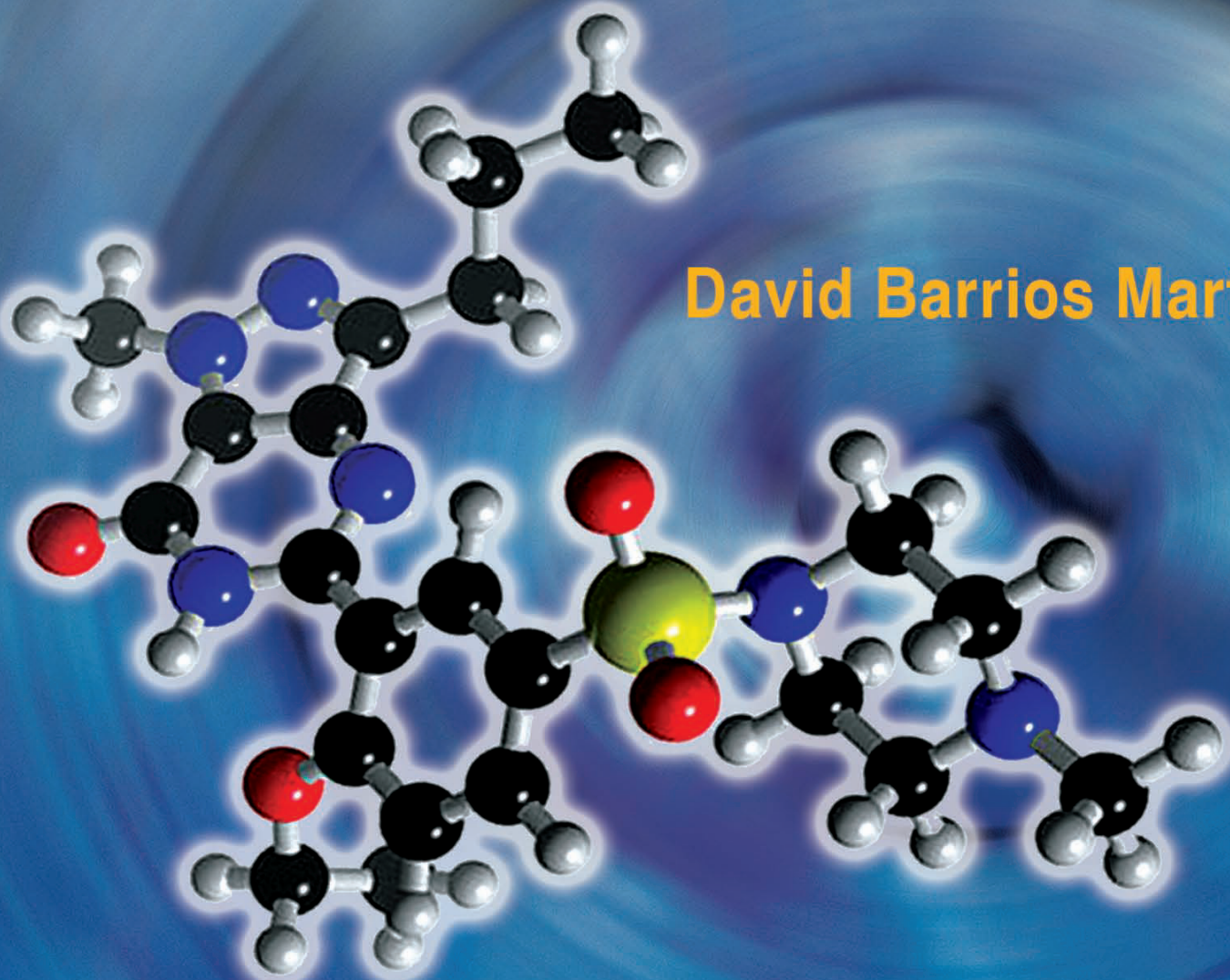


La **molécula** que revoluciona la **sexualidad** Realidades y falacias

David Barrios Martínez



Editorial Alfíl

**LA MOLÉCULA
QUE REVOLUCIONA
LA SEXUALIDAD.
Realidades y falacias**

La molécula que revoluciona la sexualidad

Realidades y falacias

David Barrios Martínez

Médico cirujano egresado de la Facultad de Medicina de la UNAM.
Especialista en Docencia por el Centro de Investigaciones y Servicios
Educativos de la UNAM. Educador de la Sexualidad por la
Sociedad Mexicana de Sexología Humanista Integral (SOMESHI).
Psicoterapeuta Gestalt y de Enfoque Centrado en la Persona
por el Instituto Humanista de Psicoterapia Gestalt.
Maestro en Ciencias Sexológicas por la Universidad Abierta de México.
Educador de la Sexualidad certificado por el
Consejo de Calificación Profesional en Educación Sexual y Sexología.
Director de Caleidoscopía, Espacio de Cultura, Terapia y Salud Sexual.



Editorial Alfil

La molécula que revoluciona la sexualidad. Realidades y falacias

Todos los derechos reservados por:
© 2007 Editorial Alfil, S. A. de C. V.
Insurgentes Centro 51-A, Col. San Rafael
06470 México, D. F.
Tels. 55 66 96 76 / 57 05 48 45 / 55 46 93 57
e-mail: alfil@editalfil.com
www.editalfil.com

ISBN 968-7620-97-8

Primera edición, 2007.

Dirección editorial:
José Paiz Tejada

Editor:
Dr. Jorge Aldrete Velasco

Revisión editorial:
Berenice Flores

Diseño de portada:
Arturo Delgado-Carlos Castell

Ilustración:
Alejandro Rentería

Impreso por:
Solar, Servicios Editoriales, S. A. de C. V.
Calle 2 No. 21, Col. San Pedro de los Pinos
03800 México, D. F.
Junio de 2007

Acerca del autor

David Barrios Martínez, médico, psicoterapeuta y sexólogo clínico, representante muy conocido de la escuela existencial-humanista en sexología, fue fundador de la Sociedad Mexicana de Sexología Humanista Integral (SOMESHI). También participó activamente en la constitución y desarrollo de la Federación Mexicana de Educación Sexual y Sexología (FEMESS), agrupación nacional de las asociaciones profesionales de esas disciplinas.

Es uno de los fundadores y miembro del Consejo de Calificación Profesional en Educación Sexual y Sexología (CAPSEX)

Desde 2003 dirige la asociación civil *Caleidoscopía. Espacio de cultura, terapia y salud sexual*.

Ha publicado numerosos artículos científicos y de divulgación sobre aspectos biológicos, psicológicos y sociales de la sexualidad humana, así como ponencias sobre diferentes temas sexológicos en congresos mexicanos, latinoamericanos y mundiales.

Ha publicado los libros *Resignificar lo masculino. Guía de supervivencia para varones del siglo XXI* (Vila Editores), y *En las alas del placer: cómo aumentar nuestro goce sexual* (Pax-México).

David Barrios Martínez está entre los profesionales de la sexología que tienen más participaciones en los medios de comunicación social impresos y electrónicos. Frecuentemente dicta conferencias y facilita talleres sobre temas sexológicos en instituciones públicas y privadas de México y del extranjero.

Contenido

Prefacio	IX
1. Introducción	1
2. La nueva revolución sexual	19
3. De ciencia, mitos, leyendas y falacias	29
4. Inventario de falacias y realidades sobre Viagra®	49
5. Sildenafil: la mítica realidad	77
6. Organicidad y emocionalidad en la disfunción eréctil	91
7. Ciencia ética vs. “producto milagro”	99
8. La importancia de la firmeza emocional en hombres y mujeres ..	109
9. Sildenafil, terapia sexual y erotismo integral	117
10. Vislumbrando el futuro	123

Prefacio

La literatura de altos vuelos y las manifestaciones de la cultura popular han sido pródigas en ocuparse (y preocuparse) de la erección del pene, la eficiencia *del otro uso* (además de la emisión de orina) y las dificultades para conseguir ambas: rigidez y empleo satisfactorio.

Por ejemplo, el refranero popular de México recoge este dicho:

La vida sexual dura, mientras dura dura.

Estratón de Sardes, célebre epigramista griego del siglo II, en su texto *Ya no puedo*, a propósito de que la erección suele menguar con el avance de la edad, sentenció:

*Ya tengo la cabellera cana sobre mis sienes
Y mi falo cuelga inerte entre mis muslos.
Mis testículos son ociosos y la cruel vejez me alcanza
¡ay de mí! Sé dar por el culo y ya no puedo.*

Bordando sobre el mismo tema, el gran poeta y médico mexicano Elías Nandino escribió lo siguiente:

Y vivo y me desvivo

*Longevidad maldita:
¿Por qué si soy ceniza*

*mi cerebro está en brama
y su lujuria cunde
hasta las marchitas zonas
de mi sangre aniquilada?*

*Longevidad maldita
llamarada helada,
tantálico averno
de concupiscencia rezagada.*

*Toda belleza humana
aún me despierta la esperanza
de gozarla,
y vivo y me desvivo
eyaculando
sólo orgasmos de lágrimas.*

En las tres referencias anteriores destacan dos temas: uno, la aparente correlación entre el proceso de envejecer y la ausencia o dificultad para la erección; el otro aspecto abordado es la dramática paradoja de experimentar deseo y no poder satisfacerlo.

En absoluto contraste, la presencia de un pene enhiesto en un hombre que ya no es joven (presto su dueño a introducirlo en una cavidad corporal de otra persona, más comúnmente vagina, boca o ano) ha sido motivo para glosar la hazaña en novelas, dibujos, poemas, chistes y canciones. Muestra de ello es una espléndida *rola* del extinto grupo rockero de Jalisco, “El personal”, escrita por Julio Haro. Con ritmo de *reggae* y reminiscencias de son jarocho, en una parte dice:

*Ya sé que no soy el mismo
que cuando tenía 20 años,
que ya se notan los daños
en todo mi mecanismo,
pero veo con optimismo
que una nueva vida empieza
tengo el alma en una pieza
y aunque ya la tengo amarga
eso sí, la tengo larga
y todavía la tengo tiesa.
Dale de comer al conejito,
dale de comer que está chiquito...*

“Dale de comer al conejito”, en el disco *No me hallo*
(Pentagrama, México, 1988).

Cuando surgen los medicamentos de administración oral (ingeribles) de alta eficacia para resolver los trastornos de la erección, también la música y la literatura se hacen eco de las buenas nuevas. Así por ejemplo, en su canción “Al ritmo de la Viagra”, el cantautor español Jep Cardona celebra:

*Me apuré la Viagra con Schnapps y cerveza,
despuesito me puse como una chaveta
¡hay que ver cómo cunde mi naturaleza...
nunca he visto mi chinga tan larga y tan tiesa!*

(Guajillo Records. Sabadell, 2001).

Dennis Altman, en su interesante ensayo *Global sex* (The University Chicago Press, Chicago, 2001), comparte la siguiente reflexión: “Las enormes ventas de Viagra® cuando entró al mercado en 1998 indicaron que los hombres también estaban deseosos de usar la tecnología para contrarrestar lo que las generaciones anteriores habían aceptado como parte inevitable del envejecimiento”.

He afirmado en distintos artículos, coloquios y conferencias que existe una molécula que revolucionó y sigue revolucionando la sexualidad; esa molécula es justamente la famosa pastilla azul cuyo componente es el sildenafil: Viagra®.

Este libro pretende dar respuestas sencillas y claras a las preguntas comunes que el público general se hace en torno a la sexualidad y la vida erótica, cuando éstas son influidas por *la molécula que revoluciona la sexualidad*, tales como:

- ¿Sildenafil y productos parecidos son realmente eficaces?
- ¿Cómo funcionan?
- ¿Sólo toman estos medicamentos los hombres maduros o viejos?
- ¿Tienen efectos negativos, y cuáles son éstos?
- ¿Qué medicamentos y drogas no deben tomarse cuando se emplean Viagra® o fármacos semejantes?
- ¿Es cierto o falso que este tipo de pastillas perjudica la función cardíaca y arterial?
- ¿Dañan el sentido de la vista?
- ¿Hay maneras de incrementar la efectividad y los efectos benéficos de estas sustancias?
- ¿Qué factores pueden disminuir sus efectos?
- Los llamados “productos milagro” (naturistas y no) ¿son realmente una alternativa de solución para los daños a la salud sexual?
- ¿Por qué sildenafil y un erotismo integral mejoran la autoestima y la relación de pareja?
- ¿Existe un uso preventivo de la pastilla azul que logre evitar o atenuar los daños de la disfunción eréctil en hombres sanos?

- ¿Cuáles son los efectos terapéuticos de este fármaco en las mujeres?
- ¿Cómo es que el sildenafil mejora y *fortalece la vida sexual* total y no sólo la erección?
- ¿Hay un uso de Viagra® de disfrute sin indicación médica? ¿Hace daño a la salud cuando se emplea para incrementar el goce sexual sin que haya trastornos de la erección?
- ¿Este tipo de pastillas se puede tomar simultáneamente al uso de otros medicamentos o ingestión de alcohol?
- ¿Es cierto que hay usos pediátricos (infantiles) del Viagra®?
- ¿Ayuda el sildenafil a mejorar el control de la eyaculación?
- ¿Por qué se afirma que es falso que Viagra® sea un afrodisíaco?
- ¿Es descabellado aseverar que sildenafil tiene y tendrá otras aplicaciones diferentes a la consecución de la erección?
- ¿Por qué la pastilla azul es uno de los medicamentos más estudiados en la historia de la medicina?
- ¿Por qué razones, pese al surgimiento de nuevos medicamentos para la disfunción eréctil, sildenafil sigue siendo el fármaco de primera opción en ese problema de salud sexual?

En las siguientes páginas iremos en pos de las respuestas.

DBM

*Agradezco a Antonieta, por haber aplicado el precepto de Kalimán:
serenidad y paciencia.
A mi hija Karla, por su contribución al salvamento del barco.
Al Dr. Jorge Aldrete, por su acuciosidad y profesionalismo.
A Aurea Angélica Cortés, por hacer honor a su nombre.*

A David Barrios Cid, el osito Davis, mi Jefe.

Introducción

Y EN EL PRINCIPIO, UN CUESTIONARIO...

Para mí, esta historia inicia a mediados de 1996, cuando un conocido directivo de una agencia de relaciones públicas me invitó a responder un cuestionario sobre un medicamento nuevo que aún no salía al mercado. Se trataba de un producto que había pasado satisfactoriamente las pruebas experimentales y clínicas habituales, pero todavía no estaba a disposición del público. Vale aclarar que, para que un medicamento sea puesto a consideración del cuerpo médico y que los licenciados en medicina lo prescriban, es necesario que pase por diversas pruebas, experimentos y verdaderos escollos antes de su salida. Por ejemplo, ese producto se sujeta a una serie de análisis minuciosos antes de su experimentación en animales de laboratorio. Este proceso, que se realiza en los llamados “conejiillos de Indias” (pero que en realidad pueden ser animales de diferentes especies), permite confirmar tanto la actividad como los efectos reales del fármaco estudiado; aquí resulta importantísimo comprobar su seguridad, esto es, que no sea letal o nocivo para el próximo usuario: un ser humano. Pasada esta etapa, luego de asegurarse de que el producto no sea dañino, se procede a las pruebas en seres humanos, las cuales, a su vez, tienen distintas fases, principalmente para verificar sus efectos benéficos por encima de los efectos secundarios negativos, así como valorar su potencial uso en la mujer embarazada, luego de que en las fases previas, con animales, se había certificado o no la posibilidad de daños al futuro bebé.

Tienen que existir suficientes certezas para aseverar que ese medicamento sirve para un fin propuesto, que tiene efectos positivos significativamente superio-

res cuando se le compara con un placebo (sustancia inerte, no medicamentosa, que puede tener efectos deseados, no por acción farmacológica, sino más bien por factores motivacionales y de sugestión), que no es esencialmente nocivo para la salud y que sus posibles efectos secundarios indeseables no sean los que predominen. En farmacología clínica (la disciplina que se ocupa de lo anterior) se dice que se requieren 5 millones de exposiciones al medicamento para estar seguros de su total seguridad.

Pero volvamos al relato

Las preguntas del cuestionario se enfocaban a conocer precisamente mis puntos de vista como líder de opinión en sexología clínica y psicoterapia sexual. Confieso que respondí con cierto escepticismo, pero animado por mi curiosidad ante ese reto intelectual. Recuerdo que, palabras más, palabras menos, la primera pregunta decía: “¿Cuál es su punto de vista sobre un fármaco oral (tomado) que diera solución a la mayoría de los casos de trastornos de la erección?”. Luego de contestar con honestidad agregué un comentario sobre mi experiencia en el tratamiento de lo que por entonces los sexólogos llamábamos incompetencia o insuficiencia eréctil (según el grado de la afección), y los médicos de cualquier otra especialidad, junto con el público general, denominaban bárbaramente *impotencia* (en ese entonces no se utilizaba el término *disfunción eréctil*, a pesar de que desde hacía mucho tiempo los terapeutas sexuales llamábamos disfunciones sexuales a las alteraciones negativas de la respuesta sexual).

Aquel comentario que realicé era una reflexión, primero, en torno al considerable buen éxito que teníamos los sexólogos cuando atendíamos consultantes (pacientes) que tenían las causas psicológicas como origen predominante de su trastorno eréctil, relacionadas con la ansiedad: angustia de desempeño, temor por “fracasos” anteriores y autoobservación (estar tan al pendiente de la respuesta eréctil que un hombre se convierte en espectador y deja de ser actor de su propio desempeño sexual, lo cual lo lleva a “quedar mal cuando quiere quedar bien”). En segundo término, mi apreciación se refería a las grandes limitaciones terapéuticas que reconocíamos cuando la posible causa era principalmente de origen físico, es decir, orgánico, determinado por factores de daño a la fisiología (función) o a la anatomía (estructura) del cuerpo o alguna parte de él.

En esas notas complementarias al cuestionario me permití relativizar la afirmación de la legendaria terapeuta sexual Helen S. Kaplan, cuando afirmó: *la etiología (causa) de la impotencia (sic) es psicológica en 85% de los casos*. Mi reserva hacia la aseveración de la gran sexóloga estadounidense se sustentaba en una simple observación clínica y en mi experiencia sexológica: ¿por qué en los pacientes con dificultad de erección sin antecedentes relevantes de enfermedad

orgánica, que son presa de una gran ansiedad de desempeño, es tan exitosa la psicoterapia sexual con métodos y técnicas no medicamentosos? ¿Por qué, en cambio, en los pacientes con insuficiencia o incompetencia eréctil, ansiosos o no, con antecedentes personales de enfermedades crónicas, los beneficios de la psicoterapia sexual para los trastornos de la erección son tan limitados? La respuesta hoy sería obvia, pero en ese entonces no. Por otro lado, la sola posibilidad de la existencia de un medicamento que resolviera la mayor parte de las dificultades o imposibilidades de la erección *al margen su causa* representaba una “vuelta de tuerca” conceptual, un cambio paradigmático, para decirlo elegantemente.

Otra cosa: si todavía en la actualidad la tasa de asistencia a los servicios de salud de los pacientes con disfunción eréctil es baja (quizá inferior a 20%), a finales de la década de 1990 era, sin duda, muchísimo menor. Por tanto, estaban siendo relativamente escasos los casos “psicológicos” que resolvíamos entonces.

No era que Kaplan necesariamente estuviese equivocada, pues en la más orgánica de las incompetencias de erección está presente un importante componente de ansiedad, sino, más bien, el cuestionamiento interesante tenía que ver con el *modo de abordar* esa afección de la salud sexual: si realmente el fármaco de marras devolvía las erecciones perdidas a la gran mayoría de los hombres que presentaban lo que ahora conocemos como disfunción eréctil, esa sustancia maravillosa sería la solución de todo o casi todo el problema. En otras palabras: si los sexólogos ya cosechábamos éxitos profesionales con la psicoterapia sexual en beneficio de nuestros pacientes con factores emocionales que les impedían o dificultaban la erección y ahora tendríamos un medicamento oral que nos prometía excelentes resultados también para “las otras causas” (más físicas que emocionales), el cuadro estaría completo.



LOS NO TAN BUENOS ANTECEDENTES

El hecho mencionado no era banal, sino de suma importancia: hasta ese entonces los recursos médicos, no psicoterapéuticos, que los profesionales de la salud teníamos para atender los trastornos de la erección no sólo eran con frecuencia invasivos, sino francamente amenazantes para la mayoría de los varones: desde extrañas pócimas de origen desconocido que aun hoy se expenden de manera subrepticia en los mercados públicos, pasando por las mal indicadas inyecciones de testosterona (por esos tiempos no estaba difundido el uso de los parches), hasta los recursos científicos avalados por estudios serios: bombas de vacío, las aplicaciones de un tipo de prostaglandina que se inyecta directamente en el pene, supositorios de absorción insertados con un aplicador en la uretra distal (conducto por el que orinamos) y diversas operaciones quirúrgicas, que consistían básicamente en instalar prótesis o en favorecer que se incremente el aporte de sangre a la zona pélvica.

Aunque en los capítulos 2, 3 y 5 de este libro se detalla la fisiología de la erección, es decir, los mecanismos naturales del organismo que originan que el pene “se pare”, me gustaría desde ahora señalar algunas generalidades al respecto.

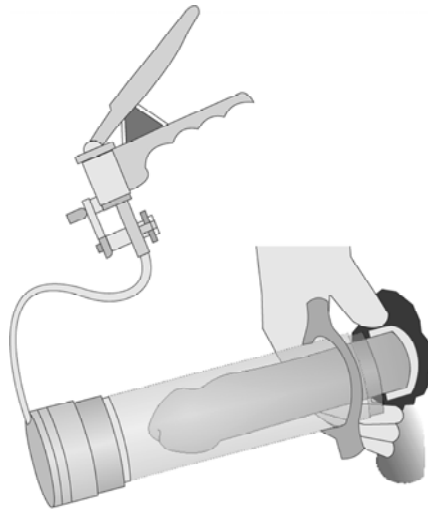
La erección es realmente un reflejo involuntario de tipo neuromusculovascular (de los nervios, músculos y vasos sanguíneos del pene) que se produce cuando:

- a. Funcionan adecuadamente el aporte de sangre y las fibras nerviosas.
- b. Los niveles hormonales son idóneos.
- c. Existe una estructura anatómica sana (principalmente de dos compartimientos, llamados cuerpos cavernosos, cuyo tejido contiene vasos sanguíneos y músculo liso que son susceptibles de congestionarse, es decir, llenarse de sangre, lo cual dilata y endurece el pene).
- d. El hombre está tranquilo, es decir, no es dominado por la ansiedad o el miedo.

Fue en 1996 cuando la influyente Asociación Urológica Americana, después de una amplia revisión, postuló que sólo eran tres los tratamientos verdaderamente confiables para los hombres con disfunción eréctil: las bombas de vacío, las sustancias inyectadas directamente al pene y la aplicación de prótesis. Habría que agregar un cuarto procedimiento: los supositorios a través de la uretra.

LA BOMBA DE VACÍO

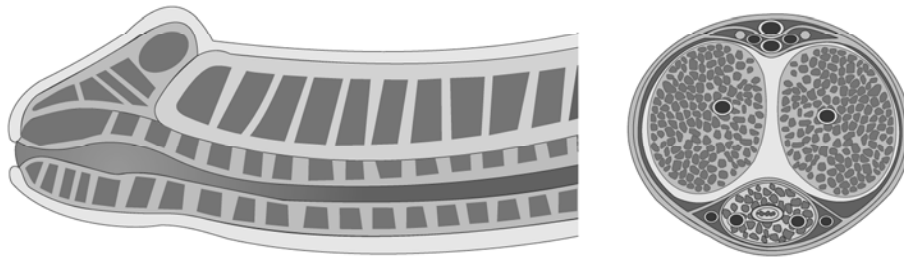
Consiste en un cilindro de plástico que se coloca en el pene; la base del cilindro se cierra para producir un vacío que induce una presión negativa (succión), que



empuja la sangre al interior de los cuerpos cavernosos para generar una erección después de algunos minutos. El varón, ya con el pene erecto, se coloca un anillo elástico en la base de éste, lo cual detiene la sangre proveniente de las arterias penianas y evita que se salga por las venas, siendo venosa dicha colección de sangre. El estado erecto dura 30 minutos o hasta que se quita el anillo elástico. Existen bombas manuales y con sistema eléctrico. Entre las desventajas de este sistema tenemos que requiere pericia por parte del varón, y algunos hombres se han quejado de dolor, amoratamiento o entumecimiento y de la sensación de que la erección es fría (por la sangre venosa), con una coloración discretamente azulada.

LOS FÁRMACOS INYECTADOS EN EL PENE

Son sustancias que se aplican en el interior de los cuerpos cavernosos, una especie de sistema de cavidades que, al llenarse de sangre, originan la erección, con las obvias desventajas que esto representa. Los medicamentos más usuales son la papaverina, el alprostadil (prostaglandina E) y la fentolamina. Su mecanismo de acción consiste en suprimir “las órdenes nerviosas” que sostienen la detumescencia (flacidez) y estimular el aporte de sangre al pene mediante la relajación de la musculatura lisa del propio pene y la dilatación de las arterias. Una erección así inducida no requiere estímulo sexual y tiene una duración de entre 5 y 15 minutos. El inconveniente más común de este tratamiento es el *priapismo*, una rigidez peniana dolorosa y sostenida que puede durar muchas horas y, en algunos casos, poner en riesgo la oxigenación del pene.

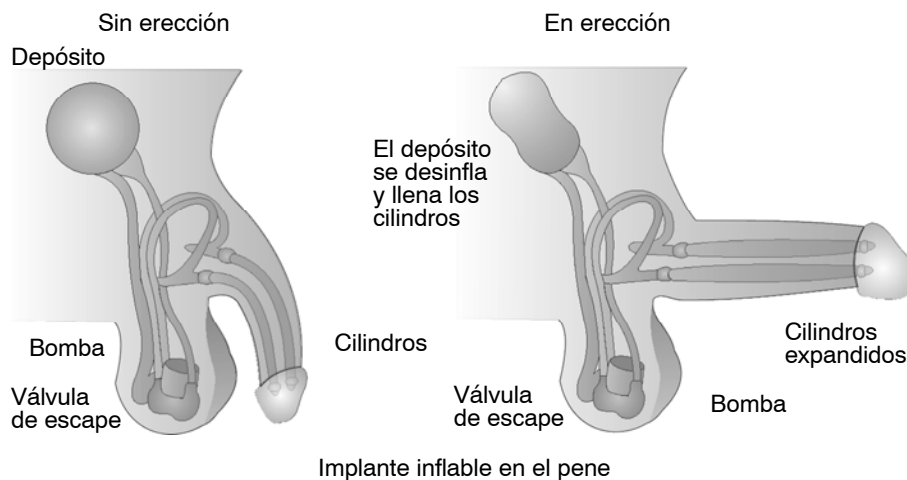


LAS PRÓTESIS DEL PENE

Son dispositivos que, instalados por un cirujano en los cuerpos cavernosos (hay semirrígidas y expandibles), originan una dureza tal que permite la penetración. El material habitual es silicona. En la actualidad hay modelos de prótesis muy sofisticados, con mecanismos de contención de líquidos, bomba de inflación y otros artilugios. Sus inconvenientes son el costo y las fallas mecánicas.

LOS SUPOSITORIOS INTRAURETRALES

Son, como su nombre indica, sustancias sólidas que se disuelven y son absorbidas por las paredes del conducto común por el que se orina y eyacula, procesos que,



por cierto, no son simultáneos: o se micciona o se emite la eyaculación, ya que cuando ésta se produce automáticamente se cierra el esfínter de la vejiga. La sustancia más usada es el alprostadil en forma de pequeña cápsula de menos de 2 cm de diámetro, que se introduce con un aplicador. Su principal desventaja es que en 3 de cada 10 varones que los han usado produce disuria (ardor al orinar) y sensación de irritación.

En general, estos supositorios son menos efectivos que las inyecciones intracavernosas.

Una vez que vimos las generalidades, podemos volver al tema. Por aquellos tiempos, a la tradicional resistencia de los varones a atender su salud sexual y enfrentar con un profesional los problemas relacionados con su vida íntima se sumaban el temor, en algunas ocasiones justificable, a una intervención médica que podría ser dolorosa o incómoda, pese a los esfuerzos de la industria farmacéutica por paliar o reducir la incomodidad o el dolor de una aplicación; por ejemplo, sustituir la punzante aguja de una jeringa por un dispositivo indoloro.

Además de esto estaba el problema de la eficacia para el objetivo indicado, pues las pastillas “milagrosas” y los bebedizos, tan apreciados por el público usuario de la tiendas naturistas, no tenían resultados positivos en cuanto a la producción de erecciones si el problema no era ocasionado por la ansiedad o el temor al desempeño.

Por otro lado, las inyecciones intracavernosas y los supositorios intrauretrales provocan erecciones no necesariamente mediadas por un estímulo sexual específico (erótico), sino que la erección podría producirse aun en ausencia de éste: el pene se erige (o erecta) por la sustancia farmacológica en sí misma, incluso sin la voluntad del paciente; por ejemplo, se podría provocar una erección no espontánea, sin erotización, al introducir la sustancia vasoactiva en los cuerpos cavernosos del pene.

SORPRESAS QUE DA LA VIDA

Algunos meses después de lo relatado al inicio de este apartado, ya en 1997, recibí, al mismo tiempo que otros colegas médicos, cierta información privilegiada y confidencial sobre aquel medicamento objeto del cuestionario que había llenado. Lo que tuve oportunidad de leer me llenó de interés y entusiasmo. Supe al fin el nombre farmacológico: citrato de sildenafil (o simplemente, sildenafil), así como el nombre con el que dicha molécula se comercializaría: Viagra®.

El funcionario de la agencia de relaciones públicas al que me he referido antes me formuló una nueva invitación: concurrir al programa matutino de la televisión más popular de aquel entonces. Acudí a esa emisión noticiosa, donde el conduc-

tor, a mi parecer buen representante del hombre mexicano común (dicho esto como elogio), me planteó una serie de preguntas relativas a los problemas sexuales más frecuentes en los varones y las alternativas de tratamiento. La entrevista, en proyección nacional, duró alrededor de 10 minutos, divididos en dos partes. En ella hablé puntualmente de distintos temas y mencioné brevemente, sin revelar datos confidenciales, algo acerca de los avances y perspectivas de un tratamiento oral, eficaz y confiable para los trastornos de la erección. En la pantalla habían aparecido unos números telefónicos a los que el público me podría hacer sus preguntas y comentarios.

Mi sorpresa posterior no tuvo límites: desde ese día, antes de acabar el programa y a lo largo de casi tres meses, recibí miles de llamadas para conocer más sobre el novedoso tratamiento.

Me llamó mucho la atención el que una gran cantidad de los mensajes y preguntas eran hechos por mujeres, quienes no sólo manifestaban una enorme curiosidad sobre la sexualidad y erotismo de los hombres en general y el de su pareja, sino también sobre “ese remedio” que parecía ser viable y promisorio.

Desde entonces, y sobre todo a partir de 1998, año en que en EUA, México y otros lugares del mundo el producto fue aprobado para su empleo clínico y comercialización, el interés en la pastilla azul de sildenafil no sólo se ha mantenido, sino que ha representado un foco de interés amplio y variado que rebasa los ámbitos de lo estrictamente médico para ubicarse, de hecho, como una entidad social y cultural de amplísimas repercusiones en muchos aspectos de la vida de las personas, asunto que examinaré en el capítulo 2.

EL INICIO FORMAL

Cuando en marzo de 1998 el sildenafil fue aprobado por la Administración de Drogas y Alimentos de EUA (FDA, por sus siglas en inglés) y por la Secretaría de Salud de México, en abril de ese mismo año, se trataba ya del medicamento que más expectativas fundadas había creado en toda la historia. Al lanzarse en México y Centroamérica, en junio de 1998, Viagra® ya era célebre y se estaba instalando como el medicamento más rápidamente popularizado de todos los tiempos: entre el 1 y el 15 de abril de ese año el fármaco obtuvo 79% de la participación en el mercado. Los facultativos de la medicina expidieron en EUA 40 000 recetas en una semana; en la siguiente se hicieron 40 000 por día.

Desde la formal aparición clínica y comercial de sildenafil, los datos siguientes revelan una contundente realidad: ha sido aprobado por las autoridades del sector salud en más de 140 países, han sido medicados con el producto más de 23 millones de hombres en el mundo y existían, a finales del año 2006, más de

2 300 publicaciones científicas sobre el medicamento. Es, en fin, una de las “joyas de la corona” de Pfizer, que es a su vez uno de los líderes de la industria quimicofarmacéutica transnacional.

Hoy en día el sildenafil (Viagra®) no es el único producto existente para tratar la disfunción eréctil, pues existen ya comercialmente otros fármacos eficaces para dicho trastorno de la salud sexual, como el vardenafil y el tadalafil. No obstante, Viagra® no es sólo el producto farmacológico que marcó el hito histórico y dio arranque a un conjunto de importantes avances que benefician la salud sexual de millones de parejas en el mundo, sino que además sigue siendo el tratamiento de elección preferente para cualquier tipo de disfunción eréctil, independientemente de la gravedad del problema.

Como documentaré en otros capítulos de este libro, hay muchas y sólidas pruebas de las ventajas de dicho fármaco sobre otros para su indicación original: la disfunción eréctil, pero no es la única de sus bondades, ya que a lo largo de los años recientes se han avalado científicamente, entre otros, los siguientes hechos:

1. Hay 87% de eficacia global en la solución de la disfunción eréctil, con mejor calidad de la erección.
2. Pacientes con factores de riesgo elevados, como personas a las que se les ha trasplantado un riñón o el corazón, responden bien y sin problemas a la administración de sildenafil.
3. Mejora la función sexual más allá de la ya de por sí benéfica restauración de la erección.
4. Tiene actualmente indicaciones pediátricas: se utiliza exitosamente para tratar la hipertensión pulmonar infantil.
5. Incrementa, junto con otros factores de apoyo, la autoestima, la satisfacción en las relaciones emocionales de pareja y más...

La “guerra comercial” que se lleva a cabo entre las diferentes casas farmacéuticas que producen medicamentos para la disfunción eréctil representa un escenario interesantísimo para sus respectivos directores, ejecutivos de empresas, mercadólogos (y distintos especialistas en varios aspectos del *marketing*), publicistas, analistas, agencias de relaciones públicas, economistas, etc., pero en realidad no interesa ni preocupa a al mayoría del público, hombres y mujeres que individualmente son y serán los principales beneficiarios de la singular competencia, ya que es muy factible que los extraordinarios avances que en las ciencias de la salud han determinado productos como Viagra®, Levitra®, Cialis® y Patrex® nos deparen aún muchas buenas noticias que redundarán en un formidable impulso a la salud sexual, al propio tiempo que los dueños de la multimillonaria industria quimicofarmacéutica acrecientan sus cuantiosas ganancias, superando exponencialmente la importante inversión que realizan en la investigación científica y en la publicidad de sus productos.

