



Sexualidad humana

Iván Arango de Montis



**Nos interesa su opinión,
comuníquese con nosotros:**



Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.,
Av. Sonora núm. 206,
Col. Hipódromo,
Deleg. Cuauhtémoc,
06100 México, D.F.



(52-55)52-65-11-00



info@manualmoderno.com
quejas@manualmoderno.com

Sexualidad humana.

D.R. © 2008 por Editorial El Manual Moderno S.A. de C.V.

ISBN-10: 970-729-316-0

ISBN-13: 978-970-729-316-8

VERSIÓN ELECTRÓNICA: 978-607-448-138-9

Miembro de la Cámara Nacional

de la Industria Editorial Mexicana, Reg. núm. 39

Todos los derechos reservados. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, almacenada en sistema alguno de tarjetas perforadas o transmitida por otro medio —electrónico, mecánico, fotocopador, registrador, etcétera— sin permiso previo por escrito de la Editorial.

All rights reserved. No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted in any form or by any means, electronic, mechanical, photocopying, recording or otherwise, without the prior permission in writing from the Publisher.

Director editorial:

Dr. Alfredo R. Boyd Filós

Editora asociada:

Lic. Karina Rendón López

Coordinador de diseño:

Esteban Gutiérrez Hernández

Diseñador de portada:

Sr. Sergio Alejandro Pérez Colín

Para mayor información sobre:

- Catálogo de producto
- Novedades
- Distribuciones y más

www.manualmoderno.com



Manual Moderno®

es marca registrada de
Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.

Sexualidad humana / [ed.] Iván Arango de Montis. --
México : Editorial Manual Moderno, 2008.
xvi, 494 p. : il. ; 23 cm.
Incluye índice
ISBN 978-970-729-316-8
1. Trastornos sexuales 2. Trastornos psicosexuales.
3. Terapia sexual. I. Arango de Montis.
616.8583 SEX.h. Biblioteca Nacional de México

Sexualidad Humana

Dr. Iván Arango de Montis

Médico cirujano, Universidad Autónoma Metropolitana, México. Especialidad en Psiquiatría (UNAM-Instituto Nacional de Psiquiatría). Terapeuta sexual (Asociación Mexicana para la salud Sexual). Médico adscrito a la Clínica de Género y Sexualidad del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente”. Miembro de: Asociación Psiquiátrica Mexicana (APM), International Society of Sexual Medicine (ISSM), Society for the Scientific Study of Sexuality (SSSS), Asociación Mexicana para la Salud Sexual (AMSSAC), Asociación Mexicana de Psicoterapia Analítica de Grupo (AMPAG).

Editor Médico:

Dr. José Luis Morales Saavedra
Editorial El Manual Moderno



Colaboradores

Dra. Claudia Wally Rampazzo Bonaldo

Médica cirujana, Especialidad en Terapia familiar y de Pareja, Terapia Sexual.

Profesora y co-investigadora, Asociación Mexicana para la Salud Sexual,

A.C. (AMSSAC), México.

Dra. Eva Marcela Cárdenas Godínez

Médico, cirujano y partero, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad

de Guadalajara. Residente de la Especialidad en Psiquiatría, Instituto Nacional de Psiquiatría

“Ramón de la Fuente Muñiz”, Institutos Nacionales de Salud, México.

Dra. Ruth González Serratos

Médico cirujano, Especialista en Psiquiatría, Maestría en Psicoterapia Médica. División

de Estudios Superiores Facultad de Medicina, UNAM. Coordinadora de Salud Mental. Jefa del

Servicio de Salud Mental de la Clínica Universitaria de la Salud Integral. ENEP Iztacala,

UNAM. Certificada por el Consejo Nacional de Psiquiatría, México.

Dra. Gloria E. Queipo García

Médico cirujano, Universidad La Salle. Médico especialista, Servicio de Genética, Hospital

General de México, SS. Maestría en Investigación Biomédica Básica. Doctorado en Ciencias

Médicas, Facultad de Medicina, UNAM.
Investigador Nacional I, México.

Dr. Tirso Clemades Pérez de Corcho

Médico cirujano. Especialista en Medicina General Integral, Instituto Superior de Ciencias Médicas, La Habana, Cuba. Maestría en Educación Sexual, Universidad Pedagógica, La Habana, Cuba. Miembro de la Asociación Mexicana de Microbiología e Infectología Clínica, A.C.

Dermatóloga Verónica Fonte Ávalos

Dermatóloga, Hospital General de México, SS. Médico adscrito servicio de Dermatología; subespecialidad en cirugía dermatológica; miembro de la Sociedad Médica del Hospital General “Dr. Manuel Gea González”, SS, México. Miembro del Colegio Iberoamericano de Dermatología (CILAD).

Dr. Raúl Miranda Arce

Médico cirujano, Escuela Mexicana de Medicina, Universidad La Salle. Psiquiatra, Hospital Central Militar. Certificado Consejo Mexicano de Psiquiatría. Terapeuta de parejas, Instituto Mexicano de Terapia de Parejas. Educador Sexual, Asociación Mexicana de Educación Sexual. Profesor asociado de la Asociación Mexicana para la Salud Sexual A.C., (AMSSAC), México.

Dra. Matilde Ruiz Rodríguez

Médico general, Universidad Autónoma de Querétaro. Especialista en Ginecología y Obstetricia, UNAM. Adscrita al servicio de Ginecología y

Obstetricia del Hospital General
de Zona # 2-A “Troncoso”, IMSS, México.

Lic. en Psicología Nadine Terrein Roccatti

Licenciada en Psicología, Universidad Iberoamericana. Maestra en Psicoterapia Psicoanalítica, Centro Eleia. Terapeuta sexual, Asociación Mexicana para la Salud Sexual A.C., (AMSSAC).

Doctorado en Investigación Psicológica, Universidad Iberoamericana, México.

Dr. Rubén Hernández Serrano

Médico Psiquiatra, Sexólogo/ Profesor de la UCV e IUPOLC. Ex-presidente Asociación Mundial de Sexología (WAS), 1993-1997; Academia Internacional de Sexología Médica 2002-2005;

Sociedad Venezolana de Sexología Médica 1990-1994.2000 2004. Presidente de la Sección de Psiquiatría y Sexualidad Humana WPA / AMP. Presidente de FLASSES 2006-2010.

Dra. Claudia Fouillux Morales

Médico cirujano, especialidades en Psiquiatría, psicoterapia de grupo y Terapia sexual.

Maestría en Psiquiatría (área Psicología Médica). Coordinadora de los cursos de posgrado y

Coordinadora de la Clínica de Bienestar Sexual, Departamento de Psicología Médica,

Psiquiatría y Salud Mental, Facultad de Medicina, UNAM, México.

M. en Comunicación Alma Aldana García

Licenciatura y Maestría en comunicación, educadora sexual, sexóloga.

Miembro fundador de la Federación Mexicana de Salud Sexual

(FEMESS).

Candidata a Doctorado por el Institute for Advanced Study Human Sexuality

(IASHS-San Francisco California, EUA)

Dr. Eusebio Rubio-Aurioles

Médico Cirujano por la Universidad La Salle, México D.F., Doctorado (Ph. D.)

por el Programa de Sexualidad Humana de la Universidad de Nueva York (Nueva York, EUA).

Egresado del programa de postdoctorado en Terapia Sexual del Hospital Monte Sinaí (Nueva

York, EUA). Profesor del Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la Facultad de

Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México. Fundador y Director General

de la Asociación Mexicana para la Salud Sexual, A.C. Presidente (2005-2009) de la World

Association for Sexual Health (WAS, anteriormente World Association for Sexology)

Dr. Iván Arango de Montis

Médico cirujano por la Universidad Autónoma Metropolitana, México. Especialidad en

psiquiatría (UNAM), terapeuta sexual (AMSSAC). Adscrito a la clínica de Género y Sexualidad

del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente”.

Dra. Susana Kofman-Alfaro

Médica, Universidad de Buenos Aires, Argentina. Especialista en Pediatría por el Instituto

Gaslini, Génova , Italia. Especialista en Genética MRC Clinical and Population Research Unit,

Edimburgo, Escocia. Jefa del Servicio de Genética del Hospital

General de México.

Investigadora Emérita, Hospital General de México, Institutos Nacionales de Salud. Profesora

Titular C de tiempo completo, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma

de México. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores (SNI) nivel III.

Dr. Jaime Jasso Kamel

Médico ginecoobstetra. Maestría en Biología de la reproducción. Presidente del Colegio

Médico de Estudios en Salud Sexual y Reproductiva. Profesor adjunto, Curso de educación

sexual y anticoncepción, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México.

Prefacio

Esta obra pretende dar respuesta a la necesidad de promover la atención a los problemas relacionados a la salud sexual. Se inspira en un documento generado por la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud en el año 2000 en el cual se establecen una serie de lineamientos y recomendaciones para promover la salud sexual. Se propuso entonces que desde el punto de vista clínico hay una serie de condiciones prioritarias a atender y se enumeran como tal. En vista de que en los programas curriculares de las carreras relacionadas al campo de la salud el volumen de información dedicado a la sexualidad humana es escaso nos dimos a la tarea de abordar los problemas clínicos relacionados a la salud sexual con la intención de ofrecer al lector interesado información suficiente para la comprensión, el manejo básico y referencia pertinente de los problemas en cuestión.

El desarrollo del texto parte de una aproximación bio-psico-social al fenómeno de la sexualidad humana, razón por la cual se ofrece una reflexión sobre los aspectos biológicos, psicológicos y sociales de cada una de las dimensiones en las que, desde ésta perspectiva, se expresa la sexualidad en el ser humano, es decir, en lo relacionado al erotismo, a la identidad de género, al vínculo y los procesos reproductivos. Las pretensiones de éste texto incluyen el ofrecimiento de otro tipo de información al respecto del quehacer en el trabajo por la promoción a la salud sexual, se hace un recorrido sobre la historia de la sexología en occidente y se explicita la imperiosa necesidad de las reflexiones que desde la ética se hacen en éste campo profesional. Si bien es cierto, el contenido del texto lleva consigo una fuerte carga de información médica, también se ha pensado en el lector con otros intereses y necesidades, por ello se incluye información sobre temas

relacionados al sexo saludable con la intención de facilitar la ampliación del repertorio de posibilidades para el placer.

El invaluable esfuerzo de cada uno de los autores de esta obra ha derivado en un cúmulo de información actualizada sobre los problemas clínicos relacionados a la sexualidad. Se trata de las disfunciones sexuales en mujeres y en hombres, con una aproximación que no solamente coloca al lector frente a las más recientes evidencias que desde la medicina se han hecho al respecto, sino también desde una perspectiva que incluye la dimensión de la interacción con la pareja y la forzosa necesidad de reconocer las historias de vida de cada individuo, la subjetividad y los discursos que desde lo social se ponen en juego. Es pertinente decir que resulta por demás difícil discernir la línea divisoria entre la sobre-medicalización de los procesos de vida y el tipo de atención que requieren las condiciones que se traducen en sufrimiento humano. Tarea que requiere un esfuerzo cotidiano y permanente si lo que se persigue es la promoción de la salud y no solo la promoción del consumo de fármacos de manera indiscriminada.

La condición transexual, transgénero y los trastornos relacionados a la identidad de género, los síndromes intersexuales son abordados de igual forma, haciendo un reconocimiento de la tensión que existe entre distintos discursos, el de la sociología, el de la psicología y el de la medicina. Se trata de síndromes médico-psicológicos?, o de un problema socio-político?, una combinación de ambas dimensiones que deriva en un fenómeno sumamente complejo e irreducible a la neurobiología? son algunas de las preguntas que orientan las reflexiones de éste texto.

De manera propositiva se ha decidido incluir en el capítulo de los trastornos relacionados al vínculo una mirada que retoma el constructo-psicodinámico de la perversión en lo que ahora se denomina parafilias. Más allá de los sorprendentes conocimientos que desde las neurociencias se han hecho al respecto del cortejo o de la fase proceptiva de la conducta sexual, el componente teórico psicodinámico reconoce la expresión de la agresión en la

reescenificación de traumas en los vínculos tempranos y en los sistemas de apego, que no solamente resultan necesarios para comprender la causalidad de la parafilia o perversión sino para el tratamiento de la misma.

Actualmente se discute si se requiere del reconocimiento como categoría diagnóstica

de un fenómeno clínico que ha recibido muchos nombres: conducta sexual fuera de control, conducta sexual compulsiva, adicciones sexuales, trastornos relacionados a las parafilias o conducta sexual compulsiva no parafílica. Evidentemente es un tema que se traduce en acaloradas discusiones y las distintas corrientes de pensamiento hacen sus respectivas propuestas. En ésta obra se hace un recuento de las distintas maneras de entender un fenómeno que es motivo de solicitud de atención en los servicios de salud mental. Los síndromes clínicos relacionados a la violencia sexual son considerados en extenso en ésta obra y se presentan datos específicos de la población mexicana. El tema es abordado con una perspectiva de género con la que se identifica la agresión sexual como un problema que refleja el desbalance de poder que una sociedad patriarcal como la nuestra le otorga al hombre. La violencia sexual hacia las mujeres es un problema actuado por los hombres y corresponde a los hombres dejar de actuarla. Las consideraciones que se hacen en ésta obra sobre el tratamiento a las personas que sobreviven la violencia sexual son más que necesarias y pertinentes, el diseño de estrategias para frenar la violencia rebasa las acciones terapéuticas con las mujeres y requiere de la participación de todos los sectores de la sociedad en el esfuerzo para construir una sociedad sexualmente más sana. La violencia sexual es un hecho político.

Las infecciones de transmisión sexual son también un problema de salud pública no

solo en México sino a nivel mundial, en éste texto se señalan los aspectos fundamentales para el manejo sindromático de las principales infecciones de transmisión sexual y se ofrecen reflexiones para la promoción de prácticas sexuales seguras y saludables de

manera tal que las personas en grupos de riesgo puedan vivir una sexualidad digna y gratificante. Se incluye también un capítulo sobre las generalidades de la terapia sexual, componente fundamental para el proceso terapéutico de los problemas relacionados a la sexualidad, fundamentalmente en el área de las disfunciones sexuales. El énfasis de ésta obra es la realización de un abordaje integral que no puede dejar por fuera los procesos de autoconocimiento y aprendizaje que se gestan en los procesos psicoterapéuticos.

La sexualidad en el adulto mayor y en las personas con condiciones médicas específicas resulta no solamente importante sino que el la presentación de ésta información es consistente con la promoción de la salud sexual en grupos especiales de personas. La sexualidad del individuo empieza con el nacimiento y se acaba con la muerte, la validación del placer en el adulto mayor o en las personas con enfermedades crónicas es un derecho fundamental.

Con el afán de ofrecer herramientas para la investigación y sistematización del conocimiento

científico en el área de la sexualidad humana, se presenta una sección en la que el lector interesado puede encontrar los componentes básicos para la elaboración de herramientas clinimétricas y las ya diseñadas que hasta el momento son utilizadas con mayor frecuencia en el campo. El texto en general es el resultado de múltiples esfuerzos que intentan ser coherentes con el reconocimiento del derecho a la salud sexual y a la información científica requerida para la promoción de la misma.

Dr. Iván Arango de Montis
México, D.F.

Contenido

[Portadilla](#)

[Colaboradores](#)

[Prefacio](#)

[Agradecimientos](#)

[Capítulo 1: Historia breve de la sexología clínica en occidente](#)

[Definiciones](#)

[Sexo](#)

[Sexualidad](#)

[Salud sexual](#)

[Género](#)

[Identidad de género](#)

[Orientación sexual](#)

[Identidad sexual](#)

[Erotismo](#)

[Vínculo afectivo](#)

[Actividad sexual](#)

[Prácticas sexuales](#)

[Relaciones sexuales sin riesgo](#)

[Comportamientos sexuales responsables](#)

[Ética y medicina sexual](#)

[Referencias](#)

[Capítulo 2: Biología del erotismo](#)

[Aparato genital femenino](#)

[Órganos genitales externos](#)

[Órganos genitales internos](#)

[Aparato genital masculino](#)

[Fisiología de la reproducción](#)

[Pubertad, menarquía y menopausia](#)
[Ciclo menstrual](#)
[Factores hormonales y neurológicos](#)
[Factores hormonales](#)
[Factores cerebrales y neurotransmisores](#)
[Neurotransmisores](#)
[Referencias](#)

[Capítulo 3: Psicología y sociología del erotismo](#)
[Psicología del erotismo](#)
[Sociología del erotismo](#)
[Definiciones](#)
[Referencias](#)
[Lecturas recomendadas](#)

[Capítulo 4: Sexo saludable](#)
[Salud sexual](#)
[Masturbación](#)
[Posiciones sexuales](#)
[Posicion cara a cara con el hombre encima](#)
[Posicion cara a cara con la mujer encima](#)
[Posicion lateral cara a cara](#)
[Posicion de penetracion por detrás](#)
[Otras posiciones](#)
[Punto g, orgasmo y eyaculacion femenina](#)
[Punto G y adaptabilidad](#)
[Referencias](#)

[Capítulo 5: Síndromes clínicos que alteran el funcionamiento sexual \(disfunciones sexuales\)](#)
[Deseo hipoactivo. síndrome de deseo sexual hipoactivo o deseo sexual inhibido](#)
[Introducción](#)
[Definición](#)

[Clasificación](#)

[Epidemiología](#)

[Bases biológicas y psicológicas del deseo sexual](#)

[Hormonas](#)

[Prolactina](#)

[Sistema nervioso y neurotransmisores](#)

[Etiología](#)

[Diagnóstico](#)

[Diagnóstico diferencial](#)

[Tratamiento](#)

[Intervenciones psicoterapéuticas personales y de pareja](#)

[Intervenciones médicas](#)

[Fobia y aversión sexual](#)

[Introducción](#)

[Definición](#)

[Clasificación](#)

[Etiología](#)

[Teorías biológicas](#)

[Teorías sociales](#)

[Teoría conductista](#)

[Teoría psicoanalítica](#)

[Diagnóstico](#)

[Epidemiología](#)

[Tratamiento](#)

[Terapia de exposición](#)

[Desensibilización sistemática](#)

[Terapia cognitiva](#)

[Tratamiento farmacológico](#)

[Terapia virtual real](#)

[Referencias](#)

[Lecturas recomendadas](#)

[Capítulo 6: Disfunciones y trastornos sexuales](#)

[Disfunción de la excitación sexual de la mujer](#)

[Evolución del diagnóstico](#)
[Trastorno de la excitación sexual persistente](#)
[Prevalencia](#)
[Fisiopatología](#)
[Factores biológicos](#)
[Factores psicosociales y dependientes del contexto](#)
[Tratamiento](#)
[Tratamiento hormonal](#)
[Tratamiento no hormonal](#)
[Disfunción eréctil masculina](#)
[Definición](#)
[Epidemiología](#)
[Clasificación](#)
[Mecanismos celulares de flacidez y erección](#)
[Mecanismo de la Rho-quinasa](#)
[Vía del cGMP \(monofosfato cíclico de guanosina\)](#)
[Vía del cAMP \(monofosfato cíclico de adenosina\)](#)
[Anatomofisiología de la erección](#)
[Fisiopatología de la disfunción eréctil](#)
[Etiología](#)
[Diagnóstico](#)
[Tratamiento](#)
[Psicoterapia sexual](#)
[Terapia con medicamentos](#)
[Disfunción orgásmica femenina](#)
[Introducción](#)
[Orgasmo femenino](#)
[Definición](#)
[Aspectos epidemiológicos](#)
[Clasificación](#)
[Etiología](#)
[Factores biológicos](#)
[Factores psicosociales](#)
[Diagnóstico](#)

[Tratamiento](#)

[Disfunción orgásmica masculina](#)

[Síndrome de anorgasmia](#)

[Introducción](#)

[Definición](#)

[Clasificación](#)

[Epidemiología](#)

[Etiología](#)

[Diagnóstico](#)

[Laboratorio y gabinete](#)

[Tratamiento](#)

[Pronóstico](#)

[Eyacuación precoz](#)

[Introducción](#)

[Definición](#)

[Clasificación](#)

[Epidemiología](#)

[Fisiología](#)

[Etiología](#)

[Diagnóstico](#)

[Tratamiento](#)

[Psicoterapia sexual](#)

[Ejercicios de Kegel](#)

[Terapia farmacológica](#)

[Neurotomía selectiva y rehabilitación del piso pélvico](#)

[Anestésicos locales](#)

[Circuncisión](#)

[Otros métodos](#)

[Vaginismo](#)

[Introducción](#)

[Prevalencia](#)

[Fisiopatología](#)

[Tratamiento](#)

[Síndromes de dolor sexual](#)

[Dispareunia y demás síndromes dolorosos](#)

[Introducción](#)

[Definición](#)

[Epidemiología](#)

[Clasificación](#)

[Diagnóstico](#)

[Tratamiento](#)

[Referencias](#)

[Capítulo 7: Vínculo y sexualidad](#)

[Introducción](#)

[Antecedentes](#)

[Antecedentes etológicos](#)

[El vínculo erótico](#)

[El origen de la capacidad vincular](#)

[Parafilias / perversiones](#)

[Las parafilias](#)

[Tratamiento](#)

[Clasificación de las parafilias](#)

[Introducción](#)

[Problemática médico-legal](#)

[Demostración de la realidad de conductas tipificadas o no como delitos](#)

[Estado mental del inculpado](#)

[Comprobación del estado patológico en el inculpado](#)

[Describir las modalidades terapéuticas que el caso específico señale](#)

[Referencias](#)

[Lecturas recomendadas](#)

[Capítulo 8: Identidad de género y orientación sexual](#)

[Definiciones](#)

[Biología de la orientación sexual y de la identidad de género](#)

[Psicología de la identidad de género](#)

[Sociología de la identidad de género](#)

[Historia de la diferenciación sexual](#)

[Algunas consideraciones sobre el sexo de asignación en personas con ambigüedad genital](#)

[Epidemiología de los trastornos de identidad de género](#)

[Historia natural del trastorno de identidad de género](#)

[Consideraciones diagnósticas acerca de la transexualidad](#)

[Tratamiento de los trastornos de identidad de género](#)

[Síndromes intersexuales](#)

[Sexo cromosómico](#)

[Sexo gonadal](#)

[Diferenciación sexual fenotípica](#)

[Alteraciones del sexo cromosómico](#)

[Síndrome de Turner](#)

[Cariotipos asociados con el síndrome de Turner](#)

[Cuadro clínico](#)

[Etiopatogenia](#)

[Diagnóstico](#)

[Tratamiento](#)

[Síndrome de Klinefelter](#)

[Cuadro clínico](#)

[Anomalías asociadas](#)

[Tratamiento](#)

[Alteraciones de la diferenciación gonadal](#)

[Disgenesia gonadal pura \(DGP\) 46,XY](#)

[Tratamiento de la disgenesia gonadal pura 46,XY](#)

[Síndrome de varón XX](#)

[Tratamiento del síndrome de varón XX](#)

[Hermafroditismo verdadero](#)

[Tratamiento del hermafroditismo verdadero](#)

[Alteraciones de la diferenciación fenotípica](#)

[Alteraciones en el mecanismo de acción de los andrógenos](#)

[Alteraciones a nivel prerreceptor](#)

[Alteraciones a nivel receptor](#)

[Fisiopatología](#)

[Deficiencias enzimáticas en la síntesis de testosterona](#)
[Tratamiento de las deficiencias en la síntesis de testosterona](#)
[Seudohermafroditismo femenino](#)
[Hiperplasia suprarrenal congénita](#)
[Referencias](#)
[Lecturas recomendadas](#)

[Capítulo 9: Biología de la reproductividad](#)

[Introducción](#)
[Fertilización, implantación y embarazo](#)
[Psicología de la reproductividad](#)
[Sociología de la reproductividad](#)
[Síndromes clínicos relacionados con la reproducción](#)
[Infertilidad](#)
[Consejería en infertilidad](#)
[Avances en reproducción asistida](#)
[Embarazo no deseado y aborto como problemas de salud pública](#)
[Complicación del aborto](#)
[Procedimientos abortivos no médicos más usados en México](#)
[Procedimientos abortivos médicos más usados en México](#)
[¿cambiará algún día el panorama?](#)
[Lecturas recomendadas](#)

[Capítulo 10: Síndromes clínicos relacionados con comportamiento sexual compulsivo](#)

[Consideraciones etiológicas: neuroanatomía](#)
[Procesos neuroquímicos](#)
[Otras propuestas teóricas](#)
[Diagnóstico](#)
[Tratamiento](#)
[Referencias](#)
[Pie de página](#)

[Capítulo 11: Síndromes clínicos relacionados con violencia y](#)

[victimización](#)

[Poder, género, violencia/agresión](#)

[Síndromes clínicos posteriores al abuso sexual en la niñez](#)

[Abuso sexual a infantes y género](#)

[Conceptos de abuso sexual infantil](#)

[Concepto de incesto](#)

[Concepto de sobrevivientes](#)

[Pornografía infantil](#)

[Consecuencias en los infantes](#)

[Consecuencias en la conducta](#)

[Alteraciones generales de la conducta](#)

[Infantes reactivos sexualmente](#)

[Consecuencias a largo plazo del abuso sexual en la infancia](#)

[Sobrevivencia al abuso sexual](#)

[Frecuencia del fenómeno del abuso sexual infantil](#)

[Síndromes clínicos posteriores al acoso sexual](#)

[Síndromes clínicos posteriores a la violación](#)

[Prevalencia](#)

[Concepto de violación](#)

[Consecuencias de la violación](#)

[Violación a hombres](#)

[Psicoterapia dirigida a víctimas de violencia sexual](#)

[Psicoterapia individual dirigida a víctimas adultas de violación, hostigamiento y acoso sexuales](#)

[Psicoterapia a víctimas de abuso sexual infantil](#)

[Intervención psicoterapéutica para sobrevivientes de abuso sexual infantil](#)

[Fobia clínica centrada en la sexualidad](#)

[Erotofobia relacionada con violencia sexual](#)

[Homofobia](#)

[Síndromes clínicos relacionados con la participación en amenazas o actos violentos centrados en el sexo o la sexualidad](#)

[Patrones de comportamiento sexual de riesgo que exponen al individuo y a otros a contraer ITS](#)

[Aspectos legales](#)

[Referencias](#)

[Capítulo 12: Síndromes clínicos relacionados con las infecciones de transmisión sexual](#)

[Introducción](#)

[Infecciones de transmisión sexual \(its\)](#)

[Definición](#)

[Diferencias entre una its y una infección genital](#)

[Manejo sindromático de casos de its](#)

[Definición](#)

[Principales flujogramas clínicos](#)

[Its más frecuentes, asociadas con los principales síndromes clínicos](#)

[Síndrome ulcerativo](#)

[Herpes simple](#)

[Epidemiología](#)

[Etiopatogenia](#)

[Cuadro clínico](#)

[Diagnóstico](#)

[Tratamiento](#)

[Prevención](#)

[Sífilis](#)

[Epidemiología](#)

[Cuadro clínico](#)

[Sífilis tardía benigna](#)

[Sífilis prenatal](#)

[Diagnóstico](#)

[Tratamiento](#)

[Linfogranuloma venéreo](#)

[Fisiopatología](#)

[Cuadro clínico](#)

[Diagnóstico](#)

[Tratamiento](#)

[Granuloma inguinal](#)

[Epidemiología](#)

[Cuadro clínico](#)

[Diagnóstico](#)

[Tratamiento](#)

[Chancroide](#)

[Epidemiología](#)

[Cuadro clínico](#)

[Diagnóstico](#)

[Tratamiento](#)

[Citomegalovirus](#)

[Epidemiología](#)

[Cuadro clínico](#)

