y, en general, el médico hace una titulación para encontrar la dosis más efectiva. En general, esta terapia es de especialidad y requiere vigilancia urológica. Las complicaciones posibles son: priapismo (erección que se prolonga más de 4 horas), fibrosis y los problemas derivados de la deficiente técnica en la inyección. La satisfacción con la firmeza de las erecciones se reporta como elevada, aunque los estudios revelan que un porcentaje también elevado de pacientes abandona la terapia después de algunos meses.¹²

Farmacoterapia local: vasoactivos

En algunos países se dispone de preparados de prostaglandina E1 de aplicación local, en forma de gel o de supositorio intrauretral. La efectividad de estos procedimientos es variable; en México estas alternativas no están disponibles.

Tratamiento psicoterapéutico para la mejoría de la calidad de las erecciones

Los dos mecanismos psicológicos principales en la generación de problemas de erección son: la ansiedad de desempeño y la distracción por la vigilancia obsesiva de la eficiencia sexual, pueden tratarse con medidas de psicoterapia sexual. Si bien el señalamiento directo del papel nocivo de estos procesos psi-

cológicos puede ayudar al paciente a recobrar su funcionalidad y este señalamiento puede ser parte del cuidado primario, las técnicas de psicoterapia sexual requieren adiestramiento específico porque, con frecuencia, la intervención psicoterapéutica debe extenderse a otras áreas o, bien, la intervención inicial sirve para evidenciar causas psicológicas más profundas que requieren atención psicoterapéutica.

Las estrategias de terapia sexual deben enmarcarse en un proceso integral de psicoterapia, pero están dirigidas a la remoción específica de los procesos psicológicos que directamente intervienen en la aparición de la disfunción. Así, estrategias como la focalización sensorial, la prohibición temporal del coito, la identificación de los procesos de monitoreo obsesivo y su sustitución por procesos de atención dirigidos a la experiencia, sobre todo en sus niveles sensoriales, conforman la parte central del proceso. No obstante, recurrir a estas técnicas con frecuencia puede revelar con claridad la importancia de procesos a otros niveles; por ejemplo, la conflictiva de pareja. El abordaje de estos procesos más profundos es necesario para que la intervención sea exitosa.

Tratamiento mecánico para la mejoría de la calidad de las erecciones

Es posible producir erecciones de razonable calidad por medios mecánicos, concretamente con aparatos que generan vacío aplicado al pene que hace que se llenen los cuerpos cavernosos de sangre y, si se implementa un sistema de restricción a su salida, la resultante es una erección. El uso de dispositivos de

Figura 4. Dispositivo moderno de vacío (Referencia 12)



vacío puede ser la única solución para pacientes con daño tisular irreversible que, además, tengan alguna imposibilidad (médica o práctica) para buscar una solución quirúrgica más elegante.

Las erecciones producidas con aparato de vacío son erecciones frías y que solamente ocurren en el sitio de restricción hacia adelante. Se recomienda dejar el anillo de restricción en su sitio un máximo de 30 minutos para evitar dañar el tejido por falta de circulación.

Tratamiento quirúrgico para la mejoría de la calidad de las erecciones

Los tratamientos quirúrgicos que en la actualidad tienen indicación para disfunción eréctil consisten en la aplicación de implantes que proporcionan la rigidez necesaria al pene para la actividad sexual. Sobra decir que la implementación de estos tratamientos requiere habilidad quirúrgica especializada, pero el médico de cuidado primario debe conocer la existencia de estos tratamientos. Existen varios tipos de implantes que se pueden usar, unos tienen un carácter semirrígido, son cilindros que se implantan en los cuerpos cavernosos y que permiten su acomodo a voluntad del paciente para dar al pene rigidez para la penetración; otros tienen mecanismos hidromecánicos que permiten que el paciente, por medio de pequeñas válvulas y bombas implantadas en el escroto, le dé rigidez o flacidez a los cilindros que se implantan en los cuerpos cavernosos.

Se han probado una serie de intervenciones de revascularización peneana pero no han mostrado eficacia consistente, por eso se abandonaron.

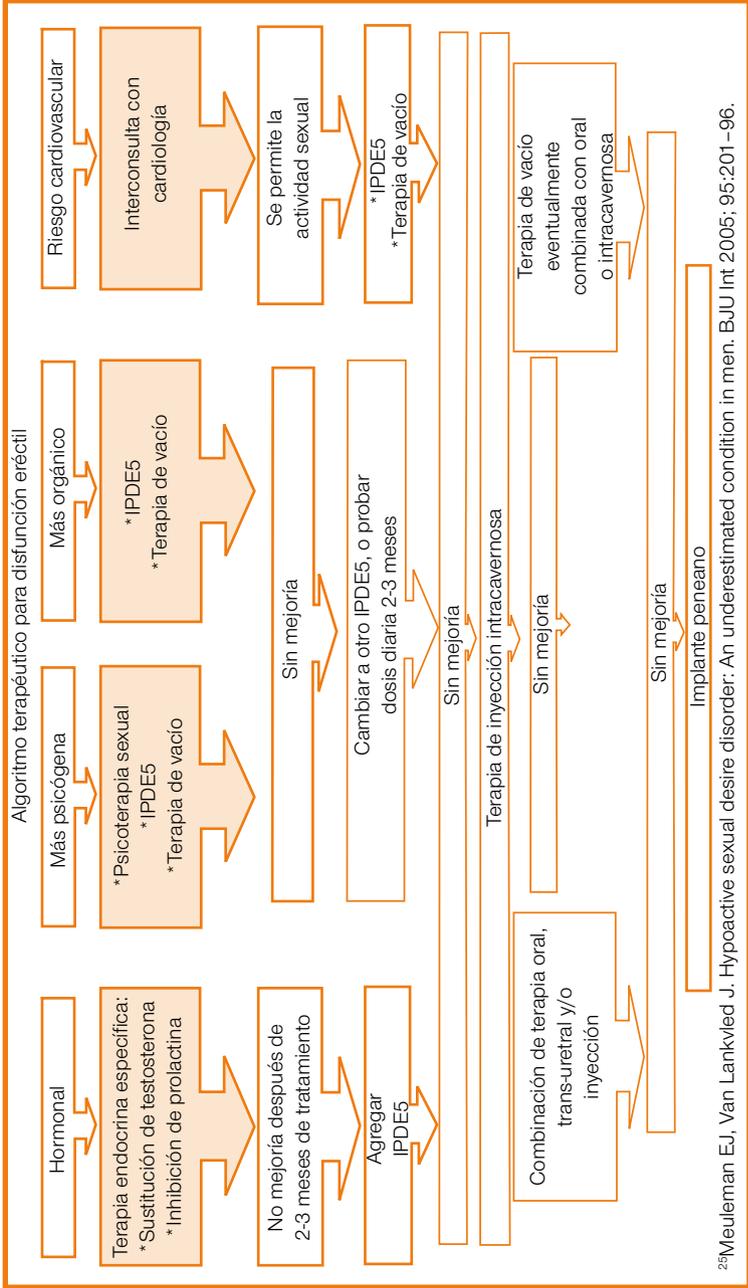
Es claro que el tratamiento quirúrgico está indicado cuando las alternativas médicas y psicológicas se han probado de manera correcta y sin éxito. En general, el tratamiento quirúrgico debería limitarse a los pacientes cuyo daño del tejido cavernoso, daño vascular o daño al sistema anatómico del pene sean tan severos que la funcionalidad se haya perdido por completo.

La Figura 5 muestra un algoritmo (árbol de decisiones) propuesto recientemente por el Comité de Estándares de la Sociedad Internacional de Medicina Sexual.¹²

CONCLUSIONES

La disfunción eréctil es una condición médica muy frecuente y que se entiende mejor como un síndrome con muchas posibles causas. El diagnóstico debe incluir la identificación de los factores causales para que el enfoque de tratamiento sea lo más integral posible, eliminando los factores causales que pueden descartarse o controlarse, utilizando diversas estrategias para mejorar la calidad de

Figura 5. Árbol de decisiones para el tratamiento de la disfunción eréctil.¹²



²⁵Meuleman EJ, Van Lankveld J. Hypoactive sexual desire disorder. An underestimated condition in men. BJU Int 2005; 95:201 –96.

las erecciones: tratamiento farmacológico e intervención psicológica, valoración de medidas terapéuticas de mayor complejidad, como la inyección intracavernosa, uso de aparatos de vacío o la cirugía de implante peneano.

EYACULACIÓN PRECOZ

La falta de control eyaculatorio, dato clínico considerado como distintivo del síndrome de eyaculación precoz durante muchos años, es una queja muy común en los varones. Esto llevó a afirmar a muchos textos y expertos que la eyaculación precoz era la más común de las disfunciones sexuales masculinas. Sin embargo, en los últimos años el conocimiento de esta entidad se ha desarrollado en forma notable que ha traído por consecuencia que las definiciones y criterios para diagnosticar la eyaculación precoz hayan cambiado en forma importante en los últimos años.

Los avances en el conocimiento han permitido clarificar que la eyaculación precoz, o eyaculación prematura o eyaculación rápida o dificultad de control eyaculatorio, como también se ha denominada, no constituye un síndrome unitario o del que puede inferirse su tratamiento ideal sólo con su identificación. Por el contrario, la investigación reciente ha caracterizado un subtipo de eyaculación precoz que ha ocurrido desde siempre, es poco variable y se caracteriza por tiempos de "latencia" extremadamente breves después de iniciada la penetración: la mayoría alrededor de unos pocos segundos (20-30) y una gran mayoría con tiempos de latencia intravaginal (IELT), como es denominada esta variable, con alrededor de los 60 segundos.

Sin embargo, esta clarificación deja la definición en un nivel donde la satisfacción orgásmica de la pareja a través de la penetración se ve muy limitada, sobre todo si se toma en cuenta que el tiempo necesario de estimulación genital en la mujer suele estar alrededor de los 6-8 minutos.¹⁰ Muchos varones que tienen IELT mayores a un minuto desearían mayor capacidad de control eyaculatorio, justamente para acercarse a las necesidades de sus parejas, y esto con mucha probabilidad se traduce en la alta frecuencia con la que se encuentra en diversas encuestas la queja de pobre control eyaculatorio.

DEFINICIÓN

La Sociedad Internacional de Medicina Sexual (ISSM) propuso la siguiente definición para la eyaculación precoz:¹¹

La eyaculación precoz es una disfunción sexual masculina caracterizada por

- *Una eyaculación que ocurre siempre o casi siempre antes o alrededor de un minuto después de la penetración vaginal*

(eyaculación precoz de por vida) o una reducción significativa de los tiempos de latencia, frecuentemente de alrededor de 3 minutos (eyaculación precoz adquirida) y:

- *La incapacidad de retrasar la eyaculación en todas o casi todas las penetraciones vaginales y,*
- *Consecuencias personales negativas: malestar, incomodidad, frustración o la evitación de la intimidad sexual.*

Los tiempos incluidos en estas definiciones son estrictos y quizá más útiles cuando se trata de diferenciar los distintos tipos etiológicos. Los expertos de la ISSM reconocen que con alguna frecuencia acuden en busca de tratamiento personas que no tienen sus tiempos de latencia tan limitados como la definición.¹⁴ Existe falta de acuerdo en cómo denominar a estos pacientes. En ocasiones, los tiempos de latencia reportados por los pacientes son claramente variables, lo que no corresponde al patrón enunciado en la definición de que ocurre siempre o casi siempre. Existe una propuesta para clasificar a estos otros pacientes en dos síndromes relacionados: eyaculación precoz variable en la que el individuo varía entre tiempos muy breves y tiempos normales; y la eyaculación precoz subjetiva, en la que los tiempos no son breves, pero la persona los percibe cortos y desearía incrementarlos.

PREVALENCIA

Tradicionalmente se ha considerado que la eyaculación precoz es la más común de las disfunciones sexuales en el hombre. Sin embargo, los estudios de donde se deriva esta idea generalmente han recurrido a criterios muy poco estrictos para considerar el diagnóstico. Por ejemplo, el estudio de Laumann¹ que citamos al inicio de este capítulo y de donde está construida la Figura 1, sólo utilizó una pregunta acerca de si el orgasmo o clímax ocurría demasiado rápido en los últimos 12 meses, obteniendo una prevalencia del 31%. La mayor parte de los estudios que han preguntado en forma amplia y sin tomar en cuenta los criterios diagnósticos encuentran cifras entre 25 y 30%. Cuando se aplican criterios mucho más restrictivos que se plantean en las nuevas definiciones, los números se hacen mucho más pequeños. La ISSM estima que la prevalencia de eyaculación precoz de por vida no excede 4%, y que la prevalencia de la eyaculación precoz adquirida, junto con la eyaculación precoz de por vida, no excede 5%.

La disparidad en las cifras seguramente se explica por el número importante de personas que se quejan de problemas de control de la eyaculación pero que no corresponden a las definiciones nuevas. Por ejemplo, si el paciente tiene un patrón de eyaculación precoz variable en el que, en ocasiones, no experimenta problema y en otras eyacula con extrema velocidad, la condición no reúne los criterios de las nuevas definiciones, pero sigue representando un problema clí-

nico importante (eyaculación precoz variable) o, si el paciente de hecho tiene tiempos que caen en el rango de normalidad pero los percibe como muy cortos (eyaculación precoz subjetiva).

Parte de la razón de estas discrepancias radica en la identificación de factores biológicos más o menos claros para el caso de la eyaculación precoz de por vida y la eyaculación precoz adquirida, mientras que los casos donde el patrón de variabilidad está presente tienden a tener un fondo más psicológico, casi siempre con cuadros de ansiedad como causa de la pérdida de control eyaculatorio.

ETIOLOGÍA

La etiología de la eyaculación precoz parece estar relacionada con el tipo de eyaculación precoz del que se trate. La eyaculación precoz de por vida es la más estudiada y la que parece tener una base neurobiológica. La eyaculación precoz adquirida puede ser consecuencia de alguna enfermedad que la facilite, aunque también puede ser consecuencia de crisis de ansiedad, sobre todo por problemas de pareja. La eyaculación precoz variable y la eyaculación precoz subjetiva tienden a tener una base psicológica en su causalidad.

La causas que se han propuesto para explicar la eyaculación precoz están enlistadas en el Cuadro 4.

Desde el punto de vista práctico, lo que es indispensable es identificar el tipo de síndrome de eyaculación precoz. Cuando se sospeche un factor constitucional, como los propuestos para la eyaculación precoz de por vida, el uso de estrategias farmacológicas será necesario, aunque el porcentaje de pacientes que requieren de forma absoluta de esta intervención es minoritario. Si se identifica un factor médico tratable, como los que se asocian con la eyaculación precoz secundaria, tratarlas directamente resulta indispensable. La mayoría de casos tiene como factores etiológicos procesos de naturaleza psicológica que requieren la implantación de estrategias de psicoterapia sexual.

EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA

Los objetivos más importantes en la evaluación diagnóstica de la eyaculación precoz son la corroboración del diagnóstico del síndrome y la identificación del tipo de eyaculación precoz. Si esas dos cuestiones quedan satisfactoriamente respondidas, el tratamiento será mucho más eficiente.

Interrogatorio

Debe incluir las preguntas que permitan tomar las decisiones clínicas mencionadas, algunas preguntas sugeridas por el panel de expertos de la ISSM son:¹⁴

Cuadro 4. Relación causas sugeridas para explicar la eyaculación precoz de acuerdo al tipo de síndrome.

Tipo de eyaculación precoz	Causas Biológicas	Causas Psicológicas
Eyaculación precoz de por vida	Desregulación serotoninérgica (responsable probablemente del 2 al 5 % de las quejas de falta de control eyaculatorio).	
	Polimorfismo genético individual de receptores de serotonina, oxitocina y vasopresina (efecto probablemente menor)	
	Otros factores genéticos aun no identificados	
	Hipersensibilidad del glande? Representación cortical robusta del nervio pudiendo?	
Eyaculación precoz adquirida	Prostatitis aguda y crónica	Ansiedad/ansiedad de desempeño
	Hipertiroidismo	Conflictos de pareja
	Supresión de medicamentos	
	Drogas de abuso	
	Disfunción eréctil	
Eyaculación precoz variable		Ansiedad/ansiedad de desempeño
		Conflictos de pareja
		Experiencias sexuales iniciales que condicionan rapidez en la eyaculación
		Aprendizaje deficiente del control eyaculatorio
Eyaculación precoz subjetiva		Falta de información y expectativas no realistas

- ¿Cuánto tiempo pasa entre la penetración y la eyaculación?
- ¿Puede retrasar la eyaculación?

- ¿Le molesta, incomoda o se siente frustrado por la velocidad de su eyaculación?
- ¿Cuándo fue la primera vez que experimentó eyaculación precoz?
- ¿Ha experimentado eyaculación precoz desde su primera experiencia sexual, siempre o casi siempre en cada intento y con cada pareja?
- ¿Su erección es suficientemente firme como para penetrar?
- ¿Ha tenido problemas para mantener su erección antes de eyacular?
- ¿Se apura a terminar para que no se le baje la erección?
- ¿Qué tan molesta está su pareja con la eyaculación precoz?
- ¿Usted o su pareja evita(n) la relación sexual?
- ¿La eyaculación precoz está afectando su relación de pareja?
- ¿Ha recibido tratamiento para la eyaculación precoz?

EXPLORACIÓN FÍSICA

Si bien la exploración física es necesaria para cualquier evaluación de salud integral, en el caso de los síndromes de eyaculación precoz la exploración física no aporta datos relevantes para el diagnóstico o la determinación de la etiología. En el caso de la eyaculación precoz adquirida la exploración física se hace importante por la posibilidad de encontrar datos de comorbilidad posiblemente causal, como pueden ser los datos de hipertiroidismo o de inflamación prostática o de epidídimo o conductos deferentes.

LABORATORIO

Las pruebas de laboratorio son de utilidad sólo cuando se buscan comorbilidades que pudieren explicar la eyaculación precoz adquirida. El perfil tiroideo, el examen general de orina y eventualmente los cultivos de orina y semen pueden ser de ayuda aunque, en general, el laboratorio de no aporta datos relevantes.

TRATAMIENTO

Las medidas terapéuticas incluyen: estrategias de tipo psicológico y farmacológicas. Se han ensayado estrategias quirúrgicas pero no ha mostrado eficacia y no son reconocidas por las instancias profesionales internacionales como un enfoque válido de tratamiento. Se han ensayado también estrategias que combinan las intervenciones psicológicas y las farmacológicas que parecen ser prometedoras.

Estrategias psicológicas

Las estrategias psicológicas incluyen: re-aprendizaje del control del reflejo eyaculatorio, uso de técnicas para la reducción de ansiedad de desempeño y de carácter

general y técnicas de consejería y terapia de pareja que permitan reducir el ambiente de tensión en la pareja cuando se encuentra esto como un factor etiológico.

Estrategias de reaprendizaje de control del reflejo eyaculatorio

Se han desarrollado una serie de técnicas para lograr mejorar la calidad del control del reflejo de la eyaculación. Estas técnicas funcionan a través de la optimización de la percepción de las sensaciones premonitorias del orgasmo, que ocurren con anticipación suficiente como para permitir la regulación de la intensidad de la excitación.¹² La técnica más usada por los terapeutas sexuales se conoce como técnica de Semans¹³ y consiste en procurar excitación sexual en forma de autoestimulación, o por estimulación manual del pene por la pareja, poniendo atención en las sensaciones que anuncian la cercanía del orgasmo-eyaculación. Cuando se perciben sensaciones que parecen indicar la cercanía del orgasmo-eyaculación la instrucción es detenerse y esperar a que la sensación disminuya su intensidad. Este ciclo hay que repetirlo tres veces y a la cuarta dejar que las sensaciones que anuncian el orgasmo-eyaculación se continúen. Esta estrategia pretende incrementar la claridad perceptual de las sensaciones premonitorias, no necesariamente crear tolerancia a las mismas. Este proceso se va graduando en complejidad, primero con autoestimulación, luego con estimulación de la compañera, luego con estimulación manual con lubricante y, finalmente, con la estimulación vaginal pero con las detenciones que dan origen al nombre de la técnica: parada y arranque.

Una variación de esta técnica es muy popular porque la propusieron Masters y Johnson⁸ y se denomina técnica de compresión o "*squeeze technique*". Consiste en dar un apretón al glande en el momento de identificar las sensaciones premonitorias del orgasmo con un esquema similar al anterior. Muchos terapeutas sexuales prefieren la estrategia de parada y arranque a la de la compresión.

Aunque el re-aprendizaje necesario para que estas técnicas surtan efecto terapéutico no es simple ni sencillo de lograr, la estrategia ha mostrado eficacia en estudios.^{17,18}

Estrategias de reducción de la ansiedad

En el tratamiento de la eyaculación precoz reducir la ansiedad es una meta psicoterapéutica importante. Se utilizan técnicas como: relajación, prohibición del desempeño y otras estrategias de carácter cognitivo para reducir la ansiedad en el momento de la interacción sexual.

Estrategias de terapia de pareja

La interacción de pareja hostil, producto de la frustración que la eyaculación precoz puede producir, puede constituirse en un factor contribuyente a la gene-

ración y mantenimiento del problema. La terapia dirigida a la desaparición de la hostilidad en la interacción con la pareja suele ser un componente necesario en el abordaje psicológico de la eyaculación precoz.

Estrategias farmacológicas en el tratamiento de la eyaculación precoz

Hace ya algunos años se demostró que lo que se consideraba solamente un efecto adverso de los antidepresivos, del tipo de los inhibidores de la recaptura de serotonina, podría utilizarse terapéuticamente en el tratamiento de la eyaculación precoz.¹⁴ En la actualidad se recomienda usar medidas farmacológicas cuando el paciente tenga eyaculación precoz primaria, que se caracteriza por la consistencia de tiempos de eyaculación intravaginal muy breves (30-60 segundos).

Existen dos enfoques para indicar los medicamentos para mejoría de la eyaculación precoz. El uso diario de los medicamentos en el que el fármaco debe administrarse todos los días y el uso a demanda, en el que el medicamento se toma sólo con anterioridad al encuentro sexual de un modo similar al uso a demanda de los medicamento para la disfunción eréctil.

Existe controversia respecto a cuál es el mejor de los enfoques. Por un lado, hay suficiente evidencia de que el uso diario de los inhibidores de recaptura de serotonina administrados a las mismas dosis que se utilizan en el tratamiento de la depresión mejora los tiempos de eyaculación y la sensación de control de la eyaculación.¹⁵ La mejoría aparece después de varios días de administración del medicamento, lo común es que sea a los 10 a 15 días. Aunque existen efectos adversos reportados, en general estos no son serios ni intolerables. Lo que resulta muy poco atractivo en la expectativa de tratamiento farmacológico de por vida. Si se suspenden los medicamentos, lo probable es que la eyaculación volverá a ser rápida en la mayoría de los pacientes.

Los inhibidores de la recaptura de serotonina estudiados para el tratamiento de la eyaculación precoz usados como prescripción médica fuera de la indicación formal incluyen: paroxetina, sertralina, fluoxetina y citalopram. También la clomipramina, un antidepresivo de tipo tricíclico con acción serotoninérgica.¹⁴ En México, la paroxetina se estudió y registró con la indicación específica para tratamiento de la eyaculación precoz.¹⁶

El tratamiento a demanda se estudió ampliamente para la dapoxetina, medicamento aprobado en México para tratar la eyaculación precoz. A dosis de 30 y 60 mg mostró eficacia y razonable seguridad en los estudios clínicos. Además, existen reportes del uso de paroxetina y clomipramina a demanda, sobre todo después de un periodo de impregnación de algunas semanas.

El tratamiento con inhibidores de recaptura de serotonina en personas con trastornos de ansiedad o depresión incrementa los pensamientos suicidas. Esto no se ha observado en los estudios donde los pacientes no están deprimidos ni tienen trastornos de ansiedad y donde la indicación es para eyaculación precoz; sin embargo, se sugiere cuidado con esta posibilidad. Igualmente, la suspensión brusca de estos fármacos pueden producir síntomas por la supresión, que pueden llegar a ser molestos y que deben evitarse planeando una suspensión graduada del medicamento.

En la bibliografía hay reportes de la efectividad de los anestésicos aplicados localmente y del tramadol. Los primeros son preferidos por algunos médicos por la simplicidad de su manejo aunque hay que tener cuidado con la posibilidad de que la pareja reciba el anestésico y tenga efectos secundarios por ello. En general, los terapeutas sexuales no favorecen mucho este enfoque porque impide el desarrollo de las habilidades que se busca promover en la terapia sexual; a saber, la identificación de las sensaciones premonitorias del orgasmo-eyaculación.

El tramadol, por otro lado, es un analgésico potente que ha demostrado eficacia en algunos estudios publicados. La recomendación para su uso se ve limitada por el potencial adictivo que se reporta o se teme con esta alternativa terapéutica.¹⁴

Existe cierta controversia en relación con la indicación de los IPDE5 para la eyaculación precoz. Estos medicamentos están indicados en caso de algún grado de disfunción eréctil. Hay reportes que indican que la eyaculación precoz sin disfunción eréctil puede mejorar con el uso de IPDE5. Las recomendaciones actuales no incluyen este grupo de medicamentos.¹⁴

Por último, se han sugerido y usado los medicamentos administrados en forma de inyección intracavernosa de vasoactivos (igual que los que se indican para el tratamiento de disfunción eréctil) y el uso de técnicas de neuromodulación (con cirugía). Las recomendaciones internacionales actuales no incluyen estos tratamientos por la ausencia de suficiente investigación que asegure su eficacia y seguridad.¹⁴

El Cuadro 5 incluye los tratamientos farmacológicos para la eyaculación precoz reportados en la bibliografía.

La Figura 6 es de un árbol de decisiones clínicas para el síndrome de eyaculación precoz que propone el Comité de Estándares de la Sociedad Internacional de Medicina Sexual.¹⁷

Cuadro 5. Relación de fármacos usados para la eyaculación precoz con dosis, incrementos y efectos adversos

Fármaco	A demanda o uso diario	Dosis	Incremento en el tiempo de latencia (factor)	Efectos adversos
Dapoxetina	A demanda	30-60 mg	2.5-3	Nausea, diarrea, cefalea, mareo
Paroxetina	Diario	10-40 mg	8	Fatiga, bostezos, náusea, diarrea, sudoración, bajo deseo sexual y disfunción eréctil
Clomipramina	Diario	12.5-50 mg	6	
Flouxetina	Diario	20-40 mg	5	
Citalopram	Diario	20-40 mg	2	
Paroxetina	Diario 4 semanas y luego a demanda	10-40 mg	11.6	
Paroxetina	A demanda	10-40 mg	1.4	
Clomipramina	A demanda	12.5-50mg	4	
Terapias tópicas				
Lidocaína/prilocaína	A demanda	25 mg/gm de lidocaína y 35 mg/gm Prilocaina	4-6.3	Adormecimiento del pene, adormecimiento de genitales de la pareja, irritación cutánea, disfunción eréctil

CONCLUSIONES

La eyaculación precoz es una condición médica con varios subtipos. Para la optimización del tratamiento son necesarias la identificación del subtipo y de la misma condición. Dependiendo de los factores etiológicos identificados, la terapia incluye medidas de tipo psicológico, de reentrenamiento psicofisiológico, de terapia de pareja y, en ocasiones, de prescripción de fármacos solos o, idealmente, en combinación con las estrategias psicológicas.

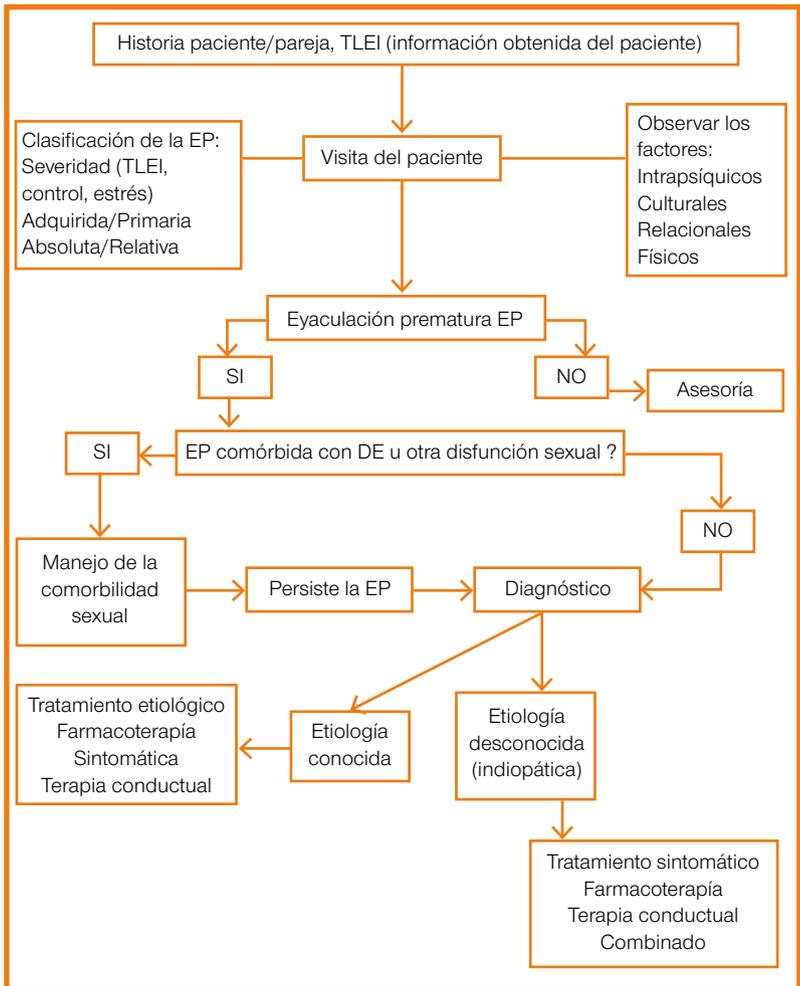
BAJO DESEO SEXUAL

DEFINICIÓN

El bajo deseo sexual es una condición caracterizada por la ausencia o disminución relativa del deseo o interés sexual experimentado por el paciente. La condición se define como:

*La disminución o ausencia del deseo o interés sexual, ausencia de pensamientos o fantasías sexuales y la ausencia de deseo en respuesta a la estimulación sexual. Las motivaciones (definidas como las razones o incentivos) para intentar excitarse están muy escasas o ausentes. Además, coexiste malestar personal o interpersonal, necesarios para el diagnóstico.*¹⁸

Figura 6. Árbol de decisiones para el tratamiento de la eyaculación precoz²²



El *Manual de Diagnóstico de Enfermedades Mentales (DSM5)*¹⁹ incluye en su clasificación una entidad denominada trastorno de deseo sexual hipoactivo masculino. Este trastorno se diagnostica cuando los criterios anotados en la definición anterior se encuentran con una persistencia de cuando menos seis meses y cuando no se encuentran otras explicaciones, como otro trastorno mental (por ejemplo, depresión) o médico (por ejemplo, deficiencia de testosterona).

El bajo deseo sexual puede ser adquirido o de por vida, puede ser generalizado o situacional.

Se reconocen tres componentes del deseo sexual: el apetito (biológico), la motivación (psicológico-interpersonal) y el componente cultural (lo socialmente deseable).²⁰

PREVALENCIA

La prevalencia de la queja de bajo deseo o interés sexual entre los hombres estadounidenses de entre 18 y 59 años de edad la estimó Laumann y colaboradores¹ en 15%. La frecuencia con la que se encontró en un estudio que incluyó participantes de 20 países, fluctuó entre 12.5 y 28%.²¹ Como puede verse, la frecuencia con la que se encuentra esta queja en la población general es comparable con la de otras disfunciones sexuales del varón (Figura 1).

ETIOLOGÍA

Una variedad de condiciones médicas puede ser la causa de la disminución del deseo sexual que llegue a conformar este diagnóstico sindrómico. El Cuadro 6 enlista las condiciones médicas y psicológicas que pueden ser causa de baja del deseo sexual.

Cuadro 6. Lista de factores médicos y psicológicos que pueden causar bajo deseo sexual²⁵

• Deficiencia androgénica	• Accidente cerebro-vascular
• Hiperprolactinemia	• Epilepsia
• Rabia y ansiedad	• Trastorno de estrés postraumático
• Depresión	• Insuficiencia renal
• Conflicto en la relación	• Enfermedad coronaria e insuficiencia cardíaca
• Envejecimiento	• Infección por VIH
• Consumo de anabólicos para fines de desarrollo muscular	• Trastornos de alimentación

EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA

El deseo sexual puede manifestarse directamente como apetito sexual o ganas de tener actividad sexual, pero en otras ocasiones la manifestación es indirecta y el clínico debe inferir la presencia, ausencia e intensidad del deseo sexual a partir de manifestaciones como la masturbación, intentos de iniciar actividad sexual o la receptividad a la misma, fantasías sexuales, atracción hacia otras personas o sensaciones genitales espontáneas. Debe tenerse cuidado con la confusión que algunos varones experimentan con la funcionalidad de la erección: el varón interpreta como falta de deseo la pérdida de la erección, pero tiene claras manifestaciones del deseo. Esta circunstancia es más o menos común en el varón con disfunción eréctil y no debe confundirse con el bajo deseo. La mayor parte de los datos necesarios deben obtenerse con un buen interrogatorio que busque los posibles factores etiológicos.

LABORATORIO

En el diagnóstico de bajo deseo sexual es indispensable la evaluación de las concentraciones de testosterona y prolactina séricas. El perfil tiroideo es también deseable para descartar problemas con ese eje hormonal. También es útil un perfil bioquímico básico y un hemograma que permiten evaluar el estado general del paciente.

TRATAMIENTO

El tratamiento del bajo deseo sexual debe orientarse a la eliminación o control de los factores etiológicos que se encuentren en la evaluación diagnóstica.

En la Figura 6 se muestra la secuencia de decisiones clínicas y hay que tomarlas en cuenta en el síndrome de bajo deseo sexual.

El tratamiento incluye el cambio de fármacos o ajuste de dosis si se encuentra en la investigación el consumo de algún fármaco o sustancia que puedan explicar el bajo deseo, o la implementación de estrategias terapéuticas específicas de acuerdo con las causas encontradas.

Tratamiento del bajo deseo secundario a deficiencia de testosterona

Cuando la evaluación resulte en la detección de bajas concentraciones de testosterona (casi siempre inferiores a 300 ng/dL, ver capítulo 14), y se trata de un varón sin intenciones de reproducirse, la reposición de testosterona restaura el deseo sexual. Se puede administrar en forma intramuscular como enantato de testosterona que requiere aplicaciones de 250 mg cada 15 días, o de udecanoato de testosterona que se administra a dosis de 1,000 mg cada 10 a 14 semanas.

Existen también preparados en forma de gel que se administran diariamente (50 mg diarios como dosis inicial). El tratamiento de restitución de testosterona requiere control de laboratorio para verificar las concentraciones de testosterona y control del hematocrito y antígeno prostático específico.

Tratamiento de la prolactina elevada

Si se detecta elevación de prolactina debe tratarse. Debe evaluarse la posibilidad de adenomas secretores de prolactina. Los microadenomas se tratan con agonistas de la dopamina, como bromocriptina y cabergolina.

Tratamiento de otros problemas endocrinos

El tratamiento de los problemas de hipotiroidismo es necesario si se detecta, lo mismo que el control de la diabetes mellitus, cuyo control mejora el deseo sexual. En los pacientes con diabetes es frecuente el hipogonadismo.

Tratamiento de los problemas depresivos y de ansiedad

Para la recuperación del deseo sexual es necesario el tratamiento de la comorbilidad psiquiátrica. El tratamiento ideal es la combinación de fármacos con psicoterapia. El tratamiento antidepresivo puede requerir la consideración de antidepresivos con menor repercusión en el deseo sexual, como la mirtazapina, bupropión, venlafaxina y duloxetina.

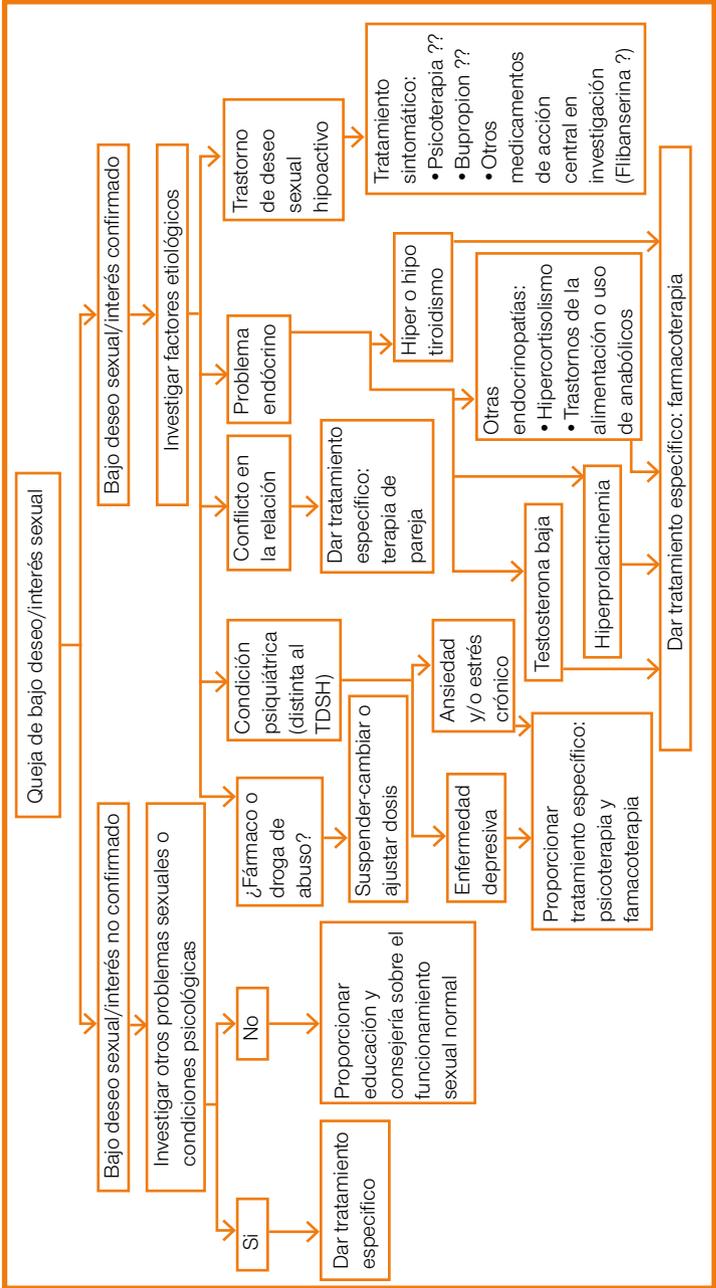
Tratamiento de los conflictos de pareja

Es necesario modificar los ambientes destructivos en la pareja que pueden determinar el bajo deseo sexual. Los conflictos leves pueden beneficiarse de intervenciones sencillas, como sugerir incrementar el tiempo dedicado a la interacción con la pareja. Los conflictos más severos requieren la referencia a tratamiento especializado psicoterapéutico.

Tratamiento del trastorno de deseo sexual hipoactivo

Cuando en ninguno de los rubros anteriores se identifican causas se diagnostica trastorno de deseo sexual hipoactivo masculino. La búsqueda de fármacos que mejoren el deseo sexual ha dado resultados poco satisfactorios. Hay evidencia del efecto positivo en el deseo sexual del bupropión, aunque la intensidad del efecto terapéutico es modesta. Las intervenciones psicoterapéuticas disminuyen a mediano plazo los síntomas con abordaje y trabajo psicológico de los procesos conscientes e inconscientes que bloquean el deseo sexual.

Figura 7. Árbol de decisiones para el tratamiento del bajo deseo sexual (modificado de Rubio y Bivalacqua 23).



CONCLUSIONES

El deseo sexual bajo es un síndrome que con frecuencia afecta a los hombres. Las causas de este síndrome incluyen consumo de fármacos o sustancias de abuso, deficiencia de testosterona, depresión o angustia, conflictos de pareja, variedad de trastornos endocrinológicos incluido el hipotiroidismo, y el trastorno de deseo sexual hipoactivo masculino. El tratamiento debe ser etiológicamente orientado.

EYACULACIÓN RETARDADA-ANEYACULACIÓN

Esta alteración se refiere al retraso o, de plano, a la ausencia de eyaculación. Lo común es que el retraso o la ausencia de orgasmo o eyaculación se retrasen o no se presenten. El conocimiento de esta disfunción sexual masculina es aún escaso y mucho menor en cantidad y calidad al acumulado en otras disfunciones sexuales, como la disfunción eréctil.

DEFINICIÓN

Se define como la dificultad, retraso o ausencia de la respuesta orgásmica después de un periodo de estimulación sexual adecuado.²

Se carece de criterios acordados de cuánto retraso es necesario para denominar a la eyaculación: retardada. Sin embargo, en vista de que la mayoría de los hombres eyaculan entre 4 y 10 minutos después de la penetración, en general, se sugiere que un tiempo de latencia mayor de 25 a 30 minutos representa un retraso; cuando hay malestar o el varón suspende la actividad sexual por fatiga o irritación, el diagnóstico está justificado.

El retraso o el fracaso en alcanzar la eyaculación puede ser crónico o adquirido, y de la misma forma que otras disfunciones sexuales, puede presentarse en forma global, intermitente o selectiva. Muchos hombres con esta condición pueden alcanzar el orgasmo-eyaculación mediante masturbación pero no con la estimulación de su pareja.

PREVALENCIA

Existe poca información acerca de la prevalencia de la eyaculación retardada. Algunos autores²² la estiman en no más de 3%. Sin embargo, en algunas poblaciones específicas de pacientes, el problema es de alta prevalencia, en particular entre quienes han sido operados de la próstata o entre los que consumen psicofármacos.

ETIOLOGÍA

La causa de la eyaculación retardada o la aneyaculación puede deberse a una variedad de condiciones psicológicas y médicas; el Cuadro 7 relaciona estas causas.

Cuadro 7. Causas de eyaculación retardada y aneyaculación²²

Psicogénica	Eyaculación Inhibida
Congénita	Quiste conducto Mulleriano Malformación conductos de Wolf Síndrome Prune Belly
Anatómicas	Resección transuretral de próstata Incisión del cuello de la vejiga
Neurogénicas	Neuropatía autonómica diabética Esclerosis múltiple Lesión de la médula espinal Prostatectomía radical simpatectomía bilateral Aneurismectomía aórtico abdominal Linfadenectomía para-aórtica
Infecciones	Uretritis Prostatitis
Endócrinas	Hipogonadismo Hipotiroidismo
Medicamentos	Alfametildopa, fenotiazidas, ATD, alcohol

EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA

La evaluación diagnóstica debe incluir: interrogatorio adecuado y evaluaciones de laboratorio. El interrogatorio incluye los antecedentes psicosexuales y médicos completos. EL algoritmo de la Figura 6 puede orientar el interrogatorio y las investigaciones a realizar. La identificación de factores infecciosos, inflamatorios es relevante.

LABORATORIO

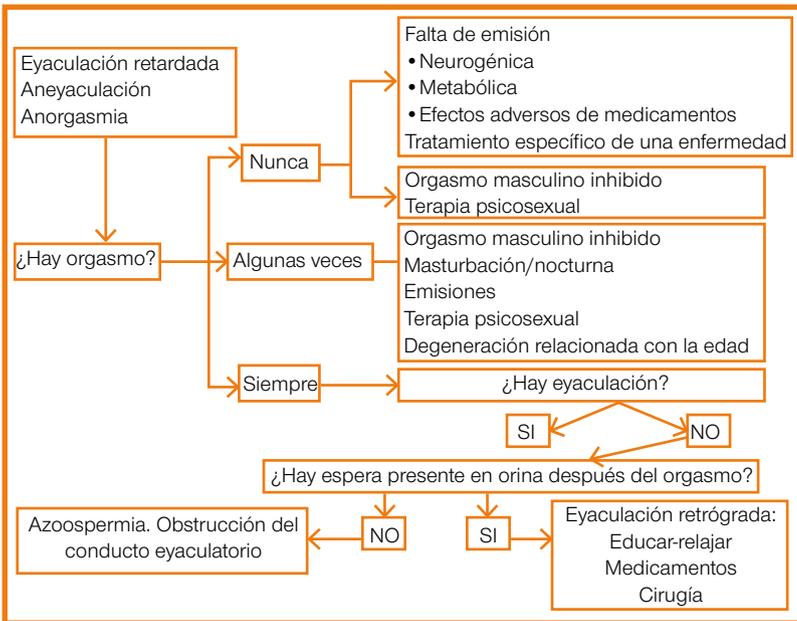
Es necesario verificar las concentraciones séricas de testosterona, prolactina y el perfil tiroideo completo. Si hay sensación orgásmica pero no eyaculación, habrá que descartar la posibilidad de eyaculación retrógrada por medio del examen del sedimento urinario después de un orgasmo.²²

TRATAMIENTO

El tratamiento debe dirigirse a la causa del problema. Cuando no se detecten causas orgánicas deben descartarse los problemas psicológicos y tratarse con terapia psicosexual dirigida al reacondicionamiento del reflejo de la eyaculación y, si es necesario, a la intervención en la interacción de la pareja.

La Figura 6 incluye un algoritmo que puede ayudar a tomar decisiones clínicas de evaluación y tratamiento.

Figura 6. Árbol de decisiones para el tratamiento la eyaculación retardada-anejaculación²²



CONCLUSIONES

La eyaculación retardada y la anejaculación afectan a una cantidad importante de varones, situaciones que pueden tener repercusiones importantes en la fertilidad, en la interacción con la pareja y, en general, en el bienestar del paciente. Es indispensable investigar detalladamente las causas porque de la identificación adecuada de éstas dependerá el éxito de las medidas terapéuticas.

REFERENCIAS

1. Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States: Prevalence and predictors. *JAMA* 1999;281:537-44.
2. Fulg. Meyer K, Lewis RW, Corona G., Hayes RD, Laumann EO, Moreira ED, Rellini AH y Seagraves T. Definitions, Classification and Epidemiology of Sexual Dysfunction. En F Montorsi, R Bason, G Adaihan, E Becher, A Clayton, F Guiliano, S Khoury, I Sharlip (Editors) *Sexual Medicine: Sexual Dysfunctions in Men and Women* -rd International Consultation of Sexual Medicine. Health Publications: Paris 2010.
3. Rubio-Aurioles E. Sexualidad y Salud Mental. En De la Fuente JR y Heinze G. *Salud Mental y Medicina Psicológica*. McGraw Hill, México 2011, después de la imagen original en Lue TF. *Erectile Dysfunction The New England Journal of Medicine* 2000;1802-181.
4. Kubin, M, Wagner G, Fugl-Meyer AR *Epidemiology of erectile dysfunction*. *International Journal of Impotence Research* (2003) 15, 63-71. doi:10.1038/sj.ijir.3900949.
5. Ugarte y Romano F, Aguirre JB. Prevalencia de disfunción eréctil en México y factores de riesgo asociados. *Rev Mex Urol* 2001;61:63-76.
6. Aguirre JB, Ugarte y Romano F, Pimentel ND. Prevalencia de disfunción eréctil en hombres de 18 a 40 años en México y factores de riesgo asociados. *Perinatol Reprod Hum* 2001;15: 254-261.
7. Lista modificada de <http://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/erectile-dysfunction/basics/causes/con-20034244> . Revisado el 8 de mayo de 2014, y completada con: Porst H, Burnett A, Brock G, Ghanem H, Giuliano F, Glina S, Hellstrom W, Martin-Morales A, Salonia A, Sharlip I, and the ISSM Standards Committee for Sexual Medicine. SOP conservative (medical and mechanical) treatment of erectile dysfunction. *J Sex Med* 2013;10:130-171.
8. Masters, W.H.; Johnson, V.E. (1970). *Human Sexual Inadequacy*. Little Brown, 1970.
9. Lista modificada después de <http://www.webmd.com/erectile-dysfunction/guide/ed-psychological-causes> revisada Mayo 11, 2014.
10. Ghanem HM, Salonia A, and Martin-Morales A. SOP: Physical examination and laboratory testing for men with erectile dysfunction. *J Sex Med* 2013;10:108-110.
11. Glina S, Sharlip ID, and Hellstrom WJG. Modifying risk factors to prevent and treat erectile dysfunction. *J Sex Med* 2013;10:115-19.
12. Porst H, Burnett A, Brock G, Ghanem H, Giuliano F, Glina S, Hellstrom W, Martin-Morales A, Salonia A, Sharlip I, and the ISSM Standards Committee for Sexual Medicine. SOP conservative (medical and mechanical) treatment of erectile dysfunction. *J Sex Med* 2013;10:130-171.
13. Levin RJ, Wagner G. Orgasm in women in the laboratory—quantitative studies on duration, intensity, latency, and vaginal blood flow. *Arch Sex Behav* 1985 Oct;14(5):439-49.
14. Althof, S E., McMahon C.G. Waldinger, M, Serefoglu E.C, Shindel A., Adaihan, G. Becher E., Dean, J. Guiiano, F., Hellstrom, W., Giraldi A., Glina S., Incorcci, L. Jannani, E., McCabe M., Parish, S., Rowland D., Seagraves, T. Sharlip I.m Torres LO, An Update of the International Society of Sexual Medicine's Guidelines for the Diagnosis and Treatment of Premature Ejaculation (PE). International Society for Sexual Medicine, 2014. Disponible en http://www.issm.info/images/uploads/PE_Guidelines_v12_FEB_2014.pdf consultado el 19 de mayo 2014.
15. Kaplan, HS., (1996). *La Nueva Terapia Sexual*. Tomo 1 y 2. Alianza Editorial. Buenos Aires.
16. Semans, J. "Premature ejaculation: a new approach", *South Med Journal*, 1956, 49(4):353-358.
17. Carufel F., Trudel G. Effects of a New Functional-Sexological Treatment for Premature Ejaculation. *Journal of Sex and Marital Therapy* 2006;32:97-114.

18. Oguxhanoglu NK, Ozdel O, Aybek Z. The Efficacy of Flouxetine and Stop-Start Technique in the Treatment of Premature Ejaculation and Anxiety. *Journal of Clinical Pharmacology* 2005;25:2.
19. McMahon C. Treatment of premature ejaculation with sertraline hydrochloride: a single-blind placebo controlled crossover study. *J Urol* 1998;159:1935-8.
20. Waldinger MD, Zwinderman AH, Schweitzer DH, Olivier B. Relevance of methodological design for the interpretation of efficacy of drug treatment of premature ejaculation: a systematic review and meta-analysis *International Journal of Impotence Research* 2004;16:369-381.
21. Rubio-Aurioles Eusebio, Jaspersen-Gastelum Jorge, Berber Arturo, López Luz María, Mora-Hernández José. Hemihidrato del clorhidrato de paroxetina para eyaculación precoz en la población mexicana: un ensayo clínico, multicéntrico y paralelo, para estudiar la eficacia y seguridad de dosis diaria de 15 mg y 20 mg de hemihidrato del clorhidrato de paroxetina en el tratamiento de la eyaculación precoz. *Rev Mex Urol* 2010;70(Suplemento 1):1-17.
22. McMahon CG, Jannini E, Waldinger M, and Rowland D. Standard operating procedures in the disorders of orgasm and ejaculation. *J Sex Med* 2013;10:204-229.
23. Rubio-Aurioles E and Bivalacqua TJ. Standard operational procedures for low sexual desire in men. *J Sex Med* 2013;10:94-107.
24. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5®)* American Psychiatric Association 2013
25. Levine SB. The nature of sexual desire: A clinician's perspective. *Arch Sex Behav* 2003;32:279-85.
26. Laumann EO, Nicolosi A, Glasser DB, Paik A, Ginge C, Moreira E, Wang T. Sexual problems among women and men aged 40-80 y: Prevalence and correlates identified in the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. *Int J Impot Res* 2005;17:39-57.
27. Meuleman EJ, Van Lankveld J. Hypoactive sexual desire disorder: An underestimated condition in men. *BJU Int* 2005; 95:201-96.
28. Perelman MA, Rowland DL. Retarded ejaculation. *World J Urol* 2006;24:645-652.

5

Deficiencia androgénica del envejecimiento masculino

EUSEBIO RUBIO AURIOLES

INTRODUCCIÓN

Los andrógenos, y en particular la testosterona, desempeñan un papel metabólico importante en el adulto, además de ser muy relevantes en los momentos del desarrollo y maduración sexual. La testosterona es responsable del mantenimiento del impulso sexual, la producción de espermatozoides, los caracteres sexuales secundarios (mantenimiento del vello púbico y corporal) pero, además, participa en el metabolismo general, en el mantenimiento la producción de células sanguíneas, la salud ósea, el metabolismo de las grasas corporales, de los carbohidratos y la función inmunológica.¹

El hipogonadismo de inicio tardío, como también se denomina esta condición, es un padecimiento con diferencias con el hipogonadismo clásicamente considerado. En el envejecimiento, las concentraciones de andrógenos bajan, aunque no en todos los hombres, y esta disminución se acompaña de síntomas en algunos, que no todos los hombres con andrógenos bajos.

Cuando las concentraciones de testosterona bajan, con frecuencia aparece de manera asociada obesidad, presión alta, síndrome metabólico, depresión y afectación del deseo sexual y, en ocasiones, del desempeño sexual. La identificación de esta condición es importante dada la variedad de impactos en el bienestar que puede tener. Revisaremos las manifestaciones clínicas de tipo físico y psicológico, los procedimientos para el diagnóstico y las medidas terapéuticas apropiadas.

DIAGNÓSTICO DE LA DEFICIENCIA ANDROGÉNICA DEL ENVEJECIMIENTO MASCULINO

El diagnóstico de deficiencia androgénica masculina del envejecimiento se establece cuando se conjuntan las manifestaciones clínicas con la corroboración en el laboratorio de las bajas concentraciones de testosterona. La conjunción de ambos criterios es importante porque los síntomas pueden tener otros orígenes que habrá que buscar si no se encuentran bajas concentraciones de testosterona y, el hallazgo de éstas (sobre todo las que con frecuencia se encuentran en la zona gris entre 150 y 400 ng/dL) que no se acompañan de manifestaciones clínicas no justifica el diagnóstico ni el tratamiento.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Los síntomas de la deficiencia androgénica masculina pueden ser variados. Los siguientes datos conforman el cortejo sintomático de la deficiencia androgénica en los hombres que se acercan a la vejez y están relacionados, según lo publicado en un reciente Consenso Latinoamericano de Deficiencia Androgénica en el Envejecimiento Masculino:¹

- **Disminución del deseo sexual y problemas con la erección:** hay una gran variedad de reportes científicos que vinculan a la testosterona con el funcionamiento sexual en el hombre.¹ En un estudio² realizado en hombres entre 50 y 86 años de edad se encontró que la disminución del deseo sexual se asocia con concentraciones sanguíneas inferiores a 430 ng/dL y la disfunción eréctil ocurre cuando las concentraciones bajan a 230 ng/dL, lo que indica que la variedad de síntomas asociados con la baja de testosterona aparecen en forma estratificada.
- **Aumento en la grasa corporal:** las concentraciones de testosterona se relacionan en forma inversa con la circunferencia abdominal, a mayor circunferencia abdominal menor concentración de testosterona.³
- **Pérdida de la masa muscular:** las bajas concentraciones de testosterona se relacionan con menor cantidad de masa magra (muscular) y menor fuerza en los hombres. Asociado con estos cambios pueden ocurrir dolores musculares y articulares y disminución en la movilidad.^{5,6}
- **Pérdida de la masa ósea:** la densidad mineral ósea parece ser una consecuencia de la disminución de las concentraciones de testosterona.⁴

- **Síntomas vegetativos:** los bochornos no son frecuentes en los hombres con deficiencia androgénica pero puede haberlos.
- **Síntomas psíquicos y cognitivos:** la queja frecuente es la reducción de la sensación de bienestar, falta de iniciativa y dificultades para concentrarse.
- **Disminución de la barba, vello axilar y corporal.** Se asocia claramente con hipogonadismo, aunque las concentraciones de testosterona deben ser muy bajas para que este dato aparezca.
- **Anemia:** la falla en la función de estimulación de producción de eritrocitos se manifiesta como anemia en los hombres con bajas concentraciones de testosterona. La manifestación clínica de la anemia puede ser la fatiga crónica y pérdida de energía.

INVESTIGACIÓN EN EL LABORATORIO

Para el diagnóstico de deficiencia androgénica masculina del envejecimiento se requieren los datos clínicos de los síntomas y corroborarlos con los reportes del laboratorio.

La forma correcta de medir la concentración de testosterona e interpretar los resultados de laboratorio requiere de un conocimiento mínimo del metabolismo de esta hormona. Los siguientes puntos deben tomarse en cuenta:

- La producción de testosterona tiene un ciclo circadiano, por lo que es necesario tomar la muestra por la mañana y antes de las 11 de la mañana, para poder hacer sentido de lo encontrado.
- Hay varios factores que pueden interferir con las concentraciones sanguíneas de testosterona: no se debe tomar si hay enfermedades agudas, o si se está consumiendo corticoides y opiáceos.
- La medición de testosterona total en sangre incluye proporciones de testosterona unida a proteínas, en particular la globulina transportadora de hormona sexual (SHBG, por sus siglas en inglés) y la albúmina. Cuando el valor de testosterona total se encuentra entre 150 ng/dL y 400 ng/dL es necesario calcular el valor de testosterona libre.
- Los ensayos de laboratorio que miden las concentraciones de testosterona libre con base en el radioinmunoensayo no son confiables porque muestran un nivel de variabilidad muy alto, se prefiere calcular la proporción de testosterona libre por medio de fórmulas bien establecidas (una de ellas muy utilizada se encuentra disponible en <http://www.is-sam.ch/freetesto.htm>)
- El valor de testosterona libre calculada por debajo de 7 ng/dL se considera debajo de lo normal.¹

- Se recomienda iniciar con una medición de testosterona total. Si ésta se encuentra por abajo de 400 ng/dL el primer paso es repetir la prueba y si el resultado es corroborado pero mayor a 150 ng/dL se recomienda calcular la testosterona libre midiendo en suero albúmina (casi siempre medida en un perfil bioquímico) y la globulina transportadora de hormona sexual para poder calcular la testosterona libre.
- Si se corroboran los valores bajos de testosterona y hay concordancia los síntomas debe considerarse el diagnóstico y la posibilidad de tratamiento.

TRATAMIENTO DE LA DEFICIENCIA ANDROGÉNICA DEL ENVEJECIMIENTO MASCULINO

Cuando hay certeza de estar frente al diagnóstico de deficiencia androgénica del envejecimiento masculino, es pertinente considerar la opción con sustitución de testosterona.

La forma de administración de la testosterona puede ser por vía intramuscular o transdérmica. Se prefieren las formas de administración que mantengan concentraciones fisiológicas de la hormona en sangre. Las formas de administración oral no se recomiendan por el potencial de toxicidad hepática.¹

En la actualidad, en México se dispone de presentaciones: intramuscular, oral y transdérmica para aplicación en gel. Existen otras formulaciones que, a la fecha de este escrito, no estaban disponibles en México pero que se incluyen en el Cuadro 1 basado en los informes de una revisión reciente por Corona y colaboradores.⁵ En el Cuadro 1 se incluye la vida media de cada formulación, la dosis, vía y frecuencia de administración.

La decisión de la vía de administración requiere que tanto el médico como el paciente conozcan las particularidades de cada una. Las formulaciones que permiten sostener concentraciones fisiológicas son preferidas a las que provocan picos supra-fisiológicos y bajadas en la concentraciones de testosterona. La preferencia del paciente por un tratamiento que implique inyecciones cada 10 a 12 semanas o un tratamiento que implique administración diaria debe también tomarse en cuenta en la decisión.

En todos los casos el tratamiento debe ajustarse a la respuesta clínica y de laboratorio. Después de iniciado debe realizarse una medición de control de testosterona que se realizará dependiendo de la forma de administración. En el caso de administración diaria se recomienda una medición a los 30 días de iniciado, y en el caso de la administración intramuscular, justo antes de que la siguiente administración se haga necesaria.

Cuadro 1. Formulaciones de testosterona con sus características principales (Continúa en la siguiente página)

Formulación	Estructura química	Vida media	Dosis estándar	Ventajas	Desventajas
Agentes orales					
Undecanato de testosterona	17- α -hidroxil-ester	4 horas	120–240 mg 2–3 veces al día	<ul style="list-style-type: none"> • Administración oral • Dosis modificable 	<ul style="list-style-type: none"> • Los niveles de testosterona y la respuesta clínica varían • Debe ser tomado con alimentos
Metiltestosterona	17- α -alquilado	3.5 horas	20–50 mg 2–3 veces al día	<ul style="list-style-type: none"> • Administración Oral • Dosis modificable 	<ul style="list-style-type: none"> • Hepatotoxicidad potencial • Tratamiento considerado obsoleto
Mesterolona	1- α -alilado	8 horas	100–150 mg 2–3 veces al día	<ul style="list-style-type: none"> • Administración Oral • Dosis modificable 	<ul style="list-style-type: none"> • No se aromatiza a estrógeno
Agentes intramusculares					
Enantato de testosterona	17- α -hidroxil-ester	4–5 días	250 mg cada 2–3 semanas	<ul style="list-style-type: none"> • Bajo costo 	<ul style="list-style-type: none"> • Amplia fluctuación en las concentraciones de testosterona circulante • Múltiples inyecciones • Riesgo relativo de policitemia
Cipionato de testosterona	17- α -hidroxil-ester	8 días	200 mg cada 2–3 semanas	<ul style="list-style-type: none"> • Bajo costo 	<ul style="list-style-type: none"> • Amplia fluctuación en las concentraciones de testosterona circulante • Múltiples inyecciones • Riesgo relativo de policitemia

Cuadro 1. Formulaciones de testosterona con sus características principales (Continúa en la siguiente página)

Formulación	Estructura química	Vida media	Dosis estándar	Ventajas	Desventajas
Propionato de testosterona	17- α -hidroxil-ester	20 horas	100 mg cada 2 días	<ul style="list-style-type: none"> Bajo costo 	<ul style="list-style-type: none"> Amplia fluctuación en las concentraciones de testosterona circulante Múltiples inyecciones Riesgo relativo de policitemia
Undecanoato de testosterona en solución oleosa	17- α -hidroxil-ester	34 días	1,000 mg cada 10–14 semanas	<ul style="list-style-type: none"> Los niveles de testosterona se mantienen en rango normal Larga duración Administración menos frecuente 	<ul style="list-style-type: none"> Dolor en el sitio de inyección
Agentes subcutáneos					
Implantes quirúrgicos de testosterona	Testosterona	—	De 4–6 200 mg implantes con duración de 6 meses	<ul style="list-style-type: none"> Tratamiento solo dos veces al año 	<ul style="list-style-type: none"> Se requiere cirugía para su colocación Riesgo de expulsión e infección
Formulaciones bucales de liberación controlada					
Testosterona bucal	Testosterona	12 horas	30 mg 2 veces al día	<ul style="list-style-type: none"> Niveles de testosterona en rango fisiológico 	<ul style="list-style-type: none"> Posible irritación oral Dosis dos veces al día Sabor desagradable

Cuadro 1. Formulaciones de testosterona con sus características principales (Continuación)

Formulación	Estructura química	Vida media	Dosis estándar	Ventajas	Desventajas
Agentes transdérmicos					
Parches de testosterona	Testosterona	10 horas	5–10 mg/día	<ul style="list-style-type: none"> • Imita el ritmo circadiano • Administración simple 	<ul style="list-style-type: none"> • Irritación en la piel • Administración diaria
Gel de testosterona 1–2%	Testosterona	6 horas	5–10 g/día	<ul style="list-style-type: none"> • Niveles de testosterona mantenidos en el rango normal. • Dosis flexible • Menor irritación cutánea que los parches 	<ul style="list-style-type: none"> • Posible transferencia durante el contacto íntimo • Administración diaria
Testosterona axilar en solución al 2%	Testosterona	NA	60–120 mg/día	<ul style="list-style-type: none"> • Niveles de testosterona mantenidos en niveles fisiológicos 	<ul style="list-style-type: none"> • Posible transferencia durante el contacto íntimo • Administración diaria

CONTROLES ADICIONALES DURANTE EL TRATAMIENTO

Además de verificar que la dosis o frecuencia, o ambas, de administración sea la correcta, se recomienda vigilar el tratamiento a los 3, 6 y 12 meses del inicio y, posteriormente, una vez por año, la vigilancia debe incluir:

- Concentraciones de testosterona total
- Antígeno prostático específico
- Hematócrito
- Pruebas de función hepática
- Tacto rectal

La elevación del hematócrito por encima de 54% justifica el ajuste o suspensión del tratamiento, lo mismo que la elevación del antígeno prostático por arriba de 0.5 ng por año, en cuyo caso habrá que hacer una evaluación detallada de la razón de la elevación.