OTRO CUESTIONARIO

Al principio de este apartado también comenté una serie de acontecimientos a propósito de un cuestionario sobre el medicamento que prometía mejorar sustancialmente la vida sexual. Ha llegado la ocasión de presentar otro cuestionario. Este breve interrogatorio debe ser respondido por los que tienen en sus manos este libro.

Les aseguro a quienes lo contesten que no se arrepentirán, pues proporciona datos importantes acerca del bienestar o malestar sexual, lo cual siempre es conveniente saber, ya sea para felicitarse o para “poner manos a la obra” y proceder a solucionar el problema encontrado.

Como presumo que estas páginas son leídas tanto por hombres que tienen inquietudes y dudas sobre su salud sexual como por mujeres que quisieran que su vida erótica fuese óptima, me parece pertinente, antes de proseguir, compartir con lectoras y lectores el famoso IIFE-5, que es una síntesis del Índice Internacional de la Función Eréctil, instrumento de aplicación mundial, sumamente útil para valorar la existencia o ausencia de disfunción eréctil, que, sin ser el único problema sexual que interfiere en el bienestar erótico de muchas parejas, sí es uno de los que más preocupan a la población de ambos géneros. Presento también mi propia adaptación de dicho Índice *para mujeres*, ya que los autores, sea por sexismo, misoginia o simple ingenuo olvido, omiten preguntarle a ellas lo que sin duda también les importa: la vida erótica. Por cierto, desde la óptica sexológica, el *erotismo* es la experiencia humana del deseo, la excitación y el orgasmo, que incluye las ideas, fantasías, sensaciones y sentimientos que están relacionados con estos fenómenos.

Recomiendo que los hombres contesten su respectivo cuestionario y lo hagan, como se dice en los jurados de EUA, “con la verdad, toda la verdad y nada más que la verdad”. También exhorto a las mujeres a responder el suyo tomando en cuenta su real sentir, sin cortapisas ni autoengaños. Recuerden que la verdad es liberadora.

Si el cuestionario es resuelto de manera personal, debe hacerse en privado, sin la participación de nadie más.

Si una pareja constituida por una mujer y un hombre o por dos hombres contesta conjuntamente el IIFE-5, les aconsejo que lo platicuen sinceramente, ya que comunicarse con claridad y honestidad puede ser el primer paso para lograr la plenitud por medio de la decisión oportuna de acudir, si es necesario, al profesional de la salud sexual.

Todavía hay más: esa conversación franca, luego de llenar verazmente el cuestionario, además de permitir el descubrimiento de otros problemas de salud sexual en ambos miembros de la pareja, seguro beneficiará el vínculo amoroso y erótico. A esos temas me referiré en los capítulos 8 y 9.

Inventario de salud sexual masculina IIFE-5*

La salud sexual es parte importante del bienestar general, físico y emocional de un individuo. Este cuestionario está diseñado para ayudarlo a usted y a su médico a identificar si está experimentando disfunción eréctil y discutir las alternativas de tratamiento.

Instrucciones. Cada pregunta tiene varias opciones de respuesta, de las cuales usted tiene que escoger la que mejor describa su situación. Encierre en un círculo el número de la respuesta. Por favor asegúrese de dar sólo una respuesta a cada pregunta.

En los últimos seis meses:

1. ¿Cómo califica su **confianza** en poder lograr y mantener una erección?

0	1	2	3	4	5
Sin actividad sexual	Muy baja	Baja	Regular	Alta	Muy alta

2. Cuando tiene erecciones con estimulación sexual, ¿con qué **frecuencia** sus erecciones fueron lo suficientemente duras para realizar la penetración?

0	1	2	3	4	5
No intenté realizar el acto sexual o coito	Casi nunca o nunca	Pocas veces (menos de la mitad)	Algunas veces (como la mitad)	Muchas veces (más de la mitad)	Casi siempre o siempre

3. Durante el acto sexual o coito, ¿con qué **frecuencia** fue usted capaz de **mantener** la erección después de haber penetrado a su pareja?

0	1	2	3	4	5
No intenté realizar el acto sexual o coito	Casi nunca o nunca	Pocas veces (menos de la mitad)	Algunas veces (como la mitad)	Muchas veces (más de la mitad)	Casi siempre o siempre

4. Durante el acto sexual o coito, ¿cuán **difícil** fue mantener la erección hasta el final del acto sexual?

0	1	2	3	4	5
No intenté realizar el acto sexual o coito	Extremadamente difícil	Muy difícil	Difícil	Poco difícil	No tuve ninguna dificultad

5. Cuando intentó realizar el acto sexual o coito, ¿cuán seguido fue **satisfactorio** para usted?

0	1	2	3	4	5
No intenté realizar el acto sexual o coito	Casi nunca o nunca	Pocas veces (menos de la mitad)	Algunas veces (como la mitad)	Muchas veces (más de la mitad)	Casi siempre o siempre

Por favor, sume el número de la respuesta de cada pregunta y anote el resultado en puntuación total.

Puntuación total: _____

Si la puntuación es 21 o menor, existen signos de disfunción eréctil. Consulte a su médico.

* Índice Internacional de la Función Eréctil. Rosen RC, Riley A, Wagner G, Osterloh IH, Kirkpatrick J *et al.*: The international Index of Erectile Function (IIFE): a multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction. *Urology* 1997;49:822-830.

Inventario de salud sexual masculina IIFE-5***Versión para la mujer pareja de un hombre**

Instrucciones. Cada pregunta tiene varias posibilidades de respuesta. Por favor, escoja la que mejor describa su situación. Encierre la respuesta en un círculo y asegúrese de no marcar más de una respuesta en cada pregunta.

Nota: advierta que la opción “cero” de las preguntas 1, 4 y 5 no se refiere al coito, sino al encuentro erótico en general, con o sin penetración. En cambio, la opción “cero” de las preguntas 2 y 3 se refiere específicamente a la penetración (coito).

En los últimos seis meses:

1. Con el conocimiento que tiene de su pareja, ¿cómo califica la **confianza** de él para lograr y mantener una erección?

0	1	2	3	4	5
Sin actividad erótica	Muy baja	Baja	Regular	Alta	Muy alta

2. Cuando su pareja ha presentado erecciones por estímulos eróticos, ¿con qué frecuencia dichas erecciones fueron lo **suficientemente firmes** para penetrar?

0	1	2	3	4	5
No intentó realizar el coito	Casi nunca o nunca	Pocas veces (menos de la mitad)	Algunas veces (como la mitad)	Muchas veces (más de la mitad)	Casi siempre o siempre

3. Durante el encuentro erótico, ¿con qué frecuencia él fue capaz de **mantener** la erección **después de haberla penetrado** (coito)?

0	1	2	3	4	5
No intentó realizar el coito	Casi nunca o nunca	Pocas veces (menos de la mitad)	Algunas veces (como la mitad)	Muchas veces (más de la mitad)	Casi siempre o siempre

4. Durante el encuentro erótico, con o sin penetración, ¿cuán difícil fue que él mantuviera su erección **durante el tiempo que duró el encuentro**?

0	1	2	3	4	5
No hubo intento de realizar el encuentro erótico	Extremadamente difícil	Muy difícil	Difícil	Poco difícil	No tuvo ninguna dificultad

5. Cuando usted y su pareja tuvieron un encuentro erótico, con o sin penetración, ¿con qué frecuencia fue **satisfactorio** para usted?

0	1	2	3	4	5
No hubo intento de realizar el encuentro erótico	Casi nunca o nunca	Pocas veces (menos de la mitad)	Pocas veces (como la mitad)	Muchas veces (más de la mitad)	Casi siempre o siempre

Por favor, sume el número de la respuesta de cada pregunta y anote el resultado en puntuación total.

Puntuación total: _____

Si en la suma de las cuatro primeras preguntas la puntuación es menor de 16, es posible que existan datos de disfunción eréctil en su pareja. Si en la quinta pregunta su puntuación fue menor de 4, es posible que usted requiera atender su salud sexual.

* *Índice Internacional de la Función Eréctil-5*,¹ modificado para mujeres por Barrios MD.

¿QUÉ PASA CON “LA POTENCIA”?

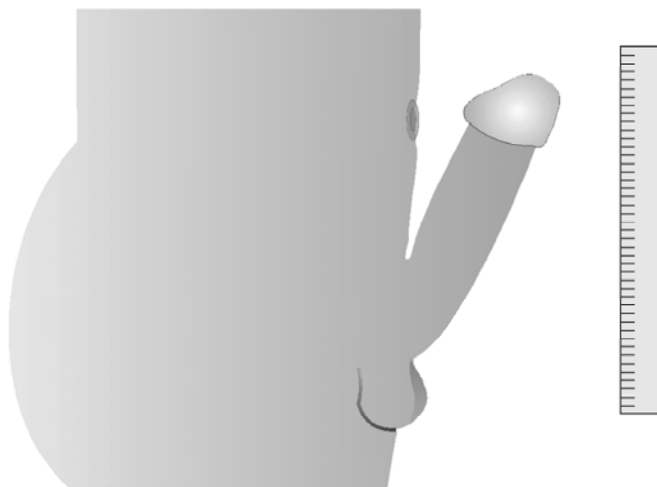
Los primeros libros de divulgación acerca de Viagra® hacían mención, invariablemente, del efecto “restaurador de la potencia” que el medicamento tiene. La alusión era clara: equiparar la erección a la virilidad, representada ésta por el poder de un pene erecto. Así aparecieron: *La solución de la virilidad*, de Steven Lamm y Gerald S. Couzenz, *Viagra: una guía del sensacional medicamento que promueve la potencia*, de Susan C. Vaughan, y *Viagra: la promesa de potencia*, de Larry Katzenstein. Los títulos no podrían haber sido más convencionales y obvios; sin embargo, no puede negarse que estos tres ejemplos de publicaciones de divulgación sobre el fármaco de incipiente aparición pública y de tan contundentes resultados significaron una buena aproximación del gran público a las realidades de un medicamento que, desde antes de su aparición en el mercado, traía detrás un alud de comentarios a favor y en contra; una considerable cantidad de falacias, leyendas urbanas y concepciones equivocadas; y una gran mitificación en general.

Esos textos tuvieron el mérito indiscutible de haber presentado la información disponible sobre el sildenafil de una manera clara, sencilla y sin complicaciones técnicas. No obstante, el siguiente comentario se refiere al dichoso concepto de “potencia”, que ubica la erección en la imaginación masculina (un fenómeno básicamente fisiológico y emocional) como la manifestación suprema de “virilidad”. Sostengo que reducir la masculinidad a un pene erecto, además de ser reduccionista, es limitado y pobre, y también muestra la importancia que la mayoría de los hombres le conceden a la erección y la subsecuente penetración.

¿“Potencia” para qué? Obviamente para penetrar. En un libro de mi autoría, hace algunos años llamé *erotismo chin, pun, cuaz* a esa práctica sexual (desafortunadamente tan difundida entre los varones que parecen seguir la consigna de un coito “a lo que te truje, Chenchá”): pobre en caricias, frenética, acelerada y centrada en la penetración.

Los varones que acometen sus encuentros sexuales, atrapados en el machismo y las consignas sociales de la vieja masculinidad, no toman en cuenta la sensibilidad de su pareja. Están obsesionados con el tamaño del miembro y más afanados en penetrar de inmediato que en dar y recibir caricias. Por ello, no me parece extraño que una gran cantidad de los testimonios de mujeres que acuden a terapia sexual consistan en la queja de que su pareja carece de imaginación y creatividad en el encuentro pasional de los cuerpos y que, al cabo de poco tiempo, la vida sexual se torna francamente paupérrima y aburrida.

No piense el lector o la lectora que con estas palabras estoy negando la importancia de la deliciosa caricia coital; no, sólo afirmo que *no basta con la penetración*, por lo que en otra parte de este libro revisitaré el tema, por su gran importancia en la vida sexual de las parejas heterosexuales y homosexuales.



Por ahora, baste reproducir aquí algunas líneas de un trabajo mío presentado en 1998 durante el IX Congreso Latinoamericano de Sexología y Educación Sexual, cuya vigencia me parece absoluta:

“Es común encontrar en las historias clínicas sexológicas de las personas con disfunción eréctil una serie de antecedentes que prefiguran el falso concepto de ‘virilidad’ asociado con la idea de que la hombría, la potencia y el valor de un varón dependen de un pene erecto que simboliza poder, liderazgo, dominio, control. El hombre común aprende que lo único valioso del vínculo erótico es la penetración y que la ternura y las caricias son ‘cosas de mujeres’. Este varón ordinario, atrapado en su papel de género inflexible y lleno de estereotipos, reduce su menú erótico a lo que ha aprendido de las consejas populares, de la mala literatura ‘porno’, del cine ‘XXX’ y las enseñanzas informales de hombres y mujeres.

Un hombre así se encuentra continuamente sobrepresionado por la exigencia (social y de sí mismo) de demostrar su ‘virilidad’ a su pareja y a quien quiera escuchar sus supuestas proezas en la cama. ¿Qué sucede con las mujeres, cuando menos con la mayoría?”

En otra parte del texto se lee:

“Frecuentemente la mujer que es pareja de un hombre con disfunción eréctil tiene una historia de vida caracterizada por sumisión, pasividad erótica y un papel receptivo en los diversos aspectos de la relación. Aunque de niña y adolescente ha crecido con el ideal romántico de que la relación de pareja se caracteriza por el apego, la ternura, la calidez humana y la sexualidad exquisita, pronto se decepciona cuando empieza a vivir en pareja. A ella le gustaría disfrutar del juego erótico previo al coito, pero no se atreve a solicitarlo. No siempre quiere la penetración, aunque su

pareja esté obsesionado con ésta... en fin: su vida sexual se ha convertido en una rutina extrema. Es muy probable que inhiba su deseo sexual, que a menudo no lubrique su vagina y que tampoco tenga orgasmos.”

Pero, ¿qué ocurre en la relación de pareja? El texto prosigue:

“Cuando sobreviene la disfunción eréctil, el varón siente perdida su hombría, reduce su autoestima, utiliza en ocasiones la proyección defensiva, culpando a su pareja de la pérdida de la erección y de paso tratando de ocultar su miedo. Tiene oscilaciones de carácter, suele enojarse y agredir, angustiarse sin manifestarlo, deprimirse y, a veces, buscar otras parejas para satisfacer su machismo y reafirmar su virilidad.

“La mujer en estas circunstancias se desconcierta, puede enojarse o abatirse de tristeza ante la posibilidad de que exista la otra; se pregunta si ya no es lo suficientemente atractiva para despertar la pasión sexual de él, su autoestima disminuye (en el sentido de que coloca su centro de valoración personal fuera de ella, no en sí misma) y llega a suponer que su pareja ‘no quiere’ tener erección cuando está con ella, es decir, que opta por no tener erección, *como si esto fuera algo que pudiera decidirse*. Las respuestas emocionales de ella son múltiples y variadas, pero siempre se relacionan más con la propia reacción del varón disfuncionante que con la disfunción en sí misma.

“El advenimiento del sildenafil constituye un indiscutible avance para solucionar la disfunción eréctil. Sin embargo, no es ni un afrodisiaco ni una panacea que instantáneamente mejore lo que habitualmente no existe: el erotismo *global* de la pareja. La dinámica relacional de la pareja no mejora sólo por el hecho de que con los tratamientos médicos modernos pueda lograrse la erección, puesto que suponer que la erección y la penetración son suficientes para la completa satisfacción sexual





es simplemente ilusorio. Como muchas mujeres siguen siendo conformistas y no osan ‘ofender o hacer sentir mal’ a su pareja, se abstienen de hacer comentarios, por lo que, a menudo, sus esposos, novios o amantes creen erróneamente que ‘lograron’ brindarles satisfacción. No sólo se convencen de que ellas han gozado (aunque las expresiones de placer hayan sido parte de una espléndida actuación), sino que también ignoran que el placer erótico puede compartirse, pero que no es facultad de los hombres proporcionárselo a las mujeres. Como afirmé hace varios años: ‘el placer erótico es zapatista, pues es de quien lo trabaja’.

“Por ello, pretender que el Viagra® cumpla su mecanismo de acción y con ello la soñada penetración sostenida no es ni con mucho suficiente, pues para una total satisfacción de ambos miembros de la pareja se requiere un erotismo enriquecido y pleno... no el simple coito ‘chin, pun, cuaz’.”

Recientemente los prestigiados psicólogos clínicos estadounidenses M. Metz y B. McCarthy (especializados en terapia sexual y de pareja) incorporaron en sus propuestas terapéuticas distintos preceptos emparentados con algunas ideas expuestas hace ya muchos años por nosotros, sexólogas y sexólogos de México, sobre un erotismo que “va más allá” de la penetración y que he esbozado líneas atrás. Me da especial gusto que esta tendencia, la de una vida erótica completa, sin restricciones “genitalizadas”, no simplemente centrada en la penetración, se generalice entre los profesionales de la salud sexual y que día a día gane adeptos.

Sobre este aspecto —las propuestas de un erotismo integral para una vida de pareja sin límites de placer y favorecedor de la salud sexual— dedicaré un espacio más específico en el capítulo 9.

REFERENCIAS

1. **Barrios MD:** *La disfunción eréctil y su importancia en la relación de pareja*. Ponencia presentada en el IX Congreso Latinoamericano de Sexología y Educación Sexual. México, 1998. (De ese texto aparece un resumen en: Memorias del IX Congreso Latinoamericano de Sexología y Educación Sexual. Flases/Femess, 1998.)
2. **Barrios MD:** *Resignificar lo masculino. Guía de supervivencia para varones del siglo XXI*. México, Vila Editores, 2003.
3. **Kaplan H:** *Manual ilustrado de terapia sexual*. Barcelona, Grijalbo Mondadori, 1978.
4. **Katzenstein L:** *Viagra: the potency promise*. Nueva York, St. Martin's Press, 1998.
5. **Lamm SCG:** *The virility solution*. Nueva York, Simon & Schuster, 1998.
6. **Medina JA:** Comentarios editoriales en los números 4, 5 y 6 de: *Gaceta de la sexualidad*. México, Pfizer, 2006.
7. **Metz M, McCarthy B:** *Coping with erectile dysfunction. How to regain confidence & enjoy great sex*. EUA, New Harbinger Publications, 2004.
8. **Rosen RC, Riley A, Wagner G, Osterloh IH, Kirkpatrick J, Mishra A:** The International Index of Erectile Function (IIFE): a multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction. *Urology* 1997;49:822-830.
9. **Vaughan S:** *Viagra: A guide to the phenomenal potency-promoting drug*. Nueva York, Simon & Shuster, 1998.

La nueva revolución sexual*

MÁS ALLÁ DE LA MEDICINA

Me parece que otra vez estamos frente a una revolución sexual, por más que en el pasado reciente se haya abusado de ese término.

Cerramos la centuria anterior, sin duda una de las más llenas de innovaciones, sorpresas y retos de la historia, con el impacto de hechos como la consolidación de la globalización económica, la sofisticación computacional y de los ingenios electrónicos, la comunicación expedita y mundial a través de enlaces satelitales e Internet, el desarrollo de la reproductividad regulada voluntariamente y las maravillas farmacológicas como el Prozac®, el cual se ha convertido en los países industrializados en algo de uso tan común como los analgésicos o la pasta dentífrica. Es cierto: los prodigios del avance científico-técnico han mejorado sustancialmente los estándares de calidad de vida de algunos sectores de la población mundial, pero sería pretencioso y absurdo negar que muchos de los moradores de este planeta están cada vez más lejos de esos niveles; más aún, la inmensa mayoría de la población lucha por sobrevivir en condiciones adversas en esta Tierra, cuyos recursos y riquezas están pésimamente repartidos.

Para algunos, con la capacidad de asombro ya extraviada, no habría nada nuevo bajo el sol. Pero considero que, afortunadamente, sí hay novedades.

* Nota: una versión parcial de este capítulo fue publicada con el título "¿Por qué Viagra es la nueva revolución sexual?". En: *Gaceta de la sexualidad*, No. 1, México, Pfizer, 2006.

Ver el citrato de sildenafil (Viagra®) como un fármaco que ha rebasado el ámbito de la medicina para instalarse como un hecho histórico y social con profundas implicaciones culturales; es un tema de gran importancia cuya exploración he esbozado en dos textos anteriores en los que me permití hacer sendas afirmaciones: “[...] el sildenafil ha sido un fenómeno mundial de gran importancia social que, además de incidir beneficiosamente en la salud sexual de millones de personas, ha representado un hito histórico que nos lleva a una reflexión profunda de la sexualidad de hombres y mujeres” y “los médicos [...] empiezan a aceptar la necesidad de un proceso terapéutico completo que propicie una genuina satisfacción erótica *más allá de la penetración*”.

Creo pertinente abundar en estos asuntos, pues el tema, lejos de agotarse, parece mostrarnos otras facetas y nuevas implicaciones.

Vale la pena recordar que podríamos identificar *otras cuatro revoluciones sexuales* anteriores al advenimiento del sildenafil: la influencia de las ideas de Sigmund Freud en torno a la sexualidad como fuerza motriz de nuestra conducta, en plena época victoriana, represora e hipócritamente moralista. En el decenio de 1960 surgió la popularización de los métodos anticonceptivos, que facilitaron el acceso, sobre todo de las mujeres, al ejercicio del placer erótico sin la amenaza de embarazos no deseados.

También en el siglo anterior, desde 1940 hasta 1960, incluso hasta la actualidad, las aportaciones científicas sobre la conducta sexual iniciadas por Kinsey y colaboradores y acerca de la respuesta sexual, a cargo de Johnson, Masters y Helen Kaplan, entre otros, han permitido la erradicación de muchas falacias sobre los erotismos femenino y masculino, así como el desarrollo de actitudes liberadoras y propositivas en torno al cuerpo y el ejercicio del placer. Más recientemente, y con graves repercusiones actuales, la epidemia global del VIH/SIDA, que a pesar de las enormes afecciones a la salud y la irreparable mortandad que propicia ha suscitado, merced a la difusión e investigación científica y sobre todo a la acción educativa de las organizaciones civiles, una lenta, pero cada vez mayor concientización pública sobre la urgencia de llevar a cabo una vida erótica con protección y responsabilidad.

La convulsión social y sexual del sildenafil, que se inició a finales de la pasada centuria (la *Food and Drug Administration* aprobó su difusión en el mercado desde el 27 de marzo de 1998) y que irrumpió con gran fuerza en el inicio de este tercer milenio, puede ser glosada con algunas reflexiones que a continuación me permito compartir con los lectores.

Tan cierto es que Viagra® permea la cultura que en la actualidad serían incontables los chistes, libros, artículos y reportajes de prensa, programas de radio y televisión, referencias de Internet, charlas y bromas cotidianas que aluden al fármaco. Los mitos y falacias que han proliferado sobre la ya legendaria pastilla a veces se difunden más que sus notables realidades.

El sildenafil es un punto de referencia obligado cuando se habla de un tratamiento seguro y eficaz para la mayoría de los casos de disfunción eréctil y, siendo el primero de los llamados *inhibidores de la fosfodiesterasa 5* que apareció en el mercado, permaneció sin competencia y como dueño absoluto de ese negocio durante varios años. Por ello, y por sus indiscutibles bondades como fármaco electivo en la disfunción eréctil, incluso los propagandistas de los nuevos productos que le compiten lo toman como elemento comparativo: su reto es convencer al público de que esos medicamentos emulan y aun superan los beneficios de Viagra®.

EFFECTIVIDAD FARMACOLÓGICA

El sildenafil no es una pastilla mágica, ni un afrodisiaco moderno, ni una panacea medicamentosa que resuelve cualquier disfunción del erotismo, sino una sustancia que facilita y hace perdurar una erección satisfactoria para el encuentro erótico. ¿Cómo lo consigue?

Intentaré aquí una respuesta sencilla y provisional, ya que el tema se tocará con más detalle y precisión en el capítulo 3. Suplico a los lectores que no sean médicos que no “se apantallen” con lo que sigue: en realidad, más allá de los nombres algo extraños que a veces empleamos los biólogos, bioquímicos y médicos, se trata de un proceso sencillo de entender; sólo se requiere un poco de atención, respirar profundo, olvidar por un rato las crisis económicas, los discursos de nuestros gobernantes y diputados, la nota roja y los sesudos análisis de los politólogos y economistas de la tele:

- Viagra® produce un acentuado incremento del flujo sanguíneo en los tejidos del pene, debido a la puesta en marcha de “la cascada” de eventos celulares y bioquímicos que promueven la erección. Hoy sabemos que, luego de la estimulación erótica (tanto emocional como producto de los reflejos), las sustancias llamadas sintetasas de óxido nítrico promueven la producción de dicho óxido (ON) a partir del sustrato L-arginina. Son dos las sintetasas que median el mecanismo eréctil: la SON-n (neuronal), que es esencial para el inicio de la relajación muscular del tejido peniano, y la SON-e (endotelial), básica para el mantenimiento de la erección.

Así, el ON estimula la guanilato-ciclasa, que transforma el guanosín trifosfato (GTP) en guanosín monofosfato-cíclico (GMP-C), el cual activa otra enzima (proteína-cinasa), que facilita la erección por la relajación inicial del músculo liso cavernoso del pene. La fosfodiesterasa 5 (FDE 5) cataliza la degradación del GMP-C (es decir, lo deshace), lo cual origina la detumescencia peniana o cese de la erección (figuras 2-1 y 2-2).

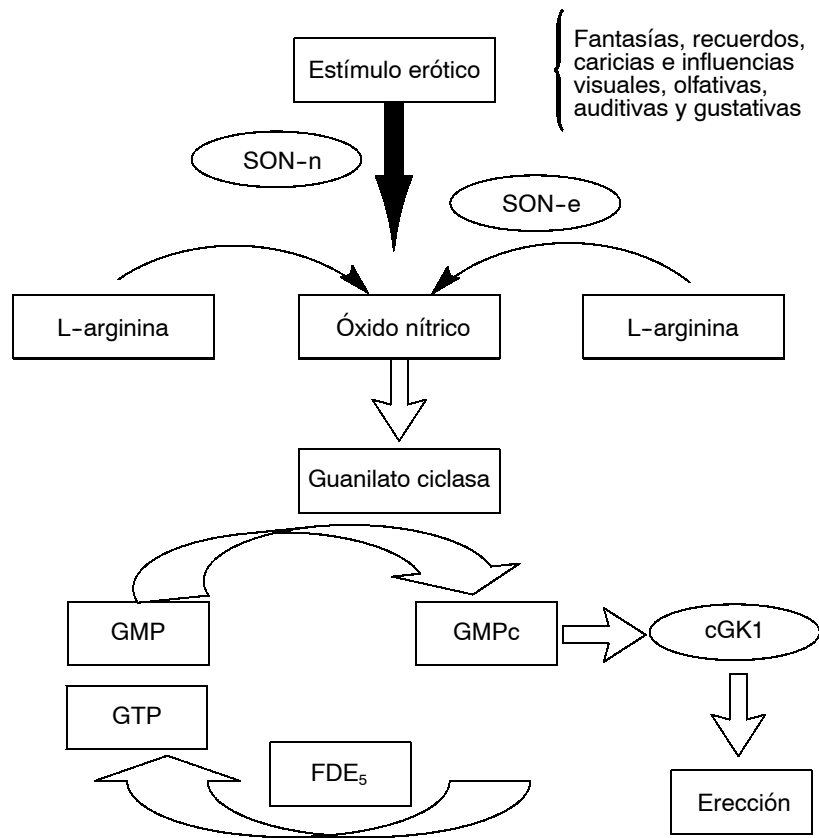


Figura 2-1. Bioquímica de la erección. GTP: guanosín trifosfato; GMP: guanosín monofosfato; GMPc: guanosín monofosfato cíclico; SON-n: sintetasa del óxido nítrico neuronal; SON-e: sintetasa del óxido nítrico endotelial. Modificado de Burnett AL, *Int J Import Res* 2004;16:S15-S19.

Luego entonces, el sildenafil propicia enérgicamente la erección por poseer una gran especificidad bioquímica de unión al sitio de acción de la fosfodiesterasa 5, dado que la estructura tridimensional, no plana, que Viagra® posee, le confiere mayor selectividad y potencia que otros inhibidores de la FDE 5. Resultado: el sildenafil da lugar a buenas erecciones, firmes y sostenidas.

Tanto en los diversos estudios controlados con intachable metodología científica (la así llamada medicina basada en evidencias) como en la muy valiosa experiencia clínica derivada de las millones de prescripciones que los médicos hemos hecho, el sildenafil ha mostrado una gran eficacia, que puede ser verificada al consultar los artículos y reportes que a lo largo de los últimos años han aparecido

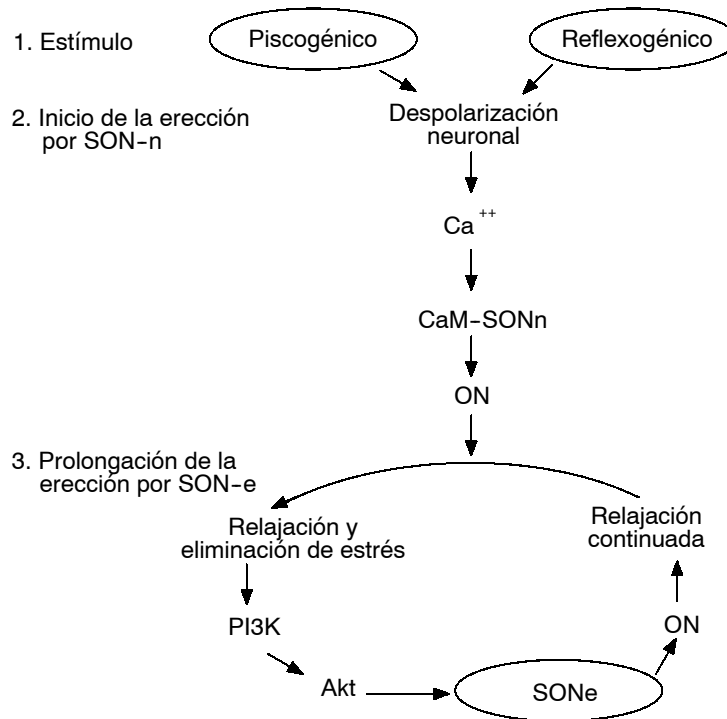


Figura 2-2. Mantenimiento de la erección. Fuente: Hurt KJ *et al.*: *Proc Natl Acad Sci USA* 2002;99:4061-4066.

en la literatura médica y también en los testimonios de profesionales de la salud y de pacientes, cuya importancia no debe ser soslayada.

De igual forma, empiezan a reconocerse nuevas perspectivas de Viagra® en el campo de la respuesta sexual humana, que podrían ser el anuncio de otras indicaciones médicas, aparte de la disfunción eréctil. Por ejemplo, un número importante de personas que utilizan sildenafil relatan dos beneficios adicionales:

- a. Más allá de las 4 h de vida media de la sustancia circulando en el organismo y rebasando las 12 o más horas que persiste el efecto del fármaco, al día siguiente los pacientes presentan nuevas erecciones sin necesidad de renovar la toma de medicamento.
- b. Notan que ahora tardan mucho menos tiempo en volver a excitarse para tener otro u otros encuentros eróticos, lo cual presupone el acortamiento del periodo refractario, que algunos atribuyen a la motivación emocional surgida de la mejoría de sus erecciones, aunque el mecanismo fisiológico íntimo está pendiente de ser estudiado.

Después de usar sildenafil durante varias semanas los pacientes empiezan a tener un mayor control voluntario sobre su eyaculación, lo cual estaría representando una prolongación del periodo de meseta de la respuesta sexual.

Algunas investigaciones ya corroboran dichos hallazgos de consultorio. Por ejemplo, un grupo de investigadores observó la reducción del periodo refractario de la respuesta sexual cuando se administra sildenafil, es decir, se acorta marcadamente el tiempo que transcurre después de la eyaculación para que un varón pueda responder nuevamente a un estímulo erótico.

Por otro lado, un estudio denominado *Evaluación del uso de farmacoterapia y la técnica de pausa-apretón en eyaculación precoz* comparó la eficacia de la clomipramina, la sertralina y la paroxetina (antidepresivos que tienen como efecto secundario colateral la prolongación de la fase de meseta de la respuesta sexual, esto es, el lapso que transcurre entre la consolidación de la excitación y el inicio del orgasmo) con la del sildenafil y la técnica de pausa-apretón en el tratamiento de la eyaculación precoz primaria, y los autores encontraron que en los 31 pacientes estudiados el sildenafil fue el tratamiento más efectivo. Ocurre que, al extenderse la meseta en el varón, se retarda la eyaculación, lo cual es acorde con lo que él quiere y necesita: *control voluntario* de la eyaculación y no imposibilidad o retraso involuntario. Aun cuando no está dilucidado todavía su mecanismo de acción en la eyaculación prematura, parece ser que la *confianza* en el desempeño sexual de estos hombres, favorecida por el medicamento, reduce la ansiedad, lo cual permite postergar la eyaculación. No obstante, es conveniente decir que el tratamiento de elección para la mayoría de los casos de eyaculación precoz es la psicoterapia sexual integral, con más de 80% de éxito terapéutico.

INFLUENCIA SOCIAL Y CULTURAL

A partir del surgimiento y la comercialización del sildenafil los medios de comunicación se han hecho eco del impacto cultural de la célebre pastilla azul y han dado más tiempo al aire y más líneas ágata al tema de la sexualidad, incluyendo no sólo el erotismo masculino sino también, por fortuna, el femenino. El hecho de que ahora se hable y escriba tan amplia y libremente sobre los componentes del erotismo (deseo, excitación y orgasmo), el cuerpo, la pareja, las relaciones afectivas, las disfunciones de la vida erótica y la manera de prevenir y solucionar estas últimas es, ni más ni menos, revolucionario.

Los comunicadores de medios impresos, radio y televisión no siempre tienen los conocimientos y actitudes idóneas para tratar sin solemnidades, pero con seriedad, los diversos aspectos de la vida sexual; sin embargo, es de celebrarse que los espacios destinados a este fin existan y que tiendan a ampliarse.

La inclusión de los temas sexuales en la cotidianeidad incrementa la cultura sexológica y favorece la atención pública y personal hacia la salud sexual en sus aspectos informativo, educativo, preventivo y terapéutico. En lo que respecta a las alteraciones negativas de la salud sexual, los focos de difusión y reflexión no se concentran sólo en la disfunción eréctil, sino también en disfunciones femeninas como inhibición del deseo, hipolubricación, dispareunia (dolor al coito o en torno a él), anorgasmia y vaginismo, así como en otras disfunciones masculinas como eyaculación precoz, deseo sexual hipoactivo y eyaculación retardada, por mencionar ejemplos.