[Diagnóstico](#)

[Tratamiento](#)

[Diagnóstico diferencial de úlceras genitales](#)

[Síndrome de exudado/flujo/secreción](#)

[Exudado/ flujo/ secreción vaginal](#)

[Gonorrea vaginal](#)

[Clamidiasis vaginal](#)

[Tricomoniasis vaginal](#)

[Vaginosis bacteriana](#)

[Micosis vaginal](#)

[Exudado/flujo/secreción uretral](#)

[Exudado/flujo/secreción anorrectal](#)

[Síndrome de dolor en la parte baja del abdomen en la mujer](#)

[Enfermedad pélvica inflamatoria](#)

[Fisiopatología](#)

[Cuadro clínico](#)

[Diagnóstico](#)

[Tratamiento](#)

[Síndrome de tumoraciones](#)

[Condilomas acuminados](#)

[Manifestaciones clínicas](#)

[Diagnóstico](#)

[Tratamiento](#)

[Condilomas planos](#)

[Manifestación clínica](#)

[Diagnóstico](#)

[Tratamiento](#)

[Molusco contagioso](#)

[Manifestación clínica](#)

[Diagnóstico](#)

[Tratamiento](#)

[Infecciones asintomáticas de transmisión sexual](#)

[Infección por virus de la hepatitis a, b y c](#)

[Infección por el virus de hepatitis A](#)

[Infección por el virus de hepatitis B](#)

[Infección por el virus de hepatitis C](#)

[Diagnóstico](#)

[Profilaxis](#)

[Tratamiento](#)

[Infección por el virus de epstein-barr](#)

[Infección por el virus herpético humano tipo 8](#)

[Infección por el virus de inmunodeficiencia humana](#)

[Definición](#)

[Vías de transmisión](#)

[Diagnóstico](#)

[Estigma y discriminación que afectan a las personas con VIH](#)

[Sida](#)

[Pruebas de monitoreo](#)

[Tratamiento](#)

[Impacto de las its en la salud sexual](#)

[Prevención de las its](#)

[Relaciones sexuales seguras y protegidas](#)

[Condomes](#)

[Negociación de las relaciones sexuales](#)

[Prevención del vih y otras its después de una violación sexual](#)

[Referencias](#)

Capítulo 13: Síndromes clínicos relacionados con diferentes trastornos y condiciones

Síndromes clínicos posteriores a la discapacidad o enfermedad

Endocrinopatías

Padecimientos cardiovasculares

Cáncer

Nefropatías

Epilepsia

Esclerosis múltiple

Dislipidemias

Lesiones de la médula espinal

Síndromes clínicos posteriores a una enfermedad mental

Síndromes clínicos posteriores a la medicación u otras intervenciones médicas y quirúrgicas

Trastornos colorrectales

Síndromes clínicos posteriores a otros trastornos

Referencias

Lecturas recomendadas

Capítulo 14: Salud y enfermedad sexual geriátricas

Investigaciones de la sexualidad del anciano

Factores psicosociales que interfieren con la respuesta sexual

Cambios en la respuesta sexual

Factores hormonales

Efecto de las patologías médicas e incapacidad

Trastornos cardiovasculares

Trastornos endocrinos

Trastornos respiratorios

Trastornos neurológicos

Trastornos reumatológicos

Trastornos renales y del tracto urinario

Trastornos psiquiátricos

Trastornos oncológicos

[Intervenciones quirúrgicas](#)

[Fármacos](#)

[Manejo de las disfunciones](#)

[Homosexualidad en la vejez](#)

[Conclusiones](#)

[Referencias](#)

[Lecturas recomendadas](#)

[Capítulo 15: Instrumentos clinimétricos para la investigación en sexualidad humana](#)

[Planeación](#)

[Planteamiento de objetivos](#)

[Tabla de especificaciones](#)

[Elaboración de reactivos](#)

[Reglas para la elaboración de reactivos](#)

[Formato del instrumento](#)

[Análisis de reactivos](#)

[Confiabilidad](#)

[Validez](#)

[Estandarización](#)

[Aspectos que deben considerarse antes de usar un instrumento](#)

[Derechos de quienes responden](#)

[Instrumentos para evaluar la función sexual](#)

[Índice internacional de función eréctil-5 \(IIEF-5\)](#)

[Inventario breve de funcionamiento sexual](#)

[Inventario de Función Sexual Femenina \(FSFI\)](#)

[Cuestionario de funcionamiento sexual del Hospital General de Massachussets \(MGH\)](#)

[Referencias](#)

[Lecturas recomendadas](#)

[Capítulo 16: Psicoterapia sexual](#)

[Introducción](#)

[Breve panorama histórico](#)

[Terapia sexual de masters y johnson](#)

[Modelo de terapia sexual de helen kaplan](#)

[Psicoterapia sexual holónica estructural estratégica](#)

[Modelo de los cuatro holones sexuales](#)

[Hipótesis de estructura sexual](#)

[Experiencia psicoterapéutica](#)

[Proceso psicoterapéutico](#)

[Revisión de las técnicas de psicoterapia sexual](#)

[Focalización sensorial](#)

[Uso del autoerotismo en psicoterapia sexual](#)

[Trabajo con la autoimagen corporal en psicoterapia sexual](#)

[Uso de las técnicas de relajación](#)

[Técnicas de reentrenamiento en la eyaculación precoz](#)

[Técnicas de reentrenamiento muscular en el tratamiento del vaginismo](#)

[Psicoterapia sexual como forma de psicoterapia](#)

[Una forma de psicoterapia](#)

[Ética profesional](#)

[Conclusiones](#)

[Referencias](#)

[Apéndice](#)

Agradecimientos

Este libro es el resultado de un esfuerzo colectivo de un grupo de profesionales y amigos que han dedicado mucho tiempo a la promoción y a la atención de la salud. A ellos todo mi agradecimiento por su generosidad y su paciencia.

Va el agradecimiento a:

Al Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente” y en particular a la clínica de Género y Sexualidad por el espacio que brinda a la población.

A la Asociación Mexicana para la salud Sexual Sexual (AMSSAC) y a su director Eusebio Rubio-Aurioles, amigo y mentor.

A la Federación Latinoamericana de Sociedades de Sexología y Educación Sexual (FLASSES) por su permanente compromiso con la salud sexual en Latinoamérica.

A todas y cada una de las personas que se han atrevido a reflexionar sobre su sexualidad en aras del bienestar y del placer.

Al Dr. Jose Luis Morales de la Editorial El Manual Moderno por el esfuerzo compartido

Al Dr. Jorge Margolis por el camino recorrido

Y sobre todo, a Deni y a Emilia.

Dr. Iván Arango de Montis.

Historia breve de la sexología clínica en occidente

Iván Arango de Montis

Lo que ahora se entiende como una disciplina científica, es decir, la sexología (o la medicina sexual) no es neutral, más bien, como se entiende desde el pospositivismo científico, responde a un conocimiento construido a lo largo de distintas épocas en la historia y se inserta en un sistemas de ideas, creencias, conocimientos previos, ideologías y realidades político-económicas.

El interés por comprender el fenómeno sexual no es nuevo. Las aproximaciones que la especie humana ha hecho a lo largo de la historia y en distintas culturas a los fenómenos reproductivos, a los fenómenos relacionados a la identidad de género, a la reproductividad y al fenómeno erótico, han sido motivo de todo tipo de reflexiones filosóficas, políticas y artísticas.

Toda cultura, de una u otra manera, aborda el tema de lo relacionado con el sexo desde distintas posturas filosóficas e ideológicas.

En occidente, cuando Aristóteles escribió la *Historia de los animales, partes de los animales y la generación de los animales* no sólo estableció el fundamento para el nacimiento de la zoología occidental, sino lo que sería considerado tiempo después como el nacimiento de la sexología en occidente. El tema del sexo en el sistema clasificatorio aristotélico resultaba fundamental, ya que reconocía que era posible clasificar a los animales en tres grupos, aquellos que se reproducían por: 1) medios sexuales, 2) medios asexuales y 3) generación espontánea. Justamente esta última idea, la de la generación espontánea, sirvió como premisa a la teología cristiana para que tiempo después justificara la idea del pecado original —en la cual se afirmó que, de acuerdo con la Biblia, Dios habría creado todas las plantas y animales antes de crear a los seres humanos, y los parásitos no surgieron con la Creación, sino como consecuencia del pecado original y por medio de la generación espontánea.

Las consideraciones aristotélicas de la reproducción, por ejemplo, la creencia de que el factor masculino era el principal para que ocurriera, sirvieron como precedente para establecer otras contribuciones griegas, como las de Hipócrates, quien en su tratado “sobre la generación” sostuvo que la reproducción requería de “dos semillas”, la masculina y la femenina, idea que posteriormente fue retomada por Galeno (siglo II), Avicena (siglo XI), S. Alberto Magno (siglo XIII) y su pupilo Santo Tomás Aquino, quien además de sostener la teoría geocéntrica como fundamento de la fe católica, afirmaba que el poder generativo de la mujer era imperfecto cuando se comparaba con el del varón, geocentrismo y falocentrismo fundidos en la doctrina de la Iglesia Católica. Creencias sobre las que llegaron a sostenerse sistemas políticos e ideológicos que contribuyeron a la condición de subordinación, sometimiento y violencia hacia la mujer y que, de igual manera, han participado en el mantenimiento de un sistema de poder patriarcal masculino, falocrático y falocéntrico.

Anton van Leeuwenhoek (1632-1723), a solicitud de Johan Ham, un alumno de medicina, analizó el semen de un paciente que “sufría” de emisiones nocturnas, a las células les llamó primero “*animalcula*” y posteriormente “*spermatozoa*”. Después de que se publicaron sus hallazgos en la Sociedad Real Británica en 1678, aparecieron todo tipo de reportes: médicos empezaron a describir caballos miniatura en sus observaciones del semen de un caballo, otro dijo lo propio sobre el semen de un burro, hubo quienes proclamaron que podían distinguir los espermatozoides masculinos de los femeninos y alguien incluso afirmó que había visto espermatozoides masculinos y femeninos copulando para después parir espermatozoides bebé.¹ Más allá de las alegres y peregrinas ideas sobre los espermatozoides, su descubrimiento reafirmó la creencia de la supremacía masculina en la reproducción.

En 1758, el médico suizo Simón André Tissot escribió y publicó en latín su *Tratado sobre las enfermedades producidas por el onanismo*, en el cual asociaba la práctica de la masturbación con el desarrollo de trastornos mentales, ceguera, enfermedades de la piel y de la motricidad. Aunque el médico suizo buscaba ofrecer una alternativa —la pérdida de semen— a las explicaciones religiosas fundamentadas en las posesiones demoníacas, sus escritos fueron utilizados como argumento para el desarrollo de todo tipo de creencias distorsionadas relacionadas con la masturbación y de aparatos antimasturbatorios o sistemas para evitar las “poluciones nocturnas” (eyaculaciones). Lo que Tissot no sabía entonces es que la asociación que había establecido entre algunas enfermedades y la conducta sexual iba a estar mediada no por la pérdida de semen y la vida alegre, sino por la infección por sífilis, descubrimiento que ocurriría hasta 1870. De cualquier manera, hasta la fecha se escuchan frases que condenan la masturbación tras las que subyacen ideas de hace casi tres siglos.

A Tissot le seguiría el reverendo Silvestre Graham (1794-1851) y a éste, el médico John Harvey Kellogg (1852-1943), quienes formarían parte de lo que se conoce en la historia de la sexología como la época de “cruzadas antisexuales”, las cuales recomendaban, entre otras cosas, que la cura para la depleción del semen y las enfermedades asociadas con el deseo “de la carne” consistía en toda una serie de recetas dietéticas, abstinencia sexual, enemas frecuentes para “purificar” y “desintoxicar” el cuerpo, así como alimentos basados en harinas. Kellogg había trabajado en la casa editorial de la Iglesia Adventista del Séptimo Día en Battle Creek Michigan y creía que al comer carne se encendían las pasiones del cuerpo y el deseo, de modo que habría que abstenerse de ella. Su logro principal fue transformar la harina molida de maíz en hojuelas tostadas que ahora se desayunan con leche todas las mañanas en millones de hogares; sin embargo, como promotor de la antimasturbación diseñó métodos como la circuncisión sin anestesia, suturar el prepucio con alambre de plata para evitar las erecciones y, para las mujeres que eran sorprendidas autoestimulándose, la aplicación de ácido carbólico puro en el clítoris.²

A propósito de la sexualidad femenina, Rachel Mines reseña en su libro *La tecnología del orgasmo* cómo en 1653 el médico Pieter van Foreest (conocido como *Alemarianus Petrus Forestus*) publicó un compendio médico titulado *Observationem et Curationem Medicinalum ac Chirurgicalum Opera Omnia* sobre las enfermedades en las mujeres. Para la aflicción conocida como “histeria” (por su significado, “enfermedad del útero” y también llamada en su volumen médico *praefocatio matrices*), el médico recetaba que una

matrona “masajeara los genitales” de la mujer con tal aflicción “con un dedo dentro utilizando aceite de azucenas. De esa manera la mujer puede ser excitada hasta el paroxismo”,. En la tradición médica occidental, la prescripción del orgasmo en la mujer ha sido documentada en los textos hipocráticos, en los trabajos de Celso en el siglo I, a. C, en los de Aretaeus, Soranus, Galeno, en el siglo II, en los de Aetius y Moschion en el siglo VI, en el Liber de Muliebria, anónimo del siglo VIII o IX, en los de Avicena, en el XI, en los de Paracelso del XVI, en los de Burton, Claudini, Harvey y otros en el XVII, de Boerhaave y Cullen en el XVIII, en los de Pinel, Gall, Triper y Briquet en el XIX. Rachel Mines menciona cómo la mirada androcéntrica de la sexualidad y las implicaciones que ésta ha tenido para las mujeres y para los médicos que las han tratado a lo largo de la historia, modelaron no sólo el concepto de la patología sexual femenina, sino también el desarrollo de instrumentos y aparatos diseñados para tratarlos, y coloca el desarrollo histórico del vibrador en este contexto.³

Lo interesante es ver cómo en el camino de la historia, por una parte, el discurso médico —escrito fundamentalmente por varones— receta orgasmos a las mujeres y, por otra, después les prescribe ácido carbólico puro en el clítoris si ellas alcanzan el orgasmo por sí mismas. El colocar impedimentos a la autonomía y búsqueda de poder de la mujer sobre su sexualidad no es algo nuevo, sirve a razones político-ideológicas sobre las cuales también se sostiene el poder masculino.

Las ideas de Kellogg se desarrollaron en el contexto ideológico del movimiento eugenésico que perseguía la mejoría de la raza y la cura de los males sociales por medio del control científico de la reproducción. Tal movimiento ideológico estaría asociado, años después, con desarrollos científicos de connotaciones no menores, una de ellas es la asociación entre el deseo de control poblacional y el conocimiento de la endocrinología reproductiva. Margaret Sanger, vinculada al desarrollo de la anticoncepción hormonal, escribió en 1919: “Más hijos de los fuertes y menos de los débiles, ese es el punto central del control de la natalidad”.⁴

En relación con el falocentrismo y el papel que ocupa en la historia de la sexología clínica, resulta interesante la evolución histórica y la manera en que ha sido tratado el tema de las erecciones, es decir, lo que ahora recibe el nombre de disfunción eréctil. En los inicios de este milenio, el Consejo Internacional de Educación sobre Salud Sexual Masculina acordó por consenso que lo que antes había sido llamado “impotencia” ahora recibiría la denominación de “disfunción eréctil”, a saber: “La incapacidad persistente o recurrente para lograr y/o mantener una erección peniana suficiente para un desempeño sexual adecuado”.⁵

El interés que la especie humana dedica a las erecciones no es algo nuevo:⁶ desde la Edad de Piedra tardía en las cuevas de Lescaux, se encuentran pinturas sobre piedra en las que se observa a un hombre con el pene erecto frente a un bisonte y a su lado aparece una lanza caída. De la misma manera, en Mongolia se han encontrado pinturas rupestres que representan a hombres cazando con el pene erecto. Para los egipcios la erección era signo de buena fortuna y de fortaleza masculina, de hecho, en el famoso papiro de Eber se encuentran numerosos remedios para la cura de la impotencia.

En Grecia, en los caminos y lugares públicos había columnas cuadradas con la cabeza de Hermes y con un falo erecto en señal de protección, en los festivales dionisiacos de la

fertilidad se desplegaban esculturas de penes enormes; para los griegos las erecciones no eran materia artística ni mucho menos, en el texto médico *De aere aquis et loci*, Hipócrates escribió en el siglo V a. C. que la impotencia era común entre los Scitianos y asociaba esta dolencia al traumatismo perineal por exceso de la monta a caballo. Aproximadamente 400 años antes de Cristo, Aristóteles, igual que otros pensadores griegos, subrayó el concepto fisiológico de *pneuma* (viento o aire) como el iniciador de la erección. No era para menos, ésta era una cuestión vinculada con los dioses, Príapo, hijo de Dionisio y Afrodita, quien más tarde fuera muy popular en la cultura romana, siempre era representado con un pene gigantesco y fue motivo de inspiración para Cátulo y Horacio, quienes escribirían poemas y versos como *La priapea*.

En otras latitudes, como en la cultura Mochica, en Perú (100 a. C.- 600 d. C.) se encuentran vasijas antropomórficas de terracota en las que se representa a un sacerdote con un falo exagerado. El dios nórdico Freyr también es representado con un pene erecto en la estatuilla hallada en Södermanland en el siglo IX d. C. En la India, Vatsayana compiló el Kama Sutra entre los años 330 y 360 d. C., libro donde se dedican no pocas páginas al tema de la erección.

Desde el quehacer de la medicina, los intentos por desarrollar pócimas y remedios que facilitaran la erección no son nada nuevo. Avicena (Abd Allah Ibn-Sina, mejor conocido como el “príncipe de los médicos”, 980-1037 d. C.) se dedicó a describir las diferencias anatómicas entre los genitales masculinos y los femeninos.

Sobre la fisiología del pene, Leonardo da Vinci fue el primero en describir que las erecciones eran el resultado de que el pene se llenara de sangre. Los músculos relacionados con las erecciones fueron descritos por Galeno en el siglo II d. C. y redescubiertos por Varolio casi 1 800 años después.

En su libro *De la generation de l’homme (Sobre la generación del hombre)*, Ambroise Paré escribió en el siglo XVI una guía de prácticas sexuales que incluía técnicas para el buen desempeño sexual y la fertilidad, para el cuidado del embarazo y la atención del parto, además propuso las primeras prótesis de pene, un dispositivo tubular de madera para que los hombres a quienes se les había amputado el miembro por un traumatismo pudieran orinar.

En 1668, en su libro *Tractus de virorus organis generationi inservientibus, de clysteribus et de usu siphonis in anatomia*, el médico danés Reignier de Graaf publicó la forma de obtener una erección en el pene de un cadáver por medio de la inyección de agua en la arteria hipogástrica.

En 1863, el fisiólogo alemán Conrad Ekhard, publicó sus experimentos en los que provocó erecciones a animales al aplicarles corrientes eléctricas a distintos niveles del sistema nervioso. La época de las inyecciones en algún lugar de la geografía peniana estaba en su apogeo: en 1873, el médico italiano Francesco Parona inyectó agua con sal en la vena dorsal del pene a un paciente con impotencia para provocarle esclerosis y hacer que la sangre saliera del pene de manera más lenta.

A los 72 años, el fisiólogo Charles Frances Edouard Brown-Séquard se aplicó inyecciones subcutáneas de una mezcla de sangre de las venas testiculares, semen, testículos machacados de perros y conejillos de indias para el tratamiento de su impotencia y publicó sus resultados en 1889, que aunque con toda seguridad eran resultados del efecto

placebo, representaron los primeros pasos de la terapia hormonal sustitutiva en el adulto mayor, línea de investigación que hoy, 200 años después, involucra inversiones millonarias para la industria farmacéutica.

En 1896, el químico alemán Leopold Spiegel estudió la corteza de un árbol africano llamado yohimbe e hizo la caracterización molecular de la yohimbina, que en 1900 patentaría en Inglaterra como el primer medicamento oral para el tratamiento de la impotencia.

En 1998, cuando estudiaban fármacos para el tratamiento de la hipertensión arterial sistémica, la industria farmacéutica se topó, para su multimillonaria fortuna, con uno de los efectos secundarios más buscados y deseados por el hombre: la erección.

Así que la historia de la sexología como ciencia se ha visto enriquecida por distintos personajes que harían sus contribuciones también desde diversos paradigmas científicos y epistemológicos: Havellock Ellis, Magnus Hirschfield, Sigmund Freud, Wilhelm Reich, Alfred Kinsey, William Masters y Virginia Johnson, Michel Foucault, John Money y muchos más. Transitaron por el naturalismo, el positivismo asceta, el pospositivismo, el posmodernismo y hasta la actual medicina basada en evidencias. Desde el punto de vista ideológico la ciencia no es neutral y la sexología, como tal, tampoco. Los conocimientos han sido puestos al servicio de distintas ideologías y en la actualidad sucede lo mismo. Es por ello que en este texto los autores se suscriben a las propuestas consensuadas en instancias como la Organización Mundial de la Salud (OMS), la cual reconoce los derechos humanos y sexuales como el marco ideológico desde donde se propone la salud sexual.

DEFINICIONES

En 2000, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) se dieron a la tarea, junto con un panel de expertos, de crear un documento en el cual se establecieran estrategias para la promoción de la salud sexual. De esa reunión surgieron una serie de definiciones a las que se llegó por consenso y, aunque no representan la posición oficial de la OMS y la OPS, para efectos del establecimiento de un marco y lenguaje común en la tarea que nos ocupa en este texto, a continuación se reproducen de manera textual las definiciones que surgieron del consenso mundial.⁷

Sexo

“El término ‘sexo’ se refiere al conjunto de características biológicas que definen al espectro de humanos como hembras y machos.”

Sexualidad

“El término ‘sexualidad’ se refiere a una dimensión fundamental del hecho de ser un humano: basada en el sexo, incluye al género, las identidades de sexo y género, la orientación sexual, el erotismo, la vinculación afectiva y el amor, y la reproducción. Se experimenta o expresa en forma de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, actividades, prácticas, roles y relaciones. La sexualidad es el resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos, socioeconómicos, culturales, éticos y

religiosos o espirituales.”

Si bien la sexualidad puede abarcar todos estos aspectos, no es indispensable que se experimenten y expresen todos; sin embargo, en resumen, la sexualidad se experimenta y expresa en todo lo que somos, sentimos, pensamos y hacemos.

Salud sexual

“La salud sexual es la experiencia del proceso permanente de consecución de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad.”

La salud sexual se observa en las expresiones libres y responsables de las capacidades sexuales que propician un armonioso bienestar personal y social, con lo que enriquecen la vida individual y social. No se trata tan solo de la ausencia de disfunción o enfermedad o de ambos. Para que la salud sexual se logre es necesario que los derechos sexuales de las personas sean reconocidos y garantizados.

Género

“El género es la suma de valores, actitudes, roles, prácticas o características culturales basadas en el sexo.”

El género, tal como ha existido de manera histórica, transcultural y en las sociedades contemporáneas, refleja y perpetúa las relaciones particulares de poder entre el hombre y la mujer.

Identidad de género

“La identidad de género define el grado en que cada persona se identifica como masculina o femenina o alguna combinación de ambos. Es el marco de referencia interno, construido a través del tiempo, que permite a los individuos organizar un autoconcepto y comportarse socialmente en relación con la percepción de su propio sexo y género.”

La identidad de género determina la forma en que las personas experimentan su género y contribuye al sentido de identidad, singularidad y pertenencia.

Orientación sexual

“La orientación sexual es la organización específica del erotismo y/o el vínculo emocional de un individuo en relación al género de la pareja involucrada en la actividad sexual.”

La orientación sexual puede manifestarse en forma de comportamientos, pensamientos, fantasías o deseos sexuales, o en una combinación de estos elementos.

Identidad sexual

“La identidad sexual incluye la manera en que la persona se identifica como hombre o mujer, o como una combinación de ambos, y la orientación sexual de la persona.”

Es el marco de referencia interno que se forma con el correr de los años, que permite a un individuo formular un concepto de sí mismo sobre la base de su sexo, género y orientación sexual y desenvolverse en el ámbito social conforme a la percepción que tiene de sus capacidades sexuales.

Erotismo

“El erotismo es la capacidad humana de experimentar las respuestas subjetivas que evocan los fenómenos físicos percibidos como deseo sexual, excitación sexual y orgasmo y, que por lo general, se identifican con placer sexual.”

El erotismo se construye tanto a nivel individual como social con significados simbólicos y concretos que lo vinculan a otros aspectos del ser humano.

Vínculo afectivo

“La vinculación afectiva es la capacidad humana de establecer lazos con otros seres humanos que se construyen y mantienen mediante las emociones.”

El vínculo afectivo se establece tanto en el plano personal como en el de la sociedad mediante significados simbólicos y concretos que lo ligan a otros aspectos del ser humano. El amor representa una clase particularmente deseable de vínculo afectivo.

Actividad sexual

“La actividad sexual es una expresión conductual de la sexualidad personal donde el componente erótico de la sexualidad es el más evidente.”

La actividad sexual se caracteriza por los comportamientos que buscan el erotismo y es sinónimo de comportamiento sexual.

Prácticas sexuales

“Las prácticas sexuales son patrones de actividad sexual presentados por individuos o comunidades con suficiente consistencia como para ser predecibles.”

Relaciones sexuales sin riesgo

“La expresión ‘relaciones seguras sin riesgo’ se emplea para especificar las prácticas y comportamientos sexuales que reducen el riesgo de contraer y transmitir infecciones de transmisión sexual, en particular el VIH.”

Comportamientos sexuales responsables

“El comportamiento sexual responsable se expresa en los planos personal, interpersonal y comunitario. Se caracteriza por autonomía, madurez, honestidad, respeto, consentimiento, protección, búsqueda de placer y bienestar.”

La persona que practica un comportamiento sexual responsable no pretende causar daño y se abstiene de la explotación, acoso, manipulación y discriminación. Una comunidad fomenta los comportamientos sexuales responsables al proporcionar la información, recursos y derechos que las personas necesitan para participar en dichas prácticas.

ÉTICA Y MEDICINA SEXUAL

La conducta sexual humana se ha visto modificada por una serie de eventos tecnológicos

(la aparición de los antibióticos, la píldora anticonceptiva, los fármacos orales para el tratamiento de la disfunción eréctil, la televisión, la comunicación por vía satélite, el internet). Esto significa que el acceso a la información, el intercambio cultural, los movimientos poblacionales y las distintas percepciones que se tienen sobre la sexualidad en distintas culturas hacen necesario un marco conceptual que favorezca el respeto, el entendimiento y la tolerancia como los fundamentos esenciales del trabajo en la promoción y atención de la salud sexual.

La ética hace referencia a la forma en la que se entiende lo moral. La moral alude a las normas de la conducta humana, lo que es considerado como correcto e incorrecto (obligaciones, recomendaciones, derechos y virtudes). No existe una sola ética ni una sola moral “universal” y por ello es preciso realizar un análisis cuidadoso de lo que se piensa y de las acciones que en consecuencia se toman en nombre de lo que es “correcto”.