CUÁNDO NO DEBE INICIARSE EL TRATAMIENTO DE REPOSICIÓN DE TESTOSTERONA

La identificación de la condición de deficiencia androgénica en el hombre que está envejeciendo debe hacer que el clínico considere la reposición hormonal como posible tratamiento. Si bien la sustitución hormonal tiene muchos beneficios que serán revisados adelante, antes de iniciarla es necesario tener en cuenta sus implicaciones y contraindicaciones.

Deben tenerse en cuenta las siguientes situaciones:

- **Policitemia-eritrocitosis:** la terapia de sustitución hormonal con testosterona estimula la producción de eritrocitos por lo que no debe iniciarse si la medición de hematócrito inicial es igual o mayor a 54%. La hiperviscosidad de la sangre puede facilitar la trombosis arterial y venosa, infarto de miocardio y accidente cerebrovascular.⁶
- **Hipertensión arterial severa o insuficiencia cardíaca:** el tratamiento con testosterona reduce la excreción de sodio y aumenta el volumen extracelular que quizá favorezca la retención de líquidos y edema, que pueden constituirse en un riesgo para el paciente con hipertensión arterial severa o insuficiencia cardíaca.¹
- **Hiperplasia prostática benigna. Síntomas las vías urinarias bajas:** los síntomas obstructivos severos de las vías urinarias inferiores deben tratarse antes de considerar el inicio del tratamiento de sustitución de testosterona. Cuando disminuyan con el tratamiento apropiado es posible considerar la terapia sustitutiva de testosterona porque no existe

evidencia de empeoramiento de los síntomas urinarios o de retención aguda de orina.⁷

- **Apnea de sueño:** se recomienda que los pacientes con apnea del sueño sean tratados por este problema antes de iniciar la terapia de sustitución con testosterona.¹
- **Deseo de fertilidad:** la administración de testosterona puede producir supresión del eje hipotálamo-hipófisis-gonadal e infertilidad. Si el paciente tiene deseos de conservar su fertilidad deben considerarse tratamientos alternativos.
- **Cáncer de mama:** el diagnóstico presuntivo o confirmado de cáncer de mama en el hombre es una contraindicación formal de la terapia de sustitución con testosterona.
- **Cáncer de próstata:** la terapia de sustitución hormonal puede estimular el crecimiento del cáncer prostático por lo que su coexistencia es una contraindicación formal.
- **Cáncer hepático:** ya sea antecedente o presente se considera una contraindicación formal.

BENEFICIOS DE LA TERAPIA DE SUSTITUCIÓN HORMONAL CON TESTOSTERONA

La bibliografía internacional señala que el tratamiento con sustitución de testosterona, cuando se demuestra el diagnóstico, se traduce en beneficios en varias áreas de la salud (para una revisión más detallada de las fuentes de la bibliografía de la lista siguiente consultar)¹:

- La función sexual mejora, medida en erecciones matutinas, función eréctil, frecuencia coital, motivación sexual, satisfacción sexual, frecuencia de pensamientos sexuales. Es pertinente anotar que estos beneficios no se observan en los varones que tenían concentraciones normales de testosterona al inicio.⁸
- Cuando hay deficiencia de testosterona y fallas en el tratamiento de la disfunción eréctil con inhibidores de la fosfodiesterasa 5, el tratamiento con testosterona puede mejorar la respuesta.⁹
- El tratamiento sustitutivo con testosterona mejora la fuerza muscular cuando hay deficiencia androgénica.
- El tratamiento reduce la grasa corporal y aumenta la masa corporal magra.
- El tratamiento mejora la densidad ósea de la columna vertebral.
- El tratamiento con testosterona puede ser importante en la prevención de fracturas.
- El tratamiento con testosterona mejora varios parámetros relacionados con el síndrome metabólico.

CONCLUSIONES

La deficiencia androgénica del envejecimiento masculino ocurre en algunos varones y amerita su identificación y tratamiento. Si bien el conjunto de síntomas está bien conocido, es necesario corroborar con el laboratorio las bajas concentraciones de testosterona. Esto es un aspecto importante porque algunas otras condiciones clínicas diferentes a la baja testosterona pueden dar las mismas manifestaciones clínicas.

Debe tenerse cuidado al iniciar el tratamiento de sustitución de testosterona de explicar al paciente las características de este tratamiento y contemplar la intervención terapéutica a largo plazo. Además, es necesario realizar controles de laboratorio y clínicos para asegurar que el tratamiento está siendo efectivo y que los eventos adversos estén bajo control.

Los beneficios del tratamiento de sustitución de testosterona son amplios, pero se hacen evidentes cuando de hecho se trata de varones con deficiencia confirmada de andrógenos.

REFERENCIAS

1. Becher E, Torres LO, Giina S (coordinadores). Consenso Latinoamericano sobre DAEM. Sociedad Latinoamericana de Medicina Sexual. Sao Paulo: Planmark, 2013.
2. Traish AM, Goldstein I, Kim NN. Testosterone and erectile function: from basic research to a new clinical paradigm for managing men with androgen insufficiency and erectile dysfunction. *Eur Urol* 2007;52:54-70.
3. Zitzmann M, Faber S, Nieschlag E. Association of Specific Symptoms and Metabolic Risks with Serum Testosterone in Older Men. *J Clin Endocrinol Metab* 2006;91:4335-4343
4. Svartberg J. Epidemiology: testosterone and the metabolic syndrome. *Int J Impot Res* 2007;19:124-128.
5. van den Beld AW, de Jong FH, Grobbee DE, Pols HA, Lamberts SW. Measures of bioavailable serum testosterone and estradiol and their relationships with muscle strength, bone density, and body composition in elderly men. *J Clin Endocrinol Metab* 2000;85:3276-82.
6. Schaap LA, Pluijm SM, Smith JH, van Schoor NM, Visser M, Gooren LJ, et al. The association of sex hormone levels with poor mobility, low muscle strength and incidence of falls among older men and women. *Clin Endocrinol* 2005;63:152-60.+
7. Khosla S, Melton LJ, 3rd, Atkinson EJ, O'Fallon WM. Relationship of serum sex steroid levels to longitudinal changes in bone density in young versus elderly men. *J Clin Endocrinol Metab* 2001;86:3555-61.
8. Corona G, Rastrelli G, Forti G, and Maggi M. Update in testosterone therapy for men. *J Sex Med* 2011;8:639-654.
9. Krauss DJ, Taub HA, Lantinga LJ, Dunsky MH, Kelly CM. Risks of blood volume changes in hypogonadal men treated with testosterone enanthate for erectile impotence. *J Urol* 1991;146:1566-70.
10. Calof OM, Singh AB, Lee ML, Kenny AM, Urban RJ, Tenover JL, Bhasin S. Adverse events associated with testosterone replacement in middle-aged and older men: A meta-analysis of randomized, placebo-controlled trial. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2005;60:1451-7.

11. Isidori AM, Giannetta E, Gianfrilli D, Greco EA, Bonifacio V, Aversa A, Isidori A, Fabbri A, Lenzi A. Effects of testosterone on sexual function in men: results of a meta-analysis. *Clin Endocrinol (Oxf)* 2005 Oct;63(4):381-94.
12. Buvat J, Montorsi F, Maggi M, Porst H, Kaipia A, Colson MH, Cuzin B, Moncada I, Martin-Morales A, Yassin A, Meuleman E, Eardley I, Dean JD, and Shabsigh R. Hypogonadal men nonresponders to the PDE5 inhibitor tadalafil benefit from normalization of testosterone levels with a 1% hydroalcoholic testosterone gel in the treatment of erectile dysfunction (TADTEST study). *J Sex Med* 2011;8:284-293.

6

Enfermedades crónicas y vida sexual

HORACIO RENÉ SÁNCHEZ

INTRODUCCIÓN

Hasta hace unos años, las enfermedades crónico-degenerativas solo eran vistas desde la perspectiva estrictamente médica y no se las relacionaba con los posibles efectos que podrían tener en la vida y el desempeño sexual de las personas con alguno o varios de estos padecimientos.

Con el paso del tiempo y el advenimiento de medicamentos específicos para la disfunción eréctil (inhibidores de la fosfodiesterasa 5) se abrieron los espacios y la posibilidad de conocer y divulgar, por cierto no suficientemente, los efectos de este tipo de enfermedades en la sexualidad de los pacientes. Por lo anterior, en este texto se abordarán algunos de los padecimientos crónico-degenerativos más frecuentes y su influencia como factor de riesgo de disfunción sexual.

DIABETES MELLITUS

La diabetes mellitus es un serio problema de salud pública por su alta incidencia y prevalencia. Esta enfermedad es un síndrome doble (Horacio Jinich) por sus componentes metabólico y vascular. El primero se caracteriza por la elevación de la glucosa sanguínea y por alteraciones del metabolismo de los lípidos y

proteínas ocasionadas por la deficiencia relativa o absoluta de insulina. El componente vascular consiste en una microangiopatía que afecta, preferentemente, a la retina y los riñones, aterosclerosis prematura y acelerada, y también puede afectar al resto del aparato vascular y, agregado a esto, las complicaciones también incluyen daño a los nervios periféricos y autonómicos.

La disfunción sexual relacionada con esta endocrinopatía incluye cambios fisiopatológicos que van desde cambios psicológicos, secreción de andrógenos, función de las células endoteliales y actividad de los nervios periféricos y del músculo liso. Estos últimos factores guardan una estrecha relación entre las complicaciones a largo plazo y la disfunción sexual en mujeres y hombres.

La relación entre la edad, tiempo de evolución de la diabetes y complicaciones a largo plazo no pueden predecir las disfunciones en la mujer, como sí lo hacen en el hombre. Investigaciones en torno a la disfunción eréctil en hombres diabéticos relacionan la función del GMP cíclico y el óxido nítrico, donde las concentraciones de este último se asocian con disfunción.

Para que haya una erección es necesario, primero, la integridad de los órganos involucrados, adecuado flujo sanguíneo que llegue a los cuerpos cavernosos, hecho que depende de la presión sanguínea y apropiada relajación del árbol arterial y del músculo liso de los cuerpos cavernosos. Estas acciones están influidas por la activación de la ruta dilatadora del óxido nítrico-monofosfato de guanosina cíclico (GMPc). Las dos principales fuentes de óxido nítrico en el pene son los nervios adrenérgicos y no colinérgicos, y el endotelio que recubre las arterias del pene y los senos cavernosos. El óxido nítrico se difunde hacia las células musculares lisas, aumenta la formación de GMPc, que actúa como segundo mensajero. El GMPc que se acumula, se degrada por la fosfodiesterasa (PDE), y la fosfodiesterasa-5 es la isoforma predominante de esta enzima en el cuerpo cavernoso. Los inhibidores farmacológicos de la fosfodiesterasa-5 pueden reducir esta destrucción de GMPc para aumentar la erección del pene.¹ Estudios realizados con microscopía electrónica también ponen en evidencia el aumento del depósito de colágeno endotelial en el tejido de estos cuerpos y adelgazamiento de la lámina basal. Diversos estudios efectuados en pacientes con diabetes mellitus muestran una prevalencia de disfunción sexual de 27% en mujeres y 22% en hombres; en estos últimos son los predictores más importantes: mayor edad y las complicaciones de la misma diabetes, mientras que en las mujeres se relaciona con depresión, como padecimiento comórbido.

Un estudio realizado en Cuba refiere que la prevalencia de disfunción eréctil en diabéticos es de entre 20 y 80%, con variaciones según la edad de los pacientes. En sujetos de 20 a 29 años la prevalencia es de 9%, y aumenta a 90% en personas mayores de 70 años.² La edad, el control de la glucemia, la coexistencia de otros padecimientos, como hipertensión, coronariopatías, neuropatía y reti-

nopatía diabética son factores de riesgo independientes de la disfunción eréctil, aunque algunos autores consideran al control glucémico un predictor de esta disfunción en hombres con diabetes mellitus, además de considerarse que la gravedad de la disfunción eréctil se asocia con incremento de las concentraciones de hemoglobina glucosilada, según un estudio de 2006.³ Respecto de las mujeres existen pocos estudios de los efectos de la diabetes su función sexual. Sin embargo, considerando la lubricación vaginal y la tumescencia clitorídea y vulvar como un equivalente de la erección y que forman parte de la fase de excitación de la repuesta sexual, no es aquí donde hay alguna alteración, sino que es la baja de defensas la que hace factibles las infecciones vaginales y alteraciones en la lubricación vaginal, que propician dolor y, en consecuencia, disminución del deseo sexual. Además, esto último influido por el golpe psicológico que significa este tipo de enfermedad y el efecto emocional en la autoestima y la posible aparición de disfunción en la pareja.

En un estudio realizado en Brasil en 1,219 mujeres con diabetes mellitus se reportó que 49% de ellas, es decir, casi la mitad, tenía, al menos, una disfunción sexual; la baja del deseo sexual fue de 26.7%, dispareunia 23.1% y anorgasmia 21%.⁴ Dos padecimientos más que están ligados íntimamente con la diabetes mellitus como factores predisponentes de disfunción sexual, son la hipertensión arterial y las dislipidemias.

HIPERTENSIÓN ARTERIAL

La hipertensión arterial, como problema cardiovascular, puede llegar a tener efectos en la vida sexual de quienes la padecen. Diversos autores mencionados en la revisión de la SVMFYC (Sociedad Valenciana de Medicina Familiar y Comunitaria),⁵ comprobaron el incremento significativo de disfunción eréctil en varones hipertensos en Dinamarca, España y Estados Unidos. En Latinoamérica aún no hay suficiente evidencia clínica de su repercusión; sin embargo, sí pueden considerarse tres aspectos de la hipertensión arterial como factores que predisponen a una disfunción sexual: 1) el efecto directo de la enfermedad en la función sexual; 2) el consumo de fármacos antihipertensivos y su efecto en la función sexual y 3) las secuelas psicológicas de la enfermedad.

Respecto a la repercusión de la enfermedad hay una alteración del flujo sanguíneo y su efecto en la dinámica vascular necesaria para que suceda la erección y el daño vascular ocasionado por la misma hipertensión.

En el aspecto psicológico, la influencia de saberse hipertenso provoca en quien la padece temor a que sobrevenga una crisis hipertensiva fatal durante la actividad sexual y si además se padece angina de pecho el riesgo se incrementa, aunque la muerte súbita por actividad sexual en hipertensos tiene índices muy bajos.

La asociación de disfunción eréctil con cardiopatía isquémica y enfermedad vascular periférica puede entenderse como signo de daño orgánico en pacientes hipertensos e, incluso, tomarse como factor predictivo y utilizarse como ayuda en el cálculo de riesgo cardiovascular de los varones hipertensos.

Por lo que hace al efecto de los medicamentos antihipertensivos, existen controversias en cuanto a si afectan o no la función sexual, porque se reportan pequeñas diferencias entre la alteración por placebos y antihipertensivos. Por ejemplo, los estudios recientes refieren que el losartan y los antagonistas de la angiotensina II no tienen una vinculación típica con la disfunción sexual sino, por el contrario, pueden influir positivamente al mejorar la función eréctil, incrementar la satisfacción sexual y la frecuencia de la actividad sexual.

Otro estudio reporta menor efecto del valsartan y carvedilol en la función sexual, en la que el primero no sólo no empeora significativamente la función sexual sino que la mejora, no así el carvedilol, que sí lleva a un empeoramiento crónico.⁶ Y, como en muchas otras áreas de la sexualidad femenina, los efectos de la hipertensión son un tema inexplorado por lo que se hace necesario que los clínicos también nos enfoquemos en este aspecto para poder conocer cuáles son los posibles efectos que pueden sobrevenir en la vida sexual de las mujeres hipertensas.

Es muy importante que el médico no sexólogo conozca la repercusión de la hipertensión en la vida sexual de los pacientes de uno y otro sexo.

DISLIPIDEMIAS

Las dislipidemias son un conjunto de enfermedades, casi siempre asintomáticas, que se caracterizan por concentraciones anormales de lipoproteínas sanguíneas. La concentración del perfil sérico de lípidos, en sus diferentes fracciones lipoproteicas, implica incremento del riesgo de enfermedad cardiovascular como principal causa de mortalidad, además de la lesión orgánica funcional pancreática y por depósito en otros órganos, de acuerdo con la severidad y cronicidad. Las dislipidemias son el mayor factor de riesgo de enfermedad cardiovascular más frecuente, en especial coronaria, pero que es modificable. Son una causa frecuente de pancreatitis y alguna de ellas se asocia con mayor incidencia de diabetes mellitus y enfermedades crónico-degenerativas. De hecho, en una revisión global de salud debe evaluarse el perfil lipídico.⁷ Estos padecimientos se manifiestan por alteración del metabolismo de las grasas, específicamente del colesterol de alta densidad (cHDL), colesterol de baja densidad (cLDL) y los triglicéridos. Estudios realizados en modelos animales (ratas) de manera conjunta en las universidades de Inha, Corea y Singapur, llevó a los autores de esos estudios a concluir que el colesterol en el primero, y los triglicéridos en el segundo estudio, tienen gran efecto en la disfunción eréctil.

De nuevo, en esta área no hay estudios que refieran los efectos de las dislipidemias en la función sexual femenina. Los tres padecimientos mencionados tienen un eje común en los efectos en la sexualidad en hombres y mujeres.

Las tres enfermedades van unidas porque sus complicaciones, en general, se manifestarán en afectaciones circulatorias en la microcirculación, disminución de la presión y flujo sanguíneo y aterosclerosis o, bien, por formación de placas de ateroma en la luz de los vasos que en el varón pueden originar disfunción eréctil y, en la mujer, si bien no hay suficientes estudios por la fisiopatología de los padecimientos, se pueden presentar sequedad vaginal y dolor al coito (dispareunia) que llevara, a uno y otro, a un efecto psicológico negativo ante una disfunción sexual inicial y a la posible disminución del deseo sexual (deseo sexual hipoactivo). Puesto que los efectos indeseables de estos tres padecimientos son comunes, el abordaje para establecer el diagnóstico y tratamiento también tiene algo en común.

Cómo establecer el diagnóstico de una disfunción sexual cuando coexisten diabetes mellitus, hipertensión arterial o dislipidemia

Sobre todo con la historia clínica y semiología médica correspondiente e interrogatorio de la vida sexual.

Antecedentes sexuales. Los antecedentes sexuales pueden incluir información relativa a las relaciones sexuales actuales y anteriores, estado emocional actual, inicio y duración del problema de erección, consultas y tratamientos previos. Debe hacerse una descripción detallada de la rigidez y duración de las erecciones eróticas y matutinas y de los problemas de excitación, eyaculación y orgasmo.

Algunos cuestionarios validados, como el índice internacional de la función eréctil (IIEF), ayudan a evaluar todos los dominios de la función sexual (función eréctil y orgásmica, deseo sexual, eyaculación, coito y satisfacción global).

A todos los pacientes debe hacerse una exploración física centrada en los sistemas genitourinario, endocrino, vascular y neurológico. La exploración física puede revelar diagnósticos no sospechados, como enfermedad de Peyronie, hipertrofia o cáncer de próstata o signos y síntomas indicativos de hipogonadismo (testículos pequeños, alteraciones de los caracteres sexuales secundarios, disminución del deseo sexual y alteraciones del estado de ánimo). En todo paciente mayor de 50 años debe realizarse un tacto rectal. La presión arterial y la frecuencia cardíaca deben medirse en caso de no haberse evaluado en los 3-6 meses precedentes. Ha de ofrecerse especial atención a los pacientes con enfermedades cardiovasculares.

Los estudios de laboratorio y gabinete deberán adaptarse a los síntomas y factores de riesgo de cada paciente.

Al inicio es necesario un estudio sanguíneo con perfil bioquímico (glucemia en ayuno, hemoglobina glucosilada (HbA1c) y perfil lipídico). Después: estudios hormonales, como testosterona que, cuando las cifras son anormalmente bajas deberán solicitarse: FSH, LH, prolactina, TSH y T4 para descartar hipogonadismo. Otro estudio analítico indicado en determinados pacientes es el antígeno prostático específico para detección de carcinoma de próstata.

Otros estudios especializados son: tumescencia y rigidez peneanas nocturnas (TRPN) con Rigiscan®, estudios vasculares, como la inyección intracavernosa de un medicamento vasoactivo; ecografía dúplex de las arterias cavernosas, cavernosometría o cavernosografía con infusión dinámica (CCID), arteriografía pudenda interna. También harán falta estudios neurológicos, como: latencia del reflejo bulbocavernoso o de la conducción nerviosa y endocrinológicos. Algunos no están disponibles en nuestro medio y cuando los hay son poco accesibles por su costo.

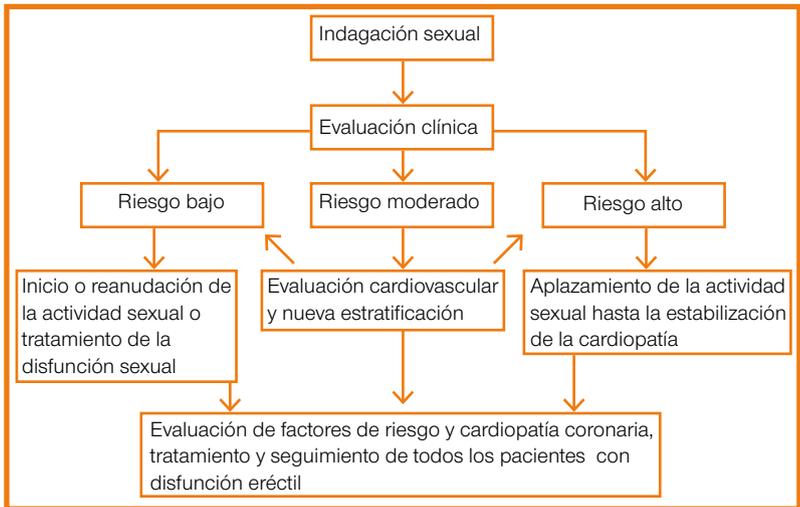
El tratamiento médico debe sustentarse, en primera instancia, en el control de padecimiento base. Y en el sexológico, en varones será fundamentalmente el mismo que en pacientes sin ninguno de estos padecimientos pero con disfunción eréctil, que es el problema más frecuente por lo que al manifestarse las acciones a seguir son las mismas cuando coexiste diabetes mellitus, hipertensión arterial y dislipidemia.

Desde hace algunos años se buscan alternativas para tratar la disfunción eréctil, como las de acción local como alprostadil (inyección intrapeneana), y los de acción general, como la fenoxibenzmina, apomorfina y fentolamina. También pueden indicarse dispositivos de vacío, como métodos no invasivos. Por lo que hace al tratamiento quirúrgico se utilizan los implantes peneanos, que cada día se perfeccionan más, como el dispositivo inflable, que solo tiene como inconveniente su alto costo. Para cada caso debe realizarse una adecuada valoración del tratamiento a prescribir. Con el advenimiento de los PDE-5 el panorama ha cambiado radical y sustancialmente porque se trata de métodos no invasivos de alto grado de eficacia y de los que actualmente existen tres presentaciones comerciales. Su inconveniente es el costo.

El algoritmo de la Figura 1 es del tratamiento para la disfunción eréctil recomendado por la Asociación Europea de Urología para determinar el nivel de actividad sexual con arreglo al riesgo cardíaco en la disfunción eréctil.⁸

En el caso de las mujeres con diabetes, hipertensión o dislipidemia no existen estudios suficientes para tratar una disfunción sexual, por eso es deseable recabar mayor información de síntomas sexuales. El tratamiento fundamental se dirige al alivio de la resequedad vaginal con lubricantes a base de agua, a las infecciones vaginales y a ampliar la gama de formas de disfrutar su actividad sexual, adaptándose a las limitaciones propias de su padecimiento.

Figura 1.



INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

En el año 2002 la National Kidney Foundation de Estados Unidos, en las guías K/DOQI, definió a la insuficiencia renal crónica como el daño renal con una duración igual o mayor a tres meses, caracterizado por anomalías estructurales o funcionales, con o sin descenso de la tasa de filtración glomerular (TFG) a menos de 60 mL/min/1.73 m² (K/DOQI, 2002). La insuficiencia renal crónica es un proceso fisiopatológico multifactorial, de carácter progresivo e irreversible que, con frecuencia, lleva a un estado terminal en el que el paciente requiere diálisis o trasplante para poder vivir.⁹

Las causas de la insuficiencia renal crónica pueden agruparse en enfermedades vasculares, glomerulares, túbulo intersticiales y uropatías obstructivas. En México, en la actualidad, la etiología más frecuente es la diabetes mellitus, que es responsable de 50% de los casos de enfermedad renal (USRDS), seguida por la hipertensión arterial y las glomerulonefritis. La enfermedad renal poliquística es la principal enfermedad congénita que causa insuficiencia renal crónica.¹⁰

En México, la insuficiencia renal crónica es una enfermedad catastrófica y no se cuenta con una base electrónica que permita conocer con precisión las características de los pacientes en programas de diálisis.

En un estudio retrospectivo de pacientes prevalentes, en programas de diálisis de las unidades médicas de segundo nivel de atención del Instituto Mexicano del Seguro Social, se incluyeron 31,712 pacientes de 127 hospitales generales, 20,702 de diálisis peritoneal y 11,010 de hemodiálisis. El promedio de edad fue 60 (con límites de 10 y 84) años. Las causas de la insuficiencia renal crónica fueron: diabetes mellitus 48.5%, hipertensión arterial 19%, glomerulopatías crónicas 12.7% y otras 19.8%. La principal causa de morbilidad en diálisis peritoneal fue la peritonitis y en hemodiálisis síndrome anémico e infección del acceso vascular. Las causas de defunción fueron cardiovasculares e infecciosas. Entre las complicaciones en la fisiopatología de este padecimiento está la uremia, y la urea es el producto final del catabolismo proteínico que se forma en el hígado y riñón para la vía de excreción. Ante un descenso progresivo de la filtración la única forma de mantener al organismo con excreción constante de urea es a expensas de la elevación progresiva de la urea sanguínea.¹¹

Uno de los hallazgos constantes en este padecimiento es la anemia, en la que hay múltiples factores que forman parte de la etiopatogenia y que van desde la incapacidad de la médula ósea para producir glóbulos rojos, disminución de su vida media, aumento de su destrucción e insuficiente liberación de hierro y de aporte dietético de folatos. Hay daño en la función plaquetaria, quizá inducido por defectos en la función plaquetaria y deficiencia en la respuesta inmunológica que, aunque es conocida desde hace tiempo, aún no se determinan los mecanismos por los que se producen estas alteraciones.¹² Algunos de los problemas sexuales que aparecen como consecuencia de este padecimiento son: en la mujer con frecuencia se encuentra baja de estradiol y ausencia del pico preovulatorio que provoca una disfunción ovárica con anomalías del ciclo menstrual que se manifiestan por amenorrea y dismenorrea que llegan a aparecer en 10% de los pacientes, con preponderancia en quienes están en diálisis. En algunos casos son frecuentes los ciclos anovulatorios que condicionan, claramente, la alta incidencia de esterilidad en pacientes con insuficiencia renal crónica. En estas pacientes la menopausia puede ser temprana.

La disfunción eréctil coexiste en hombres con insuficiencia renal crónica, en un porcentaje superior a 70% y, sobretodo, en relación con enfermedades asociadas, como: diabetes, trastornos cardiovasculares, hipertensión arterial y la disminución de las tasas de testosterona libre. Esta última condiciona, en muchos casos, disminución de la libido y, por consecuencia, del deseo sexual. En pacientes varones este hecho comporta incremento de los valores de LH y FSH que, a su vez, condicionan disminución de la espermatogénesis que puede llegar a la azoospermia. Tanto en hombres como en mujeres las tasas de prolactinemia suelen elevarse por disminución de la función renal. Se atribuye a esta hormona elevada en los varones, un marcado descenso del interés sexual y favorecer la ginecomastia.

La insuficiencia renal crónica, por sí misma y cuando se asocia con hipertensión, suele provocar dificultad para la obtención de la erección por falta de aporte arterial a los cuerpos cavernosos, así como el uso frecuente de tratamientos agresivos como beta-bloqueadores. La diabetes es responsable de una vasculoneuropatía periférica que suele desembocar en disfunción eréctil y pérdida de la eyaculación, por eyaculación retrógrada tras el orgasmo, que no representa un problema si hay percepción de placer.

Hay múltiples medicamentos que pueden producir, como efecto secundario, disfunción eréctil que debe controlarse en los pacientes con insuficiencia renal crónica, sobre todo los ansiolíticos y antidepresivos que pueden actuar directamente en el sistema nervioso central o al aumentar las tasas de prolactinemia.

Es muy importante no olvidar el impacto emocional del paciente y su familia ante el diagnóstico de insuficiencia renal crónica, que a menudo provoca reacciones de culpabilidad, agresividad, irritabilidad y pérdida de la autoestima. Con frecuencia, la pareja adopta un papel protector (paternal o maternal) y aumenta esta pérdida de respeto y autoconfianza que todos precisamos. La autoimagen corporal puede estar dañada por las agresiones físicas (fístulas, catéteres peritoneales, etc.) y pérdida de capacidad económica con excesiva dependencia de la familia que desvaloriza el rol personal del paciente y dificulta su vida social y sexual.¹³

INSUFICIENCIA HEPÁTICA CRÓNICA

Se conoce también como cirrosis hepática y es una enfermedad que se asocia con falla hepática, se caracteriza por un proceso difuso de fibrosis y la conversión de la arquitectura normal en una estructura nodular anormal que puede presentarse como la etapa final de diversas enfermedades hepáticas de diferentes causas. Entre estas están: enfermedades virales (hepatitis B y C), autoinmunitarias, metabólicas, genéticas, obstrucción biliar, alteraciones vasculares y, en México, particularmente, alcoholismo.¹⁴ El 40% de los casos cursa asintomático y el resto puede manifestarse con datos inespecíficos, como: anorexia, pérdida de peso, debilidad y fatiga y se considera un paciente inmunocomprometido con incidencia mayor de infecciones.

Los hallazgos de laboratorio dependerán de la etapa en que se encuentre el padecimiento, pero entre otros pueden encontrarse: trombocitopenia, anemia, leucopenia y alteración en los tiempos de coagulación.

Además de lo mencionado hay falla en la síntesis hepática, con hipoalbuminemia que resulta relevante por ser la albúmina un transportador esencial de hormonas y otras sustancias endógenas básicas y complicaciones asociadas con hipertensión portal, que resulta de importancia por causar una disfunción cardiocir-

culatoria secundaria a la disminución de las resistencias vasculares sistémicas y deterioro del gasto cardiaco. Además del deterioro de la función hepática, los pacientes tienen deterioro en otros órganos, como el cerebro, riñones, corazón, circulación periférica, pulmones y glándulas suprarrenales.¹⁵ Otras complicaciones más son de carácter endocrino, como el hipogonadismo y atrofia testicular que condicionarán una baja producción de testosterona acompañada de disminución de la libido, disfunción eréctil, ginecomastia, feminización y disminución del vello corporal en el varón y atrofia mamaria y oligo o amenorrea en la mujer.^{16,17}

SALUD MENTAL Y SEXUALIDAD: TRASTORNOS DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN

Depresión

La depresión, según la OMS, es un trastorno mental frecuente que se caracteriza por: tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración y afecta a unos 350 millones de personas en el mundo. Puede llegar a hacerse crónica o recurrente, y dificultar, sensiblemente, el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria que, en su forma más grave, puede conducir al suicidio.¹⁸ Si es leve, se puede tratar sin necesidad de medicamentos pero, cuando tiene carácter moderado o grave, pueden necesitarse medicamentos y psicoterapia profesional.

En México ocupa el primer lugar de discapacidad en mujeres y el noveno en los hombres y tiene una alta concurrencia con otros trastornos, como: ansiedad, consumo de sustancias, diabetes y enfermedades cardíacas.¹⁹ En el artículo referido se asocian las variables psicosociales más frecuentes en la aparición de este padecimiento, entre ellas: *a*) ser mujer (sobre todo si se es jefa de familia), dedicarse exclusivamente a las labores del hogar y si se ha adquirido la responsabilidad de cuidar a algún enfermo, *b*) tener un bajo nivel socioeconómico (por la mayor exposición a las vicisitudes de la pobreza), *c*) estar desempleado (sobre todo en los hombres), *d*) el aislamiento social; *e*) tener problemas legales, *f*) tener experiencias de violencia, *g*) consumir sustancias adictivas, y *h*) la migración.

Algunos estudios han documentado la estrecha relación entre enfermedades crónicas y depresión, entre otros factores, por lo que no es raro que una de las manifestaciones de este padecimiento sea en el área sexual de los pacientes afectados. En los pacientes deprimidos la respuesta sexual está inhibida y la fase de deseo es la más afectada. Se observa una falta absoluta de apetito sexual, rechazo y angustia ante la posibilidad de tener un encuentro sexual. El deseo sexual hipoactivo es una de las quejas más reiteradas en la clínica sexológica y, con frecuencia, se asocia con otros trastornos de naturaleza médica o psiquiátrica, como es el caso que nos ocupa.²⁰

El tratamiento de estos pacientes se basa, inicialmente, en el control adecuado de la depresión, incluidos los fármacos y la psicoterapia, inicialmente con enfoque cognitivo conductual y luego con la aplicación de estrategias, de las que existe una gran variedad y son eficientes, para aumentar el interés. Es necesario tomar en cuenta el efecto en el deseo sexual y otras áreas de la respuesta sexual que se le adjudican a los antidepresivos, entre los que se mencionan los tricíclicos, como la clorimipramina, amitriptilina, los ISRS como la paroxetina, fluoxetina, sertralina, y citalopram, entre otros, además de los antidepresivos duales. Lo anterior no quiere decir dejar de medicar al paciente, sino según la gravedad de la depresión y sus efectos colaterales, tratar de elegir el medicamento más adecuado para su control, pero con los menores efectos secundarios en la sexualidad del individuo.²¹

Ansiedad

El trastorno de ansiedad es un sentimiento desagradable de temor, que se percibe como una señal de alerta que advierte de un peligro amenazante, donde con frecuencia la amenaza se desconoce, lo que la distingue del miedo, donde la amenaza es concreta y definida y se contempla como un grupo de trastornos de la clasificación Internacional de Enfermedades Mentales de la OMS.²² La ansiedad afecta a los procesos del pensamiento y del aprendizaje. Tiende a producir confusión y distorsiones de la percepción, no sólo en cuanto al tiempo y espacio, sino respecto a la gente y al sentido de los diferentes sucesos. Estas distorsiones pueden interferir con el aprendizaje, con la concentración, la memoria y la capacidad de hacer asociaciones. Entre los múltiples trastornos que concurren en este padecimiento están las disfunciones sexuales, entre ellas: el síndrome de evitación sexual y el trastorno por angustia sexual (fobia sexual), o aversión sexual y cuyo rasgo característico es el miedo persistente e irracional y un deseo impulsivo de evitar situaciones o emociones sexuales. Hay individuos que, incluso, pueden, ante una situación de tipo sexual, sufrir crisis de angustia, con ansiedad extrema, terrores, desmayos, náuseas, palpitaciones, mareos y dificultades para respirar.²³

Otra problema, común en la práctica clínica, es el trastorno sexual compulsivo, donde los pacientes utilizan los encuentros sexuales y la actividad autoerótica con la finalidad de disminuir un estado de ansiedad, del que desconocen el origen. De igual forma puede llegar a haber deseo sexual hipoactivo en hombres y mujeres, eyaculación precoz en el varón y dispareunia o vaginismo en la mujer.

El diagnóstico se establece luego de una evaluación de una forma integral del paciente, en la que se descarten las manifestaciones del cuadro de ansiedad que no correspondan a otras alteraciones médicas, al igual que hay que evaluar el estado mental para descartar trastornos de carácter psiquiátrico.

El tratamiento se basa en la identificación del proceso patológico que genera este estado de ansiedad y sus repercusiones en el área sexual a través de un diagnóstico integral y, en su momento, evaluar la inclusión de psicofármacos, en caso de que los síntomas ansiosos obstruyan el trabajo psicoterapéutico. Se recomienda indicar antidepressivos tricíclicos, ISRS o benzodiazepinas, para eliminar los síntomas que molestan al paciente y bloquean el abordaje de los conflictos psicológicos profundos y los procesos de desensibilización a través de técnicas sexuales específicas.

INSUFICIENCIA CARDIORRESPIRATORIA

La insuficiencia cardiaca es un problema de salud importante, sobre todo en los países industrializados que afecta, principalmente, a la población anciana, con una prevalencia de 10% en individuos mayores de 75 años. La alteración fisiopatológica predominante en pacientes con insuficiencia cardiaca es la disfunción diastólica, y la falla diastólica primaria es un hallazgo frecuente en la hipertensión arterial, la enfermedad valvular, la cardiopatía restrictiva o hipertrófica y otras alteraciones clínicas, como la taquicardia o la isquemia.²⁴ Las causas de este padecimiento son de muy diversos orígenes que van desde enfermedades del músculo cardiaco, valvulopatías y arritmias hasta enfermedad isquémica o, bien, ser secundaria a esta última o a hipertensión arterial. Puede pasar asintomática durante largo tiempo, pero cuando aparecen los síntomas se manifiesta por cansancio anormal, respiración fatigosa por acumulación de líquidos en los alvéolos pulmonares acompañada de ortopnea, mareo y confusión por baja de oxigenación cerebral, edema en los miembros inferiores por afectación renal, además de disnea de esfuerzo e, inclusive, llegar a padecer angina de pecho o isquemia. La afectación de la insuficiencia cardiaca en la sexualidad de las personas con este padecimiento se relaciona, en primera instancia, con la duda del paciente de si puede o no tener actividad sexual y la vergüenza de preguntarlo al médico tratante, lo que lo(a) lleva a evitarlo de forma continua y el miedo a experimentar un nuevo cuadro de dolor torácico o sensación de ahogo por el esfuerzo que puede generar la aversión al sexo. Entre las disfunciones documentadas que aparecen en el varón tras un infarto y que varían entre 38 y 78% están: deseo sexual hipoactivo, trastornos de la eyaculación y disfunción eréctil, evento que genera un estado depresivo que se convierte en un círculo vicioso. El 65% de las mujeres que han pasado por un episodio coronario sufren anorgasmia e insatisfacción sexual.²⁵

Otro factor para la disfunción eréctil son los fármacos que se indican para control de la enfermedad cardiaca, como la digoxina, betabloqueadores y diuréticos, como la espirolactona.

Por lo que se refiere al tratamiento de los problemas sexuales secundarios a una insuficiencia cardiaca, lo primero es estabilizar la enfermedad de base y tratar de

restaurar la función cardíaca, dentro de lo posible, con un tratamiento apropiado y fármacos con los menores efectos secundarios posibles en la sexualidad de mujeres y hombres; muchos de esos medicamentos tienen efecto en la sexualidad. Se requiere atención psicológica porque el golpe a la función sexual suele ser muy severo en hombres y mujeres, aunque con mayor intensidad en los primeros, por razones de tipo cultural.

Agregado a lo anterior pueden indicarse inhibidores de la fosfodiesterasa 5 para un buen control de la hipertensión arterial. Si se padece angina, además de estabilizarla debe conocerse la clase funcional de insuficiencia (las clases funcionales I y II suelen no tener mayores riesgos con el consumo de estos fármacos, siempre y cuando no se encuentren en tratamiento con medicamentos que contengan nitritos). En pacientes con clases III y IV lo primero es mejorar la función cardíaca. En estos pacientes hay que generar un mayor desarrollo de los juegos eróticos que permitan aumentar el goce sexual y evaluar la capacidad funcional para poder llegar a la fase del orgasmo.²⁶

ARTRITIS Y OTRAS ENFERMEDADES DEGENERATIVAS

Las enfermedades reumáticas se caracterizan por su cronicidad, inflamación y afectación sistémica que, con frecuencia, se acompañan de limitación funcional y depresión; su repercusión en el área de la sexualidad ha sido poco o nunca estudiada. Sin embargo, los problemas sexuales en pacientes con artritis reumatoide son comunes y pueden ocurrir antes, durante o después del acto sexual y afectar desde diversas perspectivas. La salud sexual de los pacientes con artritis reumatoide y sus parejas puede verse afectada por dolor en algunas posiciones, por limitación funcional y de movilidad articular y la capacidad de disfrutar. Sucede en forma semejante a cuando la enfermedad produce fatiga o pérdida de fuerza muscular (por ejemplo en la fibromialgia, o un ataque de artritis o lupus). También sobrevienen efectos psicológicos, como la depresión y la imagen corporal distorsionada, debido a que algunas producen deformidades.

Un estudio efectuado en Argentina reporta como principales dificultades sexuales en personas con artritis reumatoide, la fatiga y el dolor pre y postcoital, limitaciones físicas e imagen corporal negativa. Se encuentra una correlación entre depresión, disminución de la movilidad y de la salud sexual. Otros hallazgos mencionados en ese mismo artículo establecen diferencias entre hombres y mujeres respecto a la sexualidad. En tanto que los hombres tenían mayor alteración sexual cuando se correlacionaba con actividad y duración de la enfermedad y su capacidad funcional, mientras que las mujeres, a mayor edad, tenían menor actividad y deseo sexual. El estudio concluye que las personas con artritis reumatoide tienen menor deseo sexual, menor contacto sexual y masturbación que el grupo de control del estudio.²⁷ Otro padecimiento degenerativo relevante para la aparición de alguna disfunción sexual es la esclerosis múltiple. Al tratarse de un pa-

decimiento de carácter neurológico provoca trastornos de tipo motor, sensitivo, disfunciones del tronco cerebral y el cerebelo, así como visuales, trastornos de la marcha, etc. La mitad, o incluso dos terceras partes de las personas con este padecimiento tienen disfunciones sexuales relacionadas con la enfermedad.

En este estudio, publicado en el 2007, se reporta una prevalencia de disfunción sexual de 43.1% de la población estudiada y, aunque no hubo diferencia estadísticamente significativa entre hombres y mujeres, otros trabajos de investigación refieren mayor prevalencia de disfunción en hombres. Las disfunciones encontradas con más frecuencia son la eréctil y la eyaculación precoz en el varón y cambios en la sensibilidad del área genital y disminución en la lubricación en las mujeres. En ambos hubo anorgasmia o dificultad para llegar al orgasmo y disminución de la libido.²⁸ Los fármacos indicados para el tratamiento de la eyaculación precoz, como los anticolinérgicos y antimuscarínicos, pueden interferir en el funcionamiento sexual, pero hay vías que se conservan intactas y pueden estimularse para conseguir una adecuada respuesta sexual. Algunas técnicas, como los ejercicios de Kegel, pueden ayudar a incrementar el tono muscular pélvico en la mujer y el uso de lubricantes es un excelente auxiliar para contrarrestar la sequedad vaginal. En el varón con disfunción eréctil, que es la más frecuente, habrá que realizar evaluaciones clínicas y estudios como el Doopler para ofrecer mejores alternativas de tratamiento; una buena opción son los IFE-5. Deberá ponerse atención en las condiciones cardiovasculares del paciente y seguir las indicaciones de prescripción del medicamento cuando vaya a indicarse junto con otras sustancias.

CÁNCER

El cáncer es un problema de salud pública con altos índices de mortalidad en todo el mundo porque, según la OMS, en el año 2012 fallecieron 8.2 millones de personas a causa de este padecimiento y se estima que para el año 2025 el número de muertes por esta causa llegará a 15.5 millones.²⁹ En México, el cáncer representa la segunda causa de muerte, solo precedida por las enfermedades cardiovasculares; el cáncer cérvico uterino y el de mama son las dos principales causas de muerte en mujeres y el carcinoma prostático en varones, en tercer lugar.

Las principales causas de muerte por tumores malignos en mujeres de 20 y más años, en 2011, fueron por cáncer de mama (13.8%) y cervicouterino (10.4%), que se modifican año con año. De cada 100 mujeres de 20 años y más con tumores malignos en 2010, 24 tuvieron cáncer de mama.

En un estudio realizado para evaluar la eficacia de la terapia conductual en mujeres con cáncer mamario se encontró que la población estudiada tuvo como punto principal una baja autoestima y deterioro de la imagen corporal,³⁰ situación

que se agravó a menor edad cuando la enfermedad tiene mayores implicaciones psicosociales por los efectos secundarios y la esperanza de vida.

Las mamas suelen verse con una fuerte carga, como símbolo de femineidad y la sexualidad por lo que la mastectomía tiene efectos devastadores en las mujeres que lo sufren y, en muchas ocasiones, son un factor precipitante de divorcio o separación.

Las alteraciones ováricas en pacientes con cáncer de mama suelen suceder, incluso, en 89% de las que son tratadas con quimioterapia y, en ocasiones, dependiendo del estadio en que se encuentre, existe la posibilidad de metástasis. Por eso frecuentemente requieren ooforectomía, que condiciona una baja en los estrógenos circulantes, atrofia vaginal y dispareunia porque los ovarios son una fuente de secreción de testosterona. La producción de ésta se afecta; en consecuencia, también puede haber disminución del deseo sexual y dificultad para alcanzar el orgasmo.

Como se anotó líneas arriba, el segundo lugar entre los cánceres femeninos es el cervicouterino. La aparición de un tumor maligno en los órganos sexuales femeninos tiene repercusiones psíquicas capaces de desestructurar el equilibrio anímico y afectivo.

La imagen corporal se ve afectada y, también, sus relaciones con el entorno debido a que estos órganos tienen la función de la reproducción sexual y remiten a la integridad corporal, porque constituyen, junto con las mamas, un símbolo de la femineidad, por eso cualquier destrucción es un atentado contra la estructuración psíquica del sujeto. El resultado más frecuente es la ansiedad, depresión y la desesperanza de la paciente.

Las intervenciones médicas para atacar el padecimiento suelen ser muy traumáticas para la paciente pero, además, repercuten en el área erótica de la sexualidad y llegan a provocar la aparición de alteraciones en su respuesta sexual en las etapas de excitación y orgasmo; también pueden experimentar disminución del deseo sexual e, incluso, síndromes dolorosos como la dispareunia. Estas disfunciones son más frecuentes luego de la aplicación de radioterapia.

Respecto a los varones, el cáncer de próstata es el que más afecta a los adultos mayores. En el 2009, 9.3% de los pacientes con este padecimiento tenían entre 70 y 74 años de edad, mientras que 19.7% eran mayores de 80 años, según el INEGI.³¹ El cáncer de próstata es el tumor maligno más frecuente del varón mayor de 50 años. El promedio de vida del mexicano, en el año 2008, era de 75 años, con lo que aumenta la incidencia y la mortalidad por cáncer de próstata. En 2011, 8 de cada 100 hombres de 20 años y más con cáncer tuvieron una neoplasia de próstata.³² Según la Encuesta

Nacional de Salud y Nutrición 2012 (ENSALUT 2012), el porcentaje de hombres adultos de 60 años o más que se realizó la prueba de detección de cáncer de próstata por medio del antígeno prostático permaneció constante entre 2006 y 2012, al ser 10.4% en 2006 y 9.5% en 2012.³³ La sexualidad de los pacientes con cáncer ha sido poco tratada en sentido general en la bibliografía especializada, a pesar de que constituye un problema en la mayoría de estos enfermos como consecuencia directa de la enfermedad y los tratamientos y por el impacto emocional que genera, al asociarse con una enfermedad incurable, mortal, lo que no siempre es real.³⁴ Ante el conocimiento de la enfermedad pueden agudizarse las crisis o problemas de pareja preexistentes o haber situaciones de conflicto, por el temor a la pérdida y por la elaboración del duelo del paciente y su compañero o compañera. Son numerosos los factores relacionados con el cáncer que pueden interferir con la vida sexual del paciente y de su pareja. Los síntomas y las consecuencias de la enfermedad, como la anemia y la anorexia, pueden provocar debilidad y dificultar la actividad sexual. Otras veces los tratamientos utilizados (drogas, radioterapia, intervenciones quirúrgicas) pueden producir efectos similares e incluso limitar considerablemente las relaciones sexuales.

Los efectos secundarios de los tratamientos (astenia, vómitos, alopecia, anorexia, dolor, etc.) y de las técnicas quirúrgicas (amputaciones de órganos, supresión hormonal, daño neurológico y vascular) tienen un impacto considerable en la imagen corporal, el funcionamiento sexual e incluso la fertilidad; por esto, no es de extrañar que muchos pacientes se depriman, padezcan ansiedad y pérdida de la autoestima. Por todo ello, el bienestar sexual de estos pacientes puede afectarse considerablemente.

El tratamiento sexológico a seguir en este tipo de pacientes dependerá de los síntomas que cada uno experimente y proceder, en consecuencia, porque a pesar de existir abundante bibliografía respecto al tratamiento de las disfunciones sexuales en pacientes con cáncer, hay pocos estudios controlados al respecto, para poder evaluar los resultados de los procedimientos terapéuticos indicados.

INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS QUE AFECTAN LA VIDA SEXUAL

Las enfermedades o intervenciones quirúrgicas que dañan la imagen corporal, como las amputaciones de miembros, histerectomías, mastectomías, cicatrices o deformidades por accidentes o quemaduras, afectan el autoconcepto y la confianza del individuo y la seguridad en sí mismo, llegan a presentar trastornos de ansiedad en algunos casos e, incluso, generar dudas acerca de su feminidad o masculinidad.³⁵ Las intervenciones quirúrgicas que afectan la genitalidad masculina y femenina afectan de manera importante la imagen y la funcionalidad de la persona con estas enfermedades. No es lo mismo una orquiectomía por

cáncer testicular o una histerectomía radical con ooforectomía, en una persona entre 20 y 40 años de edad, que en una persona mayor de 60 años. En el varón joven no solo se afecta su función reproductiva sino también su capacidad eréctil y eyaculatoria. En los casos de penectomía todos son un drama de consecuencias impresionantes porque, de alguna manera, es la pérdida del órgano más importante para la realización de la función sexual que resulta en un problema muy difícil de afrontar, aunque las técnicas quirúrgicas para implantes protésicos peneanos han progresado en forma importante, se requiere de un cirujano experimentado para conseguir mejores resultados. El inconveniente es que aunque se puede resolver, así sea parcialmente, el problema estético no resuelve el funcional.

La prostatectomía por hiperplasia benigna no representa mayor problema en la actualidad en la vida sexual de los pacientes porque la función que se afecta es la de la eyaculación y no la de la erección. Uno de los problemas que se reportan en la prostatectomía radical es la disfunción eréctil secundaria en 15% de los casos, debido a lesiones en los nervios erectores.³⁶ Otro problema post-quirúrgico que se llega a presentar es la incontinencia urinaria, que si bien no es un problema de tipo sexual, causa incomodidad y vergüenza en quien lo padece, pero que es temporal y se puede corregir con los ejercicios de Kegel para fortalecer los músculos de la pelvis.³⁷ La vasectomía y la circuncisión no producen, por sí mismas, disfunción sexual; sin embargo, pueden llegar a desencadenar, en algunas personas, diversos grados de disfunción sexual o deterioro de la imagen corporal y de la autoestima.

En la mujer histerectomizada u ooforectomizada se afecta la capacidad reproductiva y, salvo en la vulvectomía y vaginectomía radical y radioterapia intracavitaria, que dejan impedida por sí mismas la actividad coital, la histerectomía, ooforectomía y mastectomía no impiden, por sí mismas, su actividad sexual. Sin embargo, la repercusión en la autoestima se refleja negativamente en la posibilidad de ejercer una sexualidad "normal". La carga cultural, la presión social y el temor al rechazo por parte de su pareja, influyen de manera importante en los efectos de estos procedimientos en la vida de la mujer. Los avances en la investigación médica en torno a la terapia hormonal sustitutiva y las cirugías mamarias reconstructivas han permitido que la mujer cuente con la posibilidad de preservar o recuperar su integridad y funcionalidad, aunque este último procedimiento no se encuentre al alcance de la mayoría de la población afectada por esta enfermedad.

Un procedimiento quirúrgico menor, pero no por menor menos importante, es la episiotomía y episiorrafia. Cuando la realizan médicos sin experiencia o sin el cuidado necesario, pueden originar cicatrices vulvares o perineales que favorecen la dispareunia. Lo ideal es evitar este procedimiento al máximo y, si es necesario, sólo deben efectuarlo médicos con experiencia.

En la mayoría de los individuos, los procedimientos quirúrgicos tienen una fuerte influencia cultural y social, que varían dependiendo de la edad a la que se realiza y el tipo de operación. Las secuelas de cualquier procedimiento quirúrgico tendrán un papel determinante en la funcionalidad psíquica y fisiológica del paciente.

Las descripciones efectuadas en este capítulo acerca de los padecimientos crónicos y la afectación en el área de la sexualidad de quienes tienen la mala fortuna de padecerlos, nos deja ver que aún falta mucho camino por recorrer para prevenirlos y tratarlos. Aunque cada vez se cuenta con más opciones para la atención de pacientes con disfunciones sexuales no todas están al alcance de la mayoría.

REFERENCIAS

1. Astobieta Odriozola A. Gamarra Quintanilla M Pereira Arias JG. Leibar Tamayo A y Ibarluzea González. G. Disfunciones de tipo vascular. Arch Esp Urol 2010;63(8):611-620.
2. Castelo Elías-Calles L. y Licea Puig M.E. Disfunción sexual eréctil y diabetes mellitus. Aspectos etiopatogénicos; Rev Cubana Endocrinol 2003;14(2):
3. Robertson, M; Disfunción Sexual en pacientes con Diabetes; Diabetes Voice 2006;51:22-25 (Revista de la Federación Internacional de Diabetes)
4. Abdo C. Oliveira WM. Moreira ED. Fittipaldi. Prevalence of sexual dysfunctions and correlated conditions in a sample of Brazilian women—results of the Brazilian study on sexual behavior (BSSB). International Journal of Impotence Research 2004;16(2):160-166.
5. Cuéllar de León AJ, Campos-González JC, Brotons-Muntó F, Casorran-Martínez A, Gosalbes-Soler V, Prosper-Sierra M, Silvestre-Quilez S, Valero-García P. Hipertensión arterial y disfunción eréctil. Revista de Medicina de Familia y Atención Primaria 2004;48-52.
6. Roberto Fogari R. Zoppi A. Poletti L. Marasi G. Mugellini A. y Corradi L. Actividad sexual de hombres hipertensos tratados con valsartán o carvedilol: estudio transversal. Am J Hypertens AJH (Ed. Esp.) 2001;3:172-178.
7. Guías de Diagnóstico y Tratamiento, Servicio de Endocrinología 2008, Hospital General de México, Secretaría de Salud.
8. Guía Clínica sobre la Disfunción masculina: Disfunción Eréctil y Eyaculación Precoz; E. Wespes, E. Amar, I. Eardley, F. Giuliano, D. Hatzichristou, K. Hatzimouratidis, F. Montorsi, Y. Yardi; European Association of Urology 2010.
9. Venado-Estrada A, Moreno-López JA, Rodríguez-Alvarado M, López-Cervantes M. Insuficiencia renal crónica. Unidad de Proyectos Especiales. Facultad de Medicina, UNAM. Temas, 2009.
10. Méndez-Durán A. Méndez-Bueno J.F., Tapia-Yáñez T. Muñoz Montes A., Aguilar-Sánchez L.; Epidemiología de la insuficiencia renal crónica en México. Diálisis y trasplante 2010; 31(1):7-11.
11. Hospital General de México. Insuficiencia renal crónica. Guías diagnósticas del Hospital General de México, 2008.
12. Ruiz-Castañé E. Problemas sexuales y reproductivos en los pacientes con insuficiencia renal crónica. Servicio de Andrología. Fundació Puigvert. Actas de la Fundació Puigvert 2012.
13. Diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia hepática crónica. Guía de Referencia del Sector Salud, Gobierno Federal, 2008.

14. Hernández J. Arroyo, V.; Insuficiencia hepática crónica: una entidad clínica necesitada de investigadores. *Gastroenterología y Hepatología*; 2010, Vol. 33; núm 9; pp 619-620 (www.elsevier.es/gastroenterologia)
15. Guías Diagnósticas del Hospital General de México 2004.
16. Lucas Matheu M. Alteraciones médicas que afectan la respuesta sexual y el proceso de sexuación. *Manual Médico de Terapia Sexual*; Ed Psimática; 2002; pp 109-171.
17. Nota descriptiva núm. 369, Octubre de 2012; Centro de Prensa Internet, WHO.
18. Berenzon S, Lara MA, Robles R, Medina-Mora ME. Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. *Salud Pública Méx* 2013;55:74-80.
19. Diaz M. J. y Rubio-Aurioles E. PAC PSIQUIATRÍA-1 Manejo Clínico de la Problemática Sexual. A3 Intersistemas. México 1997.
20. Vázquez-Urbina SP, Secín-Diep R. Disfunción sexual asociada con antidepresivos. *Acta Médica Grupo Ángeles* 2012;10(1).
21. Virgen-Montelongo R, Lara-Zaragoza AC, Morales-Bonilla G, Villaseñor-Bayardo SJ. Los trastornos de ansiedad. *Revista Digital Universitaria* 2005;6.
22. Macin SM, Perna ER, Cimbaro-Canellaa JP, y col. Características clinicoevolutivas en la insuficiencia cardíaca descompensada con disfunción sistólica y función sistólica preservada. *Revista Española de Cardiología* 2004;57:37-34.
23. Chaparro Pardo D. La actividad sexual en los enfermos del corazón. En: A. López Farre y Macaya Miguel C (directores). Libro de la Salud Cardiovascular del Hospital Clínico San Carlos y la Fundación BBVA. 1ª Ed. Bilbao. Fundación BBVA, 2009. Disponible en http://www.fbbva.es/TLFU/microsites/salud_cardio/mult/fbbva_libroCorazon_cap67.pdf , revisado 18 de noviembre de 2014.
24. Mandras SA, Uber PA, Mehra MR. Actividad sexual e insuficiencia cardiaca crónica. *Mayo Clinic Proceedings* 2007;82:1203-1210.
25. Chichotky YR. El sexo y la artritis. En: *Artritis reumatoide*. Buenos Aires 2011;2:6-9.
26. Alarcía-Alejos R, Ara-Callizo JR, Martín-Martínez J, García-Gomara MJ. Abordaje de la disfunción sexual en la esclerosis múltiple. *Rev Neurol* 2007;44:524-526.
27. Organización Mundial de la Salud. Cancer: Datos y cifras sobre el cancer. Disponible en <http://who.int/cancer/about/facts/es/>, revisado 18 de noviembre de 2014.
28. Narvárez A, Rubiños C, Cortés-Funes F, Gómez R, García A. *Psicooncología* 2008;5:93-102.
29. Secretaría de Salud. Subsecretaría de Prevención y Promoción. Los 5 tipos de cáncer que más afectan a los mexicanos. 2013. Disponible en <http://www.spps.gob.mx/noticias/1445-5-tipos-cancer-mas-afectan-mexicanos.html> revisado el 18 de noviembre de 2014.
30. Instituto Nacional De Salud Publica. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados nacionales, síntesis ejecutiva. México: Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública; 2012.
31. Torres-Rodríguez B, Gutiérrez-Gutiérrez C. Enfermedad crónica, calidad de vida y sexualidad. *Investigaciones Médicoquirúrgicas* 2010. 2: 23-29.
32. McCary L. Sexualidad humana de MacCary. México: El Manual Moderno, 1992.
33. Pallares M. Sexo y salud. 1ª ed. Barcelona: Margue Books, 2009;108.
34. López-Costea MA, Barba-Ibañez E. Efectos adversos de la prostatectomía. Comprender el cáncer de próstata. Barcelona: Amat, 2010;108.

7

Infecciones de transmisión sexual

TIRSO CLEMADES PÉREZ DE CORCHO

Hoy día sigue siendo difícil determinar la incidencia real de infecciones de transmisión sexual por la dificultad para obtener los datos epidemiológicos de estas infecciones en los distintos países; sin embargo, lo cierto es que las infecciones de transmisión sexual constituyen un problema de salud pública de capital importancia, con consecuencias notables en la salud sexual y reproductiva y en la salud en general de quienes las padecen.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), cada año 350 millones de personas contraen una infección de transmisión sexual curable. Estas infecciones tienen mayor repercusión en hombres y mujeres de países en vías de desarrollo. La pobreza, las prácticas culturales, la dificultad de acceso a servicios de atención y tratamiento, la información y los conocimientos insuficientes de la sexualidad humana, entre otros factores, contribuyen a la mayor incidencia y transmisión de estas infecciones.¹

Así, en la tarea de brindar una atención temprana y efectiva a las personas afectadas por esta problemática, en los últimos años la OMS ha sugerido utilizar la estrategia del “manejo sindromático de caso de infección de transmisión sexual”, con el que puede establecerse el diagnóstico (“sindromático”) rápido del caso y, en algunos ocasiones, indicar el tratamiento oportuno.²

DEFINICIÓN DE INFECCIONES DE TRASMISIÓN SEXUAL

Hasta hace algunos años las infecciones transmitidas sexualmente se conocían como enfermedades venéreas y, a partir del decenio de 1980, se denominan enfermedades de transmisión sexual. En agosto de 1998, por acuerdo de la OMS, se decidió comenzar a utilizar el término de infecciones de transmisión sexual, por lo que en adelante sólo se utilizará esta expresión.