¿QUÉ OCURRE CON LOS PROFESIONALES DE LA SALUD?

Tal vez el lector de estas líneas se sorprenda con la siguiente afirmación: hasta hace poco tiempo no existía gran diferencia entre los conocimientos de sexualidad que tenían los médicos y los que poseía la población general; sin embargo, así era.

En el diseño de los programas de estudio de la mayoría de las escuelas y facultades de medicina es excepcional, aun en la actualidad, que se incluyan temas y objetivos académicos de sexualidad y erotismo. Y no sólo eso: la formación profesional en el campo médico suele ser conservadora y llena de solemnidades y rigideces. Ambos factores inhabilitan a los médicos en la educación sexual y la sexología clínica, pese a que siguen siendo, a juicio de sus pacientes, las personas mejor calificadas para tratar esos temas. Otros profesionistas, como psicólogos, trabajadoras sociales, pedagogos y enfermeras, no distan mucho del limitado perfil sexológico que tienen los galenos.

Ante la revolución sexual causada por Viagra®, estamos presenciando una respuesta propositiva de médicos, psicólogos y psicoterapeutas de ambos géneros: un renovado interés en aprender más acerca de sexualidad, estudiar formalmente sexología y, en algunos casos, entrenarse profesionalmente en terapia sexual para mejorar la calidad de sus servicios a los consultantes y pacientes. Por su parte, el público usuario de los servicios de salud consulta con más frecuencia a los clínicos para contarles sus problemas de índole sexual, haciéndose cargo del inalienable derecho humano a la salud general y sexual.

Algunas instituciones educativas públicas y privadas están ofreciendo, en gran medida, procesos académicos en el área de la sexualidad que, aunque incipientes, resultan estimulantes para un prometedor y amplio desarrollo en el futuro cercano.

Las conferencias, los congresos, los cursos y los talleres sobre aspectos sexuales y eróticos también crecen en número y calidad en esta época de revolución sexual al inicio del tercer milenio. Asimismo, podemos observar que cada vez



son más los sexólogos clínicos y terapeutas sexuales que a través de los exitosos tratamientos de la disfunción eréctil, cuyos caminos fueron abiertos por Viagra®, practican la medicina sexual, la enriquecen y de manera dialéctica influyen y se dejan influir por disciplinas tan variadas como la urología, la andrología, la ginecología, la endocrinología, la psiquiatría y la medicina interna, entre otras.

Por su parte, los médicos generales y especialistas se aproximan a los aportes de las ciencias sexológicas, con lo que la colaboración profesional entre los facultativos de la salud y los sexólogos médicos y no médicos se amplía, empezando a dar resultados benéficos para los usuarios de los servicios de salud. Es así como nos estamos acercando al añejo ideal de la multidisciplinariedad, pero ahora con bases tangibles y concretas.



EL FUTURO ESTÁ AQUÍ

Una de las consecuencias más relevantes de la presente revolución sexual del sildenafil consiste en que distintos equipos de investigadores de diferentes lugares del mundo están trabajando arduamente en una serie de productos farmacéuticos que operarán positivamente en el deseo, la excitación y el orgasmo de mujeres y hombres, con lo que millones de personas de ambos géneros podrán construir y desarrollar un promisorio futuro sexual cada vez más libre de insuficiencias e inadecuaciones.

No obstante, es necesario señalar dos “peros”. Uno es la falta de sensibilidad de los capitanes de la industria quimicofarmacéutica, que, lejos de democratizar los costos de sus productos, los hacen distantes a la mayoría del público: nadie duda que los precios de los medicamentos, como los inhibidores de la FDE 5, están siendo inaccesibles para mucha gente. La industria alegará que “tiene que tomarse en cuenta la gran inversión que se hace” y la necesidad legítima de hacer negocios rentables.

Esta postura no me parece satisfactoria ni congruente; es cierto, las reglas de la economía de mercado indican eso, pero las grandes corporaciones de la industria quimicofarmacéutica, que obtienen las ganancias que desean, bien podrían “tentarse el corazón”, seguir ganando mucho dinero y hacer algo de labor social, sin convertirse en representantes de la madre Teresa de Calcuta, al reducir los precios.

El otro “pero” se refiere a la mecanización de los vínculos eróticos que a menudo se produce cuando se combinan dos factores: centrar el erotismo en los órganos sexuales y la penetración, y confiarse en la ley del mínimo esfuerzo; dicha mecanización se manifiesta cuando el arte pasional y creativo del contacto de los cuerpos es sustituido por la toma de una pastilla que servirá para el cumplimiento de un solo objetivo: el coito por sí mismo como la única posibilidad de compartir el momento erótico.

Para impedir que esos indiscutibles beneficios nos lleven a una deshumanizada y cada vez más técnica “robotización del erotismo”, se hace muy necesario poner un toque crítico y humanista en los avances científicos y técnicos para que los progresos reivindiquen la condición humana con ideas, sensaciones y sentimientos, muy por encima de una excesivamente medicalizada respuesta sexual exprés y eficiente que se obtenga simplemente tomando pastillas. En tal sentido, también es creciente el número de profesionales de la salud que ven al ser humano como algo más que una vagina lubricada o un pene erecto y empiezan a admitir la necesidad de un *erotismo integral* que no se reduzca simplemente a la penetración, sino que globalice el cuerpo y el placer, considere la comunicación afectiva y le dé privilegios no a la relación entre funciones sexuales preescritas, sino entre seres humanos completos.



Es válido, entonces, tener presente la siguiente frase de Pierre Teilhard de Chardin: “El cerebro plenamente humano está integrado en un triple amor: centrarse en sí mismo, descentrarse en la otra persona y, por último, supercentrarse en algo mayor que los dos”.

REFERENCIAS

1. **Abdel AEA, El Naggar A-H El Gilany:** Assessment of as needed use of pharmacotherapy and the pause-squeeze technique in premature ejaculation. *Int J Impotence Res* 2001;13: 41-45.
2. **Aversa A, Mazzilli F, Rossi T, Delfino M, Isidoro A:** Effects of sildenafil administration on seminal parameters and post-ejaculatory refractory time in normal males. *Human Reprod* 2000;15(1):131-134.
3. **Barrios MD:** El sildenafil: la revolución sexual del tercer milenio. *Rev Educ Salud* 2002;6(55).
4. **Barrios MD:** *En las alas del placer*, México, Pax-México, 2005.
5. **Barrios MD:** *La disfunción eréctil y su importancia en la relación de pareja*. IX Congreso Latinoamericano de Educación Sexual. Libro de resúmenes, México, 1998:58.
6. **Barrios MD:** Los hombres y la revolución sexual del Viagra. En: *Resignificar lo masculino. Guía de supervivencia para varones del siglo XXI*, México, Vila Editores, 2003:95-108.
7. **Barrios MD:** *Relación de pareja y alteraciones de la respuesta sexual*. Diplomado de Sexualidad Humana, módulo 2, Asociación Mexicana de Médicos Familiares y Generales, México, 2001.
8. **Burnett AL:** *Int J Impotence Res* 2004;16:s15-s19.
9. **Hurt et al.:** *Proc Natl Acad Sci USA* 2002;99:4061-4066.
10. **Perelman MA:** Integrating sildenafil: its impact on sex therapy. *Sexual Dysfunct Med* 2000;1(4):8-104.
11. **Teilhard de Chardin P:** *Le phénomène humain*. París, Sevil, 1955.
12. **Ugarte y Romano F, Barroso AJ:** Prevalencia de disfunción eréctil en México y factores de riesgo asociados. *Rev Mex Urología* 2001;61(2):63-76.

De ciencia, mitos, leyendas y falacias

ACERCA DE LAS PALABRAS

Como ya se ha dicho antes, *la molécula que revoluciona la sexualidad* ha trascendido el hecho meramente médico o el de la industria quimicofarmacéutica para transformarse en un fenómeno social con muy variadas implicaciones. Este capítulo tiene el objeto de reflexionar sobre ello y contribuir a la necesaria desmitificación de la célebre pastilla azul.

Vale la pena esclarecer el significado de palabras que, aunque muy usadas en el vocabulario de todos los días, a menudo se emplean con distinto significado al que verdaderamente tienen, e incluso, en ocasiones, los vocablos se confunden entre sí. Para que el lector certifique lo que intentaré dilucidar en las siguientes líneas, recomiendo tener a la mano un diccionario convencional del idioma español.

Revisemos primero la palabra *mentira*, que significa “lo contrario a lo que se sabe, cree o piensa”. Como puede notarse, en general la mentira se contrapone a la verdad, la cual se refiere, por supuesto, a lo que se sabe, cree o piensa. No obstante, el asunto es más complejo de lo que parece cuando pensamos que lo que sabemos, creemos o pensamos puede ser cierto o no serlo, o tener una validez temporal. Por ello, la *ciencia*, que es “el conjunto de conocimientos metódicamente fundados y sistemáticamente dispuestos”, o “el conocimiento cierto de las cosas por sus causas”, a pesar de que emplea métodos rigurosos y reproducibles, acepta el carácter provisional de sus planteamientos. Hay que recordar al respecto la sabia afirmación popular: “las verdades de hoy son las mentiras de mañana”,

pero, para no hacer tajante esta aseveración, propongo que más bien sea: “las verdades de hoy podrían ser las mentiras de mañana, y viceversa”.

La expresión *falacia* quiere decir “engaño” o “mentira”. Algunos diccionarios establecen que dicho engaño o mentira tiene la intención de dañar a otro u otros.

El vocablo *leyenda* significa “crónica o relación de sucesos que tienen más de fantásticos o de maravillosos que de verdaderos”. No obstante, una leyenda puede ser producto de una invención o corresponder a sucesos veraces. Entonces podríamos decir que una leyenda puede ser real, aunque en ella existan elementos fantasiosos, exagerados o tergiversados.

La palabra *mito* viene de una expresión latina que significa “fábula” y tiene como principal acepción “invento o ficción alegórica”, esto es, idealización o creación de un personaje o suceso, de modo que impresione a la gente. Una de las principales connotaciones del mito es que se transmite oralmente, se consigna por escrito y prevalece por generaciones en la tradición popular.

El mito no es una burda mentira o una afirmación falaz que caiga por su propio peso, sino una “verdad” difundida y por lo general aceptada socialmente. Para que un mito sea eso y no una obvia falacia requiere elementos de credibilidad, disponer de cierto respaldo popular y, por supuesto, tener reproductores, es decir, personas que lo difundan, lo cual sucede, la mayoría de las veces, sin afán intencionado de propagar la información, sino de un modo “natural”, en el que las personas difusoras hacen suya la afirmación, el rumor o el dogma simplemente porque creen que *eso* es la pura verdad. Hay, desde luego, motivaciones y consecuencias psicológicas alrededor de estos fenómenos. Sin embargo, no son ni la razón de ser de este capítulo ni el espacio idóneo para tocarlas.

Algunos mitos tienen aceptación permanente, en tanto que otros sólo alcanzan una vigencia temporal. Si actualmente alguien comentara que la Luna es de queso, seguramente ni un niño del jardín de niños lo aceptaría como válido; en cambio, en el pasado, incluso un adulto informado hubiera sido capaz de afirmar que la Tierra era plana o que, en efecto, la Luna era de queso.

En general, los mitos se difunden sin cuestionamientos racionales, y suelen ser aceptados como dogmas que no requieren demostración.

Con el actual avance científico técnico, los medios de comunicación como el radio, la televisión y la Internet se han convertido en formidables vehículos para la perpetuación de los mitos.

MITOS Y LEYENDAS

Los mitos, en el sentido amplio, tienen implicaciones filosóficas, políticas, históricas, antropológicas y estéticas, que tampoco son objetivo de este capítulo.

En ocasiones los mitos se equiparan a las leyendas, que igualmente pueden ser personajes o historias reales o falsas. Ejemplos:

Las abducciones por seres de otros mundos

Hombres y mujeres de distintas partes del planeta aseguran haber sido capturados, mediante novedosas tecnologías, por seres extraterrestres. Ya “devueltos a la Tierra” han declarado que fueron conducidos a otras galaxias, intervenidos quirúrgicamente e incluso algunas mujeres afirman haber sido fecundadas por los alienígenas. Si bien no hay pruebas científicas de que esto haya ocurrido, los ufólogos (expertos en ovnis) no científicos gozan de credibilidad en algunos sectores de la población mundial y los testimonios de los humanos “abducidos” han tenido gran difusión. Las dichas abducciones también son la explicación de hombres y mujeres abandonados por su pareja, pues es más elegante decir que quien se fue anda de viaje intergaláctico que reconocer el abandono.



La Atlántida

Mítica y legendaria, esta hipotética porción de tierra, un verdadero continente que se supone se encontraba antes de su hundimiento en el Atlántico Norte, entre Groenlandia, Europa, las islas Canarias y América del Norte, ha sido objeto de toda clase de fantasías, narraciones orales, obras literarias, películas y creaciones de las artes plásticas. Su improbable existencia no ha sido relevante en el imagi-



nario colectivo, ya que sobran las manifestaciones concretas de la idealización de que ella ha construido la humanidad.

A propósito de los nativos de Atlántida, algunas personas confunden el gentilicio *atlantidenses* con atlantes, pero estos últimos son elementos arquitectónicos que representan a hombres fuertes cargando la estructura edificada. En México son célebres los monumentos denominados así, Atlantes, de la zona arqueológica de Tula, soberbia creación de la cultura tolteca.

Los Beatles

Por supuesto que existió el célebre cuarteto de Liverpool. Sus talentos musicales hubieran bastado para darles un lugar en la historia, pero ellos fueron mucho más allá: no sólo influyeron en la cultura de su época, lo cual los convirtió en leyendas vivientes, sino que su vida y obra, ya clásicas, constituyen un mito. Como todas las personas o hechos mitificados, hay en las crónicas y biografías de los greñudos británicos una especie de mixtura entre realidad y ficción. ¿Qué misterio esconde la letra de la canción “Lucy in the sky with diamonds”? Hay quienes la consideran una simple alucinación y, en cambio, quienes participan en discusiones y seminarios sobre los mensajes crípticos que ésta y otras canciones contienen. ¿Qué oscura motivación tuvo el homicida de Lennon para cometer tal magnicidio?



La Llorona

El origen de esta tradición oral, literaria y musical no es muy claro, pero existen diferentes versiones de ella. Sin embargo, en distintos lugares de México y Latinoamérica, todavía hoy niños y adultos se estremecen de espanto con las narraciones de la mujer que se aparece en las noches y se queja: “¡Ay, mis hijooooos!”. Hay otra “Llorona”: la de la célebre canción del estado de Oaxaca, en México. Si bien los mexicanos vinculamos a la Llorona de la bella música y la sugerente letra con ese prodigioso y al mismo tiempo sufrido estado oaxaqueño, no hay que olvidar aquella otra vieja tonada colombiana que empieza diciendo:

“En una calle de Tamalameque, dicen que sale una Llorona loca.”





Pancho Villa

Las hazañas de este personaje, que aun vivo era ya legendario, no son más que un pálido reflejo de lo que su figura representa. De bandido a revolucionario y de salteador de caminos a héroe nacional, este hombre sintetizó los anhelos y las realizaciones por alcanzar de todo un pueblo. Con morboso placer (diría Machado en boca de Serrat), muchos mexicanos se jactan de que el mítico guerrillero encabezó la única invasión militar sufrida por EUA y salió victorioso...

Adán y Eva

Es tal la fuerza del mito de estos supuestos seres primigenios que una parte significativa de la Humanidad da por cierta su existencia, desconociendo o restándole importancia a la teoría de la evolución o a las más nuevas aportaciones científicas sobre el origen humano. Por cierto, la idea de que su expulsión del paraíso obedeció a un pecado original consistente en tener relaciones sexuales bíblicamente es falsa, pero ha servido a los moralistas antiguos y también a los trasnochados para reprimir el derecho al placer erótico. A ver... si Adán y Eva no tuvieron papá y mamá y no nacieron por parto o cesárea, ¿tenían ombligo?

Pedro Infante

El ídolo de Guamúchil (aunque nació en el puerto de Mazatlán) es también leyenda y mito. Figura ideal de los machos, que ven en él la concreción de sus metas



aspiracionales: mujeriego, carismático, fuerte, valiente, adorador de su madre y su abuelita, bebedor y parrandero. Quizá sus admiradores se sorprenderían al saber, como lo han establecido sus biógrafos, que “Pedrito” era, fuera de pantalla, polígamo, abstemio, diabético y algo inseguro.



Drácula

El personaje de Bram Stoker, basado originalmente en un noble rumano que se solazaba ejecutando a sus enemigos derrotados en combate mediante el cruel método del empalamiento, va mucho más allá del cine y la literatura: hay en la figura siniestra del vampiro humano, que al morder a sus víctimas las vuelve sus semejantes, un verdadero tabú: algo que está proscrito o maldito, pero que ejerce al



mismo tiempo atracción y repudio; el horror de lo monstruoso y la seducción de un misterioso caballero que féminas heterosexuales y *gays* a menudo consideran *sexy*.

Los trabajos de Hércules

El héroe de la mitología griega es epítome del valor, la fuerza y la perseverancia. Aunque jamás existió en la vida concreta, sus atributos son tan preciados que constituyen modelos y valores a seguir. Hay personas que se inspiran en él para ir venciendo escollos a lo largo de su vida.





Marilyn Monroe

Hay en Norma Jean un sinnúmero de elementos que la hacen mito y leyenda: su infancia llena de carencias y sufrimientos, su ascenso al éxito fílmico y económico, su estereotipo de símbolo sexual, sus tormentosas relaciones de pareja, su depresión, sus adicciones a los psicofármacos y su trágica muerte. Fue Marilyn mítica en su vida y en su deceso: aún hoy se polemiza si se suicidó o la mataron, y todavía se discute si en su muerte participaron o no la mafia y el clan Kennedy.

El “chupacabras”

En medios rurales y urbanos de algunos países de cuando en cuando reaparece la leyenda del chupacabras. ¿Bestia depredadora, ente producto de la contaminación o de una clonación fracasada, o ser de otro planeta?

Su supuesta existencia no ha resistido el análisis de la ciencia. Incluso hay indagaciones sistematizadas que parecen indicar que se trata de un invento mediático.



co, propiciado por algunos políticos como distractor para que la gente no atienda los desaciertos y corruptelas de sus gobernantes.

La princesa Diana

La vida y la muerte de Lady Di no sólo ha sido asunto de tabloides y cursis revistas dizque femeninas. Llena de romanticismo, situaciones excepcionales, intrigas, descabros y asuntos no resueltos, hay en la biografía de la esbelta rubia todo un cúmulo de elementos inspiradores para muchas mujeres, especialmente para aquellas de clase media que suspiran y anhelan un príncipe mientras le dan la vuelta a la página de su novela rosa y esperan al microbús en la parada.



La fundación de Tenochtitlan

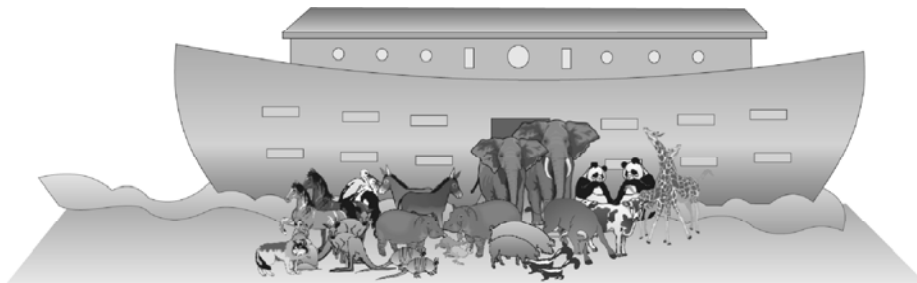
Esta leyenda, producto de una profecía que era al mismo tiempo promesa de estabilidad para un pueblo que había sido errabundo y conquistado, no sólo es funda-



dora de la nación azteca, sino también símbolo patrio y orgullo de la mexicanidad. Una revisión crítica del supuesto hecho no hará ver como improbable la realidad de la escena: sobre el agua un nopal en el que se posa un águila devorando una serpiente.

El diluvio universal

Éste es un ejemplo de que la leyenda o el mito pueden ser reales o tener elementos de sustentación: los investigadores han logrado saber que sí hubo en la historia de la humanidad, episodios como el que dio lugar a la narración legendaria. No hay, al menos todavía, pruebas del Arca de Noé, menos aún que haya cargado con pares de animales de todas las especies para garantizar su supervivencia. Verdad o no, el relato me sigue fascinando; será que, cuando lo recuerdo, también evoco a mi abuela, Mamá Cota, quien lo contaba con vehemencia y absoluto convencimiento.



Viagra®

La pastilla azul es, por antonomasia, una realidad convertida en mito. Sobre *la molécula que revoluciona la sexualidad* se han creado y entrelazado centenares, tal vez miles de leyendas, versiones y fábulas. Sin embargo, son sus impresionantes realidades, verdades científicas y contundentes resultados, los que han forjado su mitología. Va de cuento: los historiadores de la sexualidad, Malcolm Potts y Roger Short, recogieron una versión que indica que el nombre de la pastilla se escogió en México porque es la expresión abreviada de la frase “mi **V**ieja (esposa) está **AGR**Adecida”. Aunque pudo haber sido así, sé de buena fuente que no ocurrió.

La crítica estadounidense Ellen Goodman apreció en el surgimiento de Viagra® un auténtico complot machista, cuando se preguntó: “¿Cómo es posible que



se descubra una pastilla contra la impotencia (*sic*) masculina, antes que una píldora anticonceptiva masculina?”

Sin embargo, hay quienes piensan que la aparición de la píldora azul propicia la equidad entre los géneros y equilibra las relaciones heterosexuales. Así por ejemplo, la escritora Erica Jong ha dicho: “El juego ha empezado a cambiar: con esa pastilla, los hombres tenían que complacer a las mujeres al igual que ellas debían complacer a los hombres.

Esto puso nerviosos a muchos hombres, tan nerviosos como para no lograr tener una erección. Viagra® puede ser el antídoto a la *superioridad femenina*, a esa *maravillosa vagina* que siempre está ahí, siempre dispuesta. Esa misma vagina que les sirvió a las feministas para inventar el mito de la posición de inferioridad de la mujer”.

En México, uno de los paraísos de la piratería comercial, incluso desde antes de la aprobación del sildenafil por la Secretaría de Salud ya existía *Viagra pirata*. En distintos lugares de la República se vendía clandestinamente a granel o bien en presentaciones de 200 mg. Incluso podía conseguirse en presentaciones de gel (para aplicarse directamente en el pene), de goma de mascar y de inhalador. Obviamente, no era sildenafil.

La piratería de medicamentos, que hoy en día sigue vigente, ha desarrollado tres estilos principales:

- a. Los compuestos son correctos, aunque con cantidades diferentes al original, principios activos alterados o fechas de caducidad erróneas.
- b. Compuestos “hechizos” de origen desconocido que son inactivos farmacológicamente (en el mejor de los casos) o que resultan tóxicos para el usuario.
- c. Sustancias inertes sin efecto medicamentoso.

A diferencia de otros países, en los que la patente ha sido liberada y hay distintas marcas de sildenafil, en nuestro país no ocurre así; esto no impide que en algunas farmacias se venda *Viagra genérico o similar*.

En mi libro *Resignificar lo masculino* (Vila Editores, 2003) afirmé: “Una de las más importantes consecuencias derivadas de la revolución sexual del sildenafil consiste en el hecho de que se ha generado un gran estímulo para conocer cada vez más sobre la sexualidad y el erotismo de los seres humanos. Esta circunstancia ha favorecido procesos de investigación científica, actualmente en marcha, que nos llevarán a desentrañar tanto los diversos misterios que aun encierra la vida erótica como a poner en práctica distintos y novedosos recursos de tratamientos psicoterapéutico y medicamentoso que conduzcan a las personas a resolver sus dificultades sexuales y superar sus disfunciones eróticas”.

¿REALIDADES O FICCIONES?

Como puede apreciarse en esta reducida lista de mitos y leyendas, aparecen en ella tanto personajes históricos y contemporáneos, cuya existencia está plenamente documentada, como individuos y sucesos productos de la ficción literaria, junto con acontecimientos o supuestos hechos que proceden de tradiciones populares y religiosas, así como meros inventos coyunturales que producen un impacto público intencionalmente buscado.

El común denominador de estos ejemplos (por cierto que la lista podría ser infinita) es que se entremezclan la realidad y la ficción para producir un efecto fascinante que diluye la sutil frontera entre lo que es cierto y lo que es falso. ¿O no se cuentan por cientos o miles las personas de distintos lugares del mundo que han visto seres extraterrestres, presenciado apariciones prodigiosas, huido de los intentos de mordedura de un vampiro, conversado por medio de una médium con el espíritu de Elvis Presley o recibido disculpas personales de Carlos Salinas de Gortari por los daños económicos y sociales sufridos?, ¿no es verdad que abundan los relatos que equiparan a la gentil dama de Gales con una especie de Cenicienta y a la Reina de Inglaterra con una malvada bruja que se empecinaba en hacer sufrir a la entonces esposa del príncipe Carlos?, ¿o que Pancho Villa era un alcohólico empedernido, invariablemente cruel y sanguinario, incapaz de tener o expresar sentimientos?, ¿o que Pedro Infante está vivo y recorre los pueblos de México entonando sus canciones, conservándose lozano y seduciendo mujeres, pese a su edad avanzada?, ¿o que la “nefasta” Yoko Ono fue la auténtica culpable de la disolución de los Beatles?, ¿o que *el nahual* y la llorona se aparecen con frecuencia en las comunidades rurales de México?, ¿o que las campañas de vacunación dirigidas a la población infantil son *en realidad* un complot del gobierno

para esterilizar tempranamente a las mujeres y con ello favorecer el control de la natalidad?

En todo lo anterior, independientemente de la falsedad o la certeza de la afirmación que da sustento al mito o la leyenda, lo más importante es *que se acepta como dogma*, esto es, los mitos son “verdades” que no requieren comprobación alguna; aun con frecuencia la verdad (sin comillas) es opuesta a “la verdad” (mito). Por ejemplo, las investigaciones historiográficas nos muestran que Francisco Villa, el “Centauro del Norte”, era un hombre abstemio y que sin cortapisas era capaz de manifestar su tristeza llorando abiertamente en público.

Ahora bien, para que un mito (falaz o verdadero) se transforme en una leyenda o en una *verdad* socialmente aceptada se requiere su repetición constante, su transmisión a amplias capas de la población y su paso, las más de las veces, de generación en generación. No obstante, hoy en día una leyenda urbana se produce y reproduce con una velocidad considerablemente superior a la de épocas anteriores.

Es así que muchas falacias o mentiras acaban convirtiéndose en “realidades”, o en leyendas o mitos de muy amplio reconocimiento colectivo. Veamos dos ejemplos de distinto signo:

Joseph Paul Goebbels, el propagandista del Tercer Reich, a quien se atribuye la frase “di una mentira mil veces y será verdad”, orquestó una campaña permanente que hizo aceptar a una buena proporción de la culta sociedad alemana que el pueblo germánico era una raza superior y los villanos del mundo, a quienes había que destruir, eran los judíos, los gitanos, los comunistas y los homosexuales. Las trágicas consecuencias que para la Humanidad tuvieron los prejuicios del nazismo, son muy conocidas y están ampliamente documentadas.

Aparte, en una buena parte del mundo occidental u occidentalizado, niñas y niños aceptan como real la existencia de Santa Claus, ese viejo gordo y bonachón que, vestido de rojo y carcajeándose constantemente, reparte regalos en la Navidad a quienes se portan bien. En los infantes “portarse bien” no necesariamente corresponde a las expectativas de los adultos, pero de todos modos es motivo de gran ilusión la llegada del barbado señor de las nieves. Aunque Santa no existe (espero no destrozar el corazón de nadie con esta revelación), la fantasía infantil y sus efectos son verdaderos, como ciertos también son los gastos que los atribulados padres y madres de familia tienen que hacer para complacer las peticiones de sus hijas e hijos, los cuales, a su vez, son presa de la publicidad consumista.

EJEMPLO CONTEMPORÁNEO

Aunque coexisten de modo independiente, a menudo se fusionan mitos, verdades a medias, leyendas y falacias. Tal es el caso de *la molécula que revoluciona la*

sexualidad, pero tanto en el pasado como en la vida contemporánea los casos abundan.

Presentaré a continuación un ejemplo sexológico que puede ilustrar lo anterior.

Hace pocos años se difundió el rumor de que en los hoteles y moteles *de paso* de la ciudad de México (para quienes no lo sepan, en esos establecimientos se brindan servicios para que la gente tenga encuentros eróticos privados, confidenciales y cómodos) hay cámaras que graban y transmiten *en vivo* dichos encuentros sexuales, que los materiales (videogramas, DVD y otros) son comercializados en los tianguis y locales comerciales del D. F. y que el negocio depende de una red internacional de pornógrafos asiáticos con socios mexicanos.

El chisme creció y se fue ampliando aún más. Una parte considerable de la población *defeña* lo aceptó como un hecho. Un sector de la prensa amarillista hizo eco del rumor y lo reprodujo tal cual. Incluso algunos periodistas serios intentaron, sin éxito, realizar una investigación profunda al respecto. Los medios electrónicos llegaron a presentar supuestas imágenes correspondientes a los videos delatores, pero aparecían imágenes difusas en las que era imposible distinguir escenarios y facciones humanas.

El caso de los famosos videos condujo a infundios e intrigas vecinales, chantajes, problemas conyugales, enorme ansiedad de algunos de los protagonistas, que temían ser exhibidos en la televisión o “quemados” en su trabajo, sesiones de psicoterapia en las que el motivo de consulta era una enorme angustia ante la posibilidad de ser descubiertos, etc. Hubo también quienes lo tomaron con mejor ánimo; por ejemplo, un amigo mío, frecuente usuario de los establecimientos sexuales de calzada de Tlalpan, me dijo: “Qué mala onda que los voyeuristas monitoreen mis actos sexuales sin mi permiso; lo que me da coraje es que nadie me haya pagado regalías ni sueldo alguno por mis proezas en la cama”.

En la anterior consignación de hechos existen todos los elementos citados: verdades, falacias, mitos y leyendas.

Entre las verdades está el que hay una serie de parejas clandestinas que asumen su relación con temores y sentimientos de culpa; por lo tanto, son susceptibles de creer a pies juntillas que “un ojo castigador” los vigila y que de ello podría derivar una sanción humana o divina.

También es verdad que, por asuntos de seguridad, existen cámaras de video en las entradas, pasillos y estacionamientos de hoteles y moteles. Es cierto, de igual modo, que los mexicanos nos hemos ganado a pulso el derecho a desconfiar, lo cual no podría ser de otra manera, ya que la sociedad —en la que la corrupción y el abuso han tomado cartas de naturalización— ve con reticencia lo que le induce duda, aunque no sea ni abuso ni corrupción; en cambio, asume como lógico que haya “transa” y engaño en las situaciones cotidianas. Por otro lado, se han realizado indagaciones y hay documentación respectiva acerca de las bandas internacionales de pornografía y prostitución, lo cual hace viable, en la imagina-

ción colectiva, que existan grupos de asociación delictiva que obtengan y distribuyan las videgrabaciones aludidas.

En cuanto a las falacias, podemos decir algo incontrovertible: las indagaciones periodísticas profesionales descartaron la situación comentada, por lo menos como algo generalizado y permanente de lo que se hubiese obtenido alguna demostración documental o testimonios con información verificable.

Si bien es cierto que algunos vendedores ambulantes y tianguistas llegaron a vender películas supuestamente provenientes de los hoteles capitalinos y que contenían material sexual explícito, en realidad no tenían ese origen, ni los protagonistas eran involuntarios ciudadanos comunes, sino que se trataba de las convencionales cintas *porno* o XXX.

Los mitos derivados de esta historia son claros: se trató de una ficción alegórica con visos de realidad, en tanto no fuera una mentira burda que cayera por su propio peso. Incluso cualquier ciudadano común de un país como México admitiría que esas videgrabaciones subrepticias ocurrieron de verdad, con el amparo de las autoridades respectivas.

Esta noción de factibilidad, aunque los sucesos jamás ocurran, le dan a la versión una especie de consistencia y de gran credibilidad social. Esto refuerza el mito.

La leyenda urbana queda fácilmente consagrada: el chisme se esparce, se fortalece con lo anecdótico, se confunde la verdad con la ficción, se reproduce acríticamente (es decir, sin objeciones ni cuestionamientos) y se le agrega toda serie de variaciones y elementos magnificadores, tremendistas y de tergiversación de la poca realidad que podría contener lo difundido.

QUE SAGAN NOS AMPARE

El gran Carl Sagan, en su extraordinaria obra de divulgación sobre ciencia *El mundo y sus demonios* (Planeta, 1997), que trata, como dice el propio autor, sobre *la ciencia como una luz en la oscuridad*, plantea que el pensamiento escéptico es el modo razonado de identificar una falsedad o un fraude al conocimiento. Esta necesidad científica no es ideológica ni de antipatía personal con la idea o hecho en cuestión, sino más bien una contribución al avance científico, donde la refutación de la falacia, si bien niega la certeza de lo que se está estudiando en ese momento, ayuda, por descarte, al reconocimiento de nuevas premisas, alguna o algunas de las cuales se demostrarán como ciertas. Obviamente, este estilo de obtener conocimiento veraz supone descartar las mentiras y avanzar en la construcción de verdades científicas, las cuales, como ya se ha mencionado, tienen una validez provisional.

Sagan proporciona los siguientes consejos para construir verdades y deshacerse de falacias:

- Realizar una confirmación independiente.
- Propiciar la libre discusión acerca de “los hechos”, en la que participen los que están a favor y en contra.
- No tomar en cuenta a quienes se erijan como absolutas autoridades sobre el tópico en cuestión. (Sagan alega que las autoridades dogmatizan y, por ende, muchas veces se han equivocado; afirma: “En ciencia no hay autoridades, cuando mucho existen expertos”).
- Esgrimir más de una hipótesis. No hay un solo modo de explicar algo. Cuando se tengan varias explicaciones, hay que refutar cada una de ellas. Acaso una explicación sobreviva como *la buena*, ésta es la que ha resistido el descarte, la refutación. Las posibilidades de equivocarse y concluir algo erróneo aumentan si una persona simplemente se queda con su primera idea, sin contrastarla con otras ideas posteriores o distintas de la inicial.
- No “casarse” con la hipótesis propia. Compararla con las ideas de otros. Es posible que esos otros acierten y que rechacen la idea de uno.
- Hay que medir. Cuando se establecen criterios de cuantificación es más sencillo descartar hipótesis en pugna.
- En caso de existir una sucesión de argumentos consistentes, *todos ellos deben serlo*, no sólo algunos ni la mayoría.
- Emplear el llamado *rasero de Occam*, norma práctica que estriba en seleccionar la más sencilla de dos hipótesis o explicaciones consistentes.
- Es necesario preguntarse si la idea, hecho, explicación o hipótesis puede ser fraudulenta. Las argumentaciones que no son susceptibles de que se les realice “la prueba de falsedad” no valen la pena. Esto significa que, para aproximarse a la verdad científica, la cosa cuestionable tiene que ser sujeta a la posibilidad de ser refutada; dicho de otra manera: el hecho investigado debe correr el riesgo de ser desmentido.
- En la ciencia fáctica, es decir, basada en hechos demostrables, es esencial efectuar experimentos de verificación.