La necesidad del esfuerzo conjunto en la promoción de la salud sexual humana es lo que ha llevado a grupos de trabajo a asumir un marco de principios morales para el trabajo en la medicina sexual. Wagner *et al.*,⁸ retoman principios aceptados como centrales en el estudio de la ética biomédica:

1. Respeto a la autonomía.

Se fundamenta en el principio de que un individuo tiene el derecho de realizar elecciones sobre el curso de su vida, de sus acciones, de la forma en la que atiende su salud y la manera en la que ejerce su actividad sexual sin la interferencia de los otros. El respeto a la autonomía descansa en el hecho de que el individuo: 1) otorgue su consentimiento para participar en un determinado curso de acciones (un tratamiento psicoterapéutico, una intervención quirúrgica, la toma de medicamentos). 2) Sea competente para otorgar el consentimiento (que tenga la capacidad cognitiva para elegir sin el detrimento significativo como consecuencia de problemas mentales o por un estado de intoxicación). 3) Tenga el conocimiento y la comprensión suficientes para informar de su consentimiento incluyendo la comprensión de la naturaleza y el propósito de la acción consentida, los riesgos y beneficios, las opciones y alternativas disponibles y las consecuencias probables de cada una de ellas. 4) Que sea capaz de elegir con base en la autodeterminación sin la influencia indebida de otros individuos o de la sociedad. En el campo de la medicina sexual, los profesionales tienen la obligación de respetar la autonomía de cada uno de los individuos que traten, independientemente de tradiciones religiosas o socioculturales, raza, género u orientación sexual. Es posible que el prestador de servicios y el solicitante no compartan un marco ético, sin embargo, el trabajador de la salud está obligado a respetar al autonomía del individuo y su derecho a elegir. Si existe un conflicto insalvable entre la visión ética del paciente y la del trabajador de la salud, este último debe sugerir otras fuentes donde pueda recibir atención. Ni el paciente ni el trabajador de la salud han de verse obligados a traicionar su código moral, ni tampoco habrán de imponer su código moral en detrimento de otros.

2. No maleficencia.

Este principio se refiere a abstenerse de causar daño a un individuo como resultado de una acción directa o por negligencia. Independientemente del hecho de que la mayoría de los prestadores de servicios a la salud no recomendarán a sus pacientes tratamientos dañinos, de cualquier modo es factible que impliquen ciertos riesgos, de modo que la

mención al paciente de los riesgos potenciales de cualquier maniobra médica es coherente con el respeto al principio de autonomía. Una vez que los riesgos se explicitan y que han sido considerados tanto por el profesionalista como por el paciente, entonces dicho riesgo puede ser aceptable desde el punto de vista ético. Lo que resulta éticamente inaceptable es la recomendación u ofrecimiento de tratamientos que han demostrado su ineficacia, así como el llevar a cabo procedimientos para los cuales el profesionalista o trabajador de la salud no cuenta con el entrenamiento suficiente.

3. Beneficencia.

El principio de la beneficencia no sólo implica llevar a cabo acciones en beneficio del paciente, supone también la remoción y prevención del daño, la defensa de los derechos de los pacientes, independientemente de su género, raza o condición religiosa. Desde el punto de vista ético, el principio de no maleficencia es obligatorio, en el caso del principio de beneficencia, es recomendable. Las medidas preventivas y profilácticas son consideradas como acciones de beneficencia.

4. Paternalismo.

Implica una mala adaptación del principio de beneficencia y se ejerce cuando el trabajador de la salud presupone, decide y toma acciones en función de lo que considera como benéfico para el paciente y deja de lado el respeto a la autonomía y el consentimiento de este último.

5. Justicia.

Hace referencia al principio de la proporcionar servicios de salud con equidad. La esencia del principio de justicia es que los iguales deben ser tratados con igualdad. Tanto hombres como mujeres deben tener los mismos accesos a servicios de salud de calidad, al margen de su raza, tradición sociocultural u orientación sexual.

6. Dignidad.

En la *Declaración universal de los derechos humanos*, el artículo 1 dice: “Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos. Han sido dotados de razón y conciencia y deberían actuar los unos con los otros con un espíritu de hermandad”. El respeto a la dignidad humana es tan importante como el derecho a la libertad individual, no es un principio relativo sino un valor absoluto que es un derecho de nacimiento de cada ser humano.

7. Diversidad.

La diversidad y la libertad de expresión son valoradas en la mayoría de las sociedades. Los límites en función con los cuales éstas se manifiestan varían de una comunidad a otra y no hay un acuerdo universal para decidir lo que es aceptable con respecto a los comportamientos, identidades u orientaciones sexuales. Los profesionales que trabajan en una comunidad tienen la obligación de atenerse a las disposiciones legales de la misma y habrían de tener la autonomía para abandonarla si es que algunas de las normas no les son aceptables. Los pacientes y los individuos tienen derechos y responsabilidades similares.

De ahí que resulta importante retomar la *Declaración de los derechos sexuales* reconocidos y promovidos por la OMS (si bien, es cierto, no representan la posición oficial de la OMS) y por la Asociación Mundial de Sexología, mismas que aparecen en el cuadro

Cuadro 1-1. Declaración de los derechos sexuales

Derecho a la libertad sexual Derecho a la autonomía, integridad y seguridad sexuales del cuerpo Derecho a la privacidad sexual Derecho a la equidad sexual Derecho al placer sexual Derecho a la expresión sexual emocional Derecho a la libre asociación sexual Derecho a la toma de decisiones reproductivas, libres y responsables Derecho a información basada en el conocimiento científico Derecho a la educación sexual integral Derecho a la atención de la salud sexual

REFERENCIAS

1. **Bullough, V.** (1994) *Science in the Bedroom, a History of Sex Research*, USA: Basic Books, A division of Harper Collins Publishers, Inc:15
2. **Money, J.** (1999). *Principles of developmental sexology*, USA: The Continuum Publishing Company:24.
3. **Mines, R.** (1999). *The Technology of Orgasm: Hysteria, the vibrator and women's sexual satisfaction*, USA: The Johns Hopkins University Press:7.
4. **Fausto-Sterling, A.** (2000). *Sexing the Body. Gender Politics and the construction of Sexuality*: USA: Basic Books:177.
5. **Jardin A, et al.** (2000). *Erectile Dysfunction*. 1st International Consultation on Erectile Dysfunction. Plymouth, USA: Health Publications Ltd.
6. **Lue, T.** (2004). *Sexual Medicine. Sexual Dysfunctions in Men and Women*, 2nd International Consultation on Sexual Dysfunctions. Paris.
7. **Organización Mundial de la Salud –OMS.** (2000). *Promoción de la salud sexual. Recomendaciones para la acción*.
8. **Wagner, G., Pierre Bondil, P., Khalid Dabeas, K.** (2005). *Ethical Aspects of Sexual Medicine*, J Sex Medicine, (2):163-168.

Claudia Wally Rampazzo Bonaldo
Jaime Jasso Kamel

APARATO GENITAL FEMENINO

La forma más sencilla de abordar el estudio del aparato genital femenino es dividirlo en órganos genitales externos e internos.

Órganos genitales externos

A la porción externa visible del aparato reproductor, se le conoce como vulva, la cual está localizada de adelante hacia atrás, en la parte inferior de la pelvis entre el borde inferior del pubis hasta el periné, hacia los lados se relaciona con las caras superiores e internas de ambos muslos. La vulva comprende 11 estructuras (figura 2-1).

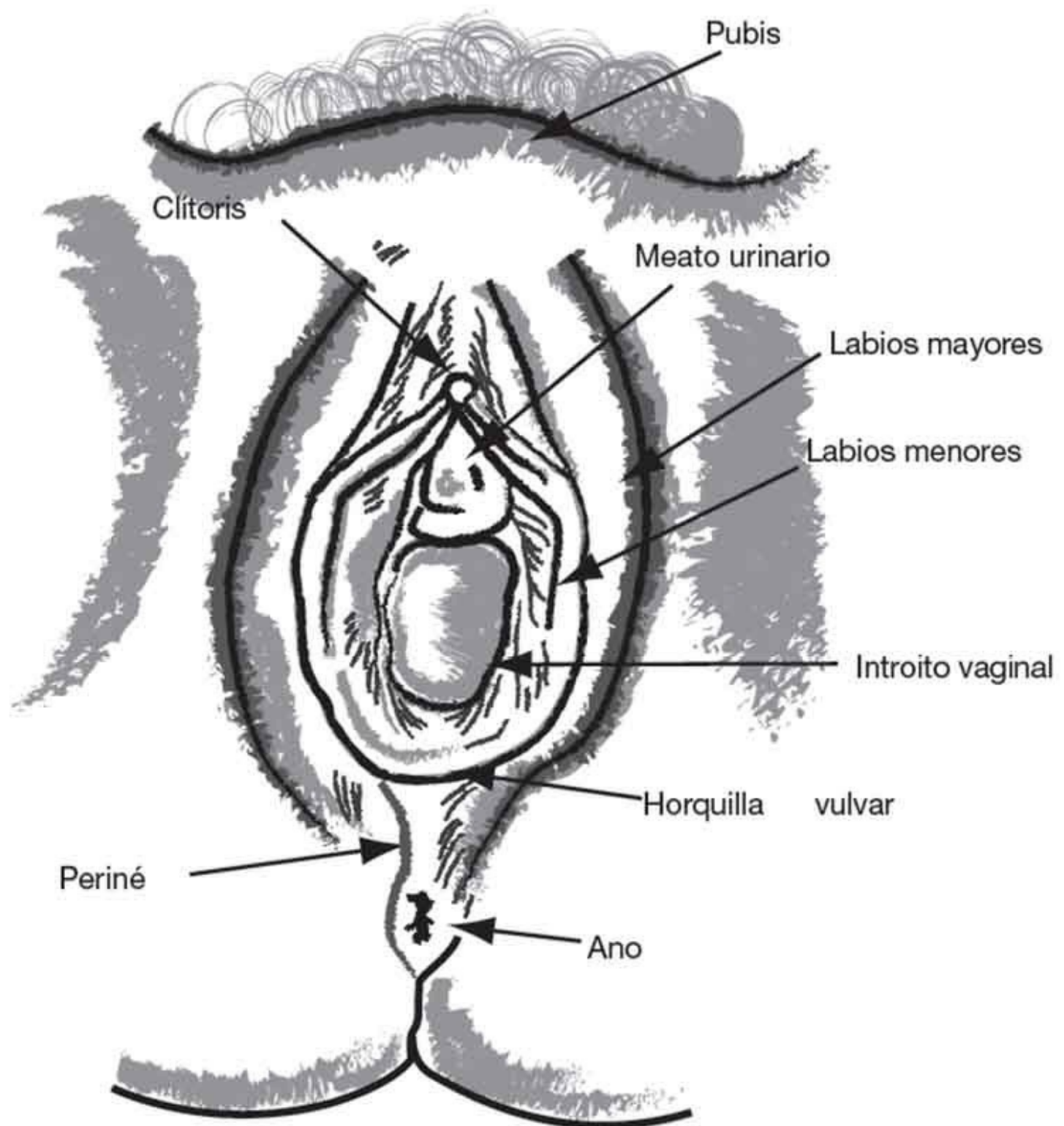


Figura 2-1. Genitales externos: vulva.

- 1) **Pubis o monte pubiano.** Es una prominencia localizada delante de la articulación de ambos huesos ilíacos, durante la pubertad el pubis se cubre de vello, el cual se distribuye dando una apariencia triangular con base superior, el tejido celular subcutáneo es rico en grasa.
- 2) **Labios mayores.** Son estructuras prominentes localizadas en ambas caras externas de la vulva, se originan en el monte pubiano y terminan en el periné; en el adulto se caracterizan por su pigmentación, mayor cantidad de tejido celular subcutáneo, tejido conjuntivo, glándulas sebáceas y vello. Debido a que están recubiertos por piel

resistente, dan protección efectiva a todos los órganos sexuales externos.

- 3) **Labios menores.** Se trata de dos pliegues de la piel, delgados, sin pelo, con gran cantidad de glándulas sudoríparas y sebáceas y que se hallan localizados por debajo de los labios mayores. Hacia arriba forman el frenillo y prepucio del clítoris, y hacia el centro cubren la entrada vaginal.
- 4) **Clítoris.** Es un órgano eréctil homólogo del pene, mide de 1 a 2 cm de longitud, está formado por dos cuerpos cavernosos, un glande y dos pilares que lo fijan al periostio del pubis. Se localiza por arriba del meato urinario y su innervación proviene del nervio pudendo. Al igual que el pene, es un órgano de gran sensibilidad.
- 5) **Meato urinario.** Es un orificio parte terminal de la uretra, el cual se encuentra recubierto por un epitelio transicional.
- 6) **Introito vaginal o vestíbulo.** Es el espacio comprendido entre los dos labios menores, forma la entrada a la vagina y se encuentra recubierto por epitelio escamoso estratificado.
- 7) **Himen.** Es una membrana anular de diferente grosor y forma, que cubre de manera parcial la entrada vaginal. Está formado por dos capas de tejido fibroso, se rompe al contacto sexual y su importancia principal reside en la medicina legal.
- 8) **Glándulas de Bartholin.** Se trata de dos glándulas accesorias, derecha e izquierda, localizadas entre los labios menores y la entrada vaginal, las cuales producen moco en pequeñas cantidades. Cuando se tapan e infectan producen abscesos conocidos como bartholinitis, carecen de importancia en el desempeño sexual.
- 9) **Glándulas de Skene.** Son dos glándulas que se encuentran a los lados de la parte posterolateral del meato urinario y producen moco que lubrica parte del vestíbulo.
- 10) **Horquilla.** Es la zona donde se unen hacia abajo los labios mayores con los labios menores.
- 11) **Periné o rafe medio.** Es la región comprendida entre la horquilla vulvar y el ano, en esta zona se encuentran los músculos transversos del periné, elevador del ano y bulbocavernoso, mismos que con frecuencia son afectados durante el parto.

Órganos genitales internos

Son aquellos que ocupan la porción interna del aparato reproductor, están conformados por la vagina, el útero y sus anexos (figura 2-2).

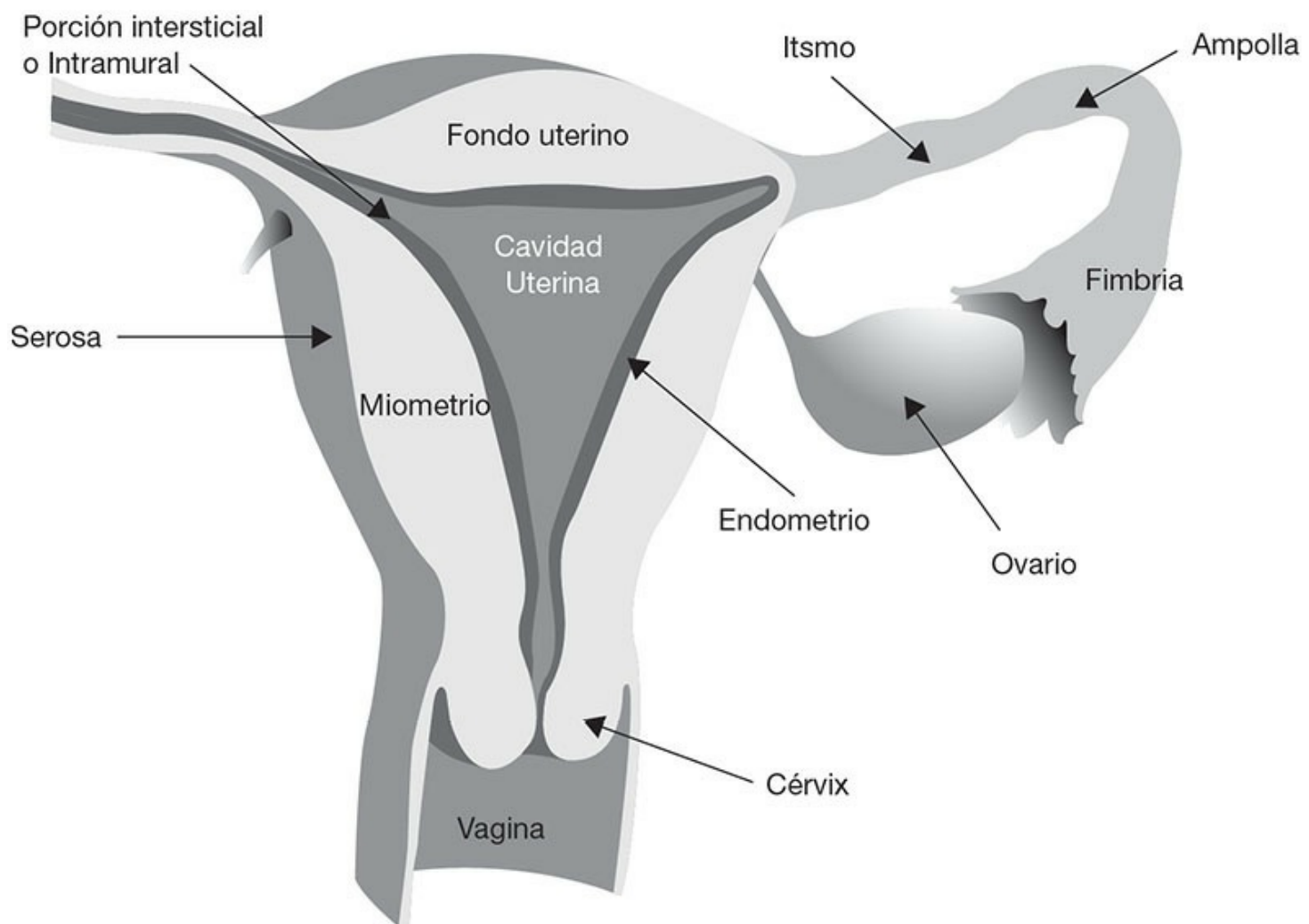


Figura 2-2. Genitales internos, útero y anexos.

1) Vagina. Es un conducto virtual músculo-membranoso que se localiza entre la vulva y el útero; hacia adelante se relaciona con la vejiga y hacia atrás con el recto, mide alrededor de 10 cm de longitud y hacia el fondo se relaciona con el cérvix del útero, formando los fondos de saco anterior, posterior y laterales.

La vagina está forrada por un tejido pavimentoso llamado **mucosa**, que presenta numerosas arrugas transversales que le otorgan una gran capacidad de distensión a tal grado que permite, por ejemplo, el paso del feto durante el parto. La vagina es además el conducto excretor del útero, ya que permite la salida del flujo menstrual y otras secreciones; se sostiene en su sitio mediante los ligamentos de Mackenrodt y el músculo elevador del ano. Además, y no menos importante, es el órgano copulador femenino.

2) Útero. Es un órgano muscular, hueco, que tiene forma piriforme de base superior y vértice inferior, mide unos 8 cm de largo por 5 cm de ancho. Hacia adelante se relaciona con la vejiga y hacia atrás con el recto; para su estudio se divide en tres porciones: el cuerpo, que mide alrededor de 5 cm, el istmo de 1 cm promedio y el cérvix. La parte superior del cuerpo uterino es redondeada y es conocida como fondo uterino, a cada uno de sus lados se abre un conducto conocido como trompa, tuba uterina, oviducto o trompa de Falopio.

El útero se conforma de tres capas: la más externa, llamada **serosa** (o peritoneo visceral), cubre todo el cuerpo uterino a excepción de la cara anteroinferior que se

relaciona con la vejiga; el **miometrio** (o capa media) es la más resistente y está constituida por músculo liso, cuyas fibras circulares longitudinales y arciformes se entrelazan y mezclan con tejido elástico; por último, el **endometrio** (o capa interna), constituido a su vez por dos capas, una superficial y gruesa llamada funcional —que durante el ciclo menstrual sufre cambios inducidos por hormonas que le permiten prepararse para un posible embarazo, si éste no se produce se descama y produce el sangrado menstrual— y la otra, más profunda y estrecha llamada basal —en donde proliferan glándulas y elementos de tejido conjuntivo, que permiten la regeneración de la capa funcional después de la menstruación.

3) Cérvix. Porción inferior del útero con forma cilíndrica, con una longitud aproximada de 3 cm, posee dos orificios: uno interno y otro externo, entre ambos se encuentra el canal cervical. La parte externa del cérvix es visible desde la vagina y está revestida de epitelio pavimentoso estratificado, esa es la zona más susceptible a producir tumores e infecciones —como la del virus del papiloma humano (VPH).

4) Trompas de Falopio. Es un órgano par (conocido también como trompas, oviductos o tubas uterinas) conformado por dos tubas, cada una de ellas se localizan en la parte superior y lateral del útero, tienen una longitud de 10 a 12 cm por 1 cm de diámetro exterior y de 1 a 2 mm de diámetro interior.

Las tubas uterinas están, así como el útero, formadas por tres capas de tejido: la más externa es la capa serosa (o peritoneal), es muy lisa y permite el deslizamiento sobre los órganos pélvicos vecinos; la capa media, llamada muscular, tiene fibras circulares y longitudinales; por último, la capa interna, llamada mucosa (o endosálpinx), está constituida por células ciliares que facilitan el transporte tanto de los espermatozoides como del ovocito o, después, del huevo fertilizado.

Las trompas de Falopio poseen tres porciones anatómicas: **intersticial** (o intramural), que es la parte más próxima al útero y hace contacto con la cavidad uterina; **ístmica**, la que corresponde al tercio medio de la trompa y tiene un grosor constante; la tercera es la **ampolla**, que corresponde al tercio externo de la trompa (también se le conoce como fimbria).

5) Ovarios. Órgano par, también conocidos como gónadas femeninas. Tienen forma de almendra, su color es blanquecino y miden en promedio 4 X 3 X 2 cm; se localizan en la porción lateral e inferior de la pelvis, en la zona conocida como fosa ovárica. Los ovarios están en íntimo contacto con las trompas de Falopio a través de la fimbria, se sostienen en su lugar por un engrosamiento del ligamento ancho conocido como mesovario. Desde el punto de vista anatómico, presentan dos capas: una externa (llamada corteza) y otra interna (la médula); en la corteza se producen las células reproductoras conocidas como óvulos, u ovocitos así como las hormonas sexuales femeninas: estrógenos y progesterona.¹

APARATO GENITAL MASCULINO

El aparato reproductor masculino está conformado por glándulas, conductos y elementos de sostén (figura 2-3).

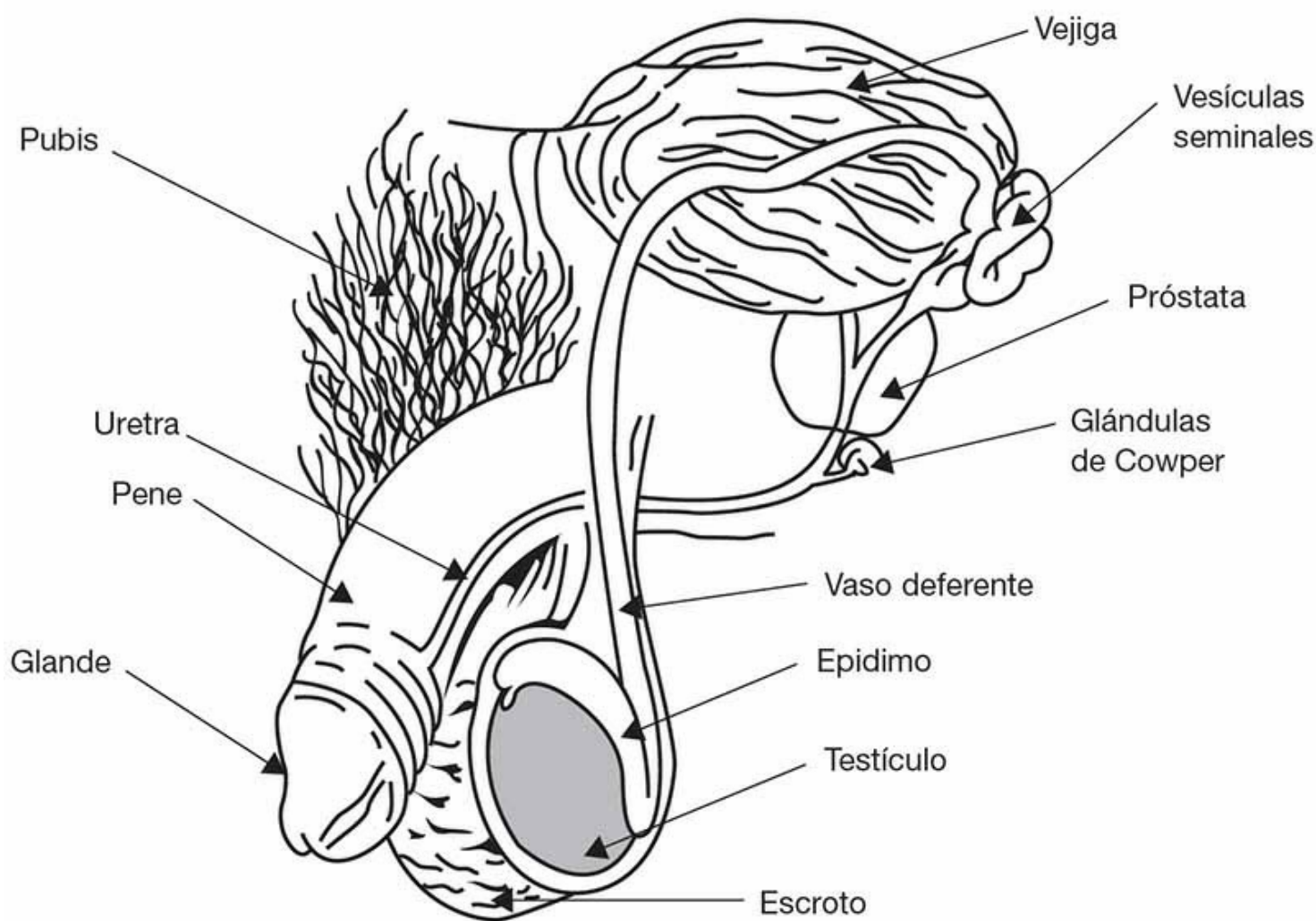


Figura 2-3. Aparato reproductor masculino.

1) Testículos. Es un órgano par localizado en la parte inferior, anterior y por fuera del periné masculino, tienen forma ovoide y miden alrededor de 4 X 2.5 X 1.5 cm. Están sostenidos en su lugar gracias al músculo cremáster, mismo que tiene características especiales: cuando la temperatura descende el cremáster aproxima a los testículos al cuerpo y si la temperatura asciende los separa del calor corporal, esto ocurre con la intención de que los testículos se encuentren medio grado centígrado por debajo de la temperatura corporal normal, lo que garantiza un mejor funcionamiento testicular. La función de los testículos es gametogénica —en lo que respecta a la producción de espermatozoides— y endocrina —por la producción de andrógenos como la testosterona— (figura 2-4). En su interior, cada testículo tiene varios cientos de lóbulos, cada lóbulo posee túbulos seminíferos que, en conjunto, oscilan entre 900 y 1 000, cada uno mide en promedio medio metro y se encuentran tapizados en su interior por una gran cantidad de células epiteliales germinales llamadas **espermátogonias**, que al ser estimuladas por la hormona foliculoestimulante (FSH) producen a diario en promedio 120 millones de espermatozoides a través de un mecanismo conocido como espermatogénesis, proceso que inicia en promedio a los 13 años de edad y continúa durante el resto de la vida.