Así, las infecciones de transmisión sexual son las que se adquieren por la transmisión de un microorganismo durante las relaciones sexuales, sobre todo, cuando se intercambian fluidos corporales a la hora de la penetración vaginal, anal u oral desprotegida. Sin embargo, algunas infecciones de transmisión sexual pueden transmitirse sin que exista una penetración, basta con la fricción o contacto cuerpo con cuerpo para que se de la transmisión, por ejemplo: la escabiasis (sarna), pediculosis del pubis, moluscos contagiosos, etc.

Hasta la fecha, son más de 25 microorganismos los que se transmiten por vía sexual y que, por ende, causan gran variedad de síndromes clínicos.³

DIFERENCIAS ENTRE INFECCIONES DE TRASMISIÓN SEXUAL E INFECCIÓN GENITAL

No toda infección en la región genital debe considerarse transmitida sexualmente; por ejemplo, puede ser que una mujer tenga un síndrome de secreción o flujo vaginal por alteraciones en el pH vaginal, como suele ocurrir cuando se utilizan lavados vaginales frecuentes, se consumen anticonceptivos hormonales o se tiene alguna enfermedad endocrina, como la diabetes. En esas circunstancias es probable que la mujer resulte con un síndrome de secreción vaginal. Sin embargo, en este caso no debe utilizarse el término infección de transmisión sexual, sino infección genital, pues en este escenario el padecimiento aparece sin que exista una relación sexual que haya generado la infección.

Así, las infecciones de transmisión sexual y algunas de las genitales pueden ocasionar los mismos síndromes clínicos; por ello los datos aportados por la persona infectada y las pruebas diagnósticas individuales siempre serán de gran valía para el médico, a quien se le facilitará establecer el diagnóstico y tratamiento eficaz y oportuno.^{1,3}

PRINCIPALES SÍNDROMES CLÍNICOS DE LAS INFECCIONES DE TRASMISIÓN SEXUAL¹

- *Ulceroso* (Figuras 1,3-8)
 - Sífilis (primaria)
 - Herpes simple
 - Chancro blando o chancroide
 - Linfogranuloma venéreo

Figura 1.



Figura 2.



Figura 3.



Figura 4.



Figura 5.



Figura 6.



Figura 7.



Figura 8.



Granuloma inguinal o donovanosis
Infección por citomegalovirus (CMV)

- *Flujo-secreción vaginal* (Figuras 10, 11, 12)
Gonorrea
Clamidiasis
Candidiasis
Tricomonirosis
Vaginosis bacteriana
Herpes simple
- *Flujo-secreción uretral en hombres* (Figuras 10, 11, 12)
Uretritis gonocócica
Uretritis no gonocócica
- *Flujo-secreción anorrectal* (Figura 26)
Gonorrea
Clamidiasis

Figura 9.

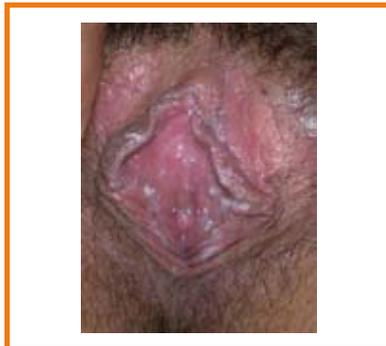


Figura 10.



Figura 11.



Figura 12.



Figura 13.



Figura 14.



Figura 15.



Figura 16.



Figura 17.



Figura 18.



Figura 19.



Figura 20.

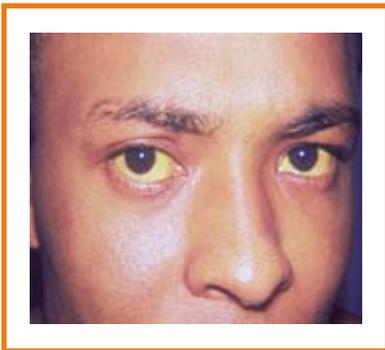


Figura 21.



Figura 22.



Figura 23.



Figura 24.



Figura 25.



Figura 26.



- Herpes simple
- Condilomas acuminados
- Linfogranuloma venéreo
- *Dolor abdominal bajo*
- Gonorrea
- Clamidia
- Infección por otras bacterias
- *Tumores (Figuras 13-19)*
- Condilomas acuminados
- Condilomas planos
- Molusco contagioso
- *Otras infecciones de transmisión sexual (con síntomas específicos) (Figuras 20-25)*
- Infección por VIH
- Hepatitis B y C
- Ectoparasitosis: Escabiasis (sarna), pediculosis del pubis (piojos púbicos)
- Parasitosis intestinal: amebiasis, giardiasis, oxiuriasis, etc.
- Infección por virus Epstein Barr (VEB)
- Infección por virus herpes simple humano tipo 8 (VHH8)

INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL SEGÚN SÍNDROMES CLÍNICOS MÁS FRECUENTES

Manifestaciones clínicas

Enseguida se exponen las manifestaciones clínicas patognomónicas de las infecciones de transmisión sexual que las hacen pertenecer a un síndrome clínico específico (Cuadro 1).⁴⁻⁹

DIAGNÓSTICO

En el Cuadro 2 se exponen los diferentes métodos utilizados para establecer o confirmar el diagnóstico de una infección de transmisión sexual. Sin embargo, los métodos no siempre están disponibles o al alcance del médico, por eso se recomienda el “manejo sindromático de caso de infecciones de transmisión sexual” para el diagnóstico, siempre que el padecimiento lo permita. Cuadro 2.

TRATAMIENTOS DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL MÁS FRECUENTES

Los esquemas de tratamientos que describiremos a continuación son los recomendados y más utilizados en nuestro país de acuerdo a las tasas de incidencia, prevalencia de las infecciones de transmisión sexual y resistencia antimicrobiana.^{1, 13-17}

Cuadro 1. Síntomas y consecuencias de los principales síndromes de las infecciones de transmisión sexual (Continúa en la siguiente página)

Síndrome	Síntomas en mujeres	Síntomas en hombres	Consecuencias
Ulceroso	Úlceras dolorosas o indoloras precedidas o no de lesiones, vesículas o pápulas en la boca, genitales o ano. Las lesiones ulcerosas pueden ser únicas o múltiples, superficiales o profundas. Linfadenopatías inguinales dolorosas o indoloras.		Sobreinfección bacteriana de las lesiones
Secreción o flujo			
Vaginal	Flujo o descarga vaginal de color blanco, amarillo, verdoso o grisáceo; de aspecto grumoso, lechoso, purulento, espumoso o líquido; de olor fétido o inoloro, de cantidad moderada, abundante o escasa e, incluso, tan escasa que puede pasar inadvertida por la paciente. Puede existir disuria y polaquiuria, dispareunia y prurito.		Enfermedad pélvica inflamatoria. Vulvovaginitis recurrente. Síndrome de conjuntivitis del recién nacido. Infertilidad
Uretral		Flujo o descarga uretral de color blanco, amarillo, verdoso, incoloro o transparente; de aspecto grumoso (sobre el glande, surco balanoprepucial o cuerpo del pene), lechoso, purulento o líquido; de olor fétido o inoloro, de cantidad moderada, abundante o escasa. Puede haber disuria y polaquiuria. Prurito.	Balanopostitis. Síndrome de Reiter. Orquiepididimitis. Infertilidad. Síndrome de dolor en bajo vientre en el hombre. Prostatitis.
Anorrectal	Flujo o descarga anal de color amarillo, verdoso, incoloro o transparente; de aspecto serohemático, lechoso, purulento o líquido; de olor fétido o inoloro, de cantidad moderada, abundante o escasa. Proctitis, prurito, ardor o dolor al defecar.		Fisuras perianales. Fístulas perianales. Prostatitis.

Cuadro 1. Síntomas y consecuencias de los principales síndromes de las infecciones de transmisión sexual (Continuación)

Síndrome	Síntomas en mujeres	Síntomas en hombres	Consecuencias
Dolor abdominal bajo	Dispareunia. Flujo o descarga vaginal (solo ocasional referida por la paciente). Dolor pélvico. Flujo o descarga cérvico-uterina. Dolor al tacto bimanual y a la movilización del cuello cervical. Temperatura mayor de 37.5°C (ocasional).	Flujo o descarga uretral y/o anal. Dolor pélvico. Dolor al tacto prostático. Prostatitis. Temperatura mayor de 37.5°C (ocasional).	Síndrome de conjuntivitis del recién nacido (en hijos de madres con este padecimiento). Infertilidad. Síndrome de Reiter (hombres). Orquiepididimitis.
Tumores	Neoformaciones (verrugas (planas o acuminadas) o pápulas circunscritas y aisladas). Generalmente las verrugas aparecen en la vulva, perineo, ano y la cavidad oral; las pápulas (moluscos) aparecen en el pubis y rostro. Prurito (ocasional).	Neoformaciones (verrugas, planas o acuminadas, o circunscritas y aisladas). Las verrugas suelen aparecer en el pene, perineo, ano o la cavidad oral. Las pápulas (moluscos) aparecen en el pubis, prepucio, perineo y rostro. Prurito (ocasional). Descarga o flujo anal (cuando se localizan en el canal anal).	En infección por VPH (por subtipos oncogénicos): cáncer cervicouterino, anal u oral.

TRATAMIENTOS DE PACIENTES CON SÍNDROME ULCEROSO

TRATAMIENTO DE PACIENTES CON HERPES SIMPLE

Tratamiento local

Aciclovir al 5% (crema): sólo es útil si se aplica, cada 2 horas, a partir de la fase prodrómica.

Fomentos frescos con agua de manzanilla o subacetato de aluminio 2 veces al día, con la posterior aplicación de polvos secantes con base de talco y óxido de cinc (en lesiones genitales o anales).

Cuadro 2. Relación de métodos diagnósticos según el síndrome clínico⁹⁻¹²
(Continúa en la siguiente página)

Síndrome clínico	Infecciones de transmisión sexual	Microorganismo	Método diagnóstico
Úlceroso	Sífilis (primaria)	<i>Treponema pallidum</i>	Microscopía de campo oscuro (de lesión)
	Herpes simple	Virus herpes simple 1 y 2	Clínico
	Chancro blando	<i>Haemophilus ducreyi</i>	Tinción de Giemsa o de Wright (de secreción)
	Linfogranuloma venéreo	<i>Chlamydia trachomatis</i> (L-1, L-2, L-3)	Tinción de Giemsa
	Granuloma inguinal	<i>Calymmatobacterium granulomatis</i>	Tinción de Giemsa, Wright o Warthin Starry
	Infección por citomegalovirus	Citomegalovirus	Clínico
Secreción o flujo			
Vaginal	Gonorrea	<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	Microscopía directa (de secreción). Tinción rápida con azul de Löffler. Tinción de Gram. Cultivo en agar chocolate o de Tallen-Martin. Inmunofluorescencia. Detección por PCR.
	Clamidiasis	<i>Chlamydia trachomatis</i> (D, E, F, G, H, I, J, K)	Cultivo en células de McCoy o Hela 229 tratadas. Detección por PCR, LCR o TMA (de secreción o flujo).
	Candidiasis	<i>Candida albicans</i>	Microscopía directa (de secreción). Tinción de Gram. Cultivo en medio Sabouraud o en Nickerson.
	Tricomoniasis	<i>Trichomonas vaginalis</i>	Microscopía directa (de secreción). Preparados de tinciones: May-Grunwald-Giemsa, acridina naranja o Papanicolaou.

Cuadro 2. Relación de métodos diagnósticos según el síndrome clínico⁹⁻¹²
(Continúa en la siguiente página)

Síndrome clínico	Infecciones de transmisión sexual	Microorganismo	Método diagnóstico
	Herpes simple	<i>Virus herpes simple I y II</i>	Clínico
	Vaginosis bacteriana	<i>Gardnerella vaginalis</i> <i>Peptoestreptococcus</i> <i>Bacteroides</i> , <i>Eubacterium</i> , <i>Mycoplasma hominis</i> , <i>Ureaplasma urealyticum</i> y <i>Mobiluncus</i>	Clínico más microscopía directa (de secreción) en busca de Cluecells. Prueba de KOH (sniff-test).
Uretral	Uretritis gonocócica	<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	Microscopía directa (de secreción). Tinción de Gram. Cultivo en agar chocolate o de Tallen-Martin. Inmunofluorescencia. Detección por PCR
	Uretritis no gonocócica	<i>Chlamydia trachomatis</i> (D, E, F, G, H, I, J, K).	Detección por PCR (secreción u orina)
		<i>Ureaplasma urealyticum</i>	Detección por PCR
		<i>Mycoplasma hominis</i>	Detección por PCR
	Otros agentes anaerobios	Cultivo. Detección por PCR	
Anorrectal	Gonorrea	<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	Microscopía directa (de secreción). Tinción de Gram. Cultivo en agar chocolate o de Tallen-Martin. Inmunofluorescencia. Detección por PCR.
	Clamidiasis	<i>Chlamydia trachomatis</i> (D, E, F, G, H, I, J, K)	Cultivo en células de McCoy o HeLa 229 tratadas. Detección por PCR, LCR o TMA (de secreción o flujo).
	Herpes simple	Virus herpes simple I y II	Clínico
	Condilomas acuminados	Virus del papiloma humano (VPH)	Clínico
	Linfogranuloma venéreo	<i>Chlamydia trachomatis</i> (L-1, L-2, L-3)	Tinción de Giemsa

Cuadro 2. Relación de métodos diagnósticos según el síndrome clínico⁹⁻¹²
(Continuación)

Síndrome clínico	Infecciones de transmisión sexual	Microorganismo	Método diagnóstico
Dolor abdominal bajo	Gonorrea	<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	Microscopía directa (de secreción). Tinción rápida con azul de Löffler. Tinción de Gram. Cultivo en agar chocolate o de Tallen-Martin. Inmunofluorescencia. Detección por PCR.
			Otros gérmenes
	<i>Ureaplasma urealyticum</i>	Detección por PCR	
	<i>Mycoplasma hominis</i>	Detección por PCR	
	Estreptococcus	Cultivo	
	Anaerobios	Cultivo	
Tumores	Condilomas acuminados	Virus del papiloma humano (VPH)*	Clinico. Prueba con ácido acético. Tipificación por PCR. En casos asintomáticos con sospecha de IVPH: citología cérvicovaginal, anal o del pene (surco balonoprepucial y meato urinario). Colposcopia. Anoscopia de alta Resolución.
			Virus del papiloma humano (VPH)
	Condilomas planos	Treponema pallidum (secundarismo sífilítico)	VDRL
		Molusco contagioso	Virus del molusco contagioso (VMC I, VMC II, VMC III, VMC IV)

Enjuagues antisépticos (en gingivostomatitis herpética).

Tratamiento sistémico

Primoinfección

Aciclovir 200 mg, vía oral, 5 veces al día durante 7 a 10 días.

Famciclovir 250 mg, vía oral, cada 8 horas durante 7 a 10 días.

Valaciclovir 1 g, por vía oral, cada 12 horas durante 7 a 10 días.

Recurrencias (iniciar el tratamiento a partir del periodo prodrómico)

Aciclovir 200 mg, 5 veces al día, 400 mg, 3 veces al día, u 800 mg, cada 12 horas durante 5 días.

Famciclovir 250 mg, cada 12 horas durante 5 días.

Valaciclovir 500 mg, cada 12 horas o 1 g, cada 24 horas, durante 5 días.

Terapia supresora (en pacientes con seis o más recurrencias al año)

Aciclovir 400 mg, cada 12 horas, durante 6 meses.

Valaciclovir 500 mg, cada 24 horas, durante un año.

Famciclovir 250 mg, cada 12 horas, durante un año.

TRATAMIENTO DE PACIENTES CON SÍFILIS

Sífilis primaria, secundaria y latente temprana (elegir alguna de las siguientes posibilidades).

Penicilina procaínica 1.2 millones de UI, por vía intramuscular, cada 24 horas, durante 20 días.

Penicilina benzatínica 2.4 millones de UI, por vía intramuscular, en una sola dosis, 1.2 millones de UI en cada glúteo.

En personas alérgicas a la penicilina indicar alguna de las siguientes opciones:

Doxiciclina 100 mg, por vía oral, cada 12 horas, durante 30 días.

Tetraciclina 500 mg, por vía oral, cada 6 horas, durante 30 días.

Ceftriaxona 250 mg, por vía intramuscular, durante 14 días.

Azitromicina 500 mg al día.

Eritromicina 500 mg, 4 veces al día, durante 15 días (embarazadas).

En pacientes con VIH

Penicilina benzatínica 1.2 millones de UI, por vía intramuscular, en cada glúteo, una vez por semana por espacio de tres.

Tratamiento de la sífilis tardía no neurológica

Penicilina benzatínica 2.4 millones de UI, por vía intramuscular, una vez a la semana, durante 3 a 4 semanas.

En pacientes alérgicos

Tetraciclina 500 mg, cada 6 horas, o doxiciclina 200 mg al día, durante cuatro semanas.

Tratamiento de la neurosífilis

Penicilina cristalina 18-24 millones de UI, por vía intramuscular, una vez al día, en perfusión continua, durante 10 a 14 días (atención intrahospitalaria).

Sífilis durante el embarazo

En mujeres embarazadas no cambia la categorización del tratamiento, excepto que sólo debe prescribíseles: penicilina, eritromicina o ceftriaxona a las dosis habituales; las tetraciclinas deben evitarse.

TRATAMIENTO DE PACIENTES CON LINFOGRANULOMA VENÉREO (LGV)

Prescribir alguna de las siguientes opciones:

Tetraciclina 500 mg, cada 6 horas, durante 21 días.

Doxiciclina 100 mg, cada 12 horas, durante 21 días.

Eritromicina 500 mg, cada 6 horas, durante 21 días.

Azitromicina 1 g, por vía oral, dosis única.

Amoxiciclina 500 mg, cada 8 horas, durante 7 a 10 días (solo en embarazadas)

Tratamiento quirúrgico de las complicaciones

Chancroide (chancro blando)

Prescribir alguna de las siguientes opciones:

Azitromicina 1 g, por vía oral, dosis única.

Ceftriaxona 250 mg, por vía intramuscular, dosis única.

Ciprofloxacina 500 mg, por vía oral, cada 12 horas, durante 3 días (contraindicado en embarazadas y lactantes).

Eritromicina 500 mg, por vía oral, cada 8 horas, durante 7 días.

Tratamiento de pacientes con granuloma inguinal

Prescribir alguna de las siguientes opciones:

Doxiciclina 100 mg, por vía oral, cada 12 horas, durante 21 días o hasta que las lesiones hayan desaparecido.

Azitromicina 1 g, por vía oral, una vez por semana, durante 3 semanas o hasta que las lesiones hayan desaparecido.

Ciprofloxacina 750 mg, por vía oral, cada 12 horas, durante 3 semanas o hasta que las lesiones hayan desaparecido.

TRATAMIENTOS PARA PACIENTES CON SÍNDROME DE FLUJO o SECRECIÓN VAGINAL

TRATAMIENTO PARA PACIENTES CON GONORREA VAGINAL

Prescribir algunas de las siguientes opciones:

Cefixima 400 mg, por vía oral, dosis única.

Ceftriaxona 250 mg, por vía intramuscular, dosis única.

Ciprofloxacina 500 mg, por vía oral, dosis única.

Ofloxacina 400 mg, por vía oral, dosis única.

TRATAMIENTO PARA PACIENTES CON CLAMIDIASIS VAGINAL

Prescribir algunas de las siguientes opciones:

Azitrocina 1 g, por vía oral, dosis única.

Doxiciclina 100 mg, por vía oral, dos veces al día, durante 7 días.

Ofloxacina 300 mg, por vía oral, durante 7 días.

Levofloxacina 500 mg, por vía oral, durante 7 días.

Eritromicina 500 mg, por vía oral, cuatro veces al día, durante 7 días.

TRATAMIENTO PARA PACIENTES CON TRICOMONIASIS VAGINAL

Prescribir algunas de las siguientes opciones:

Metronidazol 250 mg, por vía oral, 3 veces al día, durante 7 días.

Metronidazol 500 mg, por vía oral, 2 veces al día, durante 5 días.

Metronidazol 1 g, por vía oral, en dos dosis, durante 2 días.

Metronidazol 2 g, por vía oral, en dosis única.

TRATAMIENTO PARA PACIENTES CON VAGINOSIS BACTERIANA

Prescribir algunas de las siguientes opciones:

Metronidazol:

500 mg, por vía oral, dos veces al día durante 7 días.

Intravaginal en gel al 0.75%, un aplicador al día durante 7 días.

Dosis única de 2 g por vía oral.

Clindamicina:

Un aplicador (5 g) intravaginal de crema al 2%, a la hora de acostarse, durante 7 días.

300 mg por vía oral, dos veces al día, durante 7 días.

Un óvulo de 100 mg, por vía vaginal al acostarse, durante 3 días.

Tinidazol 2 g, por vía oral, una vez al día, durante 3 días.

Tinidazol 1 g, por vía oral, una vez al día, durante 5 días.

Para lograr mayor efectividad se recomienda el tratamiento combinado intravaginal o por vía oral.

TRATAMIENTO PARA PACIENTES CON CANDIDIASIS VAGINAL

Prescribir algunas de las siguientes opciones:

Butoconazol crema al 2%, 5 g por vía intravaginal, durante 3 días.

Clotrimazol:

Crema al 1%, 5 g por vía intravaginal, durante 7 a 14 días.

Comprimidos de aplicación intravaginal, 100 mg durante 7 días.

Miconazol:

Crema al 2%, 5 g, por vía intravaginal, durante 7 días.

Óvulos vaginales, 200 mg, durante 3 días.

Nistatina tabletas vaginales, 100,000 unidades durante 14 días.

Ticonazol crema al 6.5%, 5 g por vía intravaginal, dosis única.

Terconazol:

Crema al 0.4%, 5 g por vía intravaginal, durante 7 días.

Óvulos vaginales, 80 mg durante 3 días.

Fluconazol 150 mg por vía oral, dosis única, una vez a la semana, durante 4 semanas.

TRATAMIENTOS PARA PACIENTES CON SÍNDROME DE FLUJO o SECRECIÓN URETRAL (HOMBRE)

TRATAMIENTO PARA PACIENTES CON URETRITIS GONOCÓCICA

Prescribir alguna de las siguientes opciones:

Primera elección:

Ceftriaxona 500 mg, por vía intramuscular, dosis única.

Azitromicina 1 g, por vía oral, dosis única.

Doxiciclina 100 mg, por vía oral, dos veces al día, durante 7 días.

Alternativos:

Eritromicina y etil succinato 800 mg, por vía oral, cuatro veces al día, durante 7 días.

Eritromicina base 500 mg, por vía oral, cuatro veces al día, durante 7 días.

Levofloxacin 500 mg, por vía oral, una vez al día, durante 7 días.

Ofloxacin 200 mg, por vía oral, dos veces al día, durante 7 días.

TRATAMIENTO PARA PACIENTES CON URETRITIS NO GONOCÓCICA

Prescribir alguna de las siguientes opciones:

Azitromicina 1 g, por vía oral, dosis única.

Doxiciclina 100 mg, por vía oral, dos veces al día, durante 7 días.

TRATAMIENTO PARA PACIENTES CON URETRITIS RECURRENTE Y PERSISTENTE

Prescribir alguna de las siguientes opciones:

Metronidazol 2 g, por vía oral, dosis única.

Tinidazol 2 g, por vía oral, dosis única.

Combinar con:

Azitromicina 1 g, por vía oral, dosis única (si no fue utilizado previamente).

Moxifloxacin 400 mg, por vía oral, una vez al día, durante 7 días.

TRATAMIENTOS PARA PACIENTES CON SÍNDROME DE DOLOR ABDOMINAL BAJO (MUJER)

En las pacientes con diagnóstico de este síndrome se recomienda indicar tratamiento para enfermedad pélvica inflamatoria (EPI), con alguno de los siguientes esquemas:

AMBULATORIO

Primera elección:

Ofloxacin 400 mg, por vía oral, dos veces al día, durante 14 días, o bien

Levofloxacin 500 mg, por vía oral, una vez al día, durante 14 días, más metronidazol 500 mg por vía oral cada 12 horas, durante 14 días.²⁵

Alternativos:

Cefoxitina 2 g, por vía intramuscular, más probenecid 1 g, por vía oral de manera concurrente, o bien

Ceftriaxona 250 mg, por vía intramuscular (o cefalosporina equivalente) más doxiciclina 100 mg por vía oral, dos veces al día, durante 14 días o metronidazol 500 mg, por vía oral, cada 12 horas, durante 14 días.

ATENCIÓN INTRAHOSPITALARIA

Régimen A:

Cefoxitina 2 g, por vía intravenosa, cada 6 horas, o bien

Cefotetan 2 g, por vía intravenosa, cada 12 horas, más doxiciclina 100 mg, por vía endovenosa u oral cada 12 horas.

Régimen B:

Clindamicina 900 mg, por vía intravenosa, cada 8 horas, más gentamicina, dosis de carga por vía intravenosa o intramuscular (2 mg/kg de peso), seguida de una dosis de sostén (1.5 mg/kg) cada 8 horas.

Alternativo:

Ampicilina-sulbactam 3 g, por vía intravenosa, cada 6 horas, más doxiciclina 100 mg, por vía endovenosa u oral cada 12 horas.

TRATAMIENTOS PARA PACIENTES CON SÍNDROME DE TUMORACIONES

TRATAMIENTO PARA PACIENTES CON CONDILOMAS ACUMINADOS

Prescribir alguna de las siguientes opciones:

Autoaplicación por la persona afectada:

Podofilotoxina al 5% en crema, dos veces al día durante tres días, seguidos de cuatro días de descanso y repetir el ciclo en cuatro ocasiones.

Imiquimod crema al 5% aplicado tres veces a la semana durante 16 semanas.

Procedimiento efectuado por un médico (con experiencia al respecto)

Crioterapia con nitrógeno líquido cada una o dos semanas.

Podofilina al 10-25%, una vez a la semana y lavado de la zona 2-4 horas después de la aplicación.

Ácido tricloroacético al 80-90%, una vez a la semana.

Remoción quirúrgica: electrocirugía o extirpación quirúrgica.

Otras alternativas: cirugía láser o aplicación de interferón intralesional.

TRATAMIENTO PARA PACIENTES CON CONDILOMAS PLANOS

Si se demuestra la coexistencia de *Treponema pallidum* y se sospecha que los condilomas planos son secundarios a sífilis, debe indicarse tratamiento específico para ésta y las lesiones desaparecerán; de lo contrario, debe sospecharse infección por virus del papiloma humano e indicar tratamiento local para los condilomas acuminados.

TRATAMIENTO PARA PACIENTES CON MOLUSCO CONTAGIOSO

Prescribir alguna de las siguientes opciones:

Autoaplicación por el paciente

Ácido salicílico al 27% en gel, aplicado una vez al día, hasta la desaparición de las lesiones.

Podofilotoxina al 5%, en crema, aplicada dos veces al día, durante tres días, seguidos de cuatro días de descanso y repetir el ciclo hasta que remitan las lesiones.

Imiquimod crema al 5%, aplicado tres veces a la semana.

Procedimiento efectuado por un médico experimentado

Crioterapia con nitrógeno líquido, una o dos semanas.

Remoción quirúrgica: electrocirugía.

Extirpación mecánica con cureta pequeña o aguja.

OTRAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL CON SÍNTOMAS ESPECÍFICOS

Las infecciones de transmisión sexual que enseguida se comentan tienen síntomas específicos que permiten incluirlas en un síndrome determinado. Pueden evolucionar asintomáticas y deben ser tomadas en cuenta por el médico porque

su condición de cronicidad y coexistencia con otras enfermedades o inmunodeficiencia puede originar graves enfermedades, complicaciones e, incluso, la muerte.

HEPATITIS B Y C

Los virus de la hepatitis B y C son hepatotropos (tienen como órgano blanco al hígado). Estos dos virus pueden transmitirse a través de las relaciones sexuales desprotegidas o por otras vías, como la sanguínea y vertical.^{18,19,20}

Infección por el virus de hepatitis B (VHB)

Se calcula que en el mundo existen alrededor de 350 millones de personas infectadas por el virus de hepatitis B (VHB), la mayoría vive en Asia. Se estima que cada año mueren de 250 a 270 mil personas por complicaciones de esta infección: cirrosis y carcinoma hepatocelular.

Se calcula que en Estados Unidos 1,250,000 personas están infectadas por este virus, en estadio crónico. La prevalencia en México es de 0.44%, según el Centro Nacional de Transfusión Sanguínea, con base en estudios en donadores. De acuerdo con estos datos México es uno de los países con baja prevalencia de infección por VHB (menos de 2%).⁵⁰ Sin embargo, varios expertos opinan que estos datos están sesgados pues, desafortunadamente, en México como en muchos países no existen programas de detección temprana y voluntaria de esta infección.

El virus de la hepatitis B es un virus ADN perteneciente a la familia de los hepadnavirus. Su genoma está constituido por 3.2 Kb y tiene una distribución circular.¹⁹

Infección por el virus de hepatitis C

De acuerdo con los datos del Centro para el Control y Prevención de Enfermedades de Estados Unidos (CDC) en la actualidad 3.9 millones de personas están infectadas por este virus, de ellas, se estima que 2.7 millones padecen la infección crónica. Además, se calcula que cada año morirán de 8,000 a 10,000 personas por hepatopatías crónicas, como las relacionadas con este virus y se espera que en la próxima década estas cifras se multipliquen por cuatro.⁵²

El virus de hepatitis C es un virus ARN de cadena sencilla, similar a los flavivirus, constituido por 9.4 Kb, con distribución lineal.

Se considera que antes de 1992, la principal causa de transmisión de la infección por el virus de la hepatitis C eran las trasfusiones de sangre, pero a partir de entonces existen programas de detección de este virus en donadores. Sin em-

bargo, en la actualidad, las principales causas son el compartir agujas o jeringas no esterilizadas, sobre todo en usuarios de drogas inyectables, la exposición ocupacional, y en los últimos años ha aumentado, considerablemente, la transmisión materno-fetal y sexual; esta última es la que interesa considerar en este libro, pues es decisivo considerarla una infección de transmisión sexual que puede adquirirse cuando no se tienen relaciones sexuales seguras y protegidas y, sobre todo, porque esta infección, en su fase aguda, casi siempre cursa asintomática. El virus puede permanecer en el organismo humano durante varios años, hasta que se manifiesta la hepatitis crónica o una complicación de ésta, que generalmente es cuando las personas se acercan a los servicios de salud.

La cirrosis y el carcinoma hepatocelular son las complicaciones más significativas de esta infección. Por esta razón la prevención y la atención de las personas infectadas en estadio asintomático revisten una gran importancia para prevenir o disminuir la morbilidad y mortalidad asociada con este virus.²⁰

DIAGNÓSTICO

Infección por el virus de hepatitis B

A pesar de que el virus de la hepatitis B es muy pequeño, la complejidad de su genoma ha permitido, con los adelantos tecnológicos de hoy en día, poder identificar múltiples marcadores serológicos, antígenos y anticuerpos, y cuantificar el ADN viral a través de la reacción en cadena de la polimerasa (PCR), que es un marcador directo de la replicación viral (Cuadro 4).

Cuadro 3. Marcadores serológicos

Marcador	Nombre	Interpretación
HBsAg	Antígeno de superficie	Replicación activa del virus
HBeAg	Antígeno e	Replicación activa del virus
HBcAg	Antígeno core	Replicación viral, sólo se comprueba en hepatocitos (en la biopsia).
Anti-HBs	Anticuerpo anti-antígeno de superficie	Evidencia de seroconversión junto con anti-HBe
Anti-HBe	Anticuerpo anti-antígeno e	Evidencia de seroconversión junto con anti-HBs
Anti-HBc	Anticuerpo anti-antígeno core	IgM en fase aguda. IgG que significa memoria inmunológica.
ADN viral	ADN viral	Replicación activa del virus

En la actualidad, la detección del antígeno de superficie (HBsAg), antes conocido como antígeno australiano, sigue siendo el estudio serológico que confirma el diagnóstico de la infección por el virus de la hepatitis B en fase aguda o crónica de la infección. Este estudio es decisivo para la detección de la infección en personas asintomáticas (en fase aguda o crónica).

El resto de los marcadores tiene un papel importante en la valoración de una persona portadora del VHB, pues orientan al médico a saber en qué momento de la infección está la persona y tomar las medidas y estrategias terapéuticas específicas que permitan prevenir o reducir el daño hepático crónico, que si no se previene puede resultar en carcinoma hepatocelular.¹⁹

Infección por el virus de hepatitis C (VHC)

El diagnóstico de la infección por el virus de la hepatitis C se establece mediante la detección serológica de anticuerpos anti-VHC. En el pasado existían dos pruebas para diagnosticar la infección por VHC, el inmunoensayo enzimático (EIA) y la de anticuerpos del virus de la hepatitis C (anti-VHC). En la actualidad se dispone de una prueba de tercera generación para detectar estos anticuerpos con mejor sensibilidad y especificidad que las anteriores. Sin embargo, debido a que se han reportado falsos positivos en donadores voluntarios de sangre sin factores de riesgo para el VHC, para confirmar el diagnóstico se sugiere un análisis de inmunotransferencia recombinante o una prueba de detección (cualitativa) del ARN de VHC mediante PCR.

Después de confirmar el diagnóstico de infección por el virus de la hepatitis C el siguiente paso será: conocer la cantidad de virus circulante. Para esto debe solicitarse una prueba de ARN de VHC por PCR cuantitativa; si el resultado es superior al nivel de detección debe solicitarse un estudio de genotipo para VHC, para valorar el éxito del tratamiento. En personas con genotipos 1 se han observado menores respuestas virológicas sostenidas (cargas virales inferiores a las concentraciones de detección del ARN viral sostenida) que en las que tienen otros genotipos virales del VHC.²⁰

PROFILAXIS

La prevención de la infección por los virus de la hepatitis B y C se consigue modificando las prácticas de riesgo y con relaciones sexuales más seguras y protegidas. Además, en la actualidad existen vacunas contra el VHB muy efectivas e inocuas, y que previenen la infección por este virus. Sin embargo, para el VHC aún no existe una vacuna, por lo que la información y la educación sexual son las únicas herramientas para prevenir la infección por el VHC.

Infección por el virus de hepatitis B (VHB)

La vacuna contra el virus de la hepatitis B requiere dos o tres dosis (dependiendo del fabricante) que se administran por vía intramuscular (en el deltoides, no en los glúteos). Se ignora el tiempo de protección de la vacuna, pero se ha demostrado que aproximadamente 80 a 90% de las personas inmunocompetentes vacunadas conservan tasas de protección durante al menos cinco años, y de 60 a 80% durante 10 años.⁵¹

En los individuos no vacunados expuestas al virus de la hepatitis B por contacto sexual se recomienda la profilaxis posexposición mediante una combinación de inmunoglobulina antihepatitis B (IgHB) y de vacuna contra la hepatitis B con el propósito de conseguir una inmunidad duradera y aprovechar la posible eficacia de la vacuna para atenuar la enfermedad clínica. En estos casos debe administrarse una dosis única por vía intramuscular de 0.06 mL/kg de IgHB antes de que hayan pasado 14 días desde la exposición, seguido de un esquema completo de vacunación.

TRATAMIENTO

Infección por el virus de hepatitis B (VHB)

En la actualidad es difícil lograr la erradicación del virus de la hepatitis B en las personas infectadas debido a la complejidad de la replicación de este virus y a la imposibilidad de eliminar el ADN viral de los reservorios extrahepáticos. Por esta razón el objetivo del tratamiento se dirige a evitar la evolución de la infección, que se logra al negativizar el antígeno e del VHB (HBeAg), disminuir por debajo de la concentración de detección la carga viral del VHB (ADN de VHB por PCR) y cuando se obtienen valores dentro de límites normales de la alanino-aminotransferasa (ALT). Por ende, la duración del tratamiento es muy variable, pues depende del tiempo que tarde en conseguirse estos propósitos.

En la actualidad se dispone de varios medicamentos con indicación para tratar la infección crónica por el VHB, que se mencionan enseguida.^{18, 19}

- Interferón: 5-10 millones de UI tres veces a la semana, por vía subcutánea.
- Lamivudina: 100 o 150 mg cada 24 horas, por vía oral.
- Adefovir: 10 mg cada 24 horas, por vía oral.
- Entecavir: 0.5 mg cada 24 horas, por vía oral (para pacientes sin antecedentes de tratamiento con nucleósidos), y 1 mg cada 24 horas vía, por oral (para pacientes con antecedentes de tratamiento con nucleósidos).

- Emtricitabina: 200 mg cada 24 horas, por vía oral.
- Tenofovir: 300 mg cada 24 horas, por vía oral.

Algunos de estos medicamentos (Lamivudina, Emtricitabina y Tenofovir) se indican como antirretrovirales para tratar la infección por el VIH, de modo que si un individuo está coinfectado con VHB y VIH se recomienda que alguno de estos medicamentos forme parte de su esquema de tratamiento antirretroviral, siempre y cuando no hayan demostrado resistencia a alguna de las dos infecciones.

Infección por el virus de hepatitis C (VHC)

El objetivo del tratamiento de la infección por el virus de la hepatitis C, al igual que en la infección por el virus de la hepatitis B, es evitar las complicaciones de esta infección, ante la imposibilidad de erradicar por completo, también, este VHC. Para este cometido se han utilizado interferones estándar como monoterapia; sin embargo, en la actualidad la estrategia más recomendada es el tratamiento doble con interferón alfa pegilado en combinación con ribavirina.⁵⁰ Existen en el mercado dos tipos de interferones alfa pegilados: el peginterferón -2b, a dosis de 0.5 o 1 mcg/kg de peso corporal, y el peginterferón -2a, a dosis de 180 mcg, ambos peginterferones se aplican por vía subcutánea una vez por semana.

La ribavirina se indica de acuerdo con el peso de la persona, una dosis de 1000-1200 mg al día, por vía oral, dividida en dos dosis (cada 12 horas); en pacientes con genotipo diferente al 1 se sugiere prescribir una dosis de 400 mg cada 12 horas, por vía oral (800 mg al día). Se recomienda que este tratamiento y el de la infección por el VHB se prescriban y vigilen por médicos con experiencia en el tratamiento de pacientes con estas infecciones.^{18, 20}

INFECCIÓN POR EL VIH

A partir del decenio de 1980 los investigadores reconocen que un número considerable de personas con enfermedades e infecciones raras tienen en común un sistema inmunológico dañado. En 1983 se aisló un nuevo virus, el VIH. En la actualidad, el Programa Conjunto de las Naciones Unidas del VIH (ONUSIDA) estima que:

- A finales de 2012 existían en todo el mundo 34 millones de personas con infección por el VIH, de las que 23.5 millones vivían en África Subsahariana y 1.4 millones en América Latina.
- Todos los días se infectan con el VIH, en todo el mundo, cerca de 11 mil personas.
- Alrededor de 40% de las personas que se infectan con el VIH tienen entre 15 y 24 años de edad.

- Se espera que para el 2020 habrán fallecido por el VIH 68 millones de personas.

En México, de acuerdo con los datos publicados por el Registro Nacional de Casos de Sida, de la Secretaría de Salud, a fines del 2012 existían 160,864 casos acumulados de personas con VIH, de ellas 90,598 ya habían muerto y 58,868 permanecían vivas. Por todo esto el VIH sigue siendo un problema de salud pública en todo el mundo y el nuestro país, que sigue ameritando atención especial y emergente.^{1, 21, 22}

Algunas características del VIH

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) es el virus que causa el sida. Existen dos tipos: el VIH-1 y el VIH-2. El primero es el más conocido y el responsable de la mayoría de los casos de sida en el mundo. En cambio, el VIH-2 es más frecuente en el continente africano, aunque se han reportado algunos casos de infección por este último en Europa y América. Ambos virus generan los mismo síntomas y se detectan mediante las mismas pruebas diagnósticas.

En la patogénesis de la infección por el VIH un aspecto significativo es la destrucción de linfocitos cooperadores CD4, que trae consigo la pérdida de la competencia del sistema inmunitario. En este proceso intervienen factores virales de tropismo y variación viral, así como factores relacionados con el huésped, que son decisivos para que el efecto final de destrucción linfocitaria; que conduce a un estado de vulnerabilidad ante distintos microorganismos que pueden provocar enfermedades oportunistas.⁶¹

El VIH es un virus ARN que pertenece a la familia de los retrovirus y a la subfamilia de los lentivirus. En la actualidad existe una gran variedad de VIH circulando en la humanidad. Así, por ejemplo, del VIH-1 existen tres grupos: M, N y O. El grupo M es el principal y contiene, al menos, 8 subtipos puros, que se denominan con las letras: A, B, C, D, F, G, H, J, además de que existe una serie de recombinantes entre estos, conocidas como cuasiespecies. Los grupos N y O son filogenéticamente distintos del grupo M y, por lo general, se encuentran en el África Occidental, aunque se han registrado algunos casos aislados en individuos de otros países.²³

Vías de transmisión

El VIH sólo puede estar activo en los fluidos corporales de un individuo vivo. Cuando la sangre y otros fluidos corporales están fuera del cuerpo, el VIH mantiene su actividad sólo unos cuantos segundos. Así, el VIH no se transmite por contacto incidental; como por ejemplo, tocando a alguien que está infectado o algunas cosas que éste haya utilizado, o compartiendo utensilios para comer o beber o usando los mismos retretes o agua para lavarse.

Puesto que el VIH se encuentra en algunas células constituyentes del organismo, en la sangre y en las secreciones o fluidos genitales de las personas infectadas, puede adquirirse por transmisión sexual, al tener relaciones sexuales desprotegidas o no seguras; por transmisión sanguínea, cuando se transfunde sangre o sus derivados infectados con el VIH, al usar jeringas o agujas no desechables o no esterilizadas, al trasplantar órganos contaminados y por transmisión vertical, de una madre infectada a su hijo, durante el embarazo, parto o amamantamiento.^{1,3}

DIAGNÓSTICO

Los exámenes de laboratorio más conocidos para establecer el diagnóstico en personas infectadas por el VIH son: la prueba de ELISA y la de *Western blot*. La primera se utiliza para el escrutinio inicial y la segunda para confirmar el diagnóstico. Sin embargo, con el advenimiento de las “pruebas rápidas”, en la actualidad son éstas las más utilizadas para establecer el diagnóstico. De modo que, con dos resultados reactivos (positivos) obtenidos de dos pruebas rápidas de diferente plataforma puede establecerse, en cuestiones de minutos, el diagnóstico de infección por VIH en una persona.

Existen, además, otras pruebas que permiten establecer el diagnóstico de esta infección, como la detección del antígeno P24, ARN de VIH por PCR cualitativa, cultivo de virus, entre otras.^{22, 24, 25}

SIDA

El sida es la enfermedad ocasionada por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).²¹ Cuando la infección por VIH evoluciona a tal grado que deteriora significativamente el sistema inmunológico, aparecen las enfermedades oportunistas. Éstas pueden tardar en aparecer desde unos meses hasta más de diez años después de la infección inicial y pueden ser ligeras, moderadas o severas, esto depende, sobre todo, de las características del virus infectante, y de algunos factores relacionados con el huésped.

En la actualidad se reconoce que el curso de la infección por VIH se caracteriza por episodios de enfermedad que pueden estar seguidos por una recuperación y períodos asintomáticos, pero para definir que una persona tiene sida se utiliza la correlación de las enfermedades oportunistas, con la cuenta de linfocitos T-CD4 obtenida en el estudio de laboratorio, conocido como: conteo linfocitario. Un individuo con un conteo de linfocitos T-CD4 menor de 200 células/ μ L se considera en etapa sida, aunque permanezca asintomático. Sin embargo, de no contarse con este estudio la coexistencia de una o varias de las siguientes enfermedades, conocidas como marcadores de sida, en un adolescente o adulto infectado con el VIH es suficiente para establecer un diagnóstico (clínico) de sida.^{21, 26, 27}

- Candidiasis oroesofágica, traqueal o bronquial.
- Coccidiomicosis diseminada o extrapulmonar.
- Carcinoma cervical invasor.
- Criptococosis extrapulmonar.
- Criptosporidiasis intestinal crónica.
- Coriorretinitis por *citomegalovirus* (CMV) o cualquier otra infección por CMV (con excepción del hígado, bazo y ganglios linfáticos).
- Encefalopatía por VIH.
- Herpes simple: úlceras mucocutáneas (más de un mes de duración) o bronquitis, neumonía o esofagitis.
- Histoplasmosis diseminada o extrapulmonar.
- Isosporidiasis intestinal crónica.
- Sarcoma de Kaposi.
- Linfoma de Burkitt.
- Linfoma inmunoblástico.
- Linfoma primario del cerebro.
- Infección por complejo *Mycobacterium avium-intracellulare* (MAC) o *Mycobacterium kansasii* extrapulmonares.
- Tuberculosis pulmonar o extrapulmonar.
- Infección por otras micobacterias (diseminadas o extrapulmonares).
- Neumonía por *Pneumocystis jirovecii*.
- Neumonía recurrente (dos o más episodios en un año).
- Leucoencefalopatía multifocal progresiva.
- Bacteremia recurrente por salmonela.
- Síndrome de desgaste asociado con VIH.
- Toxoplasmosis cerebral.

TRATAMIENTO

En la actualidad aún no existe curación de la infección por VIH. Sin embargo, cada día aparecen nuevos medicamentos antirretrovirales que prometen mayor y mejor calidad de vida para las personas infectadas.

La prescripción de tratamientos antirretrovirales deben hacerla médicos con experiencia a este respecto, con el propósito de disminuir las fallas terapéuticas y los efectos tóxicos de estos fármacos; aunado a que los criterios y estrategias de prescripción de estos medicamentos se modifican periódicamente.

Cuadro 3. Inhibidores de la transcriptasa reversa análogos a nucleósidos

Nombre genérico	Presentación	Posología
Abacavir	Tabletas 300 mg	300 mg c/12 h VO
Didanosina EC	Cápsulas 250 y 400 mg	>60 kg: 400 mg c/24 h VO <60 kg: 250 mg c/24 h VO
Emtricitabina	Cápsulas 200 mg	200 mg c/24 h VO
Lamivudina	Tabletas 150 mg	150 mg c/12 h VO
Estavudina	Cápsulas 15 y 40 mg	>60 kg: 40 mg c/12 h VO <60 kg: 30 mg c/12 h VO
Tenofovir*	Tabletas 300 mg	300 mg c/24 h VO
Zidovudina	Tabletas 250 mg	250 ó 300 mg c/12 h VO
Combinaciones en tableta única		
Lamivudina/zidovudina	Tabletas 150/300 mg	150/300 mg c/12 h VO
Abacavir/lamivudina	Tabletas 600/300 mg	600/300 mg c/24 h VO
Tenofovir/emtricitabina	Tabletas 300/200 mg	300/200 mg c/24 h VO
Zidovudina/lamivudina/abacavir	300/150/300 mg	300/150/300 mg c/12 h VO
Tenofovir/emtricitabina/efavirenz	Tabletas 300/200/600 mg	300/200/600mg c/24 h VO

* Es análogo nucleótido

Cuadro 4. Inhibidores de la transcriptasa reversa no nucleósidos

Nombre genérico	Presentación	Posología
Efavirenz	Cápsulas 600 mg	600 mg C/24 h
Nevirapina	Tabletas 200 mg	200 mg c/24 h por 14 días luego: 200 mg c/12 h
Etravirina	Tabletas 100 mg	200 mg c/12 h

Enseguida se mencionan los antirretrovirales disponibles en México y las dosis descritas son las recomendadas para adultos y adolescentes mayores de 13 años, por el Consejo Nacional para la Prevención y Control del Sida (CONASIDA) y por el Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el Sida (GENSIDA).²⁵

Cuadro 5. Inhibidores de proteasa

Nombre genérico	Presentación	Posología
Atazanavir	Cápsulas 150 mg	300 mg + ritonavir 100 mg c/24 h VO
Fosamprenavir	Tabletas 700 mg	700 mg + ritonavir 100 mg c/12 h VO
Indinavir	Cápsulas 400 mg	800 mg + ritonavir 100 mg c/12 h VO
Lopinavir/ritonavir	Cápsulas 133.3/33.3 mg	400/100 mg c/12 h VO
Saquinavir (cápsulas de gel blando)	Cápsulas 200 mg	1000 mg + ritonavir 100 mg c/12 h VO
Tipranavir	Cápsulas 250 mg	500 mg + ritonavir 200 mg c/12 h VO
Darunavir	Cápsulas 600 mg	600 mg + ritonavir 100 mg c/12 h VO

Cuadro 6. Inhibidores de entrada

Nombre genérico	Presentación	Posología
Enfuvirtida (T-20)	Ampolleta 90 mg/mL	90 mg c/12 h SC
Maraviroc	Tabletas 150 y 300 mg	300 mg c/12 h VO o 150 mg c/12 h VO

Cuadro 7. Inhibidores de integrasa

Nombre genérico	Presentación	Posología
Raltegravir	Tabletas 400 mg	400 mg c/12 h VO

PROFILAXIS POSTEXPOSICIÓN SEXUAL DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

Después de una relación sexual de riesgo, incluso posterior a un abuso sexual, la persona afectada debe acudir, lo antes posible y dentro de las primeras 72 horas del incidente, de preferencia a un centro especializado en atención a personas con VIH e infecciones de transmisión sexual para recibir atención y tratamiento profiláctico en contra del VIH y de otras infecciones de transmisión sexual.²⁸

En México, estos centros se encuentran en cada estado de la República Mexicana, para esto es conveniente que las personas se informen en los Programas Estatales de VIH e infecciones de transmisión sexual, adscritos a la Secretaría de Salud de cada estado. En esos centros se realizan pruebas serológicas de infecciones de transmisión sexual (basales):^{1, 28}

Cuadro 8. Profilaxis para VIH postexposición sexual

Nombre genérico	Presentación	Posología
Esquema básico		
Lamivudina/zidovudina o	Tabletas 150/300 mg	150/300 mg c/ 12 h VO
Emtricitabina/tenofovir	Tabletas 200/300 mg	200/300 mg c/24 h
Esquema expandido		
Lamivudina/zidovudina o	Tabletas 150/300 mg	150/300 mg c/ 12 h VO
Emtricitabina/tenofovi más	Tabletas 200/300 mg	200/300 mg c/24 h
Lopinavir/ritonavir	Tabletas 200/50 mg	400/ 100 mg (2 tabletas) c/12 h VO

Cuadro 9. Profilaxis para otras infecciones de transmisión sexual

Microorganismo	Nombre genérico	Presentación y posología
<i>Chlamydia trachomatis</i>	Azitromicina o	Tabletas 500 mg 1 g dosis única VO
	Doxiciclina *	Cápsulas 100 mg 100 mg c/12 h durante 7 días VO
<i>Treponema pallidum</i> y <i>Neisseria gonorrhoeae</i>	Ceftriaxona	Ampolletas de 500 mg 250 mg dosis única IM
<i>Trichomonas vaginalis</i> <i>Giardia lamblia</i> y <i>Entamoeba histolytica</i>	Metronidazol * *	Tabletas 500 mg 2 g dosis única VO

*Contraindicado en embarazadas.

**Contraindicado en primer trimestre del embarazo.

- Sífilis: inicial y a las seis semanas.
- Hepatitis B y C: inicial y a las seis semanas.
- VIH: inicial, a los 3, 6 y 12 meses.

Los tratamientos más indicados para la profilaxis de otras infecciones de transmisión sexual se muestran en el Cuadro 9.^{1, 13, 28}

También se sugiere la profilaxis para hepatitis B y VPH; con este propósito es recomendable aplicar las vacunas correspondientes.^{1, 28, 29}

REFERENCIAS

1. Clemades T, Fonte V, Ruiz M. Síndromes clínicos relacionados con las infecciones de transmisión sexual. En: Sexualidad humana. México: Manual Moderno, 2008;305-371.

2. Cruz C, Egremy G, Ramos U. Manual para capacitadores en el manejo sindromático de las infecciones de transmisión sexual. México: CONASIDA, 2004 (Trabajo original publicado en 1999).
3. Clemades T. Información complementaria para preparar el tema 2. En: Manual de capacitación en infecciones de transmisión sexual para promotoras de salud. México: MEXFAM, 2007;63-71.
4. Casanova G, y col. Infecciones de transmisión sexual. 1ª ed. México: Alfil, 2004.
5. Centers for Disease Control and Prevention. Epstein-barr virus and Infectious Mononucleosis. Recuperado el 2 de junio de 2014. <http://www.cdc.gov/ncidod/diseases/ebv.htm>
6. Hanson D, Diven DG. Molluscum Contagiosum. Dermatology Online Journal 2003;9:2. Recuperado el 2 de junio de 2014; de <http://dermatology.cdlib.org/92/reviews/molluscum/diven.html>
7. Arenas R. Atlas de Dermatología, diagnóstico y tratamiento. 3a ed. México: Mc Graw-Hill, 2004.
8. Geisler WM, et al. Epidemiology of Anorectal Chlamydial and Gonococcal Infections. Among Men Having Sex with Men in Seattle. Utilizing Serovar and Auxotype Strain Typing. Sexually Transmitted Diseases 2002;29:189-95.
9. Holland-Hall C. Sexually Transmitted Infections: Screening, Syndromes, and Symptoms. Prim Care Clin Office Pract 2006;33:433-454.
10. Grover D, Prime KP, Prince MV, et al. Rectal gonorrhoeae in men - is microscopy still a useful tool? International Journal of STD & AIDS 2006;17:277-9.
11. Mandell GL, Benett JE, Dolin R. Infecciones Infecciosas y sus Agentes Etiológicos. En: Infecciones Infecciosas. Principios y Práctica. 5a ed. Buenos Aires: Médica Panamericana, 2002.
12. Delgado J, Fernández del Castillo C. Importancia de las infecciones de transmisión sexual y de la anticoncepción en la adolescencia. En: Ginecología y Reproducción Humana. Temas selectos. México: Colegio Mexicano de Especialistas en Ginecología y Obstetricia, 2006.
13. Cruz C, Ramos U, González A. Guía de prevención, diagnóstico y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual. Dirigida a personal de servicios de salud. México: FUNSALUD, 2011.
14. The Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines. Center for Disease Control and Prevention. Washington DC, 2002.
15. Centers for Disease Control and Prevention. Increases in fluoroquinolone-resistant Neisseria gonorrhoeae among men who have sex with men. United States, 2003, and revised recommendations for gonorrhea treatment, 2004. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2004;53:335-8.
16. Villanueva P, Díaz P, Guido M, y col. Prevalencia de virus del papiloma humano de alto riesgo en el epitelio anal de hombres VIH positivos. Rev Bioquímica 2002;27(4).
17. Chin-Hong PV, Vittinghoff E, Cranston RD, et al. Age-Specific Prevalence of Anal Human Papillomavirus Infection in HIV-Negative Sexually Active Men who Have sex with Men: The explore Study. J Infectious Dis 2004;190:2070-6.
18. Uribe M, Vargas F. Problemas clínicos en hepatología. México: Masson-Doyma, 2005.
19. Dienstag JL, Isselbacher KJ. Hepatitis viral aguda. En: Harrison. Principios de Medicina Interna. 15ª ed. México: McGraw-Hill Interamericana, 2002;2:2011-2030.
20. Dieterich D. Estrategias en el manejo de la coinfección con VHC/VIH. En: Hepatitis C. Guía de manejo 2006. México: Thomson PLM, 2006;7-21.
21. ONUSIDA. Orientaciones terminológicas de ONUSIDA, Octubre 2011. Consultado el 5 de junio de 2014 en: http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/noticias/JC2118_terminology_guidelines_es.pdf
22. Treviño SC. Diagnóstico y monitorización de la infección por el VIH. En: Manual para la atención del paciente con VIH/SIDA. Barcelona: Permanyer, 2005;31-8.
23. Soto LE. Virología e inmunología de la infección por VIH. En: Manual para la atención del paciente con VIH/SIDA. Barcelona: Permanyer, 2005;17-30.

24. Alvarez C, Calva JJ, Flisser A, y col. Interpretación y manejo de las pruebas de detección del VIH. En: Guía para la atención médica de pacientes con infección por VIH/SIDA en consulta externa y hospitales. 4ª ed. México: CONASIDA, 2000;19-22.
25. Soto LE, Quiroz LA, Andrade J, y col. Guía de manejo antirretroviral de las personas con VIH. 5ª ed. México: CONASIDA-CENSIDA, 2012.
26. Fodor M. Cáncer y sida. En: Sida. 3ª ed. Santiago de Chile: Mediterráneo, 2002;176-205.
27. Kreft A, Weber A, Springer E, et al. Bone Marrow Findings in Multicentric Castleman Disease in HIV-negative Patients. Am J Surg Pathol 2007;31:398-402.
28. Pedrosa L, Ramos U, Ortiz L, y col. Atención médica a personas violadas. 2ª ed. México: Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, 2005.
29. Merck Sharp & Dohme. Vacuna recombinante tetraivalente contra el virus del papiloma humano (tipos 6, 11, 16, 18). Consultado el 2 de junio de 2014 en http://www.msd.com.mx/msdmexico/hcp/ipp/gardasil.html#section_11.