EXPERIMENTAR PARA SABER

Sobre el punto de los experimentos de control, Sagan comenta que “si se dice que una medicina nueva cura la enfermedad en 20% de los casos, hay que asegurarse de que una población de control (otros pacientes que no toman el fármaco estudiado), que usa un placebo, *no experimente* remisión (desaparición del padeci-

miento) espontánea de la enfermedad en 20% de los casos”. Esto, aunque los pacientes crean que toman el medicamento estudiado.

Lo anterior lleva a la *separación de variables*, de la que pondré un ejemplo distinto pero acorde con el que presenta Carl Sagan. Una señora tiene dolor de cabeza; para aliviarla, alguien le da dos remedios: unos chiquiadores (emplastos de yerbas colocados en las sienes) y un analgésico a base de ácido acetilsalicílico. A esta mujer se le quita el dolor, pero surge la pregunta: ¿la cefalea desapareció por la pastilla o por el remedio tradicional? La manera idónea de conocer la respuesta es unívoca (no hay otra): cuando le vuelva a doler la cabeza, la persona sólo tomará uno de los dos remedios, ya sea el analgésico o la aplicación de los chiquiadores. Del resultado de ello extraerá su conclusión.

En la medicina basada en pruebas se estilan los experimentos farmacológicos llamados “doble ciego”. En ellos, ni los pacientes ni los investigadores deben conocer la sustancia probada, para no prejuiciar sus resultados. Por ejemplo, al ensayar un nuevo medicamento, habrá que asegurarse de que los investigadores ignoren qué sujetos o pacientes han recibido dicho medicamento y cuáles un placebo. Por otro lado, los pacientes en los que se prueba el fármaco también deberán desconocer lo que toman y sus potenciales efectos. Así se podrá establecer una relación confiable entre los pacientes que mejoraron y los que no, independientemente de que hayan recibido el placebo o la sustancia que está siendo estudiada.

Entre los consejos que Sagan propone para descartar falacias y fraudes en la ciencia enlista los relativos a lo que *no se debe hacer*, entre los que destacan:

- 1. Confundir causa y correlación.** Nos muestra el autor el ejemplo de una encuesta sobre homosexualidad en la población general. En ella se encontró que hay más personas homosexuales entre los egresados universitarios que entre los que tienen niveles inferiores de educación. Una conclusión falaz sería: la educación universitaria convierte en homosexuales a los estudiantes.
- 2. Establecer que todo lo que no ha sido demostrado es cierto y viceversa.** Por ejemplo: *no* se ha demostrado plenamente que en los hoteles de paso del D. F. *no* se videografe a las parejas sexuales; por ende, esas videograbaciones existen. Este verdadero “llamado a la ignorancia” es muy frecuente y se basa en un argumento en sí mismo falaz: la necesidad de demostrar *lo que no es*.
- 3. Confusión entre hecho y causalidad.** Alguien puede asegurar: “desde que hay gobiernos del PRD en México, D. F., se ha incrementado la delincuencia”. Por lo tanto, este tipo de gobierno propicia que se delinca más. La conclusión puede ser errónea si se demuestra que ha aumentado la cultura de denuncia y que esos gobiernos han estudiado con acuciosidad y con registros más confiables la existencia de delitos.
- 4. Prejuicios personales.** Consisten en refutar a la persona y no sus ideas o alegatos. Por ejemplo: el doctor Quezadas es del PAN y cercano a Provida,

por lo que sus propuestas en torno a la metodología anticonceptiva deben descartarse de antemano.

5. Discriminación de la observación y reducción numérica. Un ejemplo de la primera sería: el laboratorio farmacéutico presume un producto que alivia algunos síntomas, pero no menciona sus efectos colaterales indeseables. De la segunda, también llamada estadística de números pequeños, podría ser un ejemplo el de alguien que, al conocer el dato numérico de que una de cada dos personas electoras votó por Andrés Manuel López Obrador en la elección presidencial de 2006, lo niegue afirmando: “eso es falso, pues he hablado con 20 personas y ninguna de ellas votó por AMLO”.

6. Confundir la falta de comprobación con la inexistencia del hecho. Por ejemplo: hay una gran cantidad de planetas en el espacio sideral, pero, como no hay pruebas de la existencia de seres extraterrestres, somos los terrícolas los únicos pobladores del Universo. Sin embargo, en la ciencia habría que matizar esa aseveración, diciendo: “no se ha demostrado que haya vida en algunos planetas distintos a la Tierra. Aún no se verifica ni se descarta la existencia de vida inteligente en muchos otros mundos, por lo que actualmente se puede afirmar que los pobladores de la Tierra somos los únicos conocidos”. *La ausencia de pruebas no es prueba de ausencia.*

Los elementos comentados servirán de base y referencia para nuestro siguiente capítulo, que tratará de las falacias y las realidades de Viagra®.

REFERENCIAS

1. **Barrios MD:** *Resignificar lo masculino. Guía de supervivencia para varones del siglo XXI.* México, Vila Editores, 2003.
2. **Potts M, Short R:** *Historia de la sexualidad, desde Adán y Eva.* Madrid, Cambridge University Press, 2001.
3. **Sagan C:** *El mundo y sus demonios.* México, Planeta, 2002.
4. **Taibo II PI:** *Pancho Villa. Una biografía narrativa.* México, Planeta, 2006.
5. **Vaughan S:** *La verdad sobre Viagra.* Barcelona, Lema, 1998.

Inventario de falacias y realidades sobre Viagra®

CONSTRUYENDO EL MITO

He leído que los mercadólogos y publicistas del laboratorio quimicofarmacéutico que produce el sildenafil idearon el nombre (Viagra®) a partir de la fusión de dos palabras: vigor y Niágara, como una propuesta metafórica que recogiera ideales aspiracionales de la masculinidad machista: energía viril y pasión desbordada, evocando el ímpetu de una catarata. No he logrado averiguar si esto es cierto, pero no me cabe la menor duda de que contribuye a reforzar el mito.

La mítica pastilla azul en forma de diamante surgió en medio de un halo de misterio y de leyenda. Distintas versiones mencionan que su origen fue producto de una *serendipia*, es decir, no una búsqueda intencionada, sino un hallazgo casual mientras se trabajaba en otra cosa, con diferentes objetivos. Sin embargo, la molécula que revoluciona la sexualidad más adelante se sujetó a muy rigurosos estudios e investigaciones que la convierten en uno de los fármacos más y mejor fiscalizados de la historia de la medicina. Las serendipias son por demás comunes en la investigación y requieren, por parte de los investigadores, una gran acuciosidad y estar prestos a lo que depare el proceso investigativo. Dos serendipias célebres en el campo médico fueron los descubrimientos de los rayos X, por Wilhelm Röntgen, y la penicilina, por Alexander Fleming.

Cuenta la leyenda que originalmente los científicos de Laboratorios Pfizer estudiaban un medicamento de aplicación cardiovascular, el sildenafil, con la pretensión de mejorar el aporte sanguíneo de las arterias del corazón y así obtener un tratamiento para la angina o isquemia de las arterias coronarias, las cuales re-

ducen su calibre o se obstruyen por el endurecimiento de la aterosclerosis (depósitos grasos en los vasos sanguíneos). El medicamento no pasaba satisfactoriamente las pruebas. Entonces vino la sorpresa: al concluir las investigaciones farmacológicas, los pacientes sujetos de estudio se negaban a devolver las muestras del producto; sucedía que el sildenafil propiciaba no tanto que la sangre llegara a las coronarias, sino a otro órgano: el pene. Los científicos centraron entonces su foco de atención en una serie de observaciones sistemáticas: aparentemente el sildenafil producía una eficaz dilatación de la musculatura de las arterias penianas, lo cual a su vez causaba un considerable aumento del aporte de sangre a los cuerpos cavernosos del pene. El resultado final era la erección.

Sigue la leyenda, pero con algunos tintes del más *chafa* cine hollywoodense: otras versiones mencionan que el laboratorio donde se efectuaban los estudios del medicamento fue saqueado durante la noche y que los ladrones dejaron dos datos significativos de su hurto: las cerraduras rotas e intacto el resto de los medicamentos, incluyendo narcóticos (con efecto analgésico) de gran costo. Independientemente de que esta última referencia anecdótica sea cierta o no, lo que sí es real es que los hechos completos fueron quizá menos novelescos, pero igualmente interesantes.

LA SUSTANCIA CLAVE

Aquí cobra el papel central una sustancia, el óxido nítrico (ON), del cual ya se han hecho algunos comentarios en este libro, así como tres nombres fundamentales: Jacob Rajfer, Ian Osterloh y Louis J. Ignarro. También destacan en esta historia la UCLA (Universidad de California, en Los Ángeles) y los laboratorios de Sandwich, Inglaterra, pertenecientes a Pfizer. Pero vamos por partes.

Apenas en la década de 1990 se empezó a conocer la verdadera función del ON en la fisiología humana, pues antes se le veía con cierto rechazo, por ser generador de ozono y contaminante del aire. No obstante, en los años recientes se ha empezado a saber que el ON tiene un importantísimo papel en distintas funciones, tales como la respuesta inmunitaria o sistema de defensa orgánico, tareas cerebrales (básicamente, memoria y aprendizaje), la sinapsis (conducción nerviosa) y los procesos vitales de vasodilatación. Era esta función, la relajación vascular, la que estudiaban los investigadores de la UCLA. Sus científicos pudieron corroborar el hecho de que, cuando la presencia de ON en los tejidos del pene es deficiente, disminuye el aporte de sangre y se produce un déficit de erección.

En algún momento de 1987 deambulaba por las instalaciones de los pasillos de la UCLA el Dr. Rajfer, quien se desempeñaba como urólogo en la Facultad de Medicina de la misma institución, cuando llegó, parece que accidentalmente, al

laboratorio de músculo liso donde se realizaban trabajos de investigación acerca del ON. Rajfer, quien desde un tiempo atrás estudiaba clínicamente los problemas de erección, había desarrollado la idea de que dichos trastornos estaban ligados a un mal funcionamiento del músculo liso del pene. Pronto supo que en ese mismo año el jefe de aquel laboratorio, el Dr. Ignarro, había desentrañado el origen de la dilatación del músculo arterial liso: cuando algunos neurotransmisores se conectan con los receptores del endotelio (la capa de tejido que reviste los vasos sanguíneos), las células de esta capa inician una acelerada producción de ON, el cual se difunde en todo el músculo liso del tejido en cuestión, produciendo su dilatación mediante un proceso bioquímico.

Los dos investigadores, Ignarro y Rajfer, ya como equipo, se plantearon el reto de hacer una nueva indagación: ¿cuál sería la acción del ON en el músculo de los cuerpos cavernosos del pene? La pregunta se antojaba pertinente porque ese músculo también es liso y contiene endotelio, igual que el resto del sistema arterial. Decidieron emplear conejos como animales de experimentación. Algunos fragmentos de tejido de los cuerpos cavernosos de los conejos fueron estimulados eléctricamente; por la respuesta de los nervios de ese tejido, se produjeron aumento de volumen del músculo y notable elevación local de las cantidades de ON. Esos resultados eran alentadores.

En otra fase de su investigación efectuaron esos experimentos, también exitosos, en seres humanos: hombres con y sin disfunción eréctil (DE). Un hombre tiene DE cuando es persistente su incapacidad para tener o mantener erecciones que le conduzcan a relaciones eróticas satisfactorias. Y llegó así la confirmación: el ON promueve las erecciones.

El Dr. Ignarro fue distinguido por la Academia Sueca con el premio Nobel de Medicina 1988, por su descubrimiento de la importancia del ON en el funcionamiento cardiovascular. Al respecto declaró: “Sí, fue emocionante ganar el premio Nobel y ver cómo hizo eclosión el campo de la investigación del ON. Aún más intensa es la certeza de que nuestra investigación ha sido usada para mejorar la salud de tantas mujeres y hombres. Considero que Alfred Nobel estaría complacido e impresionado de que la nitroglicerina, la misma sustancia que él temía fuese sólo un agente de destrucción, haya demostrado ser la clave de descubrimientos que ayudan a hombres y mujeres de todo el mundo a tener una vida más saludable y prolongada”.

SANDWICH SIN MOSTAZA, PERO CON FOSFODIESTERASA

En 1989, en los laboratorios de Sandwich se produjo la serendipia ya contada antes. Una sustancia originalmente llamada UK-92-480 no mejoraba significativa-

mente el aporte de sangre al corazón, pero sí algo más abajo. A principios de la década de 1990, la investigación con hallazgo fortuito, un efecto colateral deseado, la erección, se centró en el producto que más adelante se llamaría sildenafil.

El Dr. Osterloh, designado por Pfizer como coordinador de la investigación del citrato de sildenafil, se encargó de difundir nuevos hallazgos, esta vez buscados propositivamente: para la producción de una respuesta eréctil es imprescindible que el ON origine la participación del GMPc (monofosfato de guanosín cíclico) como mensajero químico que “ordena” al músculo liso dilatarse para permitir la entrada de sangre. Pero, ¿cómo interviene el sildenafil? A esa pregunta también respondió Osterloh, apoyado por su gran equipo de investigadores: ante un estímulo erótico específico se efectúa una “cascada bioquímica” que desencadena la erección; en ese proceso, como ya se vio, tienen una función descollante el ON y el GMPc. Pues bien, lo que el sildenafil hace es inhibir poderosamente una enzima, la fosfodiesterasa 5 o FDE 5. Esta sustancia es la que naturalmente bloquea los efectos del GMPc, lo cual produce una detumescencia o cese natural de la erección. Aun antes de que ocurra la eyaculación como señal para que se interrumpa la producción de GMPc, la FDE 5 empieza a actuar para impedir que haya una erección permanente, es decir, se empieza a cerrar ese círculo fisiológico con la flacidez. El sildenafil promueve con fuerza que se mantengan niveles elevados de GMPc. Si el sildenafil degrada o suprime a la FDE 5, entonces favorece que el GMP dilate las arterias, las mantenga llenas y realice la acción benéfica: una firme erección. Además, tiene otro importante efecto que contribuye a la firmeza y mantenimiento de la erección: no permite que la sangre vuelva a salir inmediatamente de los cuerpos cavernosos.

Secuencia de acontecimientos en el proceso de la erección:

1. Los estímulos eróticos llegan al cerebro o la médula espinal.
2. Hay estimulación a los nervios del pene; empieza a producirse ON.
3. El ON fabrica un mensajero químico: GMPc.
4. El GMPc relaja el músculo liso; la sangre fluye al pene.
5. La FDE 5 degrada al GMPc; viene la flacidez.
6. El sildenafil neutraliza la FDE 5; se mantiene la erección.

Las noticias eran francamente halagüeñas. El producto estaba listo para los ensayos clínicos necesarios, que consistieron, como ocurre con todo fármaco ético, en las clásicas cuatro etapas, que incluyen su administración inicial a pacientes que no han tenido resultados favorables con otros tratamientos (etapa 1). Luego, en caso de existir eficacia y no gravedad en los efectos secundarios negativos, se pasa a su experimentación con pacientes divididos entre los que reciben el fármaco y los que toman placebo, poniendo particular atención en la seguridad del producto y sus efectos adversos (etapa 2). Se pasa posteriormente a los estudios llamados “doble ciego” (en los que, como ya se ha señalado, nadie sabe quién toma

la sustancia inerte y quién el verdadero fármaco); en esta etapa 3, al tiempo que se busca precisar las dosis idóneas, se siguen revisando en detalle la seguridad y los efectos indeseables. Al llegar a la fase final, la 4, pese a que el medicamento haya sido éxito en las etapas anteriores, es objeto de rigurosas observaciones para reafirmar más su seguridad y efectuar pruebas individuales.

Los doctores Osterloh (que supervisó los estudios iniciales en Europa), Tom Lue (coordinador de la investigación clínica en EUA a partir de la fase 3) y Harin Padma-Nathan (que tuvo una participación notable en estos estudios) dieron testimonio del paso exitoso del sildenafil por este complejo tamiz científico, lo cual corroboraron las ya miles de publicaciones científicas posteriores.

UN INVENTARIO

En las siguientes páginas de este capítulo buscaré que quien me lee, *desmitifique*, es decir, destierre falacias, identifique mitos o leyendas y conozca realidades. Para efectos del texto, usaré la palabra *mito* para referirme a la falacia y la expresión *realidad* para aludir a las verdades emanadas de la investigación científica, la cual, por cierto, no es la única manera de indagar lo verdadero, pero sí una de las más confiables. Esto es así porque la ciencia procura *preguntarle a la realidad*, sin trampa ni prejuicios.

Una revisión amplia de los medicamentos llamados inhibidores de la FDE 5 realizada por los investigadores alemanes Gresser U y Gleiter CH, publicada en el *European Journal of Medical Research* el 29 de octubre de 2002, revela que, hasta agosto de ese año: “El sildenafil se ha empleado en alrededor de 20 millones de hombres en 110 países y es una de las sustancias farmacológicas mejor estudiadas. Por ejemplo, en el Medline, la base de datos de los Institutos Nacionales de Salud de EUA, se encontraron 1 095 publicaciones científicas sobre el sildenafil, 24 sobre el vardenafil (Levitra®) y 3 sobre el tadalafil (Cialis®)”.

Los ojos del mundo científico estaban entonces puestos en la famosa píldora azul, y lo siguen estando...

Al hacer un recuento de los trabajos de investigación científica que han sido expuestos en el Congreso Americano de Urología, el libro de resúmenes muestra los siguientes datos: en 2004 aparecieron 16 investigaciones de sildenafil, 4 de tadalafil y 3 de vardenafil. En la edición de 2005 se presentaron 15 de sildenafil, 3 de tadalafil y 4 de vardenafil. En 2006 fueron 10 de sildenafil, ninguna de tadalafil y 1 de vardenafil. Lo anterior es un claro ejemplo del interés de seguir trabajando en la indagación científica de la molécula que revoluciona la sexualidad, pese a que fue el medicamento que abrió el camino a los demás y al propio desarrollo de la medicina sexual.



Empecemos...

Mito

Viagra® afecta el sistema cardiovascular y origina muertes

Una noticia difundida el 21 de mayo de 1998 parece haber generado el mito: se reportó en EUA que 6 hombres habían muerto después de tomar sildenafil. Aunque había causas individuales y patologías previas en los usuarios, hubo apresuramiento en la prensa amarillista: la pastilla azul mataba a la gente. A otros casos posteriores se les dio la misma connotación. El fármaco se sentó en *el banquillo de los acusados*. No sólo se ignoró que el producto había pasado exitosamente las pruebas clínicas de rigor antes de su comercialización, sino que además se incurrió en lo que Sagan llamaría *confusión entre causalidad y correlación*. Si bien el mito se ha ido diluyendo poco a poco debido a la fuerza de la verdad científica, aún hoy existen personas que afirman que Viagra® produce infartos o hace al usuario *morir en el acto* (es decir, durante el coito). Lo casi increíble es que algunos médicos, que se supone que deben estar bien informados al respecto, también son difusores del mito.

Realidad

Está demostrada la seguridad medicamentosa del sildenafil y se han verificado sus efectos protectores para el corazón

Viagra® ha sido sometido a muy rigurosos estudios en el área cardiovascular, lo cual lo convierte en uno de los medicamentos *más vigilados* de todos los tiempos.



La observación de 12 000 pacientes durante cuatro años muestra con cifras de significación estadística que el medicamento es seguro y protege al usuario contra infartos, reduciendo además la tasa de mortalidad. Recordemos de nuevo a Carl Sagan: “lo que es vago y cualitativo está abierto a muchas explicaciones. Si lo que se explica tiene alguna cantidad numérica relacionada, será mucho más capaz de discriminar entre hipótesis en competencia”.

Hasta 2006, más de 750 000 médicos habían recetado sildenafil a más de 23 millones de varones en el mundo, con éxito en el tratamiento y total seguridad. Si la pastilla “matara en el acto”, la población mundial estaría diezmada. Pero eso no es todo: la pastilla azul tiene *efectos de protección al corazón* durante los encuentros sexuales y en la vida en general, pues se ha documentado científicamente que, por su suave efecto vasodilatador, produce una moderada y fugaz baja en la presión arterial, estabiliza el endotelio (la capa interna que reviste las arterias), reduce la presión pulmonar, aumenta la reserva de aporte de sangre de las coronarias (los vasos que irrigan el corazón), no altera negativamente la contracción del músculo cardíaco, no modifica la frecuencia cardíaca, no altera el gasto o el esfuerzo del corazón y no tiene efectos nocivos en personas sin problema coronario. A este respecto, fueron notables los trabajos científicos presentados en el Simposium de la Sociedad Europea de Cardiología en agosto de 2000, así como el trabajo del Dr. Luis Alcocer Díaz-Barreiro, Jefe del Servicio de Cardiología del Hospital General de México, publicado en la *Revista Educativa para la Salud*: “El sildenafil tiene efectos benéficos demostrados sobre la función cardiovascular y puede explicar el margen de seguridad de su aplicación para el tratamiento de la disfunción eréctil en pacientes con enfermedad cardiovascular, tanto oculta como evidente”. En agosto de 2005 el prestigiado *Journal of the American Heart Association* publicó un artículo del Dr. Edimar Alcides Bocchi, Jefe de las Clíni-

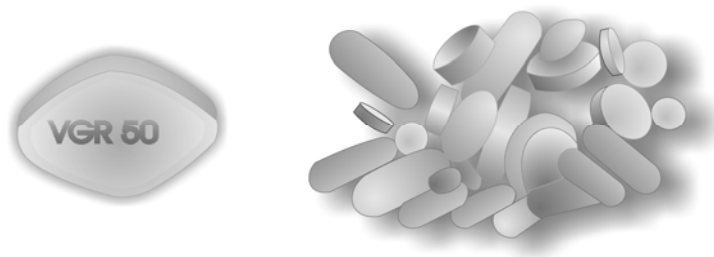


cas de Insuficiencia Cardíaca de la Facultad de Medicina de la Universidad de Sao Paulo, Brasil, que concluye diciendo: “el sildenafil permite que más hombres con insuficiencia cardíaca estable reanuden su actividad sexual y logren mejorar el éxito del tratamiento general de la insuficiencia del corazón”.

Mito

Viagra® está contraindicado en conjunción con otros fármacos

No sé con precisión cómo surgió este mito, pero se lo he escuchado a distintas personas, incluyendo pacientes, comunicadores y alumnos. Probablemente se basa en la infundada noción de que el sildenafil “es tan fuerte” que podría interactuar negativamente con medicamentos de uso corriente en enfermedades como diabetes mellitus, hipertensión arterial, hiperlipidemia (aumento de grasas circulantes en sangre), depresión y otros.



Desmitificar la falacia cobra especial interés porque es la *lesión del endotelio vascular* un factor común en padecimientos que son verdaderos problemas de salud pública de una gran importancia epidemiológica, como las mencionadas diabetes, hipertensión, aterosclerosis, insuficiencia cardíaca y disfunción eréctil.

Realidad

Viagra® se usa beneficiosamente junto con otros tratamientos; por ejemplo, de diabetes, hipertensión y depresión

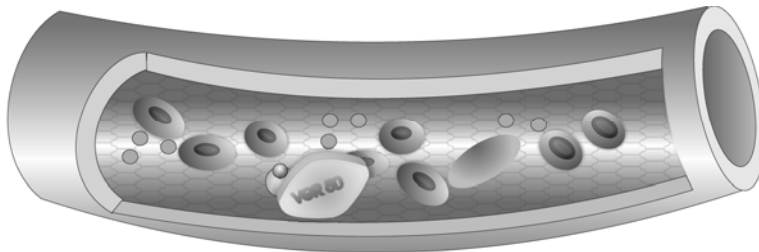
El sildenafil no se contraindica con medicamentos para otras afecciones, ya que existe gran experiencia clínica en el empleo simultáneo con tratamientos para distintas enfermedades, especialmente las llamadas crónicas degenerativas.

Los estudios experimentales de las fases 2 y 3 incluyeron pacientes con hipertensión, muchos de los cuales recibían tratamiento. De 2 722 pacientes, 32.5% (885) recibieron fármacos contra la presión arterial simultáneamente al sildenafil, como también lo hicieron 32.7% de los pacientes que fueron tratados con placebo. Los resultados fueron concluyentes: los pacientes que toman medicamentos antihipertensivos no tienen mayor riesgo de presentar síntomas de disminución de la presión arterial al tomar sildenafil.

Ya desde 1999 se anotaba en un trabajo publicado en *The Journal of the American Medical Association*, llamado “Sildenafil en el tratamiento de la disfunción eréctil en varones diabéticos”, que “los resultados del presente estudio señalan que el sildenafil por vía oral es un tratamiento efectivo y bien tolerado en la disfunción eréctil de causa orgánica en los hombres diabéticos”.

En el estudio *Eficacia y seguridad del citrato de sildenafil en pacientes con disfunción eréctil y diabetes mellitus que toman diversos agentes antihipertensivos*, de la *American Diabetes Association* (junio de 2002), se resume: “El sildenafil fue un eficaz y bien tolerado tratamiento de la disfunción eréctil en hombres con diabetes e hipertensión arterial que están tomando dos o más medicamentos antihipertensivos”. Este tipo de estudios se ha multiplicado en tiempos recientes.

En los análisis iniciales efectuados a algunos pacientes que tomaban tratamientos simultáneos se detectaron niveles más altos de sildenafil circulando en sangre. Esto ocurrió con eritromicina (antibiótico), cimetidina (antiulceroso y antiácido) y medicamentos contra los hongos, como ketoconazol. En previsión de que esos medicamentos obstaculizaran la metabolización y eliminación del sildenafil, el laboratorio sugirió que esos pacientes empezaran a tomar sildenafil a la dosis más baja: 25 mg. No obstante, la revisión a largo plazo no ha mostrado problema alguno al respecto. En otro sentido, se ha visto que el sildenafil no altera la capacidad de la Aspirina® como medicamento indicado para la prevención de infartos y enfermedades cerebrovasculares (efecto que en medicina se llama antiagregante plaquetario).



Mito

Viagra® es peligroso cuando se toma alcohol

Es muy común escuchar decir: “no puedo tomar alcohol porque estoy tomando medicina”. Esta precaución es justificable en algunos casos en los que existe una interacción negativa del alcohol etílico con el fármaco prescrito. Un ejemplo claro es el del medicamento contra las amibas llamado metronidazol, que sí se contraindica con el alcohol. Quiero creer que el mito surge con la mejor intención de evitar perjuicios a los consumidores y no como una postura moralista que quiere imponer la abstinencia etílica a ultranza (hay que decir que hay algunos moralistas militantes de agrupaciones conservadoras que lo que quisieran imponer es la abstinencia sexual fuera del matrimonio).



Realidad

Viagra® no se contrapone al alcohol tomado con moderación

El sildenafil no está contraindicado con el uso moderado de bebidas alcohólicas. Hace algunos años el laboratorio que lo produce hizo experimentos clínicos con voluntarios a los que se les administró una tableta de 50 mg y tomaron alcohol hasta el máximo permitido para conducir un automóvil en EUA: 0.08% en la sangre. La presión arterial no descendió a niveles menores que los que produce la bebida alcohólica sola.

He dicho que Viagra® no se contraindica con cantidades moderadas de alguna bebida alcohólica, porque, como es sabido, a dosis bajas el alcohol produce desinhibición de impulsos de la corteza cerebral y reducción de las tensiones emocionales, lo cual favorece euforia y bienestar, propiciando así la *soltura* en los encuentros eróticos. En cambio, cuando se bebe alcohol hasta la embriaguez, su efecto es depresor del sistema nervioso central y origina disminución de los reflejos y narcosis (el borracho se duerme). No es que alguien que toma mucho alcohol no pueda ingerir Viagra®, lo que sucede es que no hay nada más antierótico que un ebrio impertinente trastabillando, vomitando y quedándose dormido.

Las comidas abundantes, ricas en grasas y el propio alcohol (licores, vino, cervezas) podrían retardar la absorción del sildenafil, aunque no bloquean sus niveles activos circulando en la sangre. En cambio, el jugo de toronja favorece la absorción de Viagra®, por su compatible estructura química.





Mito

El consumo de Viagra® origina adicción, sus efectos van mermando con su uso y cada vez se requiere más dosis para producir el mismo efecto

Estos mitos están relacionados con la idea de que el sildenafil es una droga “fuerte”, de efectos marcados que modifican el estado anímico. La equiparación con las sustancias de abuso se hace propicia, especialmente cuando en las sociedades se ha satanizado tanto el goce erótico.

Realidad

El sildenafil no causa farmacodependencia y su suspensión no origina síndrome de abstinencia

Los estudios de seguimiento a largo plazo, hasta dos y tres años, muestran nítidamente que la eficacia para el logro de las erecciones se mantiene con el paso del tiempo, con índices de satisfacción hasta de 95.8%. En estos estudios y en las observaciones de los médicos en la consulta cotidiana no se ha encontrado taquifilaxia, esto es, no se necesita incrementar la dosis, pues no merman sus efectos con el uso o con el paso del tiempo. En ningún estudio con control científico ni en hallazgos de consultorio se han reportado dependencias físicas o psicológicas. Es necesario tener presente que el medicamento no actúa directamente en el sistema nervioso central.

Mito

Viagra® es un afrodisiaco moderno

Hay entusiastas promotores de la versión, dentro y fuera del laboratorio que lo produce, de que el sildenafil, por sí mismo, es un afrodisiaco de fines del siglo



XX y principios del XXI. Algo tan buscado como la fuente de la eterna juventud, la piedra filosofal o el Santo Grial, ha sido un buen afrodisiaco; la palabra viene de Afrodita, la deidad griega de la belleza y el amor. El afrodisiaco ideal sería un producto químico que intensificara el deseo y la calidad y número de los orgasmos.

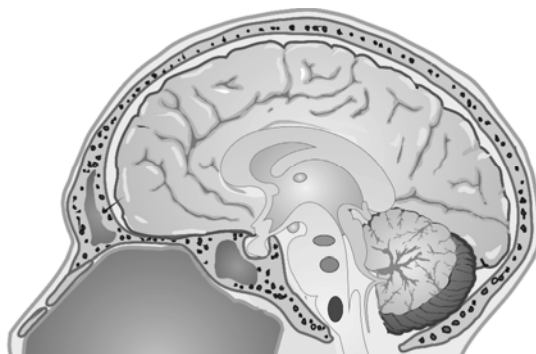
Realidad

Su acción es específica: promueve, facilita y hace perdurar la erección

Si bien es cierto que la medicación conduce a una serie de modificaciones benéficas en la curva de la respuesta sexual humana (mismas que serán detalladas en el capítulo 5), también lo es que *el sildenafil no es un afrodisiaco*.

Como ya se ha mencionado antes, lo que hace Viagra® es promover fisiológicamente la erección y hacerla perdurar; no obstante, el fármaco, en interacción





El mejor afrodisíaco.

con la emocionalidad del varón que lo usa y con su pareja, podrá favorecer, ante circunstancias idóneas, una mejoría global del vínculo erótico.

El único afrodisíaco que actualmente existe en el mundo real es el cerebro humano.

Mito

Viagra® produce erecciones mecánicas o “en frío”

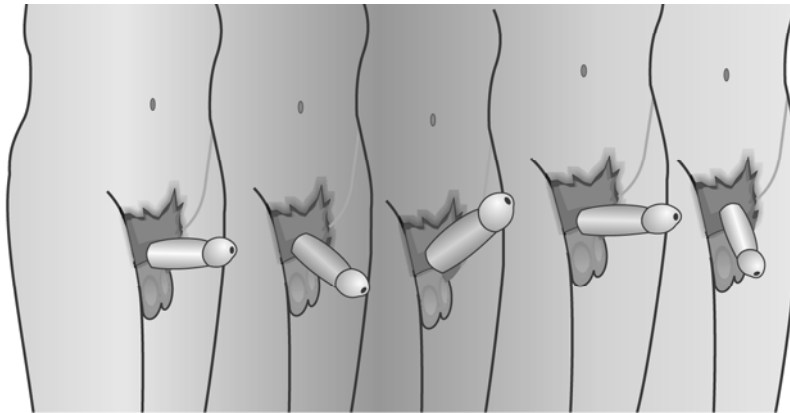
El mensaje es: “Te tomas la pastilla y con eso *se te para*”. La idea implícita es que el efecto del medicamento es puramente mecánico y que incluso en ausencia de deseo, estímulos eróticos y el ambiente propicio se producirá la erección. Ese mito trajo consigo otra falacia, en boga hace algunos años: “El Viagra® va a originar que aumente la violencia sexual”.

Realidad

Viagra® activa los procesos naturales de la erección ante los necesarios estímulos eróticos

El mecanismo de acción del sildenafil representa la sucesión de eventos bioquímicos que de manera natural, fisiológica, dan lugar a que los cuerpos cavernosos del pene se llenen de sangre y con ello se produzca una erección. Para que lo anterior suceda es necesario que aparezcan fantasías, deseo, caricias, estímulos visuales y, generalmente, una ambientación idónea para el encuentro de los cuerpos.

La violación sexual, desafortunadamente tan frecuente, es una manifestación machista y agresiva que no tiene que ver con el erotismo, sino con el ejercicio del poder y la violencia física o moral. El agresor sexual se complace en someter y dañar a su víctima. Un encuentro erótico es exactamente lo contrario, ya que cam-



pean el mutuo acuerdo, la disposición anímica, el deseo, la seducción, la respuesta excitatoria y el orgasmo. Por definición, un encuentro erótico es consciente y voluntario, las más de las veces muy placentero cuando la persona se despoja de inhibiciones, angustia, culpas e inadecuación.

Mito

Ingerir Viagra® implica tener molestias graves y duraderas

Se difundió la especie de que el uso de los llamados inhibidores de la fosfodiesterasa 5, especialmente el pionero, citrato de sildenafil, tenía efectos adversos se-





cundarios terribles. Se decía que los dolores de cabeza, las palpitaciones, el calor corporal y el mareo eran de tal manera insoportables que los pacientes desistían de su uso, pues dichos síntomas se prolongaban durante horas y días.