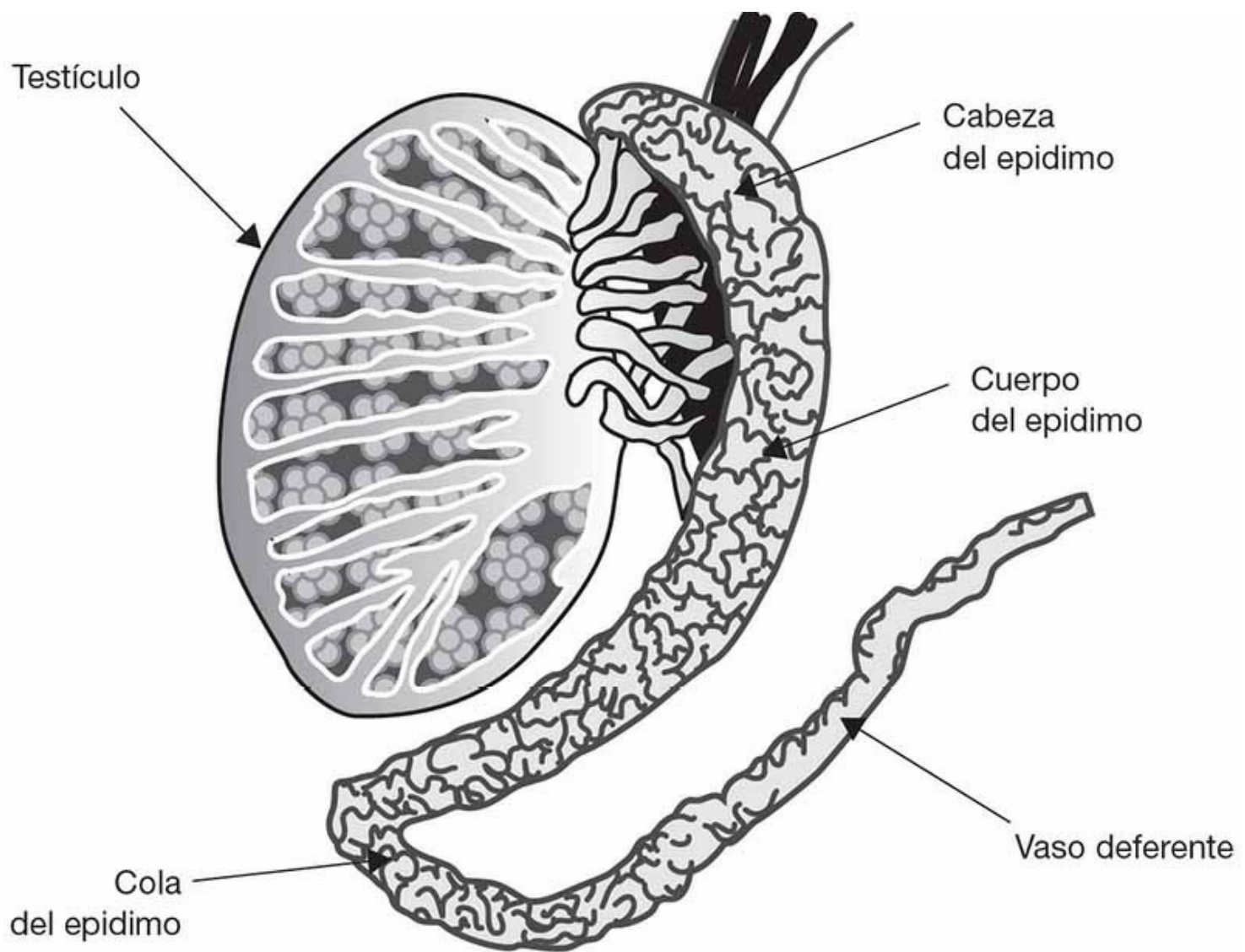


Figura 2-4. Testículo y epidídimo.

La **espermatogénesis** se divide en dos etapas: en la primera, las espermatogonias que se encuentran más próximas al túbulo seminífero se conocen como tipo A, las cuales se dividen por mitosis cuatro veces para formar células un tanto más diferenciadas, a las que se conoce como espermatogonias tipo B.

Hacia el centro del túbulo se encuentran otras células de gran tamaño conocidas como células de Sertoli, las cuales poseen un extenso citoplasma, sus membranas celulares se encuentran muy unidas y forman una barrera para el paso de moléculas grandes (como las inmunoglobulinas procedentes de los vasos capilares del mismo túbulo).

Sólo las espermatogonias de tipo B destinadas a convertirse en espermatozoides atraviesan esta barrera y se alojan en las protuberancias citoplasmáticas de las células de Sertoli; ahí, después de 24 días se convierten por mitosis en espermátocitos primarios, hasta este momento estas células son diploides —es decir, tienen 46 cromosomas (23 pares) de los cuales 22 pares son autosomas y un par son cromosomas sexuales X o Y—.

Al madurar, los espermátocitos primarios realizan la primera división meiótica y se dividen en dos, formando así los espermátocitos secundarios donde cada uno tendrá 23 pares de cromosomas bivalentes, llamados así porque sus brazos son dobles. En este momento se realiza la segunda división meiótica y de cada espermátocito secundario se

forman dos células nuevas, ahora llamadas **espermátidas**, que tienen también 23 pares cromosómicos; pero monovalentes de estas cuatro células formadas, dos serán 23X y las otras dos 23Y, las espermátidas ingresan a las células de Sertoli donde se nutren y transforman en espermatozoides (figura 2-5).

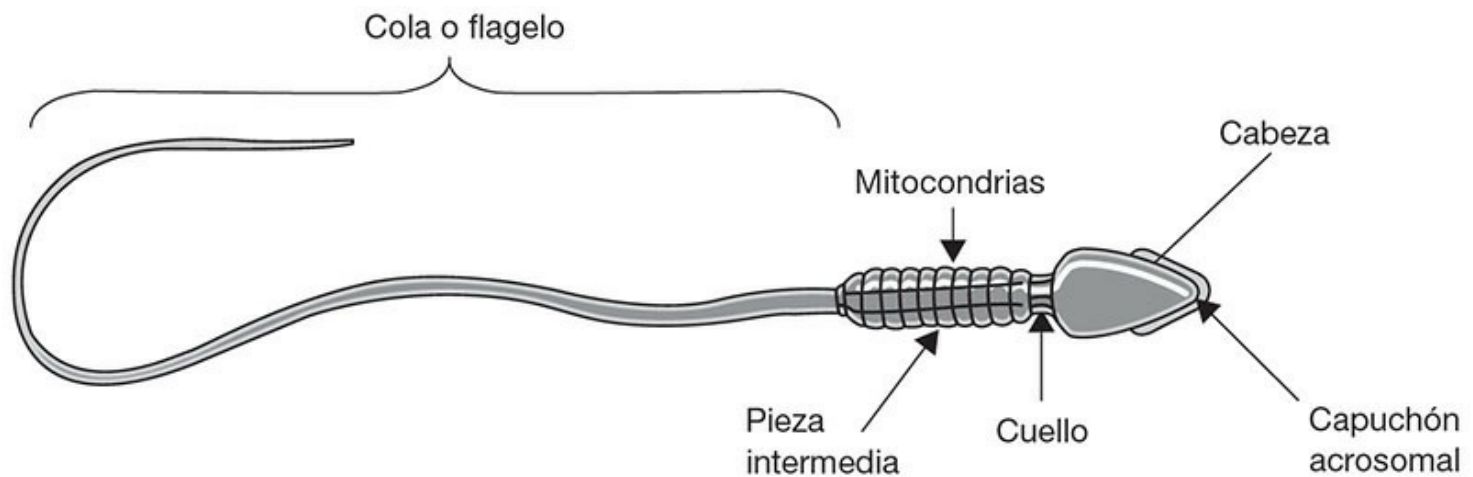


Figura 2-5. Espermatozoide maduro.

La producción testicular de andrógenos (testosterona, dehidrotestosterona y androstendiona) se forma en las células intersticiales de Leydig que se localizan en el intersticio que queda entre los túbulos seminíferos y es estimulada sobre todo por la hormona luteinizante (LH).

Los túbulos seminíferos confluyen en la parte superior del testículo y desembocan en el epidídimo.

2) Epidídimo. Es una estructura tubular de 6 m de longitud localizada en la cara superior y posterior del testículo, aunque su forma compacta le da una longitud de 5 cm. Para su estudio se divide en cabeza, cuerpo y cola; una vez que los espermatozoides han llegado al epidídimo, tardan varios días en recorrer sus 6 m de largo, en la cola del epidídimo los espermatozoides se almacenan de manera breve, ahí se secreta una glucoproteína, la glicerofosfocolina, misma que inhibe la capacidad de los espermatozoides para fecundar al ovocito hasta que adquieran la capacitación espermática en los genitales internos femeninos.

3) Conducto deferente. Inicia como continuación de la cola del epidídimo, es un conducto con una longitud de 30 a 40 cm, en su trayecto sale de la cavidad del escroto, pasa por el canal inguinal hasta la cavidad abdominal y termina en la base de la vejiga urinaria. Es el lugar de mayor almacenaje de espermatozoides.

4) Vesículas seminales. Son estructuras tubulares, tortuosas, lobuladas y con un revestimiento secretor que produce un material tipo mucoide rico en fructuosa y ácido cítrico que participa en la nutrición del espermatozoide; también producen prostaglandinas y fibrinógeno. La secreción de las vesículas seminales da mayor volumen al eyaculado.

5) Conductos eyaculadores. Se trata de pequeños tubos de 15 a 20 mm de longitud,

inician en las vesículas seminales y terminan desembocando en ambos lados de la uretra prostática.

6) Uretra. Es un conducto que se extiende desde la vejiga urinaria hasta el meato urinario del pene, mide alrededor de 15 a 20 cm de largo, a su paso por las estructuras del aparato reproductor masculino va recibiendo el nombre de la estructura. Según el lugar por donde va pasando recibe los nombres de uretra prostática, membranosa y esponjosa o peniana.

La uretra prostática mide de 3 a 4 cm de longitud, se encuentra rodeada por la próstata, su epitelio cuenta con numerosos orificios por donde drenan una gran cantidad de minúsculos conductos de la próstata. La uretra membranosa mide de 1 a 2 cm de longitud y pasa por el diafragma urogenital. Por último, la uretra esponjosa o peniana, es la porción más larga, mide 15 cm de largo y termina en la punta del pene con el meato urinario.

7) Próstata. Es una glándula formada, a su vez, por 30 a 50 glándulas tubuloalveolares distribuidas en tres capas concéntricas: mucosa, submucosa y principal; esta última forma la mayor parte del tejido prostático. La próstata secreta un líquido lechoso y poco denso que da volumen al eyaculado, tal secreción es rica en lípidos, enzimas proteolíticas, fosfatasa ácida, fibrolisina y ácido cítrico. Su función es ayudar a proteger a los espermatozoides de las secreciones ácidas de la vagina.

8) Glándulas de Cowper. También conocidas como bulbouretrales, miden de 3 a 5 mm y se localizan donde inicia la uretra membranosa. Producen una secreción mucosa que lubrica la uretra y amortigua la acidez que deja el paso de la orina, la salida de esta secreción precede a la eyaculación.

9) Pene. Es un órgano localizado delante de la sínfisis del pubis arriba del escroto, tiene forma cilíndrica de 9 a 10 cm de longitud por 1 a 2 cm de diámetro en estado flácido y de 15 a 20 cm de largo por 3 a 4 cm de ancho en erección. La raíz del pene se encuentra fija al pubis por el ligamento suspensor, sus funciones se comparten entre el aparato urinario como órgano excretor de orina y con el reproductor como órgano copulador.

Está formado por tres columnas de tejido eréctil, dos de ellas se localizan en la cara dorsal del pene y reciben el nombre de **cuerpos cavernosos**, la tercera es el **cuerpo esponjoso** y se localiza en la cara anterior del órgano, para terminar en forma de bulbo en la punta del pene y es conocida como **glándula**. Ahí termina la uretra y se localiza el meato urinario, el glándula se halla cubierto por piel laxa llamada **prepucio**.

10) Escroto. Es una bolsa de piel elástica, situada por delante del periné entre ambos muslos, contiene a los testículos y por efecto de la contracción y relajación del músculo cremáster permite que los testículos se acerquen o alejen de cuerpo para mantener la temperatura testicular.¹

FISIOLOGÍA DE LA REPRODUCCIÓN

Pubertad, menarquía y menopausia

“Pubertad” significa el inicio de la madurez sexual, “menarquía” el inicio de la menstruación y “menopausia” la última menstruación en la vida fértil de la mujer. El periodo de la pubertad inicia alrededor de los ocho años de edad por el inicio gradual de la descarga hormonal proveniente del eje hipotálamo-hipófisis. Tal incremento hormonal no sólo produce en el cuerpo infantil cambios físicos —como el inicio de la telarquía (crecimiento mamario) o la acumulación y distribución ginecoide de la grasa corporal, cambios en la piel, tono de voz, etc.— también prepara al organismo para la primera menstruación, la cual ocurre entre los 9 y 16 años (la mayor parte de las veces entre los 11 y 13 años de edad), la llegada de la menarquía marca el inicio de la capacidad reproductora de la mujer, en tanto que la menopausia aparece alrededor de los 50 años.

Ciclo menstrual

La finalidad primordial del ciclo menstrual es preparar al endometrio para la posible implantación de un óvulo fecundado. Para ello se requiere de tres pasos hormonales:

- 1º: una vez que se llega a la pubertad, el hipotálamo empieza a secretar de forma continua y pulsátil la hormona liberadora de gonadotropinas (GnRH);
- 2º: la GnRH estimula a la adenohipófisis y ésta libera sus propias hormonas gonadotrópicas, la FSH y la LH; y
- 3º: a nivel del ovario, tanto FSH como LH estimulan el proceso de ovulación (este último propicia la producción de estrógenos y progesterona, con lo que se establece el llamado eje hipotálamo-hipófisis-ovario).

Al liberar la adenohipófisis, la FSH y la LH establecen, a su vez, dentro del ciclo menstrual dos ciclos: el ovárico y el endometrial.

El **ciclo ovárico** (figura 2-6) se divide, a su vez, en tres fases conocidas como folicular, ovulatoria y lútea. Después de la menstruación, la FSH y LH desempeñan una función muy importante en el desarrollo **folicular**: la FSH se encuentra al inicio del ciclo a concentraciones mayores que la LH, la FSH estimula el crecimiento de 6 a 12 folículos por ciclo y de varias capas de células de la granulosa, mismas que tapizan la superficie interna del folículo; por efecto de esta misma hormona, muchas células fusiformes del intersticio ovárico se agrupan y forman nuevas capas de células por fuera de las células de la granulosa, lo que da origen a una nueva clase de células denominadas **teca**, la cual se subdivide en interna (que está en contacto con las de la granulosa) y externa (que forma la cápsula del folículo en desarrollo).

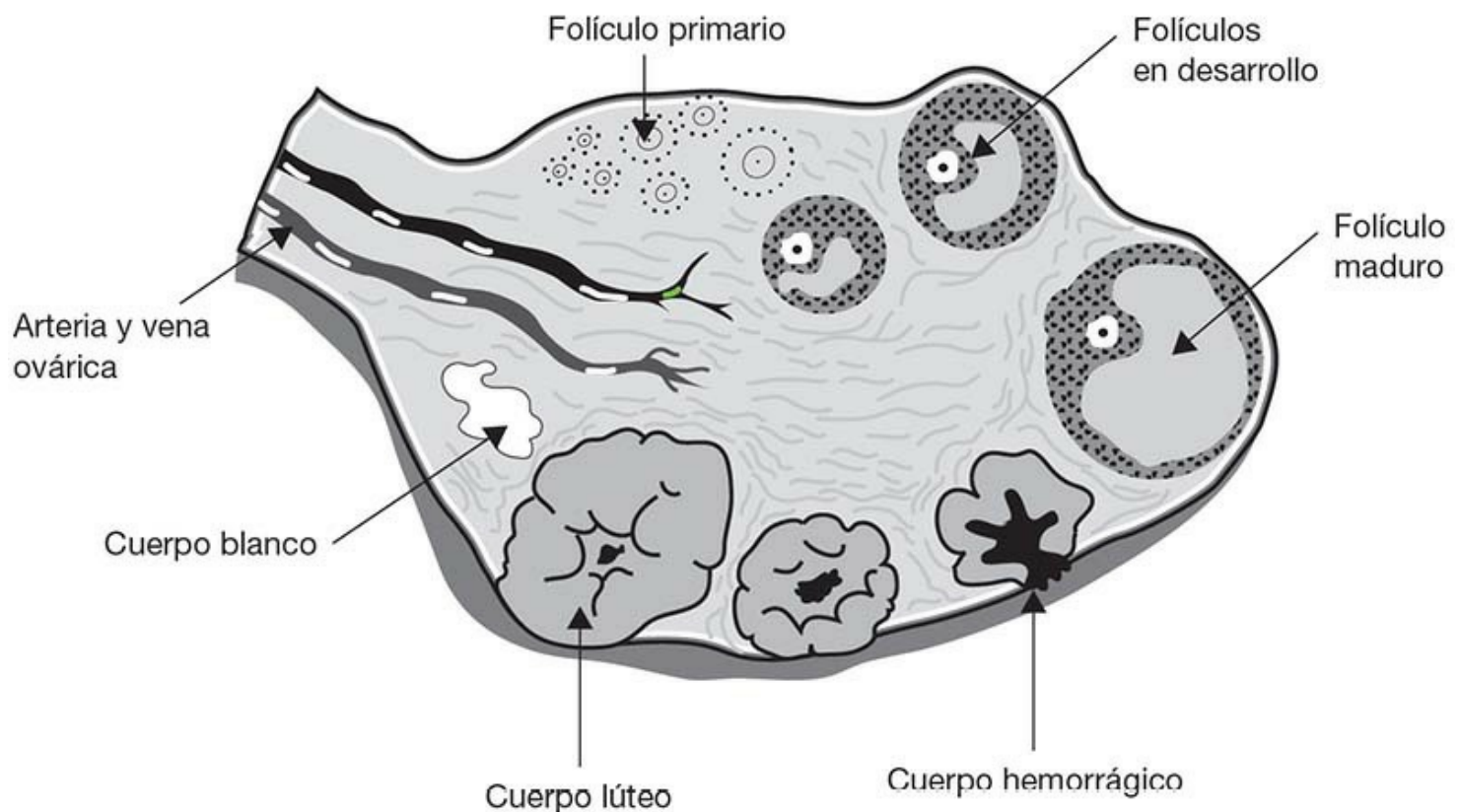


Figura 2-6. Ciclo ovárico.

Algunos días después del inicio del desarrollo folicular, las células de la granulosa empiezan a secretar líquido folicular (el cual tiene una gran concentración de estrógeno), al aparecer este líquido se forma una cavidad entre las células de la granulosa denominada antro, en este momento el folículo recibe el nombre de **folículo antral** y tanto las células de la granulosa como las de la teca proliferan con rapidez.

La LH (que hasta este momento se encuentra a menor concentración que la FSH) estimula a las células de la teca interna, las cuales producen andrógenos (androstenediona) que entran en las células de la granulosa para formar estradiol. Mayores concentraciones de estrógenos facilitan el desarrollo de receptores para FSH y LH sobre las células de la granulosa, unos días después, el incremento en las concentraciones foliculares de estrógenos ejercen una retroalimentación negativa, inhibiendo la secreción hipofisaria de FSH.

La LH es indispensable para completar el desarrollo folicular final y para la ovulación sin LH el folículo no progresa hasta la etapa de ovulación, cuando el folículo ha alcanzado un tamaño de 15 a 18 mm. La adenohipófisis libera una carga adicional de LH (conocida como pico de LH), lo que favorece la ruptura del folículo y con ello la ovulación. Una vez roto el folículo se forma el **cuerpo hemorrágico**, por efecto de la LH las células de la granulosa y de la teca interna producen gran cantidad de progesterona y en menor concentración de estrógenos a la estructura que queda en lugar del cuerpo hemorrágico se le llama ahora **cuerpo lúteo**.²

Si durante los siguientes 14 días no hay embarazo, el cuerpo lúteo inicia un proceso de involución, la producción de estrógenos y progesterona disminuyen de manera drástica y ocurre entonces la menstruación (figura 2-7).

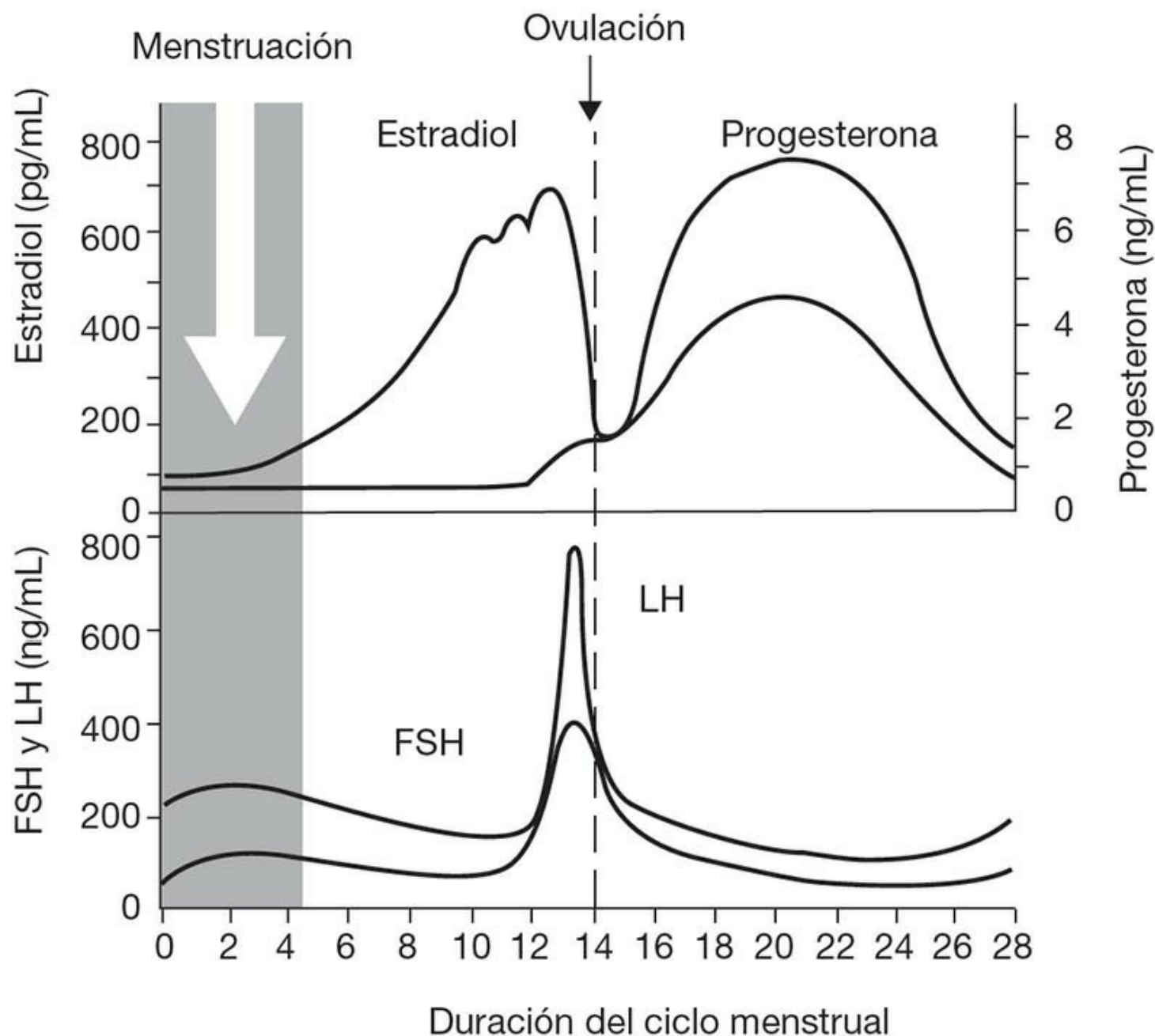


Figura 2-7. Concentraciones hormonales en el ciclo menstrual.

El **ciclo endometrial** esta ligado de manera íntima con el ovárico, después de la menstruación, cuando los niveles de FSH estimulan a las células de la granulosa, el incremento en los valores de estrógenos favorece el crecimiento de las células del estroma endometrial, se desarrollan gran cantidad de glándulas endometriales y nuevos vasos sanguíneos. A ésta, se le conoce como **fase proliferativa**, a nivel del cérvix se secreta un moco filante, transparente, que se alinea a lo largo del canal cervical y forma canales que guían el paso de los espermatozoides.

Después de la ovulación inicia la **fase secretora**, el cuerpo lúteo produce gran cantidad de progesterona y, en menor cantidad, estrógenos; estos últimos terminan la madurez del endometrio, la progesterona causa una gran tumefacción de este último, las glándulas se hacen más tortuosas, los vasos sanguíneos crecen y se almacena gran cantidad de nutrientes, con lo que en caso de haber implantación de algún blastocisto (6 a 7 días

después de la ovulación) las condiciones endometriales estarán dadas para el desarrollo temprano del embarazo (figura 2-8).

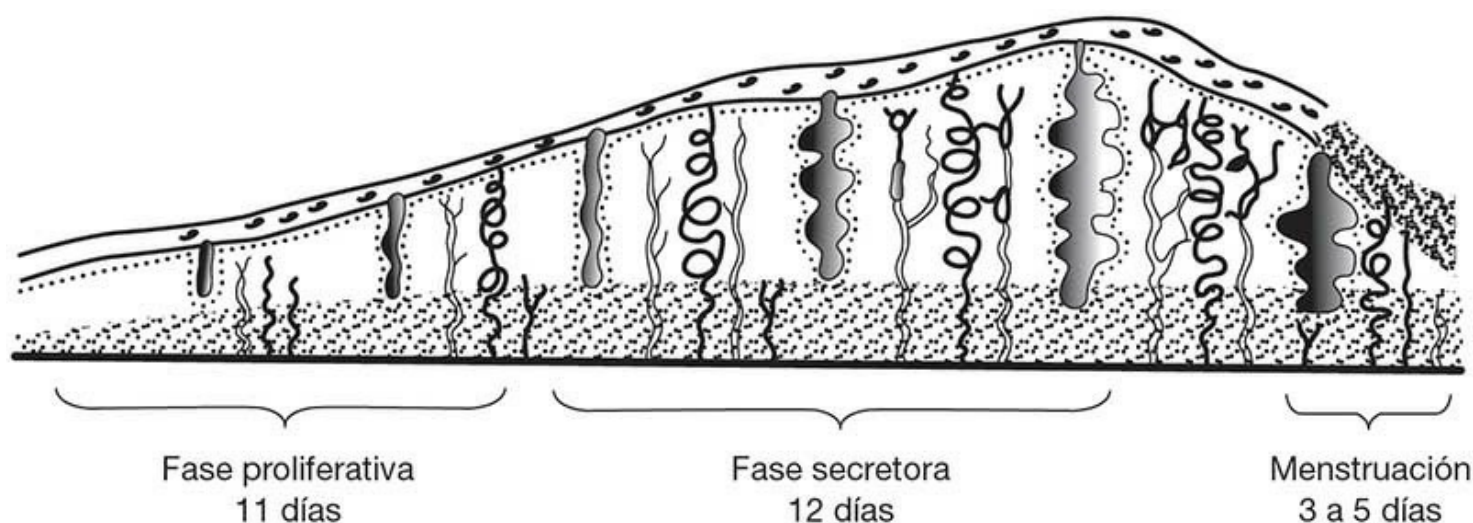


Figura 2-8. Fases del ciclo endometrial y menstruación.

Un par de días antes de que termine el ciclo menstrual el cuerpo lúteo involuciona, con lo que los valores de estrógenos y progesterona descienden de manera drástica, lo que produce la **menstruación**. El mecanismo es el siguiente: con la importante disminución (sobre todo) de progesterona, los vasos sanguíneos se colapsan, la superficie del endometrio se necrosa y aparecen entonces zonas extensas de hemorragia; el endometrio inicia su desprendimiento y se liberan prostaglandinas, con lo que el útero se contrae y favorece la evacuación de este tejido, la pérdida hemática promedio durante la menstruación es de 40 a 50 mL, más 40 mL de líquido seroso. En general la sangre menstrual no forma coágulos, cuando sucede es porque está asociado a alguna alteración uterina.