ANEXOS

LISTADO DE IMAGENES

TOMADO DE SX ULCERATIVO

IMAGEN 1 TOMADO DE

https://www.google.com.mx/search?hl=es&authuser=0&site=img&tbm=isch&source=hp&biw=1366&bih=600&q=granuloma+inguinal&oq=granuloma+inguinal&gs_l=img.3...1631.7808.0.8379.18.9.0.9.2.0.116.441.8j1.9.0....0...1ac.1.45.img..8.10.390.-qlmjKOEZs#facrc=_&imgdii=_&imgrc=bVo8LIW9ud y8FM%253A%3BBv51twZCIEIUQM%3Bhttp%253A%252F%252F3219a2.medialib.glogster.com%252Fmedia%252F22%252F230823d96fa21d7ea176d4a3b6d64f3376fddc9b2eecd24d369abe78fe6c09c%252Fgranuloma07.jpg.jpg%3Bhttp%253A%252F%252Fwww.glogster.com%252Fgranulomainguinal%252Fgranuloma-inguinal%252Fg-6mgcv0fn5vhquofliirma0%3B513%3B480

IMAGEN 2 TOMADO DE

https://www.google.com.mx/search?hl=es&authuser=0&site=img&tbm=isch&source=hp&biw=1366&bih=600&q=granuloma+inguinal&oq=granuloma+inguinal&gs_l=img.3...1631.7808.0.8379.18.9.0.9.2.0.116.441.8j1.9.0....0...1ac.1.45.img..8.10.390.-qlmjKOEZs#facrc=_&imgdii=_&imgrc=4iaiOY7Fb2WgvM%253A%3BN7aPQvDDgHjJTM%3Bhttp%253A%252F%252Fwww.promocionyprevencion.com%252Fwp-content%252Fuploads%252F2012%252F02%252Fgranuloma_inguinale8.jpg%3Bhttp%253A%252F%252Fwww.promocionyprevencion.com%252Fcategory%252Fenfermedades-de-tansmicion-sexual%252Fgranuloma-inguinal%252F3B233%3B358

IMAGEN 3 TOMADO DE

https://www.google.com.mx/search?hl=es&authuser=0&site=img&tbm=isch&source=hp&biw=1366&bih=600&q=linfogranuloma+venereo&oq=linfogranuloma+venereo&gs_l=img.3...1036.7935.0.8554.22.6.0.16.0.0.117.534.5j1.6.0....0...1ac.1.45.img..17.5.464.YNwJByHCeW8#facrc=_&imgdii=_&imgrc=LRpoPS3dkX34hM%253A%3B8sf6HWErY60LXM%3Bhttp%253A%252F%252Fwww.edicionesmedicas.com.ar%252Fvar%252Fedicionesmedicas_com_ar%252Fstorage%252Fimages%252Fmedia%252Fimages%252Flinfogranuloma_venereo._imagen_dermocosmos.com%252F79447-1-esl-AR%252FLinfogranuloma_venereo._Imagen_dermocosmos.com.jpg%3

[Bhttp%253A%252F%252Fdeiafargnoli.blogspot.com%252F2013%252F10%252Fdsts-linfogranuloma-venereo.html%3B579%3B381](http://www.google.com.mx/search?hl=es&authuser=0&site=img&tbm=isch&source=hp&biw=1366&bih=643&q=sifilis&fotos&oq=sifilis&gs_l=img.1.3.0i10.4212.5771.0.8993.7.4.0.3.3.0.147.411.3j1.4.0....0...1ac.1.45.img..0.7.425.oHzyg8QQcM#facrc=_&imgdii=_&imgrc=F5BrgtsZnBQ6HM%253A%3BYD56VfyFxAjsj5M%3Bhttp%253A%252F%252Fmaribelmorenocarrero.files.wordpress.com%252F2012%252F03%252Fsifilis_primaria_01.jpg%3Bhttp%253A%252F%252Fmaribelmorenocarrero.wordpress.com%252Fel-aparato-reproductor%252Flasifilis%252F%3B364%3B335)

IMAGEN 4 TOMADO DE

https://www.google.com.mx/search?hl=es&authuser=0&site=img&tbm=isch&source=hp&biw=1366&bih=643&q=sifilis&fotos&oq=sifilis&gs_l=img.1.3.0i10.4212.5771.0.8993.7.4.0.3.3.0.147.411.3j1.4.0....0...1ac.1.45.img..0.7.425.oHzyg8QQcM#facrc=_&imgdii=_&imgrc=F5BrgtsZnBQ6HM%253A%3BYD56VfyFxAjsj5M%3Bhttp%253A%252F%252Fmaribelmorenocarrero.files.wordpress.com%252F2012%252F03%252Fsifilis_primaria_01.jpg%3Bhttp%253A%252F%252Fmaribelmorenocarrero.wordpress.com%252Fel-aparato-reproductor%252Flasifilis%252F%3B364%3B335

IMAGEN 5 TOMADO DE

https://www.google.com.mx/search?hl=es&authuser=0&site=img&tbm=isch&source=hp&biw=1366&bih=600&q=herpes+simple+genital&oq=herpes+simple+genital&gs_l=img.3...7960.12538.0.13346.21.11.0.10.4.0.236.867.8j0j1.9.0....0...1ac.1.45.img..9.12.831.vkzVJmB-nAM#facrc=_&imgdii=_&imgrc=P0DwKRQapuB8kM%253A%3BCDY_scsvKDitkM%3Bhttp%253A%252F%252Fdermis.multimedica.de%252Fbilder%252FCDD063%252F550px%252Fimg0092.jpg%3Bhttp%253A%252F%252Fdermis.multimedica.de%252Fdermisroot%252Fes%252F11611%252Fimage.htm%3B366%3B550

IMAGEN 6 TOMADO DE

https://www.google.com.mx/search?hl=es&authuser=0&site=img&tbm=isch&source=hp&biw=1366&bih=600&q=herpes+genital&oq=herpes+genital&gs_l=img.3..0i10i24.3202.8335.0.8924.14.14.0.0.0.225.1226.13j0j1.14.0....0...1ac.1.45.img..0.14.1219.H7jFpgiApc8#facrc=_&imgdii=_&imgrc=hxFFFmtotvC-nM%253A%3BB8QduFT_-7W0NM%3Bhttp%253A%252F%252Fweb.udl.es%252Fusuarios%252Fdermatol%252FProtocolosWeb%252FImagenes%252FGrand%252FHsvGenRec3.JPG%3Bhttp%253A%252F%252Fweb.udl.es%252Fusuarios%252Fdermatol%252FProtocolosWeb%252FInfecciones%252FInfeccionesViricas%252FHerpesSimple.html%3B600%3B400

IMAGEN 7 TOMADO DE

https://www.google.com.mx/search?hl=es&authuser=0&site=img&tbm=isch&source=hp&biw=1366&bih=600&q=herpes+labial&oq=herpes+labial&gs_l=img.3..0i10.1282.4458.0.5428.13.8.0.5.5.0.84.401.8.8.0....0...1ac.1.45.img..0.13.437.ja3vb2_6X1s#facrc=_&imgdii=_&imgrc=rRr6JAum_JmhAM%253A%3BMPUhb9D4KC_oTM%3Bhttp%253A%252F%252F4.bp.blogspot.com%252FmdPd58g_1WI%252FULyDbvdDIMI%252FAAAAAAAAAEF4%252FW5vxpME2laA%252Fs1600%252Fherpes%252Blabial.jpg%3Bhttp%253A%252F%252Fwww.carolinacapo.com%252F2012%252F12%252Fremedios-naturales-para-prevenir-y.html%3B320%3B231

IMAGEN 8 TOMADO DE

https://www.google.com.mx/search?hl=es&authuser=0&site=img&tbm=isch&source=hp&biw=1366&bih=600&q=granuloma+inguinal&oq=granuloma+inguinal&gs_l=img.3...2317.7920.0.8881.20.14.1.5.2.1.441.1604.2j4j0j1j1.8.0....0...1ac.1.45.img..12.8.779.nj7LoDJGubc#facrc=_&imgdii=YGBZWSl0cgjJWM%253A%3BSw6_k35HsSY6_M%3BYGBZWSl0cgjJWM%253A%3Bimgrc=YGBZWSl0cgjJWM%253A%3BHb8mAr7FzWRJHM%3Bhttp%253A%252F%252Fwww.telmeds.org%252Fwp-content%252Fuploads%252F2013%252F07%252Fimagen313.jpg%3Bhttp%253A%252F%252Fwww.telmeds.org%252FAtlas%252Fdermatologia%252Fg%252F2Fgranuloma-inguinal%252F%3B800%3B600

SX FLUJO VAGINAL

IMAGEN 9 TOMADO DE

https://www.google.com.mx/search?hl=es&authuser=0&site=img&tbm=isch&source=hp&biw=1366&bih=600&q=FLUJO+VAGINAL&oq=FLUJO+VAGINAL&gs_l=img.12...4988.10808.0.12990.16.11.0.5.0.0.612.1640.1j3j5-2.6.0...0...1ac.1.45.img..11.5.1448.fuFzYRS6r2Y#facr=_&imgdi=i_&imgrc=ZxdBLuQg3YwelM%253A%3B6XNbUTpzGiGtCm%3Bhttp%253A%252F%252F1.bp.blogspot.com%252F-TRP5h7pqoSg%252FUMxgVv1JyEl%252FAAAAAAALv0%252FdesPXfHk2g0%252Fs1600%252Fvaginosis-bacteriana-flujo-gris%2525C3%2525A1ceo.jpg%3Bhttp%253A%252F%252Fblogdejocassan.blogspot.com%252F2012%252F12%252Falteraciones-del-flujo-vaginal-en-que.html%3B361%3B255

IMAGEN 10 TOMADO DE

https://www.google.com.mx/search?hl=es&authuser=0&site=img&tbm=isch&source=hp&biw=1366&bih=600&q=FLUJO+VAGINAL&oq=FLUJO+VAGINAL&gs_l=img.12...4988.10808.0.12990.16.11.0.5.0.0.612.1640.1j3j5-2.6.0...0...1ac.1.45.img..11.5.1448.fuFzYRS6r2Y#facr=_&imgdii=_&imgrc=nEqMPoiZsaUp6M%253A%3BwIzjDMaXtDjILM%3Bhttp%253A%252F%252Fwww.enfermedadlavalva.com.ar%252Fimagenes%252Fmedicos%252Fmicrobiota_009.jpg%3Bhttp%253A%252F%252Fwww.enfermedadlavalva.com.ar%252Fmed_microbiota.php%3B229%3B196

IMAGEN 11 TOMADO DE

https://www.google.com.mx/search?hl=es&authuser=0&site=img&tbm=isch&source=hp&biw=1366&bih=600&q=FLUJO+VAGINAL&oq=FLUJO+VAGINAL&gs_l=img.12...4988.10808.0.12990.16.11.0.5.0.0.612.1640.1j3j5-2.6.0...0...1ac.1.45.img..11.5.1448.fuFzYRS6r2Y#facr=_&imgdii=_bqCKW0sTVhe5M%3A%3BndwBBgA4bTrw2M%3B_bqCKW0sTVhe5M%3A&imgrc=_bqCKW0sTVhe5M%253A%3BwIzjDMaXtDjILM%3Bhttp%253A%252F%252Fwww.enfermedadlavalva.com.ar%252Fimagenes%252Fmedicos%252Fmicrobiota_006.jpg%3Bhttp%253A%252F%252Fwww.enfermedadlavalva.com.ar%252Fmed_microbiota.php%3B232%3B231

IMAGEN 12 TOMADO DE

http://www.google.com.mx/imgres?imgurl=&imgrefurl=http%3A%2F%2Fyoylascircunstancias.blogspot.com%2F2012%2F01%2FInfecciones-de-vias-urinarias.html&h=0&w=0&tbnid=8LTLcuc0vXRghM&zoom=1&tbnh=259&tbnw=194&docid=gsAkr6-IG2YTgM&hl=es&tbm=isch&ei=5_WQU_6PMZGNqga694DYCg

SX SECRECIÓN URETRAL

IMAGEN 13 TOMADO DE

https://www.google.com.mx/search?hl=es&authuser=0&site=img&tbm=isch&source=hp&biw=1366&bih=600&q=FLUJO+VAGINAL&oq=FLUJO+VAGINAL&gs_l=img.12...4988.10808.0.12990.16.11.0.5.0.0.612.1640.1j3j5-2.6.0...0...1ac.1.45.img..11.5.1448.fuFzYRS6r2Y#authuser=0&hl=es&q=SECRECI%3C%93N+URETRAL&tbm=isch&facr=_&imgdii=_&imgrc=nWpJ_xY_2N2dM%253A%3B9fVjD-g8RiPwM%3Bhttp%253A%252F%252F1.bp.blogspot.com%252F-r9AmiVebzTA%252FUWiTv7bX1XI%252FAAAAAAAGGc%252FI7Qz57YJlXs%252Fs1600%252FURETRITIS.jpg%3Bhttp%253A%252F%252Fdrtomcats.blogspot.com%252F2013%252F01%252Fblog-post_8403.html%3B726%3B483

IMAGEN 14 TOMADO DE

https://www.google.com.mx/search?hl=es&authuser=0&site=imghp&tbm=isch&source=hp&biw=1366&bih=600&q=candidosis+pene&oq=candidosis+pene&gs_l=img.3...1370.6099.0.6488.15.13.0.2.0.0.97.1063.13.13.0....0...1ac.1.45.img..3.12.989.3wt9Z5L-nl0#facrc=_&imgdii=_&imgcr=e9oFNCOTVsgENM%253A%3B1KQqg-smVcd7xM%3Bhttp%253A%252F%252F252Fsubirimagenes.com%252Ffotos%252Fprevio%252Fthump_8538464p3.jpg%3Bhttp%253A%252F%252Fwww.elotrolado.net%252Fhilo_candidiasis-en-el-pene-dios-que-dolor-18-anos_1915856_s40%3B383%3B200

IMAGEN 15 TOMADO DE

https://www.google.com.mx/search?hl=es&authuser=0&site=imghp&tbm=isch&source=hp&biw=1366&bih=600&q=candidosis+pene&oq=candidosis+pene&gs_l=img.3...1370.6099.0.6488.15.13.0.2.0.0.97.1063.13.13.0....0...1ac.1.45.img..3.12.989.3wt9Z5L-nl0#authuser=0&hl=es&q=candidiasis+pene&tbm=isch&facrc=_&imgdii=_&imgcr=ZwHtBDWJHFyrUM%253A%3BXwx2Tg b6zaHjGM%3Bhttp%253A%252F%252Fwww.igualdadlgbt.org%252Fwp-content%252Fuploads%252F2014%252F01%252Fclamidia.1.jpg%3Bhttp%253A%252F%252Fwww.igualdadlgbt.org%252Faliados%252Finfecciones-de-transmision-sexual%252F%3B216%3B201

IMAGEN 16 TOMADO DE

https://www.google.com.mx/search?hl=es&authuser=0&site=imghp&tbm=isch&source=hp&biw=1366&bih=600&q=candidosis+pene&oq=candidosis+pene&gs_l=img.3...1370.6099.0.6488.15.13.0.2.0.0.97.1063.13.13.0....0...1ac.1.45.img..3.12.989.3wt9Z5L-nl0#authuser=0&hl=es&q=SECRETION+ANAL&tbm=isch&facrc=_&imgdii=_&imgcr=bD0MayfHG5xfvM%253A%3BLKqvSWGfQf aisM%3Bhttp%253A%252F%252Fmensolutions.es%252Fwp-content%252Fuploads%252F2014%252F02%252Fartritis-Reactiva-Men-Solutions-1.jpg%3Bhttp%253A%252F%252Fmensolutio ns.es%252Fartritis-reactiva%252F%3B600%3B450

SX SECRECIÓN ANORECTAL

IMAGEN 33 TOMADO DE

https://www.google.com.mx/search?hl=es&authuser=0&site=imghp&tbm=isch&source=hp&biw=1366&bih=600&q=candidosis+pene&oq=candidosis+pene&gs_l=img.3...1370.6099.0.6488.15.13.0.2.0.0.97.1063.13.13.0....0...1ac.1.45.img..3.12.989.3wt9Z5L-nl0#authuser=0&hl=es&q=clamidiasis+perianal&tbm=isch&facrc=_&imgdii=_&imgcr=sFQyP6A8q7il7M%253A%3BQ05eGXhu5X Jq6M%3Bhttp%253A%252F%252Fwww.infecto.edu.uy%252Fcasos%252Fcaso21%252Fhsv1.jpg%3Bhttp%253A%252F%252Fwww.infecto.edu.uy%252Fcasos%252Fcaso21%252Fbreves3.html%3B221%3B337

IMAGEN 34 TOMADO DE

https://www.google.com.mx/search?hl=es&authuser=0&site=imghp&tbm=isch&source=hp&biw=1366&bih=600&q=candidosis+pene&oq=candidosis+pene&gs_l=img.3...1370.6099.0.6488.15.13.0.2.0.0.97.1063.13.13.0....0...1ac.1.45.img..3.12.989.3wt9Z5L-nl0#authuser=0&hl=es&q=secrecion+perianal&tbm=isch&facrc=_&imgdii=_&imgcr=vTfmivMa3d10eM%253A%3BmsYrI-ojcloQM%3Bhttp%253A%252F%252Fstatic.wixstatic.com%252Fmedia%252F3e0d24_37fbc996db4640668bb1b7cf6947836b.jpg_srz_260_230_85_22_0.50_1.20_0.00_jpg_sr z%3Bhttp%253A%252F%252Fcpsolanorespuestas.wix.com%252Fcmhds%2523!lista-de-precios%252Fcv7h%3B260%3B230

SX DOLOR ABDOMINAL BAJO

IMAGEN 17 TOMADO DE

https://www.google.com.mx/search?hl=es&authuser=0&site=imghp&tbm=isch&source=hp&biw=1366&bih=600&q=candidosis+pene&oq=candidosis+pene&gs_l=img.3...1370.6099.0.6488.15.13.0.2.0.0.97.1063.13.13.0....0...1ac.1.45.img..3.12.989.3wt9Z5L-nl0#authuser=0&hl=es&q=SECRECION+VAGINAL&tbm=isch&facrc=_&imgdii=_&imgrc=jBcTwwFOHLDEM%253A%3ByTDHPqCfrbsCKM%3Bhttp%253A%252F%252FReproduccionasistidorreon.com%252Fwp-content%252Fuploads%252F2013%252F03%252Fcolico.jpg%3Bhttp%253A%252F%252FReproduccionasistidorreon.com%252Fginecologia%252F%3B370%3B270

IMAGEN 18 TOMADO DE

https://www.google.com.mx/search?hl=es&authuser=0&site=imghp&tbm=isch&source=hp&biw=1366&bih=600&q=candidosis+pene&oq=candidosis+pene&gs_l=img.3...1370.6099.0.6488.15.13.0.2.0.0.97.1063.13.13.0....0...1ac.1.45.img..3.12.989.3wt9Z5L-nl0#authuser=0&hl=es&q=GONORRHEA+ANAL&tbm=isch&facrc=_&imgdii=_&imgrc=sQV9eV7qAqORNM%253A%3BUJCE47tubiYAOm%3Bhttp%253A%252F%252Fgonorrea.org%252Fwp-content%252Fuploads%252F2010%252F11%252Fstd-testing.jpg%3Bhttp%253A%252F%252Fgonorrea.org%252F%3B319%3B212

SX TUMORACIONES

IMAGEN 19 TOMADO DE

https://www.google.com.mx/search?hl=es&authuser=0&site=imghp&tbm=isch&source=hp&biw=1366&bih=600&q=candidosis+pene&oq=candidosis+pene&gs_l=img.3...1370.6099.0.6488.15.13.0.2.0.0.97.1063.13.13.0....0...1ac.1.45.img..3.12.989.3wt9Z5L-nl0#authuser=0&hl=es&q=CONDILOMATOSIS&tbm=isch&facrc=_&imgdii=_&imgrc=4ed9Fd1jcEQw1M%253A%3BAPHRB-wPxAv48M%3Bhttp%253A%252F%252F4.bp.blogspot.com%252F-nstK4t6_kDM%252FUZtrqSDERs%252FAAAAAAABYk%252FIQ-f74cxozl%252Fs1600%252F21v22n04-13100859fig05.jpg%3Bhttp%253A%252F%252Fskorpiomenlamedicina.blogspot.com%252F2013%252F05%252F5Finfeccion-por-el-virus-del-papiloma.html%3B700%3B501

IMAGEN 20 TOMADO DE

https://www.google.com.mx/search?hl=es&authuser=0&site=imghp&tbm=isch&source=hp&biw=1366&bih=600&q=candidosis+pene&oq=candidosis+pene&gs_l=img.3...1370.6099.0.6488.15.13.0.2.0.0.97.1063.13.13.0....0...1ac.1.45.img..3.12.989.3wt9Z5L-nl0#authuser=0&hl=es&q=CONDILOMATOSIS&tbm=isch&facrc=_&imgdii=_&imgrc=yOk9WjmyHbDQsM%253A%3BrlbuQwcv_F24qM%3Bhttp%253A%252F%252Fxn-dermatologologroo-uxb.es%252Fwp-content%252Fuploads%252F2013%252F02%252Fcondilomas_acuminados01.jpg%3Bhttp%253A%252F%252Fxn-dermatologologroo-uxb.es%252Fverrugas-genitales-ocondilomas%252F%3B600%3B450

IMAGEN 21 TOMADO DE

https://www.google.com.mx/search?hl=es&authuser=0&site=imghp&tbm=isch&source=hp&biw=1366&bih=600&q=vph+EN+BOCA&oq=vph+EN+BOCA&gs_l=img.3...014j0i2413.1035.5168.0.6108.11.7.0.4.4.0.324.883.5j1j0j1.7.0....0...1ac.1.45.img..0.11.909.4d7j9wkWkzTI#facrc=_&imgdii=_&imgrc=UfdMaEV0f7wmVM%253A%253A%3B4JpVZMtmQ788JM%3Bhttp%253A%252F%252Fwww.poblanerias.com%252Fwp-content%252Farchivos%252F2012%252F09%252Fhpv1.

<http://www.poblanerías.com/2012/09/09/cifras-revelan-que-practicar-sexo-oral-puede-ser-peligroso/>

IMAGEN 22 TOMADO DE

https://www.google.com.mx/search?hl=es&authuser=0&site=img&tbm=isch&source=hp&biw=1366&bih=600&q=candidosis+pene&oq=candidosis+pene&gs_l=img...1370.6099.0.6488.15.13.0.2.0.0.97.1063.13.13.0....0...1ac.1.45.img..3.12.989.3wt9Z5L-nl0#authuser=0&hl=es&q=VPH+BOCA&tbm=isch&facrc=_&imgdii=_&imgrc=tryXUm26CmFHNm%253A%3BFN9rsG8qbJF91M%3Bhttp%253A%252F%252Fm24digital.com%252Fwp-content%252Fuploads%252F2012%252F01%252Fvirus-papilona-en-el-hombre-.jpg%3Bhttp%253A%252F%252Fm24digital.com%252F2012%252F01%252F28%252Ffel-virus-del-papiloma-humano-vph-es-mas-comun-en-los-hombres%252F%3B400%3B300

IMAGEN 23 TOMADO DE

https://www.google.com.mx/search?hl=es&authuser=0&site=img&tbm=isch&source=hp&biw=1366&bih=600&q=candidosis+pene&oq=candidosis+pene&gs_l=img...1370.6099.0.6488.15.13.0.2.0.0.97.1063.13.13.0....0...1ac.1.45.img..3.12.989.3wt9Z5L-nl0#authuser=0&hl=es&q=VPH+ANAL&tbm=isch&facrc=_&imgdii=_&imgrc=FFC2aD6WUX7MOM%253A%3BGKl5mBaXPuXl6M%3Bhttp%253A%252F%252Fcondilomas.com%252Fwp-content%252Fuploads%252Fdescarga2.jpg%3Bhttp%253A%252F%252Fcondilomas.com%252Ffel-virus-del-papiloma-cosas-que-aun-no-sabes-y-que-debes-saber%252F%3B240%3B180

IMAGEN 24 TOMADO DE

https://www.google.com.mx/search?hl=es&authuser=0&site=img&tbm=isch&source=hp&biw=1366&bih=600&q=candidosis+pene&oq=candidosis+pene&gs_l=img...1370.6099.0.6488.15.13.0.2.0.0.97.1063.13.13.0....0...1ac.1.45.img..3.12.989.3wt9Z5L-nl0#authuser=0&hl=es&q=MULUSCO+CONTAGIOSO&tbm=isch&facrc=_&imgdii=_&imgrc=wVjxCB4SfkFRAM%253A%3BuZIM_0eTiG97kM%3Bhttp%253A%252F%252Fwww.dermatologoraulgonzalez.com%252Fimagenes%252Fstories%252Fmolusco_contagiosoWEB%252FMolusco_Contagioso_en_Genitales02.JPG%3Bhttp%253A%252F%252Fwww.dermatologoraulgonzalez.com%252Fenfermedades-virales%252Fmolusco-contagioso.php%3B640%3B480

IMAGEN 25 TOMADO DEL AUTOR (TIRSO CLEMADES)

IMAGEN 26 TOMADO DEL AUTOR (TIRSO CLEMADES)

SX OTRAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

IMAGEN 27 (HEPATITIS) TOMADO DE

<http://www.google.com.mx/imgres?imgurl=&imgrefurl=http%3A%2F%2Fwww.elarsenal.net%2F2011%2F05%2F14%2Fhepatitis-un-serio-problema-de-salud-publica%2F&h=0&w=0&tbid=j6du7W8JH86QjM&zoom=1&tbnh=190&tbw=266&docid=X2FsFXZ3XeEZ4M&hl=es&tbm=isch&ei=1QIRU6eaNoWqgaJ-oLgBQ&ved=0CAUqSCUoAQ>

IMAGEN 28 (ESCABIASIS) TOMADO DE

https://www.google.com.mx/search?hl=es&authuser=0&site=imghp&tbm=isch&source=hp&biw=1366&bih=600&q=candidosis+pene&oq=candidosis+pene&gs_l=img.3...1370.6099.0.6488.15.13.0.2.0.0.97.1063.13.13.0....0...1ac.1.45.img..3.12.989.3wt9Z5L-nl0#authuser=0&hl=es&q=escabiasis&tbm=isch&facrc=_&imgdii=_&imgrc=rsZZ7z2-oqlpPM%253A%3BZgjdfRrbhocmQM%3Bhttp%253A%252F%252Fwww.telmeds.org%252Fwp-content%252Fuploads%252F2010%252F06%252Fdsdn0007.jpg%3Bhttp%253A%252F%252Fwww.telmeds.org%252Fescabiosis%252F%3B1600%3B1200

IMAGEN 29 (PEDICULOSIS) TOMADO DE

https://www.google.com.mx/search?hl=es&authuser=0&site=imghp&tbm=isch&source=hp&biw=1366&bih=600&q=candidosis+pene&oq=candidosis+pene&gs_l=img.3...1370.6099.0.6488.15.13.0.2.0.0.97.1063.13.13.0....0...1ac.1.45.img..3.12.989.3wt9Z5L-nl0#authuser=0&hl=es&q=pediculosis&tbm=isch&facrc=_&imgdii=_&imgrc=cJEB2R83UDO_QM%253A%3Bgm9nv47isuzY3M%3Bhttp%253A%252F%252Fwww.huidziekten.nl%252Fafbeeldingen%252Fsoa%252Fpediculosis-pubis-4.jpg%3Bhttp%253A%252F%252Fwww.huidziekten.nl%252Fzakboek%252Fdermatosen%252Fptxt%252Fpediculosis-pubis-schaamluis.htm%3B1024%3B768

IMAGEN 30 (PIOJO PÚBLICO) TOMADO DE

https://www.google.com.mx/search?hl=es&authuser=0&site=imghp&tbm=isch&source=hp&biw=1366&bih=600&q=candidosis+pene&oq=candidosis+pene&gs_l=img.3...1370.6099.0.6488.15.13.0.2.0.0.97.1063.13.13.0....0...1ac.1.45.img..3.12.989.3wt9Z5L-nl0#authuser=0&hl=es&q=pediculosis+pubis&tbm=isch&facrc=_&imgdii=_&imgrc=igR1sjxhykMM%253A%3BVIH7OFXNF_GGVM%3Bhttp%253A%252F%252Fwww.beautymarket.es%252Fpeluqueria%252Fforos%252Fforopost134357.jpg%3Bhttp%253A%252F%252Fwww.pediculosis.blogspot.com%252F2010%252F12%252Ffla-pediculosis.html%3B390%3B352

IMAGEN 31 VEB TOMADO DEL AUTOR (TIRSO CLEMADES)

IMAGEN 32 VIRUS VHH8 TOMADO DEL AUTOR (TIRSO CLEMADES)

IMAGEN 33 (LGV) TOMADO DE

https://www.google.com.mx/search?hl=es&authuser=0&site=imghp&tbm=isch&source=hp&biw=1366&bih=643&q=linfgranuloma&oq=linfgranuloma&gs_l=img.3...7760.11859.0.13457.14.6.0.8.0.0.122.524.5j1.6.0....0...1ac.1.45.img..9.5.448.QCMgiiPD06g#facrc=_&imgdii=_&imgrc=IUwrHP5ABhJHAM%253A%3BxREKO_e7hVe8xM%3Bhttp%253A%252F%252F2.bp.blogspot.com%252F-KgCcL5ywjwQ%252FTw34zk23Dul%252FAAAAAAAAAAKg%252FbrkcaNpf2W0%252Fs1600%252FLINFOGRANULOMA%252FVENERE0_9.jpg%3Bhttp%253A%252F%252Ffits-enred.blogspot.com%252F2012%252F01%252Flinfgranuloma-venereo.html%3B327%3B513

IMAGEN 34 (LGV) TOMADO DE

https://www.google.com.mx/search?hl=es&authuser=0&site=imghp&tbm=isch&source=hp&biw=1366&bih=600&q=clamidiasis+anal&oq=clamidiasis+anal&gs_l=img.3...3132.9497.0.9965.16.13.0.3.1.0.132.1132.10j3.13.0....0...1ac.1.45.img..3.13.1049.id_SQuUrPpk#authuser=0&hl=es&q=linfgranuloma+venereo&tbm=isch&facrc=_&imgdii=_&imgrc=2-Q7ZyX2Jzbh4M%253A%3B3QJMdZmznqXM%3Bhttp%253A%252F%252Frevistas.concytec.gob.pe%252Fimg%252Frevistas%252Fdp%252Fv1n1%252Fa08fig06a.jpg%3Bhttp%253A%252F%252Frevistas.concytec.gob.pe%252Fscielo.php%253Fpid%253DS1028-71752006000100008%2526script%253Dsci_arttext%3B450%3B325

8

Otros problemas con repercusión en la vida erótica: evitación y fobia, comportamientos compulsivos y trastornos parafilicos

VERÓNICA DELGADO PARRA

ANTECEDENTES

Los avances en el conocimiento de los distintos aspectos de la sexualidad humana se han logrado gracias al conocimiento teórico, a investigaciones biomédicas, psicológicas, sociológicas y antropológicas, a la vigilancia epidemiológica y al trabajo clínico que han contribuido al desarrollo de un campo sumamente

complejo, que va más allá de las disciplinas individuales que abarca. Otro acontecimiento importante es el desarrollo de medicamentos eficaces y seguros para modificar y mejorar el funcionamiento sexual de las personas. Esto ha despertado un nuevo interés en la prevalencia y consecuencias no solo de las disfunciones sexuales sino de otros problemas que hoy también afectan la vida erótica de las personas.

La Organización Panamericana de la Salud, con la Asociación Mundial para la Salud Sexual (WAS iniciales en inglés) plantearon, en el año 2000, que: los problemas de salud sexual provienen de situaciones, en un individuo, una relación o en la sociedad, que exigen la adopción de medidas concretas que permitan la identificación, prevención y tratamiento de dichos problemas y, finalmente, su resolución. En el pasado la utilización del término "patología" para denotar problemas sexuales causó gran controversia. El significado general y claro del término "patología", en otros terrenos de la atención de la salud se pierde con frecuencia, en vista de su naturaleza, al aplicarlo a los problemas e inquietudes sexuales. Por esto, el grupo de expertos recomienda la expresión "problema sexual" en lugar de "patología" para referirse a estos problemas. Otra recomendación es la clasificación sindrómica. Los síndromes clínicos definen un conjunto de síntomas y quejas que inhiben, significativamente, el ejercicio de los derechos sexuales de la persona y alteran su salud sexual. La adopción de un enfoque sindrómico ofrece diversas ventajas. Los síndromes son fáciles de identificar. El conocimiento de la existencia del problema a nivel del personal de salud como del público en general es más fácil de lograr cuando se conocen los problemas en el ámbito del síndrome.¹

Partiendo de la propuesta de la OPS en este capítulo se plantearán tres problemáticas que afectan la vida erótica de las personas:

- I. Evitación y fobia sexual
- II. Compulsividad sexual y síndromes hipersexuales
- III. Los trastornos parafilícos

EVITACIÓN Y FOBIA SEXUAL

DEFINICIÓN

Las primeras descripciones de los *Manuales Diagnósticos y Estadísticos de las Enfermedades Mentales* en sus versiones III R y IV R (1987-2000) incluían esta condición como parte de las disfunciones sexuales y definieron la evitación y fobia sexual, como la aversión persistente o recurrente para todo o casi todo el contacto sexual genital con una pareja sexual; esta circunstancia provoca males-

tar y dificultades interpersonales significativas. Posteriormente se encontró que las personas con este problema también experimentan una sensación de miedo o repugnancia con el solo hecho de verse en riesgo de tener un encuentro sexual sin la proximidad de un contacto genital y, en otros casos, aversión a situaciones específicas; por ejemplo, aproximarse a las secreciones genitales, besos, abrazos, caricias, etc., con ansiedad y, en casos extremos, ataques de pánico.²

Helen Kaplan (1987) describió la fobia sexual como una condición persistente, irracional, egodistónica, con evitación “fóbica” y que provoca ansiedad importante a quien la padece; puede estar o no asociada con otra disfunción sexual y la aversión puede ser a cualquier circunstancia relacionada con la sexualidad: pensamiento, fantasía, sensaciones, contacto físico, etc.

En la última publicación del *Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales*, en su V versión (DSM V) (2013), eliminaron el problema de las disfunciones sexuales y lo clasificaron en el rubro de fobias específicas.³ En este caso, la situación u objeto específico al que se refieren los criterios se relacionan con aspectos sexuales.

Helen Kaplan, a lo largo de su práctica clínica, estudió diversos y diferentes casos de fobias específicas relacionadas con la sexualidad que cumplían los criterios que ahora propone el DSM-V.⁴

PREVALENCIA

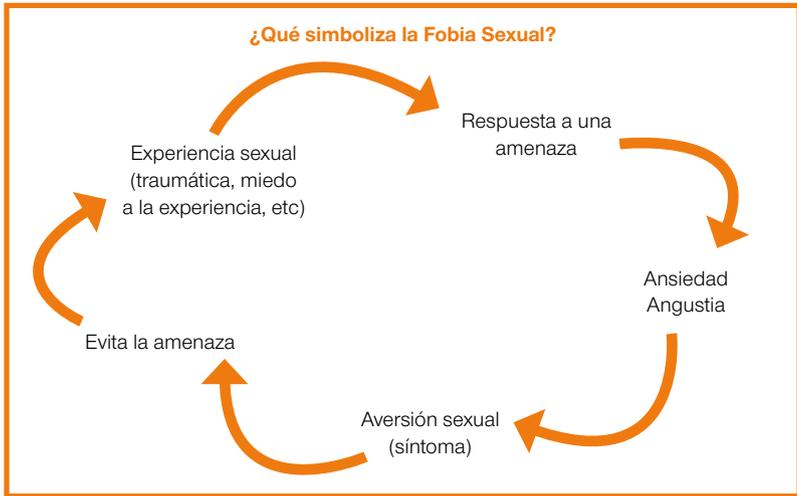
La prevalencia exacta se desconoce y es difícil de establecer, sobre todo cuando las personas tienden a evitar los encuentros sexuales y, por lo tanto, rara vez acuden a la clínica de terapia sexual. A pesar de esto se tiene una prevalencia reportada de 10 a 29% en población mayor de 18 años, sin datos precisos y frecuente en población femenina.²

ETIOLOGÍA

Algunos autores proponen que la causa de la aversión o fobia sexual se debe a conductas condicionadas con experiencias traumáticas, dolorosas (asociadas con síndromes dolorosos), abuso sexual, o por procesos de aprendizaje restrictivo o negativo con respecto a la sexualidad. Helen Kaplan propuso que la aversión sexual aparece como un círculo vicioso, como un mecanismo de defensa porque la evitación permite que la ansiedad y la angustia refuercen la evitación y, por lo tanto, el contacto sexual. La ausencia de contacto sexual disminuye la angustia pero perpetúa el círculo y lo refuerza.⁴ (Figura 1)

Desde el punto de vista clínico y de los manuales diagnósticos, la aversión y fobia sexual corresponde a un trastorno de ansiedad.

Figura 1. Esquema que simboliza el significado de la fobia sexual



EVALUACIÓN CLÍNICA

Para valorar los factores de riesgo para la aparición de este problema debe efectuarse una valoración clínica integral, con especial interés en los antecedentes del desarrollo psicosexual:

1. La evaluación clínica se realiza con base en los antecedentes del desarrollo psicosexual que darán la pauta para el diagnóstico. Es importante diferenciar si se trata de un problema primario, secundario, global o situacional porque estos datos clínicos orientan el tratamiento.
2. Establecer el diagnóstico diferencial con otra disfunción sexual, como: bajo deseo sexual o algún síndrome doloroso, cuyo síntoma principal sea evitar el contacto sexual, climaterio, otros trastornos de ansiedad, trastorno depresivo, problemas con la pareja, etc.
3. Estudios de laboratorio siempre y cuando la valoración clínica lo sugiera.
4. Establecer un plan de tratamiento integral, incluyendo a la pareja.

TRATAMIENTO

El tratamiento de la evitación y fobia sexual debe ser integral y en tres niveles de abordaje:

Figura 2. Representaciones mitológicas de la Ninfa y el Sátiro

N I N F A			S Á T I R O
	<p>Con frecuencia intervienen en los mitos amorosos donde sus amantes más frecuentes eran los espíritus masculinos. Los grandes Dioses no eran la excepción. Era normal que se enamoraran de un adolescente mortal y lo raptaran para compartir su cama con él.</p>	<p>Personaje de la mitología griega que tiene el torso como un hombre, la cabeza con cuernos, la parte de abajo como una cabra. Sorprendían para conquistar y hacer el amor a doncellas jóvenes en los bosques.</p>	
	<p>http://mitosyleyendas.com/mitologiagriega/grecia48/</p>	<p>http://etimologias.dechile.net/?sa.tiro</p>	

1. Psicoeducación con el objetivo de re-educar a la paciente para quitar sus falsas creencias de la sexualidad para gradualmente lograr:
 - a. Potenciación de la erotofilia con información de la sexualidad en general para eliminar creencias erróneas, intentando modificar las actitudes. Es fundamental el trabajo con los pensamientos negativos acerca de la sexualidad.
 - b. Terapia de pareja centrada en el intercambio de conductas agradables y generando un adecuado grado de intimidad.
 - c. Entrenar pautas de acercamiento diferenciando la aproximación cariñosa de la sensual.
 - d. Desensibilización sistemática en imaginación.
2. Terapia sexual: las técnicas de terapia sexual se llevarán, conjuntamente, con la psicoeducación y las técnicas dependerán del nivel de fobia

de la paciente. El objetivo principal es acercarse a su cuerpo y descubrir las sensaciones placenteras sin temor y, posteriormente, su pareja lo pueda hacer de una manera gradual.

3. Psicofármacos: como en todo trastorno de ansiedad, el esquema convencional es con antidepresivos. Los más eficaces son los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina en combinación con ansiolíticos. Existen diferentes esquemas eficientes; uno de ellos es con 50 mg de sertralina al día o 20 mg de paroxetina por la noche o 10 mg de clonazepam divididos en tres tomas durante el día. La dosis del ansiolítico se ajusta según los efectos secundarios, procurando que no cause sueño a la paciente.

CONCLUSIÓN

La evitación y fobia sexual es un problema que se observa en la práctica clínica y que, en ocasiones, se confunde con otras disfunciones sexuales. Es importante mencionarla para tenerla en mente como posibilidad diagnóstica, incluso en las pacientes que acuden a consulta por cualquier otro motivo porque, como observó Kaplan, existen muchas situaciones que pueden provocar miedo o aversión.

COMPULSIVIDAD SEXUAL Y SÍNDROMES HIPERSEXUALES

DEFINICIÓN

En la medicina occidental la conducta sexual compulsiva se documenta a partir del siglo XVIII y, desde entonces, los clínicos han propuesto diversos términos y nomenclaturas para tratar de entender y clasificar esta problemática que, de acuerdo con las definiciones de la época, se entendía como un “apetito sexual excesivo y desadaptativo”. Los ejemplos clínicos de este tipo de conductas, descritos por estos investigadores, fueron los precursores de la caracterización del siglo XX de la promiscuidad prolongada como “don juanismo” o satiriasis en los hombres y la ninfomanía en las mujeres. Posteriormente, en Europa las descripciones fueron más clínicas; como por ejemplo la masturbación compulsiva.⁵

El grupo de trabajo del *Manual diagnóstico y estadístico de las enfermedades mentales*, encabezado por Martin Kafka, no ha logrado reunir argumentos suficientes para integrar en ese documento las categorías diagnósticas.⁵

El consenso de PAHO consideró, dentro de la lista de los problemas sexuales, los síndromes clínicos relacionados con la conducta sexual compulsiva:¹

1. Búsqueda compulsiva de relaciones y de parejas múltiples
2. Fijación compulsiva en una pareja inalcanzable. Autoerotismo compulsivo
3. Aventuras amorosas compulsivas
4. Comportamiento sexual compulsivo en una relación

Más recientemente, E Coleman, director del programa de sexualidad humana en la Universidad de Minnesota, prefiere la expresión “comportamiento sexual impulsivo compulsivo” para describir este síndrome porque da mayor oportunidad de describir el fenómeno sintomático y opciones de tratamiento. Reconoce que existe un problema de control de impulsos que se caracteriza por la coexistencia de los siguientes síntomas:⁶

1. Experiencia de una urgencia sexual
2. Fantasías sexuales excitantes
3. Conductas sexuales recurrentes intensas
4. Malestar
5. Interferencia en la vida diaria
6. Incapacidad para detenerse y “actuar”, a pesar de sentir remordimiento o culpa después de realizar la conducta
7. Ejemplos de conductas:
 - a. Tener sexo con múltiples parejas
 - b. Coqueteo, flirteo excesivo
 - c. Masturbación excesiva
 - d. Necesidad de relaciones o contacto sexual con la pareja formal

Cuadro 1. Criterios diagnósticos para fobias específicas según el DSM-V

A. Miedo o ansiedad marcada por un objeto o situación específica
B. El objeto o situación fóbica casi siempre provoca miedo o ansiedad inmediatamente
C. El objeto o situación fóbica se evita activamente o se vive con miedo o ansiedad intensa
D. El miedo y la ansiedad están fuera de proporción al peligro real que supone el objeto o la situación específica dentro del contexto sociocultural
E. El miedo, la ansiedad o evitación son persistentes y están presentes más de 6 meses
F. El miedo, la ansiedad o evitación causan malestar clínicamente significativo y deterioro social, laboral y en otras áreas importantes de funcionamiento
G. El trastorno no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental

- e. Observación excesiva de pornografía (vía internet, impresa, películas, etc.)
- f. Llamadas excesivas a *hotlines* (telefónicas)
- g. Asistir a sitios de reunión específicos para intercambio de sexo
- h. Coleccionar material erótico (películas, juguetes, ropa, etc.)
- i. Etc.

Esta problemática se asocia con conductas de riesgo, como por ejemplo: prácticas sexuales no protegidas, lo que provoca contagio o infección por enfermedades de transmisión sexual, embarazos no deseados; conflictos de pareja, pérdidas de empleo; aumento del consumo de tabaco o alcohol; trastorno depresivo y de ansiedad, entre otras.^{5,6}

Al contrario de lo que pudiera pensarse, las personas con este diagnóstico no disfrutan de esta condición y, por prejuicios, pena o vergüenza demoran la búsqueda de ayuda y, cuando lo hacen, desean resolverlo lo más pronto posible.

PREVALENCIA

Son pocos los estudios que reportan prevalencia, los que lo hacen la ubican entre 5 a 10% y es más frecuente en los varones.^{5,6}

ETIOLOGÍA

Los mecanismos involucrados en la conducta sexual compulsiva se reúnen en:

1. Pobre control de impulsos
2. Búsqueda de placer
3. Procesos de ansiedad o depresión, o ambos

Estos mecanismos están mediados y regulados por procesos de aprendizaje y por mecanismos neurofisiológicos que permiten entender la evolución y necesidad del tratamiento integral farmacológico o psicoterapéutico a largo plazo.⁶

Algunos autores proponen que la conducta sexual compulsiva comparte los mismos mecanismos neurofisiológicos de recompensa que se activan con otras adicciones, como por ejemplo el juego patológico, consumo de sustancias, etc.

Goodman propone que el proceso de adicción se manifiesta por la interacción de la deficiencia en tres sistemas funcionales: motivación y recompensa, regulación del afecto e inhibición conductual.⁷

Desde la perspectiva neuroanatómica o neurofuncional se ha propuesto que hay alteraciones en la comunicación de distintas vías neuronales que comunican al lóbulo frontal con el temporal; esto explica el pobre control de impulsos y la compulsión en las personas con esta condición clínica. Los sistemas de neurotransmisión, en particular la serotonina y las endorfinas, están relacionados con estos problemas en virtud de la respuesta a tratamientos con inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina y a fármacos que antagonizan el efecto de los opiáceos endógenos, como la naltrexona.

EVALUACIÓN CLÍNICA

La valoración clínica debe ser integral, con una historia clínica médica general e interrogatorio específico, con el formato de la historia sexológica. Si sospecha que el paciente puede tener un problema de compulsividad sexual se recomienda un interrogatorio dirigido con alguna de las siguientes preguntas:⁶

1. ¿Tú o alguna persona que le conozca consideran que está demasiado preocupado u obsesionado con la actividad sexual?
2. ¿Te ves obligado a participar en actividades sexuales por estar estresado, con ansiedad o depresión?
3. ¿Has tenido problemas serios como consecuencia de tu conducta sexual, por ejemplo: perder el empleo, dificultades con la familia, con la pareja, enfermedades, etc.?
4. ¿Te has sentido culpable o avergonzado por alguna conducta sexual?
5. ¿Te has sorprendido que con frecuencia estás buscando en el medio si hay una posible pareja sexual?
6. ¿Alguna vez has estado obsesionado sexualmente con alguien que no está interesado en ti o que ni siquiera te conoce?
7. ¿Piensas que la frecuencia en que te masturbas es peligrosa, impulsiva o excesiva?
8. ¿Te has sorprendido buscando estímulos eróticos de manera compulsiva?
9. ¿Ocupas demasiado tiempo buscando o mirando en internet sitios relacionados con actividades sexuales?
10. ¿Has tenido varias relaciones de pareja de corta duración, intensas y sin compromiso?
11. ¿Tienes constantemente la necesidad de sexo o expresiones de afecto en tu relación de pareja?

Las personas con este problema, por lo general acuden a consulta cuando se ha presentado alguna dificultad por la conducta sexual en su ámbito laboral, fa-

Cuadro 2. Situaciones u objetos fóbicos sexuales descritos por Helen Kaplan:

Genitales del sexo opuesto	Fracaso sexual
Los propios genitales	Excitación Sexual (miedo a perder el control)
Ser penetrado	Orgasmo (miedo a perder el control)
Actividad heterosexual	Tocar el pecho
Actividad homosexual	Besar
Fantasías sexuales	Rechazo o menosprecio de la pareja
Olores de secreciones sexuales (semen, fluidos vaginales)	Desnudez (verse)
Sexo Oral	Ver a la pareja desnuda
Sexo anal	Placer
Compromiso con una pareja	Placer Erótico
Intimidad y cercanía	Enamorarse y ser amado

miliar o con la pareja; a pesar de que sienten culpa o preocupación por no tener control, el placer que se obtiene es suficiente justificación para continuar con la experiencia y, con frecuencia, solicitan atención médica cuando se ven envueltos en alguna dificultad o “amenazados” por sus parejas de ser abandonados en caso de no solucionar o atender la problemática.

TRATAMIENTO

Se recomienda un tratamiento integral a tres niveles de intervención:⁶

1. *Psicoeducativo*: en ocasiones basta que el paciente se entere de la intensidad de su conducta y las consecuencias negativas que provoca en la pareja, familia o sociedad. Gradualmente motivarse a buscar actividades y conductas sexuales más saludables o en su caso el terapeuta orientar la forma de expresar esa conducta de una forma socialmente aceptable. Es importante explicar a la pareja acerca de esta problemática y extender la orientación a la familia cuando sea necesario y, de esta forma, crear redes de apoyo para el paciente.
2. *Psicoterapia*: se recomienda la terapia cognitivo conductual.
3. *Farmacológico*: se inicia con inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina; se recomienda, por ejemplo, fluoxetina a dosis de 20 mg y escalar gradualmente la dosis hasta 80 mg. En casos resistentes se recomiendan antiandrógenos con los debidos cuidados de

manejo. Otro esquema es con naltrexona antagonista de receptores opioides; existen investigaciones que reportan su eficacia con 25-50 mg/día.^{6,7}

El tratamiento farmacológico debe mantenerse por tiempo indefinido para evitar recaídas y la psicoterapia debe interrumpirse y procurar el apego del paciente al cumplimiento de los objetivos, que serán los indicadores del pronóstico.

CONCLUSIÓN

A lo largo del tiempo ha sido difícil definir y nombrar la conducta sexual compulsiva; con el conocimiento que nos aportan las neurociencias van quedando más claros los mecanismos que intervienen en este problema y permiten precisar el diagnóstico, como lo proponen algunos expertos se trata de un trastorno impulsivo-compulsivo-sexual y que comparte mecanismos neurofisiológicos de recompensa con las adicciones. En virtud de esta complejidad, el diagnóstico y tratamiento deben seguir la misma línea para procurar el mejor pronóstico.

TRASTORNOS PARAFÍLICOS

DEFINICIÓN

A través del tiempo las parafilias se han definido de diferentes maneras con la intención de entender su dimensión, la palabra “para-filia” tiene su origen etimológico en la unión de para, que significa “junto a” y *filein*, que podría traducirse como sinónimo del verbo “amar”.

Desde el punto de vista de las clasificaciones clínicas, el término “parafilia” hace referencia a toda conducta particular que adquiere carácter de exclusividad para iniciar y concretar la respuesta sexual humana; es decir, que se requiere una circunstancia, situación u objeto en particular para que un hombre o una mujer se exciten y puedan concluir la respuesta sexual (erótica). Estas conductas tienen implicaciones clínicas que se mencionan enseguida:⁸

1. Se consideran problemas de salud sexual
2. Son una forma de excitación sexual poco frecuente
3. Algunas son transgresoras de normas sociales
4. Son necesarias para que haya excitación
5. Se consideran síndromes clínicos relacionados con el trastorno del vínculo afectivo

6. En algunas conductas parafilicas el vínculo interpersonal está ausente o desequilibrado
7. En ocasiones la fantasía es suficiente y sustituye al acto
8. En algunos casos las conductas o actos son repetitivos, compulsivos
9. Casi siempre se trata de conductas rituales que se van refinando

En la actualidad, el *Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales*, en su quinta versión (DSM-V), clasifica las conductas parafilicas y los trastornos, es decir que existe de acuerdo con la nueva propuesta una distinción entre parafilias y trastornos parafilicos:³

1. La parafilia (considerada como la conducta), por sí misma, no justifica el diagnóstico ni la intervención clínica
2. Las parafilias que causan malestar o daño personal o riesgo de daño personal o a otros, sí se consideran trastornos; deben diagnosticarse y recibir tratamiento

PREVALENCIA

Ha resultado difícil realizar estudios que permitan conocer la frecuencia de estos problemas. Por un lado se trata de conductas que resultan placenteras para quienes las practican porque se asocian con una experiencia erótica; por otro lado, otras que son trasgresoras de las normas sociales y provocan daño a ter-

Cuadro 3. Clasificación de parafilias de acuerdo con el DSM-V

Parafilia	Descripción de la conducta
Voyeurismo	Observación de una persona desprevenida que está desnuda, desnudándose o dedicada a una actividad sexual
Exhibicionismo	Exposición de los genitales a una persona desprevenida
Frotteurismo	Tocamientos o fricción contra una persona sin su consentimiento
Masoquismo sexual	Ser humillado, golpeado, atado o sometido a sufrimiento de cualquier otra forma,
Sadismo sexual	Sufrimiento físico o psicológico de otra persona
Pedofilia	Actividad sexual con uno o más niños prepúberes (generalmente menores de 13 años).
Fetichismo	Empelo de objetos inanimados o un gran interés específico por parte(s) del cuerpo no genitales
Travestismo	Vestirse con las ropas del sexo opuesto (travestirse)

ceros e impiden que las personas se acerquen a buscar atención médica por temor a ser denunciados y detenidos.

Lo que en la actualidad sabemos es que las parafilias tienden a ser casi exclusivamente masculinas, en sujetos de 15 a 25 años de edad a edades mayores tienden a disminuir; en hombres mayores de 50 años las conductas parafilicas son excepcionales.

En 2011, Ahlers y sus colaboradores (expertos en medicina sexual) estudiaron a 367 voluntarios, hombres mayores de 40 años y encontraron que 62% reportó una parafilia asociada con un patrón de excitación sexual, al menos una vez en su vida.⁹

Entre otras conclusiones este estudio permite entender la propuesta del DSM-V cuando propone que algunas conductas o fantasías pueden “no ser tan poco frecuentes, ni extrañas” y tampoco ameritan clasificarse como patológicas.

El problema para disponer estadísticas significativas sigue siendo metodológico.

ETIOLOGÍA

La causa de las parafilias es multifactorial y existen teorías que van desde las corrientes psicoanalíticas pasando por las teorías del aprendizaje hasta los paradigmas de las neurociencias; al final todas tienen cierta validez porque ninguna se excluye más que eso, se complementan para entender de manera integral lo que ocurre con las personas con una parafilia.

El psicoanálisis las interpreta originadas por un psicotrauma que determina fijación, regresión o desplazamiento en el curso del desarrollo de la libido; para los conductistas se originan por aprendizajes inadecuados y por imitación; para Money son desviaciones del *Love Map* producidas cuando los adultos castigan y humillan a los niños. Entre las causas biológicas se abordan los factores constitucionales, sobre todo la predisposición familiar, los hallazgos orgánicos, el déficit serotoninérgico y su relación con el trastorno obsesivo compulsivo (TOC) y los trastornos del control de impulsos. En conclusión, los factores biológicos determinarían la vulnerabilidad y los factores psicosociales son los desencadenantes.

EVALUACIÓN CLÍNICA

Al igual que en los otros problemas sexuales, la valoración clínica debe ser integral con una historia clínica médica general e interrogatorio específico con el formato de la historia sexológica.

Es importante conocer la clasificación actual que propone el DSM-V de las parafilias para poder elaborar un interrogatorio adecuado y bien dirigido:³

Para el DSM-V las parafilias deben cumplir los criterios A y B para confirmar el diagnóstico:

A. La conducta debe manifestarse durante un periodo de al menos seis meses, provocar excitación sexual intensa y recurrente y que se manifiesta por fantasías, deseos irrefrenables o comportamientos.

B. El individuo ha cumplido estos deseos sexuales irrefrenables con una persona que no ha dado su consentimiento, o los deseos irrefrenables o fantasías sexuales causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

Si sospecha que el paciente puede tener un problema de parafilia se recomienda un interrogatorio dirigido para confirmar si coexisten los criterios clínicos que propone el DSM-V, por ejemplo:

1. En los últimos seis meses ¿ha sentido la necesidad imperiosa de observar a su vecina cuando se cambia de ropa, o de observarla mientras se está bañando? ¡Sin que ella se de cuenta!
2. El solo hecho de pensarlo, ¿le provoca excitación?
3. ¿Ha llegado a masturbarse mientras piensa en ello o mientras la observa?
4. ¿Procura buscar el momento preciso para coincidir con la hora que se baña o cambia su vecina?

Si las respuestas del paciente son afirmativas se cumplen los criterios de tiempo y de intensidad; por lo tanto, podemos confirmar el diagnóstico de voyeurismo. Las mismas preguntas podrían formularse para otras parafilias.

TRATAMIENTO

En el caso de las parafilias, la motivación es un aspecto fundamental para el pronóstico y para el éxito del tratamiento. Como se comentó en párrafos anteriores es difícil que acudan a consulta por voluntad propia y aparecen cuando ha habido algún problema a consecuencia de la parafilia, se ven obligados a asistir más que tomar la decisión por sí mismos.

En cualquier circunstancia el tratamiento, al igual que en la conducta sexual compulsiva, se recomienda un tratamiento integral en tres niveles de intervención:⁶

1. *Psicoeducativo*: en ocasiones basta que el paciente se entere de la intensidad de la conducta que presenta y las consecuencias negativas que provoca en la pareja, familia o sociedad. Gradualmente motivarse para buscar actividades y conductas sexuales más saludables o, en su caso, el terapeuta orientar la forma de expresar esa conducta de una forma socialmente aceptable. Es importante explicar a la pareja esta problemática y extender la orientación a la familia cuando sea necesario para, de esta forma, crear redes de apoyo para el paciente.
2. *Psicoterapia*: se recomienda la terapia cognitivo-conductual.
3. *Farmacológico*: se inicia con inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina; se recomienda, por ejemplo, fluoxetina a dosis de 20 mg y escalar la dosis gradualmente hasta 80 mg. En casos resistentes se recomiendan antiandrógenos, con los debidos cuidados de manejo. Otro esquema es con naltrexona, antagonista de receptores opioides; existen investigaciones que reportan su eficacia con 25-50 mg al día^{6,7}

El tratamiento farmacológico debe mantenerse por tiempo indefinido para evitar recaídas y la psicoterapia debe interrumpirse y procurar el apego del paciente al cumplimiento de los objetivos que serán los indicadores del pronóstico.

CONCLUSIÓN

En la actualidad, el término parafilia se ha tomado para sustituir al de perversiones o aberraciones sexuales porque estos últimos, más que acercarse a una descripción clínica, resultan peyorativos. Hoy sabemos que las parafilias forman parte de los problemas sexuales, específicamente en la dificultad para vincularse afectivamente y las personas que se encuentran con esta condición merecen ser atendidas, diagnosticadas y recibir tratamiento.

REFERENCIAS

1. Promoción de la salud sexual Recomendaciones para la acción. Actas de una Reunión de Consulta convocada por: Organización Panamericana de la Salud (OPS) Organización Mundial de la Salud (OMS). Antigua Guatemala, Guatemala, mayo de 2000
2. Lori A. Brotto. The DSM Diagnostic Criteria for Sexual Aversion Disorder. Arch Sex Behav (2009) DOI 10.1007/s10508-009-9534-2
3. Asociación Psiquiátrica Americana (2013). Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5. American Psychiatric Publishing
4. Sexual aversion, sexual phobias, and panic disorder. Helen Singer Kaplan, M.D., Ph.D. with chapter by Donald F. Klein, M.D. Brunner/Mazel Publishers New York 1987
5. Martin P. Kafka. Hypersexual Disorder: A Proposed Diagnosis for DSM-V. Arch Sex Behav (2010) 39:377-400

6. The Oxford handbook of impulse control disorder. Oxford library of psychology. Edited by Jone Grant, Marc N Potenza The Oxford Handbook of Impulse Control Disorders Jon E. Grant Marc N. Potenza 1 de agosto de 2011 Oxford University Press – Editor
7. Nancy C. Raymond, MD, Jon E. Grant, JD, MD. Augmentation with naltrexone to treat compulsive sexual behavior: A case series. *Annals of Clinical Psychiatry* 2010;22(1):56-62
8. Antología de la Sexualidad Humana. Consejo Nacional de Población. Miguel Angel Porrua, México 1994 Tomo III
9. Christoph Joseph Ahlers, Dipl.-Psych., Gerard Alfons Schaefer, Dipl.-Psych., Ingrid Annette Mundt, Dipl.-Psych., Stephanie Roll, MSc Statistics, Heike Englert, PhD, MPH, Stefan N. Willich, MD, MPH, MBA,† and Klaus Michael Beier, MD, PhD. How Unusual are the Contents of Paraphilias? Paraphilia-Associated Sexual Arousal Patterns in a Community-Based Sample of Men. *J Sex Med* 2011;8:1362–1370.

9

Climaterio, menopausia y vida sexual

CLAUDIA FOUILLOUX MORALES

“Ahora que el clima de mi cuerpo me anuncia, el propósito, con más fuerza que nunca, le digo al mundo, soy fuego y agua, tomo el rumbo, voy hacia la niña-anciana”.

Anónimo

Mujer de 47 años, referida al ginecólogo por un médico general para la prescripción de hormonales. Los bochornos, aunque de poca duración pero molestos, la obligaron a dejar sus quehaceres domésticos. Desde hacía un año tenía dificultad para dormir y con su esposo ha tenido problemas porque está muy “seca” y tiene dolor durante las relaciones sexuales, lo que ha hecho que ya no sienta deseos de tenerlas. Hace 10 años le hicieron histerectomía, por miomas. Como antecedentes familiares de importancia, la madre tuvo fractura de cadera a los 64 años.

Paciente de 58 años, con última menstruación a los 49. Recuerda que en ese tiempo también tuvo bochornos que no fueron muy intensos y se le quitaron sin

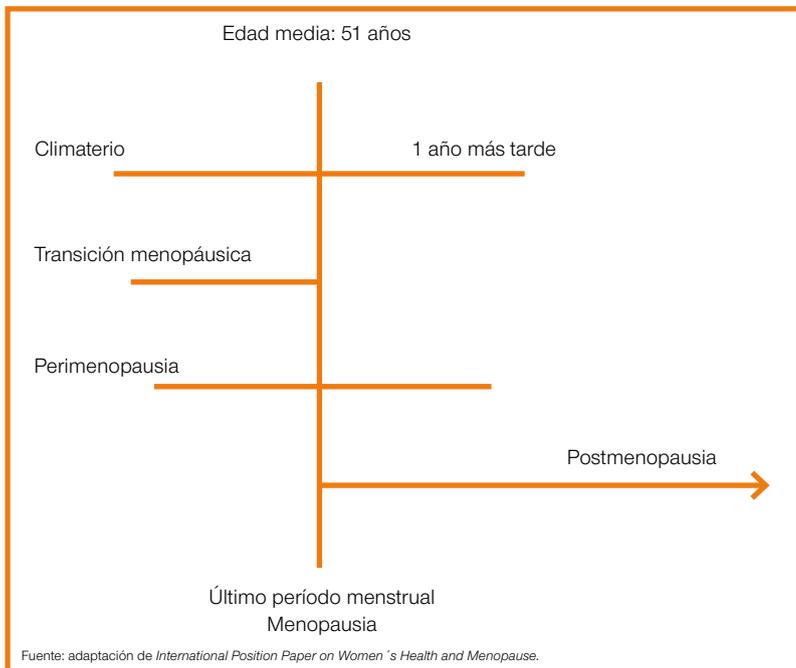
tratamiento. En los últimos meses ha sufrido dispareunia, prurito y ardor en los genitales; por eso acudió al médico, para que le prescribiera hormonas.

Estos dos casos clínicos son de problemas frecuentes de mujeres que llegan a la consulta a solicitar terapia de reemplazo, debido a los síntomas molestos que les impiden el adecuado funcionamiento sexual en tiempos de menopausia y climaterio.

LA MENOPAUSIA

La menopausia es el cese de la menstruación, que se reconoce tras 12 meses consecutivos de amenorrea, sin que exista alguna otra causa patológica o fisiológica. El climaterio es un proceso a largo plazo que incluye a la menopausia y al declive gradual de la producción de estrógenos y, con ello, la pérdida de la capacidad reproductiva. En la mujer es un periodo que puede durar de 2 a 8 años antes de la última menstruación hasta 2 a 6 años después (Figura 1).

Figura 1. Etapas del climaterio y su relación con la menopausia



En los casos anteriores, lo primero que debió hacerse fue la historia médica y familiar, indispensable para indicar terapia hormonal de reemplazo. La evaluación y los exámenes físicos periódicos deben incluir atención especial de la presión arterial, las mamas, órganos abdominales y pélvicos y frotis de Papanicolaou. Para evaluar si la paciente tiene factores de riesgo que contraindiquen la terapia hormonal de reemplazo se recomienda una mastografía electiva. Aunque el riesgo real de cáncer de mama en pacientes que reciben terapia de reemplazo de estrógeno sigue siendo motivo de controversia, la mastografía basal puede proporcionar información valiosa para el seguimiento a largo plazo. Las mujeres que reciben terapia de reemplazo con estrógeno también deben realizarse exámenes regulares de las mamas, incluida la autoexploración.

Por lo que respecta a los síntomas urogenitales, el prurito, la irritación, el ardor, la disuria y el coito doloroso, son síntomas comunes del hipoestrogenismo. El agotamiento de estrógeno da lugar a cambios profundos en el sistema urogenital, como la vaginitis y uretritis atróficas. Cuando no existe el estímulo del estrógeno, los tejidos vulvares y vaginales se contraen, las paredes vaginales se adelgazan y secan y los pliegues rugosos desaparecen. El coito puede causar fisuras, úlceras y sangrado. Al contrario de los síntomas vasomotores causados por la menopausia, que son inmediatos, los cambios atróficos pueden manifestarse varios años después. Con frecuencia, el primer síntoma urogenital es la sequedad vaginal. La terapia de reemplazo de estrógeno puede eliminar o disminuir los síntomas urogenitales de la menopausia, y revertir los cambios de atrofia vaginal y uretral. Los estrógenos sistémicos y los locales son eficaces.

Aunque la causa más probable de los síntomas urogenitales de estas pacientes es la vaginitis atrófica, secundaria al hipoestrogenismo, el diagnóstico diferencial debe incluir otras causas, entre ellas la infección. Por consiguiente, antes de indicar un tratamiento hormonal debe obtenerse un cultivo vaginal para descartar la posibilidad de una causa infecciosa.

Durante los años del presente siglo las investigaciones en torno al climaterio se han orientado a los posibles riesgos a largo plazo: depresión, enfermedad cardiovascular, osteoporosis y deterioro cognitivo. Esto ha aumentado el temor a las consecuencias que pueden producirse si la mujer que tiene algunos síntomas no recibe tratamiento.¹ Sin embargo, hay una amplia publicación de estudios prospectivos que sugiere solo un pequeño aumento del riesgo de cáncer de mama y accidente cerebrovascular, además de que las esperanzas iniciales de prevención de riesgos cardiovasculares no han sido demostradas. Recomendaciones como la de 2004 por el Comité de Seguridad de Medicamentos del Reino Unido, en cuanto a que la terapia de reemplazo sólo debe darse cuando hay síntomas muy molestos, a dosis bajas y durante periodos cortos, llevaron a la reducción de esta opción terapéutica de 30 a 10% entre 2002 y 2004.²

MITOS Y REALIDADES DE LA MENOPAUSIA Y CLIMATERIO

Muchas mujeres se preguntan si las modificaciones en su cuerpo son normales y otras se confunden al tratar los síntomas. Enseguida se exponen algunos de los mitos más frecuentes alrededor de la menopausia y el climaterio:

- El climaterio es una enfermedad provocada por la falta de hormonas

Realidad: la menopausia y el climaterio son procesos naturales, parte de una fase más de la vida sexual y reproductiva de la mujer, consecuencia de la menor producción de estrógenos y progesterona.