Realidad

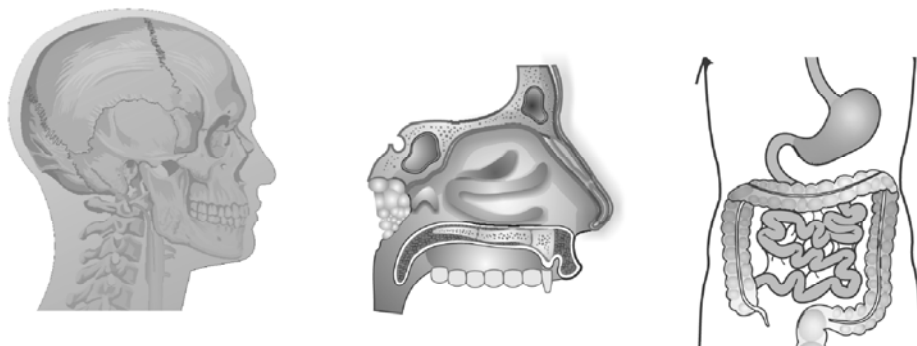
Cuando se presentan, los efectos secundarios del sildenafil son moderados y pasajeros

A veces se presentan como efectos secundarios del sildenafil los siguientes:

- Leve dolor de cabeza (de 10 a 12%).
- Enrojecimiento y calor en el rostro (de 8 a 10%).
- Congestión nasal (6%).
- Algunas molestias digestivas (6%).
- Mareo (2%).

Todos estos síntomas son pasajeros, de leve a moderada intensidad. En ningún caso ameritan, por esas molestias, la suspensión del medicamento o la reducción de la dosis. Tampoco se llega a presentar alguna interferencia con el encuentro erótico o con la calidad del mismo.

En un estudio en 2002, llamado *Tratamiento con sildenafil para la disfunción eréctil: disminución del perfil de efectos adversos a través del tiempo*, realizado por C. Carlson y col., se concluyó que el uso a largo plazo de sildenafil tiene como consecuencia *la reducción paulatina del rango de efectos secundarios*. La presencia de estos efectos se puede equiparar con la encontrada en el grupo control que recibió placebo. Esto es consistente con los estudios mundiales de 3 700 pa-



Leves y pasajeros efectos indeseables.

cientes, donde se demostró que el índice de suspensión fue similar para sildenafil (2.5%) y placebo (2.3%).

Mito

Viagra® produce padecimientos oculares que conducen a la ceguera

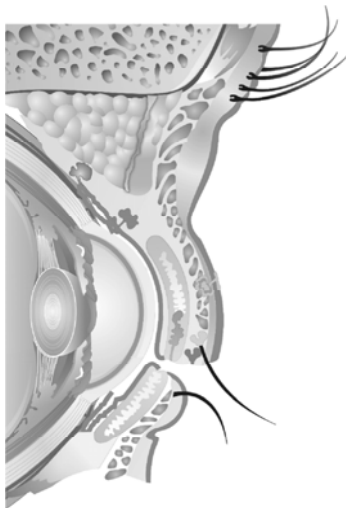
En mayo de 2005 algunos medios de comunicación impresos y electrónicos difundieron la “noticia” de una supuesta relación entre el uso de sildenafil y una afección ocular llamada *neuropatía óptica isquémica anterior no arterítica* (este nombre es real y no se trata de un trabalenguas para el lector), cuyas siglas en inglés son NAION, denominación con la que se ha popularizado.

Yo mismo escuché con estupefacción a un locutor de noticias en radio quien, alarmado, vociferaba: “¡Aguas con el Viagra®, porque los deja ciegos!”

Realidad

Si bien se han reportado casos de visión azulada con el uso del sildenafil, que en realidad corresponden a diferencias leves y pasajeras en la discriminación azul/verde, también se ha demostrado que el medicamento no tiene efectos ni en la agudeza visual ni en la sensibilidad al contraste. El urólogo mexicano José Antonio Medina, uno de los mayores expertos nacionales en Viagra®, opina: “Los efectos visuales han dejado de ser una preocupación, ya que ocurren principalmente cuando se utilizan dosis superiores a las recomendadas o cuando se toma el medicamento con un espacio menor a 24 horas”.

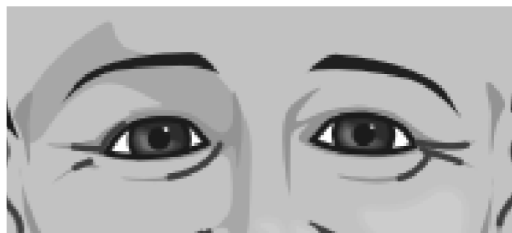
La NAION es una enfermedad del nervio óptico que, sin ser frecuente, se presenta más en adultos mayores de 50 años de edad con presión arterial alta, coleste-



rol alto y diabetes. La mayoría de los casos de NAION ocurren en personas con factores previos de riesgo anatómico (vascular). Es factible que personas con esos factores de riesgo y con antecedentes personales de las enfermedades citadas estén tomando o hayan tomado Viagra®.

No existen pruebas que demuestren que la NAION ocurra con más frecuencia en hombres que toman Viagra® que en los que no lo toman y que compartan las mismas condiciones de edad y estado de salud.





Aunque ya se ha comentado, no es ocioso subrayar que el sildenafil fue utilizado por más de 23 millones de hombres en el mundo hasta 2006, sin reportes de daños a la salud.

Una revisión en 2005 de 103 pruebas clínicas de Viagra® (con 13 000 pacientes) no encontró reportes de NAION. No existe evidencia de que Viagra® cause padecimientos oculares.

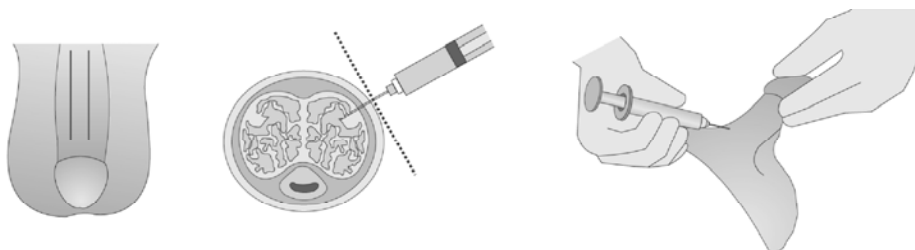
Mito

Viagra® produce erecciones prolongadas, dolorosas y peligrosas

¿Un mito elevado a la categoría de ciencia? ¿Un pretexto moralizante?

Ante el asombro del cuerpo médico informado, el 29 de julio de 2005 la prensa nacional recogió una declaración de un facultativo que se ostentó como Jefe del Servicio de Andrología de un importante hospital público: “El uso de medicamentos contra la disfunción eréctil sin prescripción médica por varones que no los requieren puede causar priapismo, una erección constante de hasta 6 h; si la erección llega a durar más de este tiempo, la única solución es la amputación del pene”.





Realidad

No se ha descrito el priapismo como una complicación de los fármacos orales para la DE. Los hombres jóvenes o de mayor edad que han tomado este tipo de medicamentos sin tener dicha alteración de la salud sexual tampoco refieren episodios de priapismo. De hecho, el sildenafil fue administrado en estudios internacionales a más de 3 000 pacientes que tenían de 19 a 87 años de edad. De ellos, 550 recibieron el fármaco por más de un año y *no se reportaron casos de priapismo*.

En las terapias invasivas, como la aplicación de prostaglandinas E1 en los cuerpos cavernosos del pene, o en la inyección intracavernosa de cocteles farmacológicos (prostaglandina, fentolamina, papaverina) es factible, aunque no frecuente, que se llegue a presentar priapismo. Esta erección sostenida y dolorosa puede originar isquemia y necrosis (falta de aporte de sangre oxigenada y muerte del tejido, respectivamente), lo cual implica una urgencia médica absoluta y, si se prolonga por más de 6 h, amerita tratamiento médico-quirúrgico, el cual, por cierto, la mayoría de las veces no es la amputación.

Mito

El hecho de que Viagra® se tome “poco antes” del encuentro erótico es una gran desventaja, pues “se tiene que hacer el amor con prisa”

Es claro que la difusión de este mito tiene que ver con las campañas publicitarias de la competencia del sildenafil, particularmente la de un producto que ataca la supuesta prisa de la píldora azul y presume de largas 36 h de intensa sexualidad (léase, erotismo).

Realidad

Los testimonios de los pacientes revelan que es cómodo y que reduce la ansiedad tomarlo una hora antes o menos

El efecto mediático ha sido importante, pues no se puede negar que hay gente que cree pasivamente en las consignas de la mercadotecnia y la publicidad; sin em-



bargo, vale la pena, siguiendo otra vez a Carl Sagan, interponer el pensamiento crítico y darle lugar al escepticismo ético; luego entonces, es importante desmitificar el punto.

Ante todo hay una afirmación: *todos los medicamentos de administración tomada (oral) para la disfunción eréctil, especialmente los conocidos como inhibidores de la FDE 5, son buenos productos para el fin propuesto*. Descuella entre ellos Viagra®, por la experiencia clínica en su manejo, el seguimiento científico que se le ha podido dar desde 1998, la enorme cantidad de rigurosos estudios realizados, la seguridad medicamentosa, pero, sobre todo, la mejor firmeza y calidad tanto en las erecciones como en la emocionalidad y el vínculo de pareja (aspecto al que me referiré con detalle en el capítulo 8). Pero todo esto, en una frase atribuida a Jack el Destripador, “vamos a desmenuzarlo”:

En primer lugar, no es cierto que la administración y los efectos de Viagra® sean “acelerados” y de corta duración. En efecto, la inducción de erecciones efectivas de grado máximo se presenta desde los 12 min, en la mayoría de los casos se logra a la media hora después de tomar el medicamento y la duración de la acción de la sustancia es de, *cuando menos*, 4 h. El sildenafil, que muestra efectos más pronto cuando se ingiere sin haber tomado alimentos previamente, tiene una vida media de 4 h en promedio, pero alcanza en esas circunstancias las mejores concentraciones de los 30 a los 120 min luego de la toma y sus efectos se prolongan hasta 8 h después, esto último en 57% de los pacientes. Otro grupo de usuarios de Viagra® perciben efectos benéficos hasta 12 h después de la toma. Como detallaré en otra parte de este libro, se ha observado que el sildenafil acorta el periodo refractario poseyacuación (tiempo que transcurre entre el orgasmo y la eyacuación y el volver a estar en condiciones de responder a un nuevo estímulo erótico) hasta cuatro o cinco veces.

En segundo lugar, quienes frecuentemente hacemos historias clínicas sexuales de población sana de ambos géneros y de hombres con disfunción eréctil podemos acreditar el hecho de que la mayoría de los hombres y mujeres que quieren tener un encuentro erótico (incluya o no la penetración) suelen decidirlo poco antes de tenerlo, no con gran anticipación. Es difícil concebir a un hombre que, al planear su encuentro erótico tome, por ejemplo, su pastilla a las 9 de la mañana en la oficina para tener su relación a las 9 de la noche en casa. La inmensa mayoría de los consultantes o pacientes a los que un médico les ha prescrito sildenafil en el servicio de salud sexual en el que me desempeño hablan de sentirse muy cómodos y sin ansiedad cuando toman 60, 30 o 15 min antes de su encuentro sexual la pastilla que contribuirá a su bienestar erótico durante las siguientes horas. Lo de “las prisas”, en mi experiencia profesional, carece de verdad. Más bien estos hombres relatan que, al tener tranquilidad, despliegan su pasión sin limitaciones.

En tercer lugar, los publicistas de ese buen producto que compite con sildenafil, a quienes habría que felicitar por su creatividad y audacia, hacen creer hábilmente a sus potenciales usuarios que usar Viagra® es una carrera contra el tiempo y que emplear su producto brinda *todo un fin de semana* (3 días o 72 h) de actividad sexual continua. Esto tampoco es real: se recomienda tomar ese medicamento, cuyo nombre químico es tadalafil (que se presenta en pastillas de 10 y 20 mg), desde 30 min hasta 12 h antes de su uso. La concentración máxima en sangre se obtiene en un promedio de 2 h, en tanto que su vida media promedio es de 17.5 h en individuos sanos. El laboratorio enfatiza no usar diariamente la dosis. Los episodios de dolor de espalda, junto con otros dolores musculares relativamente frecuentes con la toma de tadalafil, aunados a las molestias comunes y pasajeras que se presentan con los fármacos llamados inhibidores de la FDE 5, estarían más tiempo presentes en los usuarios. Por otra parte, será necesario estudiar más en la también famosa pastilla *que dura tanto* la toxicidad testicular que se encontró en perros durante los estudios preclínicos.

En cuarto lugar, hay otros factores de especial interés: son diferentes los conceptos farmacológicos de *vida media* y *vida total*. Así, el sildenafil tiene una vida total de entre 8 y 12 h, en tanto que el tadalafil (que por cierto apareció en el mercado prácticamente cinco años después que Viagra®) dispone de 34 a 36 h. Esto es importante, entre otras razones, porque uno de los urólogos mexicanos que con más detalle ha estudiado estos productos, el Dr. Manuel Dehesa Dávila, sostiene que la acción del sildenafil es de tipo fisiológico, pues coincide con el ritmo circadiano o alternancia día-noche y luz-oscuridad. Los periodos de sueño-vigilia que se ciclan a lo largo de 24 h serían compatibles con la vida total de Viagra®, que también es coincidente con las horas de sueño. El mismo Dehesa considera que un producto que tenga prolongadas vidas media y total no es un medicamento que armonice con la fisiología del organismo humano.

Sin duda, estos puntos de vista merecen una reflexión.



Mito

Tomar Viagra® afecta la salud de quienes no tienen disfunción eréctil

Un sector reducido de personas, pero bien representado en la comunidad médica, ha planteado llamamientos a que la población masculina que no padece disfunción eréctil se abstenga de utilizar sildenafil y productos semejantes. Apoyados en otros mitos falaces, apelan a los daños a la salud. “No necesitan *esas cosas* y los afectarán”, parece ser la consigna.

Realidad

La indicación médica es la disfunción eréctil. El empleo de Viagra® con fines de divertimento no daña la salud y acentúa la confianza en el desempeño erótico

Nuevamente observo en este mito, como en algunos anteriores, tintes moralistas.



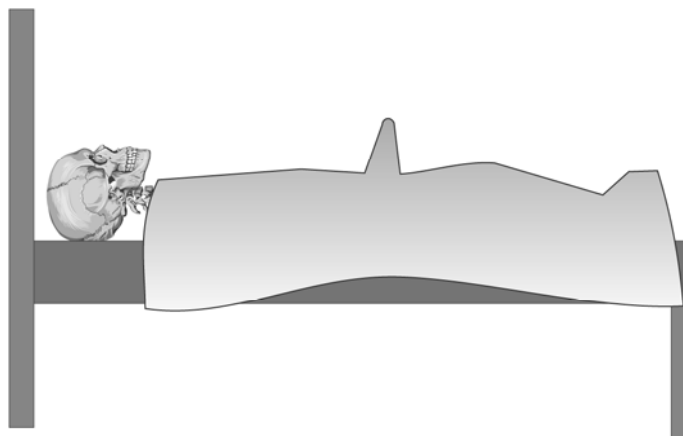
Nadie ignora que muchos varones sanos, de distintas edades, emplean sildenafil y medicamentos parecidos con fines *recreativos*. Estos hombres refieren un desenvolvimiento erótico relajado, sin tensiones, por la seguridad de una firme erección.

Claro está que los médicos prescribimos medicamentos como Viagra® sólo para disfunción eréctil. Del mismo modo, el laboratorio que lo produce omite el factor *divertimiento* como justificante de una receta. No obstante, los profesionales de la salud en general y de la salud sexual en particular no deberíamos, en mi opinión, erigirnos en jueces (o clérigos, o agentes de la Policía Federal Preventiva) del comportamiento sexual y las actividades eróticas de nuestros consultantes, mujeres y hombres. Simplemente, no es nuestra función. Podemos y debemos, eso sí, orientar profesionalmente a nuestro paciente para que sepa que no requiere el sildenafil con fines médicos. También es necesario informarle ampliamente de los efectos, los escasos y transitorios síntomas indeseables, el modo de empleo y, por supuesto, la única contraindicación absoluta: el uso simultáneo de compuestos que contengan nitratos o donadores de óxido nítrico, pues se ha visto que, al usarlos de manera concomitante con Viagra®, se incrementa la vasodilatación y puede surgir una hipotensión arterial.

El hombre adulto, consciente, informado y sin dudas, que se responsabiliza de su cuerpo y su placer, es libre. ¡No hay por qué perturbar esa libertad!

Vale recordar al lector que se ha probado sobradamente la seguridad medicamentosa del sildenafil en una gran cantidad de estudios con metodología científica intachable.

Es sincero y ético por parte de los trabajadores de la salud enfatizar que el uso de Viagra® para incrementar la confianza, derrotar el temor al desempeño y entregarse sin restricciones a la compartición erótica *no está contraindicado*.



Cuadro 4-1. Medicamentos que contraindican el empleo de inhibidores de la FDE5

Sustancia genérica	Nombre comercial
Dinitrato de isosorbide	Dilatrate-SR®
	Iso-Bid®
	Isordil®
	Isordil Tembids®
	Dinitrato de isosorbide
	Dinitrato de isosorbide LA
	Sorbitrate®
Teranitrato de pentaeritritol	Sorbitrate SA®
	Peritrate®
Tetranitrato de eritritil	Peritrate SA®
	Cardilate®
Dinitrato de isosorbide/fenobarbital	Isorbil w/PB®
Nitroprusiato de sodio	Nitroprusiato de sodio
Trinitrato de glicerilo	Anglix®
Nitroglicerina	Cardinit 5 y 10®
	Minitran®
	Nitradisk®
	Nitroderm TTS5 y TTS 10®
	Nitro-Dur®
	Nitrogard®
	Nitroglicerina
	Nitroglyn®
	Ungüento de nitrol
	Nitrolan®
	Aerosol nitrolingual
	Nitropress®
	Nitroprex®
	Nitro SA®
	Nitrospan®
	Nitrostat®
	Sistema Nitro-Trans®
	Nitro-transdérmico
	Nitro-time®
	Transderm-Nitro®
	Tridil®
	Nitrong®
	Nitropar®
Mononitrato de isosorbide	Elantan®
	Elantan Retard®
	Imdur®
	Isoket®
	Isorbid®
	Monoket®
	Mono Mack®
	Mono Mack Depot®
	Mononitrato de isosorbide

Mito

Viagra® tiene diversas contraindicaciones, por lo que su uso es muy limitado en medicina

Mito o leyenda negra que surge a partir de la infundada historia, reseñada ya, de los muertos por Viagra®.

Realidad

La única contraindicación absoluta para el uso de sildenafil y otros inhibidores de la FDE 5 se establece si el hombre utiliza medicamentos a base de nitratos, que en combinación con el medicamento para la disfunción eréctil, pueden aumentar los efectos hipotensores severos, es decir, bajar bruscamente la presión arterial.

Los nitratos son compuestos que producen dilatación de las arterias coronarias, igual que el sildenafil. En el cuadro 4-1 tenemos un listado de medicamentos cuyo uso contraindica el empleo de inhibidores de la FDE 5:

Notas importantes

- **No deben administrarse** sustancias a base de nitratos a personas que hayan ingerido medicamentos como sildenafil, vardenafil y tadalafil en las últimas 24 h. Se busca prever una disminución brusca de la presión arterial.
- **No debe administrarse** nitrito de amilo, una sustancia complementaria al placer erótico, si la persona utiliza inhibidores de la FDE 5 (sildenafil, vardenafil y tadalafil) y viceversa. (Hay personas, sobre todo varones, sean homosexuales o heterosexuales, que en sus encuentros eróticos utilizan cápsulas de nitrito de amilo, ya sea tomadas o su contenido aspirado nasalmente —*poppers*— para experimentar sensaciones de agolpamiento de calor, principalmente en la cabeza, el rostro y la mitad superior del cuerpo.)

REFERENCIAS

1. **Alcocer L:** *Actividad sexual y seguridad cardiovascular*. Congreso del Colegio Mexicano de Urología. Guadalajara, México, 2002.
2. **Alcocer L:** La naturaleza del tratamiento de la disfunción eréctil y de la cardioprotección que produce el tratamiento con sildenafil. *Rev Educ Salud* .Reimpreso s/d.
3. **Barrios MD:** El sildenafil: la revolución sexual del tercer milenio. *Rev Educ Salud* 2002; 5(55).
4. **Boolell M, Gingell C et al.:** *Sildenafil oral en el tratamiento de la disfunción eréctil peniana en pacientes diabéticos*. Madrid, European Society for Impotent Research, 1997.
5. **Carson C et al.:** Sildenafil treatment for ED: rate of adverse events decrease over time. AUA Meeting, Orlando, Florida, 2002.
6. **Corbin JD, Francis SH:** Pharmacology of phosphodiesterase-5 inhibitors. *Int J Clin Pract* 2002;56(6).

7. **Dehesa Dávila M:** Comunicación personal al autor. México, 2006.
8. **Dündar S, Dündar M, Koçak I, Bahar ÖS:** *Effect of sildenafil on ocular haemodynamics.* Eye. Royal College of Ophthalmologists, 2001.
9. **Eardley I, Ellis P, Boolell M, Wulff M:** Inicio y duración de acción de sildenafil para el tratamiento de la disfunción eréctil. *Rev Educ Salud* 2002;6(61). (Publicado originalmente en *Br J Clin Pharmacol* 2002;53:615-655.)
10. **Goldstein I:** *Estudio abierto no comparativo con duración de 36 semanas para valorar la seguridad a largo plazo de sildenafil en pacientes con disfunción eréctil.* 8º Congreso Mundial Sobre Investigación de Impotencia, Amsterdam, 1998.
11. **Gresser U, Gleiter C:** Erectile dysfunction: comparison of efficacy and side effects of PDE-5 inhibitors sildenafil, vardenafil and tadalafil. Review of the literature. *Eur J Med Res* 2002.
12. **Ignarro LJ:** *No más infartos.* Buenos Aires, Lumen, 2005.
13. **Jackson G:** *Phosphodiesterase 5 inhibition: effects on the coronary vasculature.* European Society of Cardiology Symposium, 2000.
14. **Katzenstein L:** *Viagra: the potency promise.* Nueva York, St. Martin's Press, 1998.
15. **Lamm S, Couzens GS:** *Viagra.* Barcelona, Paidós, 1998.
16. **Medina RJA:** Editoriales publicados en: *Gaceta de la sexualidad* 3, 4, 5 y 6. México, 2006.
17. **Medina RJA:** La experiencia de 4 años con sildenafil. Eficacia y seguridad. *Rev Educ Salud México* 2002;6(58).
18. **Metelitsina TI, Grunwald JE, DuPont J, Ying G:** Effect of Viagra on the foveolar choroidal circulation of AMD patients. *Experimental Eye Res* 2005.
19. **Morales A et al.:** Clinical safety of oral sildenafil citrate in the treatment of erectile dysfunction. *Int J Impotence Res* 1998;10(2):69-74.
20. **Padma NH, Eardley I, Kloner R, Laties A, Montorsi F:** *Una actualización de 4 años sobre la seguridad de sildenafil (Viagra).* *Urology* 2002;60 (suppl 2B):67-90.
21. **Rendell M, Rajfer P, Wicker M, Smith D:** *Sildenafil en el tratamiento de la disfunción eréctil en varones diabéticos.* Estudio aleatorio, controlado. Reproducción en español de *J Am Med Assoc* 1999;8(8).
22. **Shepherd A, Glasser D, Sherman N, Orazem J:** *Efficacy and safety of sildenafil citrate in patients with erectile dysfunction and diabetes mellitus taking multiple antihypertensive agents.* 62nd Annual Meeting and Scientific Sessions of the American Diabetes Association. San Francisco, California, 2002.
23. **Taner P et al.:** Sildenafil itself can not be a possible cause of non-arteritic ischemic optic neuropathy. *J Sex Med* 2004;suppl 1.
24. **Ugarte y Romano F:** Seguridad clínica del sildenafil en el tratamiento de la disfunción eréctil. *Rev Educ Salud* 2002;6(6).
25. **Vaughan SC:** *La verdad sobre Viagra.* Barcelona, Lema, 1998.

Sildenafil: la mítica realidad

LOS “PORQUÉS” DEL MITO

El sildenafil o Viagra® es una mítica realidad que he llamado *la molécula que revoluciona la sexualidad*.

Para comprender mejor las razones de peso que han dado lugar a este mito convertido en palpable realidad es necesario hacer una somera revisión de tres aspectos importantes:

- La curva de la respuesta sexual humana (RSH).
- Los factores moleculares y bioquímicos que condicionan cambios en la erección.
- La manera en que dichos cambios influyen positivamente en la RSH.

LA RESPUESTA SEXUAL HUMANA

La descripción de la RSH fue una aportación original de los sexólogos Virginia E. Johnson y William H. Masters, quienes en su libro clásico de 1966, *La respuesta sexual humana*, mostraron al mundo el producto de sus investigaciones a lo largo de 10 años. Su esquema conceptual de cuatro fases se derivó de rigurosas y sistemáticas observaciones realizadas en seres humanos de ambos sexos que tuvieron relaciones sexuales bajo control de laboratorio. Mediante el registro y la

medición de las modificaciones fisiológicas presentes que los investigadores efectuaron surgió el modelo de RSH.

La RSH moderna, aunque basada en las aportaciones de los propios Masters y Johnson, Helen S. Kaplan, John Bancroft y otros, presenta adiciones y novedades: actualmente se consideran seis fases, y aún existen nuevos enfoques que siguen renovando la RSH propuesta por los pioneros. Por ejemplo, recientemente (2006-2007) Beverly Whipple, famosa por sus investigaciones en torno al llamado “punto G”, postuló una RSH específicamente femenina, distinta a la inicialmente concebida.

Pero volviendo al tema: actualmente muchos sexólogos empleamos el modelo de seis fases, que tanta utilidad tiene, tanto en lo teórico como en lo terapéutico.

En la figura 5-1 se representa la curva masculina en gris oscuro y la femenina en gris claro. Nótese que en la curva femenina se representan dos orgasmos como muestra de la mayor capacidad multiorgásmica que las mujeres suelen tener.

La RSH se considera la manifestación concreta del fenómeno humano del *erotismo*, el cual consiste en *deseo*, *excitación* y *orgasmo*, además de otros hechos fisiológicos y emocionales que en su conjunto representan una de las vivencias más intensas e importantes para las personas.

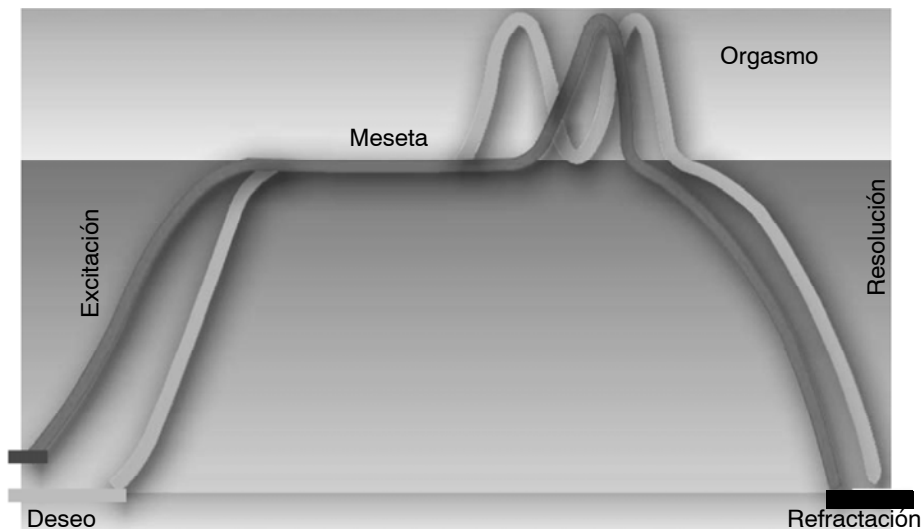


Figura 5-1.

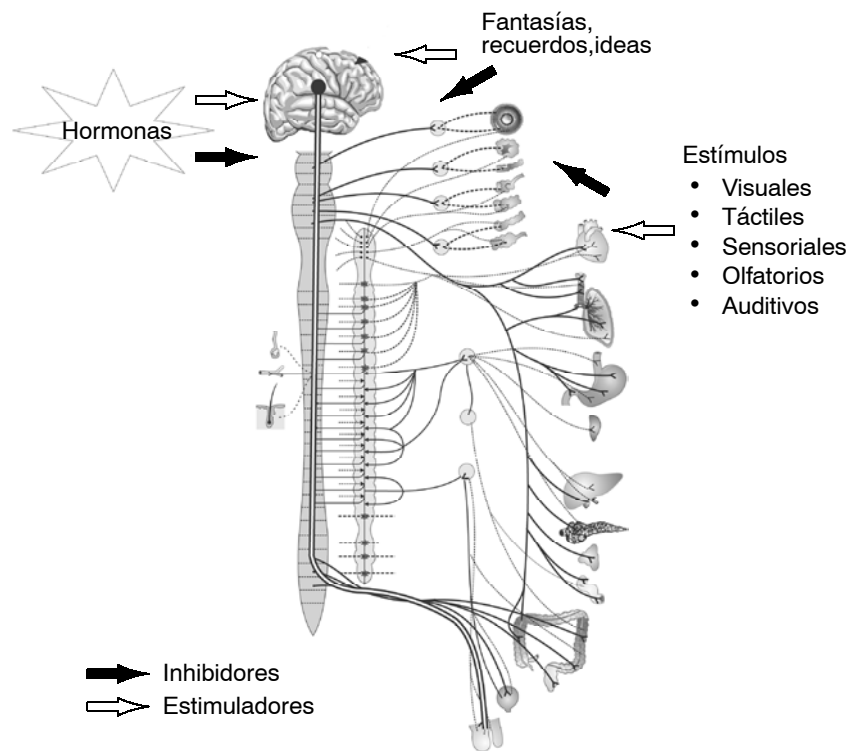
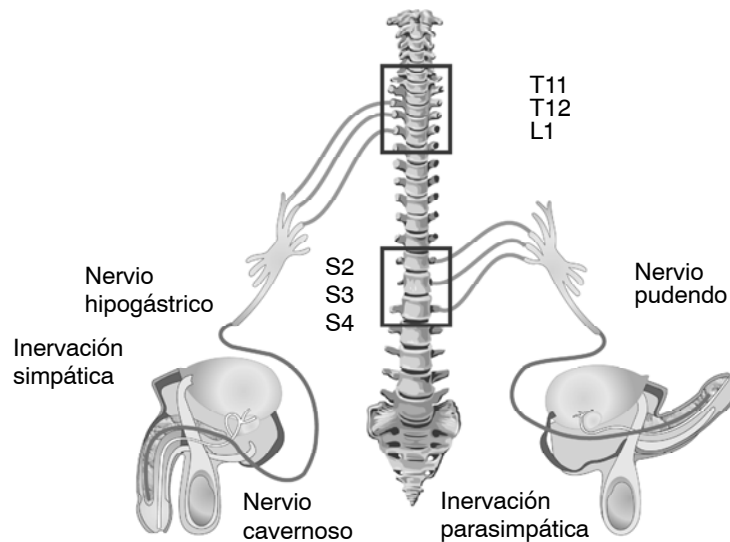


Figura 5-2.

DESEO

Surgimiento de la tensión sexual. Ganas de iniciar o continuar un encuentro erótico. Ansiedad *placentera* por la inminente excitación (Barrios, 2005). “Estar caliente” (Sabiduría popular). “Un sueño en la piel” (Joan Manuel Serrat). Apetito sexual (John Bancroft).

Aunque no hay un referente fisiológico específico, esta fase se considera el antecedente y acompañante de la vasocongestión propia de la excitación. Los estímulos para el surgimiento del deseo y la posterior excitación pueden ser reflexogénicos (por medio de la médula espinal), psicogénicos (generados en el cerebro) y mixtos (figura 5-2). Es importante señalar que los órganos de los sentidos, las caricias, las fantasías, los recuerdos, las evocaciones y los sueños son los principales vehículos de los estímulos eróticos que dan pie al deseo.

**Figura 5-3.**

EXCITACIÓN

Ya que la vasocongestión es el hecho fisiológico crucial de esta fase, las primeras manifestaciones de excitación erótica son la lubricación vaginal y la erección del pene. Se han descrito dos centros de la erección en la médula espinal: uno a nivel de la vértebra torácica 12 y la lumbar 2, y otro a la altura de las vértebras sacras 2 y 4, como lo muestra la figura 5-3.

La excitación es el agolpamiento de sangre (vasocongestión) en la zona de la pelvis, que origina que la vagina lubrique y el pene se erija o erecte. Algunos detalles de la fisiología y la bioquímica de la erección se pueden consultar en el capítulo 2 y, más adelante, en este mismo capítulo. Hay otros cambios corporales durante la excitación que omitiré en este espacio, pero que pueden ser revisados en la literatura especializada.

MESETA

En ella se consolidan los cambios de la excitación; la meseta se considera una preparación fisiológica y emocional de la siguiente etapa, en la que se liberará la ten-

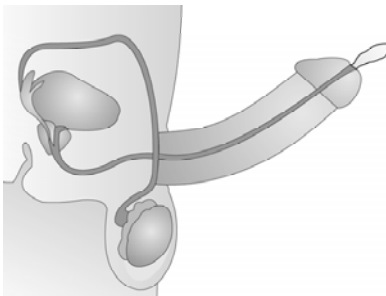


Figura 5-4.

sión sexual. Sigue predominando en esta fase la vasocongestión, lo cual origina que el pene, en condiciones de salud, obtenga su mayor longitud y diámetro; puede aparecer líquido preeyaculatorio (figura 5-4).

ORGASMO

Esta fase está principalmente significada por contener dos elementos: una parte fisiológica, llamada por los médicos *mioclónica*, que consiste en contracciones musculares involuntarias, principalmente en los músculos de la pelvis, y otra eminentemente subjetiva o emocional: tener placer. Por cierto, la sensación placentera no es universal: las descripciones que de ella se hacen son extremadamente variadas de acuerdo con la persona.

Los hombres también tienen contracciones involuntarias en los órganos pélvicos, lo cual impulsa la salida del líquido seminal, en el fenómeno llamado eyaculación (figura 5-5). Sin embargo, hay que recordar que orgasmo y eyaculación *no son lo mismo*; de hecho, aunque la mayor parte de los varones hace coincidir uno y otro, hay hombres que pueden modular su reflejo eyaculatorio y tener uno o más orgasmos antes de que sobrevenga la salida del semen.

Como ya se mencionó, el resultado físico y emocional del orgasmo es la liberación de la tensión sexual.