FACTORES HORMONALES Y NEUROLÓGICOS

La respuesta sexual humana consiste en una serie ordenada de acontecimientos fisiológicos que preparan al cuerpo para realizar el coito y, a la larga, que tenga lugar la reproducción. A fin de que el acto sexual pueda realizarse, existen factores orgánicos y psicológicos implicados, los cuales propician que los órganos genitales de cada uno de los miembros de la pareja experimenten ciertos cambios intensos en cuanto a su forma y función desde un punto basal de partida. El coito es similar a otras funciones, como el comer o dormir, pues para que todas ellas logren ser ejecutadas el cuerpo de la persona experimenta una serie de procesos similares de adaptación, incluyendo grandes modificaciones químicas y fisiológicas. Tales cambios no se limitan a las áreas genitales, ya que la estimulación sexual genera reacciones neurológicas, vasculares, musculares y hormonales que impactan a la persona en su totalidad, en mayor o menor grado.

En el primer volumen sobre fisiología sexual de W. Masters y V. Johnson³, distinguieron

en la respuesta sexual masculina y femenina cuatro etapas secuenciales: excitación, meseta, orgasmo y resolución; tal clasificación se basó en las observaciones de estos investigadores acerca de las respuestas fisiológicas eróticas de cerca de 600 hombres y mujeres entre los 18 y 89 años y durante más de 2 500 ciclos de respuesta sexual.

La división en etapas secuenciales de la respuesta sexual, demostró ser de gran utilidad para fines descriptivos, asegurando la inclusión y ubicación correcta de sus elementos específicos desde el punto de vista fisiológico y considerando que las cuatro etapas se presentan siempre en orden y vinculadas una a la otra. De hecho, observar una respuesta sexual “normal” evidencia que la eyaculación ocurre después de que el pene obtuvo una erección completa en el varón y que la lubricación y dilatación vaginales anteceden al orgasmo femenino.

Sin embargo, las observaciones clínicas de Helen S. Kaplan⁴ le hicieron proponer una formulación alternativa de la respuesta sexual en ambos miembros de la pareja: bifásica o bidimensional, según la cual, la respuesta sexual no consiste en una entidad única, sino más bien en dos componentes distintos y hasta cierto punto independientes: una reacción genital vasocongestiva que produce erección peniana en el varón y lubricación-turgencia vaginales en la mujer, por una parte, y contracciones musculares clónicas reflejas que constituyen el orgasmo en ambos sexos, por la otra.

John Bancroft⁵ describe la respuesta sexual humana como un conjunto de eventos no secuenciales, que es posible separar y, tomando en cuenta tanto las aportaciones de Masters y Johnson como las de Kaplan, propone que los elementos de tal respuesta son: deseo, excitación central (sistema nervioso central), excitación genital, excitación extragenital (todos los cambios que ocurren en el resto del cuerpo), preorgasmo (cambios físicos y sensaciones que ocurren antes del clímax), orgasmo y el posorgasmo (etapa de resolución, según Masters y Johnson).

De manera esquemática, es factible describir los cambios que ocurren durante la respuesta sexual masculina y femenina tal como se presentan en el cuadro 2-1.

Cuadro 2-1. Cambios observados durante la respuesta sexual masculina y femenina

Varón

Deseo

- a) Presencia de pensamientos o fantasías sexuales
- b) Deseo de actividad sexual
- c) Posibles cambios hormonales

Excitación

- a) Erección del pene
- b) Salida de líquido de lubricación a través de la uretra
- c) Elevación del escroto y los testículos hacia el periné
- d) Ingurgitación testicular
- e) Contracciones musculares involuntarias
- f) Incremento del ritmo cardíaco
- g) Incremento de la presión arterial

Orgasmo

- a) Inevitabilidad eyaculatoria
- b) Contracciones de uretra y pene en la eyaculación
- c) Contracciones musculares de la región pélvica
- d) Aumento de la frecuencia cardíaca hasta 180 latidos por minuto
- e) Incremento de la presión arterial
- f) Elevación de la frecuencia respiratoria

Resolución

- a) Rápida desaparición de la erección
- b) Reducción del tamaño y descenso de los testículos
- c) Rápida desaparición del rubor sexual
- d) Pronta disipación de la tensión muscular
- e) Disminución de la frecuencia cardíaca
- f) Normalización de la presión arterial
- g) Descenso de la frecuencia respiratoria
- h) Sudoración

Mujer

Deseo

- a) Presencia de pensamientos o fantasías sexuales
- b) Deseo de actividad sexual
- c) Posibles cambios hormonales

Excitación

- a) Rápida lubricación vaginal
- b) Aumento de tamaño y elevación del útero y cuello uterino con aparición de contracciones rápidas e irregulares
- c) Crecimiento en el tamaño del clítoris
- d) Aumento del volumen de los pechos
- e) Hinchazón areolar
- f) Rubor sexual que se extiende desde el esternón y la zona superior del abdomen al pecho
- g) Acentuación de la tensión muscular
- h) Contracción muscular involuntaria
- i) Aumento de la frecuencia cardíaca
- j) Incremento de la presión arterial

Orgasmo

- a) Contracciones del tercio externo de la vagina
- b) Contracciones del útero y trompas de Falopio
- c) Contracciones del esfínter anal
- d) El clítoris permanece retraído y oculto
- e) Máximo desarrollo del rubor sexual
- f) Contracciones musculares involuntarias
- g) Aumento de la frecuencia cardiaca hasta 180 latidos por minuto
- h) Incremento de la presión arterial
- i) Aumento de la frecuencia respiratoria

Resolución

- a) Desaparición de la lubricación y la distensión vaginal
- b) Normalización de la coloración de los labios menores y regreso a su tamaño normal
- c) El clítoris vuelve a su posición
- d) Disminución del tamaño y descenso del útero
- e) Rápida desaparición del rubor sexual
- f) Pronta disminución de la hinchazón de las areolas y reducción de la erección de los pezones
- g) Progresiva normalización del tamaño de los pechos
- h) Rápida desaparición de la tensión muscular
- i) Normalización de la frecuencia cardiaca
- j) Disminución de la presión arterial
- k) Disminución de la frecuencia respiratoria
- l) Sudoración

Como ya se explicó, para que la respuesta sexual humana exista, entran en juego factores ambientales y biológicos de tipo neurológico, vascular, muscular y hormonal que impactan a la persona en su totalidad, en mayor o menor grado.

Factores hormonales

No hay duda que el factor hormonal desempeña un importante papel en la función sexual femenina y masculina. Los niveles de estradiol tienen relación con la vagina a través del sistema nervioso central y periférico, así como en la transmisión nerviosa; la administración de estradiol resulta en la expansión de zonas receptoras a lo largo de la distribución de los nervios pudendos, lo cual permite deducir que los estrógenos afectan los umbrales de sensibilidad.⁶

Los estrógenos favorecen la vasodilatación de los vasos clitorídeos, uretral y vaginal, manteniendo estas zonas oxigenadas,⁷ lo que concede un efecto preventivo de arteriosclerosis de los territorios pélvicos (Sarrel, 1998). La sintetasa del óxido nítrico (ON) a su vez está regulada por los estrógenos; la vejez y la castración femenina ooforectomía total bilateral traen como consecuencia la disminución de los niveles de NO, lo que resulta en fibrosis de las paredes vaginales, de tal manera que el reemplazo estrogénico permite el retorno de niveles normales de ON en la vagina y evita las muertes celulares en su mucosa.⁸

Con el decaimiento de niveles estrogénicos, muchas mujeres experimentan disminución del deseo sexual, dispareunia y dificultades orgásmicas con merma en las sensaciones genitales. Existe una correlación directa entre la presencia de todas estas dificultades sexuales y los niveles de estradiol por debajo de 50 pg/ml.⁹ Así que los estrógenos influyen en el deseo sexual de una manera indirecta al contribuir en la retroalimentación positiva de la respuesta sexual en la fase de excitación.

Los andrógenos tienen un influjo determinante sobre la conducta sexual, ya que ejerce importantes efectos en el cerebro y los centros sexuales; su producción está regulada por la hipófisis, la cual produce FSH (hormona foliculoestimulante), que regula la generación de testosterona en los testículos y cuyos niveles influyen en el funcionamiento cerebral y la conducta.⁴ Los andrógenos ejercen efectos específicos que aumentan el impulso sexual en ambos sexos. En el varón, los niveles adecuados de testosterona permiten que manifieste y mantenga los caracteres sexuales masculinos, además de un deseo sexual y erección normales.

La corteza suprarrenal y los ovarios producen andrógenos en la mujer, de los cuales el más potente es la testosterona; la función que desempeña la testosterona en el deseo sexual femenino hoy día resulta un tema evidente y aceptado. Fue popularizado por Kaplan desde 1979,⁴ pero el Dr. Robert Greenblatt, de la Universidad de Georgia (EUA) fue en 1950 el primero en proponer el empleo de testosterona en la mujer. En 1959, el Dr. Waxenberg del

Instituto Sloan Kettering de Nueva York evidenció que esta hormona es la responsable del deseo sexual en ambos sexos.¹⁰

En la pubertad, las suprarrenales de la mujer comienzan a producir testosterona antes que las suprarrenales de los varones jóvenes.¹⁰ Luego, en la adolescencia y de allí en adelante, la producción de testosterona continuará de tal manera que las mujeres generan 0.3 mg al día, mientras en los hombres es 20 veces más, unos 7 mg/día. La testosterona libre (no ligada a proteínas) es la más activa y la mujer tiene tan solo un 1 a 3% de ésta, para efectos tisulares. Sin embargo, no sólo se trata de cantidad, sino que es relevante la sensibilidad de los receptores del cerebro, de tal manera que la calidad de su impregnación es la que da el resultado final del deseo sexual en su componente químico.

Los receptores hormonales son proteínas que se ligan de manera específica a las hormonas y algunos tienen áreas de activación transcritora de funciones. Los receptores cerebrales de la testosterona están concentrados en áreas implicadas con la sexualidad y las emociones. La cantidad de testosterona desciende después de la menopausia y la andropausia, provocando en muchas mujeres un descenso en la libido y dificultades para obtener el orgasmo,¹¹ y en los varones disminución de la fuerza física, de masa muscular, alteración de los caracteres sexuales y disminución del deseo sexual así como trastornos de erección.⁴

La disfunción del eje hipotálamo/hipófisis, la menopausia o la falla prematura ovárica, así como la anticoncepción oral prolongada, son las causas hormonales más frecuentes de disfunción sexual femenina, con lo que se afectan de modo principal el deseo y la libido.¹² Por supuesto que en ausencia de etiología orgánica, los factores emocionales y vinculativos están implicados de manera importante en el trastorno del deseo sexual en ambos sexos.

Los estrógenos, por otra parte, tienen una función directa en la lubricación vaginal, ya que se relacionan con el sistema vascular y neural. En el caso de los varones, al tener niveles elevados de estrógenos o bien en el caso de que se les administre por vía externa un antagonista androgénico (ciproterona) para fines terapéuticos (tratamiento de enfermedades de las vías genitourinarias), presentan disminución de la libido, disfunción eréctil, disminución de la agresividad, de la conducta de dominancia, el apetito y ciertas funciones metabólicas.¹⁴

Los estudios sobre los efectos del estrógeno y la progesterona sobre la anatomía, la conducta y la sexualidad en la edad adulta, indican que la progesterona inhibe la sexualidad femenina por antagonizar al receptor a andrógenos. Un descenso de los esteroides femeninos puede aumentar la libido al desenmascarar la acción sexualmente estimulante de la testosterona suprarrenal.¹⁴

FACTORES CEREBRALES Y NEUROTRANSMISORES

La conducta sexual humana es el producto de factores biológicos y ambientales. Es imprescindible, al hablar de factores biológicos, tomar en cuenta el sistema nervioso central (SNC) y la función de los neurotransmisores, mismos que están muy relacionados a la respuesta sexual.

Como lo describe Kaplan, la neurona es la unidad básica del SNC y tiene un gran número

de terminales que se adaptan a la función de suministrar conexiones anatómicas complejas que explican las relaciones funcionales. Las neuronas producen, reciben y transmiten impulsos a otras neuronas a través de conexiones o sinapsis y mediante microemisiones de sustancias neurotransmisoras, creando circuitos para diversas funciones que, aunque sean independientes, se hallan conectadas anatómicamente y organizadas en el aspecto funcional, lo que permite que el individuo actúe de manera integrada y ordenada. Las neuronas reciben y envían señales unas a otras mediante tractos de fibras nerviosas con función comunicante.

El arco reflejo es una unidad básica en la organización nerviosa que consta de un nervio eferente que transmite impulsos sensoriales provenientes de un órgano. Esta neurona sensorial establece conexión sináptica con una neurona eferente, la cual envía impulsos a un músculo o a una glándula, haciendo que funcione. Muchos de estos centros inferiores están localizados en la médula espinal o en el tronco del encéfalo. Los centros reflejos inferiores son capaces de funcionar de manera independiente, pero no funcionan así en el individuo sano: más bien reciben impulsos de un sistema complejo formado por centros superiores y señales sensoriales que tienen la capacidad de modificar, inhibir o facilitar la función.

Debido a que el sistema nervioso es jerárquico y cuenta con centros superiores que ejercen control sobre los inferiores, la neurona inferior es como un “soldado raso” que tiene cierta autonomía pero que debe atenerse a las estrategias y maniobras establecidas por el “comandante en jefe del ejército” (la corteza motora). El SNC nunca descarta sus estructuras primitivas, sino que fabrica centros de integración superiores que dominan a los antiguos. Por tal motivo, los centros inferiores que intervienen en la mayor parte de los reflejos —incluidas las respuestas sexuales de erección, eyaculación y lubricación vaginal— se localizan en la médula espinal o en el tronco del encéfalo, sin embargo, a fin de controlarlos y modificarlos, en las especies superiores ha aparecido un supersistema muy complicado de centros superiores, localizados en el cerebro medio, la corteza límbica y los núcleos subcorticales. Hay reflejos que, gracias al dominio de la corteza cerebral, pueden ser sometidos a control voluntario; en la mayoría de las personas, los que se hallan implicados con la micción, la defecación, la eyaculación y el orgasmo, se hallan sometidos a un cierto nivel deliberado de inhibición y facilitación. En cambio, hay otras funciones que suelen permanecer involuntarias, como la erección, la vasocongestión genital, la lubricación y abombamiento vaginales, y la erección de los pezones, así como otros reflejos no sexuales. Todos ellos operan de una manera puramente anatómica y no son controlados de modo voluntario, sólo en casos excepcionales. Entonces, sea que se trate de un reflejo bajo control voluntario o bien del que permanezca involuntario, existen diversos factores que influyen sobre ellos, ya sea inhibiéndolos o facilitándolos, con lo que alteran su expresión —por ejemplo, cierto estado emocional, una experiencia específica aprendida y otros impulsos inhibitorios y facilitadores del sistema límbico, el tálamo y el hipotálamo.

Neurotransmisores

En 1987 tuvo lugar un avance significativo en el estudio sobre los neurotransmisores, al

descubrirse la existencia del polipéptido vasointestinal activo (VIP), que se había identificado en el pene como vasodilatador y reconocido su función en la erección desde 1980. A nivel vaginal, el VIP tiene un papel modulador en la lubricación y vasodilatación.¹³

En 1997, se identificó la existencia del óxido nítrico (ON) y de la fosfodiesterasa-5 (PDE-5) en el clítoris, responsable de la degradación del guanosin monofosfato cíclico (GMPc).¹⁴

¹⁵ La función de los neurotransmisores correspondientes en el clítoris y vagina queda establecido: el ON y el VIP como mediadores no adrenérgicos-no colinérgicos (NANC) en el cuerpo cavernoso del clítoris y la relajación vascular vaginal, de manera respectiva. Los detalles precisos del proceso de mensajeros y de todos los neurotransmisores no se conocen con exactitud, si bien ya se ha descrito la PDE-5 y el proceso de catabolismo del GMPc,¹⁶⁻¹⁸ como sucede en el pene.

En el aspecto vascular, se ha determinado que con la edad disminuye el tejido muscular liso y aumenta el colágeno en clítoris y pene, lo cual causa trastornos de erección en ambos y de lubricación en la vagina.

Los neuropéptidos “Y” y “P” así como el VIP favorecen la presencia del trasudado vaginal. En el periodo de excitación, la vagina aumenta el volumen sanguíneo (el VIP procura la vasodilatación arterial y otro neuropéptido [NPY] propicia la vasoconstricción) de manera que se produce el trasudado vaginal en forma de lubricación.

El estrés emocional también influye de manera importante en la inhibición de la excitación y lubricación, aunque es bien sabido que muchas mujeres con falta de satisfacción en su vida sexual, sin embargo manifiestan una respuesta fisiológica aceptable en la lubricación y aun en el orgasmo. Existen una serie de estudios que señalan en algunas mujeres, una carencia de asociación entre lo fisiológico y los concomitantes subjetivos de la satisfacción sexual.¹⁹⁻²⁰

El estímulo de una mujer receptiva desde el punto de vista sexual, conduce a la secreción de dopamina en diversas zonas del cerebro, aumenta el índice copulatorio y coordina los reflejos genitales. La presencia previa —más no concomitante— de testosterona facilita la secreción de dopamina. En cambio, la serotonina (5-HT) inhibe el deseo sexual, la lubricación vaginal, la erección y prolonga la etapa de latencia eyaculatoria.²¹

Según Giuliano y Allard,²² la utilización de apomorfina (agonista de receptores dopaminérgicos D1 y D2) para el tratamiento de la disfunción eréctil, apoya de manera sólida la participación de la dopamina en la función sexual, a pesar de que se desconoce con exactitud el mecanismo a través del cual la dopamina está involucrada en la motivación sexual y la excitación genital masculina. Se sabe que, de alguna manera, la dopamina puede desencadenar la erección peniana actuando en neuronas oxitocinérgicas localizadas en el núcleo paraventricular del hipotálamo y tal vez en el núcleo parasimpático proeréctil sacro dentro de la médula espinal.

Sin embargo, Paredes y Agmo,²³ afirman que los datos farmacológicos apoyan la noción de que la dopamina es importante para ciertas funciones motoras y la excitación general —lo cual explica la mayoría de los efectos a nivel sexual en hombres y mujeres—, pero que los efectos de la dopamina en hombres y mujeres estudiados ocurren de manera predominante en el núcleo *accumbens*. Dado que la secreción de dopamina en el *accumbens* está asociada tanto a conductas aversivas como apetitivas de una gran cantidad

de eventos, no es posible afirmar que exista una asociación específica con la conducta sexual.

De acuerdo con Turner y colaboradores,²⁴ la oxitocina desempeña una función importante en la iniciación de la conducta materna y la formación de vínculos afectivos en el adulto. Según los hallazgos de estos investigadores, los niveles de oxitocina aumentaron en personas expuestas a masajes relajantes y en asociación con emociones positivas, en tanto que disminuyeron en individuos que reportaban tristeza. La permanencia de niveles elevados de oxitocina en circunstancias negativas fue asociada a menor reporte de problemas interpersonales. Mantener niveles elevados de oxitocina durante estados mentales de tristeza también fue relacionado con una menor ansiedad de pareja. Las mujeres que mantienen un vínculo de pareja, presentan mayor secreción de oxitocina en respuesta a emociones positivas.

REFERENCIAS

1. **Leslie P., Gartner J., Hiatt L.** (2004) *Histología. Texto y Atlas*. McGraw-Hill Interamericana, pp.405-425.
2. **Fritz M.A., Speroff L.** (1982) The endocrinology of the menstrual cycle: The interaction of folliculogenesis and neuroendocrine mechanisms. *Fertility and Sterility*, 38:509-529, No. 5, November.
3. **Masters, Johnson, Kolodny** (1987) *La sexualidad humana*. Grijalbo, Volúmenes 1, 2 y 3.
4. **Kaplan, H.** (1974/1986) *La nueva terapia sexual*. Alianza, Tomo 1, 7a reimpresión.
5. **Bancroft, J.** (1983) *Human sexuality and its problems*. Churchill Livingstone. 2a Edición.
6. **Natoin, B., McClusky, N.J., Leranth, C.Z.** (1998) The cellular effects of the estrogens on neuroendocrine tissues, *J Steroid Biochem*, 30:195-207.
7. **Sarrel, P.M.** (1998) Ovarian hormones and vaginal blood flow: using laser doppler velocimetry to measure effects in a clinical trial of post-menopausal women, *Int J Impot Res*, 10:591-593.
8. **Ottesen, B. et al.** (1982) Vasointestinal polypeptide and the female genital tract: relationship to reproductive phase and delivery, *Am J Obstet Gynecol*, 43:414-420.
9. **Sarrel, P.M.** (1990) Sexuality and menopause, *Obst/Ginecol*, 75:263-305.
10. **Rako, S.** (1996) *La hormona del deseo-cómo mantener la libido femenina más allá de la menopausia*, Tikal Ed., Girona.
11. **McCoy, N.L., Davidson, J.M.** (1985) A longitudinal study of the effects of menopause on sexuality, *Maturitas*.
12. **Berman, J., Berman, L., Goldstein I.** (1999) Female sexual dysfunction: incidence, pathophysiology, evaluation and treatment options, *Urology*, 54:385-391.
13. **Ottesen B. et al.** (1998) Vasoactive intestinal polypeptide provokes vaginal lubrication in normal women—Peptides, 1987;8:797-800.
14. **Park K., Moreland R.D., Atala A. et al.** Characterization of phosphodiesterase activity in human clitoral corpus cavernosum smooth muscle cells in culture, *Biochem*

Biophys Res, 249:612-617.

15. Burnett, A.L., Calvin, D.C., Silver, R.I., et al. (1997) Immunohistochemical description of NO synthase isoforms in human clitoris, *J Urol*, 158:75-78.

<http://escuela.med.puc.cl/paginas/departamentos/anatomia>

16. Werkström, V., et al. (1999) Effects of sildenafil on rat vaginal smooth muscle, Podium 10 en *New Perspectives and Management Female Sexual Dysfunction*; Boston, Mass. Oct.

17. Berman, J., Wong, J., Chaic C. (1999) Pilot study in effectiveness of sildenafil for treatment of female sexual dysfunction: physiologic predictor for success, Poster 38 en *New Perspectives and management Female Sexual*.

18. Salerian, A., Deibler, W.E., Vittone, B. et al. (2000) Sildenafil for psychotropic induced sexual dysfunction in 31 women and 61 men, *J Sex & Mar Ther*, 26:133-140.

19. Laan E., Evereard W., Van der Velde J., et al. (1995) Determinants of subjective experience of sexual arousal in women: feedback from genital arousal and erotic stimulus content, *Psychophysiology*, 32:444-551.

20. Heinman, J. (1998) Psychophysiological models of female sexual response, *Int J Impo Res*, suppl., 10:394.

21. Hull E.M., Lorrain D.S., Du J., et al. (1999) Hormone-neurotransmitter interactions in the control of sexual behavior, *J Behav Brain Res*, Nov 1;105(1):105-116.

22. Giuliano, F., Allard, J. (2001) Dopamine and male sexual function, *Eur Urol*, Dec; 40(6): 601-608.

23. Paredes R.G., Agmo A. (2004) Has dopamine a physiological role in the control of sexual behavior? A critical review of the evidence, *Prog Neurobiol*, 73(3):179-226 (ISSN: 0301-0082).

24. Turner, R.A., Altemus, M., Enos, T., et al. (1999) Preliminary research on plasma oxytocin in normal cycling women: investigating emotion and interpersonal distress, *Psychiatry*, 62(2):97-111, Summer.

Alma Aldana García

PSICOLOGÍA DEL EROTISMO

La cultura griega consideraba a **Eros** como la personificación del amor y lo representaba a través de la figura de un dios con ese nombre. De la mitología griega se han tomado la mayoría de los términos y conceptos que son importantes para el psicoanálisis, la medicina, la psicoterapia en general, la psicoterapia sexual en particular, y otras disciplinas cuyo objeto teórico y de trabajo se orientan hacia el comportamiento humano y sexual.

Para Sigmund Freud, fundador del psicoanálisis, el término “**libido**” se encuentra relacionado directamente con la pulsión sexual; libido significa vida, es la “fuerza de la sexualidad y del deseo sexual”. De hecho, Freud emplea el término refiriéndose a la sexualidad misma y designa a las pulsiones sexuales de vida (energía e impulso de lo sexual) con el nombre de Eros, en contraposición a Tanatos, palabra griega que significa “la Muerte”, y que ha sido utilizada en la teoría psicoanalítica para subrayar el dualismo pulsional del erotismo humano.

En el diálogo filosófico *El banquete*, de Platón, se retrata de manera bella y diáfana el significado de la vida y del erotismo para los griegos, mismo que rescata Freud y que explora, a su vez, la cultura actual, porque de ahí toma Freud la referencia del Eros platónico y advierte una concepción similar a lo que el psicoanálisis ha intentado explicar por sexualidad: que Eros es un dios que comparte la violencia de la vida y del destino.¹

El **erotismo**, por su parte, es un término que se utiliza para denotar la búsqueda de la excitación sexual; pero también es una manera de vivir la vida, con todos los sentidos, permitiendo y construyendo el placer, el bienestar y la salud. De manera específica, en psicoanálisis concierne a una designación precisa de los fenómenos ligados a ciertos modos de satisfacción de la pulsión sexual, la vida y la forma de vivirla.

El erotismo transcurre en el escenario de la representación simbólica de una cultura, y despliega sus poderes en dos planos: en el espacio de lo privado y en el de lo público. Depende de factores económicos, sociales, políticos, culturales y psicológicos de cada época, en cada país, grupo, familia y persona.

No debe olvidarse que Freud creció y vivió durante una larga etapa de la época victoriana, desarrollando su teoría poco más tarde, y en ese periodo la sexualidad fue reprimida y castigada (p. ej., la masturbación no sólo era algo “malo”, sino un flagrante pecado, de modo que a algunos niños llegó a cubríseles el pene con un forro de cuero o de metal, el cual ocasionaba dispareunia e infecciones y, por supuesto, disfunciones sexuales como la eyaculación precoz). El cuerpo humano era algo que debía ocultarse, de ahí la utilización de la “sábana santa” para no ver ni tocar a la esposa por completo, misma que sólo permitía introducir el pene para realizar el coito, ninguna otra posición excepto la del “misionero” y

ningún preámbulo sexual.

La época victoriana trajo como consecuencia un retroceso enorme del culto al cuerpo, la sexualidad y el erotismo. La sexualidad sólo era un dispositivo para la reproducción de la especie, permitida en los hombres en ciertas circunstancias socialmente toleradas y vedada en absoluto para las mujeres. La sexualidad femenina que saliera de ese cerco era castigada con severidad; si una mujer tenía orgasmos con frecuencia o, peor aún, se masturbaba, era considerada disfuncional, loca, incontenible y peligrosa para la sociedad. La literatura médica y psiquiátrica de la época llegó a reportar casos de cirugías en las que se extirpaba o cortaba el clítoris.²

El mito de la sexualidad ligado a la locura permanece vigente desde un punto de vista simbólico. En la actualidad, todavía muchas mujeres piensan y temen que si tienen la experiencia de un orgasmo se volverán locas y después no podrán contenerse. Aunque parezca extraño, este miedo persiste en la cultura actual, marcando en lo psicológico profundo a mujeres y hombres que niegan su sexualidad, sea en hombres que desarrollan eyaculación precoz o en mujeres con anorgasmia y deseo hipoactivo, lo que en ambos casos se encuentra en el terreno de la disfunción o colapsado es la sexualidad y el erotismo plenos. O bien es lo que el psicoanalista francés Jean Laplanche ha explorado como la sublimación del deseo al reportar: “quienes consideran la sexualidad como algo que deshonra y rebaja la naturaleza humana, no utilizan a Eros, y corren el peligro de reducir siempre el alcance de la sexualidad a favor de sus manifestaciones sublimizadas”.