- El climaterio es un cambio repentino que lleva uno o dos años

Realidad: la mayoría de las mujeres comienza a experimentar cambios en su ciclo menstrual mucho antes de la menopausia: menor o mayor duración que los previos. Se denomina postmenopausia al periodo que se inicia a partir de la última menstruación, lo prolongado del mismo obliga a conocerlo.

- La menopausia marca el fin del apetito sexual de la mujer

Realidad: algunas mujeres necesitan lubricantes para contrarrestar la resequead vaginal debida al hipoestrogenismo, pero esas adaptaciones no significan falta de apetito sexual; de coexistir puede deberse a una diversidad de factores fisiológicos y psicológicos. Por el contrario, en muchos casos sucede lo opuesto, para muchas mujeres desligar al sexo de la función reproductiva es liberador y ven esta etapa como una nueva oportunidad de vivir su sexualidad.

- La mayoría de las mujeres se deprime a partir de la menopausia

Realidad: las mujeres tienden a deprimirse más durante sus años reproductivos que en la menopausia. En esta etapa experimentan, con frecuencia, irritabilidad, estrés, ciertos cambios de ánimo y alteraciones al dormir, que no pueden diagnosticarse como depresión.

- Cuando la menstruación no se presenta en varios meses significa que ha ocurrido la menopausia

Realidad: la menopausia ocurre durante el trascurso del climaterio, constituye un evento más dentro de esta etapa y se confirma cuando una mujer no ha tenido menstruación por un periodo de 12 meses consecutivos. Estas irregularidades pueden obedecer a otros problemas relacionados con el ciclo menstrual, de causa endocrina o tumoral y, por tanto, cualquier cambio en el ciclo menstrual debe constituir un motivo de consulta con el ginecólogo.

- La vivencia del climaterio es igual para todas las mujeres

Realidad: la menopausia ocurre en todas las mujeres, sin embargo cada una lo experimentará en forma diferente. Esto depende de numerosos factores, la mayor parte vinculados estrechamente con la personalidad, la vida familiar, el afecto y el concepto que socialmente se tenga acerca de ello.

- Durante la postmenopausia la mujer engorda

Realidad: los cambios hormonales y metabólicos propios de esta edad favorecen el incremento de peso y la distribución de la grasa corporal. Sin embargo, hoy día muchas mujeres llegan a los 45 o 50 años en muy buena forma física, consecuencia de haber optado por un estilo de vida saludable, con una dieta adecuada y ejercicio físico.

- El climaterio implica la pérdida del atractivo sexual

Realidad: el atractivo sexual depende más de la imagen corporal de sí misma que de los cambios propios del climaterio.

- Después de la menopausia las mujeres necesitan terapia de reemplazo hormonal

Realidad: no necesariamente. Algunas glándulas adrenales, el cerebro y el tejido adiposo (graso) siguen produciendo estrógeno. El médico y su paciente determinarán la necesidad o no de la terapia de reemplazo con base en los síntomas y factores de riesgo.

- La menopausia viene acompañada de depresión y ansiedad

Realidad: solo algunas mujeres experimentan ansiedad o depresión. Ayers y su grupo encontraron que la depresión y la ansiedad, como síntomas de la menopausia, se manifiestan por problemas psicológicos que impiden aceptar que solo se ha transitado a una etapa más de la vida reproductiva, sin que ello implique que la vida ha llegado a su fin.³

- Los bochornos debilitan a la mujer

Realidad: los bochornos son experiencias personales con diferentes grados de afectación en tiempo e intensidad, factores que influyen para indicar o no la terapia de reemplazo hormonal.

- Las mujeres con histerectomía tienen más síntomas

Realidad: esto solo es cierto si también se extrajeron los ovarios, principales productores de estrógenos. Si se dejan los ovarios la menopausia transcurre con normalidad.

- La menopausia disminuye la actividad de la mujer

Realidad: al contrario, muchas mujeres postmenopáusicas se sienten más activas y asertivas que antes.

- Si las menstruaciones desaparecen durante algunos meses pueden mantenerse relaciones sin anticonceptivos.

Realidad: si bien la fertilidad está disminuida en este periodo, no es conveniente abandonar los anticonceptivos hasta que no hayan transcurrido 12 meses de amenorrea.

PROCESOS PSICOLÓGICOS EN LA MENOPAUSIA Y CLIMATERIO

En la experiencia de la menopausia existe una considerable variación cultural en la que además de los factores biológicos, las actitudes, los conocimientos, los comportamientos, el estilo de vida y los factores socioeconómicos juegan un papel importante.

El cese de las menstruaciones no es un suceso aislado sino parte de un proceso gradual de cambio fisiológico que sobreviene con la edad y las modificaciones propias del desarrollo, todo ello influido por los contextos cultural y psicosocial. Quizá no sea sorprendente que muchas mujeres occidentales tienden a reportar una gama de síntomas físicos y emocionales en el momento del climaterio: bochornos, sudores nocturnos, periodos menstruales irregulares, depresión, dolores de cabeza, insomnio, ansiedad y aumento de peso. Sin embargo, aparte de los cambios en la menstruación, sólo los bochornos y sudores nocturnos se han asociado claramente con la menopausia y las alteraciones en las concentraciones hormonales.

Los estereotipos negativos pueden influir en las mujeres de hoy en sus actitudes hacia el climaterio y, posteriormente, su experiencia en torno a éste. Sigue habiendo teorías y enfoques muy polarizados de la ginecología, psiquiatría, psicología y las corrientes feministas acerca del climaterio. Cada enfoque sugiere muy diferentes perspectivas y tratamientos.¹

Los resultados del análisis de la terapia de reemplazo y la variación considerable encontrados en las culturas en relación con la experiencia de la menopausia y el climaterio, han traído como consecuencia mayor interés en lo psicológico y los aspectos socioculturales y mayor conciencia de la necesidad de seguridad y eficacia de los tratamientos.

Cada vez hay más evidencia de que una serie de factores relacionados con la cultura, como el estilo de vida (tabaquismo, dieta, ejercicio y antecedentes reproductivos), los factores socioeconómicos, el índice de masa corporal, el estado de ánimo, el clima y las cogniciones (atribuciones de los síntomas, las creencias y las actitudes hacia la menopausia) podrían explicar las variaciones culturales en los síntomas del climaterio.⁴

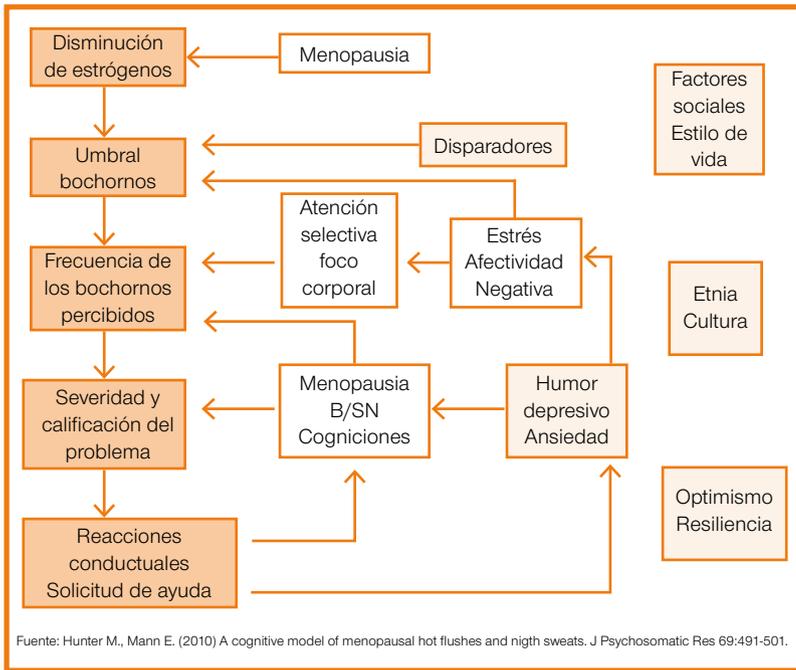
La relación entre estado de ánimo deprimido, menopausia y bochornos es compleja; en general, algunos estudios han encontrado un estado de ánimo deprimido ligeramente mayor, que desaparece después de la menopausia, mientras que otros estudios no encuentran cambios. Es importante destacar que el estado de ánimo deprimido está más fuertemente asociado con acontecimientos de la vida y estados de tensión que con cambios hormonales.⁵

Las mujeres deprimidas tienden a reportar rubores, como los síntomas más problemáticos pero las causas están poco claras.⁶ Hay investigaciones que sugieren que el abuso y el abandono tempranos se relacionan con sensación de sofoco. Esto podría explicarse por la influencia adversa de estas experiencias en el eje hipotálamo-hipófisis, que se ha demostrado afectan el cortisol y el ritmo diurno de las concentraciones de cortisol.

Durante los últimos 20 años, los psicólogos han comenzado a estudiar los aspectos y consecuencias emocionales de los bochornos y los sudores nocturnos para tratar de desarrollar intervenciones psicológicas para disminuirlos. Es común que se mencionen las creencias relacionadas con el contexto social; por ejemplo, las mujeres señalan que durante el bochorno “me siento tonta, incompetente, avergonzada, poco atractiva”, y esto les provoca ansiedad. Encuestas efectuadas a hombres en general y a mujeres de edades menores demuestran que las preocupaciones de las mujeres en etapa del climaterio pueden ser por sobrestimar el grado en que las demás personas pueden identificar su condición climatérica.⁷ Smith y su grupo sugieren que esta evidencia puede utilizarse en intervenciones de terapia cognitiva que puede disminuir la angustia y la evitación social que algunas experimentan.⁸

Un modelo cognitivo acerca de los bochornos y sudores nocturnos, desarrollado por Hunter y Mann, describe cómo una gama de factores psicológicos puede influir en la percepción y evaluación de estos síntomas.⁹ (Figura 2) El modelo se basa en teorías de la percepción del síntoma, de la autorregulación y los modelos cognitivo-conductuales. Sugiere que los factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales determinan la experiencia de menopausia y climaterio de las mujeres. Por ejemplo, el estado de ánimo deprimido y las creencias negativas alrededor de los bochornos pueden asociarse con la idea de que se trata de un problema y de que, por lo tanto, hay la necesidad de buscar ayuda y todo esto es parte de un factor cognitivo.

Figura 2. Modelo cognitivo de bochornos y sudores nocturnos



Se han desarrollado intervenciones cognitivo-conductuales con la finalidad de ayudar a las mujeres a entender y disminuir los factores desencadenantes y el estrés alrededor de los bochornos y los sudores nocturnos. Algunas son la utilización del ritmo de la respiración y las estrategias cognitivas.^{10,11}

PROCESOS FISIOLÓGICOS DE LA MENOPAUSIA Y CLIMATERIO

El resultado hormonal de la transición a la menopausia es la disminución en las concentraciones de estradiol e incremento de las de hormona estimulante del foliculo al final de la premenopausia e inicio de la posmenopausia; este es el periodo durante el que se produce la mayor parte de los cambios. Las concentraciones de globulina transportadora de hormonas sexuales disminuyen durante la perimenopausia; la testosterona total disminuye al aumentar la edad a lo largo de la vida de las mujeres, con un pico de disminución a los 30 años y poca variación durante la transición a la menopausia, aunque la testosterona libre aumenta hacia la posmenopausia.¹²

Una amplia variedad de síntomas que se han relacionado con la transición a la menopausia pueden tener un efecto perjudicial en la calidad de vida de la mujer, y directa o indirectamente afectan su vida sexual. Es importante tener en cuenta que no todas las mujeres experimentan estos síntomas y que las que los experimentan no necesariamente los encuentran molestos. Los síntomas dependen, entre otros, de factores físicos como la raza, edad y enfermedades previas.¹³

Los síntomas reportados con más frecuencia y que popularmente se atribuyen a la menopausia incluyen a los vasomotores, como los bochornos y sudores nocturnos y los problemas urogenitales, como la sequedad vaginal o el dolor. Otras quejas incluyen: disfunciones sexuales, como la disminución de la libido, dolores somáticos, fatiga y trastornos del sueño, cambios de humor, irritabilidad, cambios cognitivos, como problemas de memoria y trastornos psicológicos, como la ansiedad y la depresión.¹⁴

Con un simple análisis de sangre puede verificarse el desarreglo hormonal. En general, aumentan las concentraciones de hormonas estimulantes de los ovarios (hormonas luteinizante y folículo estimulante) y disminuyen las de estrógenos en la sangre. También hay una tendencia a la elevación del colesterol y aceleración del proceso aterosclerótico. En las radiografías y densitometrías óseas comienza a verse la descalcificación. Por regla general, estos cambios pasan por completo inadvertidos por las mujeres.

REPERCUSIONES EN EL EROTISMO DE LA MUJER

Conforme aumenta la edad, disminuye el interés sexual. Las diversas revisiones disponibles concluyen que existe una asociación entre determinados aspectos de la sexualidad (disminución del interés sexual, de la frecuencia del coito y de la lubricación vaginal) y la menopausia; sin embargo, los factores que influyen en esta pérdida del interés son complejos y múltiples. De estos factores, los más importantes son los psicosociales y, entre ellos, la experiencia sexual previa de cada mujer, su personalidad, grado de escolaridad, nivel de estrés, condición física y psicológica, cambios en la relación de pareja y los sentimientos hacia la misma.¹⁵

La investigación acerca de la prevalencia de la actividad sexual en la población climaterica, como algo distinto de la población de edad avanzada, al parecer es poco cuantificada porque los estudios tienden a evaluar la prevalencia de la actividad sexual en términos de edad y no por la condición de climaterio. Sin embargo, un estudio transversal de las actividades y los comportamientos sexuales de 2,109 mujeres de entre 40 a 69 años indicó que, aproximadamente, 70% tenían vida sexual activa (Cuadro 1) y que de ellas, alrededor de 43% tenían una disfunción sexual (Figura 3).¹⁶

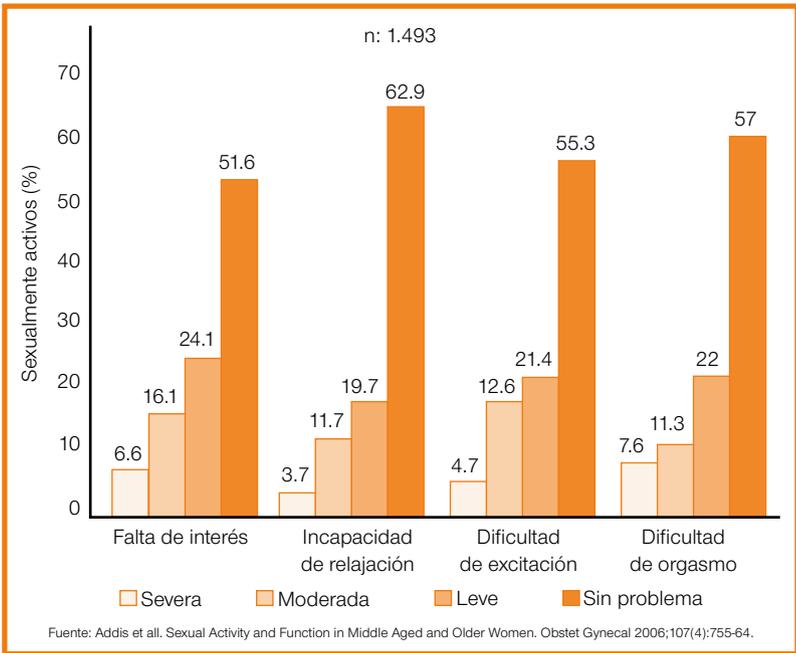
Cuadro 1. Actividad sexual en mujeres entre 40 y 69 años

Variable	N (%)
• Cualquier actividad sexual	1493 (70.8)
• Frecuencia sexual	
Sin actividad	587 (27.8)
<Mensual	249 (11.8)
Mensual	536 (25.4)
Semanal	696 (33.0)
Diario	18 (0.85)
• Satisfacción sexual	
Muy insatisfecho	100 (06.7)
De alguna manera insatisfecho	137 (09.2)
Ni satisfecho, ni insatisfecho	263 (17.6)
De alguna manera satisfecho	490 (32.8)
Muy satisfecho	478 (32.0)
• Disfunción sexual (cualquier disfunción)	486 (32.6)

Fuente: Addis et al. Sexual Activity and Function in Middle Aged and Older Women. *Obstet Gynecol* 2006;107(4):755-64.

Estos datos demuestran que una proporción significativa de la población femenina es sexualmente activa alrededor de la edad de la menopausia y que sus necesidades sexuales son dignas de atención por parte de los profesionales de la salud. Las quejas sexuales más comunes que ocurren alrededor del momento de inicio de la menopausia son la falta de deseo, excitación y la sequedad vaginal. La respuesta sexual femenina es compleja pero se sugiere que los cambios hormonales de la menopausia pueden afectar la respuesta sexual a través de una variedad de mecanismos, algunos más concluyentes que otros.

Los estrógenos son los responsables de mantener el colágeno, las fibras elásticas y la vascularización de la vía urogenital, lo que es decisivo para su integridad estructural y funcional. Estas hormonas también mantienen los niveles del pH y humedad vaginal, para la adecuada lubricación y protección de los tejidos. Una prolongada deficiencia de estrógenos, como ocurre en la menopausia, resulta en atrofia, fibrosis y reducción del flujo sanguíneo de la vía urogenital, que dan lugar a los síntomas de sequedad vaginal y dolor relacionados con la dispareunia.¹⁷

Figura 3. Disfunción sexual en mujeres sexualmente activas entre 40 y 69 años

Investigaciones longitudinales de las concentraciones séricas de estradiol en mujeres de entre 45 y 55 años, que aún menstruaban al inicio del estudio, a lo largo de la transición a la menopausia, encontraron que las que obtuvieron bajos puntajes de función sexual tenían menores concentraciones de estradiol, en comparación con las que consiguieron las puntuaciones más altas.¹⁸

El papel de los andrógenos en la respuesta sexual femenina es poco claro y muy controvertido. Se ha sugerido que algunos síntomas, como la fatiga y la disminución de la libido y la sensación de bienestar, tienen que ver con la deficiencia de andrógenos en las mujeres. Algunos estudios apoyan una asociación entre las bajas concentraciones de testosterona libre y la libido baja,¹⁹ mientras que otros no muestran ninguna correlación entre las concentraciones de testosterona y la función sexual.¹⁸

Las actitudes de las mujeres hacia la menopausia y el envejecimiento repercuten en el comportamiento de búsqueda de atención en salud, su percepción de calidad de vida y sus prácticas sexuales. Los estudios indican que la mayoría de las mujeres en la sociedad occidental moderna tienen una actitud neutral o positiva, en general, hacia la experiencia de la menopausia y el envejecimiento.

Estudios basados en entrevistas realizadas a mujeres en edad de menopausia sugieren que la ausencia de embarazo y menstruación mejora su vida sexual,²⁰ lo que indica que a pesar del impacto de los síntomas de la menopausia en la función sexual, la confianza y el bienestar sexual pueden mejorar con la edad y el climaterio.

ALTERNATIVAS PARA LA MUJER EN SU VIDA SEXUAL

La prolongación de la vida sexual activa y placentera después de la menopausia es ya un fenómeno común. Conforme el progreso en todos sus órdenes ha permitido vivir más años la sexualidad acompaña esta longevidad otorgándole calidad. Cada vez son más las mujeres que se sienten plenas sexualmente al llegar a la menopausia y después de ésta.

Algunas investigaciones efectuadas para conocer las condiciones de las mujeres en el periodo climatérico, que les permiten o no continuar con su vida sexual, señalan que el mayor nivel de escolaridad,²¹ el apoyo familiar, los conocimientos acerca del climaterio y de la menopausia²² y el trabajo fuera del hogar²³ son factores que las protegen de los síntomas físicos y psicológicos durante el climaterio y, por lo tanto, tienen mayor actividad sexual. Condiciones como tener un trastorno de personalidad se asocian con mayores probabilidades de síntomas psicológicos en el climaterio y más dificultades para la vida sexual.²

A partir de los estudios señalados y otros más²⁴ puede apreciarse que la actividad sexual femenina durante el climaterio no necesariamente disminuye sino que depende, en muchas ocasiones, de las características socioculturales del grupo al que se dirigen las investigaciones.

Cuando cesa la menstruación, la mujer se pregunta: “¿qué está pasando conmigo? ¿Qué enfrentaré? ¿Quién soy ahora?” Las respuestas a esas preguntas pueden tener mayor repercusión en el cambio hormonal. Su vida amorosa se puede afectar en función del tipo de amor que haya construido con su pareja.

Las mujeres que viven en hogares con violencia física o sexual la llegada de la menopausia puede devaluar aún más su imagen ante su pareja y ellas, que muchas veces se habían mantenido en el hogar con el pretexto de que los hijos las necesitaban, enfrentan la posibilidad de que los hijos se vayan de casa, no quedándoles más remedio que dirigir la mirada hacia sus maridos.²⁵ Pinto describe, además, otras vivencias de mujeres en la menopausia; por ejemplo la que ha construido su identidad a partir del servicio al marido, la cual, piensa Pinto, vivirá la menopausia sin grandes cambios porque ella anuló el placer y toda posibilidad de realización personal; la mujer que se quedó soltera porque asumió la responsabilidad de “cuidar” a sus padres, al enfrentar la menopausia

reconocerá que su vida la ha regalado a otros y que el tiempo que le queda es muy corto para apropiarse de ella; otro caso es el de la mujer que hizo del sentido de su vida el ser madre, cuando llega a la menopausia debe asimilar que no podrá traer nuevos hijos al mundo y contemplar cómo los que tiene se separan de ella para emanciparse, sus alegrías se han limitado a los éxitos de su progenie.²⁷

Pinto describe que cuando sobreviene la menopausia en las mujeres emancipadas, la pasión que sienten por realizar sus sueños hace que la menopausia prácticamente pase inadvertida porque el sentido de su vida es indiferente al anuncio del término de su fertilidad.²⁷ Si permanecen casadas, el esposo es alguien que apoya el desarrollo de sus logros, y quizá se trate de un varón que abandonó la estructura mental machista por lo que será capaz de asumir funciones tradicionalmente femeninas. Cuando la mujer emancipada deja de menstruar, su vida sexual se adapta a los cambios. Con su pareja encontrará alternativas eróticas para continuar disfrutando de sus encuentros sexuales. Se producirá una especie de “adolescencia adulta”, porque las modificaciones hormonales se ligarán con nuevas sensaciones: la sensualidad se hará más táctil y más serena. La renovación erótica y la desvinculación de los hijos promueven en la pareja el incremento de la intimidad, el volver a enamorarse y la forja de nuevos planes conyugales.²⁷

RECOMENDACIONES

Es importante que los profesionales de la salud estén conscientes de la influencia que las creencias acerca de la menopausia, el estilo de vida, las tradiciones culturales y los factores biológicos, pueden ejercer en las mujeres para que vivan adecuadamente o no, el tiempo del climaterio. Esto permitirá a esos profesionales transmitir una información equilibrada a sus pacientes, basada en la evidencia científica, que las capacite, a hacer elecciones adecuadas de su tratamiento, cuando lo requieran. La educación en salud acerca de la menopausia sigue siendo necesaria para aplicar activamente la combinación del modelo médico-biológico y promover un enfoque bio-psico-socio-cultural en esta etapa de la vida.

Cuando una mujer en el climaterio reporta síntomas sexuales con un médico, éste normalmente debería preguntar sobre: su función sexual y si ha experimentado alguna disfunción sexual o problemas en el pasado; la función sexual de su pareja y si hay algún problema que pueda afectar el funcionamiento sexual en pareja; la historia de sus relaciones de pareja; los factores psicosociales que pueden intervenir en su funcionamiento sexual, como las creencias religiosas, las tensiones de la vida; la historia de quejas psicológicas como la depresión; el historial médico incluidas las condiciones previas sexuales, como infecciones de transmisión sexual y el uso actual de medicamentos. Es conveniente, también,

un examen físico, principalmente cuando hay síntomas como la dispareunia. En ocasiones será necesario también solicitar algún examen de laboratorio (como perfiles hormonales) o de gabinete.

Con la indagación de todos estos aspectos el médico considerará si los síntomas de la mujer se relacionan con los cambios hormonales de la menopausia, o si hay otros factores que causan o contribuyen a estos síntomas. Aproximadamente en un tercio de las parejas los cambios en la función sexual masculina (como la disfunción eréctil) son la causa de la disfunción femenina en la postmenopausia. Debido a esto, lo ideal es realizar entrevistas de la pareja juntos y por separado, incluso si la pareja no tiene alguna disfunción sexual obvia, pues su participación en el proceso de tratamiento puede ayudar a entender los cambios que están sucediendo.

Las intervenciones que se centran en el tratamiento de mujeres en el climaterio, que informan de sus preocupaciones acerca de su bienestar sexual, se dividen en dos grandes categorías: tratamientos farmacológicos destinados a “corregir” las deficiencias hormonales de la menopausia y/o las intervenciones psicológicas dirigidas a tratar la relación psicosocial y los factores que inciden en la calidad de la vida sexual en la edad media.

Entre las terapias no hormonales, en muchos casos los lubricantes vaginales son suficientes para aliviar los síntomas, en particular, la sequedad vaginal. Estos productos suelen recomendarse para aliviar los síntomas antes de otros tratamientos, que implican mayores efectos secundarios.

Las investigaciones y la clínica han establecido que la calidad de la vida sexual de las mujeres en la menopausia está determinada por una compleja interacción de múltiples factores, como los psicológicos y psicosociales, pareciendo éstos ser mayores predictores de la calidad de vida sexual que los factores físicos. Por lo tanto, las intervenciones que aborden los factores psicológicos y psicosociales podrían ser de mayor beneficio para las mujeres con mala calidad de vida sexual, que las intervenciones farmacéuticas que tratan los síntomas físicos y los problemas de la función sexual.

Las intervenciones dirigidas a tratar los problemas sexuales causados por factores psicológicos y psicosociales pueden incluir terapias cognitivas, como la terapia cognitivo-conductual, terapia sexual e incluso psicoterapia psicodinámica. Cada una de estas intervenciones se centra en el individuo y pueden, por lo tanto, ser útiles cuando la barrera para el bienestar sexual proviene de la propia paciente; por ejemplo, cuando la mala calidad de la vida sexual se relaciona con la actitud de la paciente hacia las relaciones sexuales, el envejecimiento o la menopausia, la dificultad para adaptarse a la nueva función sexual o papel en la vida, o el estrés de la vida actual. Cuando el obstáculo para una buena calidad

de vida sexual se encuentra dentro de la relación de la mujer con su pareja sexual, la terapia de pareja puede ser lo más adecuado.

Las intervenciones psicológicas también pueden ayudar a las mujeres a hacer frente a otros factores de estrés en su vida que influyen en la gravedad de los síntomas de la menopausia, como el estrés en el lugar de trabajo, o los problemas con los hijos.

Algunos estilos de vida que ayudan a vivir mejor el tiempo del climaterio son: el ejercicio regular, alcanzar un peso óptimo, la dieta sana, reducción de las fuentes de estrés, dejar de fumar o ingerir alcohol o cafeína en exceso y mejorar la higiene del sueño. Dedicar tiempo para tener intimidad y mantener las relaciones sexuales es muy importante porque la actividad sexual regular aumenta la elasticidad vaginal y la lubricación; si no se tiene pareja, la autoestimulación es igualmente eficaz.

También puede ser importante para la pareja aprender nuevas técnicas sexuales. El aprendizaje y uso regular de técnicas sexuales sin penetración puede ser importante para las mujeres que experimentan dolor durante el coito. En otros casos, las parejas pueden beneficiarse del aumento de los juegos preliminares antes de intentar la penetración vaginal, y técnicas sexuales que implican mayor estimulación vulvar y del clítoris como un masaje íntimo, el sexo oral, el uso de lubricantes sexuales e incluso el uso de juguetes sexuales. Aprender a ser más permisivo sexualmente y a no sentirse culpable por vivir su sexualidad en estas etapas de la vida, así como hacer conciencia de que todavía se puede tener una vida sexual satisfactoria.

REFERENCIAS

1. Hansen L, Mann J, McMahon S, Wong T. Sexual Health in Later Life. *BMC Womens Health* 2004;4(Suppl 1):S24.
2. Menon U, Burnell M, Sharma A, Gentry-Maharaj A, Fraser L, Parmar M, et al. Decline in women using hormone replacement therapy at recruitment to a large screening trial in the UK. *Menopause* 2007;18:251-252.
3. Ayers B, Mann E, Hunter MS. A randomised control trial of cognitive behavioural therapy for women with problematic menopausal hot flushes: MENOS 2 trial protocol. *BMJ* 2011, Open, doi:10.1136/bmjopen-2010-000047.
4. Hunter MS, Gupta P, Papisch-Clark A, Sturdee DW. Mid-aged health in women from the Indian subcontinent (MAHWIS): A further quantitative and qualitative investigation of experience of menopause in UK Asian women, compared to UK Caucasian women and women living in Delhi. *Climacteric* 2009;12:26-37.
5. Bromberger JT, Schott LL, Kravitz HM, Sowers MS, Avis NE, Gold EB, Randolph JF, Mathews K. Longitudinal change in reproductive hormones and depressive symptoms across the menopausal transition. *Archives of General Psychiatry* 2010;67:598-607.

6. Hunter MS, Rendall M. Bio-psycho-socio-cultural perspectives on menopause. *Best Practice & Research in Clinical Obstetrics and Gynaecology* 2007;21:261-274.
7. Hunter MS, Coventry S, Mendes N, Grunfeld EA. Menopausal symptoms following breast cancer treatment: A qualitative investigation of cognitive and behavioural responses. *Maturitas* 2009;63:336-340.
8. Smith MJ, Mann E, Mirza A, Hunter MS. Men and women's perceptions of hot flushes within social situations: are menopausal women's negative beliefs valid? *Maturitas* 2011;69:57-62.
9. Hunter MS, Mann E. A cognitive model of menopausal hot flushes and night sweats. *J Psychosomatic Research* 2010;69:491-501.
10. Mann E, Smith M, Hellier J, Hunter MS. A randomised control trial of a cognitive behavioural intervention for women who have menopausal symptoms following breast cancer treatment (MENOS 1): Trial protocol. *BMC Cancer* 2011, doi:10.1186/1471-2407-11-44.
11. Ayers BN, Forshaw MJ, Hunter MS. The menopause 2011;24:348-53. www.thepsychologist.org.uk
12. Guthrie JR, Dennerstein L, Taffe JR, Leher P, Burger HG. The menopausal transition: a 9-year prospective population-based study. The Melbourne Women's Midlife Health Project. *Climacteric* 2011;7:375-389.
13. Eden KJ, Wylie KR. Quality of Sexual Life and Menopause. *Women's Health* 2009; 5:385-396.
14. Blake J. Menopause: evidence-based practice. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2006;20:799-839.
15. Grupo de Trabajo de Menopausia y Postmenopausia. Guía de práctica clínica sobre la menopausia y postmenopausia. Barcelona: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, Asociación Española para el Estudio de la Menopausia, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria y Centro Cochrane Iberoamericano. Barcelona, España, 2004.
16. Addis I, Van Den Eeden S, Wassel-Fyr C, Vittinghoff E, Brown JS, Thom DH. Sexual activity and function in middle-aged and older women. *Obstet Gynecol* 2006;107:755-764.
17. Anastasiadis A, Salomon L, Ghafar M, Burchardt M, Shabsigh R. Female sexual dysfunction: State of the art. *Curr Urol Rep* 2002;3:484-491.
18. Dennerstein L, Randolph J, Taffe J, Dudley E, Burger H. Hormones, mood, sexuality, and the menopausal transition. *Fertil Steril* 2002;77(Suppl. 4).
19. Davis S, Davison S, Donath S, Bell R. Circulating androgen levels and self-reported sexual function in women. *J Urol* 2006;175:659-659.
20. Avis NE, Assmann SF, Kravitz HM, Ganz PA, Ory M. Quality of life in diverse groups of midlife women: assessing the influence of menopause, health status and psychological and demographic factors. *Qual Life Res* 2004;13:933-946.
21. Hvas L. Positive aspects of menopause: a qualitative study. *Maturitas* 2001;39:11-17.
22. Casas J, Cauto D, Couto A. Aspectos psicosociales más relevantes de la mujer de edad mediana. *Rev Universidad Oriente Santiago Cuba* 2003;101:96-104.
23. Velasco V, Fernández IH, Ojeda RI, Padilla I, de la Cruz L. Conocimientos, experiencias y conductas durante el climaterio y la menopausia en las mujeres de los servicios de medicina familiar del IMSS. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2007;45:549-556.
24. Jimenez L, Marván ML. Significado psicológico de la menopausia en mujeres en etapa adulta media. *Psicol Salud* 2005;15:69-76.
25. Ojeda L, Bland J. Menopausia sin medicina. Nueva York: Hunter House, 2006;134-142.
26. Aedo S, Porceli A, Iribarra C. Calidad de vida relacionada con el climaterio en una población chilena de mujeres saludables. *Rev Chil Obst Gin* 2006;71:402-409.
27. Pinto TB. Amor y sexualidad en el climaterio femenino. <http://bpintot-bismarck.blogspot.mx/2009/07/amor-y-sexualidad-en-el-climaterio.html>

Impacto de la violencia sexual en la salud

OLIVIA GUERRERO FIGUEROA

INTRODUCCIÓN

De acuerdo con el modelo holónico (parte y todo a la vez) de la sexualidad humana,¹ que plantea cuatro subsistemas en la sexualidad que interactúan entre sí, en la sexualidad de mujeres y hombres hay diferentes formas de ejercer el maltrato, que no necesariamente se reconoce como tal debido a los mensajes introyectados desde la cultura, que hace que las formas de violentar la sexualidad no sean reconocidas como tales. En primera instancia nombro el *holón* del género en el que hacemos referencia a la identidad de género y a los roles de género y, en caso de no cumplirse los estándares socialmente establecidos, hay una sanción social que, no necesariamente, es reconocida como un acto de violencia, o bien, cuando en el *holón* de la reproductividad los hombres ejercen un paternaje cargado hacia acciones de cariño y poco hacia la responsabilidad económica de los hijos o si una mujer manifiesta no estar de acuerdo con el cuidado de los hijos, ambos mujer y hombre, reciben una sanción social que enjuicia esas acciones. En el *holón* de los vínculos afectivos si porque los hombres manifiestan su sentir respecto a los enamoramientos y suelen ser románticos, hay una sanción, pero si no manifiestan su sentir también. A las mujeres socialmente es más permitido lo romántico y, sin embargo, si no se es de esa forma también hay una sanción social y qué decir respecto de los temas de la orientación sexual,

en donde todo lo que no es heterosexual, en nuestra cultura, tiene una sanción aunque, afortunadamente, ya se está abriendo más la brecha entre las diferentes manifestaciones de la orientación sexual.

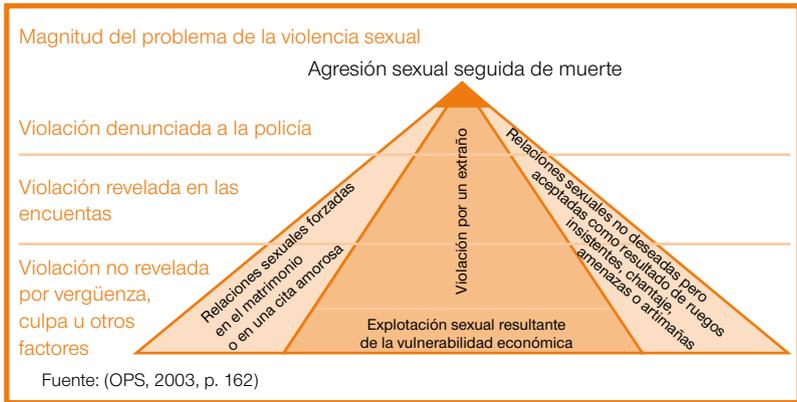
Y, por último, quiero nombrar los eventos relacionados con los abusos sexuales, las violaciones, el hostigamiento y las diferentes formas de acoso. Las relaciones que involucran un acto de esta naturaleza, sumado el incesto, etc., se ubican dentro del *holón* del erotismo; es decir, cuando en este *holón* surgen eventos de esta naturaleza de acuerdo con este modelo teórico de la sexualidad lo vamos a encontrar aquí.

Ahora bien, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, violencia sexual es: *“todo acto sexual, la tentativa de consumir un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de esta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo”*.² Este concepto nos muestra diferentes formas de reconocer la violencia que, en un sentido, pueden ejercer mujeres a hombres, hombres a mujeres, mujeres a mujeres y hombres a hombres. Este concepto que un punto clave en el ejercicio de la violencia hay un sometimiento de una persona hacia otra donde destaca el ejercicio del poder, que no tiene ni sexo ni género.

La cultura moldea estereotipos que potencian la vulnerabilidad de algunos poniéndolos en el lugar de víctima y, en otros, potencia el papel de agresor(a). La óptica tradicional de educar a mujeres y hombres en un encuadre machista, en donde el papel del hombre es mostrar fortaleza pero también dominancia y, las mujeres, en el papel de sumisión, en lo general esta óptica promueve la inequidad y favorece las conductas abusivas del más fuerte al más débil.

Como una muestra de ello retomo la figura de la OMS-OPS³ que, en analogía con un témpano de hielo sumergido en el agua y lo que se mira por encima del nivel del mar, es solo la punta del problema. Lo encontrado en la estadística emitida por alguna instancia gubernamental es sólo una dimensión diminuta de la realidad del problema de la violencia y, particularmente, la que está relacionada con la sexualidad. En un rubro intermedio podemos encontrar los índices de violencia captados a través de una encuesta anónima; lo que ocupa el campo mayor de la violencia es la que no es nombrada en ningún recurso. La explotación sexual ocupa en este rubro un lugar importante, por supuesto producto de la vulnerabilidad económica y la inequidad de género en el que las mujeres son víctimas de este delito. Es sorprendente que en los últimos años, producto de investigaciones periodísticas, salgan a la luz las redes de trata que operan en diferentes países, en el que México tiene un mercado clandestino en algunos puntos de la República.

Figura 1.



Es menos probable realizar la denuncia si el agresor(a) es una persona conocida en donde el modo de operar es mediante el sometimiento utilizando la fuerza o, bien, el sometimiento a través del convencimiento por medio de chantajes.

Y, por supuesto, en la punta de la pirámide está la violencia seguida de la muerte, que es parte de la estadística porque existe un protocolo inevitable para este tipo de circunstancias que, necesariamente, tiene que pasar por una instancia gubernamental.

En lo particular, tomar la decisión de denunciar ante las instancias gubernamentales involucra una serie de circunstancias personales, sobre todo si el agresor(a) es parte de la familia. Ésta es la primera razón por la que no optan por este camino. La otra razón fundamental para no denunciar tiene que ver con la poca credibilidad de justicia frente a las instancias de seguridad pública y, muy de la mano, va el maltrato recibido por el personal que se encarga de atender las denuncias correspondientes.

En relación con el esquema de desigualdad entre hombres y mujeres es significativo nombrar, de acuerdo con una estadística del Instituto de las Mujeres del Gobierno del Distrito Federal obtenida entre enero y noviembre de 2013⁴ reporta haber ofrecido 2,187 servicios de atención en los módulos Viajemos Seguras en el Transporte Público, de los que sólo 341 casos llegaron a instancias jurídicas. De esas 341 personas, 332 eran mujeres y 16 hombres, lo que representa 95% de mujeres y 5% de hombres. Respecto al sexo de los presuntos agresores 339 eran hombres (99%) y 5 mujeres (1%). Es impresionante cómo la toma de esta muestra refleja el desequilibrio en las condiciones entre hombres y mujeres en el ejercicio de la violencia.

ABUSO SEXUAL INFANTIL

DEFINICIONES DE ABUSO SEXUAL INFANTIL

En la mayor parte de los abusos sexuales, el agresor es miembro de la familia o una persona cercana a ésta; es decir, que el agresor convive con la víctima y pocas veces el evento de violencia es cometido por un extraño. Esta circunstancia puede empañar la certeza de que lo que está sucediendo es una situación de abuso a un niño(a) o al resto de la familia. Para la niña(o) puede ser difícil tener la claridad inmediata de si lo que vive es abuso o no. Cuando en el abuso coexiste una expresión afectiva hay una capa muy delgada que, en el criterio de un niño(a), obstruye o retrasa la posibilidad de referirse o no al suceso.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, el *maltrato infantil* son “los abusos y la desatención de que son objeto los menores de 18 años, e incluye todos los tipos de maltrato físico o psicológico, abuso sexual, desatención, negligencia y explotación comercial o de otro tipo que causen o puedan causar un daño a la salud, desarrollo o dignidad del niño, o poner en peligro su supervivencia, en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder. La exposición a la violencia entre la pareja es otra de las formas de maltrato infantil”.⁵ Ahora bien, el abuso sexual infantil son los “contactos e interacciones entre un niño y un adulto con el fin de buscar estimulación sexual en el adulto, en el niño o en otra persona”⁶ y “una forma de violencia física o mental, o ambas, por la que el adulto se aprovecha de la confianza del niño como de su superioridad.”⁷ Es indispensable especificar las formas en que puede abusarse de un niño o niña.⁸

Abuso sexual con contacto físico: el agresor tiene contacto directo con los niños(as) por medio de besos o caricias en diversas partes de su cuerpo, así como al pedirle que el niño lo haga; también al masturbarlo o pedirle que, a su vez, lo masturbe; al frotar sus órganos sexuales contra el cuerpo del niño(a) y al iniciar contactos oral-genital-anal con el pene, los dedos o diferentes objetos entre el adulto y el niño(a).⁸

Abusos sexuales sin contacto físico: se manifiesta al hablarle con palabras de contenido sexual a fin de agredirlo, exhibir los órganos genitales, desnudarse, masturbarse enfrente de él (ella), realizar el coito con otra persona para ser observado por menores, mostrar pornografía o utilizarlo para realizarla, prostituirlo, o verlo mientras se desnuda o baña.⁸

Para el profesional de la salud es importante tener claridad desde un marco conceptual y que el impacto del abuso sexual en la vida del niño o niña depende más de su propia historia de vida y del apoyo que la niña(o) encuentre en su entorno. En el caso de que al médico le toque hacer alguna revisión de alguna

posible agresión sexual éste debe recordar que a partir de ese momento es parte del entorno del niño(a) y es parte del apoyo que puede ofrecérsele.

ANTECEDENTE Y MARCO LEGAL

Respecto al tema del maltrato a niños para el profesionista de la salud es de suma importancia contar con los marcos legales que protegen el desarrollo de los niños. De los tratados internacionales, en primera instancia está la Declaración de los Derechos de los Niños,⁹ que se reconocieron a partir de 1924 a raíz de las secuelas de niñas y niños que vivieron la primera Guerra Mundial. En 1959 volvió a consensuarse pero, esa vez, en un marco internacional consecuencia de las secuelas que reconocidas en niñas y niños se originaron por haber sido parte o vivido durante ese conflicto bélico. En la actualidad, la UNICEF es la instancia impulsora que contribuye a la creación de un mundo donde se respeten los derechos de niños y niñas. En 1989 se realizó la Convención de los Derechos de las Niñas y los Niños,¹⁰ que consta de 54 artículos y forma parte de los instrumentos internacionales, jurídicamente vinculantes, que garantizan y protegen los derechos de todos los niños del mundo.

En el artículo 34 de esa Convención se estipulan los aspectos que protegen a las niñas y niños de las circunstancias de abuso sexual. Esto implica que los países que firmaron la Convención están obligados a respetar y asegurar que se respeten todos los derechos que ésta establece en nombre de los niños. En 2011, su última actualización incluyó un protocolo de intervención en la venta de niños, la prostitución infantil y la utilización de niños en la pornografía, sobre la participación de niños en conflictos armados, y el procedimiento de denuncias ante el Comité de los Derechos del Niño.

México es un país que ha participado y firmado esas Convenciones; esto implica la existencia de un marco legal que procura, en nuestro país, el desarrollo y bienestar de niños y niñas. *El Código Penal Federal Mexicano*,¹¹ en su Título XV “Delitos contra la Libertad y el Normal Desarrollo Psicosexual”, Capítulo I, tipifica los delitos de hostigamiento sexual, abuso sexual, estupro, violación e incesto en sus artículos 259 bis a 272 que, por supuesto, están estipulados en congruencia de procurar y proteger los derechos de niñas y niños.

En nuestra labor profesional en el ámbito de la salud, éticamente estamos comprometidos(as) a cuidar y dar una atención de calidad y calidez a quien en nuestra consulta se presente porque ha vivido un evento que ha violentado su sexualidad.

EL ENTORNO FAMILIAR Y EL ABUSO SEXUAL INFANTIL

La sociedad en que vivimos, durante la infancia educa a los seres humanos para reconocer a las imágenes de autoridad en las personas adultas lo que, por un

lado, está nombrado como una muestra de educación y respeto; sin embargo, esta forma de educación es un arma de doble filo. Es decir, la mayor parte de las veces que se comete un abuso sexual el agresor es una persona conocida y, en un alto porcentaje de los eventos, suceden cuando el agresor, a través de la seducción, consigue el consentimiento del niño(a) para tener algún tipo de contacto en el que el agresor obtiene su satisfacción sexual. En este sentido el adulto utiliza su papel de autoridad y, sobre todo, la confianza que la víctima pueda tener en él.

Otro aspecto fundamental que coadyuva a cometer el abuso sexual es no darle información a los niños acerca del abuso sexual y, a la vez, no mencionar a los genitales por su nombre. Algunas familias sí se refieren a ellos por su nombre; sin embargo, en la forma de decir las cosas relacionadas con la sexualidad, está implícita la vergüenza o la prohibición de no nombrar la sexualidad. Esta idea es captada por el niño(a) como si se tragara tal cual esa forma sin siquiera detenerse a deglutir para rechazar o aceptar, simplemente es tragada y de ahí actuada también para no nombrar lo que suceda en el tema de la sexualidad. En este sentido, el agresor consciente o inconsciente de tal circunstancia aprovecha la inocencia y desconocimiento del menor para así abusar de él o ella.

En la mayor parte de los casos y por el uso de autoridad y, a veces, también de la fuerza física, la niña(o) no está en condiciones de negarse o de oponerse porque será sometido.

Aunque las familias sepan que estadísticamente el agresor casi siempre es de la familia o conocido de ésta, es difícil asumir que alguien puede estar cometiendo un abuso a algún miembro de ésta.

En algunas historias de vida de personas que han vivido abuso sexual en la infancia han sido eventos únicos y un alto porcentaje el suceso permanece repitiéndose durante años. Muchas veces hay familias que se acercan pidiendo un consejo para que no suceda un abuso sexual en sus hijos(as) y pasado el tiempo se enteran que sí había sucedido en algún miembro de su familia. No hay una regla que garantice que nunca sucederá un delito de esta índole y lo que sí podemos brindar, en caso de que suceda, es el apoyo y el entendimiento que a ese niño(a) ya no le volverá a suceder un evento de abuso sexual.

“Guardar el secreto” es decisivo en las circunstancias que atañen al abuso sexual. El agresor podría estar amenazando para que no sea roto el secreto, ya sea con amenazas directas, por ejemplo: “si hablas mato a tus padres” o indirecta, por ejemplo a través de los chantajes: “No te gustaría que se enteren porque podrían echarte la culpa”.

Es importante tener clara la diferencia entre abuso sexual y juego sexual, no tiene que ver con la diferencia de edades. En la bibliografía antigua acerca de

temas de abuso se señalaba como diferencia, entre uno y otro, que el agresor fuera cinco años mayor que la víctima; sin embargo, este punto, por sí solo, no es un elemento suficiente para esclarecer el evento. En una circunstancia de juego sexual, ambas partes participan desde sus propias curiosidades congruentes con el desarrollo psicosexual del niño(a) y en una situación de abuso sexual hay un sometimiento y sólo una de las partes tiene la satisfacción sexual. Ha habido circunstancias de vida donde los participantes eran de edades similares y el evento inició, genuinamente, por medio de un juego sexual y luego alguno de los participantes inicia una situación de abuso, entonces empieza el ejercicio del más dominante, el que hace uso del juego del poder, convirtiéndose así en abuso sexual. En algunas historias de vida el evento llega a situaciones de violación.

Parte del engaño del abuso sexual que ejerce el agresor puede ser brindarle afecto, atenciones especiales e interés. Esta circunstancia puede generar en el niño(a) aceptación, complicidad con el evento e, incluso, si es una persona desatendida, con seguridad puede despertarse el significado en su carencia afectiva. Evidentemente esto es un punto que favorece continuar con la línea de abusos y, además, generando una dificultad para que se rompa el secreto.

La sexualidad de los niños y, particularmente su erotismo, se experimenta y expresa en formas muy diferentes a las que manifiesta en la vida adulta. El significado de las caricias a un niño(a) puede percibirse, simplemente, como una muestra de cariño y para el agresor la caricia puede tener un significado erótico, una excitación. Para el niño puede ser una línea casi imperceptible y ese es el inicio de una secuencia de eventos de abuso que vivirá. Los límites entre la ternura y el abuso sexual no siempre son fáciles de distinguir. Mientras en algunos casos el abuso sexual se manifiesta en forma clara, en otros pueden identificarse con posterioridad y a la vista de otros factores.

En los abusos sexuales están inmiscuidas las sensaciones percibidas por el cuerpo y cuando el abuso se disfraza de una serie de muestras afectuosas, las caricias resultan agradables para las fibras nerviosas del cuerpo del niño(a). Lo que generalmente sucede es que en algún momento el niño(a) registra ese evento como algo desagradable o sensación de estar en riesgo.

En algunas situaciones la víctima de abuso es amenazada para que guarde el secreto; esto lleva al niño(a) a comprender perfectamente que la estabilidad familiar depende de guardar silencio. En otras circunstancias puede no haber amenaza, solo una amenaza camuflada por medio de chantajes o manipulaciones. De igual manera, esto lleva a la persona a guardar el secreto; por ejemplo, cuando el agresor devalúa a la víctima advirtiéndole que nadie le va a creer, o que si habla la familia se va a destruir y él o ella serán los responsables.

La experiencia de guardar el secreto queda alojada en la memoria corporal y en la vivencia, que forja un particular ajuste de la responsabilidad de mantenerse en silencio. El hecho de guardar el secreto es una circunstancia que genera: presión, culpa, vergüenza, miedo y estrés, entre otras.

En gran medida, la estabilidad o el desequilibrio emocional dependen del apoyo que brinda el entorno: familia, amigos o personas cercanas. Si el niño se atreve a romper el secreto y encuentra una red que lo contiene y le cree lo que cuenta de lo sucedido se sentirá apoyado; sin embargo, cuando se enfrenta al rechazo, no le creen, le culpan de lo sucedido, le responsabilizan del evento, etc., eso le marcará y lo volverá inseguro, con baja autoestima, inestabilidad en diferentes ámbitos, entre otros inconvenientes.

Por lo que se refiere al incesto, INMUJERES menciona que en la bibliografía psicológica y jurídica lo definen como “los comportamientos y relaciones que incluyen abuso con contacto físico con el objeto de que el agresor alcance la excitación sexual; *éste puede ser cualquier familiar directo, padre, madre, hermanos(as), abuelos, etc.* La condición específica de este abuso es que, al cometerse en el interior de la familia, aumenta los niveles de estrés del agredido, diezma su confianza y seguridad, pues el agresor sexual se esconderá obligando a guardar el secreto”.¹²

Las situaciones de violencia sexual cometidas por alguna figura familiar cercana dejan una huella particular, la navaja se vuelve de doble filo, porque así como puede haber cariño hacia la persona, también puede haber mucho coraje e incluso odio.

En general, es importante destacar que todos los actos de violencia sexual que vive una persona en su infancia son dolorosos y difíciles de reconocer, y cuando las circunstancias no apoyan los límites que necesita el menor de edad y las secuelas se vuelven más intensas y complicadas, tornan esa vivencia en eventos que traumatizan el desarrollo de su historia de vida.

IDENTIFICACIÓN

Existen diversos estudios y clasificaciones que hacen señalamientos acerca de algunos síntomas que pueden experimentar los infantes, la mayor parte de ellos son datos estadísticos que insisten en conductas que deterioran la salud del menor; por ejemplo, tristeza, bajo desempeño escolar, etc., datos que, por supuesto, estadísticamente suceden. Sin embargo, puede haber situaciones en que el niño no externé síntomas de abuso, por esto se insiste en que este esquema puede ayudar a visualizar alguna circunstancia que puede estar viviendo el niño que plantea acciones, actitudes o eventos polarizados.

Bajas calificaciones vs calificaciones perfectas. En algunos casos la escuela puede significar un rechazo y falta de concentración, pero en otras circunstancias puede ser el refugio del niño(a).

Niños tímidos y retraídos vs niños extrovertidos y explosivos. Algunos niños(as) víctimas de abusos se vuelven callados y reprimen todo su sentir como un ajuste de las mismas circunstancias del entorno. Dependiendo de los recursos en su personalidad, algunos otros niños pueden reaccionar con mucha inquietud y ser desde la infancia los rebeldes, gritones, impulsivos producto del enojo que generan los eventos de abuso.

Una idea negativa y repulsiva sobre la sexualidad vs una exposición hacia lo erótico (sobre-erotización). Los momentos de haber estado expuestos a la violencia pueden generar la sensación de que la sexualidad o las relaciones sexuales son repulsivas o que los genitales son o están sucios, lo pueden manifestar a través de palabras, con extrema vergüenza al hablar de temas de sexualidad o, bien, sintiendo un profundo rechazo hacia las zonas erógenas de su cuerpo. En otras personas puede ser que ante la sobrestimulación sexual vivida en la infancia, en eventos posteriores ya sea de la misma infancia, en la adolescencia o en la vida adulta, se pongan en situaciones que les lleve a experimentar el placer en una forma que se exponen a más violencia o a formas distintas de maltrato.

Manifestación extrema de su sensibilidad vs represión extrema de su sentir. Puede ser que un niño sienta constantemente la intensidad de las emociones emanadas del evento de abuso sexual y se manifieste con extrema vulnerabilidad al llanto o al enojo, incluso que muestre síntomas de depresión.

Manifestaciones de evasión al dolor emocional: los olvidos vs elección por el dolor físico. Puede ser que para el niño(a) lo mejor sea no contactar con el dolor emocional que le genera el evento de violencia y lo mejor es no sentir, digamos, que el umbral del dolor está en su tope en el reconocimiento del dolor y en ese sentido, cuando actúan los olvidos y puede ser que total o parcialmente olvide el o los momentos de abuso y, en general, lo que sucede es una desconexión con el dolor emocional. Hay personas que no pueden dejar de sentir el dolor emocional que les genera el abuso y necesitan evadirse de esa sensación en donde el cuerpo y el dolor físico les da la estabilidad que no han podido lograr; es decir, se generan dolor en el cuerpo mediante laceraciones o golpes teniendo presente que lo que se busca es suprimir el dolor emocional.

Otras acciones: falta de sueño vs exceso de sueño, inapetencia vs comer en exceso, miedo constante a circunstancias nuevas o en las que ya tenga experiencia se vuelve todo un retroceso vs exposición a situaciones de riesgo, entre otras.

Particularmente propongo esta visión de las polaridades en el reconocimiento de los síntomas con la finalidad de ampliar la visión en el diagnóstico oportuno de un abuso sexual. Algunas otras clasificaciones dejan fuera eventos que, a simple vista, pueden ser sanos o saludables en el desarrollo psicosexual de la persona.

SÍNTOMAS FÍSICOS

Suele haber moretones, raspaduras, irritaciones en alguna parte de su cuerpo, particularmente en la zona genital o de las ingles. Los eventos de violencia sexual pueden incluir el tocamiento de genitales o hacer que la niña(o) toque los genitales del agresor o, bien, que la violencia inmiscuya otras partes del cuerpo del niño, como la boca o el ano.

Puede haber sangrado o rasgadura en la zona vulvar, en el interior de la vagina o en el ano o zona rectal, o en la boca.

En la práctica médica es probable que en algún momento sea necesario revisar a un niño(a) que vivió un abuso sexual; cuando el niño(a) es acompañado por alguien que no es su agresor la revisión puede efectuarse con mayor confianza donde usted, como profesionista, pueda formular preguntas que ayuden a la víctima a romper su secreto, a que manifieste sus necesidades y, en caso de estar en crisis, contribuir a que salga de ésta. Sin embargo, cuando el perpetrador de la violencia es quien lleva a consulta a la víctima y además tiene jerarquía de autoridad frente al niño(a) se vuelve complejo para el profesionista de la salud hacer alguna intervención directa.

Lo más importante que debe hacerse en la práctica médica es ofrecer un espacio de contención para que el(la) niño(a) pueda confiar en que su cuerpo y su mente estarán en mejores condiciones. Piense que cualquier mecanismo de defensa que realice el(la) menor es la mejor forma que en ese momento tiene para supervivir la circunstancia.

HOSTIGAMIENTO Y ACOSO SEXUAL

DEFINICIONES Y MARCO LEGAL DE HOSTIGAMIENTO Y ACOSO SEXUAL

La construcción de la definición de hostigamiento y acoso sexual surge a partir de que históricamente se han desarrollado campos que definen la perspectiva de género con la finalidad de visualizar las diferencias en la educación entre los géneros y, sobre todo, señalar la violencia de género, que se manifiesta a través de conductas y actitudes basadas en un sistema que acentúa las diferencias, apoyándose en los estereotipos de género. Reconocer las diferencias que sur-

gen en las formas de educar a hombres y mujeres da como resultado que la violencia de género sea una práctica aprendida, consciente y orientada, producto de una organización, estructurada sobre la base de la desigualdad de género. El trasfondo de esta forma de violencia es el sometimiento en la dinámica de poder-subordinación entre víctima y agresor. Ambas circunstancias se manifiestan como insinuaciones alusivas o con contenido sexual marcando claramente la desventaja de alguien.

La Ley General de Acceso a las Mujeres a una vida Libre de Violencia en su artículo 13 puntualiza la diferencia y establece que:

El hostigamiento: es el ejercicio de poder, en una relación de subordinación real de la víctima frente al agresor(a) en los ámbitos laboral o escolar, o ambos. Se expresa en conductas verbales, físicas, o ambas, relacionadas con la sexualidad y de connotación lasciva.¹¹

El acoso sexual: es una forma de violencia en la que, si bien no existe la subordinación, hay un ejercicio abusivo de poder que lleva a un estado de indefensión y de riesgo para la víctima, independientemente de que se realice en uno o varios eventos.¹¹

Ambas conductas son delitos tipificados con diferente sanción señalada en el *Código Penal*.

El hostigamiento y el acoso sexual, siendo actos de violencia, no dejan de ser una acción que maltrata, sobaja, degrada o rebaja a la persona hostigada dejando una sensación de malestar, en donde el ejercicio del poder juega un papel fundamental.

La acotación de estos dos delitos dentro de la norma jurídica tiene que ver con la alta incidencia cometida en los ámbitos laborales y espacios públicos, en los que en su mayoría son cometidos de hombres hacia mujeres. Esto no excluye que las mujeres cometan eventos de hostigamiento y acoso, simplemente es lo que sucede en su mayoría estadística.

En el caso del hostigamiento, con alguna jerarquía de por medio, se establece una relación, por ejemplo, entre maestro(a)-alumno(a), jefe-subordinado(a), etc. En estas circunstancias no necesariamente el de menor jerarquía es la víctima, pudiera ser éste quien ejecute la violencia. En este tipo de violencia podemos decir que la ejecución de ésta es vertical, es decir, puede ser de la persona que tiene mayor jerarquía al que tiene menor jerarquía o viceversa.

En el caso del acoso, se observa con mucha incidencia en el transporte público, o en un lugar abierto, por ejemplo la calle. En esta circunstancia no hay una

relación entre agresor y víctima para manifestarse esta forma de violencia. En este tipo de violencia la ejecución de ésta tiene un esquema horizontal, es decir, aquí no impera alguna jerarquía, aunque lo que se pretende es hacer un ejercicio del poder.

En ambas circunstancias quien ejerce la violencia establece un rango de poder sobre la víctima, no tiene relación con que el agresor sea el subordinado en el empleo o que en el transporte el agresor tenga mayor o menor estatura que la víctima, es independiente a cualquier situación así, lo que pretende esta acción es hacer un ejercicio de poder en el que la sexualidad se convierte en el instrumento de maltrato.

EL ENTORNO SOCIAL

De acuerdo con el INMUJERES “El acoso y hostigamiento sexual se consideran expresiones de la violencia basada en el género, porque responden al modo en que socialmente se concibe y piensa lo que significa ser hombre o mujer”.¹² Es un tipo de violencia que se basa en los estereotipos de género, que son contruidos para hombres y para mujeres asignando un rol social a seguir y una identidad que implica asumir una imagen y ciertas acciones que pueden nombrarse como femeninas o masculinas. En el ejercicio de este tipo de violencia lo que se exagera son las conductas que “deben” asumir hombres y mujeres, por ejemplo en la masculinidad los hombres deben mostrarse muy sexuales, con mucho temperamento, dominadores, etc., y en la feminidad deben asumir un papel de sumisión. Entonces, en esta estructura, alguien toma el derecho a someter a otro asumiendo el papel de víctima-victimario.

Desafortunadamente, a través de estos introyectos inculcados en la cultura las principales víctimas de acoso y hostigamiento son las mujeres o los grupos que socialmente pueden ser vulnerables, como por ejemplo personas con una orientación sexual diferente a la heterosexual, tan solo por nombrar alguna.

Ahora bien, cuando hablamos de mayoría, no quiere decir que alguna mujer, en algún momento no haya cometido algún tipo de violencia hacia los hombres. Ésta podría darse, justamente aprovechándose de estos estereotipos de género en el que los hombres no pueden negarse a las insinuaciones de una mujer porque se pondría en duda la masculinidad y en esta cultura tiene un costo significativo.

POSIBLES CONSECUENCIAS PARA LA SALUD DEL HOSTIGAMIENTO O ACOSO

Las consecuencias del acoso y hostigamiento sexual tienen efectos negativos: estrés, frustración, pérdida de autoestima, desinterés, depresión, insomnio, por nombrar algunos síntomas. Aunque ambas circunstancias se viven en contextos distintos, pueden generar un impacto traumático en la persona.

En lo general, vivir algún tipo de acoso sexual en la calle puede ser frecuente; sin embargo, parece que culturalmente se asume que hay que recuperarse rápido de esa vivencia porque no se puede detener la vida y dejar de salir a la calle; por el contrario, hay que ser suficientemente fuerte porque la vida continúa.