RESOLUCIÓN

Después del orgasmo viene un periodo de reposo y laxitud en el que los diversos cambios desarrollados durante la vasocongestión y la mioclónica desaparecen y

el organismo vuelve a su estado basal, es decir, como estaba antes de que se presentara la excitación.

REFRACTACIÓN

Conocido como periodo refractario, este lapso representa una etapa en la que la persona simplemente no puede responder a los estímulos que habitualmente le son eróticos, sin importar la diversidad y la magnitud de los mismos. Parece ser que la refractación es puramente fisiológica en los hombres y más emocional en las mujeres. En general, y con excepciones que confirman la regla, el periodo refractario se alarga conforme avanza la edad.

Al documentar los cambios que el sildenafil produce en la RSH es pertinente recordar algunos datos, ya esbozados en otra parte de este libro, relacionados con la erección.

Para que la fase de excitación de la RSH culmine con una erección suficiente que dé lugar a un encuentro erótico satisfactorio se requiere tranquilidad emocional, integridad de los nervios de la zona pélvica y un aporte suficiente de sangre en dicha región. La congestión sanguínea no sólo tiene que llegar a los cuerpos cavernosos del pene, sino permanecer allí. Así se garantiza el conveniente sostenimiento de su firmeza y rigidez, como se ilustra en la figura 5-6.

En ausencia de excitación es natural, o sea, fisiológico, que en un hombre sano haya contracciones fugaces y espontáneas del músculo liso que está en el interior de los cuerpos cavernosos, lo cual propicia que la sangre entre y salga rápida y continuamente. Las erecciones nocturnas de hecho son “recargas” de oxígeno para su mantenimiento e integridad funcional (figura 5-7).

Cuando hay un estímulo erótico eficaz el impulso nervioso dilata el músculo liso peniano y los cuerpos cavernosos se llenan; al estar “hinchados” ejercen pre-

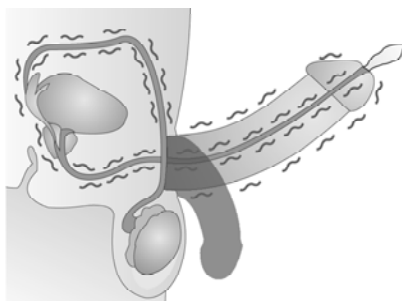


Figura 5-5.

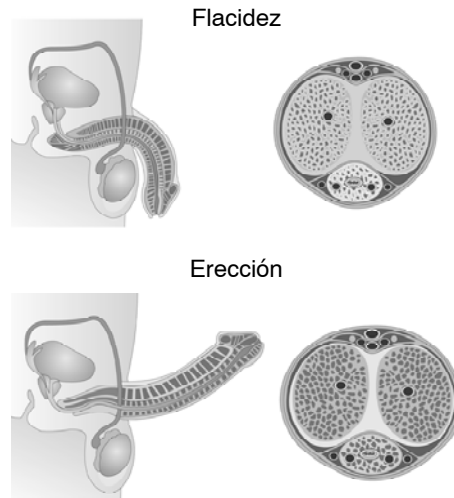


Figura 5-6. Interior del pene para visualizar los cuerpos cavernosos y los vasos sanguíneos.

sión sobre las venas, por lo que la sangre no se sale y, al cerrarse dichos vasos, la erección se sostiene.

Si un estímulo erótico captado a través del cerebro o la médula espinal es eficaz, el endotelio de las vasos sanguíneos y las terminaciones nerviosas, ampliamente diseminadas, producen las sintetasas de óxido nítrico, las cuales generan dicho óxido a partir del aminoácido L-arginina. El ON empieza a ingresar en las células del músculo liso de los cuerpos cavernosos, transformando el guanosín-

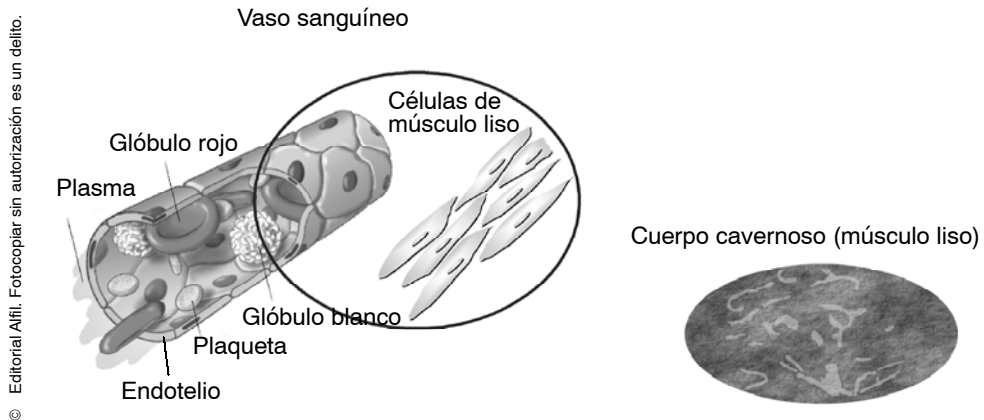
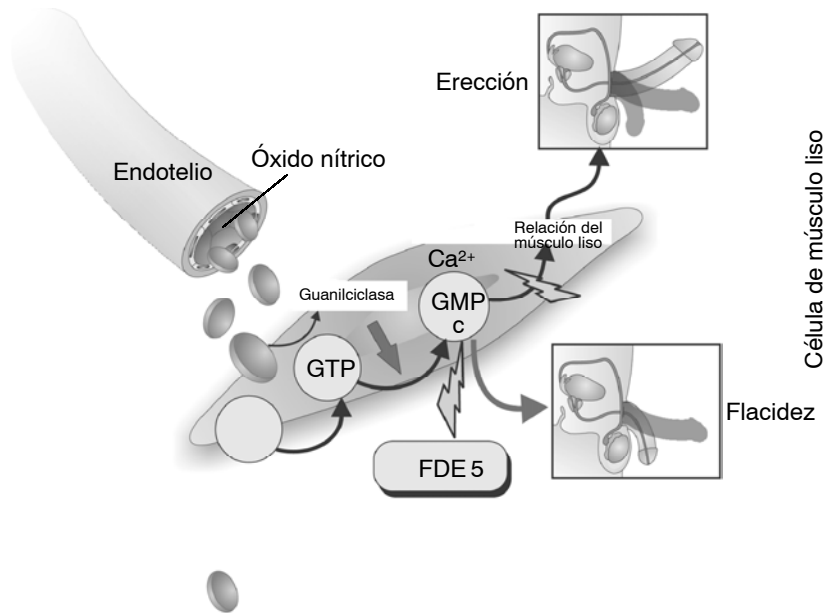
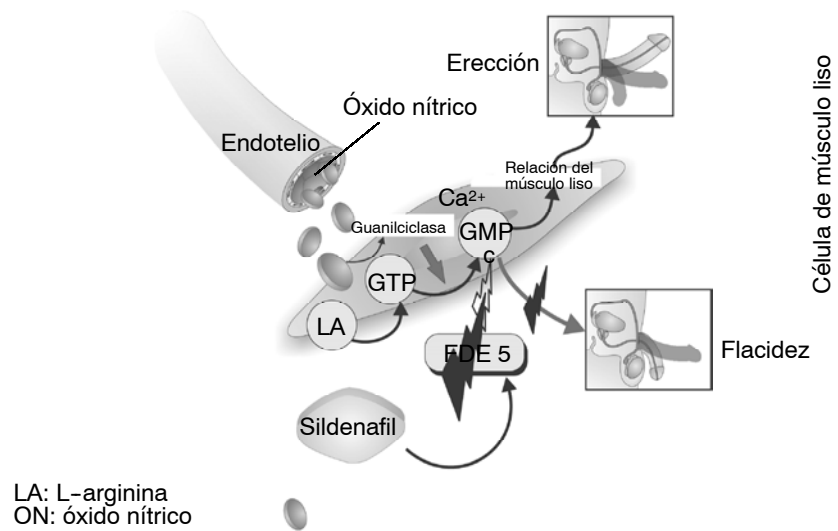


Figura 5-7.

**Figura 5-8.****Figura 5-9.**

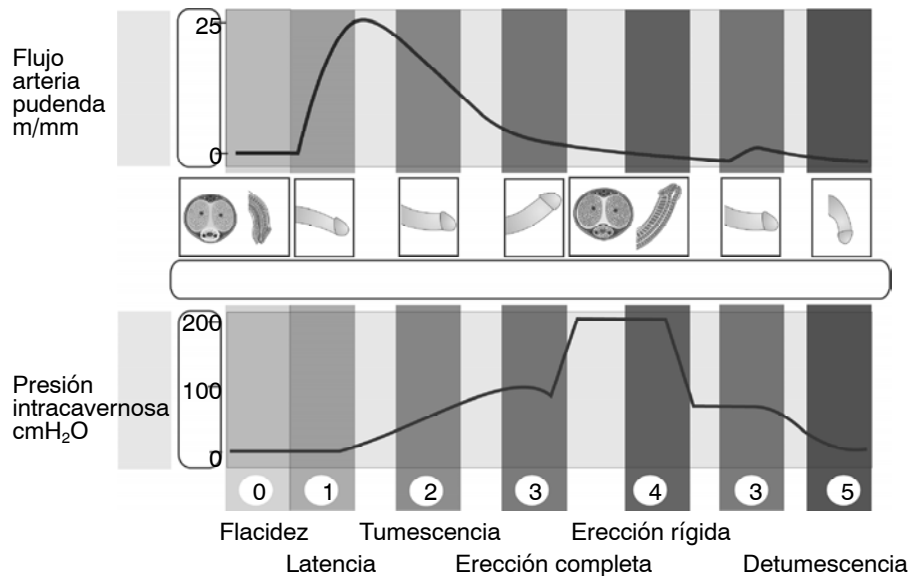


Figura 5-10. Etapas de la erección.

trifosfato (GTP) en guanosín-monofosfato cíclico (GMPC), el cual activa una proteincinasa que promueve la erección (figura 5-8).

La fosfodiesterasa 5 (FDE 5) degrada el GMP-c, lo cual origina el cese de la erección, conocido como detumescencia. El sildenafil es un inhibidor selectivo y potente de la FDE 5 (figura 5-9).

Hay dos enzimas que ejercen una función central en la erección: la sintetasa neuronal de óxido nítrico, que relaja la musculatura lisa del pene, y la sintetasa endotelial de óxido nítrico, que es la que mantiene la erección. Para ampliar la información, puede consultar los esquemas alusivos en el capítulo 2 de este libro.

Como ya se ha señalado, la congestión de los cuerpos cavernosos comprime el sistema venoso, impidiendo su vaciamiento.

En los siguientes dos esquemas se ilustra de manera simplificada la base fisiológica de la erección, en sus aspectos sustantivos.

De hecho, podríamos hablar de un verdadero “ciclo de la erección”, cuya ilustración presento, dividido en etapas (figura 5-10).

FACTORES MOLECULARES Y BIOQUÍMICOS

Desde el punto de vista de la fisiología *fin*a, hay hechos que resulta interesante destacar. Aun con el riesgo de ser reiterativo, me parece importante subrayarlos:

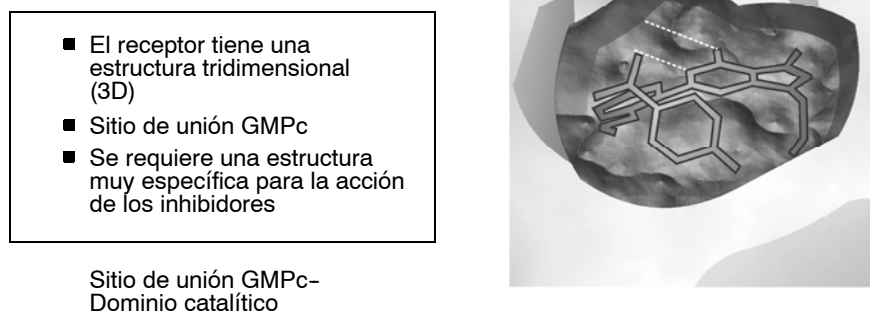


Figura 5-11. Estructura proteínica de FDE 5. Mulhall J: *Hard facts: hard erections*. Official Symposium 7th Congress ESSM. Londres, diciembre de 2004.

Cuando un hombre padece disfunción eréctil (DE), lo que ocurre es que este mecanismo se altera negativamente (sea por factores orgánicos o emocionales, o ambos) y la erección no se produce o es insuficiente para la satisfacción erótica.

Ahora bien, ¿por qué la molécula de sildenafil, o Viagra®, logra revertir la anomalía eréctil con tan probada eficacia, obteniendo erecciones firmes y consistentes?

La explicación es molecular y bioquímica, por cierto muy sencilla.

El sildenafil inhibe enérgicamente la fosfodiesterasa 5 (FDE 5), consiguiendo así que ésta no destruya la GMPc, sustancia bioquímicamente responsable de las erecciones. El receptor (molécula de FDE 5) tiene una estructura tridimensional, no plana, cuyo sitio de unión química es específico. Se requiere entonces una estructura semejante que “amolde” la acción del inhibidor (medicamento que produce erecciones del modo ya explicado). ¡Viagra® tiene dicha estructura de “amoldamiento”! (figura 5-11). Lo anterior genera un mayor aporte sanguíneo y mucha más oxigenación a los cuerpos cavernosos. Resultados: mejores erecciones.

Para que la sustancia inhibidora actúe en el sitio específico de la unión química (llamado *dominio catalítico*) se necesita “un embonamiento” lo más exacto posible, lo cual ocurre con el sildenafil (figura 5-12).

La configuración química de Viagra® (sildenafil) es considerablemente más parecida a la de la FDE 5 que la de otros productos inhibidores, lo cual determina una mayor afinidad para lograr el acceso al sitio de dominio catalítico (figuras 5-13 y 5-14).

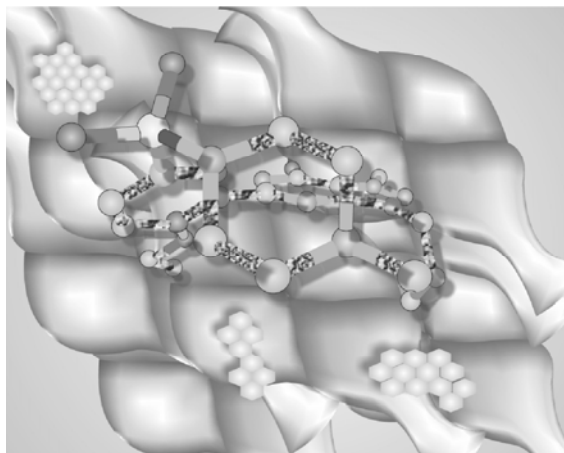


Figura 5-12. Viagra®: acceso al dominio catalítico de la FDE 5. Se necesitan requerimientos estructurales muy específicos para acceder al dominio catalítico.

Como se aprecia en las figuras mostradas, la estructura química tan compatible que hay entre la molécula de la legendaria pastilla azul y la de la fosfodiesterasa 5 es lo que promueve superior rigidez y duración de la erecciones.

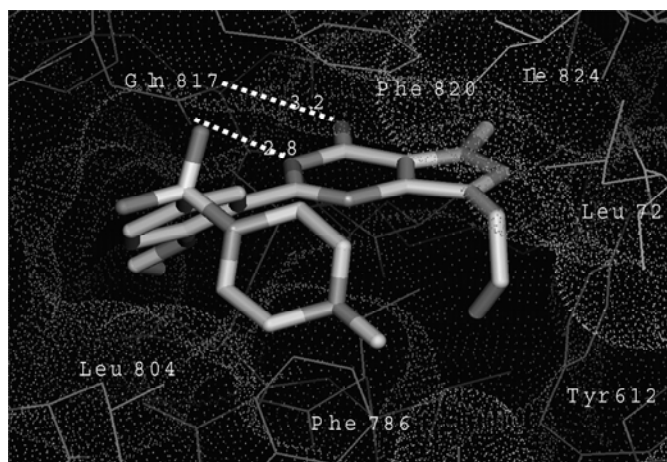


Figura 5-13. Afinidad del sildenafil para adherirse estrechamente al sitio de dominio catalítico de la FDE 5. Explica la eficacia para lograr erecciones más rígidas, firmes y consistentes. Fuente: McCullough A: *Simposio Hard erections, satisfied couples. Viagra delivers time and time again.* 7th Congress ESSM. Londres, 2004.

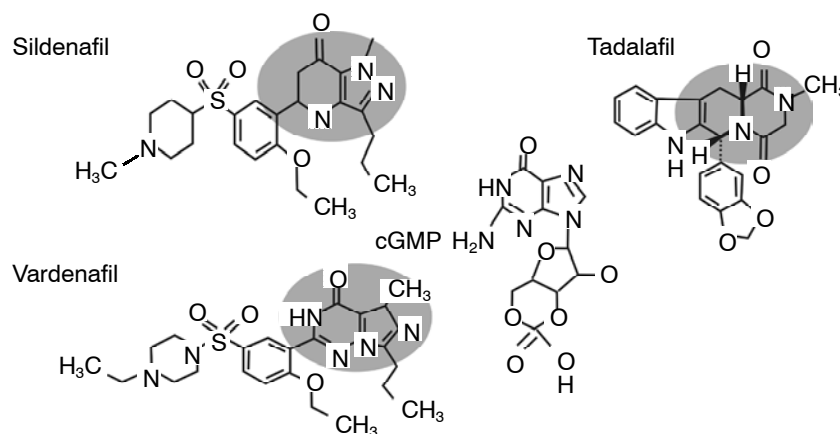


Figura 5-14. Diferencias estructurales entre los inhibidores de FDE 5 y el GMPc.
Fuente: Corbin JD, Francis SH: *J Biol Chem* 1999;274:13729-13732.

La ciencia fáctica o de los hechos demostrables no hace milagros, pero sí produce míticas realidades. De esto, la molécula que revoluciona la sexualidad es un vivo ejemplo.

INFLUENCIA POSITIVA EN LA RESPUESTA SEXUAL HUMANA

En cada fase de la RSH el célebre Viagra®, fármaco revolucionador de la vida erótica, tiene o puede tener efectos positivos:

- En el deseo favorece la tranquilidad y la confianza, pues la inseguridad y la ansiedad de desempeño dejan de ser bloqueadores. Sigue habiendo, desde luego, la “ansiedad positiva” característica del apetito sexual, pero ahora es un influjo motivante y no inhibidor de las reacciones corporales.
- En la excitación se produce una erección firme y sostenida, lo cual acentúa la confianza durante la fase de meseta. Esta confianza, a su vez, propicia tranquilidad, *firmeza emocional*, lo cual permite un mejor control eyaculatorio, ya que facilita la percepción clara de las señales orgánicas que avisan de la inminencia eyaculatoria.
- Facilita la modulación del reflejo eyaculatorio y que, por lo tanto, en la práctica *se prolongue la meseta*. Si bien es cierto que el sildenafil no es el tratamiento de elección para la eyaculación precoz (que se trata más eficaz-

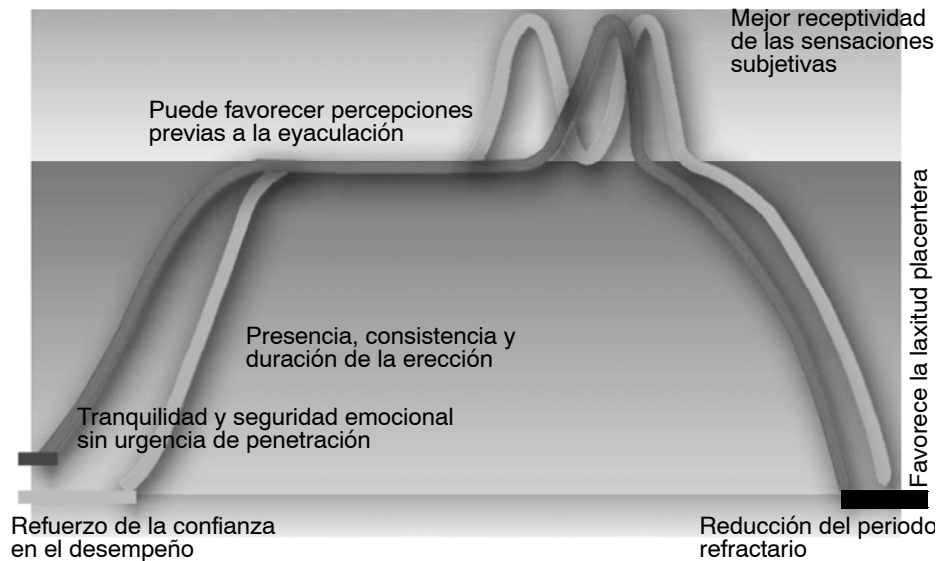


Figura 5-15.

mente con psicoterapia sexual), resulta un excelente coadyuvante en el manejo de dicha disfunción.

- En cuanto al orgasmo, no es que Viagra® lo incremente, sino que la *firmeza emocional* propicia buenos niveles de conciencia, de “darse cuenta”, lo cual puede mejorar la percepción de sensaciones placenteras.
- En la fase de resolución la laxitud y el descanso son mejores cuando se ha disfrutado más.
- Por último, el periodo refractario suele acortarse con el uso de sildenafil, lo cual propicia mucha mayor presteza para nuevos encuentros sexuales: los reportes indican que la refracción se reduce entre cuatro y cinco veces (Medina, 2006).

En la figura 5-15 se muestran gráficamente las modificaciones favorables en la respuesta sexual, previamente reseñadas:

REFERENCIAS

1. **Barrios MD:** *En las alas del placer. Como aumentar nuestro goce sexual*. México, Pax-México, 2005.
2. **Barrios MD:** ¿Por qué Viagra es la nueva revolución sexual? *Gaceta de la sexualidad*. No. 1. México, Pfizer, 2006:2-3.
3. **Corbin JD, Francis SH:** *J Biol Chem* 1999;274:13729-13732.

4. **Medina RJA:** Siete años de experiencia con sildenafil. *Gaceta de la sexualidad*. No. 1. México, Pfizer, 2006:4-5.
5. **Ovalle JC:** Comunicación personal con el autor. México, 2006-2007.
6. **McCullough A:** *Hard erections, satisfied couples*. 7th Congress ESSM. Londres, 2004.
7. **Mulhall J:** *Hard facts, hard erections*. Official Symposium. 7th Congress ESSM. Londres, 2004.

Organicidad y emocionalidad en la disfunción eréctil

UN CUESTIONARIO MÁS

Antes de ingresar en el tema de este capítulo tengo un cuestionario más; éste es exclusivo para hombres y es uno de los varios instrumentos de indagación diseñados para que la persona que lo responde sepa si tiene o no disfunción eréctil (DE).

Se le conoce como Cuestionario de Calidad de la Erección (CCE), y su resolución es muy sencilla: se trata de que el hombre que lo conteste autoevalúe la calidad de sus erecciones en el último mes. En el cuestionario se entenderá como *actitud sexual* el encuentro erótico (contacto sexual, caricias, juego erótico previo y masturbación), y como *relación sexual* la sola penetración vaginal.

CUESTIONARIO DE CALIDAD DE LA ERECCIÓN

Durante las últimas cuatro semanas:

1. Usted obtuvo erecciones suficientemente rígidas como para penetrar a su pareja:
 - Casi siempre o siempre.
 - Más de la mitad de las veces.
 - La mitad de las veces.
 - Menos de la mitad de las veces.

- Casi nunca o nunca.
- 2. Su habilidad para mantener la erección para completar la relación sexual fue:
 - Muy satisfactoria.
 - Algo satisfactoria.
 - Ni satisfactoria, ni insatisfactoria.
 - Algo insatisfactoria.
 - Muy insatisfactoria.
- 3. El tiempo transcurrido desde que comenzó la actividad sexual hasta que su erección fue lo suficientemente rígida como para participar en la relación sexual fue:
 - Muy satisfactorio.
 - Algo satisfactorio.
 - Ni satisfactorio, ni insatisfactorio.
 - Algo insatisfactorio.
 - Muy insatisfactorio.
- 4. La cantidad de tiempo que usted fue capaz de mantener la erección durante la relación fue:
 - Muy satisfactoria.
 - Algo satisfactoria.
 - Ni satisfactoria, ni insatisfactoria.
 - Algo insatisfactoria.
 - Muy insatisfactoria.
- 5. La rigidez de su erección fue:
 - Muy satisfactoria.
 - Algo satisfactoria.
 - Ni satisfactoria, ni insatisfactoria.
 - Algo insatisfactoria.
 - Muy insatisfactoria.
- 6. La calidad total de su erección fue:
 - Muy satisfactoria.
 - Algo satisfactoria.
 - Ni satisfactoria, ni insatisfactoria.
 - Algo insatisfactoria.
 - Muy insatisfactoria.

Sume el puntaje. Todas las preguntas se codifican de la siguiente manera:

Pregunta 1:

- Casi siempre o siempre = 5.
- Más de la mitad de las veces = 4.

- La mitad de las veces = 3.
- Menos de la mitad de las veces = 2.
- Casi nunca o nunca = 1.

Preguntas de la 2 a la 6:

- Muy satisfactoria = 5.
- Algo satisfactoria = 4.
- Ni satisfactoria, ni insatisfactoria = 3.
- Algo insatisfactoria = 2.
- Muy insatisfactoria = 1.

La suma de las seis preguntas en la escala de 0 a 100 se hace con la siguiente fórmula:

$(\text{Puntaje total} - 6 \times 100) \div 24$, donde el máximo puntaje posible es 100 y el menor 0.

¿LO ORGÁNICO, LO EMOCIONAL?

Por la falta de investigación científica hace unos años, algunos sesgos conceptuales y de manera destacada por la interpretación equivocada de una serie de datos y observaciones de profesionales de la salud física y emocional, hasta hace relativamente poco tiempo se consideraba que la causa de la mayor parte de los casos de disfunción eréctil era eminentemente psicológica, es decir, factores relacionados con la personalidad y las reacciones emocionales del individuo ante estímulos adversos, como temor al desempeño sexual, estrés, angustia por la autoobservación, recuerdo de experiencias anteriores que resultaron penosas o frustrantes, etc.

De las mencionadas observaciones clínicas de psicólogos, médicos y psicoterapeutas de ambos géneros partieron las conclusiones de la terapeuta sexual Helen S. Kaplan, que ya fueron comentadas en el capítulo inicial de este libro. Kaplan opinó que la etiología (causa) principal de la disfunción eréctil (entonces se decía “impotencia”, pues no se había acuñado la nomenclatura actual) era la psicológica, básicamente condicionada por factores *ansiógenos*, que, como su nombre lo indica, son los mediados por la ansiedad.

Hasta muy avanzada la década de 1990 los preceptos de las grandes figuras de la sexología y la incipiente medicina sexual aceptaban como indiscutibles las ideas en boga: la porción más grande de las causas de las afecciones de la erección tenían una base psicológica, y sólo un pequeño porcentaje correspondían a problemas físicos.

En el libro *Manual ilustrado de terapia sexual* (1975), Kaplan, entonces profesora de psiquiatría en la Facultad de Medicina de Cornell y directora del Pro-

grama de Terapia y Educación Sexual de la clínica Payne Whitney, de New Cork, señalaba:

“La erección es un reflejo neurovascular que depende del correcto nivel hormonal, la sana anatomía del pene, la adecuada provisión vascular y un sistema nervioso intacto y en buen estado de funcionamiento. Los problemas en cualquiera de estos aspectos pueden provocar trastornos de la potencia con base física. Sin embargo, aproximadamente 85% de los casos de impotencia en Estados Unidos son estrictamente psicogénicos. Esto no es extraño, porque a pesar de la integridad física del aparato genital, los reflejos autónomos vasculares que gobiernan la erección son delicados y pueden ser distorsionados por los conflictos inconscientes y las emociones como la ansiedad y el miedo. Si un hombre no se encuentra en un estado emocional calmo y libre de conflictos mientras hace el amor, sus reflejos eréctiles pueden presentar deterioros”.

En otra parte de su texto agregó: “[los conflictos] incluyen la ansiedad por el desempeño, el miedo al rechazo femenino, la anticipación de la impotencia a causa de algún episodio pasado y momentáneo de dificultad en la erección, excesiva preocupación por la insatisfacción de la mujer y culpa inducida culturalmente acerca del goce sexual”.

En otro de sus libros, la creadora de la nueva terapia sexual afirmó que los médicos deben prestarle especial atención a los factores orgánicos, o físicos, que pueden tener una repercusión de 20% en los síntomas sexuales de sus pacientes (*The New Sex Therapy—Active Treatment of Sexual Dysfunctions*, 1974).

Los célebres sexólogos William Masters y Virginia Johnson, los pioneros de la terapia sexual moderna, escribieron con Robert Kolodny algunos comentarios sobre el origen de la disfunción eréctil (DE) en su libro *Heterosexuality* (1994). Allí glosan sus puntos de vista a partir de su gran experiencia clínica; para entonces habían documentado los casos de más de 1 000 hombres con trastornos eréctiles. Ellos acentúan el hecho de que los factores de tipo orgánico tienen una importancia mayor de la que se creía inicialmente, y afirman que casi la mitad de los casos de DE tienen una causa física. No obstante, comentan que la diabetes, los padecimientos cardiovasculares y los efectos colaterales de algunos medicamentos, entre otros motivos, representan parte de las principales causas orgánicas de la DE. Pese a ello, los creadores del modelo clínico-conceptual de la respuesta sexual opinaron algo que a la luz de los últimos reportes científicos resulta aleccionador: afirman, de acuerdo con sus observaciones sistemáticas, que los factores orgánicos suelen desencadenar los trastornos de la erección, pero que son los problemas de ansiedad los que tienden a perpetuar la DE. Ponen como ejemplo el caso típico del varón alcohólico que por eso no tiene erecciones (el alcoholismo suele producir daños en los vasos sanguíneos y los nervios periféricos, lo cual propicia DE). Si ese hombre se angustia por tal motivo, se verá a sí mismo como un fracasado. No sólo desarrollará ansiedad, sino que, al presionarse continua-

mente para “quedar bien” y demostrarse que *sí puede*, se autoobservará en exceso y pasará de ser el protagonista a ser el espectador de su propio desempeño, lo cual reforzará el problema disfuncional. Lo mismo podría aplicarse en casos de diabetes, hipertensión, arteriosclerosis, dislipidemias (niveles excesivos de grasas circulantes), etc.

NO HAY “PUREZA” EN LAS CAUSAS DE LA DISFUNCIÓN ERÉCTIL

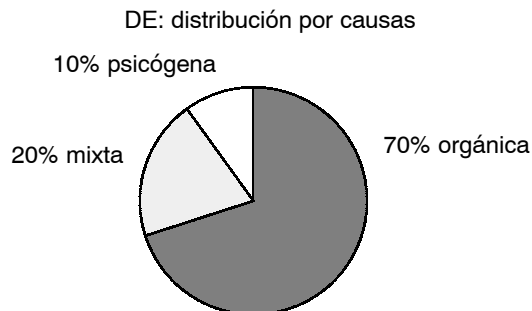
Se ha afirmado que la ansiedad por sí misma puede originar DE, exacerbada por la consigna machista de que los hombres deben *ser superatletas sexuales*. Esto incrementa el problema, lo perpetúa. En un escrito de 1998, ya citado en la introducción, afirmé: “La autoobservación, ansiedad de desempeño y estrés son fuente primigenia de bloqueos para el reflejo involuntario de la erección. Aun en las disfunciones eréctiles de tipo predominantemente orgánico, como las derivadas de neuroangiopatía diabética, insuficiencia arterial o venosa, vasculopatías generales, lesiones medulares, complicaciones de prostatectomía, hiperlipidemia y otras, el elemento ansiedad cobra un papel muy importante. Cuando sobreviene la DE el varón siente perdida su hombría, disminuye su autoestima, utiliza la proyección defensiva para culpar a su pareja de la pérdida de su erección, tiene oscilaciones del carácter, suele deprimirse y, a veces, buscar otras parejas para reafirmar su virilidad” (Barrios, 1998).

Antes de continuar, lea estas palabras acerca de la ansiedad:

La ansiedad consiste en una serie de sensaciones y emociones desagradables en las que predomina una real o supuesta “amenaza” intangible, pues no se logra identificar con precisión una causa concreta. En el caso del miedo, la causa de la amenaza es tangible, específica. Así, en tanto el miedo es producto de una situación real e inmediata, en la ansiedad la persona tiene una inquietud de zozobra, como si estuviese en peligro o fuese vulnerable en su emocionalidad. La ansiedad, mediada fisiológicamente por la adrenalina y la noradrenalina, produce el fenómeno conocido como vasoconstricción periférica (los vasos sanguíneos lejanos al corazón reducen su calibre), la cual puede bloquear el llenado de sangre de los cuerpos cavernosos del pene. Por otro lado, el no estar tranquilo vuelve al varón refractario a los estímulos eróticos, lo cual dificulta o impide la erección.

De lo anteriormente expresado puede concluirse lo siguiente:

- Existen factores tanto emocionales como orgánicos que producen DE.
- La función de la ansiedad (lo que los médicos llaman etiología ansiógena) en la DE es determinante para producirla o, cuando es orgánica la causa básica, para exacerbarla y perpetuarla.



Fuente: Feldman HA *et al.*: *J Urol* 1994;151:54-61.

- En la “más orgánica” de las disfunciones eréctiles hay componentes emocionales de fondo. Habría que descartar algún componente físico en la “más psicológica” de las disfunciones eréctiles.
- Será conveniente entonces, más que hablar de causas únicas, referirse a tres tipos:
 - a. Causas predominantemente ansiógenas.
 - b. Causas predominantemente orgánicas.
 - c. Causas mixtas (cuando se reparten los factores ansiógenos y físicos en proporciones semejantes).

En la tercera conclusión, donde se reconocen las disfunciones eréctiles de origen emocional, habría que tomar en cuenta que, aun cuando no exista un diagnóstico previo de alteración física crónica, es factible la presencia de uno o más factores predisponentes, tales como tabaquismo, sedentarismo, trastornos dietéticos, alcoholismo o ingestión de medicamentos que pueden propiciar o causar disfunción eréctil, como ciertos fármacos antidepresivos y los que sirven para tratar la hipertensión arterial, entre otros.

En un amplio trabajo de revisión casuística publicado en 1994, Feldman y col. (ver figura) encontraron una proporcionalidad de 10% para las causas orgánicas, de 20% para las etiologías mixtas y de 70% para los orígenes orgánicos de la DE.

Empero, para una comprensión cabal y no reduccionista, insisto en el cuarto punto de las conclusiones antes expresadas: hablar de predominancias y no de causas únicas.

Cuando se acredita la causa mixta, nos enfrentamos a componentes psicológicos y físicos en proporción equivalente.