El erotismo que se manifiesta en la mayoría de las sociedades contemporáneas dista mucho de la concepción griega antigua, que cuidaba el cuerpo sin castigarlo, sin padecerlo, así como el placer en general y el sexual en particular. Mientras que el erotismo en la antigüedad formó parte integral de una concepción práctica de vida, inserto en la vida cotidiana misma, la cultura actual condiciona la psicología del erotismo de hombres y mujeres desde la infancia.

En la sociedad occidental, las edades de la vida sexual tienen una gran importancia y se encuentran reglamentadas. Queda castigada la sexualidad infantil y sólo se admite a partir de la fertilidad, por lo que la edad de ejercer la sexualidad se halla después de la primera menstruación o de la primera eyaculación, hasta la última posibilidad de reproducción en la mujer. Todo lo demás es castigado, ignorado o reprimido por el aprendizaje social.

El inicio de la forma en que los hombres construyen su erotismo y sexualidad difiere del de las mujeres. Los varones (bien o mal) conforman su psicoerotismo prepúber, púber y pospúber. La mujer, por lo general, no lo construye en la misma temporalidad ni de manera oportuna, más bien, se encuentra condicionada a retrasarlo y a elaborar este retraso en función del otro. A menudo llega a la vida adulta con la idea de que su erotismo está en espera de desarrollarse en función de su compañero de vida —su sexualidad no le pertenece, porque le pertenece a él— y, por extensión, el varón debe construirlo en lugar de ella al “crear” el placer que ella espera, como si esto fuera posible. En la misma lógica de educación por género, las mujeres son concebidas como infantes también en el terreno de la sexualidad; su erotismo tiene que ser “descubierto” y “despertado” por el otro y no por ella misma. La satisfacción sexual femenina se **significa** en función del otro; su cumplimiento pasa por la guía y la satisfacción masculinas.

Los hombres, por otra parte, se autoestimulan sexual y eróticamente, conocen bien sus

genitales y las sensaciones que producen, aunque el resto de su cuerpo —también por educación de género— se haya anestesiado. Ellos pueden hablar del tema, ellas no. Las mujeres no exploran su psicoerotismo y la mayoría de las veces inician este aprendizaje en la psicoterapia sexual, en el consultorio.

Aquellas mujeres que se salen de este modelo educativo represivo suelen ser ignoradas o excluidas del grupo social y familiar al que pertenecen, con lo que se les priva de su significación de pertenencia y se borra su historia. Otra manera en que actúa la sociedad es castigándolas si expresan su erotismo en lo privado, que a final de cuentas es lo público. Una mujer bisexual, lesbiana, transexual o bigenérica, está por completo excluida de la sociedad y es castigada con términos despectivos y peyorativos como “puta”, “ninfomaniaca”, “adicta sexual”, “perversa”, “destroza familias”, “perdida” y demás. Lo que es peor, la mujer en efecto introyecta la represión sexual de tal manera que su respuesta sexual humana es castigada con la represión o la manifestación de ésta, por lo que termina cargando culpas.

El deseo es un proceso del conocimiento, de un conocimiento de uno mismo que está en la conformación del aprendizaje en la sociedad a la que se pertenece, aunque ésta resulte represora. Tal represión del erotismo se ha conformado a través de la historia de la humanidad. Una de las bases culturales fundacionales de la cultura occidental, el pensamiento judeocristiano, justificó la manifestación de la sexualidad sólo en función de la necesidad de reproducción, anulando la expresión erótica de la respuesta sexual humana del placer, castigándola. Sólo se le dio significado a la sexualidad para hacer familia, para reproducir la especie, de ahí que era permitido ejercer la vida sexual a través del coito heterosexual durante la ovulación, pero hizo que se castigaran las expresiones eróticas de la homosexualidad y de la masturbación o autoerotismo, antes, durante y después de la menstruación, ya que en este tiempo biológico no hay fecundación.

Los llamados guiones, roles, papeles, géneros, es decir, las conductas dicotómicas que separan y alejan a los hombres y a las mujeres en el plano de las actividades humanas, son conductas que han de representarse en cada momento en lo cotidiano. Se pondera lo que llamamos las mujeres “femeninas”, es decir, dulces, amorosas, delicadas, sentimentales, dependientes en lo afectivo y económico, y reprimidas en su sexualidad y en su erotismo, por lo que la respuesta sexual se ve afectada en cualquiera de sus puntos, como es el deseo, la excitación, la lubricación, el orgasmo y el registro del placer. De modo que resulta necesario colocar elementos punitivos si la mujer hace de su vida un ejercicio del placer físico erótico-sexual.

El erotismo no sólo es algo que se refiere a la sexualidad-genitalidad, sino que es la pulsión de vida, de salud, bienestar y placer. El erotismo es también una actitud de vida: implica abrir nuestros sentidos, disfrutar a través de ellos, deleitarse en lo que miramos y lo que nos gusta mirar, percibir los aromas que nos gustan, degustar el agua, la comida, escuchar los sonidos agradables; sentir lo que tocamos con la piel, las texturas, formas, temperaturas, y gozar cuando somos tocados; es decir, abrir nuestros sentidos para la vida, para el Eros, vivir desde una postura de placer, hoy.

El discurso de la represión de la sexualidad que Occidente ha promovido a través de su historia, nos ha enseñado a cerrar nuestros sentidos y utilizar sólo el pensamiento, la razón, pero no mediante lo positivo, sino con miedos y culpas. Las mujeres desde la victimización

y los hombres desde la postura de proveedores de la responsabilidad; los varones en particular han cerrado sus sentidos —entre otros el del tacto— y al genitalizar su sexualidad han reducido las posibilidades y alcances de su erotismo.

Cuando se consigue que el erotismo-vida sea una postura del pensamiento, uno permite la posibilidad de una vida con mayor placer en todas sus áreas, es decir, la sexualidad, el trabajo, la recreación, el bien dormir, lo cotidiano y todo lo que hacemos, lo cual nos permite tener más placer y vivir a plenitud. Al introyectar este modelo en nuestro pensamiento, hombres y mujeres vivimos de distinta manera el erotismo al de los guiones de género aprendidos (cuadro 3-1).

Cuadro 3-1. Comparativo de los géneros aprendidos		
Eros	Tanatos	
		Continuum
Vida	Muerte	
Salud	Enfermedad	
Placer	Displacer	
Bienestar	Malestar	
Alegría	Depresión	
Disfrute	Disfunción	

El sexólogo Eusebio Rubio propone un modelo de la sexualidad basado en la teoría de sistemas, propuesta por Ludwig von Bertalanffy en 1945, la cual está conformada por cuatro holones o subsistemas sexuales, de modo que la sexualidad está concebida o contenida en cuatro sistemas o subsistemas: género, erotismo, vínculo y reproducción.

El holón de **género** refiere a la identidad individual del individuo, esto es, al marco interno de referencia que le permite responderse quién es: hombre o mujer; la expresión social de la identidad genérica es lo que se llama rol sexual. El género y su institucionalización en los guiones o roles que uno u otra desempeñan en el plano social, es lo que regula las relaciones humanas de poder.

El holón del **erotismo** remite a las experiencias identificadas como sexuales, a los procesos humanos en torno a los cuales se organizan la excitación sexual, el orgasmo, la vivencia del placer y las construcciones mentales alrededor de esa vivencia.

El holón del **vínculo** es aquel donde se evidencia cómo a lo largo de su vida el individuo se relaciona o no con otra(s) persona(s), según su experiencia de vida, cómo ésta le ha marcado, su miedo a amar o a perderse en una relación afectiva estable.

El holón de la **reproducción** se relaciona con la maternidad o paternidad concientes, es decir, como una elección; en otras ocasiones esta reproducción se concibe y realiza como una donación positiva a la sociedad.

Arthur Koestler, en 1980, propuso que se llamara holones a los subsistemas sexuales. Rubio les otorga significado al retomarlos para explicar cómo se puede trabajar con estas herramientas teóricas en la educación sexual y, en especial, en la psicoterapia sexual. Señala que no siempre es sólo a través del plano del erotismo que las disfunciones sexuales emergen o se producen, sino que también deben considerarse el género, el vínculo y el

sentido de la reproducción biológica en la problemática de la sexualidad humana.³

Según la teoría de los holones³ y la teoría de la conformación del psicoerotismo femenino,⁴ la mayoría de las veces la mujer no logra conformar su psicoerotismo en general y, en particular, su sexualidad, de hecho ocurre todo lo contrario. En muchas ocasiones la mujer no consigue introyectar su cuerpo y deseo de una manera positiva y erótica, como un ser capaz de erotizar y desear a otros y no sólo que puede ser erotizado y deseado por los otros.

A menudo la mujer no se siente con el derecho de desear a alguien, tampoco con el derecho de la autoestimulación para provocar su propio placer, porque bien a bien desconoce muchos aspectos de su cuerpo y de sus genitales (dónde, cómo y cuándo requiere de un estímulo para su salud sexual, es decir, para producirse gozo y bienestar). Suele percibir su cuerpo como sinónimo de trabajo, sacrificio, sumisión y victimización, un cuerpo que ama y complace a todos los demás menos a ella misma, siendo esto su razón de ser.

Así que el holón del erotismo en la mujer a menudo se desarrolla muy poco, hecho, la mujer no se percata que amar sólo a los demás y no a sí misma, la hace codependiente. Para ser una mujer “buena” —como la sociedad y el guión de la familia exigen—, también el holón de género o identidad representa un guión social establecido, pues la poca autoestima femenina le impide ver sus propias cualidades y potencial, pues en lugar de desarrollar esto, espera agradar a los demás para recibir el reconocimiento, lo cual la lleva a constantemente buscar la aceptación de los demás.

En la mayoría de las ocasiones, la mujer y su identidad tienen valor a sus propios ojos sólo cuando otros se lo otorgan, de modo que su comportamiento se rige por el deseo de agradar a los demás, desde el gusto de los otros (pareja, hijos, padres, amigos, amantes, publicidad, moda) hasta deformar o alterar su propia imagen.

Hoy en día la publicidad nos hace creer que la mujer ha tomado lugares de poder, incluso ocupando puestos directivos, empresariales o políticos. La imagen de la “mujer ejecutiva” es multiplicada en los medios de comunicación, sin embargo, nadie relata qué ocurre cuando esta mujer llega a su casa, cuando se transforma en la que realmente ha introyectado y **es**: la mujer servicial, complaciente y sumisa con su familia y, en muchas ocasiones, la de la doble jornada.

Por otra parte, las mujeres que desde una identidad masculinizada en su rol, no en su identidad de género, toman lugares de poder tradicionalmente ocupados por los hombres, no desarrollan una posición de equidad de género, sino de poder: se saben mujeres, pero actúan con el guión de género de los hombres, sólo de esta manera es que tienen y mantienen el estatus alcanzado.

Al no desarrollar su psicoerotismo,⁴ la mujer no ha introyectado en su psicología su erotismo. Si no conoce sus genitales, no se ha apropiado de ellos, no forman parte de su psicología y, por tanto, de la experiencia psicológica del erotismo como tal. No ha visto sus genitales en un espejo, desconoce la forma de su vulva, es decir, los labios mayores, los labios menores, el introito vaginal, el introito de la uretra, el capuchón del clítoris y el clítoris mismo, mucho menos conoce su vagina o su cerviz, ni el punto G. Como resultado, a menudo no se siente deseada ni se percibe como ente de deseo.⁵

Si no ha explorado su cuerpo con sus manos para conocer su forma, textura, temperatura

y tamaño, mucho menos ha introducido sus dedos en su vagina para conocerla y familiarizarse con ella, entonces, ¿cómo puede saber de sus sensaciones?, ¿cómo habría construido e introyectado su psicoerotismo? Así, por ejemplo, si alguien dice la palabra “manzana” es fácil imaginar su forma, color, tamaño, textura y sabor, es decir, tiene una representación clara porque la conocemos; en cambio, si alguien dice “ceratopsios”, la mayoría de la gente no tiene una representación de lo que es, ni su forma, color, tamaño o textura, con excepción de los biólogos. Del mismo modo, muchas mujeres no tienen la representación de sus genitales en su cerebro, ni su forma, color, textura, olor, gusto y mucho menos las sensaciones que producen; algunas cuando mucho tienen la imagen del esquema de un libro que dista mucho de la realidad, de su realidad.

Quizá lo que sí han introyectado es el valor social que se les da a los genitales femeninos, que en muchos casos se les relaciona con aspectos sucios, malos aromas, comparados con imágenes desagradables, con fragilidad o fealdad; de manera paradójica, la sociedad exige cuidarlos en exceso porque tienen un valor “invaluable” para los otros: la virginidad. Para muchas mujeres esta exigencia se traduce en una agresión social tan fuerte que impacta en su psique, de tal forma que sienten que traen algo extraño, ajeno y, a la vez valioso, entre las piernas.

Es común que la mujer no hable de sus genitales con su madre, amigas o pareja, y la mayoría de las veces se encuentra imposibilitada de realizar una fantasía sexual, o porque no ha construido su psicología del erotismo o tan solo por desconocer material informativo erótico.

En función de la educación de género, muchas mujeres dan mayor importancia al plano afectivo corporal, de modo que los roces, el juego con la piel, las caricias, los abrazos y besos les son fundamentales, su psicoerotismo se “corporaliza” o materializa en los afectos, pero no se simboliza ni se representa de manera directa en sus genitales y a través de ellos.

Muchos varones, por otra parte, aprenden a muy temprana edad el significado del erotismo y la sexualidad, en algunos casos de manera errónea, pero de cualquier forma lo llegan a conocer. Tienen contacto cotidiano visual y “manual” con sus genitales, pene, glándula, testículos, prepucio y escroto, al vestirse, bañarse y orinar entran en contacto con ellos y llegan a conocerlos tan bien como sus propias manos, con lo cual los introyectan en su psique. Al hacer esto último, aprenden a conocer las sensaciones agradables o desagradables que les producen y practican la autoestimulación o masturbación. Desde la construcción de su psicoerotismo prepúbere, púber y pospúbere, realizan fantasías eróticas con facilidad, lo conversan con sus amigos y, en algunos casos, con sus maestros o padres, quizá incluso tengan acceso a películas o imágenes pornográficas o textos eróticos; a menudo el tamaño de los genitales es un tema de conversación con sus amigos.

En algunos hombres el tamaño de su pene les preocupa y acompleja ante otros; y hay quienes hasta juegan en grupo masturbándose para ver quién eyacula primero y más lejos. Todo ello produce que el erotismo masculino coloque toda la importancia en una sola zona del cuerpo, es decir, genitaliza demasiado al hombre y, al contrario que la mujer, lo descorporaliza.

Si el psicoerotismo femenino no se representa o simboliza de manera directa a través de los genitales, el psicoerotismo masculino, en cambio, al fragmentar el cuerpo y otorgarle jerarquía a una parte, los genitales, le hace ajeno o secundario el resto de él.

Esa es la razón por la cual la mayoría de los hombres sólo registran el deseo-excitación y la eyaculación-orgasmo, y dejan de lado las sensaciones del resto de su cuerpo, todas aquellas que existen entre la erección y el orgasmo. En cierto sentido, han “des-erotizado” el resto de su cuerpo al realizar un aprendizaje de dicha respuesta rápida y focalizada.

Hasta el decenio de 1940-1949, en la mayoría de las culturas, la eyaculación precoz era lo más frecuente, “lo normal”. Al estudiar e investigar sobre la sexualidad masculina y femenina y encontrar la importancia del orgasmo en las mujeres, así como la diferencia entre la respuesta sexual de la mujer y el hombre, la eyaculación precoz se convirtió en una disfunción que desde el punto de vista estadístico es una de las más frecuentes. Al separar la función de la reproducción del erotismo, la importancia del disfrute genital y corporal se convirtió en algo fundamental en el derecho a la salud sexual.

Al varón se le impone e introyecta en la psique que el pene siempre debe estar dispuesto, erecto, fuerte y ser eficaz ante cualquier mujer. A menudo el hombre tiene mayores posibilidades de ensayo en el ejercicio de su sexualidad, busca tener un mayor número de novias, amantes, experiencias sexuales y parejas, no ve su psicoerotismo como algo exclusivo para alguien ni se le impone la virginidad. Como resultado de ello, no necesariamente relaciona erotismo con vínculo, a menos que entre en el terreno moral de la fidelidad.

Los holones masculinos de género y erotismo están más desarrollados, por lo cual el hombre necesita con menos frecuencia del reconocimiento de los demás o de la pareja. Él se complace a sí mismo con su forma de hablar, de caminar y actuar, de vestir, de laborar, no así su pareja, aunque la mayoría de las veces ella se encuentre dentro de los cánones establecidos.

El hombre a menudo tiene introyectado ser el conquistador, seductor, quien elige e inicia y, por tanto, quien controla cuándo, cómo, dónde y con cuánta frecuencia se tiene la relación sexual. Muchos varones hablan y presumen su propia sexualidad y el número de sus parejas sexuales, aunque no siempre sea algo real.

Es bien sabido que el desarrollo del lenguaje refiere, desde una perspectiva psicológica, a lo internalizado, aprendido, representado y actuado. Así que con frecuencia la mujer habla más del amor, lo manifiesta y actúa (así como lo hace con relación a las modas o la comida), en tanto que la conversación del hombre gira en torno a la sexualidad, la cual también representa y actúa (del mismo modo que lo hace con tópicos como la mecánica o su gusto por los deportes o el trabajo).

A muchos varones no les interesa el preámbulo en una relación sexual, ya que su cuerpo está “anestesiado” y sólo se centra en el resultado de la excitación-erección, orgasmo-eyaculación. No es que el preámbulo masculino sea inexistente, sino que está concebido por él de otra manera; por ejemplo, quizá se halle elaborando fantasías o imaginando durante el día lo que hará en la noche, al tiempo que se halla abierto a estímulos de personas atractivas; asimismo, tiene muy desarrollado el sentido de la vista en lo relacionado con el erotismo, por lo cual su preámbulo no es con la otra persona sino consigo mismo, de modo que al llegar con la pareja ya se encuentra estimulado.⁶

A menudo el hombre tiende más a satisfacerse a sí mismo en la relación sexual, en la vida y, de manera general, en su erotismo, pero inhibe y reprime mucho sus sentimientos y emociones profundas. El valor del erotismo y la sexualidad es, en mucho, el valor de su

identidad y autoestima con su masculinidad.

Así que hombres y mujeres desarrollan dos cosmovisiones diferentes, lo cual queda reflejado en su relación con el mundo y consigo mismos, y también en sus manifestaciones y vivencias eróticas. No considerar estos factores supone la creación de teorías que mantienen, de modo sutil, valores sexistas.⁷

El psicoerotismo es una construcción compleja de estudiar y teorizar en los individuos. Es preciso estudiar sus historias de vida, la manera de aceptar o rechazar sus cuerpos, cómo logran identificarse con su género y las formas de descubrimiento y construcción de su erotismo que, por lo general, manifiestan culpa y miedos; también deben considerarse las formas de aprender a amar, a vincularse, o a temerles, al igual que el modo de reproducirnos en la paternidad o maternidad.

El psicoerotismo es la forma en que se ha construido la sexualidad en los individuos a lo largo de su vida y cómo éste ha sido favorable o desfavorable por las experiencias vividas. Experiencias que tienen que ver con la biografía propia, con la familia, con el padre, con la madre, con la sociedad a la que se pertenece, a la religión que se tiene o de la cual se carece, con los valores morales y cómo se transita en una sociedad de inclusión o de exclusión. De hecho, la misma sexología comporta valores de inclusión o de exclusión, al igual que todas las ciencias y disciplinas del conocimiento humano.

El espectáculo del erotismo, por su parte, está inserto en la visualidad contemporánea, el saber del deseo, para ello entrega fantasías inalcanzables que abren sus puertas a la comercialización y la medicación. En Occidente el sexo está en todos lados, menos en el sexo. De lo que más habla una sociedad es de lo que más carece, en este caso, la pertenencia del cuerpo y, sobre todo, de la sexualidad.

¿Por qué el sexo es tan secreto? ¿Qué fuerza es la que tanto tiempo lo ha reducido al silencio? Fuerza que apenas estamos cuestionando, permitiéndonos quizá interrogarlo, pero siempre a partir y a través del discurso de la represión. En realidad, esta pregunta tan a menudo repetida en nuestra época, no es sino la forma reciente de una afirmación considerable y de una prescripción secular: allá lejos está la verdad, vayamos a sorprenderla.² Mientras que los mitos sobre la sexualidad han dado paso al miedo y a la culpa, la verdad de la sexualidad da paso al erotismo.

SOCIOLOGÍA DEL EROTISMO

DEFINICIONES

A continuación se presentan alguna de las definiciones más importantes sobre el erotismo.

Erotismo (del griego *eros*, *erōs*, amor, e *-ismo*). Amor sensual. Carácter de lo que excita el amor sensual. Exaltación del amor físico en el arte.

Eros (del griego “Eros”). Deseo de posesión o amor para la tradición griega, en términos míticos Eros no era un mortal ni un Dios, sino un *daimon*, un espíritu por medio del cual se mantiene la relación entre lo humano y lo divino; en el sistema filosófico de Platón (en especial su diálogo *El Banquete*) es la fuerza motriz vital que tiende hacia el absoluto, lo cual explica la educación, las artes y la filosofía; Eros es el gran lazo que une al gran todo,

es amante de la sabiduría, por ello es filósofo. Para Platón, Eros es auxiliar del pasaje de las bellezas sensibles particulares a la comprensión de la idea de la belleza, Eros se eleva de los cuerpos a las ideas en tanto es el camino para captar y crear belleza, es estímulo y fundamento, creador de la vida ascendente: el objeto de amor es la generalización y producción de belleza y bondad.

La inmortalidad es también objeto del amor porque la naturaleza mortal aspira a perpetuarse a través de él, sea a través de la reproducción de la especie o a través de la generación y transmisión del conocimiento; el carácter distintivo de Eros platónico no es la renuncia a la realización del amor con el ser amado, sino su relación con los ideales de la vida; el amante ama a la persona en su ser concreto, en unidad de lo sensible y lo ideal. El amor platónico busca la perfección en el ser amado y aspira de manera activa a la realización e incremento de los ideales, este carácter de impersonalidad e intenso deseo nos permite distinguir al Eros griego del *Bhakti* indio (entrega altruista), del *meta* budista (benevolencia desinteresada), del *yen* (humanidad, caridad) y del *ai* (amor personal) de Confucio, así como del *agapáo* (amor sacrificado, protector, fraternal) y del *píelo* (afecto y cariño personal) cristianos.

Dentro del pensamiento psicoanalítico de Sigmund Freud, la referencia a Eros designa las pulsiones de vida para restituir la fuerza del mito y su verdad universal, Eros es concebido como un ser que comparte la violencia de la vida y del destino, y Freud era consciente de ese significado al decir que en el psicoanálisis su empleo concierne a una designación precisa de los fenómenos ligados a la satisfacción de la pulsión sexual.⁸

Deseo (del latín *desiderium*, de *desiderare* “apetecer”) significa “movimiento de la voluntad hacia el conocimiento o posesión de una cosa”; en filosofía, el término ha tenido dos significados: el general de apetito, esto es, el principio que impulsa a un ser vivo a la acción, y el más restringido de apetito sensible. Para Aristóteles es “la apetencia de lo placentero”, Descartes lo definió como “la agitación del alma causada por los espíritus, la disposición de querer para el porvenir las cosas que ella presenta como convenientes”; Heidegger relacionó el deseo con la naturaleza del humano como ser proyectante; la psicología clásica lo distingue no sólo de la voluntad, sino de todo un conjunto de nociones conexas, como el instinto, necesidad, tendencia, gana; los matices cualitativos, entre estas diferentes disposiciones afectivas, confirmaron a menudo que el deseo tenía el valor de la expresión consciente y personal de una necesidad, la fusión optativa del deseo se encontraba contenida en la concepción.

Sin embargo, el uso que Sigmund Freud hace de este término excluyó, en su significación central, toda referencia al consciente para el psicoanálisis: el deseo es entendido como inconsciente y, a su vez, el inconsciente freudiano puede ser definido como inconsciente de deseo. El deseo no tanto en la expresión consciente de una búsqueda afectiva orientada hacia una meta, sino aquello mediante lo cual se indica la existencia de una carencia: lo que constituye el negativo siempre presente de las primeras experiencias de satisfacción. El deseo es inconsciente en la medida en que da testimonio de esa carencia como una “falla fundamental” a la cual tratan de dar respuesta, de diferentes maneras, lo que la psicología llama “objetos de deseo”; esto es, el deseo tiende a realizarse mediante los signos ligados a las primeras experiencias de satisfacción; el deseo inconsciente se concibe como distinto de la necesidad; al definir el sueño como “la realización simbólica de un deseo reprimido” o el

fantasma como “la realización alucinatoria del deseo”, Freud confirmó plenamente el sentido que otorgaba al deseo inconsciente: sólo se da disfrazado, deformado o velado.⁹

El erotismo transcurre en el escenario de la representación, despliega sus poderes dentro de los límites que le confiere la puesta en escena de la realidad inmediata o de la realidad expresada por medio de las artes, porque es estrictamente cultural por sus manifestaciones públicas y privadas. En contraste, lo erótico se encuentra en cambio permanente, forma ritos en emociones compartidas. En este tiempo aparece de muchas maneras la estética y la comercialización, de ahí que los objetos de observación nos conviertan en un espejo de los deseos, por ello, la diversidad erótica transita por muchos rumbos del planeta a través de los sentidos —como en la moda, cine, pintura, escritura, literatura y todas las artes.

En el siglo XX en Occidente tiene lugar la cultura de la imagen: Matisse, Signac y Picasso son vanguardistas al plasmar “el goce de vivir” en la pintura, de modo que en todas las artes hay una gran manifestación de erotismo y no sólo del cine, sino también en la televisión; con la cultura cibernética en Internet también cobra auge la pornografía por esta vía.¹⁰

El erotismo se manifiesta de distintas formas en todas las culturas y épocas, según la apertura de la sociedad o su represión, tiene lugar con más libertad o acarrea castigo, pero jamás se evita, es posible manifestarlo de manera abierta o velada, con bienestar y placer, o con malestar y culpa. A través del erotismo en la sociedad se expresa el bienestar o el malestar de las culturas, es como el gran termómetro donde queda de manifiesto con claridad la pulsión de vida o de muerte, permite la diversidad o excluye y castiga a quienes se salen de la norma de aquello que se denomina “erotismo convencional”.

Una de las formas que rigen la expresión de erotismo son los guiones impuestos de género a seguir, donde colocan al hombre y a la mujer en situaciones muy distantes de los extremos del comportamiento humano (es decir, lo que se llama femenino y masculino y cómo se traduce en cada cuerpo). De modo que si se es mujer su guión a seguir es de sumisión, victimización, clausurar el placer genital y buscar su compensación a través de complacer a los demás y del amor; en muchas ocasiones, aunque la mujer sea independiente desde el punto de vista económico, en el terreno afectivo es dependiente y a menudo parece que le es más cómodo no salirse de los cánones establecidos del comportamiento erótico “que se espera” de la mujer en la sociedad occidental. Si ella se aviene y lo lleva a cabo queda con la sensación de estar contenida, segura, protegida por lo social, el estatus, la familia, el sistema; por otra parte, si manifiesta su erotismo con libertad tiende a ser excluida, señalada, marginada y a sentirse desprotegida, lo cual genera miedo, ansiedad y sobre todo culpa, de manera que si se atreve a expresar su erotismo fuera de estos cánones suele recibir un “castigo” social mediante el señalamiento y la exclusión.