Los síntomas, en el caso de vivir algún tipo de hostigamiento sexual en el ámbito laboral, pueden tener cierta complejidad porque el espacio de trabajo es un lugar al que se recurre a diario y se permanece muchas horas del día, porque se percibe un salario de ahí, que da sustento a la vida misma y la pérdida de un empleo puede ser catastrófica para la persona. Cuando el hostigamiento sexual se vive en lo cotidiano va agotando día a día la fortaleza de la persona, se va debilitando gradualmente su estima, su confianza en si misma(o), se sienta con frustración y esto en realidad puede generar que, efectivamente, la calidad de su trabajo vaya en detrimento, lo que la acerca a una posibilidad real de la pérdida de trabajo. Al tener un ambiente hostil en el trabajo puede impactar no sólo a la persona que vive violencia sino al resto de los empleados. Si las circunstancias se prolongan durante mucho tiempo, puede haber un impacto general en su estado de ánimo a lo largo de la vida.

La falta quejas o denuncias es muy frecuente por el miedo a perder el empleo o el miedo de ser señalado(a) como una persona conflictiva. En general, hay desconocimiento o poca conciencia acerca de la existencia de las leyes que protegen y que definen estas conductas como un delito, a la vez de existir poca confianza en que se haga justicia de una situación así, se tiene rechazo al desgaste de vivir un proceso legal de esta naturaleza.

El hostigamiento y acoso sexual son un delito que se vive más frecuentemente de lo que parece y es un severo obstáculo para lograr la igualdad y la equidad de género. Los prejuicios, miedos, la ignorancia y la falta de una actitud individual y colectiva constituyen una forma de perpetrar estos delitos.

VIOLACIÓN

DEFINICIÓN DE VIOLACIÓN Y MARCO LEGAL

De acuerdo con la definición de violencia sexual establecida por la OMS, se especifica que la *violación* forma parte de ésta y que se define como “la penetración, mediante coerción física o de otra índole, de la vagina o el ano con el pene, otra parte del cuerpo o un objeto”.¹³ La violación es una de las múltiples formas de ejercer la violencia, es el ejercicio del poder en el que nuevamente la sexualidad es el medio para someter a otra persona.

La trasgresión de la violencia en el cuerpo de la víctima es mayor en términos de intimidad, es decir que el cuerpo vive una agresión más profunda literalmente

por el hecho de existir algún tipo de penetración en alguna zona relacionada con la genitalidad o con la oralidad. El límite corporal es quebrantado en todos sentidos, en muchas de las circunstancias se utiliza la fuerza física para llevar al sometimiento de la persona. En algunas otras circunstancias se utiliza la violencia psíquica para conseguir el mismo fin; el punto es debilitar y someter a la persona.

Es importante decir que socialmente ser violado(a) tiene más peso social, incluso las sanciones legales son mayores cuando existe violación que cuando es abuso sexual, se piensa que el impacto o el trauma será mayor en la persona y no necesariamente es más traumático uno que otro, porque depende más de las circunstancias en relación con la historia de vida de quien vive la violencia.

En materia penal las cosas se han modificado a partir de incluir la perspectiva de género en las leyes. Anteriormente, en algunos estados de la República Mexicana tenía mayor sanción robar ganado (abigeo) o algún objeto, que el hecho de que una mujer fuera violada; esto de entrada ya era injusto. Las leyes han podido valorar, desde la perspectiva de género, cómo es que socialmente la mujer es devaluada frente a diferentes circunstancias, incluso objetos, para así crear leyes que promuevan la equidad entre hombres y mujeres.

Ahora bien, las estadísticas en general revelan que la mayoría de las víctimas son mujeres y la mayoría de los agresores son hombres; sin embargo, estos datos reportados con datos duros obtenidos de las denuncias hechas o los datos obtenidos mediante encuestas no hacen la excepción: ningún hombre es víctima de violación y ninguna mujer es agresora sexual.

EL ENTORNO SOCIAL

Respecto al tema de la violación el contexto social es uno de los más difíciles en los que se encuentran diferentes aspectos, uno de ellos es la virginidad y otro muy fuerte es cuando un hombre es violado.

Desde el punto de vista social a la virginidad se le sigue otorgando un papel preponderante en diversos aspectos; por ejemplo, en cuanto a continuar valorando a una mujer a partir de si es virgen o no y este tema cobra peso en función de ser violada por vía vaginal.

Hoy en día, en pleno siglo XXI, madres y padres atienden a sus hijas (niñas o adolescentes) cuando éstas revelan que ha habido algún tipo de violación por vía vaginal, dando menor importancia si la trasgresión fue por vía oral o anal o si se trató de un abuso sexual. Desde cierta perspectiva, como si lo más grave fuera la ruptura del himen, o bien, si hubo indicios de que la niña o adolescente estaba viviendo algún tipo de abuso sexual, cobrando importancia hasta que

hubo algún tipo de violación, principalmente si fue por la vagina. El costo social en ser nombrada como “ya no es virgen”, adquiere peso en esta sociedad y, si bien, el evento de violación en sí ya es agresivo para la víctima, este tipo de creencias trasgreden también la esencia y vivencia de la persona.

Cuando la atención queda centrada en el tema de la virginidad, se dejan de lado aspectos que son fundamentales como, por ejemplo, el hecho de cómo significa el evento la persona que vivió la violencia, si fue lastimada físicamente pero, sobre todo, se deja de lado atender médicamente y psicológicamente a la persona. Como es bien sabido, la mayoría de los agresores son familiares, circunstancia que impacta en la familia y se perpetúa el secreto de la violencia vivida.

En estas circunstancias se deja de lado la posibilidad de que la víctima adquiera una infección de transmisión sexual o, bien, resulte un embarazo producto de la violación porque la atención está centrada en si es virgen o no.

Ahora bien, estadísticamente, la mayoría de las víctimas de violencia sexual son mujeres; sin embargo, esto no quiere decir que no haya hombres violados. Recurriendo a las estadísticas, de los hombres que reconocen haber vivido algún tipo de violencia, en su mayoría sucedió en la infancia o en la adolescencia. Es poco común encontrarse con hombres violados en la vida adulta.

La dificultad en el reconocimiento de este tipo de violencia en los hombres radica en tres mitos que están respaldados en el desequilibrio entre los géneros: “la violación sólo les ocurre a las mujeres”, “si algún hombre fue violado seguramente será o se hará homosexual” y “los hombres son fuertes y no lloran”. Existen algunos otros prejuicios, que se mencionan como relevantes.

La misoginia es una de las creencias que sustentan estos mitos, consideran como peyorativo el haber considerado a un hombre como mujer y, por ello, la violación. Esta creencia es doblemente agresiva porque, en cierto sentido, es como aprobar que las violaciones son para las mujeres y mirar con cierta devaluación a un hombre por el hecho de haberle considerado “mujer”. De esta manera pierde peso el evento de violencia, dando prioridad a los mitos.

Acerca de la creencia de “ser violado le hace homosexual a una persona”, también tiene un trasfondo misógino y homófobo porque la homosexualidad está puesta como algo no deseado e incluso enfermizo, producto del trauma vivido por la violación entonces en el entorno social cobra mayor peso la homosexualidad vista, además, como algo maligno y dejando de lado el hecho de la violencia y el trauma vivenciado producto de la violación. Si bien es cierto que algunas personas que han vivido violencia sexual son homosexuales, la violación o el abuso sexual no es en ninguna forma un elemento que determina la orientación sexual de una persona.

El otro mito no menos importante es el hecho de que por ser hombres tienen que ser fuertes y no llorar. Esta circunstancia tiene un gran peso que, sobre todo, obstruye la posibilidad de hablar o denunciar la violación, lo que favorece que el secreto quede perpetrado para sí mismo. Como ya fue mencionado, el índice de hombres que reportan haber vivido algún tipo de violencia es mínimo; sin embargo, esto no quiere decir que no existan, el miedo a ser señalado como homosexual o no ser visto como “suficientemente hombre” es un estigma que hace que muchos hombres no rompan su secreto en torno vivencias de violencia sexual.

POSIBLES CONSECUENCIAS EN LA SALUD

Cualquier tipo de violencia sexual tiene consecuencias negativas para las víctimas. La violación no necesariamente deja más efectos traumáticos que el abuso sexual o que el hostigamiento. La intensidad del efecto de trauma tiene, en gran medida, que ver con circunstancias subjetivas de la víctima, de su historia de vida y a partir de que la víctima rompa su secreto, el cómo es considerada o apoyada en su entorno, el trauma puede ser mayúsculo o no. Si bien el grado de sometimiento y de relación entre el agresor y la víctima son importantes, cuando una persona recibe el apoyo del entorno el efecto traumático es menor.

En caso de violación es importante dar seguimiento a los aspectos médicos; es decir, que una revisión médica siempre es importante para evitar la existencia de alguna lesión que de no ser atendida puede generar algún proceso de tipo infeccioso, o bien, la posibilidad de una infección de transmisión sexual que, en caso de no ser atendida oportunamente puede tener efectos trascendentales e irreversibles para la salud sexual de la víctima, a la vez de la posibilidad de un embarazo, también es importante atenderlo en su momento.

En cuanto a la repercusión en la salud mental, algunas personas en sus primeros momentos, ya sea primeras horas o incluso algunos meses, caen en estados de crisis o en el síndrome de estrés postraumático descrito en el DSM-V, también puede tener secuelas a corto, mediano y largo plazo como, por ejemplo, trastornos en la alimentación, miedos, neurosis, cambios de personalidad, disfunciones sexuales, entre otras. Esas secuelas pueden manifestarse directamente después del acto, aunque muchas veces se hacen evidentes mucho tiempo después.

LÍNEAS DE TRATAMIENTO PARA LA VIOLENCIA SEXUAL

De acuerdo con el protocolo establecido por la OMS lo primordial es dar una respuesta integral a las necesidades de las víctimas; para ello lo primero es que reciban los servicios de salud de manera integral, es decir:

- *Apoyo psicológico.* Que se le ofrezca un servicio de atención y contención emocional a la persona.
- *Apoyo médico.* Que se le haga una revisión médica de las condiciones en que se encuentre la persona y, de ser necesario:
 - Anticoncepción de emergencia
 - Tratamiento y profilaxis de infecciones de transmisión sexual
 - Profilaxis para infección por VIH
 - Información de abortos seguros, y
 - Un examen forense (si la mujer decide enjuiciar al agresor).
- *Apoyo legal.* Que el sistema jurídico le otorgue apoyo y servicios competentes y sensibilizados a las circunstancias por las que está atravesando la persona víctima de violencia sexual.

Estos son los puntos que, estratégicamente, propone la OMS,⁵ sin embargo, hay toda una serie de mitos y prejuicios que prevalecen en la sociedad que, en cierta forma, pareciera que validan y justifican la violencia sexual o, bien, que hacen que ésta quede en segundo plano dando prioridad a los mitos y restando importancia a situaciones fundamentales de la vivencia de algún tipo de violencia. Tener una visión empobrecida de la violencia garantiza que ésta se perpetúe en nuestras sociedades; por ello es importante cambiar nuestra visión para que como expertos demos una mejor atención en materia de salud.

CONCLUSIONES

Cuando la violencia sexual se atiende de inmediato, su repercusión en la vida y en las emociones dan un giro a la historia de vida haciéndole menos dolorosa la experiencia sufrida. El cuerpo nunca miente y las emociones se instalan en el. Mediante el proceso terapéutico es importante propiciar un reencuentro y resignificación del “maltrato” que hubo o hay hacia el cuerpo para consolidar la seguridad y confianza de la persona y logre tener salud en su sexualidad para que así pueda vivirla plenamente.

REFERENCIAS

1. CONAPO. Introducción al estudio de la sexualidad humana. En: Rubio-Aurioles E, Porrúa MA, Consejo Nacional de Población y el Fondo de las Naciones Unidas. Antología de la Sexualidad Humana. 2ª ed. Mexico: CONAPO-Porrúa, 1998;885.
2. OPS. Violencia Sexual. En: Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Washington: OPS, 2003;1:335.
3. OMS-OPS. Comprender y abordar la violencia contra las mujeres. Washington: OMS-OPS, 2013;1.

4. INMUJERES. ¿Qué es el acoso y hostigamiento sexual?: formas de operar, causas y consecuencias. Curso prevención y atención del acoso y hostigamiento. México, 2013.
5. OMS. [www.who.int](http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/es/) consultado el 14 de abril de 2014, de la Organización Mundial de la Salud: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/es/>.
6. INMUJERES. (s/f). Sistema de Indicadores de Género . Recuperado el 14 de abril de 2014, de Maltrato Infantil: http://estadistica.inmujeres.gob.mx/formas/tarjetas/Maltrato_infantil1.pdf.
7. Besten B. Abusos sexuales en los niños. 2ª ed. Barcelona: Herder, 2001.
8. INMUJERES. Curso Taller: Prevención de la violencia desde la infancia. En: Cruz M. Prevención y detección del abuso sexual en el nivel preescolar, tesis de licenciatura. México: Inmujeres, 2006;1:182.
9. ONU. Declaración de los derechos de los niños 1959. Consultado el 14 de abril de 2014, de <http://www.un.org/es/>: [http://www.un.org/es/comun/docs/?symbol=A/RES/1386\(XIV\)](http://www.un.org/es/comun/docs/?symbol=A/RES/1386(XIV)).
10. UNICEF. Convención de los derechos de los niños 1989. Recuperado el 14 de abril de 2014, de <http://www.unicef.org>: http://www.unicef.org/honduras/CDN_06.pdf.
11. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. (2 de abril de 2014). Ley general de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia. Obtenido de <http://www.diputados.gob.mx>: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGAMVLV.pdf>.
12. Inmujeres DF. (Enero-Noviembre de 2013). Portal del Instituto de las Mujeres del Gobierno del Distrito Federal. Recuperado el 14 de abril de 2014, de Inmujeres GDF: http://www.inmujer.df.gob.mx/wb/inmujeres/atencion_a_victimas_de_abuso_sexual.
13. OMS. Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la Facultad de Medicina de la UNAM. . Recuperado el 14 de abril de 2014, de Violencia: [http://psiquiatria.facmed.unam.mx/doctos/descargas/Violencia%20OMS\[1\]\[1\].pdf](http://psiquiatria.facmed.unam.mx/doctos/descargas/Violencia%20OMS[1][1].pdf)

El embarazo en la adolescente: un problema de salud pública

OLIVIA GUERRERO FIGUEROA

DETERMINANTES

“Las sociedades han cambiado”... es una frase trivial que podemos comprobar con nuestra propia vivencia. Es una realidad que los momentos históricos por los que transitamos los seres humanos dejan un sello distinto en nuestra vivencia. La sexualidad está marcada por este hecho. La historia misma de la sexualidad puede dar cuenta de ello, la sexualidad que se vivía en la Edad Media no es la misma que la de hoy. En ese sentido, todavía no hace muchos años el embarazo no se reconocía como un problema de salud pública. Podemos saber historias de vida de mujeres ancianas que su primer hijo lo tuvieron a los 13 o 14 años porque eso era lo esperado en ese momento histórico, para que así la mujer fuera fértil muchos años de su vida y engendrara 7, 10 o 15 hijos. Los decenios de 1960-1970 fueron decisivos en esta perspectiva, cuando la píldora anticonceptiva revolucionó la posibilidad del maternaje y paternaje y la mujer se integró al mercado laboral por una cuestión meramente económica, ante la necesidad de generar ingresos para su sustentabilidad y la de sus hijos e hijas.

La Medicina ha sido un peldaño importante para reconocer el embarazo en la adolescente como un problema de salud pública cuando pone a la luz las problemáticas a las que se expone una adolescente en el embarazo. Los estudios de Psicología, cuando revisan lo que es la adolescencia, concluyen que un ser humano que está en la adolescencia adolece de sí, del mundo, de la vida, de sus padres y es un individuo que está en etapa de desarrollo y crecimiento. La Organización de las Naciones Unidas establece que los “adolescentes son personas con edades comprendidas entre los 10 y 19 años; es decir, la segunda década de la vida.”¹

Desafortunadamente, se carece de cifras que reporten el número de adolescentes que murieron, a lo largo de la historia, porque tuvieron un embarazo y no sobrevivieron, al igual que sus hijos que no pudieron sobrevivir las condiciones a las que se enfrentaron. Por ello hoy podemos reconocer que esta etapa de adolescencia de los 10 a los 19 años es de formación y lo saludablemente posible es brindar las posibilidades de que en lo psicosocial el joven adolescente encuentre las posibilidades que potencien su desarrollo para que pueda conseguir independencia en lo económico, laboral, psicológico y su vida no se cruce de manera atropellada o dolorosa. En la actualidad, la adolescencia se considera un momento que se le dedica al estudio, fortalecimiento y preparación para la vida adulta, lo que no solo es algo que enriquece en lo individual sino también en un marco nacional, cuando las sociedades tienen un desempeño saludable la nación crece en conjunto.

Desde hace décadas se viene apoyando la visión del desarrollo en la adolescencia y se ha trabajado arduamente para brindar información de la reproductividad y la posibilidad de un embarazo en la adolescencia. Se ha reconocido que brindar información de la prevención de un embarazo y que el adolescente se vislumbre en su proyecto de vida a futuro, son piezas clave para su desarrollo; sin embargo, nuestra sociedad es más compleja de lo que parece. Las adolescentes con baja estima o que viven en un medio social y familiar inestable o con violencia tienen factores que incrementan la posibilidad de un embarazo en esa etapa de la vida.

Los adolescentes viven atravesados por una ambivalencia en su entorno social, por un lado hay información para que en su sexualidad no la vivan de manera lastimada y que un embarazo en la adolescencia no sea el motivo que vulnere su vida y, por otro, los medios de comunicación favorecen el acercamiento a temas sexuales en los que el mensaje puede ser de corte conservador o doble moral. En una encuesta se señala que “34.1% de los jóvenes reconoce a la escuela como el medio en donde más han aprendido acerca de la sexualidad, en segundo lugar de sus padres y madres de familia con 24.4%”.²

La vida sexual coital de los jóvenes mexicanos se inicia durante la adolescencia. La Encuesta Nacional de Valores en Juventud reporta que la edad promedio a

la que hombres y mujeres la inician es a los 17 años, con una variante en cuanto a género porque el promedio de inicio en los hombres es a los 16 y el de las mujeres a los 17 años de edad. En esa misma encuesta en el apartado de uso de métodos anticonceptivos se refleja que 66% de los jóvenes sexualmente activos utilizan algún método anticonceptivo y 32.4% no lo hacen; otro dato muy importante es que conforme se incrementa el grado de escolaridad mayor es el uso de estos métodos.³

Entre los motivos para no hacer uso de estos métodos en el rubro “no les gusta usarlos” 46.1% de los hombres y 32.8% de las mujeres señalaron esta causa. En el rubro “no están de acuerdo en usarlos” 21.1% de los hombres y 13.6% en de las mujeres y en el rubro “Mi pareja no está de acuerdo en usarlos” 14.2% de las mujeres y 9.8% de los hombres.³ De los datos previos se desprende que hay mayor resistencia al uso de los anticonceptivos por parte del hombre.

Es importante destacar las cifras que registra la Organización Mundial de la Salud en cuanto a la natalidad, refiere que 16 millones de niñas entre 15 y 19 años dan a luz cada año. Esto representa 11% de todos los nacimientos en el mundo.⁴ Referente a México, en el año 2000 en este mismo grupo de edad 11.96% de las adolescentes ya habían tenido un hijo y algunas ya tenían más de uno y para el 2010 el mismo INEGI reportó un incremento en la tasa de embarazos en mujeres respecto a la década anterior porque 16.1% de los embarazos se registro en este grupo de población.

Las causas del embarazo en la adolescente están determinadas, básicamente, por factores socioculturales y psicológicos. En sectores amplios de la sociedad mexicana, por ejemplo en la población rural y marginal urbana, donde el embarazo temprano es más frecuente, la maternidad forma parte indisoluble de la vida de las mujeres y, en muchas ocasiones, es la única forma de valoración social disponible.

COMPLICACIONES GINECOOBSTÉTRICAS

En la actualidad, la adolescencia tiene un significado que representa un momento de preparación y de educación en la vida. Para muchas adolescentes el embarazo puede ser algo no planeado y no deseado, la presión social se vuelca hacia las mujeres, lo que genera una situación de estrés e inestabilidad.

El embarazo adolescente es un concepto denominado a partir de los avances científicos y que, como sociedad moderna, hemos tenido y hemos contribuido a ello. Podemos escuchar a mujeres nacidas en los años de 1900 y lo común era que su primer hijo lo tuviesen a la edad de 14 o 15 años; sin embargo, poco se habla de la tasa de mortalidad que había en mujeres en ese grupo de edad. Hoy se habla de manera significativa que las mujeres en la etapa de adolescencia y

que tienen un embarazo tienen mayores posibilidades de tener alguna complicación durante el embarazo y al momento del parto.

Desde el punto de vista médico, tener una buena alimentación con cuidados oportunos y adecuados durante el embarazo en la adolescencia son dos elementos fundamentales que previenen complicaciones durante el embarazo, en el momento del parto y en el hijo; sin embargo, alcanzar este ideal es complicado porque los factores socioeconómicos en que vive la mayoría de las adolescentes y el acceso a los servicios de salud de calidad limitan esta posibilidad.

Enseguida se exponen algunas de las complicaciones que pueden sobrevenir durante el embarazo de una adolescente.

COMPLICACIONES FRECUENTES PARA LA ADOLESCENTE

Las adolescentes menores de 16 años tienen riesgo de muerte materna cuatro veces más elevado que las mujeres de 20 a 30 años porque se incrementan las posibilidades de parto prematuro, aborto espontáneo o que el feto muera en el vientre materno.⁵ La posibilidad de tener un parto obstruido es mayor que en las mujeres de más de 20 años. Si el parto es una de las principales causas de muerte entre las mujeres de 15 a 19 años, la mayoría muere por hipertensión y hemorragias y 8.4 % por aborto inducido. En los países de bajos y medianos ingresos predomina esta condición.⁶

Los cuerpos más jóvenes no están plenamente desarrollados para pasar por el proceso del embarazo y el parto sin consecuencias adversas.

Entre las mujeres indígenas, el riesgo de muerte materna (por embarazo, parto o aborto) es tres veces mayor que en el resto debido a las condiciones de alimentación y socioeconómicas. En este sentido se duplican las posibilidades de muerte en una mujer indígena y adolescente.

Otra posibilidad frecuente es la ruptura del útero, que implica alto riesgo de muerte para la madre y su hijo. Para quienes sobreviven, el trabajo prolongado de parto puede causar una fistula obstétrica.⁶

Los estudios clínicos han encontrado que cuando las mujeres se embarazan durante la adolescencia recurren menos a la consulta prenatal,⁷ circunstancia que se contraponen con lo ideal en la atención de la salud de este grupo de mujeres.

Las adolescentes que se embarazan tienen menos probabilidades que las adultas de obtener abortos legales y seguros.⁸

RIESGOS FRECUENTES EN EL RECIÉN NACIDO

Las muertes perinatales son 50% más altas en los nacidos de madres menores de 20 años que entre los que nacen de madres entre 20 y 29 años. En los nacidos de madres adolescentes es mayor la probabilidad de tener bajo peso al nacer, con riesgos a largo plazo.⁸

COMPLICACIONES PSICOSOCIALES Y DE GÉNERO

Adolescencia, del latín *adolescere* que significa “adolecer”. Es el momento de la vida que simboliza: crecimiento, independencia, libertad, autonomía, entre otras cosas. Es el puente de unión y de transición de la infancia a la vida adulta, es como una articulación que su función es consolidar y equilibrar entre el ser adulto y ser infante. Es el punto de mediación entre el cosmos interno con el exterior. Las y los adolescentes tienen que mediar con su autoimagen, con lo que hay en lo extrínseco, con las funciones sociales que en cierta medida ya están instaladas y con un gran peso que ayuda a consolidar su identidad de género y su identidad en la sociedad. Es un ir y venir entre el mundo interno y el mundo externo. En el mundo interno están puestos sus ideales, sus pensamientos, le da voz a su individualidad y aprovecha para separar el pensamiento de sus padres y la de él o ella. Su voz interna toma fuerza y se escucha con potencia cuando difiere de algo y lo manifiesta con esta fuerza. Es el momento de su vida en que detenidamente se plantea: ¿quién soy? ¿qué quiero?, ¿de dónde soy y a dónde voy? Y empieza a experimentar un cuerpo diferente, vivencias distintas que le dan esa independencia y autonomía. Se arraiga y se desarraiga de las vivencias de sus padres y de las propias. Es el momento de fijarse a algo o a alguien y sentirse perteneciente a un grupo social, a la pareja, a la vida adulta, pertenecer a algo es fundamental en la adolescencia. Mientras tanto, en el exterior están los estereotipos marcados de género que de manera invisible muestran “la exigencia” en pertenecer a estos moldes y paradigmas asignados a hombres y a mujeres. A las mujeres en el rol social tradicional se les pide que no tengan relaciones sexuales hasta el matrimonio, y ya estando en una relación de noviazgo, el orden socialmente establecido es que la pareja se case y luego tenga relaciones sexuales para engendrar hijos, marginando la salud sexual del hombre y la mujer.

En este periodo de formación hay un rasgo característico que es la rebeldía. Confrontar y romper los modelos dados por sus figuras parentales y atreverse a romperlos es parte de la esencia adolescente. En este sentido los y las jóvenes se dan permisos de ingerir alcohol o algún estupefaciente, lo que incrementa la posibilidad de una relación sexual, sin que necesariamente sea algo que en plena conciencia lo deseen. Las y los adolescentes incrementan su autoestima por el hecho de haber roto el orden establecido respecto a las relaciones sexuales, teniendo un desenlace distinto para uno y otro. En el caso de los hombres es motivo de orgullo y pueden hablar libremente de ello, en el caso de las mujeres

es a la inversa: es un evento que deben callar porque la crítica es severa en el rol de la mujer o, también, sucede en algunas mujeres que cuando bajan los efectos del alcohol viene la reflexión y a veces hay arrepentimiento sobre el acto por el hecho de no haberse dado en “las condiciones ideales”.

En las primeras relaciones sexuales se pone a prueba la confianza, la seguridad y la aceptación por parte de la pareja. En algunas parejas sucede que cuando se plantean la posibilidad de tener relaciones sexuales sí hablan del riesgo de un embarazo o de las infecciones de transmisión sexual. En ese momento se confía plenamente en la pareja. Por lo general, en ese inicio sí utilizan el condón y, luego, al sentir seguridad y confianza con la pareja, la exigencia de la utilización de algún método anticonceptivo disminuye en uno y otro. En algunos casos complejos, las mujeres tienen claro que no desean una relación sexual, ya sea por presión social, más que por el derecho sobre su propio cuerpo, y tienen una gran dificultad para establecer límites con la pareja. Puede suceder que accedan a la relación sexual para que la pareja no les deje y algunas otras son sometidas a la relación sexual por medio de ruegos y chantajes o con violencia física. En algunas circunstancias de otras mujeres que acceden a las relaciones sexuales cuando están bajo los efectos del alcohol viene la reflexión y a veces hay arrepentimiento del acto por el hecho de no haberse dado en “las condiciones ideales”.

Los y las adolescentes que logran un embarazo están en medio de este caos, porque están en el desafío del orden establecido, en el reto de pertenecer a algo, en el enfrentarse con sus padres, con la sociedad, con lo opuesto y les guste o no tienen que plantearse el rol de madre o padre sin que su rol como adolescentes esté firmemente consolidado. Quienes optan por vivir el embarazo y engendrar al hijo, se sumergen en esta severa disyuntiva.

Los y las adolescentes que experimentan un embarazo se sumergen en una serie de obstáculos y cuestionamientos que les hace la sociedad, la familia, los amigos y ellos mismos. Las reacciones y sanciones sociales no son justas con ningún género, en primera instancia porque generalmente se reacciona con juicios de valor y enseguida las sanciones sociales se vuelven distintas hacia las mujeres que hacia los hombres. La sanción hacia los hombres va en torno a “Ya la embarazó...” “es una de tantas...”, lo que en un significado social se asume como un halago y es importante nombrar que es una forma invisible en que se maltrata la masculinidad. Y para las mujeres surge el “ya perdió”, “es una fácil... anduvo de loca”, y la violencia hacia la femineidad también aflora.

Entonces, la sanción social repercute de manera significativa en la mujer “por haberlo permitido”; la crítica social adquiere gran peso y, por lo tanto, se convierte en un significado difícil de resolver. Una adolescente que experimenta estas circunstancias está sumergida en una ola de estrés, inicialmente en el temor de

nombrar el embarazo frente a su familia. Para las familias no es la misma vivencia y presión social si tienen una hija que se embaraza a un hijo que embaraza, las críticas se vuelven distintas para uno y otro. El peso más significativo se inclina hacia la mujer.

Hay varias posibilidades en la pareja que ha logrado un embarazo. Una situación es que ambos adolescentes asuman la responsabilidad del embarazo, otra situación es que el hombre abandone a la mujer desde el embarazo o en algún momento ya nacido el hijo, otra situación es que la familia presione para que la pareja se una en matrimonio para darle un hogar al hijo(a).

Las presiones que viven los adolescentes frente a un embarazo suelen someter en mayor presión a la mujer, lo que se contrapone con las condiciones ideales para lograr un estado de salud en una mujer embarazada, porque lejos de estar relajada, está sometida a presiones que estresan y que suelen sumergir en depresión. Algunos estudios han descrito los factores relacionados con la depresión en adolescentes embarazadas, indican que la mayoría de las mujeres que no contaban con apoyo por parte de su familia y las que padecen depresión mayor son las que tampoco cuentan con el apoyo de la pareja.⁹ Además, “los cambios hormonales, como la secreción de estrógeno y progesterona, parecen tener un efecto importante en el estado de ánimo de las mujeres”.⁹ Estas circunstancias, por supuesto, influyen en el sentir del(a) adolescente con repercusiones en la salud y en su toma de decisiones.

Entre las primeras situaciones que se cuestionan está la continuidad de los estudios y la posibilidad de trabajar, las más de las veces el planteamiento es decidir por una u otra. O hacen frente en lo económico respecto al embarazo y lo que implica el evento o continúa su formación educativa. Las posibilidades de trabajo a esa edad se vuelven muy limitadas.⁸ Los y las adolescentes se ven obligados a laborar jornadas de trabajo con un salario bajo, por lo que se va desencadenando toda una estructura social de pobreza en la población.⁸ Se argumenta que el embarazo en la adolescente es un elemento importante en la trasmisión de la pobreza intergeneracional que contribuye a su incremento.

Ahora bien, otro de los conflictos generados a largo plazo en las vidas de estos adolescentes que se embarazaron a corta edad es que tienen más posibilidades de tener mayor cantidad de hijos a lo largo de la vida. Según datos de la Secretaría de Salud, las mujeres que tuvieron su primer hijo antes de los 18 años alcanzaron una descendencia de 4.8 hijos, doce años después del nacimiento del primogénito. En contraste, las mujeres que tuvieron su primer hijo a partir de los 23 años de edad, tuvieron una fecundidad de sólo 3.2 hijos doce años más tarde.¹⁰ Consecuencia del incremento en el número de hijos surge otro problema al que se enfrentan las mujeres y hombres con varios hijos: carecen de la solvencia económica para proveer los insumos suficientes para mantener cierta

calidad de vida o, bien, algunas mujeres que no son apoyadas por la pareja se ven obligadas a permanecer en su familia de origen, haciendo que la economía de esta familia se muestre más limitada económicamente.

El significado de la maternidad tiene un peso relevante que va de un polo a otro; es decir, un extremo es cuando la adolescente comunica su embarazo, en un inicio se enfrenta al regaño y al rechazo familiar, luego la familia suele sobreprotegerla más por una cuestión de exacerbar el significado de la maternidad que por estar conscientes de las condiciones que llevaron a la adolescente a esta situación. En cierto sentido la maternidad ofrece un estatus que se acentúa en este punto más en las regiones más cerradas en las que las mujeres deben dedicarse, exclusivamente, a los hijos y al hogar. En el otro extremo está la madre soltera en general que será devaluada o puesta en segundo plano por el hecho de que el hijo(a) no tiene un padre que le reconozca, situación que genera un estigma en lo social y en lo económico.

Algunos los hombres, en cuanto a asumir las responsabilidades de su paternaje, en algunas circunstancias y al ver el peso de éstas optan por irse y no asumir el compromiso con su hijo(a), y cuando sí asume este compromiso, también está la posibilidad es truncar sus estudios para ingresar al mercado laboral aceptando cualquier ingreso por mínimo que sea.

DESERCIÓN ESCOLAR

Una consecuencia muy frecuente del embarazo en la adolescencia es la deserción escolar. Para las mujeres está en gran medida lo social como motivo fundamental de la deserción escolar. Enfrentarse a su grupo de pares, a las críticas o a un ambiente hostil, evidentemente la sumerge en vergüenza, en el miedo a ser rechazada, juzgada y, a la vez, como sucede en la deserción escolar, un individuo que se vive maltratado por su medio ambiente es más probable que arrastre una baja autoestima y conlleva a un bajo rendimiento escolar, lo que no es lejano en las adolescentes que se embarazan. Ante tales adversidades su desempeño escolar se ve mermado y, por ende, experimentan frustración y desertan.¹¹

Para hombres y mujeres la situación escolar se torna difícil. En algunos casos toman la decisión definitiva de dejar los estudios, en otras circunstancias sólo posponen las actividades escolares y en otras más toman la decisión de estudiar una carrera técnica debido a la premura por ingresar, lo antes posible, al mercado laboral. Para las mujeres que toman la decisión de la deserción escolar y optan por quedarse en casa, en apariencia son vistas como “ninis” (ni estudian ni trabajan) y sucede que son empleadas para las actividades típicas del hogar, sin el reconocimiento de la labor que realizan.¹²

ESTRATEGIAS DE ATENCIÓN A LA ADOLESCENTE EMBARAZADA

La atención de la salud de la adolescente con un embarazo debe ser multidisciplinaria. En un sentido básico, le toca al sistema de salud el abordaje y la continuidad médica de la evolución del embarazo y, en otro eje, le toca al sistema educativo revisar las condiciones sociales de su desempeño.

La actitud de los docentes y alumnado se han dejado llevar por los prejuicios sociales frente al embarazo de la adolescente. En la actualidad, en materia educativa se ha integrado la promoción de ambientes sanos que apoyan la permanencia escolar en estas adolescentes y se brindan becas a partir de un programa social; sin embargo, para los maestros, alumnado y padres y madres de familia resulta complejo entender la integración de esta política a los planes educativos, incluso creen que si el gobierno brinda algún plan de beca a estas mujeres están promoviendo los embarazos en las adolescentes.

Estos programas de apoyo a las adolescentes embarazadas que desean continuar con sus estudios están diseñados para que ellas ganen tiempo en el terreno académico y se aminore la responsabilidad económica respecto de su hijo(a). Sería valioso que todos los sectores y medios reconocieran la razón del porqué se ha implementado este programa.

Es de suma importancia en todo momento considerar las recomendaciones de las Conferencias Internacionales del Cairo (1994) y Beijing (1995) acerca de la salud reproductiva de los y las adolescentes, aunado a los Derechos Sexuales, que indican todos(as) los adolescentes tienen.

El derecho a la información basada en conocimiento científico. Mediante el trabajo de los profesionales que de manera ética realicen descubrimientos a través de la investigación científica y que esta a su vez sea transmitida a los y las adolescentes con datos fidedignos.

El derecho a la educación sexual general. Mediante la creación e implementación de programas que brinden todo un contexto de educación sexual integral que incluya una perspectiva de género, la prevención de las infecciones de transmisión sexual y del VIH-sida, los abusos sexuales, etc.

El derecho a la atención clínica de la salud sexual. Mediante el acceso a los servicios de salud y el fomento a la promoción de la salud en las y los adolescentes.

Es importante reconocer que estos derechos que plantean estos acuerdos internacionales tienen el objetivo de contribuir a que las y los adolescentes tengan una mejor calidad de vida; sin embargo, también es importante que las personas

encargadas de brindar los servicios médicos sean sensibles a la problemática para que se puedan llevar a cabo estos derechos sexuales.

Cuando hablamos de la importancia de asegurar que las adolescentes cuenten con los servicios de salud es un trabajo significativo que el médico se encuentre sensibilizado al tema para que pueda brindar el servicio de calidad a la adolescente embarazada. Es importante nombrar también la renuencia de los y las adolescentes a acudir a los servicios de salud y cuando un adolescente que sí acude a una revisión médica y es atendido desde los prejuicios del médico es altamente probable que ese adolescente no quiera regresar a consulta. De ahí la importancia que las y los médicos tengan esta sensibilidad para que el y la adolescente puedan tomar decisiones con responsabilidad.

Los programas que genere y respalde el Estado en materia de salud para las y los adolescentes, el apoyo y respaldo de las instituciones educativas y el compromiso de las y los profesores, así como el compromiso de las familias son un equipo que, en su conjunto, puede hacer que los y las adolescentes vivan menos atropellada la circunstancia del embarazo en edades tempranas. Es fundamental recalcar que la idea no es que los adolescentes vivan un embarazo precoz, sino que quienes transitan por esta situación les sea menos doloroso, complicado y que el hijo o hija tenga los mejores recursos para su nacimiento y crecimiento.

Con respecto a las condiciones para favorecer las condiciones de salud a la madre y a su hijo(a) la OMS recomienda que “las adolescentes embarazadas deben obtener todo el respaldo que necesitan para poder prepararse adecuadamente para el parto y posibles emergencias, incluyendo la elaboración de un plan de parto. La preparación para el parto y para posibles emergencias debe estar integrada a la atención prenatal” y “Las adolescentes embarazadas deben recibir atención calificada y amistosa antes, durante y después del parto, y si surgen complicaciones deben tener acceso a la atención obstétrica de emergencia”.⁸

ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN

Los estudios realizados en torno de las problemáticas relacionadas con el embarazo de la adolescente concluyen que este fenómeno disminuiría si existieran: educación sexual, servicios de salud sexual y reproductiva y oportunidades para las y los adolescentes. Es muy valioso equiparar la educación sexual con el proceso que lleva la currícula académica de cada una de las materias. Por ejemplo, no podríamos hacer operaciones complejas si no tuviéramos la base de saber multiplicar, dividir, sumar, etc., y realizar operaciones complejas es el producto de años de madurez y del repaso de año con año de las operaciones simples. La educación sexual también tiene una base equiparable a esto, porque no es solo cuestión de hablar una vez en una materia sobre la existencia de los anti-conceptivos, sino del proceso que implica aprender a usarlos, negociar su uso

con la pareja, tener claridad si elegir tener las relaciones sexuales o no, hacer un proyecto de vida respecto a las relaciones sexuales y el maternaje y el paternaje. Es decir, la educación de la sexualidad es constante y abarca más aspectos de la vida, es por ello que la propuesta de la educación sexual no solo es para hablarlo en un grado del nivel secundaria, sino para incluirlo en las materias en todos los niveles académicos. También recordemos que la educación de la sexualidad no es solo responsabilidad del Estado, sino del conjunto: programas educativos- padres y madres-maestras(as)- sector salud.

Sabemos bien que las cuestiones culturales influyen en el comportamiento de la sexualidad, por tal motivo, la sociedad también tiene que evolucionar en temas de salud sexual, atreverse a hablar del tema desde una esfera científica, informada, con base en los estudios respaldados desde el apoyo científico. Las y los servidores médicos deben estar “capacitados para brindar atención adecuada a las adolescentes embarazadas y asesoramiento a las jóvenes que no quieren quedar embarazadas”.⁸

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en conjunto con el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), en 2012, hizo una serie de recomendaciones para poder hacer frente a las situaciones relacionadas con el embarazo en la adolescencia.⁹

APOYAR LOS PROGRAMAS DE PREVENCIÓN DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES

Los embarazos precoces son la consecuencia de una combinación de normas sociales, tradiciones y limitantes económicas. Los responsables de las políticas tienen que dar un respaldo fuerte y visible a los esfuerzos realizados por evitar el embarazo precoz. En particular, deben asegurar que se establezcan programas de educación sexual. Para evitar el embarazo precoz deben ejecutar programas que permitan desarrollar habilidades para la vida, brindar respaldo para manejar los pensamientos, sentimientos y experiencias que acompañan la madurez sexual y deben, además, vincularse con servicios de consejería y anticoncepción.

EDUCAR A LAS Y LOS ADOLESCENTES EN EL USO DE ANTICONCEPTIVOS

Tal vez los adolescentes no sepan dónde conseguir anticonceptivos y cómo usarlos correctamente. Los esfuerzos por brindar información exacta de anticoncepción deben ir de la mano de la educación sexual.

CREAR RESPALDO COMUNITARIO PARA LA ENTREGA DE ANTICONCEPTIVOS A LAS Y LOS ADOLESCENTES

Existe cierta resistencia a suministrar anticonceptivos a las adolescentes, especialmente a las jóvenes que no están casadas. Debe procurarse involucrar a los

miembros de la comunidad y obtener su apoyo para que se entreguen anticonceptivos a esa población.

POSIBILITAR A LAS ADOLESCENTES EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE ANTICONCEPCIÓN

Es frecuente que las adolescentes no se acerquen a los servicios de anticoncepción porque temen el estigma social o ser juzgadas por el personal de los centros de salud. La provisión de servicios debe ser amigable y responder a las necesidades de las adolescentes.

EMPODERAR A LAS NIÑAS PARA QUE SE RESISTAN A LAS RELACIONES SEXUALES FORZADAS

Las adolescentes pueden sentirse impotentes frente a la coacción sexual. Es necesario empoderarlas para que se protejan a sí mismas, y para que pidan y obtengan asistencia eficaz. Los programas que fortalecen la autoestima, desarrollan habilidades para la vida, y mejoran los vínculos con las redes y apoyos sociales pueden ayudar a las adolescentes a oponerse a las relaciones sexuales no deseadas.

INFLUIR EN LAS NORMAS SOCIALES QUE CONDONAN LAS RELACIONES SEXUALES BAJO COACCIÓN

En muchas partes del mundo las normas sociales prevalentes condonan la violencia y la coerción sexual. Los esfuerzos por empoderar a las adolescentes deben acompañarse de esfuerzos por cuestionar y modificar las normas que condonan el sexo bajo coacción, sobre todo las normas de género.

INVITAR A LOS VARONES A CUESTIONAR LAS NORMAS Y PRÁCTICAS DE GÉNERO

Los varones pueden ver la violencia de género y la coacción sexual como algo normal. Deben ser convocados a desarrollar una mirada crítica en torno de los efectos negativos de esas actitudes sobre las niñas, mujeres, familias y comunidades. Esto podría persuadirlos a cambiar sus actitudes y a abstenerse de comportamientos violentos y coercitivos.

Quiero insistir en la relevancia de que cualquier proyecto, intervención, programa, etc., sea respaldado por la perspectiva de género, que no solo se visualicen las desventajas de las mujeres sino que promueva la equidad entre mujeres y hombres y nombre de igual manera la responsabilidad en el embarazo, tanto del hombre como de la mujer, así como fisiológicamente el cuerpo de la mujer tiene la capacidad de procrear, los hombres tienen la responsabilidad de ejercer su sexualidad con educación y respeto. Por todo esto, la información acerca de los métodos anticonceptivos debe ser para ambos. Los hombres tienen que ha-

cerse responsables que ellos son parte fundamental de la responsabilidad en la fecundación. Por lo tanto, en la educación sexual es primordial promover el trato igualitario y el respeto mutuo.

ANTICONCEPCIÓN EN ADOLESCENTES

Una pregunta importante es ¿por qué habiendo anticonceptivos ocurren tantos embarazos en adolescentes? En su mayoría, los adolescentes poseen gran cantidad de información, que se allegan con una facilidad sorprendente; sin embargo, esto no garantiza que la asimilen por completo. De acuerdo con la Encuesta Nacional en Valores de la Juventud,³ 1% de la población de jóvenes encuestados reconoce que “no sabe cómo usar los métodos anticonceptivos”.

Algunos otros adolescentes que saben cómo usar estos métodos no recurren a ninguno de ellos por temor a los efectos secundarios, sobre todo porque creen que puede producirles infertilidad. En este sentido tienen más peso los miedos a la infertilidad que vivir las consecuencias de un embarazo, o bien, consideran que el uso del método del ritmo o coito interrumpido es la mejor alternativa porque no cuesta, pero tampoco consideran la baja efectividad de ambos métodos.

Las sugerencias de uso de métodos anticonceptivos tiene que ser equitativa para hombres y mujeres. La creencia de que los métodos anticonceptivos están diseñados para que la mujer los utilice, entre este aspecto y la cultura, hace que la responsabilidad caiga exclusivamente en ella. Cuando se brinde algún tipo de consejería es importante incluir a los hombres en esa responsabilidad.

Antes de sugerir un método anticonceptivo a los adolescentes es importante dejar en claro la relevancia de la participación de uno y otro. La adolescente y el adolescente necesitan tener claro que lo importante a la hora de tener relaciones sexuales es “disminuir las posibilidades de un embarazo”, que es la finalidad de los métodos anticonceptivos (Cuadro 1).

Al ofrecer a los adolescentes el panorama de este grupo de cuatro tipos de métodos anticonceptivos es importante enseñarles que pueden elegir en sus relaciones sexuales tres métodos de diferente clasificación; es decir, que no es deseable que elijan dos o los tres de la misma clasificación.

Es importante nombrar que con el uso de tres métodos disminuyen las posibilidades de embarazo y se potencia, en general, la eficacia de los métodos anticonceptivos. Para ejemplificar este recurso se sugiere que en sus relaciones sexuales utilicen: condón masculino, pastillas anticonceptivas y coito interrumpido.

Como puede advertirse es un anticonceptivo de diferente clasificación con el que se incrementa en 80-90% la eficacia del condón masculino, aunado a 80-

Cuadro 1. Clasificación y porcentaje de seguridad de distintos métodos anticonceptivos

Métodos de barrera	Métodos hormonales
Ofrecen entre 80 y 90% de eficacia con su uso correcto	Ofrecen entre 80 y 95% de eficacia con su uso correcto-
Condón femenino	Píldoras
Condón masculino	Inyecciones
Diafragma	Parche
	Anillo vaginal
	Abanico (implante)
Métodos mecánicos	Métodos basados en el conocimiento de la fertilidad
Ofrecen entre 90 y 98% de eficacia con su uso correcto	Ofrecen entre 60 y 75% de eficacia con su uso correcto
DIU-dispositivo intrauterino	Ritmo
Espermaticida	Billings
	Temperatura basal
	Coito interrumpido

95% de eficacia de las pastillas anticonceptivas y 60-75% de eficacia del coito interrumpido.

CONCLUSIONES

La problemática del embarazo en la adolescente repercute en su salud, los sistemas de salud, en la misma adolescente y en su hijo(a). Para atenderla hay que tomar en cuenta los factores médicos y nutricionales que favorezcan la salud y desarrollo de ambos y que el sistema educativo les brinde todo el apoyo en el ambiente escolar y los recursos a su alcance para que las deserciones escolares disminuyan. Se trata de todo un desafío que toca el tema de la inclusión para mejorar las condiciones de vida de las y los adolescentes que viven un embarazo. Para que todos los puntos de vista sean tomados en cuenta es necesario que todos los profesionales de la salud estén sensibilizados y concientizados de esta problemática para poder tratar a la adolescente con calidez y respeto.

Para prevenir los embarazos en las adolescentes es indispensable tomar conciencia de la necesidad de la educación sexual oportuna y eficaz por parte de

los padres y reforzada por los maestros de educación primaria y secundaria. Lo primero es reconocer que la adolescencia es una etapa de consolidación de la identidad, de transiciones en en donde los riesgos cobran un sentido de vida, que cuenta con complejidades y que todas las vivencias contribuyen a la consolidación de su identidad. La educación sexual es una herramienta que disminuye los embarazos en la adolescencia, en la educación continua será importante darle continuidad constante a los temas relacionados con la anticoncepción y la toma de decisiones responsables en la sexualidad. El tema de la equidad de género, en conjunto con la educación sexual, contrarrestan la influencia de los medios de comunicación en las identidades femeninas y masculinas y que, al final, enfatizan las desventajas de un embarazo en la mujer, más que en los hombres.

REFERENCIAS

1. UNICEF. Estado mundial de la infancia. La adolescencia una época de oportunidades. Nueva York: UNICEF, 2011.
2. www.afuentes.org. Recuperado el 14 de abril de 2014, de Un acercamiento al embarazo en la adolescencia: De la visión médica a los estudios de género: <http://www.afuentes.org/wp-content/uploads/2009/11/embarazoadolesc1.pdf>
3. IMJUVE-UNAM. Encuesta Nacional de Valores en Juventud 2012;1.
4. www.who.int. Consultado el 18 de abril de 2014 de: Embarazo en adolescentes: un problema culturalmente complejo: <http://www.who.int/bulletin/volumes/87/6/09-020609/es/>
5. OMS. Objetivos de Desarrollo del Milenio: Informe de 2013. Nueva York: Organización Mundial de la Salud.
6. www.who.int. Consultado el 18 de abril de 2014 de: Prevenir el embarazo precoz y los resultados reproductivos adversos en adolescentes en los países en desarrollo: Las evidencias: http://whqlibdoc.who.int/hq/2012/WHO_FWC_MCA_12_02_spa.pdf
7. www.afuentes.org. Recuperado el 14 de abril de 2014, de Género y embarazo entre adolescentes: www.afuentes.org/wp-content/uploads/2009/11/generoyembadolecentes.pdf
8. OPS. (S/F). www.paho.org. Recuperado el 18 de ABRIL de 2014, de Programa Mujer, Salud y Desarrollo: <http://www1.paho.org/Spanish/DPM/GPP/GH/emergencycontraceptionsp.PDF>
9. www.programajoven.sep.gob.mx. Consultado el 14 de abril de 2014 de: Embarazo adolescente y madres jóvenes en México: una visión desde el Promajoven: http://www.promajoven.sep.gob.mx/archivos/titulos/Embarazo_Adolescente.pdf
10. Secretaría de Salud. Programa de Acción: Salud Reproductiva, 2001. México: Secretaría de Salud.
11. SEP-AMSSAC. Formación para maestras y maestros de educación básica en salud sexual integral Manual para el maestro y la maestra Nivel secundaria. 2010;1. E. Rubio Auriolles, G. Ortiz Martínez, ed.) México: Secretaría de Educación Pública.
12. SEP-AMSSAC. (2010). Formación para maestras y maestros de educación básica en salud sexual integral. Guía para el coordinador y la coordinadora. Nivel Secundaria (Vol. 1). (E. Rubio Auriolles, & G. Ortiz Martínez, Edits.) Distrito Federal, México: SEP.
13. Cruz Martínez, Á. (24 de marzo de 2014). Embarazos en las adolescentes, un problema complejo de salud. La Jornada , pág. 34.

14. Secretaría de Salud. (202). www.salud.gob.mx. Recuperado el 18 de abril de 2014, de Prevención del embarazo no planeado en los adolescentes: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7201.pdf>.
15. Mujer y Salud en Uruguay. (2007). Significados sobre maternidad y paternidad en adolescentes. (Bayer HealthCare, & The Global Fund for Women, Edits.) Cuadernos de divulgación sobre derechos y salud sexual y reproductiva , Época 1 (6), 8.

Aspectos psicológicos de la anticoncepción

CLAUDIA FOUILLOUX MORALES

La anticoncepción no sólo debe, como su nombre lo indica, evitar embarazos no deseados sino favorecer el desarrollo integral de la sexualidad tomando en cuenta sus otras dimensiones: vínculo, erotismo y género. Si la salud comprende las esferas biológica, psicológica y social, la consulta de anticoncepción debe cubrir las y, por lo tanto, evaluar y abordar, entre otros, aspectos agregados a los de la salud física, como la relación de pareja, autoestima, personalidad, capacidad de experimentar placer, temores y aspectos socioeconómicos de la persona que va a utilizarlos. Antes de dar un consejo médico en relación con la anticoncepción es necesario conocer las preferencias y comportamientos sexuales de la paciente, conocer la vivencia previa de su sexualidad y su grado de satisfacción, así como su opinión de la anticoncepción y del concepto de “normalidad” en la conducta sexual.

Por lo que respecta a los aspectos psicodinámicos, hay mujeres que pasan muy tempranamente del rol de hija al de madre y que aceptar el fin sexual de las “relaciones íntimas” les puede provocar sentimientos de culpa que, a su vez, pueden producir síntomas de ansiedad o evitación ante el ejercicio de la sexualidad. En algunos hombres que confunden la “potencia” sexual con la reproductora se generan ligas inconscientes que los llevan a disfuncionar. Otros hombres

pueden sentirse inseguros ante la libertad sexual que puedan conferirles los anticonceptivos a sus parejas mujeres. Hay quienes piensan que la utilización de anticonceptivos hace que se pierda la “naturalidad” de los encuentros sexuales y que estos se tornen un tanto “programados” pero, en otros casos, el riesgo disminuido de embarazo puede llevar a hombres y mujeres a aumentar su deseo erótico. Mujeres en quienes el deseo sexual y de la maternidad están estrechamente relacionados pueden ver disminuida su libido cuando hay bajo riesgo de embarazo.

La reflexión de la interacción existente entre el anticonceptivo y las prácticas sexuales debe ayudar a los médicos a elegir un tipo de anticonceptivo en una mujer y no en otra e, incluso, elegir en esa misma mujer un anticonceptivo diferente en cada momento de su ciclo vital. Debe tenerse en cuenta que muchas veces los pacientes no verbalizan aspectos de su vida sexual, por lo que el personal médico debe ser sensible a las diferentes señales que pueden enviar a través de síntomas funcionales o al comentar alguna falla del método anticonceptivo utilizado. Al indicar un anticonceptivo hay que escuchar los deseos y voluntades de los pacientes, para guiar sus elecciones, sin imponer el método que se considere mejor (Mathlouthi).

Algunas investigaciones reportan que, en muchas ocasiones, es inadecuada la manera en que se usan los métodos anticonceptivos, y un excelente ejemplo lo constituye el condón. Investigaciones como las reportadas por la American Social Health Association (ASHA) (Lynn B. Barclay) y Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine muestran que, en ocasiones, no hay claridad en cómo usar un condón con eficacia y que el error más frecuente de los adolescentes es iniciar el encuentro sexual sin condón, lo que se ha reportado incluso en 40% de los casos (Paz-Bailey y col). Otras investigaciones han observado que la tasa de eficacia de los anticonceptivos orales en adolescentes se ve mermada por la necesidad de la consistencia en su uso, reportándose en Estados Unidos que 20% de las gestaciones no deseadas en jóvenes se deben a la toma inadecuada de las píldoras anticonceptivas. Se plantea que cuando son consumidas por adolescentes hay una media de tres píldoras olvidadas por ciclo, y que 50% de las pacientes que iniciaron el método en un momento determinado, lo abandonan dentro de los tres meses (Pérez I, Pérez EF, Plá E).

Por lo que respecta a los hombres, son escasos los estudios que se preocupan de sus actitudes ante la anticoncepción, y cómo puede ésta influir en su comportamiento sexual y en la forma de acercarse a la pareja. Es necesario reflexionar que si la concepción es cosa de una pareja, la decisión de utilizar un método anticonceptivo también debe ser de ambos. Hasta la aparición de los anticonceptivos femeninos, el control de la natalidad solía estar en manos del hombre, quien recurría al *coitus interruptus* o al preservativo y podía decidir, o no, fecundar a la mujer, incluso en contra de su voluntad. A medida que se han

ido perfeccionando los anticonceptivos para las mujeres el control de la natalidad incluyó a la pareja.

Es necesario que en las consultas médicas no solo se preste asistencia en anticoncepción, sino que a la vez se eduque en el tema de los métodos anticonceptivos en particular, y en el terreno de la sexología en general. Hay que tener en cuenta que la mayoría de quienes demandan asesoría son personas sanas y, por lo tanto, debe atenderseles de manera integral y humanística.⁵ Se reconoce que la buena relación médico-paciente es un factor indispensable para llegar a la elección de un adecuado método anticonceptivo.

MITOS EN ANTICONCEPCIÓN

A partir del siglo XX la aparición de la “píldora” desencadenó una auténtica revolución sexual, con cambios comportamentales, pero estos cambios no siempre han ido acompañados de la superación de mitos y miedos de la sexualidad. A pesar de la información disponible en la actualidad, acerca de todo lo referente a la anticoncepción, existen algunos mitos que aún cumplen un rol importante a la hora de la elección. Algunos de ellos son:

- 1) *La primera relación no embaraza.* Una vez que se ha producido la ovulación, la mujer puede quedar embarazada; más aún, antes de la primera menstruación también existe esta posibilidad porque la ovulación ocurre antes del sangrado.
- 2) *No tiene sentido utilizar anticoncepción si no se tiene pareja estable.* Es indispensable que cuando han iniciado vida sexual en pareja, tanto el hombre como la mujer, independientemente de tener o no pareja estable, elijan algún método anticonceptivo si no desean un embarazo.
- 3) De los 28 días que dura el ciclo menstrual, solo uno es el adecuado para que el óvulo sea fecundado; sin embargo, ese día es muy difícil de predecir ya que los ciclos tienden a ser irregulares por definición o son susceptibles de ser modificados entre muchas otras cosas que pueden alterar los tiempos biológicos, por lo tanto, no hay días seguros (al menos no completamente).

Mitos sobre anticonceptivos hormonales

- 4) *Si se toma la píldora anticonceptiva, hace falta hacer descansos cada 3, 6 o 12 meses.* Con las preparaciones actuales no es necesario; excepto que por causas médicas estuviera indicado.
- 5) *Los métodos hormonales hacen a las mujeres menos atractivas, las engordan y les producen acné.* Con los actuales preparados y las dosificaciones cada vez más bajas, es extraordinariamente raro que aparezcan este tipo de efectos secundarios. Por el contrario, muchos anticonceptivos hormo-

nales tienen un efecto benéfico en afecciones de la piel. Lo que sí se puede producir es una ligera retención de líquidos.

- 6) *Los métodos hormonales pueden producir cáncer.* Las mujeres que usan los anticonceptivos orales tienen menos riesgos de cáncer de ovarios y de endometrio; este efecto protector aumenta según el tiempo que dure su uso. También tienen menor riesgo de padecer cáncer de colon. Sin embargo, algunos estudios sugieren que los anticonceptivos orales aumentan ligeramente el riesgo de cáncer de mama, especialmente en mujeres más jóvenes. La administración de anticonceptivos orales no ha demostrado, en la mayor parte de las investigaciones publicadas, aumento o disminución del riesgo de cáncer de mama; sin embargo, estudios actuales sugieren un aumento ligero en el riesgo de cáncer de mama, especialmente en mujeres muy jóvenes. (León GG y col 2004)

Por otro lado, ha sido reportado que el uso de anticonceptivos orales por más de cinco años es un cofactor que incrementa el riesgo de padecer cáncer de cervix en mujeres con infección por los virus del papiloma humano, los cuales causan prácticamente todos los cánceres de cuello uterino.

- 7) *Los métodos hormonales provocan infertilidad.* Después que deja de tomarse o de inyectarse el hormonal, se recupera la posibilidad de quedar embarazada, aunque puede tomar un tiempo restablecer la fecundidad. Sin duda, si previamente coexistía un trastorno, es posible que éste siga estando ahí, pero los hormonales son métodos anticonceptivos totalmente reversibles.
- 8) *Los anticonceptivos hormonales no están indicados en mujeres muy jóvenes.* Si se eligen en forma adecuada pueden indicarse desde la primera menstruación hasta el climaterio.
- 9) *La píldora inicia su acción anticonceptiva desde el primer día.* En los primeros ciclos debe haber cuidado especial. Los anticonceptivos orales pueden perder su eficacia si se ingieren en combinación con otros fármacos, como algunos antibióticos, algunos medicamentos contra el VIH y anticonvulsivos.
- 10) *Los hormonales inyectados y por vía oral disminuyen el deseo sexual en la mujer.* Los anticonceptivos tienen distintos componentes hormonales y, aunque algunos pueden estar relacionados con la disminución de la libido, sus efectos son muy limitados con respecto a otros factores y medicamentos que sí pueden disminuir el apetito sexual, como los diuréticos, anti-histamínicos, antipsicóticos, antiepilépticos, antiarritmicos, antifúngicos, esteroides, antidepresivos, relajantes y sedantes, así como los antihiper-tensivos y medicamentos para la migraña.
- 11) *La píldora de emergencia es abortiva.* Dado que su acción es primordialmente evitar la ovulación o si ésta ya sucedió, evitar la fecundación del óvulo.

- lo por los espermatozoides, no se trata de un abortivo. No altera el proceso de implantación y si ya hay un embarazo establecido, no lo afecta.
- 12) *La píldora produce que las mujeres se vuelvan más agresivas.* Aunque ciertos métodos anticonceptivos en algunas mujeres pueden afectar el estado de ánimo, son otros factores los que podrían estar generando los problemas mencionados.
 - 13) *El anillo vaginal puede salirse y no producir la protección deseada.* Es uno de los más modernos métodos anticonceptivos de alta tecnología. Su colocación es mucho más sencilla que la de un tampón; lo aplica y retira la mujer una vez por mes, y la eficacia no depende de la posición que adopte en la vagina; con sólo estar dentro de la vagina cumple con su función de liberar las hormonas, no hay riesgo de infecciones por su uso, no se corre el riesgo de que se caiga ni se siente durante las relaciones sexuales.
 - 14) *El implante subcutáneo no puede retirarse antes de tres años.* Los implantes subcutáneos están preparados para utilizarse durante tres años; sin embargo, son completamente reversibles, se pueden extraer en cualquier momento. El retorno a la fertilidad es prácticamente inmediato. El 90% de las mujeres recupera la ovulación en las primeras tres semanas posteriores al retiro del implante.

Métodos de barrera

- 15) *Los preservativos se rompen con facilidad.* En la actualidad, la industria farmacéutica elabora los preservativos con un control de calidad óptimo. Es muy importante conservarlos en temperatura y humedad adecuadas, y no usarlos con sustancias lubricantes que pueden deteriorarlos.
- 16) *Es suficiente usar el preservativo en el momento estricto de la eyaculación.* Este es uno de los principales motivos de falla del preservativo porque antes de la eyaculación hay fugas de espermatozoides que pueden provocar un embarazo.
- 17) *El condón se puede utilizar varias veces.* Aunque en algunos casos el condón femenino es reutilizable, esta forma de uso no es recomendable. En el caso del condón masculino su reutilización no se recomienda de ninguna manera.
- 18) *El condón disminuye el placer en el hombre.* No hay evidencia de esto. En hombres y mujeres que se han acostumbrado al uso del condón, no se afecta el placer.
- 19) *La mujer que pide a su pareja que use condón es porque no confía en él.* Es muy importante difundir el valor del preservativo en la prevención del embarazo no deseado como de la trasmisión del VIH.
- 20) *El uso del preservativo es la forma más segura para evitar quedar embarazada.* La única forma 100% efectiva para evitar quedar embarazada es

mediante la abstinencia sexual. Si ésta no es una opción, la segunda forma más efectiva de evitar un embarazo es mediante la combinación del uso de un anticonceptivo hormonal con el uso del preservativo.