Lo anterior no es ocioso: esta propuesta de preferir señalar predominancia y no pureza causal en la DE tiene buenas repercusiones en los tratamientos, ya que, si los profesionales de la salud asumimos que una DE de origen predominante-

mente ansiógeno puede ser bien atendida con psicoterapia y vigilancia médica y que una DE de causa predominantemente orgánica se aborda mejor con medicina y soporte emocional, en cada caso el paciente saldrá sumamente beneficiado.

Por esta razón, entre otras muy importantes, la persona que se especializa en terapia sexual o sexología clínica debe tener un entrenamiento profesional tanto en aspectos médicos como psicoterapéuticos, si es que desea brindar una atención integral a sus consultantes.

REFERENCIAS

1. **Barrios MD:** *La disfunción eréctil y su importancia en la relación de pareja*. Simposio Avances en el tratamiento de la disfunción eréctil. IX Congreso Latinoamericano de Sexología y Educación Sexual. México, 1998:9-11.
2. **Kaplan H:** *The new sex therapy. Active treatment of sexual dysfunctions*. Nueva York, Bruner/Mazel Publications, 1974.
3. **Kaplan H:** *The illustrated manual of sex therapy*. Nueva York, Quadrangle/The New York Times Book, 1975.
4. **Masters W, Johnson V, Kolodny R:** *Heterosexuality*. Nueva York, Harper Collins, 1994.
5. **Ovalle JC:** Comunicación personal con el autor. Referencias a Feldman HA *et al.*: 2004, y al cuestionario de calidad de la erección (CCE), 2006.

Ciencia ética vs. “producto milagro”

EL FACTOR AFRODISIACO

Desde tiempos remotos, al mismo tiempo que ha existido preocupación por mejorar la calidad de la vida sexual de las personas, concretamente de su respuesta erótica, se ha desarrollado todo tipo de remedios para combatir las tribulaciones sexuales (sobre todo de los hombres) con mala o regular fortuna; esta última, relativa a los casos “exitosos”, ha obedecido más al pensamiento mágico, la autosugestión y el conocido efecto *placebo*, que a cualquier virtud real o supuesta en sus efectos.

En nuestra cultura se le han atribuido propiedades afrodisiacas a los mariscos, el té de damiana, las “pollas” (bebida a base de jerez, huevos y canela), el orégano, la cebolla, el ajo, los testículos de animales, la sangre de mamíferos, las vitaminas, el alcohol, la cocaína, las anfetaminas, el ginseng y muchas otras sustancias, incluidas las pócimas preparadas *ex profeso* y que se venden libremente en lugares como el mercado de Jamaica de la ciudad de México o la región de Catemaco, en el estado de Veracruz, por citar sólo dos ejemplos. Más adelante examinaremos la certeza o la falsedad de algunas de estas ideas.

La cultura popular es también pródiga en remedios de toda clase para combatir afecciones específicas, como la que hoy conocemos como disfunción eréctil (DE).

Así por ejemplo, en una revisión sobre dichos remedios presentada en *La Gaceta de la Sexualidad* (No. 1, 2006), el Dr. Francisco Delfín dice que los remedios para la DE generalmente se basan en la evocación de la forma o apariencia de los

órganos sexuales o el líquido seminal: cebolla, mosca española (*Lytta vesicatoria*, a partir de la cual se logra la sustancia conocida como cantaridina, que produce inflamación aguda y, por ende, aumento de volumen del pene, no erección), ginseng en sus diferentes variedades, cuerno de rinoceronte, aleta de tiburón, yohimbina (alcaloide extraído de la *Pausinystalia yohimbe* o de la *Rauwolfia serpentina*) y algunos otros. El propio Delfín destaca que la investigación científica de estos productos es escasísima, e indica que una excepción es el trabajo publicado en *The Journal of Urology* (2002), en el que se estudió el efecto del ginseng en la respuesta sexual de 45 hombres, con resultados favorables; pero más adelante volveré a ocuparme del tema.

No existen, en general, estudios sistemáticos de cuño científico que acrediten fehacientemente los beneficios a la salud sexual que se les adjudican a los llamados afrodisiacos.

PRUEBAS Y MILAGROS

La medicina es científica y se sustenta en pruebas que se desprenden de minuciosas y exigentes investigaciones metódicas y sistemáticas. En otra parte de este libro se ha mencionado que la investigación de una molécula que potencialmente tiene aplicaciones terapéuticas en la especie humana pasa por una serie de pruebas rigurosas para establecer tanto su eficacia como su seguridad, con el menor riesgo posible y los mínimos efectos colaterales indeseables para sus eventuales consumidores.

Se calcula que en las cuatro fases de investigación en humanos por las que pasa un producto farmacéutico ético (de las cuales sólo la última es con pacientes “de la vida real”, esto es, estudios clínicos aplicados al público) pueden transcurrir 10 o más años antes de su comercialización. Se sabe también que, de varios miles de moléculas estudiadas, sólo una es la que pasa por ese riguroso tamiz.

Le recuerdo al lector de estas líneas que en la fase 1 de investigación científica de un fármaco que está en estudio, posterior a su ensayo satisfactorio en animales, se administra el medicamento a un reducido grupo de personas previamente seleccionadas que tienen un rasgo común: se han sometido antes a los tratamientos convencionales sin buenos resultados. Esta fase puede durar un año.

Sólo se pasa a la fase 2 si los resultados previos son convincentes. Dicha fase consiste en la administración del producto a varias docenas de personas; por otro lado, otro grupo semejante recibe un placebo o sustancia inerte sin efecto terapéutico *per se*.

La fase 3 está caracterizada por profundizar y ampliar la investigación: se aplica a varios cientos de pacientes divididos entre los que reciben el producto en es-

tudio y los que reciben un placebo. Un hecho importante de esta tercera fase es que ni los pacientes ni los médicos saben quién usa el medicamento y quién la sustancia sin efectos farmacológicos.

La fase 4 es una especie de reconfirmación de lo previamente estudiado; si bien es cierto que el producto ya ha mostrado seguridad y eficacia, también lo es que en esta fase los estudios se amplían en varios sentidos: pacientes “de afuera”, pruebas individuales, observación de efectos indeseables no mayoritarios, depuración de dosis y modos de administración, entre otros elementos susceptibles de indagación.

Se calcula que los procesos de investigación de los productos éticos, con resultados fundamentados en pruebas, cuestan 500 millones de dólares o más por fármaco, desde que se postula la posible eficacia del medicamento hasta que se pone en manos de los médicos para ser prescrito. Por cierto, los resultados de las pruebas clínicas son ampliamente divulgados en las publicaciones científicas.

En el otro polo de la terapéutica médica basada en pruebas se encuentran los tratamientos *basados en el milagro*, es decir, sustentados en la creencia sin cuestionamiento, el pensamiento mágico y la aceptación dogmática de los pretendidos beneficios de tal o cual producto “maravilloso”.

En el campo de la sexualidad, y más particularmente en el de la “potencia sexual”, la oferta de sustancias prodigiosas para mejorar el desempeño erótico ha sido abundantísima. Hay dos aspectos centrales en los llamados *productos milagro* para mejorar el erotismo, los cuales son presentados como afrodisíacos:

- a. Están casi siempre dirigidos a los varones, pues son ellos los encargados socialmente de suscitar el placer de su pareja o parejas, además de que a los hombres se les exige que siempre estén dispuestos a iniciar o acometer los encuentros sexuales, para lo cual su deseo tendría que ser permanente y su erección, automática y continua.
- b. Carecen, la mayoría de los casos, de una sustentación científica que garantice no sólo su eficacia y seguridad, sino mínimamente algún efecto benéfico que se pudiera atribuir a la sustancia. No se les somete a una investigación sistemática, ni se les compara con placebos, ni se sistematiza su fórmula, dosis y frecuencia de administración. Tampoco se asegura su inocuidad.

En los productos milagro no existen pruebas preclínicas en animales de experimentación, ni las clásicas cuatro fases de estudio clínico en seres humanos. Tampoco hay la respectiva aprobación (para esas supuestas “indicaciones”) por los órganos reguladores o las autoridades sanitarias. Por ello a estos productos no se les considera medicamentos de patente, verdaderos fármacos con efectos e indicaciones médicas concretas. Es cierto que en las etiquetas de estos productos aparecen componentes potencialmente benéficos a la salud sexual, algunos de los cuales corresponden a la sabia y noble tradición de la herbolaria y la medicina

tradicional; sin embargo, por no pasar los filtros de cientificidad, no se puede acreditar su eficacia.

Sin ningún rubor, los fabricantes de productos milagro, ignorando la verdadera sabiduría de los chamanes y los médicos tradicionales, se anuncian en los medios impresos y electrónicos promocionando la venta de una serie de compuestos mágicos que aumentan la virilidad, incrementan el vigor sexual, mejoran el placer propio y el de la pareja, producen erecciones monumentales, logran el perfecto control de la eyaculación y, a juzgar por los textos y las imágenes, producen la total felicidad erótica.

Resulta asombroso, por decir lo menos, que sustancias “para el vigor sexual” como las que usan los nombres comerciales Vigorex, Testoforte, M-Force, Power sex, Simi power, The Sensual Tea, Cashex y Afrodin-E, entre tantos otros, logren tener aceptación popular y, hasta donde se sabe, excelentes ventas. Hay incluso situaciones grotescas acerca de estas “prodigiosas” sustancias, como el hecho de que algunos de sus defensores son también detractores de los productos farmacéuticos éticos, con argumentos como: *Esos* (los fármacos de patente) *son compuestos no naturales y nocivos, mientras que los otros* (los productos milagro) *son sustancias naturales que sólo benefician a sus consumidores*. El argumento es, por supuesto, falaz: aun aceptando sin conceder que unos son “naturales” y otros no, o no siempre, carece de verdad que lo sintético o creado por los humanos es necesariamente nocivo y lo natural necesariamente benéfico. Baste recordar las bondades farmacológicas que tienen los medicamentos para el dolor, la inflamación o el combate de las infecciones de origen sintético, que han salvado tantas vidas. Y qué decir del daño que a la humanidad ha originado el abuso de drogas obtenidas directamente de la naturaleza, causa de muchas desventuras y muertes.

Los productos milagro para la “potencia sexual” dejarían de ser fraudulentos si realmente contuvieran la fórmula que aparece en su etiqueta, se sometieran a las pruebas científicas, dieran a conocer sus resultados en revistas y publicaciones científicas y se anunciaran no como panaceas, sino como lo que son en cada caso: complementos nutricionales, compuestos herbales inocuos, multivitamínicos, placebos, sustancias benéficas para el metabolismo y coadyuvantes para la salud sexual, cuando se usan en la proporción, dosis y modo de administración convenientes.

Cedo nuevamente la palabra al inolvidable divulgador de la ciencia, Carl Sagan: “La seudociencia es más fácil de inventar que la ciencia, porque hay una mayor disposición a evitar confrontaciones perturbadoras con la realidad que no permiten controlar el resultado de la comparación. Los niveles de argumentación, aquello que pasa por pruebas, son mucho menos relajados. En parte por las mismas razones, es mucho más fácil presentar al público general la seudociencia, que la ciencia. Pero eso no basta para explicar su popularidad. Por supuesto, la gente prueba distintos sistemas de creencias para ver si le sirven. Y, si estamos desespe-

rados, todos llegamos a estar más dispuestos a abandonar lo que podemos percibir como una pesada carga de escepticismo. La pseudociencia colma necesidades emocionales poderosas que la ciencia suele dejar insatisfechas. Proporciona fantasías sobre poderes personales que nos faltan y anhelamos, como los que se atribuyen a los dioses o a los superhéroes. En algunas de sus expresiones la pseudociencia ofrece una manifestación de hambre espiritual, la curación de las enfermedades, la promesa de que la muerte no es el fin. Nos confirma nuestra centralidad e importancia cósmica. Asegura que estamos conectados, vinculados al Universo. A veces es una especie de hogar a medio camino entre la antigua religión y la nueva ciencia, del que ambas desconfían”.

LOS VERDADEROS AFRODISIACOS

Reitero aquí una aseveración comúnmente hecha por sexólogos: los auténticos promotores del interés y la pasión sexuales que conducen a un erotismo enriquecedor *están en la propia persona*, con su órgano sexual más importante: el cerebro, y su órgano sexual más grande: la piel.

Es el ser humano capaz de producir sensaciones, sentimientos, ideaciones, fantasías, evocaciones. La persona, mujer u hombre, que por medio de la creatividad, la motivación y la expresión libre de su erotismo es la fuente generadora de una genuina potenciación de su vida erótica.

Sin embargo, ¿es posible que las personas interesadas en mejorar su erotismo reciban “una ayudadita” de su natural potencialidad afrodisiaca? La respuesta es afirmativa: hay acciones y sustancias que pueden coadyuvar al tan anhelado *factor afrodisiaco*. En efecto, además de un estilo de vida que incluya higiene corporal, buena nutrición, ejercicio físico, supresión de hábitos nocivos para la salud (tabaquismo, alcoholismo, uso de drogas), descanso suficiente, sueño relajado, meditación y actividades intelectuales y recreativas (por mencionar las más importantes), *hay sustancias que contribuyen a una mejor vida sexual*, es decir, a aumentar la calidad del erotismo y el placer emanado de éste.

LOS COADYUVANTES DEL “MEJOR SEXO”

Presento a continuación una limitada lista de sustancias, de las cuales hay suficientes pruebas científicas acerca de sus beneficios a la salud orgánica en general y al bienestar sexual en particular.

Para comprender el porqué de tales bondades, es importante saber que un común denominador de estas sustancias es el efecto antioxidante que contribuye a eliminar el llamado *estrés oxidativo*.

Estrés oxidativo

Los *radicales libres* son fragmentos de moléculas y átomos que constituyen parte del desecho natural que el cuerpo requiere para ganar energía. Son inestables al oxígeno, por lo que lesionan las moléculas de las células del organismo. Cuando no son eliminados, los radicales libres impiden la capacidad de las células de autocuidarse, de defenderse. Dichos radicales influyen en la grasas para producir obstrucciones arteriales mediante la formación de coágulos y placas de grasa en las paredes de los vasos. Si no son eliminados, los radicales libres pueden afectar las arterias del pene.

Antioxidación

El efecto antioxidante favorece el aporte continuo de sangre. La acción de anti-oxidar propicia la renovación de la oxigenación del pene, evento esencial para que se produzca la erección.

He aquí la lista:

1. Vitamina E.
2. *Ginkgo biloba*.
3. *Serenoa repens*.
4. Vitamina C.
5. Coenzima Q 10.
6. Fitoesteroles.
7. Ginseng.
8. Ácido fólico.
9. Alimentos ricos en antioxidantes.
10. Sustancias potenciadoras del óxido nítrico (ON).

Vitamina E

Diversos estudios científicos han manifestado que las personas que toman vitamina E (alfa-tocoferol) disminuyen el riesgo de enfermedades cardíacas, previenen la aterosclerosis o acumulación de placas de grasa en las paredes arteriales (que es un factor propiciatorio de la DE), reducen la oxidación y eliminan el “colesterol malo”, impidiendo que se forme la sustancia conocida por los médicos como LDL. La vitamina E se halla básicamente en las frutas secas, las semillas, la mayonesa y los aceites vegetales. *No basta con la vitamina E de la alimentación cotidiana*, sino que se requieren cantidades adicionales: para los hombres

10 mg y para las mujeres 8 mg al día. El Dr. Louis J. Ignarro, premio Nobel de Medicina y Fisiología, recomienda consumir 200 unidades internacionales de vitamina E diarias. No se indican dosis mayores en personas que por indicación médica estén tomando anticoagulantes, pues el alfa-tocoferol disminuye la densidad sanguínea. En todo caso, es importante la asesoría profesional.

Ginkgo biloba

Se recomienda una dosis diaria de 40 mg, tres veces al día. El *Ginkgo biloba* se obtiene de un árbol originario de la antigua China, aunque existen otras variedades. Sus efectos, bien documentados en la literatura científica, son antioxidantes y vasodilatadores arteriales, por lo que ayudan a que la sangre bien oxigenada acceda a los tejidos del pene.

Serenoa repens

El extracto de esta palmera trepadora reduce la posibilidad de crecimiento de la próstata, que suele aumentar de volumen después de los 40 años de edad. Se postula que una dosis de 160 mg dos veces al día es suficiente para producir ese efecto benéfico. Mejora indirectamente la función sexual en la medida que no se presentan síntomas urinarios y puede evitarse la cirugía, que por lesión nerviosa podría perjudicar la erección.

Vitamina C

La legendaria vitamina C, o ácido ascórbico, fue aislada por Albert Szent-Gyorgyi en la década de 1930, gracias a lo cual recibió el premio Nobel en 1937. Linus Pauling, ganador de los premios Nobel de Medicina y de la Paz, preconizó que la vitamina C previene e incluso cura los resfriados. Un impresionante estudio de 1997, publicado en el *American Journal of Epidemiology*, manifestó que 10 000 hombres y mujeres que habían tomado altas cantidades de ácido ascórbico, observados durante 19 años, tenían 34% menos riesgo de padecer cáncer de pulmón que los que consumieron cantidades mínimas de vitamina C.

La mencionada vitamina no sólo es un potente antioxidante, sino que también modifica positivamente los daños que producen los radicales libres. Previene la aterosclerosis y mejora el aporte sanguíneo al corazón, el pene y la vagina. La dosis diaria conveniente es entre medio y un gramo, independientemente del aporte que las frutas cítricas proporcionan.

Coenzima Q 10

La CQ 10 (así conocida) tiene la característica de ser un eficaz antioxidante que regula la tensión arterial, previene daños al corazón y preserva sanos los vasos sanguíneos del pene, contribuyendo así a la calidad de las erecciones. La CQ 10 se va reduciendo naturalmente con el envejecimiento, por lo que se recomienda tomar 30 mg diarios de esta sustancia si se tiene más de 40 años de edad.

Fitoesteroles

Con este nombre se designa a “los colesteroles” de origen vegetal. Su función estriba en que reducen el colesterol LDL sanguíneo, también llamado “malo” o de baja densidad. La actividad de los fitoesteroles mejora al combinarse con la vitamina E. Al optimizar la calidad del endotelio (capa que reviste el interior de los vasos sanguíneos) favorecen la producción de ON en el tejido del pene y, por lo tanto, pueden mejorar las erecciones y quizá también la lubricación vaginal; este último hecho no ha sido investigado.

¿Dónde se encuentran los fitoesteroles? Por ahora, en el salvado de arroz, el germen de trigo, el aceite de maíz y la soya. La industria quimicofarmacéutica se apresta ya a producir suplementos encapsulados a base de estos esteroides vegetales.

Ginseng

Este producto natural es un *mito verdadero* (en los capítulos 3 y 4 se estableció que hay mitos falsos y ciertos). Hace más de 5 000 años los antiguos chinos empleaban esta raíz como estimulante sexual. Hay ya algunas investigaciones científicas que avalan la certeza del antiguo mito, como la que se mencionó casi al inicio de este capítulo, y una publicación en el *International Journal of Impotency Research* (1995), en el que se comparó en 90 pacientes el efecto del ginseng de variedad roja con el de la trazodona (un antidepresivo al que se le ha atribuido entusiasmo erótico) y el de un placebo. Los resultados fueron significativamente favorables para el ginseng en cuanto a la motivación, la calidad de las erecciones y la obtención de orgasmos. Obviamente, aún falta realizar más investigaciones científicas al respecto.

El ginseng contiene panaxósidos y gingenósidos, vitaminas del grupo B y aminoácidos, como alanina y glicina, entre otros componentes. En teoría, su efecto estriba en oxigenar y antioxidar. La dosis diaria recomendada es de 0.2 mg a 1 g. Es importante revisar la etiqueta para confirmar que contiene los componentes

requeridos y, más importante aún, que verdaderamente se trate de un extracto de la auténtica planta, cuya raíz completa, dicen los enterados, tiene una forma asombrosamente humana.

Ácido fólico

Se recomienda un suplemento diario de 400 a 800 mg, en pastilla o cápsula. Este compuesto, que forma parte del complejo B, mejora el funcionamiento del aparato cardiovascular porque reduce las concentraciones de homocisteína, la cual es factor de riesgo de enfermedad cardiovascular. Como la homocisteína puede afectar las células del endotelio vascular, reduce la producción de ON. Lógicamente, la labor benéfica del ácido fólico es antioxidar y potenciar el ON, con los consecuentes beneficios a la función sexual.

Alimentos ricos en antioxidantes

Por suerte hay una gran cantidad de alimentos ricos en antioxidantes, por ejemplo la soya, el té verde, el ajo, las frutas secas, los pescados y mariscos, las verduras ricas en fibras, el vino y el chocolate.

Si se combina la ingestión de estos alimentos con la reducción o eliminación de grasas saturadas (grasa animal, aceites, manteca y frituras), el endotelio se conservará en buen estado para producir ON. Por cierto, el aceite de oliva es magnífico porque participa en la “transportación” del LDL o colesterol “malo” y ayuda a tener niveles adecuados de HDL o colesterol “bueno”, que es una especie de “carro de basura” de sustancias perjudiciales al organismo.

La fibra alimentaria reduce el riesgo de infartos y mejora el aporte sanguíneo a los órganos sexuales.

Los expertos en nutrición recomiendan el aceite de linaza, el cual también se puede comer en polvo de semilla. La linaza es rica en antioxidantes, tiene fibra soluble e insoluble, estimula la formación de prostaglandinas, que distienden los vasos sanguíneos pequeños (capilares), reducen el colesterol “malo” y disminuyen la presión arterial.

Los ácidos grasos Omega 3, presentes en pescados y mariscos, bloquean la oxidación y al mismo tiempo propician la producción de ON.

El ajo es un potente antioxidante que contiene *alicina*, una sustancia sulfurada que le proporciona a este condimento su olor peculiar.

La soya, ampliamente usada en otras latitudes, no goza de plena aceptación en México; sin embargo, contiene una gran cantidad de elementos antioxidantes que impiden la formación de radicales de oxígeno.

Hay alimentos que son magníficas fuentes de los llamados *polifenoles* (muy buenos antioxidantes), como el chocolate amargo, el vino tinto, los arándanos y el jugo de granada y de uvas moradas, entre otros.

Sustancias potenciadoras del óxido nítrico (ON)

Además de lo ya mencionado, hay tres sustancias antioxidantes que han resultado excelentes potenciadoras de óxido nítrico y que se suman al ácido fólico, la vitamina E y la vitamina C. Ellas son la L-arginina (LA), la L-citrulina (LC) y el ácido alfalipoico (AAL). Hay que recordar que la primera de ellas, la LA, tiene una función preponderante en la fisiología de la erección, como precursora del GMP cíclico, con la mediación del ON.

Las cantidades requeridas diariamente para obtener sus benéficos efectos son: 10 mg de AAL, de 200 mg a 1 g de LC y de 4 a 6 g de LA.

El cuerpo humano produce LA con la ayuda de LC. Ambos son aminoácidos impulsores del ON, ya que la LC formada en el interior de las células del organismo se convierte en ON. El mismo organismo, mediante procesos bioquímicos, puede transformar de nuevo la LC en LA y alargar la vida del ON, anulando los radicales libres de oxígeno y mejorando el funcionamiento del endotelio vascular (fabricante de ON) de los distintos órganos, incluido el pene.

El AAL está en la membrana de las células y tiende a reducir la acción de los radicales de oxígeno libres; por lo tanto, mejora el flujo sanguíneo y el aporte de oxígeno al pene, entre otros sitios de importancia en las funciones orgánicas. Además, el ácido alfalipoico promueve el metabolismo de la glucosa, por lo que es útil en pacientes diabéticos.

REFERENCIAS

1. **Delfín LF:** Remedios para la disfunción eréctil. *Gaceta de la sexualidad*. No. 1. México, Pfizer, 2006.
2. **Ignarro LJ:** *No más infartos*. México, Lumen, 2005.
3. **Lamm S, Secor CG:** *The virility solution*. Nueva York, Simon & Schuster, 1998.
4. **Sagan C:** *El mundo y sus demonios*. 15ª reimpresión. México, Planeta, 2002.

La importancia de la firmeza emocional en hombres y mujeres

EL CONCEPTO DE FIRMEZA EMOCIONAL

A partir de 2001, en conferencias, cursos y talleres que aluden al tema, me permití acuñar el término *firmeza emocional* en el desempeño erótico. Por fortuna, el concepto ha gozado de aceptación en el gremio de los sexólogos, además de que ha sido adoptado por distintos profesionales de la medicina y la psicología, incorporándolo a su bagaje teórico. Las diversas observaciones clínicas y algunos estudios científicos recientes parecen avalar mis afirmaciones de aquel entonces.

¿QUÉ ES LA FIRMEZA EMOCIONAL EN EL DESEMPEÑO ERÓTICO?

Los hombres que confían en la rigidez y persistencia de su erección desarrollan tal confianza y tranquilidad que su desempeño, tanto en los escarceos como en el encuentro sexual propiamente dicho, es espontáneo, fluido, sin tensiones, con gran desenvoltura y seguridad.

Al dejar de preocuparse por no alcanzar o no poder mantener una erección, los hombres despliegan creatividad, “inspiración” y un arte amatorio más dinámico e imaginativo. Tampoco se preocupan más por “quedar bien”, sino más bien se dedican a ser ellos mismos. Se produce así la paradoja que he señalado ya en otra parte de este libro: al tener una erección firme y sostenida, desaparece la urgencia

de penetración y dan paso a un encuentro erótico gratificante que su pareja, sea una mujer u otro hombre, se complace en compartir.

La firmeza emocional, en efecto, está determinada sobre todo por la dureza, consistencia y perdurabilidad de la erección. No obstante, es más importante aun la firmeza emocional que la misma firmeza física (erección), pues ésta, convertida en obsesión y meta, conduce a la ansiedad, a la urgencia de penetración y a encuentros sexuales frenéticos y a menudo torpes; la solidez emocional implica confianza, soltura erótica y encuentros verdaderamente placenteros.

¿Y LAS MUJERES?

Las mujeres heterosexuales no sólo son beneficiarias de la firmeza emocional de los varones, sino que también ellas la desarrollan.

Una consultante, ama de casa de 38 años de edad, casada con un hombre de 46 que se sometió a un tratamiento para DE predominantemente ansiógena, me dijo, luego de cuatro sesiones de terapia sexual: “desde que mi marido hace los ejercicios de terapia ya no es nervioso ni tosco, ahora lo toma con calma. Hay más tiempo para los besos, las caricias y la relación (el coito) ya no es apresurada. Ahora ambos tomamos iniciativas, él no está ‘clavado’ (obsesionado) con la idea de que hay que hacerlo rápido para que no pierda la erección”.

Otra mujer, médica de 43 años de edad, cuyo esposo, ejecutivo de ventas de la misma edad, padecía DE de predominio orgánico por complicaciones de diabetes mellitus, me comentó en una sesión de terapia: “lo que mi marido y yo hemos aprendido aquí es maravilloso: yo he entendido que su aprensión y angustia era por su temor al fracaso y, en cierto modo, a su machismo. Como a los hombres se les exige que cumplan, *híjole*, debe ser *súper angustiante* tener esa obligación, sentir deseo y no poder, por falta de erección. He dejado de ser agresiva y exigente. Él controla bien sus niveles de glucosa, está motivado para hacer dieta y caminata, acude a sus consultas con regularidad, toma 50 mg de Viagra® en forma alterna, una vez sí y otra no, hace sus ejercicios de la terapia sexual. Creo que irá abandonando la pastilla, pues tiene erecciones aun sin ella. Su confianza en sí mismo me encanta. Nuestra relación después de 12 años de matrimonio, como que toma un nuevo aire (sonríe)”.

A PROPÓSITO DE LA FIRMEZA FÍSICA

Existe una “escala de la erección”, denominada *índice de Goldstein*, conocido como EHS (*Erections Hardness Score*). Este indicador clasifica los grados de una

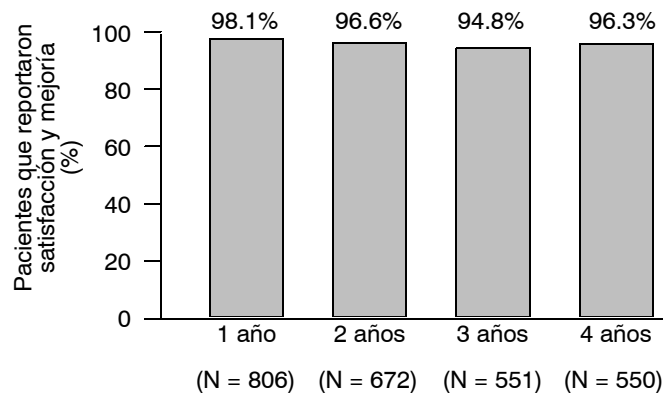


Figura 8-1. El tratamiento de la DE con Viagra® (citrato de sildenafil) ofrece satisfacción consistente. Fuente: McMurray JG, Feldman RA, Auerbach SM *et al.*: *Int J Impot Res* 2002;14(suppl 3):S104.

erección: el grado 1 se refiere a que el pene ha aumentado de volumen pero no está rígido; el 2 consiste en que el pene tiene firmeza, pero no la necesaria para la penetración; en el 3, el pene tiene firmeza para penetrar, pero no está totalmente duro; en el grado 4 el pene tiene total firmeza y su rigidez es completa.

La siguiente descripción puede ayudar a hacer más ilustrativa la escala de Goldstein: el grado 1 tiene la consistencia de una gelatina bien cuajada; el 2, la de un plátano sin cáscara; el 3, la de un plátano sin pelar y el 4, la de un pepino.

Pues bien; un estudio de Levinson (2004) mostró claramente que en 107 hombres a los que se administraron 50 mg de Viagra®, 47% pasaron de erecciones grado 1 a grado 4, en tanto que 62% del mismo número de hombres lograron idéntico resultado con 100 mg de la pastilla azul.

La firmeza física determinada por una erección *dura y duradera* es un hecho que la molécula que revoluciona la sexualidad ha dejado más que demostrado, como lo revelan las observaciones de los médicos y algunos estudios de seguimiento a través de varios años; lejos de atenuarse sus efectos y el bienestar que produce en sus usuarios, ambos se consolidan (figura 8-1).

En el XIX Congreso de la Asociación Americana de Urología (San Francisco, California, 2004) se presentaron los resultados de una encuesta aplicada a 120 urólogos y médicos generales, con datos reveladores:

1. Sesenta y cinco por ciento de los médicos señalaron que muchos pacientes se han decepcionado con la calidad de la erección de medicamentos para la DE distintos al sildenafil.

2. Cincuenta y cinco por ciento de los encuestados informaron que sus pacientes se desilusionan con los resultados ofrecidos en los mensajes promocionales de otros fármacos diferentes al sildenafil.
3. Cincuenta por ciento refieren desilusión sobre la información de fármacos recientes para la DE.
4. La conclusión del estudio de San Francisco es que: “después de probar otros fármacos para la DE, los pacientes vuelven al sildenafil por su mayor eficacia”.

Otro estudio realizado en 2004 con urólogos y médicos generales de Brasil, Inglaterra, Alemania, Francia y Australia revela que la eficacia del sildenafil para lograr erecciones de calidad es la razón principal para volver al tratamiento con Viagra® luego de haber probado otros.

FIRMEZA EMOCIONAL: DATOS CIENTÍFICOS

El estudio *Autoestima, confianza y relaciones de pareja* (2004), en el que se aplicaron el cuestionario *Self-Esteem and Relationship* (SEAR) y otros reactivos previamente validados a 300 pacientes, incluidos 97 mexicanos, realizó la comparación entre sildenafil y un placebo (como ya se ha dicho, es una sustancia sin efecto medicamentoso) bajo el sistema “doble ciego” (los participantes y el equipo de investigadores ignoraban cuál era cada sustancia).

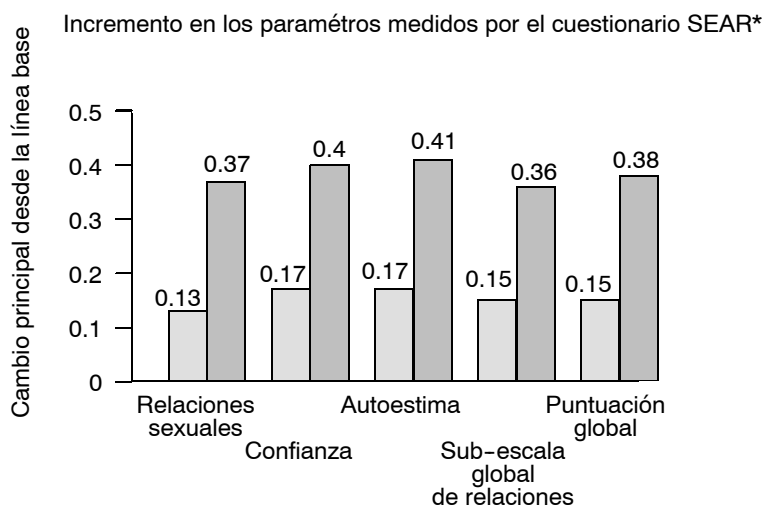


Figura 8-2. Estudio de autoestima, confianza y relaciones. Fuente: Stecher Vera *et al.*: 15th Annual Meeting of the American Psychiatric Association. Nueva York, 2004.

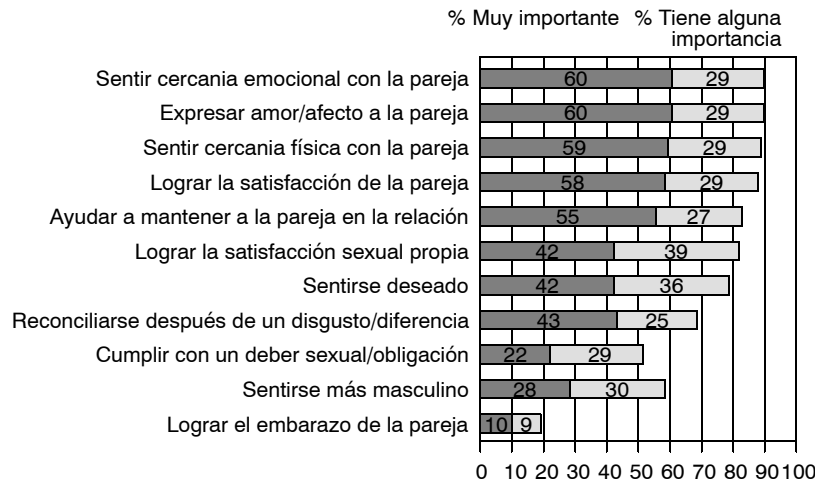


Figura 8-3. En la vinculación sexual, los hombres afirman que la conexión con la pareja es muy importante para ellos. Fuente: *Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors*. Junio-diciembre, 2001.

Los resultados fueron abrumadoramente claros: los beneficios que el sildenafil produce son contundentes en tres categorías: autoestima, confianza y calidad de la relación sexual y de pareja (figura 8-2).