Con frecuencia el erotismo se manifiesta a través de la pasión por alguien o algo, es una forma de libertad de expresar la pulsión de vida en lo que se hace y a quien se desea, sin embargo, las sociedades marcan los límites, de modo que lo prohibido, lo que atenta contra la libertad de elegir el bienestar individual del placer sexual y de la expresión del erotismo es punible con severidad. En muchas ocasiones, de hecho, el vigilante de este castigo está tan introyectado que ni siquiera se requiere de algún dispositivo de poder que ejecute la sanción, sino que se ha introducido en el juicio, pensamiento y ética de la persona de modo que hay un autocensor y se experimentan miedo y culpa, malestar y represión de tales

expresiones.

En el caso del varón ocurre lo mismo cuando no sigue su guión establecido por cultura y época, de modo que también recibe un severo castigo y exclusión. Así, por ejemplo, las modas expresan mucho la libertad y la represión, la feminización o masculinización de la cultura, basta con considerar la época previa a la Revolución Francesa en aquel país: desde el punto de vista actual, su vestimenta y manierismos eran muy femeninos, sin embargo, los encajes, los colores pastel, el maquillaje y las pelucas eran un elemento de la masculinidad de la época en un cierto nivel socioeconómico; si hoy un hombre vistiera de esa manera sería juzgado y excluido por la sociedad.

Las modas son un reflejo del sistema económico y político de una cultura en un momento determinado. A través de la moda se imponen valores, cánones de belleza, estilos de vida, formas de comportamiento y la expresión de la sexualidad; la moda parece ser una elección, pero en realidad es una imposición. Otro ejemplo de ello son los aretes en los hombres, los estereotipos de cuerpo, “de salud y gimnasio” (con una musculatura casi artificial), la moda del hombre del “gym” proviene de una cultura posterior al VIH-SIDA, por lo cual un hombre delgado es visto casi como enfermo. En las mujeres ocurre justo lo contrario: su cuerpo tiene que ser muy delgado con una apariencia anoréxica o bulímica, como de cuerpo enfermo, de modo que si alguien no encaja en esta moda se halla fuera de contexto. En esta época en la que pareciera que gozamos de una gran capacidad de “libertades”, los cuerpos están apresados dentro de estos guiones de erotismo impuestos.

Actualmente se confunde el erotismo con la globalización de las estéticas, costumbres y estereotipos de belleza que responden a una forma de vivir y de representarse, lo cual sucede después de la aparición de los llamados “yuppies”, en donde el consumismo marca la estética y la identidad (como sucede con ciertas marcas de automóviles para hombres, camionetas para mujeres, la marca del reloj y ropa). El erotismo ha sido manipulado de tal manera que se coloca en los lugares de consumo más fuertes y como una necesidad de pertenencia. Hombres y mujeres la adoptan —hasta en la forma de hablar— como clones en “la igualdad”: para las mujeres el mismo estilo de nariz, corte de cabello, etc., y para los varones el mismo coche y marca de ropa. En nuestros días el erotismo ha sido secuestrado por el consumismo, se ha convertido en un elemento de compra-venta, de significados, valores e identidades, pertenencias de grupo o exclusiones; ha sido codificado y ha provocado las llamadas disfunciones sexuales.

Así, se dice que “la mujer tiene que buscar un orgasmo”, ¿se trata de una necesidad individual o una moda social? También que “el hombre tiene que responder sexualmente de una manera ‘eficaz’ y sin eyaculación precoz”, ¿necesidad o moda?, ¿cómo saberlo? Sólo si tales situaciones causan malestar o bienestar dentro de la salud sexual.

La salud sexual es una necesidad para la salud en general, de modo que comienza a tener un espacio dentro del derecho de la salud integral, no obstante, es violentada y atenta contra los individuos debido a los roles establecidos de belleza y de conducta (femenino/masculino) que impone la sociedad. Una mujer que responde a estos cánones está violentada por los roles de conducta que debe seguir: desgenitalizar su cuerpo, no apropiarse de su placer, no conocer sus genitales ni la forma en que responden. Hereda mitos, prejuicios y culpas sobre ellos y, por tanto, sobre la respuesta sexual, así como su actitud y conquista ante el erotismo. A fin de que una mujer llegue a conquistar su propia

sexualidad tiene que romper con estos tabúes y enfrentar a una sociedad que la castiga por no conformarse a los preceptos de comportamiento establecidos. Las llamadas disfunciones sexuales en la mayoría de los casos son causadas por la sociedad, ya que ésta reprime, castiga, juzga y excluye a la mujer que se apropia de su erotismo.

La mujer no conforma su psicoerotismo prepúber, púber y pospúber debido a la represión cultural con órdenes estrictas o silenciosas (como “no te debes de tocar ‘tus partes’”, “tienes que poner límites”, “debes conservar tu virginidad para cuando te cases”, como si la única forma en que la mujer pudiera ejercer su sexualidad fuera a través del matrimonio). Para fines prácticos, todavía se confunde que el ejercicio de la mujer de su sexualidad es sólo a través de la reproducción y al formar una familia, no es que la mujer carezca del derecho de formar una familia o tener una pareja estable, sino que muchas veces el costo de esta formación es reprimir su erotismo y ocasionarle disfunciones sexuales, de modo que termina por inclinarse al tánatos, experimentando depresión, ansiedad, angustia, miedo, insatisfacciones, aburrimiento de la cotidianidad de sus deberes y del encierro, además de la soledad aun en el grupo familiar.

En el hombre, la imposición es que debe ser un varón sexuado y genitalizado, que reprime sus emociones y sentimientos y castiga sus afectos, muchas veces excluido por tener el papel del proveedor y estar ausente de los acontecimientos del hogar y de la relación con su pareja e hijos. En muchos casos, cuando la pareja se embaraza y tiene un hijo, el hombre es excluido de esa dinámica y de acontecimientos importantes, por lo que busca satisfacer sus emociones y, en particular, su erotismo sexual fuera de su relación de pareja.

Los roles de comportamiento impuestos a hombres y mujeres hacen que el derecho a la comunicación —expresar y solicitar sus necesidades— sea casi imposible porque pareciera que hablan idiomas distintos con significados diferentes para las mismas palabras de modo que, según la cultura, un hombre o una mujer significan y sienten de manera diferente lo que es el amor, placer, sexualidad, preámbulo, cariño, afecto, enojo, resentimiento, etc. Los significados que se asignan a estas palabras de acuerdo con el contexto social dentro de las estructuras de las familias a las que pertenecen, hacen que el medio del lenguaje para expresarse resulte complicado y diferente. No debe olvidarse que en la conformación o negación del psicoerotismo prepúber, púber y pospúber —como resultado de las experiencias permitidas o reprimidas para cada género— se significa, construye y expresa el erotismo de manera muy diferente, ya sea conteniéndolo, reprimiéndolo o confundiéndolo con placer al otro o, por el contrario, expresándolo de una manera unilateral como sólo una necesidad a saciar —en cuyo caso el erotismo queda excluido por completo en la relación de pareja.

El erotismo se puede establecer en la expresión de la sexualidad de una pareja si se conocen y contemplan los ritmos, distancias y aproximaciones que cada uno es capaz de expresar. Resulta fundamental que la pareja aprenda uno del otro los ritmos que requieren al expresar el erotismo en la relación sexual, misma que se dificulta porque no se habla de ello y tampoco es considerada como una expresión natural, sino que a menudo se percibe como algo “formal” y de lo que no se puede o debe hablar. En realidad, tal ajuste podría ocurrir como cuando una pareja aprende a bailar distintos ritmos: se acoplan uno al otro por un momento y a la inversa, entendiendo los ritmos de cada quien¹¹ y de la melodía sexual;

si se puede aprender esto, la relación sexual se transforma en una manifestación individual y de la pareja como algo erótico que adquiere un significado de placer y bienestar sexual, al cual tienen derecho todos los individuos.

Así que surge la pregunta: ¿esta sociedad nos da las herramientas para que el erotismo se busque en el desarrollo de la sexualidad y placer individual? Aquí hay una trampa, pues la educación de la sexualidad informal es muy represiva o nula, difícilmente se aprende el propio ritmo y el ritmo del otro o de la pareja misma.

La sociedad actual coloca el erotismo en el consumismo y en las apariencias de estereotipos, no así en las expresiones corporales, eróticas y sexuales de los individuos. El erotismo no puede ser algo solemne y restringido, pues se trata de una manifestación humana de expansión y grandeza, donde los sentidos están implicados para un festín de placer, no sólo durante la relación sexual sino como una forma de vida, tanto en el quehacer cotidiano como en los eventos extraordinarios. La recreación de los sentidos y los cuerpos para el bienestar y el placer en general y, de manera particular, en el ámbito sexual, es fundamental para el Eros, es decir, es una postura de vida, es una búsqueda de la creatividad para fomentar el placer en cada acto y momento de la vida.

La sexualidad y el erotismo implican liberarse de un esquema de pensamiento común: hacer de la sexualidad algo inevitable y suponer que, si toma todas sus manifestaciones y formas históricamente singulares, lo hace gracias a mecanismos diversos de represión, a los que se encuentra expuesta (sea cual fuere la sociedad). Esto corresponde a sacar del campo histórico al deseo y al sujeto del deseo y a pedir que la forma en general de lo prohibido dé cuenta de lo que pueda haber de histórico en la sexualidad.²

En las expresiones del erotismo y la formación de la sexualidad es muy fácil caer en los “juegos de verdad”, los juegos de falso y verdadero, a través de los cuales el ser se constituye de manera histórica como una experiencia, es decir, como puede y debe ser pensado. ¿A través de qué juegos de verdad llega el hombre a pensar sobre su ser propio cuando se percibe como loco, se contempla como enfermo, se reflexiona como ser vivo, hablante y de trabajo, cuando se juzga y castiga en calidad de criminal? ¿A través de qué juegos de verdad el ser humano llega a reconocerse como sujeto de deseo?² ¿Acaso las leyes e instituciones se forman pensando en desarrollar y cuidar el erotismo de hombres y mujeres? ¿El erotismo en la actualidad se adquiere con el conocimiento, la libertad y la verdad? ¿O a través de la dieta de los placeres en los sentidos (como la comida, todo es poco y *light*)? Y así en cada uno de los sentidos: ¿en esta cultura *light* es posible expresar el erotismo en una forma expansiva y grandiosa? Por supuesto que no. Es preciso ahorrar la energía del erotismo del disfrute, para ser productivos y eficientes. ¿Se puede expresar la sexualidad con un trabajo de 8 horas y que exige 4 más de traslado? ¿Acaso este sistema nos da los espacios y tiempos indispensables para manifestar el erotismo? Las ciencias médicas y de la salud han otorgado muchas posibilidades para que vivamos más años, pero ¿serán con calidad de vida o tan solo aumentan en cantidad? ¿Acaso hemos logrado instrumentar dispositivos para el erotismo en el ritmo de vida que exige la sociedad contemporánea?

En esta cultura de agresión, violencia, señalamiento, exclusión, guerra, mentira, fraude, robo, inseguridad, ¿cabe la posibilidad de apropiarse del respeto, la paz, verdad, seguridad, tranquilidad para abrirle camino al erotismo? ¿Qué es entonces el erotismo hoy? Pareciera

que es una “especie en extinción”, casi imposible de encontrar y apropiarse y mucho menos expresar.

Vivimos un erotismo de fantasía, prestado, como representando una escena en el teatro; el guión no es nuestro, el cuerpo no nos pertenece, es una escena de un cuerpo irrumpido, fragmentado, codificado, agredido, artificial, como un traje que es para todos, como si todos tuviéramos la misma talla y el mismo gusto. ¿Dónde podremos encontrar una dosis de verdad? La disciplina de la sexología se planteó como una alternativa para encontrar el bienestar erótico-sexual.

El erotismo es un proceso de conocimiento y de libertad donde se atan y desatan las percepciones de la realidad que procura deserotizar y anular el impulso vital que late más allá de la inmediatez. En Occidente el sexo está en todos lados menos en el sexo; el aforismo es válido y sus ecos son evidencia. Eros se nutre de un universo de relaciones al establecerse una sociedad llena de mitos y prejuicios, de secretos y mentiras, en donde se tiene que ser trasgresor para encontrar y llevar a cabo una vida erótica. En una cultura de paz, el ser desobediente y trasgresor de las normas establecidas abre la posibilidad de romper con los roles rígidos establecidos para hombres y mujeres, y permite retomar el Yo como un ser erótico desde una perspectiva de género.

Eros admite la asimilación histórica: por una parte, se entrega a las multipasiones del presente y, sin embargo, alude al pasado, renueva sus prácticas para sentirse otro, diferente del anterior, aunque en realidad es el mismo.

Eros fortalece los sentidos. El olfato nos involucra en el concierto de los aromas que desprende el sudor ligero de una axila, el perfume francés cuyo olor sobrevive detrás del óbulo de la oreja, ¡ni qué decir de esa entrepierna con su eco marino que nos guiña el ojo desde su envoltura de pelambre!¹⁰ Las palabras resuenan al oído al igual que los murmullos y los roces de seda de las bragas de encaje. Saber hacer uso de las manos y privilegiar la textura de la piel; paladear la sal de los sudores o el extraordinario sabor de los juegos secretos como los vinos de mayor exquisitez.¹⁰ Los ojos recorren, admiran y se detienen para hacer verosímil aquello que los sentidos comunican. El concierto de los sentidos se ha vuelto un privilegio del erotismo.

REFERENCIAS

1. **Fedida, P.** (1979) *Diccionario de psicoanálisis*, Alianza Editorial. Madrid, España.
2. **Foucault, M.** (1977) *Historia de la sexualidad*, Editorial Siglo XXI., México.
3. **Rubio, E., et al.** (1994) *Antología de la sexualidad humana*, Ediciones Conapo-Porrúa.
4. **Aldana, A., et al.** (2000) *Terapia Sexual Clínica, pesquisa e aspectos psicossociais*, Revista, Consejo Editorial Internacional: Instituto Paulista de Sexualidade, Vol III, No 1, enero a junio de 2000, Sao Paulo, Brasil:126.
5. **Ladas, A.K., Whipple, B., Perry, J.D.** (1983) *El punto “G” y otros descubrimientos recientes sobre la sexualidad*, Editorial Grijalbo.
6. **Aldana, A.,** (1998) IX Congreso Latinoamericano de Sexología y Educación Sexual, “Hacia la equidad en la diferencia”, Libro de Resúmenes, Comité Organizador y Comité Científico, Ponencia: “Alternativas para una psicoterapia sexual en una perspectiva de género”, México, DF:180.

7. **Fina, S.** (1990) *Psicoerotismo femenino y masculino. Para unas relaciones placenteras autónomas y justas*. Editorial Kairos, España.
8. **Rodrigo, N.** (2006) Libro en preparación.
9. **Rodrigo, N.** (2006) Libro en preparación.
10. **De Luna, A.** (1994) La expresión pública del erotismo. En: *Antología de la sexualidad*, Ediciones CONAPO-Porrúa.
11. **Rubio, et al.** (1994) *Antología de la sexualidad humana*. CONAPO, Miguel Ángel Porrúa. Tomos I, II, III.

LECTURAS RECOMENDADAS

- Alberoni, F.** (1986) *O erotismo*. Garzanti Editore.
- Arpal, P.J.** (1795) *Modelos sexuales en nuestra cultura y alternativas*. Horadago.
- Bataille, G.** (2004) *El erotismo. La construcción de agentes transformadores*. Benemérita Universidad Autónoma de Puebla.
- Bataille, G.** (1979) *Erotismo*. Tusquets Editores.
- Baudidrillard, J.** (1990) *De la seducción*, REI.
- Beck, J.** (1999) *La mujer multiorgasmica*. Ediciones Obelisco.
- Berecher, M. E.** (2000) *The sex researchers*. Expanded Edition.
- Bruckner, P.** (1999) *El nuevo desorden amoroso*. Anagrama.
- Bryan, M.** (1999) *Codes of love*. Pocket Books.
- Cuerpo de mujer, CIDAL, 1982.
- IX Congreso Latinoamericano de Sexología y Educación Sexual, IX clases. III Congreso Nacional, II Congreso Femess “Hacia la equidad en la diferencia” Memorias, 1998.
- Fina, S.** (1995) *Los vínculos amorosos*, Editorial Kairos.
- Fina, S.** (1990) *Psicoerotismo femenino y masculino*. Editorial Kairos.
- Finkilkraut, A.** (1984) *La sabiduría del amor*, Gedisa.
- Fisas, C.** (1999) *Erotismo en la historia*. Plaza Janes.
- Focault, M.** (1983) *El discurso del poder*. Folios Ediciones.
- Foucault, M.** (1986) *Historia de la sexualidad*. Tomos 1, 2. Siglo XXI.
- Gagnon, J.** (1977) *Human Sexualities*. Scott, Foresman and Company.
- Gagnon, J.** (1980) *Sexualidad y conducta social*. Pax México.
- Guasch, O.** (2000) *La crisis de la heterosexualidad*. Laertes.
- Hartman, W. E., Fithian, M. A.** (1972) *Treatment of sexual dysfunction*. Published by center for marital and sexual studies.
- Hudson, P., Nalón o Hill** (1996) *Amar es amar cada día*, Paidós.
- Laplanche, J.** (1980) *La sexualidad*, Ediciones Nueva Visión, Buenos Aires, Argentina
- Laplanche, J., Pontalis, J.B.** (1971) *Diccionario de psicoanálisis*, Editorial Labor. Barcelona, España.
- Marina, J. A.** (2002) *El rompecabezas de la sexualidad*. Anagrama.
- Rodriguez, Jr M.O.** (1991) *Objetos do desejo*. Iglu.
- (1991). *Sexualidad y matrimonio en América hispánica*. Grijalbo.
- Trias, E.** (1988) *Tratado de pasión*. Amondadori.

Iván Arango de Montis

SALUD SEXUAL

Uno de los aspectos fundamentales para la promoción de la salud sexual implica el reconocimiento de las características de ésta, tanto en su expresión individual como colectiva. Para tal propósito resulta pertinente la reproducción en éste espacio de los señalamientos propuestos por el Consejo de información Sexual y Educación de Estados Unidos (SIECUS*, por sus siglas en inglés)¹ sobre Comportamientos de Vida del Adulto, señalamientos que la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS)² suscriben en su publicación para promover la salud sexual.

Una persona adulta sexualmente sana:

- Valora su propio cuerpo.
- Busca información sobre la reproducción según sea necesario.
- Afirma que el desarrollo del ser humano comprende el desarrollo sexual, el cual puede o no incluir la reproducción o la experiencia sexual genital.
- Interactúa con ambos géneros de una manera respetuosa y adecuada.
- Afirma su orientación sexual y respeta la orientación sexual de los demás.
- Expresa su amor e intimidad en forma apropiada.
- Establece y mantiene relaciones significativas.
- Evita toda relación basada en la explotación y la manipulación.
- Toma decisiones con conocimiento de causa respecto a opciones de familia y estilos de vida.
- Muestra destrezas que mejoran las relaciones personales.
- Se identifica y vive de acuerdo con sus propios valores.
- Es responsable de sus propios actos.
- Practica la toma de decisiones eficaz.
- Se comunica de manera eficaz con su familia, sus compañeros y su pareja.
- Disfruta y expresa su sexualidad durante el transcurso de su vida.
- Expresa su sexualidad de manera congruente con sus propios valores.
- Es capaz de reconocer los comportamientos sexuales que realzan la vida y los que son perjudiciales para sí mismo o para los demás.
- Expresa su sexualidad a la vez que respeta los derechos de los demás.
- Busca información nueva que le permita mejorar su sexualidad.
- Utiliza métodos anticonceptivos de manera eficaz a fin de evitar embarazos no

deseados.

- Evita el abuso sexual.
- Busca atención prenatal oportuna.
- Evita contraer o transmitir infecciones de transmisión sexual, entre otras el VIH.
- Practica comportamientos que promueven la salud, tales como reconocimientos médicos regulares, autoexámenes de los testículos o de los senos, e identificación oportuna de posibles problemas.
- Muestra tolerancia hacia personas con diferentes valores y modos de vida sexuales;
- Ejerce sus responsabilidades democráticas a objeto de tener influencia en la legislación relativa a los asuntos sexuales.
- Evalúa la repercusión de los mensajes familiares, culturales, religiosos, de los medios de comunicación y de la sociedad en los pensamientos, sentimientos, valores y comportamientos personales relacionados con la sexualidad.
- Promueve los derechos de todas las personas a tener acceso a información fidedigna acerca de la sexualidad.
- Evita los comportamientos que conllevan prejuicio e intolerancia.
- Rechaza los estereotipos respecto de la sexualidad de las diversas poblaciones.

La salud sexual puede identificarse igualmente en el plano de la sociedad. En un consenso sobre estrategias para la promoción a la salud sexual, la organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) un grupo de expertos identificó Características de una Sociedad Sexualmente Sana.

Las sociedades que protegen y dan prioridad a la salud sexual de sus miembros muestran las siguientes características:

- **Compromiso político.** El Estado reconoce que la salud sexual es un derecho fundamental del ser humano y se hace responsable de la promoción de la salud sexual.
- **Políticas explícitas.** Las instituciones sociales, entre ellas las entidades gubernamentales, formulan, desarrollan y ponen en práctica políticas públicas que comprenden instrucciones claras y precisas destinadas a la protección y promoción de la salud sexual como derecho humano fundamental.
- **Legislación.** Para la promoción de la salud sexual es indispensable que haya leyes vigentes destinadas a proteger los derechos sexuales. Es fundamental contar con leyes que protejan de la explotación a las personas vulnerables (por ej., prohibición de la prostitución infantil); reconocer los derechos de todas las personas a la integridad del cuerpo (por ej., protección contra la mutilación genital); proteger a las minorías sexuales para que se respeten sus derechos humanos tan fundamentales como educación, salud y empleo (por ej., legislación contra la discriminación); y promover la igualdad en todas las dimensiones sexuales (por ej. Legislación relativa a la igualdad de oportunidades).
- **Buena educación.** Un elemento necesario de una sociedad sexualmente sana es el acceso universal a la educación sexual integral acorde con la edad, a todo lo largo de la vida.
- **Infraestructura suficiente.** A objeto de garantizar el acceso de las personas a los

servicios, es necesario contar con una infraestructura de profesionales y paraprofesionales especializados en la resolución de problemas e inquietudes de índole sexual. Esto incluye ofrecer a los profesionales programas de especialización en salud sexual.

- **Investigación.** Una sociedad comprometida con la salud sexual de los miembros que la integran apoya las investigaciones adecuadas y concretas destinadas a abordar las inquietudes clínicas, educativas y de salud pública. Esto abarca la investigación relativa a las inquietudes emergentes (por ej., nuevas infecciones) y la vigilancia para estimar la extensión y tendencias de condiciones que afectan la salud y que pueden ser prevenidas (por ej., tasas de relaciones sexuales peligrosas en poblaciones de alto riesgo, tasa de violencia sexual, prevalencia de disfunciones sexuales, etc.).
- **Vigilancia adecuada.** La vigilancia es necesaria para supervisar los indicadores biomédicos y de comportamiento que miden las inquietudes y los problemas de salud sexual.
- **Cultura.** Es necesario lograr una cultura de apertura hacia la salud sexual que a la vez asigne a ésta la prioridad que le corresponde. Algunos indicadores tales como calidad de la información suministrada por los medios sobre las inquietudes relativas a la salud sexual, y el grado en que pueden promoverse abiertamente los mensajes sobre salud pública atinentes a las graves amenazas a la salud sexual, pueden servir para medir la cultura.

Con el propósito de ahondar en la información pertinente a las posibilidades del placer nos damos a la tarea en éste capítulo de revisar algunos temas relacionados a la capacidad para disfrutar y expresar la sexualidad durante el transcurso de la vida.

Para tal propósito es importante resaltar la necesidad del autoconocimiento del cuerpo. Tanto en hombres como en mujeres, la posibilidad de experimentar placer pasan primero por el reconocimiento de las posibilidades eróticas individuales. Quien no conoce su cuerpo tiene menos posibilidades de solicitar y procurarse una experiencia placentera.

MASTURBACIÓN

La masturbación se refiere a cuando una persona toca sus propios órganos sexuales para procurarse placer. Esta práctica ha sido nombrada con un sinnúmero de términos en diferentes culturas, también se le conoce como autoerotismo, sexo en solitario o auto-amor. Ya en el primer capítulo de ésta obra se señalaron algunos aspectos de la evolución del trato que ésta práctica ha recibido en la cultura occidental y las restricciones a las que ha estado sometida.

En otros países se han reportado frecuencias de masturbación entre el 48% y el 95% de la población general e independientemente de las culturas se ha podido evidenciar ésta práctica en todas las sociedades.

En contraposición a algunas creencias, la masturbación no provoca daño, no provoca crecimiento de pelo en la mano, ni ceguera, ni pérdida de las facultades mentales ni acaba con el “exceso de energía del cuerpo”. Algunas personas sí mencionan dificultades para

permitirse el autoerotismo, fundamentalmente, éstas dificultades se relacionan con estilos de educación (predominantemente religiosa) erotofóbica y sexualmente restrictiva. De cualquier manera el fenómeno de la masturbación sirve para evidenciar como la sexualidad atraviesa la experiencia humana de muchas maneras, la masturbación se vuelve hasta un acto político en la medida en la que permite el goce sexual sin motivos reproductivos, de alguna manera, con la masturbación se ejerce la autodeterminación y el empoderamiento, se relaciona con la libre elección y el derecho a decidir, se vincula con el tema de la planificación familiar y no por nada en la administración del presidente Bill Clinton, en EUA cesó de su cargo a la secretaria de salud por pronunciarse a favor del reconocimiento de la masturbación como práctica saludable; con todo y a pesar de que la comunidad médica norteamericana reconoció a la masturbación como una práctica normal desde 1972.

Las personas se masturban por distintas razones: para experimentar placer, para liberar tensión sexual, para liberar el estrés, para tener una experiencia sexual cuando la pareja no quiere o no está disponible para tener un encuentro sexual, para relajarse, para aprender qué es lo que les hace sentir bien y la forma en la que les gusta ser estimulados para el propósito del placer, para hacer el amor con uno mismo y en definitivas cuentas, porque les da la gana, porque no es una conducta propia del ser humano, porque forma parte de la evolución de la conducta de los mamíferos desde hace millones de años.

En un estudio para evaluar la presencia de disfunciones sexuales en la población del área metropolitana del Distrito Federal se ha reportado que entre el 14.9% y el 15.4% población femenina y entre el 88% y el 96% de los hombres han practicado la masturbación.³

De cualquier manera, siguen existiendo mitos que requieren mención específica porque son creencias infundadas en la ciencia médica o social:

- La creencia de solamente las personas que no pueden encontrar parejas sexuales o que son socialmente inadaptados son los que se masturban.
- La masturbación provoca problemas físicos como deterioro mental o crecimiento de pelo en las manos.
- La masturbación incapacita a las personas para tener relaciones sexuales con una pareja.
- Los hombres se quedan sin semen o sin espermatozoides si se masturban excesivamente.
- Las otras personas, incluyendo la pareja o los médicos se pueden dar cuenta si un individuo se ha masturbado.

De hecho, la práctica de la masturbación ha sido asociada con efectos beneficiosos para la salud física y mental:⁴

- La masturbación puede aliviar la tensión premenstrual en algunas mujeres.
- La masturbación le procura a las personas una descarga sexual saludable para las personas que eligen abstenerse de tener relaciones coitales con pareja o que no tienen a su pareja disponible.
- La masturbación es una actividad sexual segura que sirve para la prevención de embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual, incluyendo el VIH.