Dispositivo intrauterino

- 21) *El DIU provoca esterilidad.* Solo podría provocarla si su asociación coincidiera con una infección pélvica o a una endometritis, en cuyo caso ésta sería la causa que provocara la esterilidad y no el DIU.
- 22) *Es fácil que el DIU pueda perforar el útero.* Cuando la colocación la hace personal adiestrado es prácticamente imposible la perforación del útero durante su colocación o tiempo después de colocado.
- 23) *Si ocurre embarazo a pesar de tener el DIU, éste puede adherirse al cuerpo del feto y ocasionarle daño.* Durante el embarazo, el feto está cubierto por membranas y por el líquido amniótico que lo protege, y no tiene contacto directo con el dispositivo.
- 24) *El DIU se puede mover y llegar a otros órganos, como el estómago.* El dispositivo se inserta dentro del útero y éste no tiene comunicación directa con otros órganos. que puedan contenerlo.
- 25) *El hombre puede sentir el DIU al momento de las relaciones sexuales y esto le incomoda y le quita el placer.* Son los hilos que quedan por fuera del cuello del útero los que pueden llegar a producir cierta molestia pero no a causar daños. En este caso el médico puede recortar los hilos hasta que tengan la longitud adecuada.
- 26) *La mujer nulípara no puede usar DIU.* Cualquier mujer en edad fértil con vida sexual activa puede hacer uso de este método, incluso las adolescentes y las mujeres que aún no han tenido hijos. Hay tamaños muy pequeños de dispositivos diseñados para úteros pequeños.

ANTICONCEPCIÓN EN LOS JÓVENES

De acuerdo con el Censo de Población de 2010, en México habitaban 36.2 millones de jóvenes entre 12 y 29 años. La proporción de hombres y mujeres era casi de 1:1. Aproximadamente 16% de los jóvenes encuestados entre 25 y 29 años vivían con su pareja: de éstos casi 15% se unieron por motivos de embarazo. Casi 62% del total habían tenido relaciones sexuales y 38% del total de mujeres habían estado embarazadas. (IMJUVE)

Una investigación efectuada en la ciudad de Guadalajara entre estudiantes de secundaria mostró que casi 85% de ellos tenía información, por lo menos, de un método anticonceptivo (el más conocido era el condón). El 7.2% había iniciado actividad sexual; todos los hombres habían utilizado anticonceptivos mientras sólo dos terceras partes de las mujeres lo habían hecho. (Ayala-Castellanos y col.)

El inicio de la vida sexual es cada vez más temprano. La edad para contraer matrimonio es cada vez mayor. Los jóvenes (en especial los de la clase media) están demorando una década en hacerlo en relación con sus abuelos. En la actualidad, el mayor porcentaje de ellos espera haber resuelto su situación laboral y profesional antes de tener una familia; fenómeno que agrega años de vida sexual en pareja no estable.

Las razones por las que los adolescentes no piensan frecuentemente en la anticoncepción se relacionan con las características psicológicas de los individuos de esta edad: atención centrada en el presente por lo que no planifican el futuro; inmadurez emocional; pocas habilidades de comunicación interpersonal; necesidad de demostrar a los demás que ya es adulto, pero sin medir sus consecuencias. Esto se aúna, con frecuencia, a la limitación que los adolescentes tienen para acceder a los servicios de planificación familiar y educación sexual y las dificultades económicas que pueden tener. Por lo anterior, nos damos cuenta que poner los métodos anticonceptivos a disposición de los usuarios no es suficiente sino que es necesario analizar con ellos la facilidad o no de adoptar algún método. (Cruz Hernández J, García J)

Un estudio que examinó la comunicación sexual de mujeres jóvenes (o falta de ella) con sus parejas sexuales, sugirió que estas mujeres carecían de las habilidades de comunicación para analizar situaciones sexuales y que cuando estaban participando en la relación sexual, no se sentían cómodas para poder hablar del tema. (Parker e Ivanov)

Aunque los adolescentes y jóvenes no constituyen grupos homogéneos ni uniformes, su comportamiento sexual y reproductivo está influido en la actualidad, en mayor o menor medida, por otra serie de factores entre los que cabe mencionar: disminución de la edad a la menarquia; inicio temprano de la actividad sexual coital; cambios frecuentes de pareja; sentimientos de invulnerabilidad por no tener integrada la noción de riesgo; deficiente educación sexual que conlleva a una escasa, deformada e idealizada información sobre la anticoncepción, la maternidad-paternidad y la sexualidad; presión del grupo de pertenencia y de los medios de comunicación; falta de habilidad social para conseguir asesoría y anticonceptivos. (Canaval GE y col.)

No existe un método anticonceptivo ideal específico para uso de los adolescentes, como tampoco existen razones médicas para negar el uso de algunos con base solo en razones de edad. El mejor método será aquel que el adolescente y, en el mejor de los casos, ambos miembros de la pareja, escojan, una vez que hayan recibido una completa y detallada información. (Peláez J)

Puesto que las adolescentes sexualmente activas generalmente tienen relaciones sexuales sin protección, sobre todo durante los primeros seis meses de

iniciada la actividad sexual, el acceso fácil a la anticoncepción de emergencia puede ser importante para esta población. En la actualidad, esta alternativa está alcanzando gran difusión entre las adolescentes en virtud de la sencillez de su uso, su alta eficacia para prevenir el embarazo (98-99% de los casos) y su fácil accesibilidad.

La anticoncepción en la adolescencia debe reunir una serie de requisitos por las circunstancias y características especiales de la vida, en general, a esta edad: tener en cuenta el grado de maduración biológica y no interferir con el desarrollo y crecimiento; reversibilidad, salvo en casos excepcionales; adecuada a su actividad sexual, valorando su tipo y frecuencia, y la existencia de compañero no monógamo o cambios frecuentes de pareja; además de fácil realización. (Canaval GE)

En ausencia de un método anticonceptivo ideal es muy importante poner a disposición del adolescente la gama más amplia posible de métodos anticonceptivos. , analizando detalladamente cada uno de ellos, en relación con las variables biológicas, psicoafectivas, socioeconómicas y los valores del entorno en que se desenvuelven. Por tanto, la edad, la situación familiar, el entorno social, el grado de escolaridad, las características de la actividad sexual y el grado de maduración psicológica, deben ser evaluados sistemáticamente, e individualizar la indicación anticonceptiva para tratar siempre que el adolescente se sienta participe de la elección.

Así, la anticoncepción para cada uno de los adolescentes y sus parejas, generalmente es el resultado de afrontar pequeños retos impuestos por las condiciones individuales y de pareja. Es importante, en consecuencia, brindar a los adolescentes la asesoría en anticoncepción de acuerdo con su desarrollo cognitivo, conocimiento del riesgo de un embarazo a esta edad, actitudes y aptitudes para enfrentarse a ese riesgo, y opciones que prioriza por encima de las demás, de acuerdo con su contexto particular.

ANTICONCEPCIÓN HORMONAL

En el año 2000, el año del 40 aniversario de la píldora anticonceptiva, *The Globe and Mail* (periódico canadiense), informó que más de 84% de las mujeres canadienses habían utilizado, en algún momento de su vida, la píldora anticonceptiva. A nivel mundial, más de 100 millones de mujeres habían tomado la píldora. Como ya se dijo, la utilización de la píldora no es sólo cuestión de elección femenina, sino todo un complicado proceso en materia social, cultural, económica e histórica. (Kara Granzow)

Así como hay razones para utilizar los métodos anticonceptivos también hay un sinnúmero de razones para no utilizarlos. Aquí presentamos algunas de ellas:

“Estoy con él porque lo amo y no tengo miedo a quedar embarazada pues podríamos casarnos”

“Ni modo, nos dio la calentura y ya no podíamos detenernos”

“Me da pena pedirle que utilicemos un método anticonceptivo”

“No puedo traer las pastillas a casa, mi mamá revisa de repente mis cosas y podría darse cuenta”

“Me han contado que las pastillas bajan el deseo sexual”

“Si tomas pastillas o te inyectas están produciéndole un daño a tu cuerpo y siempre queda la posibilidad de que si quedas embarazada, puedas abortar”

“Si los uso van a pensar que soy una loca”

“No tengo dinero para estar comprando los anticonceptivos”

“No puedo usar el parche porque se me cae”

“Si me pongo el NuvaRing mi pareja puede sentirlo durante el sexo”

“Tengo miedo de que si lo uso voy a aumentar el número de relaciones sexuales”

No obstante estas opiniones, de la anulación de la imagen tradicional de estereotipo femenino, surge la imagen de la mujer como compañera de placer y rival profesional y estos mismos factores psicosociales pueden actuar de forma totalmente contraria, mejorando la respuesta y el acoplamiento sexual en mujeres que no se sienten culpables por tener actividad sexual sin desear descendencia. En otros casos, los cambios físicos como el aumento del volumen mamario, la disminución de la dismenorrea y del acné, la regularización del ciclo, etc. pueden ser vividos positivamente, contribuyendo a la mejora de la propia imagen y de la vida sexual.

Por lo anterior, podemos decir que el número de mujeres que utilizan anticonceptivos orales y experimentan mejoras en su sexualidad debido a múltiples factores (psicológicos y fisiológicos), es similar al número de las que experimentan descenso de la libido. Distintos investigadores opinan que la mayoría de las mujeres que utiliza anticoncepción hormonal no tiene porqué experimentar, ocasionadas por los componentes químicos de estos preparados, alteraciones notables en su conducta, su interés y disfrute de la sexualidad. (Kolodny y Sociedad Española)

Algunas mujeres usuarias de anticonceptivos hormonales refieren haber tenido alteraciones del deseo sexual. Según una investigación, cuando ocurre baja del deseo el comportamiento que siguen los ginecólogos puede ser: cambiar el método anticonceptivo; cambiar la sustancia activa; explicar a los pacientes la poca relación causa-efecto. Así mismo ante las usuarias que refieren ausencia de orgasmo: 89.4% realiza una exploración ginecológica; otros: profundizan en la historia personal, les dan pautas de cómo actuar durante las relaciones sexuales, las derivan a un psicólogo o sexólogo, las tranquilizan o les dicen que se trata de algo relativamente frecuente. (Bwreira R)

En relación con las alteraciones del deseo son múltiples los estudios realizados en primates que reciben hormonas esteroides, para establecer posibles correlaciones entre el comportamiento animal y el humano. A partir del decenio de 1990 los trabajos de Nadler y cols. acerca de los anticonceptivos orales en el comportamiento sexual señalaron que en la hembra ocurría disminución del atractivo (selección y atracción del macho) y de la proceptividad (conductas que se ejecutan para incitar aún más al macho para que se acerque y se aparee); estos rasgos están finamente organizados y permiten a la hembra hacer una discriminación más exacta de las diferentes parejas potenciales. Las conclusiones de los autores fueron que: es evidente la necesidad de los estrógenos para mantener el órgano copulatorio y la excitación sexual (vasocongestión, lubricación); los gestágenos parecen inhibir la acción de los estrógenos, disminuyen el interés sexual de las hembras más de 90% de las cópulas observadas en los chimpancés en su hábitat natural, ocurren en la mitad del ciclo, cuando es máxima la congestión anogenital y los anticonceptivos orales disminuyen los niveles de congestión anogenital en la hembra (¿lubricación en la mujer?) y como consecuencia ocurre disminución del interés sexual del macho; es evidente la reducción de la cópula, cuando la hembra que toma anticonceptivos controla el acceso sexual; los anticonceptivos tienen efectos negativos sobre el atractivo sexual de las hembras. La reducción de la lubricación vaginal en la mujer podría tener el mismo efecto en el varón, que la disminución de la vasocongestión anogenital de la hembra chimpancé tiene en el macho, disminuyendo en ambos casos la iniciativa sexual de éstos, cuando se consumen anticonceptivos orales. (Nadler) También observaron que los cambios de comportamiento sexual en la pareja de chimpancés, están relacionados no sólo con el ciclo biológico sino también con los eventos que acontecen en el medio ambiente, antes del consumo de anticonceptivos. Los aspectos sociales y propiamente sexuales relacionados con la cópula, independientemente de las consideraciones hormonales, quizá sean el factor más significativo, determinante del comportamiento sexual de los humanos.

En los humanos, prácticamente la totalidad de la bibliografía que reporta la influencia de los anticonceptivos en el comportamiento sexual se refiere a los cambios que pueden causar en las mujeres estos preparados, desde el punto de

vista de las alteraciones hormonales y su influencia en el deseo o la excitación, pero no hay estudios equivalentes a los referidos acerca de si determinados cambios en la mujer puedan también afectar al comportamiento sexual (deseo, excitación) del varón. La mayor parte de las investigaciones realizadas por médicos no valoran factores culturales o psicosociales y cuando se introducen estas variables, los resultados demuestran que es más importante: cómo se vive previamente la sexualidad, los factores religioso-culturales y la relación de pareja, que las posibles influencias hormonales.

Una investigación en mujeres que utilizaron anticonceptivos hormonales por vía oral y en anillo intravaginal durante tres meses, mostró una mejoría global de la función sexual de ellas y sus parejas quienes informaron aumento del interés y las fantasías sexuales. (Maurizio Guida)

Una revisión de la literatura de siete ensayos controlados y aleatorios no encontró asociación entre los niveles hormonales y el funcionamiento emocional en las mujeres. Las evaluaciones psiquiátricas de las usuarias de dispositivo intrauterino y anticonceptivos hormonales orales no mostraron diferencias significativas. Las mujeres que recibieron placebo experimentaron un perfil de efectos secundarios similar al de las mujeres que estaban tomando anticonceptivos orales. Diferentes concentraciones y combinaciones de hormonales tampoco mostraron diferencias significativas en el perfil de efectos secundarios. La evidencia sugiere que la mayoría de los efectos secundarios de la anticoncepción hormonal son el resultado de una respuesta psicológica a la práctica misma de la anticoncepción. Muchas veces, el surgimiento de problemas al utilizar anticonceptivos, puede ser ocasionado por sentimientos de culpa inconscientes o la falta de diálogo y de conocimiento de la pareja. (SA Robinson)

Investigaciones que compararon usuarias de anticonceptivos orales con no usuarias, calificaron diariamente el ánimo, afecto y variabilidad del afecto encontrando que las mujeres que usaban anticonceptivos orales experimentaban menor variabilidad en el afecto durante todo el ciclo menstrual y menos afecto negativo durante la menstruación. En las usuarias que presentaban ánimo negativo se identificaron posibles factores causales como: una historia de depresión, síntomas psiquiátricos, dismenorrea y síntomas premenstruales anteriores al uso de anticonceptivos orales ; una historia de síntomas del afecto relacionados con embarazo; antecedentes familiares de quejas del estado de ánimo relacionados con el uso de anticonceptivos orales y la edad. (Kirsten A)

Otra revisión de 30 investigaciones originales reportó que con el uso de anticonceptivos orales las mujeres pueden experimentar efectos positivos, efectos negativos o ningún efecto sobre la libido durante el uso de anticonceptivos orales. (Davis AR)

La píldora anticonceptiva tiene la ventaja de establecer períodos prolongados de infertilidad y la disponibilidad permanente para las relaciones sexuales sin el riesgo de embarazo. Los estudios en relación con los efectos secundarios de baja de libido no han sido concluyentes aunque algunos reportan que cuando el uso de anticonceptivos orales modificaron el deseo y el placer sexual las mujeres mostraron menos satisfacción y confianza con su anticonceptivo. Los efectos sobre el deseo sexual, probablemente, representan una combinación compleja e idiosincrásica de efectos biológicos, psicológicos y sociales. (Schaffir J)

ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA

La anticoncepción de emergencia (AE), también conocida como “ la píldora del día siguiente” ha resultado ser muy eficaz en el alivio de los temores de embarazo no deseado; pero esta eficacia depende en gran medida de qué tan pronto se toma el hormonal después de las relaciones sexuales sin protección. Muchas personas se oponen a este método pensando que da lugar a un comportamiento sexual de riesgo, a la iniciación temprana de la actividad sexual, y/o la mayor incidencia de infecciones de transmisión sexual (ITS). Además, también se tiene la idea de que muchas mujeres pueden utilizar este método en lugar de otros más confiables. (Barnack)

Investigaciones realizadas con mujeres jóvenes (14 a 20 años) y mujeres de mayor edad, que tenían o no a su disposición el anticonceptivo de emergencia, no mostraron diferencias significativas en sus comportamientos sexuales como el uso del condón, el uso de otros anticonceptivos orales o las relaciones sexuales sin protección (Roye) (Gold, Wolford , Smith y Parker (2004) Raine y sus colegas. (2005)

Investigaciones con adolescentes en México (casi 11,000 adolescentes), acerca de sus experiencias con AE y sus comportamientos de riesgo sexual, reportaron que los que habían tenido este tipo de experiencias (1,695) tenían más probabilidades de haber usado un preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales y también tenían un mayor conocimiento sobre cómo usar un condón que los adolescentes que no las habían tenido. Estos resultados son similares a los de otros investigadores que han concluido que el haber tenido experiencias con AE se asocia con el uso del condón en culturas mexicanas y estadounidenses. (Walker, Torres, Gutiérrez, Flemming, y Bertozzi, 2004)

Raine y sus colegas han señalado que existen circunstancias complejas al utilizar AE, incluyendo el riesgo de embarazo que percibe la mujer, la motivación para evitar el embarazo, el conocimiento sobre cómo conseguir la AE y tener los recursos necesarios para ello; por lo tanto, proporcionar a los adolescentes acceso a la AE es sólo una parte de la solución para evitar embarazos no deseados. (Raine 2007)

DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS

El uso incorrecto e inconsistente de los anticonceptivos contribuye a la tasa de embarazos no deseados. El dispositivo intrauterino (DIU) es un método efectivo y seguro de anticoncepción que no puede ser utilizado de forma inadecuada o inconsistente. Sin embargo, es poco utilizado en muchos países. Un estudio cualitativo para entender mejor las creencias y actitudes de las pacientes que pueden actuar como una barrera para la aceptación o el uso de un DIU reportó que aunque muchas de las encuestadas apreciaban las ventajas del método, también expresaban una serie de preocupaciones conceptuales y temores sobre el dispositivo como: la de su inserción vista por muchas mujeres como similar a una cirugía; para otras, el problema es la dependencia del personal de salud quien debe insertar y retirar el dispositivo. Aunque muchas refieren la protección del embarazo a largo plazo como una ventaja del DIU, otras expresan su preocupación acerca de los efectos a largo plazo de tener un objeto dentro de su cuerpo. El DIU es visto como una opción de anticoncepción utilizada cuando otros métodos han fallado o después de la maternidad. Muchas mujeres expresan un vacío de conocimientos o un cúmulo de malentendidos sobre la anatomía del sistema reproductor femenino interno. La naturaleza oculta del dispositivo junto con esta mala comprensión anatómica llevan a las mujeres a la pregunta si y de cómo el DIU podría ser una forma eficaz de para prevenir el embarazo; cuestionan dónde se coloca el dispositivo y cómo puede permanecer en su lugar. Además, hay quejas por parte del personal de salud, medios y redes de comunicación, acerca de una falta de debate e información sobre el DIU. Si las mujeres tuvieran una buena información acerca de la colocación de éste, del dispositivo intrauterino, podría ser un método mucho más aceptado. (Rubin, SE, Winrob I)

En relación a los tipos de dispositivo, una investigación entre usuarias de sistemas de levonorgestrel intrauterino (LNG-IUS) y las que utilizaban dispositivos intrauterinos de cobre mostró que alrededor de un tercio de ambas usuarias presentaron una disfunción sexual (las más frecuentes de deseo sexual). Los parámetros que fueron medidos además del funcionamiento sexual fueron: depresión, bienestar y calidad de la relación marital. Los resultados no mostraron diferencias estadísticamente significativas en relación con el funcionamiento psicológico y sexual. (Enzlin P y cols.)

CONCLUSIONES

Como ha sido revisado, siempre que se quiera utilizar un método anticonceptivo se deberá hacer una historia clínica completa tomando en cuenta las necesidades y condiciones de la pareja, los antecedentes tanto personales como familiares y algunos otros aspectos, como los psicosociales.

Especialmente, en el caso del consejo anticonceptivo a los adolescentes, y sus parejas, generalmente es el resultado de afrontar pequeños retos impuestos

por las condiciones individuales y de pareja. Es importante, en consecuencia, brindar a los adolescentes la asesoría en anticoncepción de acuerdo con su desarrollo cognitivo, conocimiento del riesgo de un embarazo a esta edad, actitudes y aptitudes para enfrentarse a ese riesgo y, de acuerdo con su contexto particular, las opciones que prioriza por encima de las demás. En relación con los factores psicosociales que se encuentran alrededor de la anticoncepción, los mensajes contradictorios o confusos sobre la misma pueden conducir a la culpa, vergüenza, malestar general y esto como resultado, desalentar el comportamiento anticonceptivo eficiente. Los medios de comunicación, la educación sexual y la disponibilidad de los anticonceptivos son factores que pueden influir positivamente para que los métodos anticonceptivos puedan actuar de una manera más eficaz.

REFERENCIAS

1. Mathlouthi N, Jarraya M, Bengharbi A, Dhouib M, Chaabene KK, Trabelsi H, et al. Impact de la pilule oestroprogestative sur la sexualité: étude prospective á propos de 85 cas. La tunisie Medica, 2013; 91(3): 179-82.
2. Barclay LB . Commentary on the National Survey of Sexual Health and Behavior (NSSHB). J Sex Med, 2010;7(suppl 5):253–254.
3. Paz-Bailey G, Koumans EH, Sternberg M, Pierce A, Papp J, Unger ER, et al. The effect of correct and consistent condom use on chlamydial and gonococcal infection among urban adolescents. Arch Pediatr Adolesc Med, 2005; 159 (6):536–42.
4. Pérez I, Pérez EF, Plá E. Métodos de anticoncepción en adolescentes. Píldora de emergencia. Aspectos ético-legales. Rev Pediatr Aten Prim, 2005;7(Supl 1):81-7.
5. IMJUVE, SEP. Encuesta Nacional de Juventud 2010. Resultados Generales. Datos del Censo de Población y Vivienda INEGI 2010. México.
6. Ayala CMM, Vizmanos LB, Portillo DRA. Salud sexual y reproductiva en adolescentes de escuela secundaria en Guadalajara, Mex. Ginecol Obstet Mex, 2011;79 (2) 86-92.
7. Cruz HJ, Yanes QM, Isla VA, Hernández GP, Velasco BA.(2007) Anticoncepción en la adolescencia. Rev Cubana Endocrinol 2007;18(1)
8. Parker K, Ivanov B. Why not communicate?: Young women's reflections on their lack of communication with sexual partners regarding sex and contraception. Int J Health Wellness Society, 2012; 2(4):93-109.
9. Canaval GE, Cerquera GI, Hurtado N, Lozano J. Salud de los adolescentes y regulación de la fecundidad. Inves Educ Enferm, 2006; 24(1):26-35.
10. Peláez J. Anticoncepción en los adolescentes y adultos jóvenes. En: Peláez J. Métodos anticonceptivos. Actualidad y perspectivas para el nuevo milenio. La Habana: Editorial Científico-Técnica; 2001:54-83.
11. Granzow K. De-constructing 'choice': The social imperative and women's use of the birth control pill. Cult Health Sex, 2007; 9(1): 43-54.
12. Kolodny R, Masters W, Johnson V. Tratado de medicina sexual, Salvat editores S.A. Barcelona, Esp, 1983.
13. Bwreira R. Pautas de evaluación ginecológica ante las disfunciones sexuales femeninas. Libro actas, III Congreso Nacional de la S.E.C, Vitoria, 1995.

14. Nadler RD, Dahl JF, Collins DC, Gould KG. Hormona levels and anogenital swelling of female chimpanzees as a function of estrogen dosage in a combined oral contraceptive. *Proc. Soc. Esp. Biol. Med.*, 1992; 201:73-9.
15. Nadler RD, Dahl JF, Gould KG, Collins DC. Effects of an Oral Contraceptive on sexual behavior of Chimpanzees, *Arch Sex Behav*, 1993; 22, (5): 477-500.
16. Guida M, Di Spiezio A, Bramante S, Sparice S, Acunzo G, Tommaselli GA, et al. Effects of two types of hormonal contraception—oral versus intravaginal—on the sexual life of women and their partners. *Hum Reprod* 2005; 20 (4):1100-06.
17. Robinson SA, Dowell M, Pedulla D, McCauley L. Do the emotional side-effects of hormonal contraceptives come from pharmacologic or psychological mechanisms? *Med Hypotheses*, 2004; 63(2): 268-73.
18. Oinonen KA, Mazmanian D. To what extent do oral contraceptives influence mood and affect? *J Affect Disord*, 2002; 70:229–240.
19. Davis AR, Castaño PM. Oral Contraceptives and Libido in Women. *Annual Review Sex Res*, 2004; 15(1).
20. Schaffir J. Hormonal Contraception and Sexual Desire: A Critical Review. *J Sex Mar Ther*, 2006; 32,(4): 305-14.
21. Barnack JL. Improving Access to Emergency Contraception for Female Adolescents. http://www.prochoiceforum.org.uk/psy_research8.php
22. Roye CF. Routine provision of emergency contraception of teens and subsequent condom use: A preliminary study. *J Adolesc Health*, 2001; 28: 165-166.
23. Gold, MA, Wolford, JE, Smith, KA, Parker, AM. The effects of advance provision of emergency contraception on adolescent women's sexual and contraceptive behaviors. *J Ped Adolesc Gynecol*, 2004; 17, 87-96.
24. Raine TR, Harper CC, Rocca CH, Fischer R, Padian N, Klausner JD, Darney, PD. Direct access to emergency contraception through pharmacies and effect on unintended pregnancy and STIs. *J Am Med Assoc*, 2005; 293: 54-62.
25. Walker DM, Torres P, Gutierrez JP, Flemming K, Bertozzi M. Emergency contraception use is correlated with increased condom use among adolescents: Results from Mexico. *J Adolesc Health*, 2004;329-34.
26. Rubin,SE, Winrob I. Urban female family medicine patients' perceptions about intrauterine contraception. *J Women Health*, 2010; 19(4): 735-40.
27. Enzlin P, Weyers S, Janssens D, Poppe W, Eelen C, Pazmany E, et al. Sexual functioning in women using levonorgestrel-releasing intrauterine systems as compared to copper intrauterine devices. *J Sex Med*, 2012;9(4):1065-73.

Interrupción del embarazo

OLIVIA GUERRERO FIGUEROA

El tema del aborto es por demás polémico porque confronta las creencias arraigadas en las poblaciones, cuestiona enérgicamente el maternaje y la imagen de la mujer frente a la posibilidad de un aborto elegido.

El maternaje introyectado desde la infancia, en donde a las mujeres nos refuerzan constantemente la frase “cuando seas grande y tengas hijos”, como una opción de “ser mujer”, como una posibilidad de ser alguien en esta vida, con la posibilidad de trascender a través de los hijos e hijas, un maternaje que tiene que ver con las particularidades de las raíces culturales de cada pueblo o de cada ciudad, el maternaje a veces incuestionable, no hay posibilidad de no ser madre, simplemente se tiene que ser.

La palabra aborto proviene del latín *abortus*, que significa “privación del nacimiento”. Es un vocablo formado por el prefijo *ab*, que significa privación o separación y de *ortus*, que significa nacimiento. El origen de la palabra describe, en sí misma, limitaciones para poder nacer, el peso de su significado es el asignado en la cultura, en desequilibrio con el maternaje.

CLASIFICACIONES DEL ABORTO

Existen dos grandes clasificaciones que describen los tipos de aborto: uno es el *aborto espontáneo* y otro el *aborto inducido*. El primero es aquel en que la expulsión del embrión o feto no es provocada de manera intencional, es decir,

no hay una acción generada por el ser humano para que se inicie el proceso de separación. Dependiendo de la causalidad orgánica y las condiciones en que se realice la expulsión del embrión o feto es que se efectúa, o no, alguna intervención médica. El *aborto inducido* es la interrupción intencional del embarazo, que puede tener dos vertientes: la primera es que se trata de inducirlo desde una razón médica porque la salud de la madre o las condiciones del embrión o feto no son óptimas. La segunda, que es la que genera polémica, es cuando se trata de un *aborto elegido* y, de manera voluntaria, se decide el término del embarazo.

En estas circunstancias, el *aborto inducido* puede realizarse de dos formas distintas: con fármacos o sustancias químicas que provocan la expulsión del embrión o feto y el otro es el *aborto quirúrgico* que consiste en expulsar al embrión o feto mediante un procedimiento quirúrgico.

ABORTO FARMACOLÓGICO

En la actualidad, el aborto farmacológico suele ser inducido por una combinación de fármacos con eficacia sólo en las primeras semanas del embarazo. En este procedimiento no se requiere anestesia y el efecto secundario es el sangrado; en este método la mujer que se practica el aborto observa el proceso de expulsión del embrión o feto. Los medicamentos que más se utilizan en la actualidad están agrupados de tres formas:

- Mifepristona con un análogo de la prostaglandina, como el misoprostol, es segura y eficaz hasta las nueve semanas o 63 días de embarazo. La mifepristona se indica en dosis de 600 mg y a los dos días una dosis de misoprostol de 400 mg. Este método también se utiliza después de la semana 12, mediante una aplicación distinta; primero se aplica la mifepristona seguida de dosis repetidas de misoprostol.¹
- El misoprostol, como medicamento único, se utiliza, como límite, a los 49 días o 7 semanas de gestación y solo está indicado cuando la mujer es alérgica a la mifepristona.¹
- El metotrexato con misoprostol. Primero se administra el metotrexato y unos días después el misoprostol, para provocar la expulsión de los restos del embrión o feto. Este método tiene contraindicaciones en pacientes con insuficiencia renal.¹

De acuerdo con los protocolos de salud, la ingesta de estos medicamentos puede ir acompañada del soporte de aspiración de vacío, para que no queden residuos del embrión o feto al interior del útero y provocar alguna complicación en la mujer.

ABORTO POR MÉTODOS QUIRÚRGICOS

Los métodos quirúrgicos pueden practicarse a mayor cantidad de semanas; sin embargo, a mayor número de semanas la vida de la madre corre mayor riesgo. En este apartado solo menciono tres formas.

- *Método por aspiración*: puede aplicarse hasta las siete semanas de embarazo, consiste en la succión del embrión con una jeringa manual o bomba eléctrica de aspiración.¹
- *Método de dilación y curetaje o legrado*: puede aplicarse entre las 6 y 14 semanas de embarazo. La OMS recomienda este método sólo cuando la aspiración ha fallado.¹
- *Método de dilatación y evacuación*: se utiliza a partir de la semana 15 a 26 de embarazo y consiste en la apertura del cuello uterino, vaciarlo con instrumentos quirúrgicos y aspiración de vacío.¹

Ahora bien, los diferentes métodos se aplican dependiendo de la valoración médica y el número de semanas de embarazo. Las razones médicas para practicar un aborto, sobre todo cuando han transcurrido más de 12 semanas de gestación, obedecen a condiciones de salud en las que la vida de la madre corre peligro o, bien, cuando el feto tiene alguna limitante para su desarrollo.

POLÉMICA DEL ABORTO

La polémica en torno al aborto radica cuando la persona, por voluntad propia, toma la decisión de interrumpir el embarazo. Desde el punto de vista médico los protocolos en materia de salud están puestos; sin embargo, la situación se complica cuando la persona decide no continuar con el embarazo por razones personales, relacionadas con el embrión o feto, por razones de pareja, por proyecto de vida, por condiciones económicas, sanciones socioculturales o, simplemente, por elección. Las condiciones se vuelven críticas en una sociedad que, por tradición o por formación cultural, el tema del maternaje tiene una postura sumamente arraigada en las formas y valores establecidos por el mismo grupo de personas o sociedad.

Cuando el aborto se realiza por una indicación terapéutica, es decir, cuando la vida de la madre o las condiciones de salud del embrión o feto no son las deseables, o bien, en circunstancias relacionadas con la vivencia de un acto de violencia sexual es decir, la violación, están de por medio, la crítica social es *menos rígida*, y lo subrayo, *menos rígida*, es decir, simplemente se atenúa la forma de cuestionar la maternidad. Lo cierto es que la maternidad es un hecho que difícilmente puede ponerse a prueba o en duda.

Ahora bien, cuando el *aborto inducido* es la respuesta a un maternaje o paternaje no deseado, no planeado, producto de la falla o ausencia de un método de anticoncepción, si el aborto es por elección por parte de la mujer o ambos progenitores, socialmente existe un cuestionamiento severo acerca del potencial de ser mamá o de ser papá, y la sanción se acentúa aún más hacia la mujer. Como si las frases sobre el ser madre internalizadas desde la infancia tuvieran que hacer efecto indiscutible en la evitación de ser madre en algún momento de sus vidas.

Si se tiene un embarazo fuera de la unión en pareja hay una crítica pendiente, lo mismo que si la mujer es madre soltera o si la elección es no ser madre. Hacia cualquier lado donde se mueva la postura del maternaje, distinta a la de tener hijos, habrá una sanción social. Tan es así que el diseño de las leyes, incluso en un ámbito internacional, implica una penalización a la persona que practique un aborto inducido.

INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO

La penalización del aborto en materia legal se implementó en la historia mundial en el siglo XIX, obedeciendo a la ideología de la época en la que, como sucede en la historia de la humanidad, han estado implicadas las religiones. En el siglo XX se inició la evolución en materia legal que cuestionó el derecho a la elección de la maternidad. El primer país que despenalizó el aborto fue Rusia, en 1920, al reconocer el derecho de la mujer a elegir la maternidad. Le siguieron países de Europa Occidental y Asia, como Islandia 1935, Suecia 1938, Dinamarca 1939, Inglaterra en 1968, China en 1975, entre otros.

La legalidad del aborto en el ámbito internacional ha implicado cambios paulatinos, acordes con el desarrollo de cada una de las sociedades que tiene sus similitudes y particularidades. En todos los países está implícita la visión ambigua de permitir la legalidad del aborto por razones de salud, distinta a una libre elección de la reproductividad. En cada país la legislación es distinta, la mayoría permite el aborto por razones de salud, algunos otros países la restringen o la permiten por un evento de violencia sexual y una minoría reconoce el derecho de la mujer a la libre elección de su maternidad. Es decir, el derecho al aborto elegido está marginado de acuerdo con la legislación en cada país.

En la historia de México el aborto ha ido cambiando. Se ubica por primera vez en el *Código Penal* de 1871, capítulo IX, del título segundo, que señala como delito contra las personas cometido por particulares.² A través del tiempo hubo diversos anteproyectos de ley para modificar la penalización del aborto, y poco más de medio siglo, es decir, en 1931, se agregó al tema del aborto no punible “cuando el embarazo fuere resultado de una violación”. Otra de las modificaciones sustantivas fue la de 1949, que instaura el “aborto necesario” considerando

las causalidades cuando la mujer corre peligro de muerte o de un grave daño a su salud.

El estado de Chihuahua, en 1971, agregó la cláusula que contenía despenalizada “la hipótesis del aborto por causas socioeconómicas graves y justificadas”; sin embargo, solo duró 16 años porque fue eliminada de su *Código Penal* local. Entonces, el estado de Yucatán fue la única entidad federativa que incluía al aborto por razones económicas y cuando la mujer ya tiene por lo menos 3 hijos.³ En el estado de Hidalgo se considera atenuado el aborto cometido por pobreza extrema.²

Un evento reciente en la historia de México es la reforma que venía gestándose desde el año 2000, que tuvo vigencia hasta 2007, para poder legalizar el aborto considerando el derecho a la elección de la maternidad. Esta despenalización del aborto sólo se aplica en el Distrito Federal.

En la actualidad existe una categorización en materia penal que reconoce el derecho al aborto de acuerdo con las siguientes causalidades: por violación, imprudencial o culposo, por peligro de muerte de la madre, por alteraciones genéticas o congénitas graves en el embrión o feto, grave daño a la salud y otras causas.⁴ El Distrito Federal es la única entidad federativa que reconoce todas estas causas para practicarse un aborto; cuando se señalan otras causalidades está incluida la libre elección del maternaje.

La interrupción voluntaria del embarazo está sujeta al ordenamiento jurídico vigente en cada país, y en México, además de cada entidad federativa, se reconoce al aborto como un derecho o como un delito. Los 32 estados reconocen el aborto cuando el embarazo es producto de una violación. El aborto imprudencial o culposo lo reconocen 31 estados, excepto Nuevo León. El aborto, por peligro de muerte de la madre, lo reconocen 25 estados, excepto Campeche, Nuevo León, Querétaro, Hidalgo, Guerrero y Guanajuato.⁵

En México es importante destacar los datos de abortos practicados en condiciones de legalidad y salubridad. A partir de la interrupción legal del embarazo, y de su legalización en 2007, hasta febrero de 2014, se habían practicado 116,537 abortos en siete años, de los que 73% de las usuarias eran residentes del Distrito Federal y 24% del Estado de México. El 33% de las mujeres que se practica el aborto no tiene hijos, 27% tiene un hijo y 5.5% tiene más de 3 hijos. Los límites de edad más frecuentes en que se practica el aborto son 18 y 24 años (47% del total). La escolaridad de la mayoría de las mujeres es secundaria (35.8%) y preparatoria (39.4%). De los métodos médicos para practicar el aborto se utilizaron el misoprostol en 76.5% de los casos, seguido de la aspiración manual endouterina con 22.2% y el legrado uterino instrumentado en 1.3%. En cuanto al número de semanas en que

se practica el aborto, la media es de 6 semanas con 16.8%, 7 semanas con 22%, 8 semanas 18.2% y 9 semanas 13%. El 58% de las usuarias se practicó el aborto en los sistemas de salud gratuitos, 35% en instituciones privadas y 6% en institutos de salud con afiliación.⁶ Esta aportación de datos, por obvias razones, corresponde a la entidad en donde está legalizado; sin embargo, en el interior de la República Mexicana existe un alto índice de mujeres que practican el aborto en condiciones insalubres, que deriva en un problema de salud pública, que es la muerte materna.

Ahora bien, el número de muertes producidas por abortos practicados en condiciones inseguras es un problema vinculado con la salud pública. Los países que firman los tratados internacionales acordados desde organismos internacionales se comprometen a brindar a su población las condiciones necesarias; es decir, salud sexual, libre acceso a los derechos sexuales y reproductivos en los que está sujeto el derecho a los servicios de salud, a la libre elección en el número de hijos(as), al derecho a la vida y a la integridad física.

Un alto índice de mujeres muere por practicarse un aborto en condiciones inapropiadas o por personas sin el debido adiestramiento, esas muertes no sucederían si la interrupción del embarazo se hiciera en condiciones adecuadas.

La penalización del aborto no evita su práctica. “Se estima que la mitad (54%) del total de embarazos no planeados en México se resuelve mediante un aborto inducido, a pesar de las restricciones legales en 31 de las 32 entidades”.⁷ Ésta es una de las grandes controversias, porque el aborto es una práctica que esté o no legalizada, de cualquier forma sucederá. Por el hecho de no estar legalizado en los estados de la República, los abortos se realizan de manera clandestina, en lugares austeros sin el instrumental y condiciones de salubridad necesarios.

INTERRUPCIÓN ILEGAL DEL EMBARAZO: IMPLICACIONES PARA LA SALUD

El aborto clandestino es una alternativa que muchas mujeres toman como respuesta a un maternaje no elegido o no deseado, es también una alternativa de solución a las reacciones de las pautas sociales establecidas en la historia de vida de quien elige esta opción o, bien, una alternativa en las condiciones económicas en las que se encuentra, a la ausencia o presencia de una pareja, a la negación del apoyo familiar, etc. El aborto practicado en condiciones de inseguridad es consecuencia de su carácter de ilegal que genera una serie de obstáculos para su acceso. A nivel internacional, los estudios especializados revelan que el aborto clandestino “genera casi 47,000 muertes al año alrededor del mundo, aportando 13% de todas las causas de muerte materna; y casi cinco millones de complicaciones, algunas de ellas permanentes”.⁸ En América Latina y el Caribe que, en general, tienen leyes de aborto restrictivas, se estima que

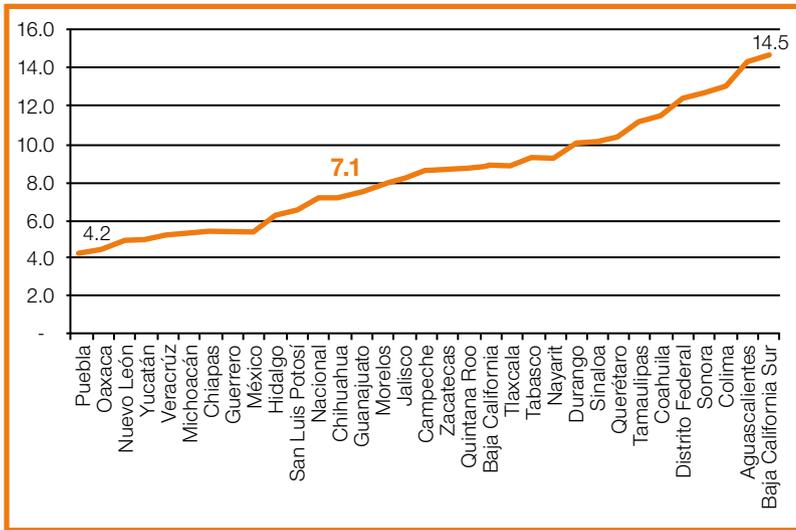
unos 4.1 millones de abortos ocurren cada año en esta región, casi todos de manera insegura.⁹ Particularmente en México, referente de mortalidad por aborto entre 1990 y 2011, se mantiene entre las primeras 4-5 causas de mortalidad materna desde hace más de dos décadas, sin cambios significativos, en donde 14% de las muertes por aborto fueron de adolescentes menores de 20 años.¹⁰ En México, las complicaciones derivadas del aborto inseguro son la quinta causa de mortalidad materna (representa 6-8% de las muertes relacionadas con el embarazo).^{8,9}

Para poder visualizar el problema desde una óptica distinta, enseguida se exponen los datos de una investigación que refleja el número de hospitalizaciones por causa materna y por aborto¹⁰ que manifiesta una constante en cuanto al número de mujeres que ingresan a hospitalización por causa de un aborto (2000-2012). Llama la atención que en esta publicación (2012) disminuyó el porcentaje de mujeres que necesitaron atenderse por esta causa. Este estudio refleja que sí se practican abortos y que es necesario atenderlos desde el punto de vista legal, indispensable para complementar la atención de calidad.¹¹

Año estadístico	Egresos maternos	Egresos por aborto	Porcentaje de abortos y muertes maternas	Porcentaje de incremento anual
	15-44 años	15-44 años	15-44 años	15-44 años
2000	653,257	72,407	11.1	
2001	687,416	75,347	11.0	5.2
2002	733,318	79,404	10.8	6.7
2003	772,375	83,485	10.8	5.3
2004	805,678	86,567	10.7	4.3
2005	892,255	96,107	10.8	10.7
2006	942,284	103,039	10.9	5.6
2007	1,020,030	111,577	10.9	8.3
2008	1,122,253	120,751	10.8	10
2009	1,212,031	123,767	10.2	8
2010	1,228,379	126,287	10.3	1.3
2011	1,271,158	129,450	10.2	3.5
2012	1,283,192	131,142	10.2	0.9
Total 2000-2012	12,623,626	1,339,330	10.6%	5.8%

En la Figura 1, vinculada también con el estudio efectuado por IPAS-México (2013), se aprecia la incidencia por entidad federativa de hospitalizaciones motivadas por aborto, en donde Baja California es el estado con mayor incidencia y el Distrito Federal el cuarto con más abortos por año.

Figura 1.



Los estudios en torno del aborto en México son limitados debido a la dificultad que representa su condición de ilegal. El Programa Nacional de Salud Reproductiva señala que se practican alrededor de 600 abortos al día y 1000 casos son de mujeres adolescentes. En las zonas rurales el riesgo es tres veces mayor de morir a consecuencia de la falta de acceso a métodos anticonceptivos y por una deficiente atención médica. El rezago en estas áreas es de 16 años en comparación con las zonas urbanas.¹²

IMPLICACIONES PSICOLÓGICAS DE LA INTERRUPCIÓN LEGAL E ILEGAL DEL EMBARAZO

Estos son algunos de los mitos en torno a una vivencia de aborto:

- Las mujeres eligen el aborto como una alternativa de anticoncepción
- A las mujeres jóvenes se les hace fácil abortar
- Las mujeres jóvenes y solteras son las que abortan

- No son suficientemente mujeres las que matan a sus hijos por medio de un aborto
- Una vez que una mujer aborta, fácilmente repetirá el aborto

Para ninguna mujer optar por el aborto es una decisión fácil. Coexisten diferentes circunstancias que dificultan la decisión. De acuerdo con el Grupo de Información en Reproducción Elegida^{4,5} el impacto que vive una mujer que aborta depende de diferentes circunstancias:

- Semanas de embarazo
- Tener o no hijos
- Las creencias religiosas o de otro tipo
- El respaldo, o no, de la pareja o la familia, o de ambos
- La aceptación o el rechazo al aborto en el entorno sociocultural de la mujer
- El carácter legal o ilegal del aborto
- La situación económica de la mujer, que casi siempre influye en las condiciones en que se practique el aborto
- La capacidad profesional de quien realice el aborto y las condiciones sanitarias en que éste se efectúe

Cuando se externan cuestionamientos acerca de porqué una mujer elige abortar, pareciera que hay una visión simplista del evento que enfrenta la mujer. El peso social y cultural del maternaje no da flexibilidad a otra opción; es decir, que por arraigo, el maternaje es impuesto e incuestionable. El estigma que surge a partir de este supuesto va encaminado a la mujer, juzga su capacidad de maternaje y la crítica es socialmente negativa: la mayor sanción que se ejerce hacia la persona que toma esta decisión. Frases como “mala mujer”, “mala madre”, “ni las perras tiran a sus hijos”, “eso lo hubiera pensado antes de acostarse con alguien”. Todas estas frases son sanciones sociales que nombrarlas se dice fácil, pero en realidad la sociedad suele ser mucho más severa al decirlas, con frases hirientes, grotescas, que al final dejan una huella en la historia de vida de cada mujer.

Se cree que tomar la decisión de abortar es realmente muy fácil; sin embargo, estamos inmersos en este entorno que conocemos desde la infancia y cada mujer que toma esta decisión conoce perfectamente cada frase puesta en la sociedad, en su familia extensa, en su familia nuclear en su propio criterio. Tomar una decisión así tiene la complejidad de romper con todo lo que está puesto y que se ha introyectado, sumado por supuesto al marco legal que lo sanciona.

Si bien existen los datos duros de mujeres que se hospitalizan por esta causa, incluidos los lugares donde no está legalizado el aborto, hay una cifra negra de

mujeres que se practican un aborto en un contexto de clandestinaje, muchas experimentan ese trago solas, sin el apoyo de la pareja. Algunas mujeres solo cuentan con el apoyo económico para que se los realicen, otras no cuentan con el apoyo ni económico ni emocional por parte de la pareja. El apoyo familiar es complicado porque si la postura de la familia es radical y conservadora, donde por principio de cuentas la virginidad en las mujeres es cuestionada, entonces la posibilidad del aborto suele ser una absoluta aberración que no tendría porqué suceder.

La mayoría de las mujeres que toman esta decisión suele atravesar por un camino difícil y doloroso, lleno de incertidumbre. En una mujer que no ha tenido hijos pesa la duda de si el aborto puede generarle infertilidad; por lo tanto, es una mujer que si aborta puede llevar los sentimientos de culpa acompañados por la duda durante mucho tiempo de su vida. Ahora bien, el énfasis que hago no va en referencia a si los abortos generan infertilidad, sino a la vivencia que se tiene de ese mito, que en las mujeres lo que generan son momentos intensos de duda acerca de lo que se cree de esta posibilidad.

Los sentimientos de culpa en esta decisión se ponen a flor de piel. Como mencionaba líneas atrás, la maternidad es incuestionable aunada a las ideas religiosas que cada persona tenga, hacen una mezcla que potencia la intensidad de la culpa. La concepción ideológica de las religiones dice que a partir de la fecundación se tiene vida y, por lo tanto, un aborto es matar una vida y, por lo tanto, es un pecado dicho suceso. Entonces, cuando se tiene un fuerte arraigo en la religión, también esta vivencia va a cobrar fuerza porque sentir culpa es como asumir la consecuencia de la toma de decisiones.

Una frase frecuentemente utilizada por activistas en favor del aborto dice: "Educación sexual para no abortar, aborto legal para no morir". El aborto no es una condición bienvenida, no es la solución a un embarazo no planeado, no es una salida tal y como la sociedad lo representa en sus mitos cuando dice que "a las jóvenes les es fácil abortar" "que lo ven como una solución fácil en lugar de enfrentar a la sociedad", etc. Sucede frente al aborto, que no se realiza porque haya un gusto detrás, y creo que sí representa una serie de situaciones displacenteras que aterrizan en malestar.

Para las mujeres que viven esta decisión, no es un trago fácil. Pasan por una serie de sensaciones y sentimientos desagradables, angustiantes, castigadores. En la consulta psicológica revisar este tipo de situaciones que viven las mujeres cuando toman esta decisión, conocer la vivencia que las llena de sentimientos de culpa y, sobre todo, revisar la intensidad en que cada historia de vida puede vivir un suceso así, me hace cuestionar fuertemente los mitos de las mujeres que toman esta decisión, en la consulta psicológica los testimonios de vida me dejan claro que no abortan por gusto y que el procedimiento no es deseable

para nadie. Cada persona reacciona de forma distinta, algunas mujeres caen en depresión, producto de sentir vergüenza y sentimientos de culpa, algunas otras lo viven como un duelo, como una pérdida profunda, algunas otras lo viven con enojo: producto de no sentir un apoyo o respaldo al respecto. Algunas más sienten ambivalencia, cualquier situación en torno al aborto es mejor que enfrentar la sanción social de vivir un embarazo que no es planeado y quizá tampoco deseado.

Si el aborto no tuviera una sanción social, si estuviera más presente la idea de que el aborto es algo legal, si el entorno social reconociera esta decisión como un derecho a la reproductividad libre, la vivencia del aborto cambiaría de manera radical, se viviría con menos conflicto y menos atropellada. De esta manera se confirma que desde las pautas que marcan el aborto como un delito, en sí, se estigmatiza y se corre el riesgo de lo que en sí sucede de hace décadas: el aborto es algo que se deja en la clandestinidad, lleva a las mujeres a poner en riesgo su vida y su salud en un aborto mal practicado.

De acuerdo con los resultados que plantea el Grupo de Información para la Reproducción Elegida^{4,5} a siete años de estar legalizado el aborto en el Distrito Federal, que la re-incidencia en la práctica de otro aborto es de 2.09%; es decir, que un número menor de mujeres acudió a esta opción en más de una ocasión, lo que rompe el mito acerca de si es fácil una vez que se aborta, va a ser una decisión continua en su historia de vida.

Lo ideal sería que si se tiene un aborto, se viviera en mejores condiciones. Una mujer que aborta lo hace por la necesidad de interrumpir el embarazo. Cuando una mujer que está convencida de que abortar es la mejor opción, y que el entorno no sancionará su decisión, seguramente la vivencia será de menor conflicto.

SECUELAS DE LA MATERNIDAD FORZADA

Cuando se obliga a tener un hijo no deseado, o dicho en otras palabras a tener una maternidad forzada, también hay repercusiones para la madre y el hijo. La misma definición acerca de un embarazo no deseado nos dice que: *“... un embarazo no deseado, que se define como un rechazo activo y razonado de la concepción durante las primeras semanas de gestación, tiene como consecuencia un mal desarrollo en la niñez y una gran cantidad de dificultades y problemas que empeoran en la adolescencia y en la primera edad adulta, en comparación con el desarrollo social de los hijos deseados”*.^{4,5}

El tema de la maternidad forzada pareciera que no existe, no se habla al respecto. Como vivimos en una sociedad donde lo normal y lo establecido es tener hijos y lo diferente es no tenerlos, entonces cuando se obliga a la experiencia del maternaje desde las tradiciones, la cultura, etc., el tema se vuelve invisible,

es decir no se habla ni se ve. Luis Buñuel, en 1950, con su película “Los olvidados”, retrató perfectamente cómo una maternidad no elegida le trajo secuelas significativas a la madre en cuanto al trato con su hijo mayor y su hijo, en su incomprensión por el trato de su madre es rebelde y problemático. Se convierten en vidas marcadas por el rechazo y la necesidad de aceptación.

Un maternaje forzado, por imposición de otros, puede estar marcado con rechazo físico y afectivo que deja secuelas significativas para niños y niñas. Puede haber violencia hacia el niño y luego éste, en su vida adulta, puede repetir el patrón de rechazo o de violencia.

Cuando los grupos conservadores se oponen a la alternativa del aborto, su lucha inicia ahí y concluye ahí; es decir, solo es un pronunciamiento hacia lo que ellos reivindican como “derecho a la vida”, sin cuestionarse en lo mínimo porqué una persona se encuentra en ese dilema, o tampoco se cuestionan acerca de las condiciones de vida en que llevará a su hijo en gestación, en caso de tenerlo, no revisan las condiciones económicas para la futura vida. En general, la actitud se resume en juzgar la elección a una maternidad no deseada y controlar a la persona que es víctima de violencia.

ESTRATEGIAS DE ACCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) emitieron las siguientes recomendaciones a todos los países que la conforman, (OMS/UNFPA, 2012):¹³⁻¹⁷

HABILITAR EL ACCESO A SERVICIOS SEGUROS DE ABORTO Y POSABORTO

Los responsables de las políticas deben respaldar los esfuerzos para informar a las adolescentes acerca de los riesgos de un aborto inseguro y mejorar su acceso a los servicios de aborto seguro donde sea legal. Asimismo, deben mejorar el acceso de las adolescentes a cuidados posaborto, independientemente de si el aborto fue legal o no. Las adolescentes que tuvieron un aborto deben recibir información y servicios de anticoncepción posaborto.

AUMENTAR LA COMPRESIÓN DE LA COMUNIDAD ACERCA DE LOS PELIGROS DEL ABORTO INSEGURO

Existe muy poca conciencia de la dimensión y las trágicas consecuencias de privar a las mujeres de servicios de aborto seguro y legal. Las familias y los líderes de la comunidad deben estar conscientes de estas consecuencias y respaldar políticas que permitan a las adolescentes obtener servicios de aborto y posaborto seguros.

IDENTIFICAR Y ELIMINAR LAS BARRERAS A LOS SERVICIOS DE ABORTO SEGURO

En las localidades donde el aborto es legal, a menudo las adolescentes no logran o no quieren obtener abortos seguros, debido a la actitud crítica del personal de salud y a lo engorroso de las normas y procedimientos. Los gerentes y proveedores de servicios de salud deben identificar las barreras existentes y eliminarlas para que las adolescentes puedan obtener servicios de aborto seguro, atención posaborto, e información y servicios de anticoncepción posaborto.

FORTALECER LOS SERVICIOS ANTICONCEPTIVOS

Las mujeres necesitan más y mejor información acerca del uso correcto y consistente de los métodos anticonceptivos. Con el fin de evitar los embarazos no planeados y los abortos se recomienda que 12% de las mujeres unidas, con necesidades no satisfechas de anticoncepción, más 5% que usan métodos tradicionales, elijan algún método altamente eficaz, acorde con su situación personal.

MEJORES SERVICIOS DE ATENCIÓN POSTABORTO

Es necesario extender la cobertura de los servicios postaborto y mejorar su calidad. Los proveedores de servicios de salud requieren información más precisa de cómo atender a las mujeres que han usado misoprostol, y capacitación formal para atender las complicaciones por la aspiración manual endouterina, técnica menos invasiva y menos dependiente de infraestructura que la del legrado. Los servicios anticonceptivos, incluida la consejería, deben convertirse en una práctica rutinaria de la atención postaborto, para evitar el aborto repetido.

MEJOR PROVISIÓN DE ABORTOS LEGALES

Las campañas masivas de educación son decisivas para concientizar a la población acerca de las causales legales de aborto en cada entidad federativa. Es imprescindible contar con mecanismos que aseguren que las mujeres que cumplan con los criterios para interrumpir el embarazo reciban los servicios correspondientes, para esto la voluntad política es fundamental.^{8,9}

CONCLUSIONES

“Educación sexual para no abortar” reza el lema pronunciado por un sinfín de activistas, educadores(as) de la sexualidad y personas que apoyan la alternativa del aborto. La educación en la sexualidad es una herramienta poderosa para disminuir el índice de abortos. Reitero que la educación sexual no promueve ni las relaciones sexuales, ni el aborto; más bien, la educación sexual genera conciencia de la elección del inicio de una vida sexual activa y ayuda a cuestionarse,

en los y las adolescentes, la calidad de vida con la que quieren vivir su vida, en donde la elección a la maternidad y la paternidad es parte de su libertad-responsabilidad y, también, de su cuerpo y su futuro en su historia de vida. Además, la educación sexual promueve el equilibrio en las relaciones de género, suscita la integración a las responsabilidades del hombre. A las adolescentes que se embarazan las concientiza para la elección de un aborto y no vivan de manera “aislada o solitarias” un evento de esta magnitud.

Sucede que ninguno de los métodos anticonceptivos asegura 100% de posibilidades de no embarazo, siempre coexiste un margen de falla. Desde este planteamiento en la educación sexual, el tema del aborto se toca en función de una necesidad de elección de reproducción que no se desea. A la vez, genera una responsabilidad hacia la sexualidad al disminuir los riesgos de un embarazo no deseado y, sobre todo, que su transitar por esta circunstancia, en caso de ser necesaria, no se viva de forma atropellada.

REFERENCIAS

1. Aborto sin riesgos: Guía técnica y de políticas para el sistema de salud. 2a ed., Vol. 1). Ginebra: OMS, 2012.
2. Islas de González Mariscal O. Evolución del aborto en México. México: UNAM-Instituto de Investigaciones Jurídicas, 2011.
3. Aborto: implicaciones, riesgos y restricciones. Humanidades y Ciencias Sociales 2008:15-17.
4. www.gire.org.mx. Consultado el 19 de abril de 2014, de: Consecuencias psicológicas del aborto: mitos y realidades: https://gire.org.mx/publicaciones/hojas-informativas/consecuencias_marzo2010.pdf
5. www.gire.org.mx. Consultado el 19 de abril de 2014, de: Omisión e indiferencia. Derechos Reproductivos en México: <https://gire.org.mx/omision-e-indiferencia-derechos-reproductivos-en-mexico-2013/file>
6. Curso Taller Prevención de la violencia desde la infancia. En: Cruz M. Prevención y detección del abuso sexual en el nivel preescolar. Tesis de licenciatura. INMUJERES 2006;1:182).
7. Cámara de Diputados del H Congreso de la Unión. (14 de marzo de 2014). Código Penal Federal. Consultado el 14 de abril de 2014 en: <http://www.diputados.gob.mx>: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/9.pdf>
8. Juárez F, Singh S, García SG, Díaz Olavarrieta C. Estimaciones del aborto inducido en México ¿Qué ha cambiado entre 1990 y 2006? Perspectivas Internacionales en Salud Sexual y Reproductiva 2009;14.
9. Juárez F, Singh S, Maddow Zimet I, Wulf D. Embarazo no planeado y aborto inducido en México: Causas y consecuencias. México: El Colegio de México y Guttmacher Institute, 2013.
10. Schiavon R, Troncoso E, Polo G. Analysis of maternal and abortion-related mortality in Mexico over the last two decades, 1990–2008. International Journal of Gynecology and Obstetrics 2012;118:S78-S86.
11. www.who.int. Consultado el 18 de abril de 2014, de Prevenir el embarazo precoz y los resultados reproductivos adversos en adolescentes en los países en desarrollo: Las evidencias: http://whqlibdoc.who.int/hq/2012/WHO_FWC_MCA_12_02_spa.pdf

12. www.afuentes.org. Recuperado el 14 de abril de 2014 de: Género y embarazo entre adolescentes: www.afuentes.org/wp-content/uploads/2009/11/generoyembadolescentes.pdf.
13. Comprender y abordar la violencia contra las mujeres. Washington: OMS-OPS, 2013.
14. Aborto sin riesgos: Guía técnica y de políticas para Sistemas de Salud. Ginebra: OMS, 2003;1.
15. Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la Facultad de Medicina de la UNAM. Consultado el 14 de abril de 2014 en Violencia: [http://psiquiatria.facmed.unam.mx/doctos/descargas/Violencia%20OMS\[1\]\[1\].pdf](http://psiquiatria.facmed.unam.mx/doctos/descargas/Violencia%20OMS[1][1].pdf)
16. www.who.int. Consultado el 14 de abril de 2014 en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/es/>
17. OMS/UNFPA. (2012). www.who.int. Recuperado el 18 de abril de 2014, de Prevenir el embarazo precoz y los resultados reproductivos adversos en adolescentes en los países en desarrollo: Las evidencias: http://whqlibdoc.who.int/hq/2012/WHO_FWC_MCA_12_02_spa.pdf

14

Lo que todo clínico debe saber respecto a la orientación sexual

EUSEBIO RUBIO AURIOLES

INTRODUCCIÓN

La temática de la orientación sexual es importante para el médico por varias razones. Por orientación sexual entendemos la dirección en la que se apunta la atracción erótica de las personas que, frecuentemente, coincide con las personas con quienes se experimentan emociones amorosas. Hay otros términos para referirse a esta dimensión humana, como preferencia sexual, pero por razones que quedarán más claras un poco más adelante, aquí se prefiere utilizar el término orientación sexual.

Este capítulo está organizado alrededor de las preguntas que con frecuencia el clínico debe formularse para que el ejercicio de su profesión se apegue a los principios científicos y contribuya de manera eficiente a la salud de sus pacientes.

¿QUÉ ES LA ORIENTACIÓN SEXUAL?

La siguiente definición está tomada de un documento de la Organización Panamericana de la Salud y la Asociación Mundial de Sexología:¹

La orientación sexual es la organización específica del erotismo y/o el vínculo emocional de un individuo en relación al género de la pareja involucrada en la actividad sexual. La orientación sexual puede manifestarse en forma de comportamientos, pensamientos, fantasías o deseos sexuales, o en una combinación de estos elementos.