Estos datos son consistentes con lo que a menudo observan los sexólogos clínicos y terapeutas sexuales, quienes con frecuencia atienden parejas que, portado-

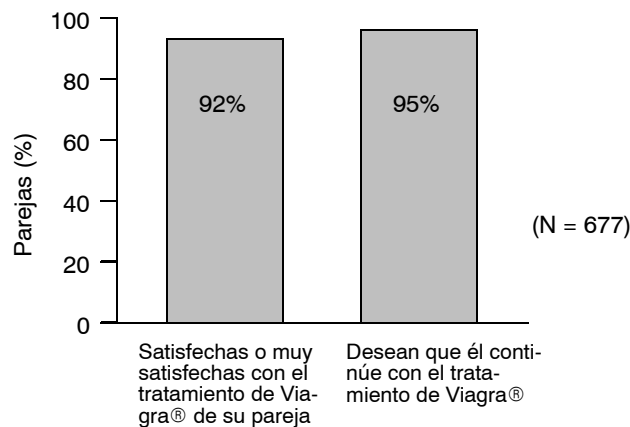


Figura 8-4. Las parejas reportan un alto grado de satisfacción con el tratamiento. Fuente: Gil A, Martínez E, Oyaguez I *et al.*: *Int J Impot Res* 2001;13:338-347.

**Cuadro 8-1. El tratamiento mejora la confianza y la autoestima.
Cuestionario Autoestima y relaciones (SEAR) (N = 93)**

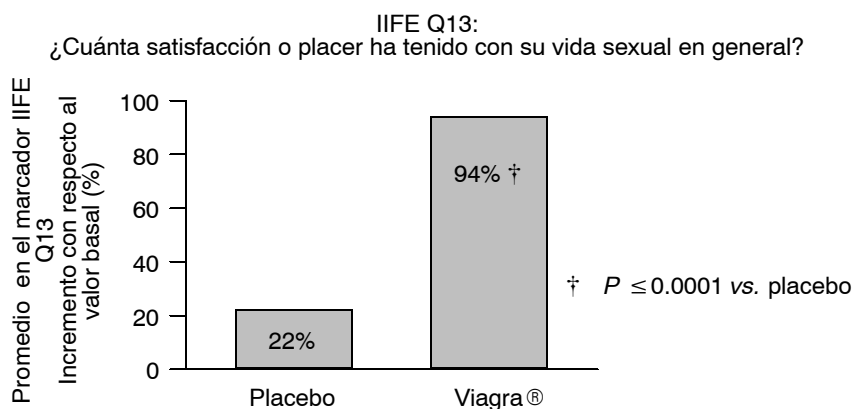
Aspecto estudiado	Basal	Fin del tratamiento	Cambio*
Relación sexual	42.1 ± 21.7	77.8 ± 21.1	35.7 ± 23.0
Confianza	55.0 ± 25.5	80.7 ± 21.2	25.7 ± 26.1
Autoestima	51.6 ± 26.9	81.0 ± 22.4	29.4 ± 27.6
Relaciones en general	61.8 ± 29.9	80.2 ± 24.4	18.4 ± 32.4

* $P \leq 0.0001$ para Viagra® vs. valor basal en todos los aspectos. Fuente: Althof SE *et al.*: *Urology* 2003;61:888-892.

ras o no de disfunciones de la vida erótica, desean mejorar su bienestar sexual. Se atestiguó en esas parejas una notable mejoría en la calidad de la relación: en el contexto de una terapia sexual integral hicieron una ampliación del repertorio erótico, saliéndose del cansado estereotipo “yo penetro y tú abres las piernas”.

Si el paciente tiene DE y utiliza Viagra®, el cambio es también considerable cuando está en un proceso terapéutico integral: este hombre nos relata que la rigidez de su erección origina en él tal confianza en su desempeño que la angustia desaparece y puede “dejarse fluir” en el arte amatorio y el encuentro de los cuerpos, pues ha renunciado a la urgencia de penetrar.

La pareja de alguien que ya desarrolla firmeza emocional en sus relaciones eróticas reporta bienestar, pasión y de nuevo placidez después de los encuentros sexuales. De esta forma, la calidad de la vida erótica, además de incrementarse, influye positivamente en la estima personal, la afectividad y la comunicación en pareja. Hay estudios científicos que certifican estos datos (figuras 8-3 a 8-7 y cuadro 8-1).



Análisis combinado de 26 estudios controlados doble ciego (N > 6 000)

Figura 8-5. El tratamiento aumenta la satisfacción de la vida erótica.

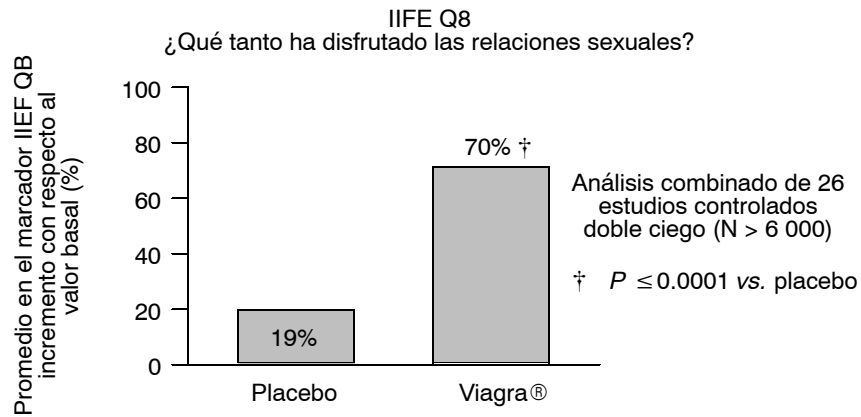


Figura 8-6. El tratamiento de la DE con Viagra® aumenta el placer sexual.

A PROFUNDIZAR LA INVESTIGACIÓN

Si bien esta serie de estudios muestra datos significativos, sería deseable profundizar la investigación directa en la esfera emocional de *la otra parte*, es decir, la mujer heterosexual o el varón homosexual que ha convivido con un hombre que tuvo DE y ahora recibe tratamiento con sildenafil. Algunos datos presentados en los estudios realizados indagan sólo la percepción del propio varón disfuncional acerca de *cómo se siente su pareja*, lo cual es importante, pero insuficiente.

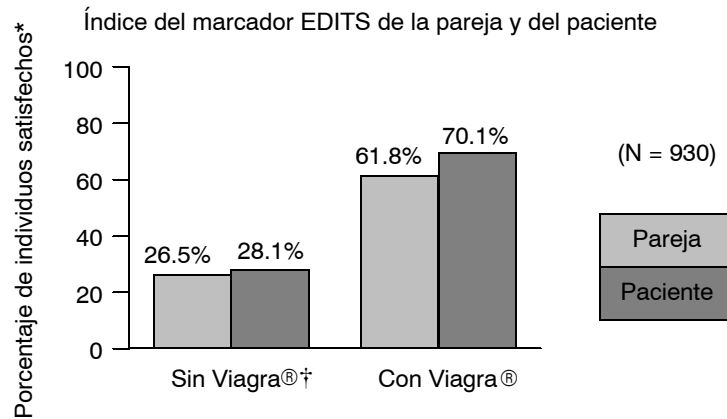


Figura 8-7. * La satisfacción de la pareja y del paciente están vinculadas. La satisfacción se evaluó mediante el Inventario de Disfunción Eréctil de Satisfacción con el Tratamiento (EDITS) $P \leq 0.0001$ vs. placebo. † Placebo. Fuente: Montorsi F *et al.*: *Urology* 2004; 63:762-767.

Un abordaje interesante sobre el tema es el estudio *Respuestas de las parejas al tratamiento de la disfunción eréctil con citrato de sildenafil* (2004), en el que las parejas de 930 pacientes y ellos mismos accedieron a contestar el Inventario de Satisfacción Sexual en el Tratamiento de la Disfunción Eréctil. Las conclusiones principales fueron que los pacientes y sus parejas reportan restablecimiento de la función eréctil y que éstas últimas tienen una mayor satisfacción con el resultado del tratamiento. Por desgracia, este estudio sólo analiza un rubro muy limitado, es decir, se quedó corto en sus alcances, ya que no se indagó a profundidad la calidad de la vida erótica de estos hombres y sobre todo de sus parejas. No es lo mismo reportar agrado por las erecciones y los encuentros sexuales que por el goce y la calidad del erotismo en pareja. Algunos estudios más recientes pretenden estudiar el punto de vista de las parejas de un modo más directo (Stecher V y col. [2006], McCullough A y col. [2005], Klaus-Peter Jünemann, Levinson I, Creanga D, Stecher V [2006], Tseng LJ [2005]), pero basándose en índices y cuestionarios parciales y limitados.

REFERENCIAS

1. Goldstein I, Lue TF, Padma NH *et al.*: *N Engl J Med* 1998;338:1397-1404.
2. Jünemann KP, Levinson IJ, Creanga DL: *Viagra (sildenafil citrate) 100 mg helps men with erectile dysfunction achieve completely hard erections and improved sexual intercourse success, enjoyment, and satisfaction*. XXI European Association of Urology Annual Congress. París, 2006.
3. KRC Research. Congreso de la Asociación Europea de Urología. 2004.
4. Levinson IP: Abstract 074. European Society for Sexual Medicine, 2004.
5. McCullough A *et al.*: *Female partners of men with erectile dysfunction treated with Viagra (sildenafil citrate) report greater satisfaction and enjoyment from sexual intercourse*. XXI European Association of Urology Annual Congress. París, 2006.
6. McCullough A, Siegel R, Tseng LJ: *Women's satisfaction with sexual intercourse is associated with their partner's improved erectile function and satisfaction after treatment of erectile dysfunction with Viagra (sildenafil citrate)*. XXI European Association of Urology Annual Congress. París, 2006.
7. Montorsi F, Althof S: Partner responses to sildenafil citrate treatment of erectile dysfunction. *Urology* 2004;63:762-767.
8. Stecher V, Collins S, Feiner C, Lording D *et al.*: *Improvement in erection quality is associated with treatment satisfaction and improved self-esteem, confidence, and sexual relationship satisfaction*. XXI European Association of Urology Annual Congress. París, 2006.
9. Stecher V, Tseng LJ: *Improvements in erectile function and intercourse success correlate positively with sexual relationship satisfaction assessed by the self-esteem and relationship (SEAR) questionnaire in men with erectile dysfunction receiving Viagra (sildenafil citrate)*. XXI European Association of Urology Annual Congress. París, 2006.
10. Victory Study. *Survey of physicians*. XIX Congress of The American Urological Association. San Francisco, California, 2004.

Sildenafil, terapia sexual y erotismo integral

UN EROTISMO COMPLETO

En 1995 planteé una propuesta sexológica conocida como *erotismo integral*, que he explicado sencillamente en algunos artículos y en dos libros: *Resignificar lo masculino* (Vila Editores, 2003) y *En las alas del placer* (Pax-México, 2005). El concepto se refiere a una expansión de las experiencias sensuales y eróticas, de manera que el erotismo también se amplíe y proporcione a los participantes un real incremento del goce sexual. Creo que la noción anglosajona del *better sex*, que se refiere a una mejora en la calidad del erotismo, ha sido erróneamente interpretada: una reducción a la mera eficiencia técnica en los encuentros sexuales, la mayoría de las veces cosificando el cuerpo femenino y alentando los ideales aspiracionales de los hombres machistas, que incluso deben incluir una serie de pasos para el logro de proezas sexuales. Así, las fantasías del supermacho extraídas de las consejas populares, la literatura *porno*, los videos XXX y las charlas (entre hombres) de billar, cantina o club de golf (según el gusto y la posición socioeconómica) nutren con toda clase de falsificaciones, estereotipos, prejuicios machistas y ritualizaciones de la cultura hollywoodense lo que desean y anhelan obsesivamente los hombres, quienes presumen de sus *hazañas en la cama*, aunque a menudo se trate sólo de idealizaciones fantasiosas.

El ideal aspiracional de los machos en el terreno erótico no sólo se aleja de las realidades concretas, sino que a menudo nada tiene que ver con lo que agrada a la mayoría de las mujeres. Esto lo sé de cierto, porque tanto en la terapia sexual como en mi trabajo docente y de divulgación en los grupos más diversos los ge-

nuinos testimonios que obtengo de mujeres *reales*, no de estereotipadas “cogelonas” de las pésimas películas mexicanas de ficheras y mecánicos, muestran con toda claridad que ellas requieren y demandan otra clase de vinculación erótica: gran pasión y ternura (que a contrapelo de lo que creen algunos machistas, son perfectamente compatibles), un encuentro íntimo con contacto físico en toda la corporalidad, caricias mutuas, besos suaves y profundos, postergación de la penetración en beneficio de un prelude prolongado e intenso, movimientos pélvicos cadenciosos y enérgicos durante el coito y una eyaculación bien controlada. Si hay orgasmo u orgasmos, es preferible que sean gratificantes, no rápidos. El placer tan veloz y fugaz resulta insípido. Las mujeres que rinden testimonio a través de sus verbalizaciones en grupos de encuentro, en terapia sexual individual y grupal o en actividades docentes refieren que, luego de la intensa sensación de máximo placer, desearían un abrazo estrecho y tierno que se prolongue algunos minutos, pasados los cuales se renueva otro ciclo erótico semejante. ¡Qué lejos está la realidad de este ideal femenino!

Las propuestas para un erotismo integral son parte esencial del trabajo sexológico con enfoque existencial-humanista. He aquí sus elementos básicos:

- Erotismo corporal *total*, no restringido a los órganos sexuales pélvicos (pene y vulva).
- Relación sensitiva y erótica *entre seres humanos*, no entre funciones sexuales y eróticas estereotipadas.
- Sí a la *creatividad erótica*, no a la mecanización de los encuentros sexuales.
- Privilegiar la *espontaneidad* sobre la rígida programación.
- La caricia coital (penetración y movimientos pélvicos) es un “platillo más” del menú erótico.
- *El cuerpo en su totalidad* es una gran zona erógena.
- El *erotismo protegido* previene infecciones sexualmente transmisibles y embarazos no deseados.
- *Imaginación y variedad* en los encuentros sexuales.

Al lector que desee conocer más esta propuesta le sugiero consultar los libros de mi autoría que aparecen en las referencias al final de este capítulo.

Terapia de la vida erótica

Tradicionalmente se veía a la terapia sexual como un método curativo de las llamadas disfunciones sexuales, tales como anorgasmia, inhibición del deseo, eyaculación precoz y disfunción eréctil, entre otras. Sin embargo, los procedimientos de la terapia sexual originalmente desarrollados por Johnson y Masters, impulsa-

dos por Helen Kaplan y ampliamente renovados y enriquecidos por múltiples sexólogos, son hoy más bien, en su conjunto, una *terapia de la vida erótica* (Barrios, 1995) que no sólo sirve para atender la disfuncionalidad (propósito para el que es muy eficaz), sino también para prevenir las alteraciones de la función erótica y aumentar el goce sexual mediante un erotismo integral, sin miedos, vergüenza, culpa o inadecuación. Esta terapia va más allá de una “mecánica sexual”: promueve y entrena la creatividad, la imaginación, el repertorio de caricias, la variedad en los estilos de vivir el erotismo, la exploración sensual y sensitiva, la comunicación corporal y verbal, y las diversas posiciones coitales.

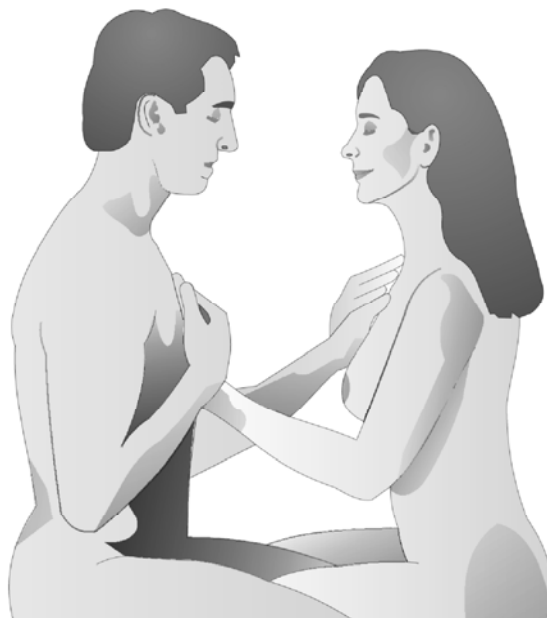
La terapia de la vida erótica exalta la espontaneidad en el vínculo sexual en pareja; no obstante, toma elementos de la vastísima tradición erótica del mundo, tales como el texto sánscrito del *Kamasutra*, escrito entre los siglos I y VI, quizá compilado y compendiado por Vatsyayana Mallanaga, que forma parte de las tradiciones religiosas de la India; el *Ananga Ranga*, pieza clave de la literatura erótica de Oriente, redactado originalmente por el poeta hindú Kalyanamalla, traducido al inglés por Sir Richard Burton y F. F. Arbuthnot, y publicado por primera vez en Occidente en 1885; *El jardín perfumado*, del jeque Nefzawi que escribía para el gran visir de Túnez en el siglo XVI; *El arte de amar*, de Ovidio, literato romano del siglo I a.C.; *Las mil y una noches*, texto clásico de la literatura del hoy sufrido pueblo de Bagdad; *The joy of sex* y su continuación *More joy of sex*, de Alex Comfort, que no sólo han sido importantes por sus textos, sino por sus espléndidas ilustraciones, que estuvieron a cargo de Charles Raymond y Christopher Foss.

Por supuesto, a los procedimientos de terapia de la vida erótica con erotismo integral se incorpora también lo sugerido en la profusa literatura y obra plástica que escritores y artistas han dejado plasmadas en trabajos de gran contenido erótico a lo largo de los tiempos.

El erotismo integral, que forma parte de los procedimientos terapéuticos de los sexólogos modernos con enfoque humanista incorpora elementos de la milenaria tradición del erotismo chino, el tantrismo erótico (especialmente el ritual Maithuna), la etapa Yahiliya preislámica (caracterizada por una gran libertad sexual, función activa de las mujeres y derecho al placer de los participantes) y variadas propuestas contemporáneas de profesionales de la salud sexual.

Sí combinan

He confirmado en mi práctica clínica como terapeuta sexual que la suma de *erotismo integral* + *terapia de la vida erótica* + *sildenafil* (en los casos pertinentes) es una excelente combinación. No podría ser de otra forma, pues la eficacia y seguridad medicamentosa de Viagra®, la molécula que revoluciona la sexualidad,



junto con el erotismo pleno y los métodos de psicoterapia sexual, dan lugar a un afortunado coctel que impulsa y optimiza la vivencia erótica de mujeres y hombres.

Así es: se produce un efecto sinérgico en el erotismo cuando se conjuntan los cambios favorables que en la respuesta sexual induce el sildenafil con los ejercicios creativos de la terapia de la vida erótica y las motivantes propuestas lúdicas de imaginación y sensualización que el erotismo integral promueve.

Quedan bien sustentadas las bases que garantizan el derecho a la salud sexual que todos tenemos, pudiendo, por así decirlo, una de sus preciadas gemas: la vida erótica expresada libremente, sin limitaciones ni reticencias, absoluta, divertida, responsable, pasional, entregada, compartida, con autoconocimiento, comunicación amorosa y sensitiva, y expansora del potencial humano.

Ese erotismo a plenitud ha sido múltiples veces cantado y descrito por bardos y escritores. Una muestra de ello es este poema del argentino Oliverio Girondo (1881-1967):

Se miran...

*Se miran, se presienten, se desean,
se acarician, se besan se desnudan,
se respiran, se acuestan, se olfatean,
se penetran, se chupan, se demudan,*

se adormecen, se despiertan, se iluminan,
 se codician, se palpan, se fascinan,
 se mastican, se gustan, se babean,
 se confunden, se acoplan, se disgregan,
 se aletargan, fallecen, se reintegran,
 se distienden, se enarcan, se menean,
 se retuercen, se estiran, se caldean,
 se estrangulan, se aprietan, se estremecen,
 se tantean, se juntan, desfallecen,
 se repelen, se enervan, se apetecen,
 se acometen, se enlazan, se entrechocan,
 se agazapan, se aprestan, se dislocan,
 se perforan, se incrustan, se acribillan,
 se remachan, se injertan, se atornillan,
 se desmayan, se reviven, resplandecen,
 se derriten, se sueldan, se calcinan,
 se desgarran, se muerden, se asesinan,
 resucitan, se buscan, se refriegan,
 se rehuyen, se evaden y se entregan.

Oliverio Gironde

REFERENCIAS

1. **Anaya JV (compilador):** *Gozo del sexo. Antología poética*. México, Alforja, 2006.
2. **Andreae S:** *Anatomía del deseo*. México, Planeta, 2004.
3. **Barrios MD:** *Resignificar lo masculino. Guía de supervivencia para varones del siglo XXI*. México, Vila Editores, 2003.
4. **Barrios MD:** *En las alas del placer. Como mejorar nuestro goce sexual*. México, Pax-México, 2005.
5. **Barrios MD:** *Terapia de las disfunciones de la vida erótica. Una propuesta de nomenclatura*. Material de discusión para un seminario de actualización. Sociedad Mexicana de Sexología Humanista Integral, A. C., México, 1995.
6. **Bateman E:** *El clítoris, la conquista del placer*. Barcelona, Fapa, 2002.
7. **Bolínches A:** *Sexo sabio*. México, Random House Mondadori, 2005.
8. **Comfort A:** *The joy of sex. A gourmet guide to lovemaking*. Nueva York, Pocket Books, 1987.
9. **Comfort A:** *More joy of sex. A lovemaking companion to the joy of sex*. Nueva York, Pocket Books, 1987.
10. **Denevi M:** *El jardín de las delicias. Mitos eróticos*. España, Thule, 2005.
11. **Ferrara G:** *Lecciones de sexo tántrico*. Barcelona, Océano, 2004.
12. **Kalyanamalla:** *Ananga Ranga*. Barcelona, Óptima, 2001.
13. **Vatsyayana M:** *Kamasutra*. Barcelona, Óptima, 2001.

Vislumbrando el futuro

NUEVAS APLICACIONES MÉDICAS

Cuando aparentemente “ya no había nada nuevo bajo el sol”, la molécula que revoluciona la sexualidad nos sigue sorprendiendo con lo que están siendo y probablemente serán en el futuro sus nuevas aplicaciones médicas.

Muchas personas relacionan la actividad erótica, especialmente el hecho de efectuar el coito y tener orgasmo, con la posibilidad de una muerte súbita, a pesar de que es muy bajo el riesgo relativo de que alguien sufra un infarto al corazón mientras tiene un encuentro sexual (menor al que hay cuando se efectúa un esfuerzo físico muy intenso y semejante al que se somete quien experimenta un intenso miedo).

Ya es clásico un estudio efectuado en el sur de Gales, en el que se siguió durante un largo plazo a 918 varones para conocer la relación entre actividad sexual y mortalidad. Cuando empezó la indagación (entre 1979 y 1983), en la que participaron hombres de 45 a 59 años de edad, se cubrió un periodo de 10 años. Los resultados fueron impresionantes: *cuantos más orgasmos, menos mortalidad*. El grupo que tuvo más de 100 orgasmos por año desarrolló 50% menor mortalidad cardiovascular que el grupo que tuvo menor número de orgasmos. Así, se pudo establecer que existe una relación inversamente proporcional entre el número de orgasmos y la mortalidad, de lo cual se deduce que el placer sexual es conveniente para la salud y que una muerte súbita durante la relación coital es improbable tanto para personas sanas como para las que tienen alguna enfermedad cardíaca; por cierto, si estas últimas no tienen síntomas o han desarrollado una buena condición

física, su riesgo es semejante al de la población sana que tiene relaciones sexuales.

No obstante, una buena parte de la población, independientemente de su lugar de origen, sea el mismo país de Gales, Buenos Aires, México o Chicago, se formula la pregunta: ¿es cierto que el coito y el orgasmo pueden dar lugar a un problema cardiovascular que lleve a la muerte?; como ya se examinó en el capítulo correspondiente, también ha surgido el cuestionamiento de si es verdad o mentira que Viagra® “facilite” un deceso durante el encuentro erótico.

Ya se ha mencionado en este libro que el sildenafil, al contrario de lo que postulaba el mito, tiene una función protectora para el corazón debido a que favorece la descarga de la bomba cardíaca con una ligera reducción de la presión arterial, aumenta la reserva de flujo sanguíneo al músculo cardíaco en personas que tienen la llamada *cardiopatía isquémica* (insuficiencia de flujo sanguíneo al corazón por parte de las arterias coronarias) y estabiliza el endotelio (es la capa interna que reviste al sistema vascular) al aumentar los niveles del GMPc, lo cual puede mejorar las condiciones de las personas que padecen insuficiencia cardíaca.

Por sus beneficios en el sistema cardiovascular, sin ninguna exageración puede afirmarse que durante el coito o la actividad erótica en general y donde estén presentes el deseo, la excitación y el orgasmo, en efecto, *Viagra® resulta un protector del corazón en la actividad física propia del ejercicio sexual*.

Además, otra propuesta terapéutica interesante e innovadora es la utilización de Viagra® en la *hipertensión pulmonar*, condición que puede ser muy grave tanto en los adultos con insuficiencia cardíaca, pues puede causar una muerte súbita, como en niños y niñas que padecen hipertensión pulmonar de origen congénito. Esta aplicación terapéutica es muy importante, ya que su acción benéfica ha sido incluso más contundente que la del óxido nítrico (ON) inhalado. Así es, mientras el efecto de éste es fugaz en la reducción de la presión pulmonar, el sildenafil prolonga su efecto cinco veces más.

En la edición del 4 de marzo de 2003, el diario brasileño *Folha de Sao Paulo* “cabeceaba” una nota: *Médico salva con Viagra® la vida de un recién nacido*. La noticia, impactante para el público general, ya había trascendido en el ámbito médico mundial debido a la publicación de investigaciones científicas al respecto.

Aquí hay unos ejemplos de los artículos científicos que tratan del sildenafil: *Sildenafil intravenoso y resistencia vascular pulmonar en niños con cardiopatía congénita*, presentado en el XXIII Congreso de la Sociedad Europea de Cardiología; “Sildenafil como un vasodilatador pulmonar selectivo en hipertensión pulmonar infantil primaria”, en la prestigiada publicación médica *Heart*; “Sildenafil es un potente vasodilatador pulmonar en niños posoperados del corazón”, en la revista de la American Heart Association; *La utilidad del sildenafil en niños con hipertensión pulmonar*, en la edición 52 de la sesión científica del American College of Cardiology, entre otros.

Como ya se ha dicho, Viagra® también ha funcionado como coadyuvante en la más frecuente de las disfunciones eróticas de los varones: la eyaculación precoz. Se ha apreciado que, en los hombres que carecen de control eyaculatorio, el sildenafil alarga la fase de meseta, prolongando el periodo previo a la eyaculación.

¿Viagra® tiene alguna utilidad en la infertilidad femenina? La cuestión parecería absurda, estando su indicación original tan aparentemente alejada de los aspectos relacionados con la reproducción biológica; sin embargo, no es así, pues el sildenafil ha sido utilizado como un apoyo medicamentoso para las mujeres que están en procesos médicos de fertilización *in vitro*, estimulación de la función ovárica y maniobras de transferencia del embrión. ¿Cómo actúa Viagra® en estas condiciones? Recordemos que el medicamento tiene una acción vasodilatadora: incrementa el flujo de sangre en las arterias del útero (matriz) y permite mejores condiciones en el endometrio (capa interna del útero), el cual recibirá al embrión transferido.

Se han iniciado observaciones médicas sobre la pertinencia de la utilización de sildenafil en el tratamiento del crecimiento no maligno de la próstata (hiperplasia) y como coadyuvante en el pie diabético, en el que parece favorecer una mejoría en la microcirculación de sangre.

Ya surgen indicios interesantes de que el sildenafil podría tener utilidad en los trastornos de movimiento del aparato digestivo, especialmente en las alteraciones gastrointestinales que conllevan una reducción en la generación de ON por el esófago.

Hay también resultados promisorios del uso de sildenafil en el fenómeno de Raynaud, la anemia drepanocítica y otros padecimientos.

Los hombres que han tenido que pasar por una colocación de prótesis del pene pueden tener una complicación. Con frecuencia, luego de este procedimiento hay una secuela negativa: como se pierden partes funcionales de los cuerpos cavernosos, se puede presentar el llamado *síndrome del pene frío*, el cual implica incomodidades, molestias y menor goce en las relaciones coitales. Pues bien, cuando se les administra Viagra® a esos pacientes, se incrementa notablemente la vasodilatación en los cuerpos cavernosos. Así, los hombres originalmente afectados y sus parejas salen muy beneficiados.

A mi juicio, aunque los estudios de sildenafil administrado a mujeres no han tenido resultados significativamente positivos para su utilización clínica en el tratamiento de disfunciones de la vida erótica femenina, a medida que se conozca más la fisiología del erotismo femenino, aún incipiente, se podrá ir ampliando su posible empleo en la terapéutica de los trastornos de la excitación sexual femenina.

En el gremio médico, tanto académico como clínico, se empieza ya a discutir en torno al *uso profiláctico de Viagra®*, ya que, si el mecanismo reparador de las

erecciones nocturnas que sirven para mantener la buena oxigenación del pene falla en los padecimientos crónicos como diabetes, hipertensión, dislipidemias, aterosclerosis y arteriosclerosis, ¿valdría la pena utilizar el fármaco en varones *sin disfunción eréctil* que tengan factores de riesgo, para prevenir la DE? Estoy seguro de que habrá respuestas concretas al respecto en un futuro cercano.

EVITAR LA MECANIZACIÓN ERÓTICA

En una de mis reflexiones, publicada en 2003, me preguntaba: “¿Todo es bueno en la revolución sexual de Viagra?” La respuesta en aquel entonces y ahora es *no*. Algunos hombres atrapados en la vieja masculinidad propia del machismo han incrementado la mecanización de sus encuentros sexuales. El arte amatorio de estos hombres nunca se ha caracterizado por su imaginación y creatividad; por lo tanto, se han exacerbado las relaciones sexuales al estilo que denominé hace algunos años tipo *chin, pun, cuaz*, o *a lo que te truje, Chenchá*. En ellas, un hombre ansioso, apresurado, cuya única caricia erótica conocida es el coito, temeroso de perder la erección y con el propósito exclusivo de “coger”, penetra a su pareja, quien, ora desconcertada, ora conformista, *se deja hacer*. Este tipo de varones no suelen expresar emociones, sentimientos y caricias variadas, para simplemente entregarse a una actividad frenética, generalmente rápida, donde tanto él como su pareja “se pierden casi toda la película”.

Es cierto que todo ello ocurría antes de Viagra® y sería injusto atribuirle al medicamento la culpa de la mecanización erótica; sin embargo, resulta muy sencillo para un varón habituado a no construir creatividad en el encuentro de los cuerpos tomarse la pastilla y acto seguido, sin un buen juego erótico de por medio, “clavar a la mariposa” y echarse a dormir.

En aquella reflexión también me planteaba la interrogante: “¿Esta tecnificación de la respuesta sexual nos conducirá a una especie de *robótica sexual* de los seres humanos?” Esta pregunta era pertinente en aquel entonces y lo sigue siendo hoy en día, debido a la profusión de noticias, algunas con bases bien fundadas y otras sin ellas, y simples rumores o filtraciones en el sentido de que en los próximos años tendremos no sólo píldoras para dormir, despertar, tranquilizarnos, euforizarnos, activarnos y desactivarnos, sino también para tener deseo, excitarnos e incrementar los orgasmos y cada uno de sus antagonistas.

Sostuve entonces y sostengo ahora que será *el erotismo integral* el elemento rescatador que contribuya a humanizar de nueva cuenta los vínculos eróticos. Bienvenido el progreso científico que tanto ayuda a la salud sexual de la población, pero... lo decía allá y lo repito aquí: “es indispensable estar al pendiente de que el avance científico-técnico esté acorde con las necesidades humanas más

profundas, sin perder la dimensión completa, psicológica, social y biológica de la propia persona”.

Quiero concluir este libro, que ha pretendido ser serio pero no solemne, con la frase pronunciada por un payaso en su lecho de muerte:

“Ya no los entretengo más”.

REFERENCIAS

1. **Abrams D, Schulze N, Magee AG:** Sildenafil as a selective pulmonary vasodilator in childhood primary pulmonary hypertension. *Heart* 2000;84(2):e4.
2. **Alcocer L:** *Actividad sexual y seguridad cardiovascular*. Congreso del Colegio Mexicano de Urología. Guadalajara, 2002.
3. **Alcocer L:** La naturaleza del tratamiento de la disfunción eréctil y de la cardioprotección que produce el tratamiento con sildenafil. *Rev Educ Salud* (reimpreso s/d.)
4. **Barrios MD:** *Resignificar lo masculino. Guía de supervivencia para varones del siglo XXI*. México, Vila, 2003.
5. **Davey SG, Frankel S, Yamell J:** Sex and death: are they related? Findings from the Caerphilly Cohort Study. *Br Med J* 1997;315:1641-1644.
6. **Ghofrani HA et al.:** Sildenafil for treatment of lung fibrosis and pulmonary hypertension: a randomized controlled trial. *Lancet* 2002;360:895-900.
7. **Karatza A et al.:** Reversal of shunting in pulmonary hypertension after treatment with oral sildenafil. *Cardiol Young* 2002;12:561-562.
8. **Lepore J et al.:** Effect of sildenafil on the acute pulmonary vasodilator response to inhaled nitric oxide in adults with primary pulmonary hypertension. *Am J Cardiol* 2002;90:667-680.
9. **Li Jia, Schulze N, Ingram, Petros A, Redington NA:** *Great Ormond Street Hospital. Intravenous sildenafil (Viagra) and pulmonary vascular resistance in children with congenital disease*. III World Congress of Pediatric Cardiology and Cardiac Surgery, 2001. (Sesión 33, subsesión 22).
10. **Michelakis ED, Tymchak W, Lien D, Da Silva L, Hashimoto K et al.:** Oral sildenafil is an effective and specific pulmonary vasodilator in patients with pulmonary arterial hypertension. *J Am Coll Cardiol* 2002;39(5):Suppl A.
11. **Mulhall JP:** Nuevas perspectivas y aplicaciones del sildenafil. En: *Curr Sex Health Reports* 2004;2:11-16. Edición en español.
12. **Siddons TE, Asif M, Armstrong I, Higenbottam TW:** Long term effects of oral sildenafil on haemodynamics and exercise tolerance in patients with pulmonary hypertension. *Am J Resp Crit Care Med* 2001;4020.
13. **Suresh PV, Varma A, Sharma R, John C et al.:** The utility of sildenafil in infants with pulmonary hypertension. *J Am Coll Cardiol* 2003;41(6)(suppl A):1008-132.