La conducta sexual es, por lo general, consistente con la orientación sexual, pero esto no es un absoluto, es claro que la conducta sexual es mucho más variable que la orientación sexual. Por ejemplo, un individuo puede tener conducta homosexual cuando su orientación sexual es heterosexual. Lo opuesto también es posible, una persona con orientación homosexual puede tener conducta heterosexual. Sin embargo, cuando consideramos los patrones de conducta a largo plazo, en general la orientación y la conducta concuerdan.

Históricamente se han utilizado varios términos para referirse a esta dimensión humana; sin embargo, por diversas razones se han ido abandonando, sobre todo, porque muchos de ellos tienen connotaciones que no son consistentes con las características de las personas homosexuales: hombres y mujeres. Entre los términos usados en el pasado pero hoy abandonados están: inversión sexual, tendencia perversa, desviación sexual y, más recientemente, preferencia sexual. Las connotaciones peyorativas de muchos de estos términos usados en el pasado han determinado su abandono y, en el caso del término, “preferencia sexual”, aunque no es peyorativo, ha adquirido la connotación de “libre elección” y dado que la mayoría de los académicos concuerda en que esta característica no es elegida,² el término “orientación sexual” ha sustituido en el discurso académico al de “preferencia sexual”. Sin embargo, en algunos países, como México, el término “preferencia sexual” se ha usado en la implementación de modificaciones a la ley, por lo que de hecho no ha caído en desuso.

La orientación sexual puede organizarse de varias maneras. Por lo general, se acepta que la orientación sexual puede ser heterosexual, homosexual y bisexual. En algunos contextos las personas que niegan tener algún interés sexual prefieren ser llamadas asexuales.

En años más recientes se ha reconocido el hecho de que, independientemente de la conducta sexual que se tenga, hay muchos hombres no se identifican como homosexuales aunque tengan actividad sexual con otros hombres. Esta realidad ha promovido el uso de otro término que no tiene ninguna implicación de identidad: hombres que tienen sexo con hombres.

El término “hombres que tienen sexo con hombres”... describe una conducta más que un grupo específico de individuos. Se incluyen aquí a los hombres que se identifican como gay u homosexuales, bisexuales, transgénero o heterosexuales. Muchos hombres que tienen sexo con otros hombres no se consideran, a sí mismos, gay o bisexuales y, frecuentemente, son casados, sobre todo en comunidades donde existe estigmatización social.

Los términos más coloquiales “gay” y “lesbiana” se han venido adoptando en el español para referirse a personas con orientación homosexual y que desarrollan una identidad en ese sentido. El término gay se usa más frecuentemente para referirse a los hombres con identidad y orientación homosexual, mientras que el término lesbiana se usa para denotar a la mujer con identidad y orientación homosexual.

¿QUÉ TAN FRECUENTE ES LA ORIENTACIÓN HOMOSEXUAL Y BISEXUAL?

La frecuencia de las orientaciones homosexual y bisexual ha sido objeto de cierto debate. Existen problemas metodológicos complicados que hacen difícil resolver esta pregunta. La frecuencia de la conducta homosexual es, quizá, mucho más alta que la frecuencia con la que se observan hombres y mujeres que se identifican como gay, lesbiana o bisexual.

Un dato de cómo la frecuencia de la conducta homosexual es elevada fue dado por Kinsey en sus reportes:^{3,4} 37% de los hombres habían tenido cuando menos un orgasmo como resultado de la interacción con otro hombre y 13% de las mujeres habían tenido alguna forma de conducta homosexual; 10% de los hombres fueron más o menos exclusivamente homosexuales y 8% fueron exclusivamente homosexuales por cuando menos tres años.

En general, los reportes de la frecuencia de la orientación homosexual en los hombres varían entre 1 y 10% de la población adulta, con porcentajes sistemáticamente más bajos cuando se estima la frecuencia en las mujeres. Un estimado que se ha aceptado coloca la prevalencia de la orientación sexual homosexual en la población general entre 4 y 5% de la población adulta de hombres, y alrededor de 2 a 3% de la población adulta de mujeres.^{5,6}

¿POR QUÉ UNAS PERSONAS SON HETEROSEXUALES Y OTRAS HOMOSEXUALES?

La búsqueda de causas de la homosexualidad lleva muchos años de historia. Casi al parejo con los intentos de investigar los determinantes de la orientación sexual se inició un debate, inconcluso hasta la fecha, acerca de la pertinencia de esta búsqueda. Se ha argüido que buscar una “causa” de la homosexualidad equivale a buscar una causa de una enfermedad para curarla; también se ha argumentado que las mismas causas de la homosexualidad deberían explicar

la heterosexualidad. Con alguna frecuencia los investigadores que encuentran alguna diferencia en el plano biológico o psicológico le atribuyen con velocidad poder explicativo que resulta, muchas veces, una sobresimplificación de la realidad.

No obstante este debate, conocer los factores que determinan la orientación sexual puede tener un profundo impacto en la manera como la sociedad entiende, reacciona y desarrolla políticas públicas ante esta realidad humana. Así es. Pongamos ejemplos prácticos. Si se llegara a demostrar que la orientación sexual es fundamentalmente resultado de una serie de decisiones voluntarias durante el desarrollo, la implementación de políticas públicas en un sentido u otro (la aceptación de la libertad de elección o la prohibición de elegir determinada alternativa) tendrían sentido práctico porque estarían incidiendo en la voluntad. Si, por el contrario, se demuestra que la decisión voluntaria tiene un papel secundario o muy menor, implantar políticas públicas que intenten, por ejemplo, disminuir la frecuencia o de plano erradicar la presencia de personas con orientación homosexual se traduciría (como de hecho sucede) en estrategias de persecución y de negación de los derechos humanos de las personas con orientación sexual distinta a la mayoría y un fracaso completo en su intento de erradicación.

Durante gran parte del siglo pasado, las ideas que prevalecían respecto al origen de la homosexualidad era psicológico. En apretada síntesis se puede afirmar que hay dos grandes tipos de hipótesis psicológicas: las que atribuyen a la experiencia homoerótica un poder de condicionamiento que determina el desarrollo de la conducta posteriormente y, las que atribuyen el desarrollo a problemáticas en los procesos de identificación con las figuras paterna y materna. De hecho, estos planteamientos fueron tan conocidos que han pasado como verdad a la cultura “ilustrada” de la sociedad. Muchas personas el día de hoy creen que estos planteamientos son la razón del desarrollo de la homosexualidad. No obstante, estudios realizados al final del siglo pasado muestran que estos dos factores no explican el desarrollo. En particular, un estudio conducido por Bell y colaboradores del Instituto Kinsey⁵ mostró con claridad que es más probable que los problemas de relación con el padre y la madre que, en efecto, son más frecuentes que el desarrollo homosexual, son consecuencia y no causa de la diferencia manifestada por el pequeño o pequeña, diferencias que aparecen desde muy temprano en la vida y que se agrupan bajo el término “no conformidad con la identidad de género”. Además, el estudio de Bell y su grupo mostró que la experiencia homosexual de la persona que desarrolla homosexualidad, en la mayor parte de los casos va precedida de otras diferencias y vivencias, lo que hace que esa experiencia en la adolescencia sea, más bien, continuación de un proceso de desarrollo iniciado con bastante anterioridad a la experiencia.

Durante el último cuarto del siglo XX muchos estudios han buscado y encontrado diferencias biológicas entre las personas homosexuales y heterosexuales. Aunque no se conoce con precisión el papel de estas diferencias, el punto de vista de la comunidad científica se ha movido hacia la consideración de factores de naturaleza biológica, como importantes (aunque no únicos) en la explicación del origen de la orientación sexual. A continuación hacemos una síntesis de estas diferencias reportadas en la bibliografía científica, la lista no es exhaustiva pero incluye los datos principales reportados en la bibliografía:

- Hay cuando menos dos estudios que han encontrado diferencias genéticas en las secuencias del cromosoma X.^{6, 7}
- Otros estudios han mostrado diferencias en otros cromosomas: 4, 8 y 10.⁸
- La exposición a hormonas prenatales con efecto androgénico está relacionada con la orientación homosexual en mujeres lesbianas.^{9,10}
- El núcleo supraquiasmático, que parece tener una función en la generación de ciclos circadianos, se encontró grande en los hombres homosexuales que en los heterosexuales.¹¹
- Un pequeño núcleo en el hipotálamo, conocido como tercer núcleo intersticial del hipotálamo (INAH3), es menor en hombres homosexuales en comparación con los heterosexuales.^{12,13} Como dato interesante, esta diferencia también se encontró en carneros con conducta sexual solamente con machos.¹⁴
- La comisura anterior, una estructura que sirve para la comunicación entre los hemisferios derecho e izquierdo, es más grande en los hombres homosexuales comparados con los heterosexuales.¹⁵
- El funcionamiento del sistema auditivo en las mujeres lesbianas y bisexuales, medido por potenciales provocados auditivos, está parcialmente masculinizado.¹⁶
- Ante la exposición olfativa de sustancias derivadas de las hormonas masculinas y femeninas se han reportado patrones de respuesta en la actividad cerebral correspondientes a la orientación sexual: las personas heterosexuales responden con activación de las zonas de excitación sexual cerebral cuando se huele a sustancia derivada de la hormona del sexo distinto, mientras que las personas con orientación homosexual responden con activación cerebral ante el olfato de sustancias derivadas de hormonas de su mismo sexo.¹⁷
- El número de hermanos biológicos y el orden del nacimiento eleva las posibilidades de que el hombre sea homosexual.¹⁸

La manera precisa en que estas diferencias explican el desarrollo de la orientación sexual, en un sentido u otro, es aún objeto de discusión, pero en la actuali-

dad hay un acuerdo bastante amplio en algunos puntos que tienen implicación directa en la práctica clínica:

- a) El desarrollo de la orientación sexual implica un descubrimiento más que una elección.
- b) Las experiencias homo-eróticas no influyen en la orientación sexual, si la persona tiene experiencias homosexuales pero tiene un desarrollo heterosexual, las experiencias no cambian el sentido del desarrollo. Por tanto, no parece tener fundamento el miedo que se expresa en el temor de la interacción con personas homosexuales cuando se está creciendo.
- c) Las diferencias en el funcionamiento del cerebro explican mejor el desarrollo de la orientación (homosexual u heterosexual) y también contribuyen a explicar por qué los intentos de modificación de la orientación sexual no funcionan.

Las siguientes preguntas enunciadas en los subtítulos son frecuentes en la práctica clínica:

¿SE PUEDE APRENDER LA ORIENTACIÓN SEXUAL?

No. Los estudios revisados en la sección anterior pueden ilustrar las razones de esta respuesta. Quizá el dato más relevante a contrastar es la ya señalada alta frecuencia de la conducta homosexual contrastada con la prevalencia estimada de la orientación homosexual. Mientras que los reportes³ indican que 37% de los hombres ha tenido, cuando menos, una experiencia homosexual que incluye un orgasmo, la prevalencia de la orientación homosexual se estima en 4 a 6%.⁵

¿SE PUEDE ELEGIR LA ORIENTACIÓN SEXUAL?

No. Los estudios de desarrollo de la orientación sexual muestran con claridad que existe un proceso de gradual descubrimiento de lo que se siente en relación con el estímulo erótico. Es un proceso similar al descubrir si uno es diestro o zurdo.

¿SE PUEDE CAMBIAR LA ORIENTACIÓN SEXUAL?

No. Las principales organizaciones profesionales se han pronunciado en contra de las llamadas terapias reparativas o de reconstrucción de la orientación homosexual. Señalan que estos esfuerzos tienen riesgos potenciales importantes de generar daño, incluidas la depresión, ansiedad, conductas autodestructivas que al aliarse con el rechazo social pueden agravar los conflictos de la persona. Entre las organizaciones que han condenado estos esfuerzos está la Asociación

Psiquiátrica Americana,¹⁹ la Asociación Psicológica Americana,²⁰ y otras muchas organizaciones profesionales, incluida la Academia Americana de Pediatría, la Asociación Americana de Consejería, y la Asociación Nacional de Trabajo Social de Estados Unidos.²¹

¿QUÉ ES LA HOMOFOBIA?

El concepto de homofobia ha emergido como una herramienta clínica útil para explicar varios fenómenos alrededor de la orientación sexual. La visión cultural occidental ha sido la de condenar a la vivencia homosexual, haciendo la conducta homosexual sinónimo de pecado y criminalidad. De hecho, la desclasificación de la homosexualidad no ha terminado de eliminar una serie de prejuicios y supuestos que operan en la mente de muchos miembros de la comunidad. Esta condena es el origen de los sentimientos homofóbicos que se traducen en conductas agresivas, rechazo y franca violencia. Las personas con homofobia suelen ser autoritarias, conservadoras, y provenientes de ambientes donde la homosexualidad es vista negativamente y, en general, tienen nulo o muy poco contacto con personas homosexuales.²²

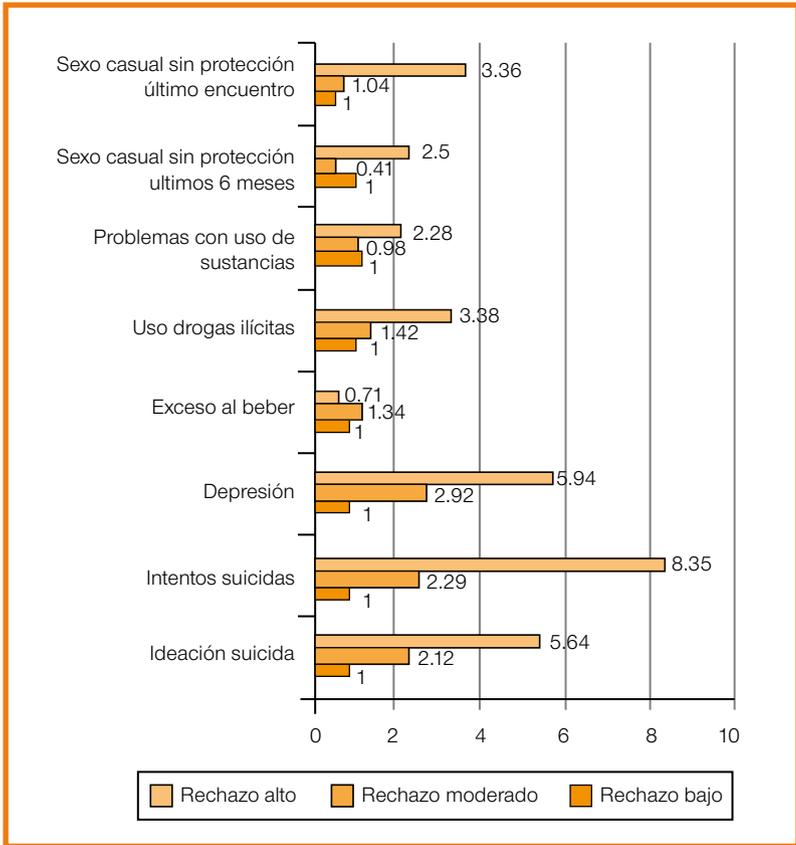
Se ha señalado que la homofobia es el factor más importante en la generación de síntomas que causan malestar e incapacidad a las personas gays y lesbianas. Las actitudes homofóbicas pueden provenir de los progenitores, sus compañeros, la sociedad en general y, de particular importancia en este texto, de los profesionales de la salud. Cuando la homofobia es expresada por la misma persona homosexual se habla de homofobia internalizada, que puede ser origen de malestar y conductas autodestructivas. La homofobia puede ser objeto de trabajo psicoterapéutico.²

¿CUÁL ES EL IMPACTO DE LA ACEPTACIÓN O EL RECHAZO FAMILIAR?

El rechazo que, con frecuencia, se observa en las familias de los niños y niñas con desarrollo de personas con orientación homosexual. Una diferencia frecuente en el desarrollo de la orientación homosexual es la expresión de conductas y sentimientos que no conforman con la demanda social del género de la persona, de manera que la expresión de género, o la misma orientación sexual, pueden hacerse manifiestas desde temprano en el desarrollo y esto propiciar actitudes de rechazo con diversos grados de homofobia en las familias.

Recientemente, el grupo de Ryan²³ mostró cómo los niveles de rechazo en las personas homosexuales predicen la calidad de vida y la aparición de problemática de salud. En un interesante estudio, el grupo mostró cómo mayores niveles de rechazo en la familia se asocian con peores niveles de salud, en particular los adolescentes con altos niveles de rechazo. Estos resultados están graficados en la Figura 1.

Figura 1. Razones de momios (odds ratio) de que el problema de salud aparezca en función del grado de rechazo familiar. El referente es el grupo de rechazo bajo (razones de momios igual a 1). Una razón de momios igual a 5.65 quiere decir que ese grupo tiene 565% mayor probabilidad que el grupo de referencia (gráfica construida con datos de la referencia 25).



Resulta muy claro que la repercusión del rechazo en el desarrollo resulta en la aparición de problemas. Por ello, el clínico tiene la obligación de mostrar respeto y aceptación y de promoverlos entre las familias que lo consulten.

¿SON LAS PERSONAS CON ORIENTACIÓN HOMOSEXUAL BUENOS PADRES Y MADRES?

Con la aceptación gradual de las parejas del mismo sexo, y ante la realidad de que muchas de ellas se conforman cuando alguno o alguna ya tiene algún hijo

o hija y, ante la posibilidad de que la pareja homoparental adopte un pequeño o pequeña la pregunta al respecto de la eficiencia en la parentalidad de las parejas del mismo sexo se hace pertinente y puede aparecer en la práctica clínica con relativa facilidad.

En la actualidad existe un considerable número de estudios que permiten afirmar que la salud psicológica de los hijos e hijas de parejas homoparentales no se daña, ni produce mayor incidencia de personas homosexuales.^{24, 25} Una revisión realizada por Patterson²⁶ indica que, en general, no existen diferencias en el desarrollo de pequeños educados por parejas homosexuales comparados con los educados por parejas heterosexuales; los resultados indican que la calidad de la interacción familiar es la variable crítica para tener éxito en la educación de los hijos e hijas.

Estos estudios han estado detrás de las modificaciones legales que, en muchos países y algunas entidades de México, se están realizando, y el clínico debe estar al tanto de estos desarrollos de la ciencia para ofrecer a sus pacientes la mejor de las asesorías.

¿EXISTEN NECESIDADES CLÍNICAS ESPECÍFICAS DE LAS PERSONAS HOMOSEXUALES O BISEXUALES?

En principio, la persona con orientación homosexual necesita la misma calidad de atención profesional que cualquier otro paciente. Sin embargo, dado el trato y ambivalencia social que existe ante la diversidad sexual, el clínico debe tener en cuenta algunos aspectos particulares, aquí ofrecemos un breve resumen puntual:²

- Hay que tener en mente que la orientación sexual de los consultantes puede no ser heterosexual, una variedad de preguntas respetuosas puede hacer que el o la paciente provea la información necesaria, por ejemplo: ¿es usted soltero (a) o casado (a)?, ¿vive solo (a) o con alguien?, o Hábleme por favor de su relación.
- Los problemas por los que consulta la persona homosexual o bisexual no necesariamente están relacionados con la orientación sexual.
- Los problemas relacionados con la internalización de la homofobia son comunes.
- El aislamiento social es una problemática frecuente en la consulta.
- La frecuencia de determinados problemas de salud mental suele ser mayor que en la población heterosexual: depresión mayor, ataques de pánico o dependencia al consumo de alcohol y otras sustancias.
- Las personas con orientación homosexual y bisexual pueden tener disfunciones sexuales, sobre todo quienes padecen VIH-sida.

CONCLUSIONES

La orientación sexual es una dimensión humana que está claramente determinada en los primeros años de vida. La orientación homosexual o bisexual no es una enfermedad, sino una expresión de la diversidad humana que resulta del reconocimiento de la vivencia interna de una realidad determinada por factores biológicos y psicológicos. Sin embargo, el ambiente social de rechazo que subsiste en la sociedad y las familias hace que se internalice este rechazo (homofobia internalizada). Esto produce una variedad de consecuencias negativas en la salud mental y física de la persona con orientación homosexual o bisexual que el clínico debe identificar y abordar de manera eficiente.

REFERENCIAS

1. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Promoción de la Salud Sexual: Recomendaciones para la acción. Actas de una reunión de consulta convocada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS)/Organización Mundial de la Salud (OMS) En colaboración con la Asociación Mundial de Sexología. Celebrada en Antigua Guatemala, Guatemala 19 a 22 de mayo de 2000.
2. Rubio-Aurioles E, and Wylie K. Sexual orientation matters in sexual medicine. *J Sex Med* 2008;5:1521-1533.
3. Kinsey AC, Pomeroy WB, Martin CE. Sexual behavior in the human male. Philadelphia and London: Saunders and Co. 1948.
4. Kinsey AC, Pomeroy WB, Martin CE, Genhard PH. Sexual behavior in the human female. Philadelphia and London: Saunders and Co.; 1953.
5. Bailey JM, Pillard RC. Genetics of human sexual orientation. *Annu Rev Sex Res* 1995;6:126-50.
6. Bailey JM, Pillard RC, Neale C, Agyei Y. Heritable factors influence sexual orientation in women. *Arch Gen Psychiatry* 1993;50:217-23.
7. Bell, Weinberg & Hammersmith *Sexual Preference: Its Development in Men and Women*. Bloomington: Indiana University Press, 1981.
8. Hamer DH, Hu S, Magnuson VL, Hu N, Pattatucci AML. A linkage between DNA markers on the X chromosome and male sexual orientation. *Science* 1993;261:320-6.
9. Hu S, Pattatucci AM, Patterson C, Li L, Fulker DW, Cherny SS, Kruglyak L, Hamer DH. Linkage between sexual orientation and chromosome Xq28 in males but not in females. *Nat Genet* 1995;11:248-56.
10. Mustanski, B. S., Dupree, M. G., Nievergelt, C. M., Bocklandt, S., Schork, N. J., & Hamer, D. H. (2005). A genomewide scan of male sexual orientation. *Human Genetics*. 116(4):272-8, 2005 Mar.
11. Rahman, Q., & Wilson, G. D. (2003b). Sexual orientation and the 2nd to 4th finger length ratio: evidence for organising effects of sex hormones or developmental instability? *Psychoneuroendocrinology*, 28, 288-303.
12. Williams, T. J., Pepitone, M. E., Christensen, S. E., Cooke, B. M., Huberman, A. D., Breedlove, N. J., Breedlove, T. J., Jordan, C. L., & Breedlove, S. M. (2000). Finger-length ratios and sexual orientation. *Nature*, 404, 455-456.
13. Swaab, D. F., & Hofman, M. A. (1990). An enlarged suprachiasmatic nucleus in homosexual men. *Brain Research*, 537, 141-148.

14. LeVay, S. (1991). A difference in hypothalamic structure between heterosexual and homosexual men. *Science*, 253, 1034-1037.
15. Byne, W., Tobet, S., Mattiace, L. A., Lasco, M. S., Kemether, E., Edgar, M. A., Morgello, S., Buchsbaum, M. S., & Jones, L. B. (2001). The interstitial nuclei of the human anterior hypothalamus: an investigation of variation with sex, sexual orientation, and hiv status. *Hormones and Behavior*, 40, 86-92.
16. Roselli, C. E., Larkin, K., Resko, J. A., Stellflug, J. N., & Stormshak, F. (2004). The volume of a sexually dimorphic nucleus in the ovine medial preoptic area/anterior hypothalamus varies with sexual partner preference. *Endocrinology* 145;(2): -478-83.
17. Allen, L. S., & Gorski, R. A. (1992). Sexual orientation and the size of the anterior commissure in the human brain. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 89, 7199-7202.
18. McFadden, D. (2002). Masculinization effects in the auditory system. *Archives of Sexual Behavior*, 31, 99-111.
19. Savic, I., Berglund, H., & Lindstrom, P. (2005). Brain response to putative pheromones in homosexual men. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*. vol. 102 :20. 7356-7361, doi: 10.1073/pnas.0407998102.
20. Bogaert AF. Biological versus nonbiological older brothers and men's sexual orientation. *Am J Hum Biol* 2004;16:151-7.
21. American Psychiatric Association 2013, Position Statement on Homosexuality Disponible en <http://www.psych.org/>
22. American Psychological Association . Sexual Orientation and Homosexuality. Disponible en línea <http://www.apa.org/topics/lgbt/orientation.aspx#>, consultado 29 junio 2014.
23. Program of Health Imperatives. Position Statements on Reparative Therapy. Disponible en <http://healthimperatives.org/sites/default/files/spiritweb/GLYS/Position%20statements%20on%20reparative%20therapy.pdf>, revisado el 29 de junio de 2014.
24. Hereck G. Beyond homophobia: A social psychological perspective on the attitudes toward lesbian and gay men. In: DeCecco J, ed. *Bashers, baiters and bigots: Homophobia in American society*. New York: Harrington Park; 1985.
25. Ryan C. Huebner D. Diaz R.M. Sanchez J. Family Rejection as a Predictor of Negative Health Outcomes in White and Latino Lesbian, Gay, and Bisexual Young Adults. *Pediatrics* Vol. 123 No. 1 January 1, 2009 pp. 346-352. (doi: 10.1542/peds.2007-3524)
26. Bailey JM, Bobrow D, Wolfe M, Mikach S. Sexual orientation of adult sons of gay fathers. *Dev Psychol* 1995;31:124-9.
27. Green R. Sexual identity of 37 children raised by homosexual or transsexual parents. *Am J Psychiatry* 1978;135:692-7.
28. Patterson CJ. Children of lesbian and gay parents. *Curr Dir Psychol Sci* 2006;15:241-4.

Diversidad sexual y la salud: necesidades de las personas transgénero

VERÓNICA DELGADO PARRA

Como resultado de la consulta convocada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) en colaboración con la Asociación Mundial de Sexología (WAS) en el año 2000 se emitió el documento “Promoción de la salud sexual: recomendaciones para la acción”. Para la conformación del documento se realizaron consensos de diversas temáticas, se establecieron definiciones necesarias para la salud y para los problemas sexuales, entre ellos los relacionados con la identidad de género y la transexualidad:¹

GÉNERO

El género es la suma de valores, actitudes, papeles, prácticas o características culturales basadas en el sexo. El género, tal como ha existido de manera histórica, transculturalmente, y en las sociedades contemporáneas, refleja y perpetúa las relaciones particulares de poder entre el hombre y la mujer.

IDENTIDAD DE GÉNERO

La identidad de género define el grado en que cada persona se identifica como masculina o femenina o alguna combinación de ambos. Es el marco de referencia interno, construido a través del tiempo, que permite a los individuos organizar un autoconcepto y a comportarse socialmente en relación con la percepción de su propio sexo y género. La identidad de género determina la forma en que las personas experimentan su género y contribuye al sentido de identidad, singularidad y pertenencia.

IDENTIDAD SEXUAL

La identidad sexual incluye la manera como la persona se identifica como hombre o mujer, o como una combinación de ambos, y la orientación sexual de la persona. Es el marco de referencia interno que se forma con el correr de los años, que permite a un individuo formular un concepto de sí mismo con base en su sexo, género y orientación sexual y desenvolverse socialmente conforme a la percepción que tiene de sus capacidades sexuales.

DESARROLLO DE LA IDENTIDAD DE GÉNERO

La identidad de género se origina con un sexo biológico (cromosómico y anatómico) y continúa con el sexo social. Al nacer un niño, el sexo anatómico dará la pauta para identificarle como niña o como niño y a partir de aquí el efecto medioambiental junto con la madurez neurofisiológica y hormonal continuarán impactando en el desarrollo de la identidad de género con la determinación de los roles estereotipados, por ejemplo:



- Existen evidencias que a partir de los 12 meses se tiene conciencia de la identidad de género; es decir, una persona se reconoce como mujer “soy niña-nena” o como hombre “soy niño-nene”; a partir de entonces aparecen diferencias:
- En los juegos entre niñas y niños.
- De colores y modelos en ropa para niñas y para niños.
- En el trato que los adultos dan a las niñas y a los niños.
- En la edad escolar los niños hacen grupos con su género, lo mismo ocurre con las niñas.
- Al llegar la adolescencia, con la pubertad aparecen los caracteres sexuales secundarios, el efecto hormonal facilita la madurez neuropsicológica y, a su vez, fortalece la identidad.
- Ahora los roles de género se expresan con otras conductas: en la ropa juvenil, inician planes, proyectos, relaciones personales, atracción física y emocional hacia otras personas, etc.
- A partir de la adultez joven la identidad se expresa con madurez:
- El sentido de la propia individualidad como varón, mujer o ambivalente.
- Se experimenta en la propia conciencia y conducta.
- La identidad de género como la experiencia privada del rol de género.
- El rol de género como todo aquello que una persona dice o hace para indicar a los demás o a sí mismo el grado en que es hombre o mujer.

Lo anterior se observa en un panorama “saludable”, pero existen problemas relacionados que el Consenso de expertos decidió nombrar síndromes clínicos que entrañan conflictos de identidad de género.¹

HISTORIA DE ALE

Desde la infancia (3, 4 años) se había dado cuenta que le fascinaba vestirse con las ropas de sus hermanas, jugar con los juguetes de ellas, estar con sus amiguitas, etc. Lo habían reprendido muchas veces, hasta que decidió hacerlo a escondidas; pensaba que de grande sería como su mamá. Ya en la adolescencia se vestía con las ropas de su madre e hizo conciencia que su cuerpo no le gustaba, empezó a sentir disgusto y evitaba ver sus genitales porque le provocaban malestar. También se dio cuenta que esa conducta era una urgencia, no solo por vestirse con prendas femeninas, sino por ser una mujer, no entendía lo que le pasaba y empezó con crisis de ansiedad y tristeza. Ese pensamiento lo alteró mucho y decidió realizar actividades consideradas masculinas: fútbol, atletismo, box, etcétera. Lo mismo hizo con las chicas. Sin embargo al estar con ellas sexualmente, no lo disfrutaba. Mucho tiempo pensó que lo que tenía, era ser homosexual, pero cuando un amigo, que sí lo era, salió del closet, se percató que

los homosexuales no se vestían de mujeres, ni querían ser mujeres, simplemente les gustaban las personas de su propio sexo. Comprendió entonces que estaba atrapado en un cuerpo que no le correspondía, porque su cerebro le indicaba que era mujer en un cuerpo de hombre...



DISFORIA DE GÉNERO EN LA INFANCIA, ADOLESCENCIA Y ADULTEZ

La Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización *Mundial de la Salud* y el *Manual diagnóstico y estadístico de las enfermedades mentales*, hasta la cuarta versión revisada (DSM-IV TR), proponían los problemas de identidad de género como trastornos; a partir de mayo del 2013 la publicación del DSM-V cambió por disforia de género porque al paso del tiempo las neurociencias han proporcionado información de las posibles causas, específicamente de la organización prenatal de algunas regiones cerebrales que pueden explicar esta condición y se descarta que se trata de una enfermedad mental.^{2,3}

El rechazo y la agresión social hacia las personas transexuales las coloca como un grupo vulnerable sumando a esto el propio proceso de adaptación a su condición, la transición, etc. son los fundamentos para el diagnóstico de disforia y desaparecer el de trastorno.

El DSM-V propone los siguientes criterios diagnósticos para cada etapa de desarrollo:³

DISFORIA DE GÉNERO EN LA INFANCIA

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 seis de las características siguientes (una de ellas debe ser el Criterio A1):

1. Un poderoso deseo de ser del otro sexo o una insistencia de que él o ella es del sexo opuesto (o de un sexo alternativo distinto del que se le asigna).

2. En los niños (sexo asignado), una fuerte preferencia por el travestismo o por simular el atuendo femenino; en las niñas (sexo asignado) una fuerte preferencia por vestir solamente ropas típicamente masculinas y una fuerte resistencia a vestir ropas típicamente femeninas.
3. Preferencias marcadas y persistentes por el papel del otro sexo o fantasías referentes a pertenecer al otro sexo.
4. Una marcada preferencia por los juguetes, juegos o actividades habitualmente utilizados o practicados por el sexo opuesto.
5. Una marcada preferencia por compañeros de juego del sexo opuesto.
6. En los niños (sexo asignado), un fuerte rechazo a los juguetes, juegos y actividades típicamente masculinos, así como una marcada evitación de los juegos bruscos; en las niñas (sexo asignado), un fuerte rechazo a los juguetes, juegos y actividades típicamente femeninos.
7. Un marcado disgusto con la propia anatomía sexual.
8. Un fuerte deseo por poseer los caracteres sexuales primarios y secundarios correspondientes al sexo que se siente.

B. El problema se asocia con un malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, escolar u otras áreas importantes del funcionamiento.

DISFORIA DE GÉNERO EN ADOLESCENTES Y ADULTOS

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 se expresa (o en adolescentes jóvenes, un deseo de impedir el desarrollo que los caracteres sexuales secundarios previstos).
3. Un fuerte deseo por poseer los caracteres sexuales primarios o 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 se asocia con un malestar clínicamente significativo o con deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

El malestar que manifiestan las personas transexuales queda expresado en el testimonio de Ale: “*Me siento atrapada en un cuerpo de hombre que no me corresponde*”.

A partir de esta experiencia Ale planea el cambio para disminuir gradualmente la disforia, le queda claro su deseo de pertenecer al sexo femenino, vivir y ser tratada como mujer y con ello mejorar también su calidad de vida.

¿CÓMO ENTENDER LA TRANSEXUALIDAD?

Podemos partir del concepto de identidad de género que proponen los expertos:¹

La identidad de género define el grado en que cada persona se identifica como masculina o femenina o alguna combinación de ambos. Es el marco de referencia interno, construido a través del tiempo, que permite a los individuos organizar un autoconcepto y a comportarse socialmente en relación con la percepción de su propio sexo y género. La identidad de género determina la forma en que las personas experimentan su género y contribuye al sentido de identidad, singularidad y pertenencia.

La persona transexual nace con un sexo biológico determinado o asignado; sin embargo, conforme inicia su desarrollo y madurez (desde la infancia) descubre que se identifica con el sexo opuesto, como *Ale*, quien nació con un sexo asignado masculino (XY, con el cuerpo - anatomía masculina); sin embargo, su marco de referencia interno es femenino y, como tal, se identifica como mujer. En este caso *Ale* es una mujer transexual.

Pongamos el caso de una persona cuyo sexo biológico asignado sea femenino (XX, con el cuerpo-anatomía femenina) cuyo marco de referencia interna sea masculino, se identifica y se reconoce como varón. En este caso se trata de un hombre transexual.

¿CON QUÉ FRECUENCIA SE PRESENTA ESTA CONDICIÓN?

The World Professional Association for Transgender Health (WPATH) publicó en 2012 los resultados de prevalencia reportados por diez estudios: la condición transexual se presenta en:⁴

- 1:11,900 a 1:45,000 para el hombre a mujer transexual
- 1:30,400 a 1:200,000 para la mujer a hombre transexual

NECESIDADES CLÍNICAS DE LAS PERSONAS CON DISFORIA DE GÉNERO O TRANSEXUALES

Las personas transexuales buscan cambiar su aspecto físico para lograr la armonía entre la mente y el cuerpo, para ello necesitan la intervención de profesionales de la salud que puedan apoyar y orientar para tomar las mejores decisiones.

The World Professional Association for Transgender Health (WPATH) publicó los Estándares de Cuidado para las personas transexuales que proporcionan las guías para un tratamiento integral en donde el médico de atención primaria juega un papel fundamental:⁴

- El tratamiento debe ser individualizado
 - Algunos necesitan hormonas, cambios en roles de género pero no cirugía.
 - Otros requieren cambios en roles de género, solo con cirugía sin terapia hormonal.
 - El objetivo es decidir las opciones de tratamiento para aliviar la disforia de género.
- Experiencia de vida real o prueba de vida real:
 - Bajo supervisión psicoterapéutica adoptar el rol del sexo deseado.
 - Se recomienda que esta prueba de vida real se realice todo el tiempo y al menos uno o dos años previos a decidir la terapia hormonal.
 - Intentar realizar la experiencia de vida real o el rol social deseado en diferentes áreas:
 - Familiar
 - Social
 - Laboral
 - Personal
- Terapia hormonal para feminizar o masculinizar el cuerpo bajo estricta supervisión médica.
- Reasignación quirúrgica para modificar los caracteres sexuales secundarios (mastectomía, histerectomía, colocación de implantes mamarios, vaginoplastia, prótesis peneana, cirugías faciales, etc.)
- Psicoterapia
 - Individual
 - Familiar
 - De pareja
- Asesoría legal para trámites administrativos, cambio de documentos oficiales:

A partir de noviembre del 2011 se realizó una reforma en el código civil del Distrito Federal que permite a las personas transexuales tramitar su acta de nacimiento con su nueva identidad sexual. Podrán realizar este trámite quienes cuenten con un dictamen expedido por dos especialistas que certifiquen que la persona estuvo o está en un proceso de reasignación sexual, aunque no necesariamente a través de una intervención quirúrgica.

INTERVENCIÓN DEL MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA PARA LA ATENCIÓN DE LA PERSONA TRANSEXUAL

Las siguientes son recomendaciones mínimas necesarias para iniciar una terapia hormonal con la finalidad de inducir masculinización o feminización de la persona transexual.⁴

- *Antes de iniciar el proceso debe tomarse en cuenta:*
 - El objetivo del paciente
 - Riesgos y beneficios de la terapia hormonal
 - Coexistencia de otras condiciones médicas
 - Valorar las condiciones sociales y económicas
- *Criterios para la terapia hormonal*
 - Confirmar la disforia de género
 - Que la persona se encuentre en condiciones de comprender las implicaciones del tratamiento y lo autorice en un consentimiento informado
 - Ser mayor de edad
 - En caso de tener algún problema emocional, este debe estar en control por un especialista (por ejemplo trastorno depresivo, ansiedad, etc)
- *Consentimiento informado:*

Se trata de un documento en el que se describe con toda claridad el procedimiento que se realizará con la terapia hormonal, al final se firma en duplicado por el interesado, en este caso la persona transexual, el médico responsable del tratamiento y se recomienda la firma de un testigo. Uno se entrega al interesado y otro se archiva en el expediente del paciente. Es importante que el consentimiento informado contenga la siguiente información:

 - Valoración previa al inicio de la administración del medicamento: estudios de laboratorio.
 - Nombre genérico, dosis y vía de administración del medicamento que se va a administrar.

- Especificar con toda precisión la indicación médica, es decir, cada cuánto tiempo debe administrarse el medicamento y de qué forma debe hacerse: oral, intramuscular, etc.
- Detallar los efectos terapéuticos del medicamento, es decir los cambios físicos que habrá con la administración continua de del medicamento que se va a administrar (la mayor parte de los cambios físicos, feminización o masculinización, suceden en el transcurso de dos años).
- Detallar los posibles efectos secundarios del medicamento que se va a administrar.
- Detallar los posibles efectos adversos del medicamento que se va a administrar.
- Explicar con detalle en qué caso debe suspenderse el medicamento que se va a administrar.
- Explicar qué hacer en caso de sobrevenir alguna urgencia médica relacionada o no con el medicamento administrado.
- Una vez que el paciente ha leído, comprendido y firmado el consentimiento informado se recomienda iniciar el procedimiento médico.

- *Valoración médica previa a la terapia hormonal*
- Historia clínica médica completa.
- Exploración física completa importante e indispensable exploración de genitales, tacto vaginal y exploración prostática.
- Consejo de la salud reproductiva.
 - Criopreservación de óvulos
 - Criopreservación de esperma
 - Criopreservación de embriones
- Laboratorios:
 - Química sanguínea de 27 elementos
 - Biometría hemática (indispensable que incluya hematócrito)
 - Perfil hormonal femenino
 - Perfil hormonal masculino
 - Antígeno prostático

- *Esquemas de tratamiento hormonal con efecto feminizante para mujeres transexuales (personas que nacieron con sexo biológico masculino)* (Cuadro 1)
- Estrógenos conjugados

Cuadro 1. Efectos y tiempo de acción de hormonas con acción feminizante

Efecto	Inicio Esperado	Máximo efecto esperado
Redistribución de la grasa corporal	3 – 6 meses	2 - 5 años
Disminución de la fuerza y masa muscular	3 – 6 meses	1 - 2 años
Tersura y disminución de la piel grasa	3 - 6 meses	Desconocido
Disminución del deseo sexual	1 - 3 meses	1 - 2 años
Disminución de erecciones espontaneas	1 - 3 meses	3 – 6 meses
Disfunción sexual masculina	Variable	variable
Crecimiento de mamas	3 – 6 meses	2 - 3 años
Disminución del volumen testicular	3 – 6 meses	2 - 3 años
Disminución de la producción espermática	Variable	Variable
Crecimiento lento del vello facial y corporal	6 – 12 meses	> 3 años
Detiene la pérdida de cabello en los casos de futura calvicie	1 – 3 meses	1 – 2 años

- Estrógenos conjugados más anti-andrógenos. Esta combinación permite administrar menor dosis de estrógenos y, por lo tanto, disminuye el riesgo de efectos secundarios.
- Progestágenos. Su indicación suscita controversia pero se prescriben para el crecimiento mamario con los cuidados médicos necesarios.
- *Esquemas de tratamiento hormonal con efecto virilizante para hombres transexuales* (o sea, personas que nacieron con sexo biológico femenino) (Cuadro 2)
- Testosterona
- Progesterona (en la fase inicial y por tiempo limitado para suprimir el sangrado menstrual)
- *Consultas de seguimiento y control*
- Consulta médica y análisis de laboratorio de control cada tres meses el primer año, los laboratorios cada seis meses a partir del segundo año en adelante.
- La consulta médica se recomienda mantenerla con una frecuencia trimestral para vigilar que no surjan efectos secundarios del tratamiento hormonal. (Cuadro 3)

Cuadro 2. Efectos y tiempo de acción de las hormonas con acción virilizante

Efecto	Inicio Esperado	Máximo efecto esperado
Piel grasa, acné	1 – 6 meses	1 – 2 años
Crecimiento de vello facial y corporal	3 – 6 meses	3 – 5 años
Pérdida de cabello	> 12 meses	variable
Incremento de la fuerza y masa muscular	6 – 12 meses	2 – 5 años
Redistribución de grasa corporal	3 – 6 meses	2 - 5 años
Suspensión de menstruación	2 – 6 meses	n/a
Alargamiento del clítoris	3 – 6 meses	1 – 2 años
Atrofia vaginal	3 – 6 meses	1 – 2 años
Cambio de voz (grave)	3 – 12	1 – 2

Cuadro 3. Riesgos asociados con la terapia hormonal

Nivel de riesgo	Hormonas feminizantes	Hormonas virilizantes
Aumenta el riesgo	Tromboembolia venosa Cálculos biliares Aumento de enzimas hepáticas Aumento de peso Hipertrigliceridemia	Policitemia Ganancia de peso Acné Alopecia androgénica Apnea del sueño
Aumenta el riesgo con factores de riesgo adicionales	Enfermedad cardiovascular	
Posible aumento de riesgo	Hipertensión Hiperprolactinemia Prolactinoma	Aumento de enzimas hepáticas Hiperlipidemia
Posible aumento de riesgo con factores de riesgo adicionales	Diabetes tipo 2	Descontrol de padecimientos psiquiátricos Enfermedad cardiovascular Hipertensión Diabetes tipo 2
No aumenta el riesgo o no concluyente	Cáncer de mama	Disminución de densidad ósea Cáncer de mama Cáncer cervical Cáncer ovárico Cáncer uterino

- Mantener una vía de comunicación abierta en caso de alguna intercur-rencia o urgencia para dar indicaciones al paciente.
- En caso necesario solicitar interconsulta con el especialista que corres-ponda.
- La reasignación quirúrgica es decisión de cada persona, se recomien-da que sea la última opción y siempre después de haber concluido la prueba de vida real ya que al vivir el rol del sexo deseado, sentirse tratados y vistos por la sociedad como lo desean puede ser suficiente para disminuir la disforia y la cirugía deja de ser una urgencia. En otros casos sigue siendo prioritario.

En cualquier caso siempre debe realizarse por un cirujano experto sen-sibilizado y con conocimiento de la disforia de género.

Las cirugías se realizan en instituciones privadas, en diferentes tiempos quirúrgicos, lo que implica costos elevados; la medicina institucional de Méxicio carece de programas de apoyo a este nivel.

CONCLUSIÓN

La disforia de género es una condición compleja; a pesar de la investigación, los diferentes estudios y reportes que ofrecen las neurociencias aún hace falta mucho por conocer al respecto, lo importante es terminar con el estigma y falsa creencia que colocaba a los transexuales como enfermos mentales.

Para resolver la disforia de género se requiere la intervención integral de especia-listas que ayuden a resolver los diferentes problemas y necesidades de las per-



<http://www.wpath.org/>

sonas con este padecimiento, siempre con una actitud profesional y de respeto hacia la persona que solicita el servicio

REFERENCIAS Y BIBLIOGRAFÍA

1. Promoción de la salud sexual. Recomendaciones para la acción. Actas de una Reunión de Con-sulta convocada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) Organización Mundial de la Salud (OMS). Antigua Guatemala, Guatemala, mayo de 2000

2. Laura Erickson-Schroth, MD, MA. Update on the Biology of Transgender Identity. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health* 2013;17:150-174.
3. Asociación Psiquiátrica Americana (2013). Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5. American Psychiatric Publishing
4. Eli Coleman, Walter Bockting, Marsha Botzer, Peggy Cohen-Kettenis, Griet DeCuypere, Jamie Feldman, Lin Fraser, Jamison Green, Gail Knudson, Walter J. Meyer, Stan Monstrey, Richard K. Adler, George R. Brown, Aaron H. Devor, Randall Ehrbar, Randi Ettner, Evan Eyler, Rob Garofalo, Dan H. Karasic, Arlene Istar Lev, Gal Mayer, Heino Meyer-Bahlburg, Blaine Paxton Hall, Friedmann Pfäfflin, Katherine Rachlin, Bean Robinson, Loren S. Schechter, Vin Tangpricha, Mick van Trotsenburg, Anne Vitale, Sam Winter, Stephen Whittle, Kevan R. Wylie & Ken Zucker. Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender-Nonconforming People. The World Professional Association for Transgender Health 2012

Relación de pareja en la salud sexual

VERÓNICA DELGADO PARRA

INTRODUCCIÓN

¿CÓMO ENTENDER QUÉ ES LA SEXUALIDAD Y LA SALUD SEXUAL?

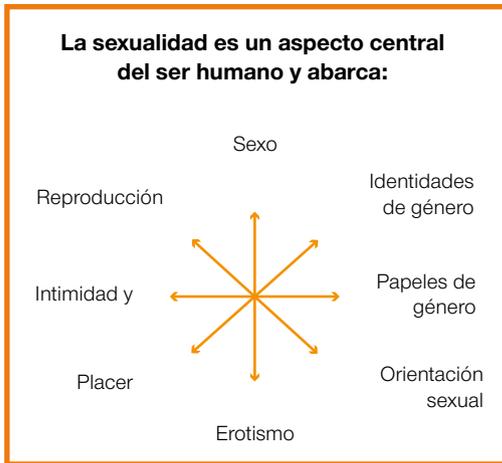
El Consenso de expertos acordó, en el año 2000, las siguientes definiciones que hasta la fecha ayudan a unificar criterios:¹

Sexualidad

El término “sexualidad” se refiere a una dimensión fundamental del hecho de ser un ser humano. Basada en el sexo, incluye al género, las identidades de sexo y género, la orientación sexual, el erotismo, la vinculación afectiva y el amor, y la reproducción. Se experimenta o se expresa en forma de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, actividades, prácticas, roles y relaciones. La sexualidad es el resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos, socioeconómicos, culturales, éticos y religiosos o espirituales.

Si bien la sexualidad puede abarcar todos estos aspectos, no es necesario que se experimenten ni se expresen todos. Sin embargo, en resumen, la sexualidad se experimenta y se expresa en todo lo que somos, sentimos, pensamos y hacemos.

Figura 1. Componentes de la sexualidad humana, propuesta de la OMS.



Salud sexual

La salud sexual es la experiencia del proceso permanente de consecución de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad.

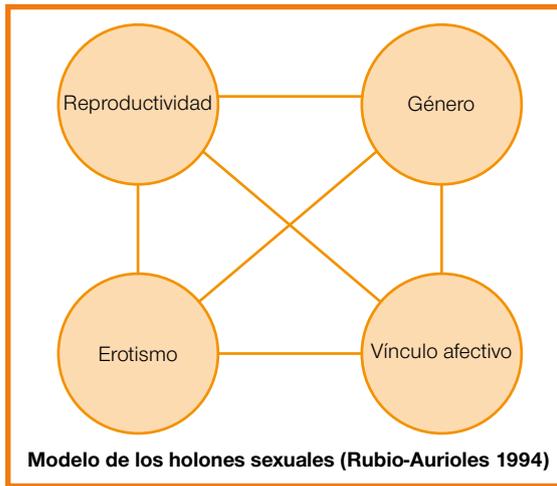
La salud sexual se observa en las expresiones libres y responsables de las capacidades sexuales que propician un bienestar armonioso personal y social, enriqueciendo de esta manera la vida individual y social. No se trata, simplemente, de la ausencia de disfunción o enfermedad, o de ambos. Para que la salud sexual se logre es necesario que los derechos sexuales de las personas se reconozcan y se garanticen.

La salud sexual puede reconocerse y expresarse tanto en el plano personal, social y en la vida de pareja.

La sexualidad tiene varios componentes y, otra manera de visualizarlos, es con la teoría sistémica de la sexualidad y los subsistemas sexuales que se consideran en la definición de trabajo de la Organización Mundial de la Salud:¹

De aquí parte la teoría propuesta por Rubio² que, basado en la teoría del sistema general desarrolló el modelo de los holones: ... la sexualidad humana es el resultado de la integración de cuatro potencialidades humanas que dan origen a los cuatro holones (o subsistemas) sexuales, a saber: la reproductividad, el género, el erotismo y la vinculación afectiva interpersonal (holos en griego-todo).
Figura 2

Figura 2. Componentes de la sexualidad con base en el modelo de los holones sexuales.



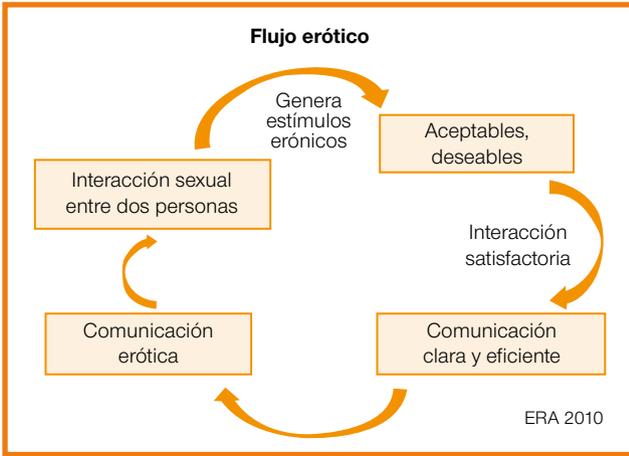
En este modelo la idea de integración es central, a pesar de que cada holon es un todo, no puede ser representado si se considera aislado, pues su función depende de los otros elementos y la alteración de uno de ellos afecta al resto.

1. *Reproductividad*

La reproductividad es una potencialidad que no se limita al hecho biológico de poder embarazar y ser embarazada, es una dimensión humana mucho más compleja y compleja que puede expresarse a través de logros de objetivos y proyectos personales a mediano y largo plazo.

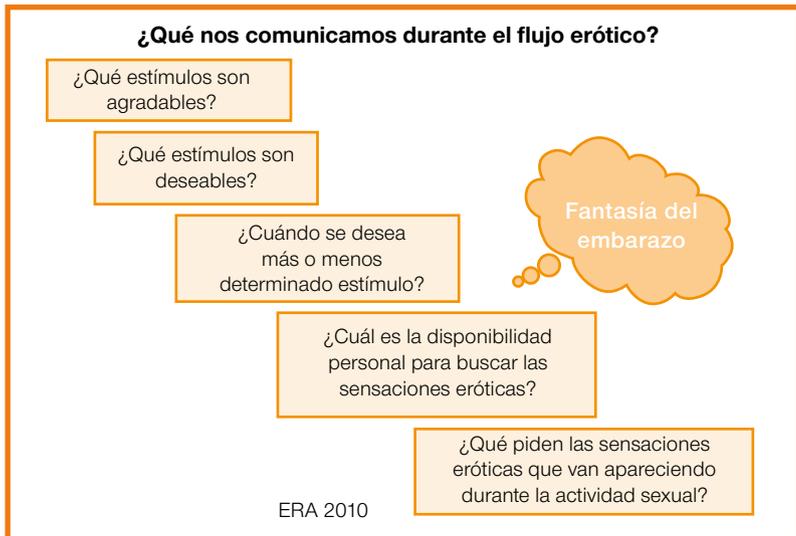
2. *Erotismo*

La potencialidad de experimentar y disfrutar las sensaciones placenteras que se van descubriendo a lo largo de la vida con el autoerotismo, la masturbación y con la relación de pareja se expresa a través de la respuesta sexual humana con la integración fisiológica, sensitiva y motora. Todos los seres humanos nacen con esta dimensión, la gran mayoría la desarrolla, la vive y la goza. Aquí cabe otro concepto propuesto por Rubio, que es el de flujo erótico o sea las experiencias que se van dando a través de la experiencia:



La interacción sexual en pareja genera estímulos eróticos y al ser deseados y aceptados motiva una interacción satisfactoria que facilita que la comunicación sea clara y eficiente y durante el encuentro sexual se transforma en una comunicación erótica.

¿QUÉ NOS COMUNICAMOS DURANTE EL FLUJO ERÓTICO?



Durante el flujo de experiencias eróticas se expresan deseos, fantasías, el placer de la experiencia y, también, puede aparecer la fantasía de trascender en pareja a través de un embarazo. Por lo tanto, erotismo y reproductividad están íntimamente relacionados.

3. Género

La identidad de género es identificarse como masculino o femenina, el marco de referencia interno, así como el autoconcepto y la forma de expresarse a través del "rol" o papel social con un sentido de identidad, singularidad y pertenencia.

4. Vínculo afectivo

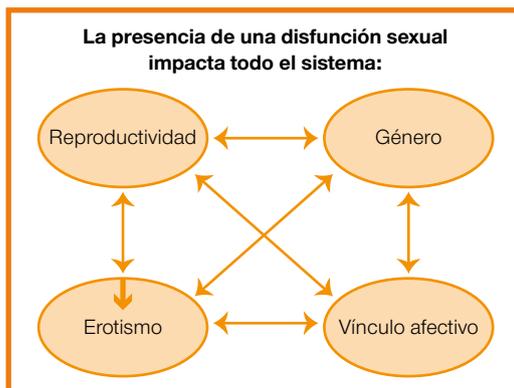
Un vínculo es un lazo, una unión que se establece con otras personas; se construyen y mantienen mediante los afectos.

Con base en lo anterior podemos describir el impacto de la relación de pareja en la sexualidad, desde una perspectiva sistémica.

En este capítulo comentaremos, desde el marco que proporciona la teoría de los holones sexuales, la importancia de integrar a la pareja en el tratamiento de los problemas del erotismo o sea, las disfunciones sexuales y la infertilidad.

IMPACTO DE LAS DISFUNCIONES SEXUALES EN LA SALUD SEXUAL

Las disfunciones sexuales son problemas que afectan no solo a la personas que las padecen, el malestar trasciende a la pareja, a la relación-interacción, inclusive puede llegar hasta la esfera social. Es diferente la vivencia en hombres y mujeres ya sea en el rol de quien tiene el problema o en el rol de pareja, los efectos más importantes se describen a continuación:



*Impacto de las disfunciones sexuales en el sistema:*²

1. Erotismo:
 - a) Menor contacto físico
 - b) Temor a que la pareja se excite
 - c) La vida erótica pierde sentido placentero
2. Identidad:
 - a) Devaluación de la autoimagen
 - b) Frustración
 - c) Temor a ser rechazado
 - d) Culpa, vergüenza
 - e) Idea de “no servir”
3. Vínculos:
 - a) Conductas de sabotaje
 - b) Evasión de la intimidad
 - c) Conductas de hostilidad y revancha
 - d) Miedo a la infidelidad
 - e) Sensación de fin de la relación
4. Reproductividad:
 - a) Dificultad para concretar proyectos personales
 - b) Dificultad para planear proyectos en pareja
 - c) Infertilidad

El desempeño sexual es una forma de expresarse como hombre o como mujer; es decir, la manifestación en el erotismo de lo masculino y femenino; las disfunciones sexuales son problemas que “fracturan” la esencia. Por ejemplo, en el varón que sufre alguna disfunción su identidad se ve amenazada por la pérdida de una función que le simboliza como varón; esto provoca baja autoestima con pérdida de confianza en sí mismo y, en ocasiones, conductas machistas como compensación. En la mujer la autoestima se afecta, la auto-imagen deteriora ya que surge la idea que “no es suficientemente bonita o buena mujer para atraer o excitar a su pareja”, en consecuencia, llega a sentirse responsable de las fallas de erección.

Cuando aparece una problemática a este nivel, el tratamiento es más efectivo si se involucra a la pareja.

IMPORTANCIA DE INTEGRAR A LA PAREJA A LA CONSULTA MÉDICA SEXOLÓGICA

“La respuesta sexual es una interacción entre dos personas; por lo tanto, en el tratamiento de las disfunciones se incluyen ambos”. Masters y Johnson, 1970

La pareja en el consultorio:³

Tener la oportunidad de valorar al paciente en compañía de su pareja en el consultorio es una herramienta muy útil que permite detectar diferentes situaciones. Para ello se recomienda realizar un interrogatorio que facilite la intervención de ambos o, en su caso, realizar la misma pregunta a cada uno porque la vivencia es diferente.

Ventajas de la consulta en pareja

1. Valorar el significado de la pérdida (toda enfermedad representa una pérdida de la salud, de la capacidad para disfrutar la sexualidad o la incapacidad para poder embarazarse)
2. Observar las actitudes inarmónicas
3. Problemas de comunicación
4. Indicadores de la aceptación o rechazo del tratamiento
5. Expectativas realistas o no realistas de tratamiento
6. Facilita elegir y aceptar las alternativas de tratamiento y terapia entre ambos
7. La presencia de la pareja favorece el apego al tratamiento

La pareja de quien sufre la disfunción puede proporcionar información importante al médico:

1. Inicio y evolución de la disfunción
2. Cambios en los patrones de presentación
3. Dificultades en la relación de pareja como causa o desencadenantes de la disfunción
4. Repercusiones en la relación

La mayoría de los pacientes con disfunciones sexuales consultan solos a su médico

Por tanto, la participación de la pareja constituye un reto para el médico. Deben considerarse dos opciones: el intento de que la pareja acuda al consultorio y, mientras esto sucede, se recomienda trabajar con el paciente solicitando información acerca de, y proporcionar información a la pareja, a través del paciente; por ejemplo, por medio de preguntas clínicas específicas acerca de la vivencia de la pareja, de las opciones de tratamiento, los sentimientos sobre ellos, acerca de la comunicación erótica, etc. Conviene proporcionar información en folletos educativos dirigidos a ambos.

Evidencias que soportan integrar a la pareja al tratamiento

Se han realizado estudios que confirman los beneficios de incluir a la pareja en el tratamiento:

1. Facilita la comunicación con ambos para abordar el problema
2. Mejoría significativa en:
 - a) La función
 - b) Satisfacción
 - c) Calidad de vida sexual en ambos durante y después del tratamiento

Contar con ambos miembros de la pareja ayuda a mejorar la comunicación, la función y la calidad de vida; también es posible observar si hay conflicto y en qué momento del conflicto se encuentran.

Objetivos del tratamiento

Como en cualquier otra situación médica, en las visitas subsecuentes se recomienda reevaluar:

1. La eficacia del tratamiento farmacológico
2. La elección del tratamiento
3. La comunicación e interacción de la pareja
4. La identificación de problemas nuevos
5. Crear una cultura de autocuidado para el paciente y su pareja

¿En qué circunstancias es preferible no integrar a la pareja al tratamiento?

Existen casos en que es recomendable que la pareja no acompañe al paciente a la consulta, cuando su presencia interfiere con el proceso terapéutico, más que ayudar al mismo. Esto se puede detectar con diferentes actitudes:

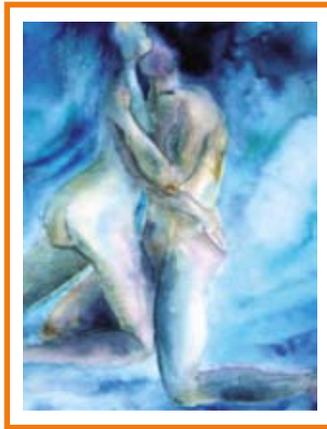
1. Actitud negativa de la pareja
2. Considera que el diagnóstico es un problema exclusivamente de quien lo padece
3. Tiene la sensación que el síntoma es una manifestación de rechazo
4. Cuando intervienen factores personales de cada uno, por ejemplo:
 - a) Interpersonales
 - a) Culturales
 - b) Sociales

- c) Religiosos
- d) Pérdida de comunicación

Hablar de sexualidad puede ser incómodo para la pareja considerando los prejuicios o, en su caso, juicios de valor relacionados con los factores anteriores, si no es posible crear un ambiente amable y cómodo para la entrevista y la intervención médica, en estos casos la intervención puede convertirse en obstáculos para el tratamiento.

CONCLUSIONES

Tal como en su momento lo plantearon Masters y Johnson, la respuesta sexual es una interacción entre dos; por lo tanto, en el tratamiento de las disfunciones se incluyen ambos. Partiendo de los beneficios y la necesidad de la participación de la pareja, se recomienda la inclusión de la misma en el tratamiento, con el desarrollo de estrategias para la integración de la pareja al tratamiento. El objetivo principal es restablecer una experiencia sexual satisfactoria y saludable para ambos.



REFERENCIAS

1. Promoción de la salud sexual. Recomendaciones para la acción. Actas de una Reunión de Consulta convocada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS). Antigua, Guatemala, mayo de 2000.
2. Antología de la sexualidad humana. Consejo Nacional de Población. Tomo I. México: Porrúa, 1994.
3. Dean J, Rubio-Aurioles E, McCabe M, Eardley I, et al. Integrating Partners into Erectile Dysfunction treatment: Improving the sexual experience for the couple. *Int J Clin Pract* 2008;62:127-133.



Lo que todo clínico debe saber de

SEXOLOGÍA

Cortesía de:

Código: LAIN-WH-03-2015-1009



Bayer HealthCare

 **LEVITRA®**

 **NEBIDO**

 **YASMIN 24/4**

 **Qlaira®**