- La masturbación le permite la experiencia del placer sexual a las personas que no se encuentran listas para la penetración vaginal, anal o para el sexo oral.
- La masturbación aumenta el flujo sanguíneo a la región genital, proceso fisiológico que favorece la integración de la respuesta sexual.
- La masturbación induce el sueño.
- La masturbación sirve a las personas para familiarizarse y sentirse cómodo con su propio cuerpo.
- La masturbación es recomendada como técnica terapéutica para el tratamiento de las disfunciones sexuales.
- A las mujeres, masturbarse puede ayudarles a aprender cómo tener un orgasmo, si es que así lo quieren.
- A los hombres, masturbarse les puede ayudar a aprender a aumentar el control eyaculatorio como parte del manejo de la eyaculación rápida o retardada.
- La masturbación puede ayudar a aliviar el estrés.

Algunas personas se preguntan sobre el número de veces o la cantidad normal de veces que una persona puede masturbarse. Cada individuo habrá de decidir por sí mismo, sin embargo en el campo de la salud mental existe el acuerdo de que la masturbación no deteriora la salud ni física ni mental, a menos de que represente un síntoma de algún trastorno del espectro obsesivo-compulsivo (TOC), como la masturbación compulsiva, ya tratada en ésta obra y que se trata de una condición en la que la actividad masturbatoria interfiere con el funcionamiento cotidiano en la dimensión profesional, social, en las responsabilidades, en las relaciones interpersonales y sobre todo, que se acompaña en el individuo de la sensación de no poder controlar la conducta, condición que le genera malestar al individuo. Solo en esos casos la conducta masturbatoria es motivo de atención clínica, casos en los que el objetivo de ninguna manera incluye la patologización de la conducta sino del descubrimiento de las causas que llevan al individuo a restringir su gratificación sexual casi exclusivamente a la masturbación.

POSICIONES SEXUALES⁵

Posicion cara a cara con el hombre encima

Esta posición es conocida en el mundo de habla hispana como posición del “misionero”, incluso es tan popular que se le nombra como la posición “normal” para tener las relaciones sexuales (figura 4-1).

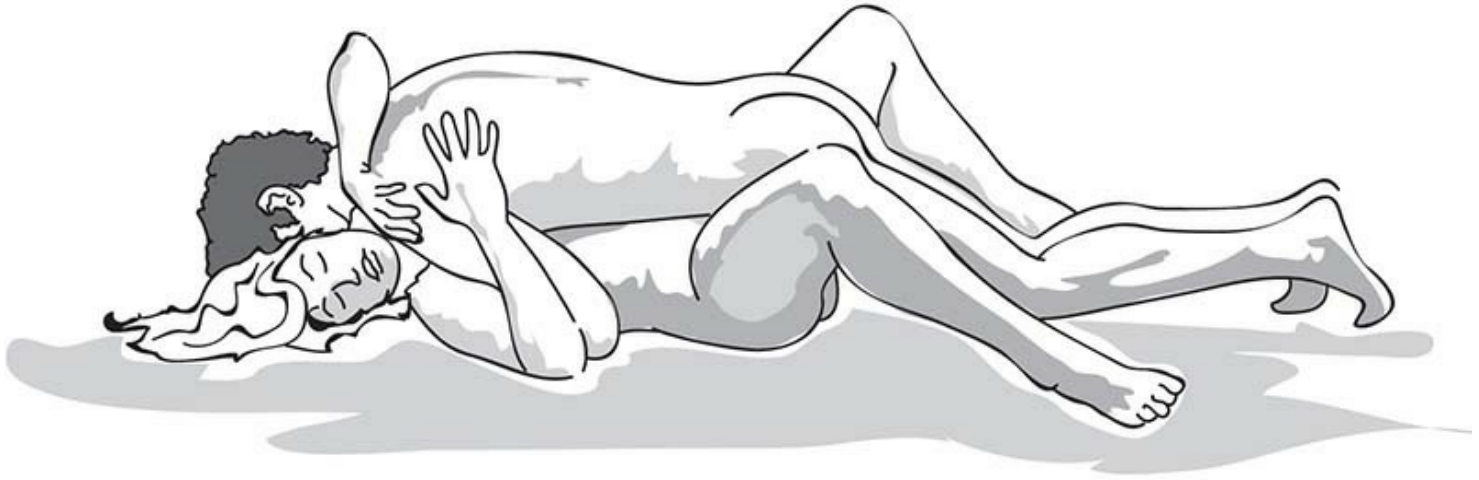


Figura 4–1. Posición cara a cara con el hombre encima. (Reproducida con permiso de McCary: Sexualidad humana, 5ª ed. D.R. © 1996. Cortesía de Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.)

En ésta posición el contacto del pene y la vagina se alcanza con facilidad en tanto la mujer se reclina sobre su espalda, separa las piernas y dobla las rodillas. Si ella desea una penetración más profunda, puede colocar un cojín bajo sus nalgas para favorecer la movilidad. En ésta posición la mujer puede guiar el pene hacia la vagina para facilitar la penetración. La mujer puede cerrar sus piernas después de la penetración para aumentar la fricción con el pene del compañero. El hombre puede apoyarse en los codos y rodillas para evitar el depositar todo el peso de su cuerpo sobre su compañera. Es importante que él trate de mantener contacto con el clítoris por medio de la aplicación de presión sobre la vulva de ella. Esta maniobra permite lo que se conoce como “emparedamiento” del clítoris entre el cuerpo de ella y el cuerpo de él, favoreciendo así la estimulación clitorídea (presión y contrapresión) constante en tanto el y ella se mueven simultáneamente en la misma dirección, es decir, sin despegarse (figura 4-2). La técnica de la “alineación coital” descansa sobre la maniobra recién descrita.⁶

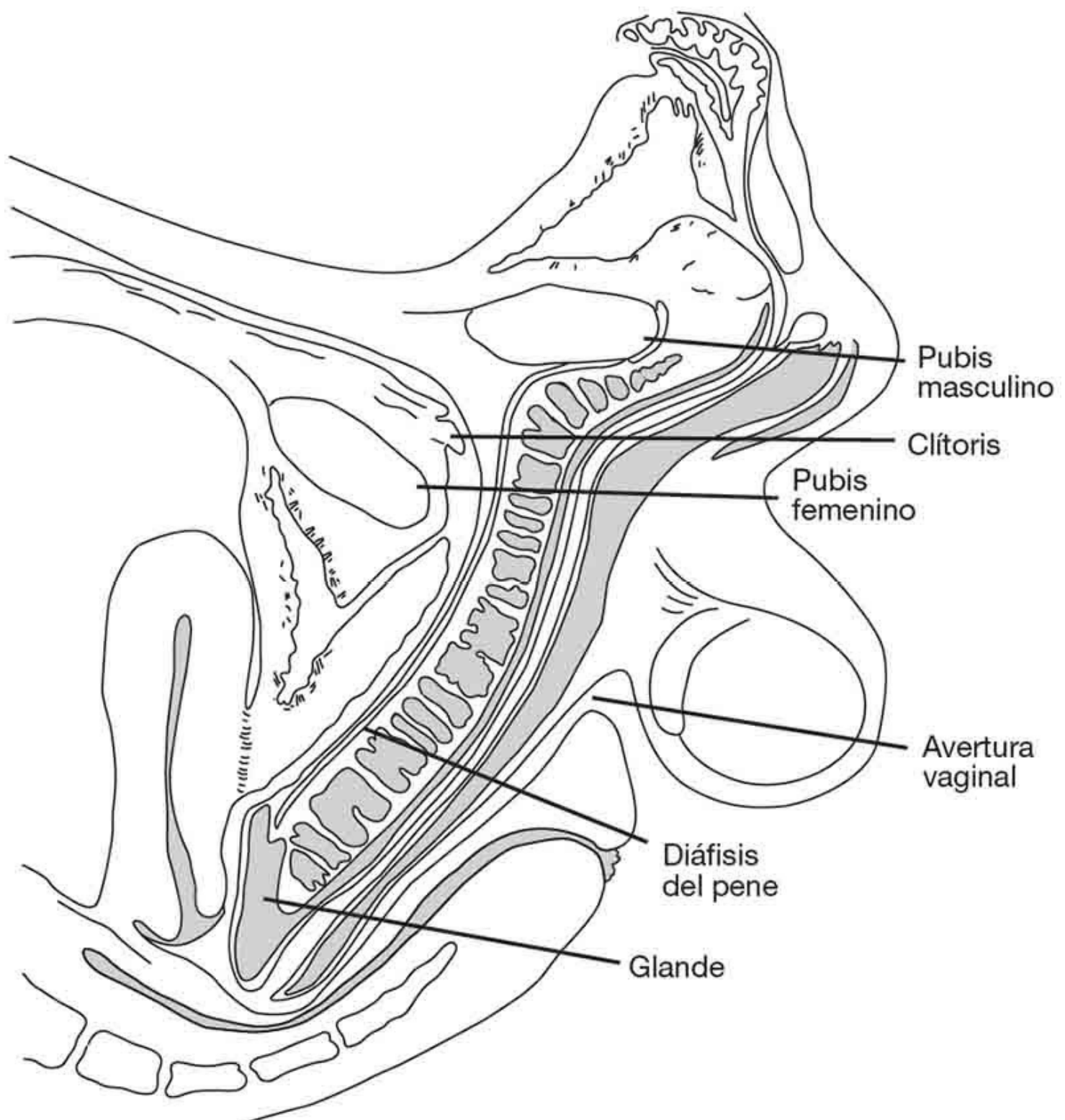


Figura 4-2. Compresión clitoridea con la penetración en posición cara a cara.
(Reproducida con permiso de McCary: Sexualidad humana, 5ª ed. D.R. © 1996. Cortesía de Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.)

En ésta posición el hombre puede mantener la penetración después de la eyaculación hasta que los mecanismos fisiológicos de la fase de relajación terminen con la erección por completo.

Posicion cara a cara con la mujer encima

En esta posición la penetración se alcanza cuando la mujer se coloca en cuclillas sobre el cuerpo de su pareja y guía el pene hacia la entrada de su vagina. Como en cualquier otra posición coital se pueden dar variaciones según la creatividad y necesidad de ambos, el hombre puede apoyarse sobre los codos o aproximar las rodillas para que su compañera descansa en ellas.

La posición cara a cara con la mujer encima permite que la mujer tenga mayor control y libertad para expresar su sexualidad, permite el máximo de penetración y ella puede regular la profundidad de la misma así como facilita la posibilidad de que ella se autoestime el clítoris ya sea manualmente o con ayuda de un vibrador mientras es penetrada. La Fricción sobre el clítoris es más intensa y el hombre puede concentrarse en sus sensaciones preorgásmicas con mayor tranquilidad en la medida en la que al no tener que sostener su cuerpo para evitar depositarlo sobre su pareja puede permitirse la relajación con menos presión (figura 4-3).

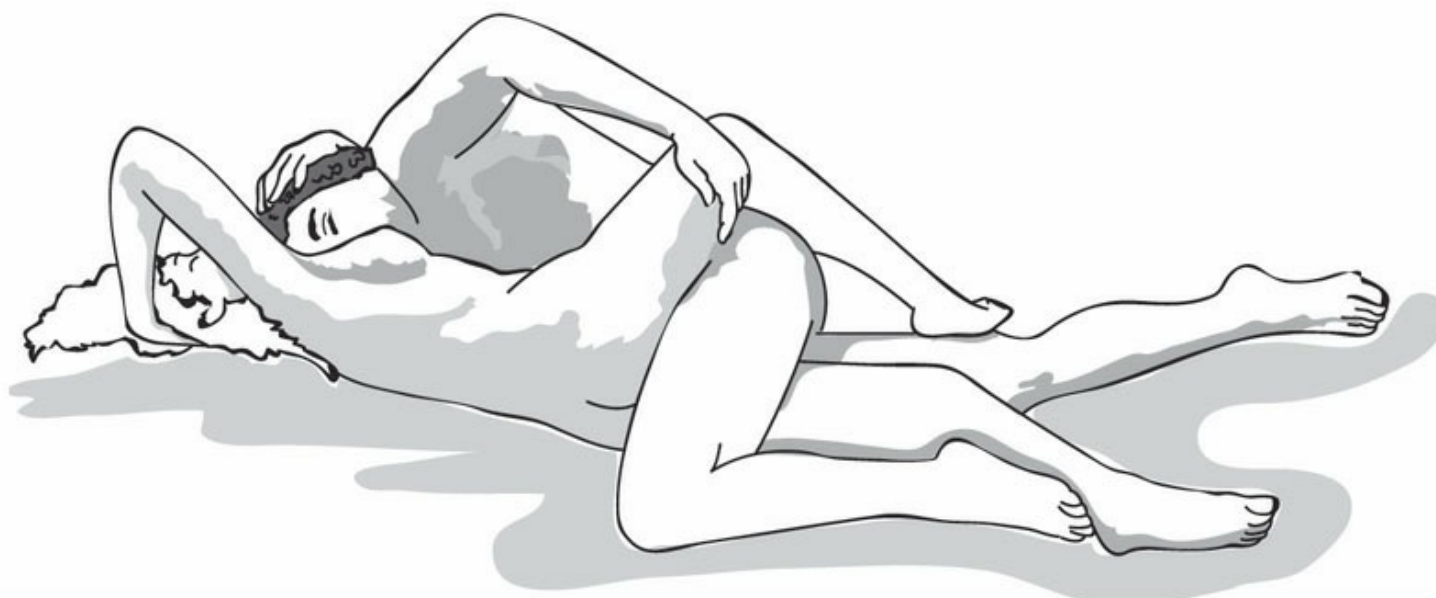


Figura 4–3. Penetración cara a cara con la mujer encima. (Reproducida con permiso de McCary: Sexualidad humana, 5ª ed. D.R. © 1996. Cortesía de Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.)

Posicion lateral cara a cara

Esta es una de las posiciones en las que ambos miembros de la pareja pueden acomodarse de manera más descansada. Ambos pueden moverse con facilidad y pueden adoptar ésta posición después de haber iniciado el coito en otra. La mujer eleva una de sus piernas para permitirle la entrada a su compañero (figura 4-4). Esta posición es especialmente recomendable cuando existen condiciones como cansancio, obesidad o alguna enfermedad o durante los últimos meses del embarazo. Sin embargo algunas parejas refieren que en ésta posición los movimientos pueden verse limitados por las restricciones de las partes del cuerpo sobre las cuales descansa el peso.

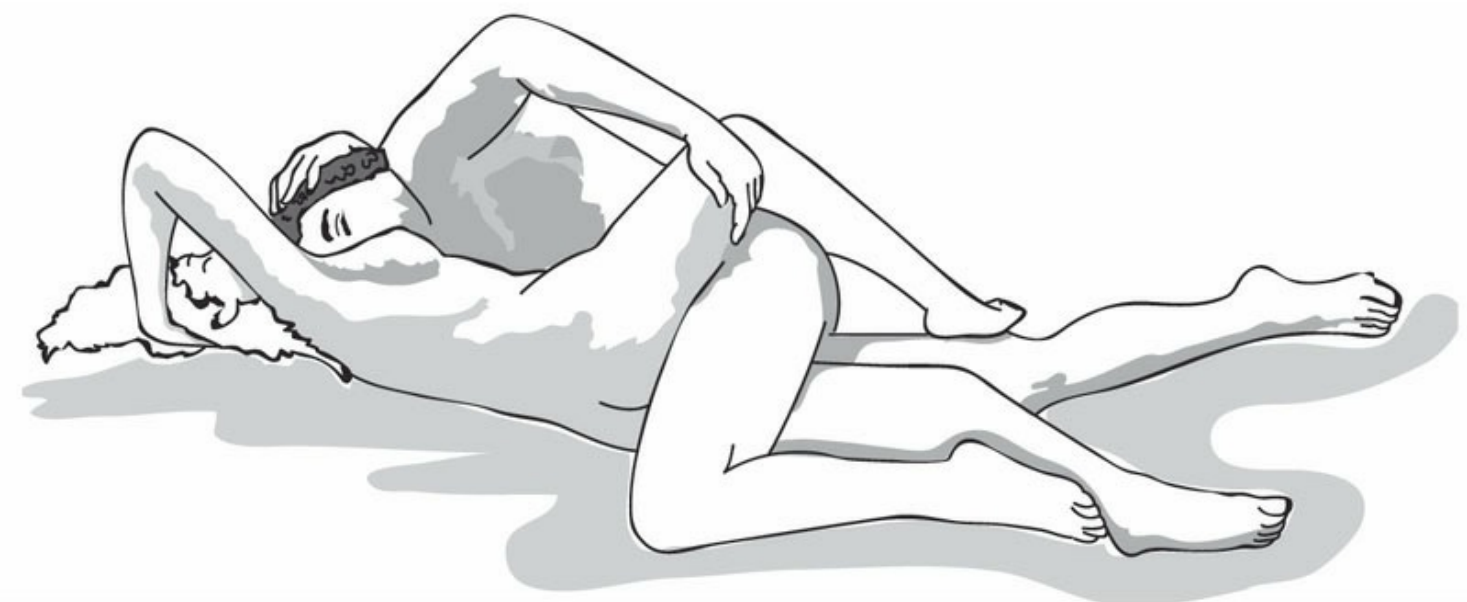


Figura 4–4. Penetración en posición lateral cara a cara. (Reproducida con permiso de McCary: Sexualidad humana, 5ª ed. D.R. © 1996. Cortesía de Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.)

Posicion de penetracion por detrás

Ambos miembros de la pareja se acuestan sobre uno de sus costados, la espalda de la mujer contra el pecho de su pareja. La penetración por detrás en posición sedente implica que el hombre se sienta en el borde de la cama o de alguna superficie y la mujer se monte sobre él. Otra variante es la versión genupectoral de la penetración por detrás, la mujer descansa sus brazos y su cabeza sobre una almohada o sobre la cama, de manera simultánea su pareja presiona su pene contra las nalgas de ella para poder realizar la penetración vaginal por atrás de ella (figura 4-5).



Figura 4–5. Penetración por detrás. (Reproducida con permiso de McCary: Sexualidad humana, 5ª ed. D.R. © 1996. Cortesía de Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.)

Otras posiciones

La posibilidad de generar variantes de las distintas posiciones depende tanto de la creatividad, de la disposición, del acuerdo mutuo, de las destrezas y posibilidades físicas de ambos miembros de la pareja (tanto en parejas heterosexuales como homosexuales) (figura 4-6). En distintas culturas se han desarrollado propuestas y variantes de cómo colocarse a la hora de tener una relación sexual. Sin embargo es importante mencionar que la variabilidad en la forma en la que se colocan ambos miembros de la pareja no solamente implica la disposición del cuerpo sino de las implicaciones y representaciones mentales y psicológicas que cada posición coital puede generar. De ahí la insistencia en la necesidad del acuerdo y de la comunicación erótica eficaz.



Figura 4-6. Variaciones de las posiciones coitales. (Reproducida con permiso de McCary: Sexualidad humana, 5ª ed. D.R. © 1996. Cortesía de Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.)

PUNTO G, ORGASMO Y EYACULACION FEMENINA¹⁷

Más allá de que la experiencia orgásmica implica un fenómeno convergente de integración neuronal en áreas corticales de asociación. La variabilidad en la calidad de la experiencia está documentada.

Se menciona que hay muchas mujeres que no encajan en las descripciones clásicas de la respuesta sexual femenina; es decir, mujeres que experimentan placer sexual, orgasmos y en algunos casos la expulsión de un fluido por medio de la estimulación vaginal y no exclusivamente por medio de la estimulación clitoridea. Este hallazgo llevó a investigadores al redescubrimiento de un área sexualmente sensitiva que ya había sido

descrita en el siglo XVII por el ginecólogo danés Regnier de Graaf, descrita nuevamente por Ernest Grafenberg en 1950 y conocido popularmente en la actualidad como el punto G.

Anatómicamente el punto G no forma parte de la vagina sino de la uretra, corresponde a la próstata femenina de localización parauretral y cuyo peso es de aproximadamente 2 gramos.⁸ Este tejido puede ser estimulado por los movimientos del pene o digitalmente; cuando se estimula se percibe el aumento del volumen de una zona de pocos centímetros en la pared anterior de la vagina.

Masters y Johnson, y posteriormente Hellen Kaplan habían reportado la existencia de una sola vía refleja en la respuesta sexual. En las mujeres, se reporta al clítoris como la fuente de mayor estimulación sensorial y se ha documentado que el nervio pudendo es su vía sensitiva fundamental.

Sin embargo, Perry y Whipple describieron una segunda vía refleja que incluye al punto G como otra fuente de estimulación sensorial. Documentaron que la vía neural del punto G es por medio del nervio pélvico y el plexo hipogástrico. La respuesta miotónica resultante de la estimulación del punto G involucra a la musculatura del útero, de la vejiga, de elementos contráctiles asociados con las glándulas parauretrales y la porción proximal del músculo pubococcígeo. Los investigadores plantean que el concepto de este doble reflejo puede explicar la habilidad de algunas mujeres para referir la experiencia orgásmica como eventos selectivamente “vulvares, uterinos o combinados”.

Experimentos realizados en ratas documentan que el nervio pélvico lleva aferencias de la vagina y eferencias hacia el músculo pubococcígeo. Lo que sugiere que la estimulación vaginal puede producir contracciones del músculo pubococcígeo e indica la posibilidad de una vía refleja (aferente y eferente) por medio de la cual la estimulación vaginal puede producir la respuesta orgásmica.

La eyaculación femenina se refiere a la expulsión de líquido por la uretra. Se menciona que muchas mujeres se han sometido a intervenciones quirúrgicas para corregir este fenómeno y hay reportes de mujeres que se proponen dejar de tener orgasmos para no “mojar la cama”. Se ha reportado que el volumen expulsado puede llegar a ser de 3 ml aproximadamente. El análisis químico del líquido reporta diferencias significativas con la composición química de la orina.

Hay estudios que por medio de radioinmunoensayo encuentran diferencias significativas en la concentración de antígeno prostático específico (PSA) entre especímenes de orina preorgásmicos y postorgásmicos, que sugieren la conformación prostática de la emisión eyaculatoria.

En algunas mujeres la estimulación del punto G, los orgasmos y la eyaculación femenina están relacionados; sin embargo pueden no estarlo. Así mismo hay reportes de eyaculación femenina con estimulación clitoridea y eyaculaciones sin orgasmo .

La localización del punto G ha sido tema de controversia, la variabilidad individual hace del proceso de búsqueda una aventura individual. Se localiza entre 3 y 5 cm. dentro de la vagina, en la pared anterior, y consiste en un tejido suave que se hincha al ser estimulado. Puede ser estimulado por la mujer o por su pareja con el dedo, con el pene o con algún objeto (dildos o vibradores) (figura 4-7).

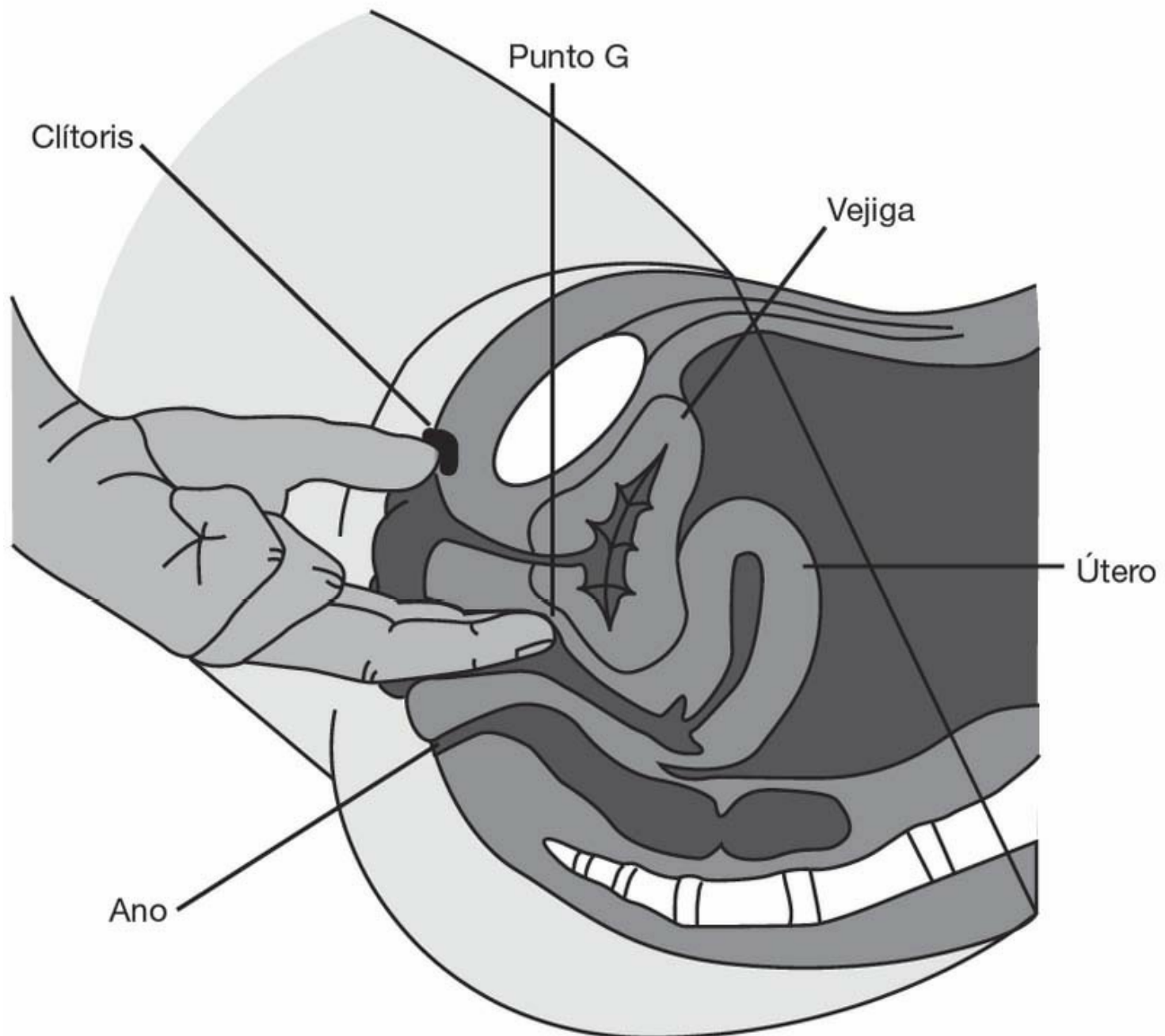


Figura 4–7. Exploración digital del punto G. (Tomada de: Byer/Shainberg/Galliano *Dimensions of Human Sexuality*, 5a Copyright 1999. The McGraw-Hill Companies, Inc.)

Punto G y adaptabilidad

La descripción y caracterización del punto G plantean la pregunta de que si ésta estructura tiene por finalidad exclusiva el procurar placer o si su existencia supone un significado adaptativo para la especie.

Retomando el peso de las extrapolaciones filogenéticas hay que recurrir a estudios en animales; investigaciones en ratas muestran que la estimulación mecánica de la vagina produce un efecto que bloquea el dolor. Estudios en mujeres muestran que la autoestimulación de la pared anterior de la vagina produce una elevación significativa en el

umbral del dolor pero no en los umbrales táctiles. El efecto analgésico resulta de la presión y la autoestimulación placentera aplicada en la pared anterior de la vagina, efecto que no se ha observado con la estimulación aplicada a otras regiones genitales.

Durante el parto se documenta un efecto analgésico, observación que ha llevado a investigadores a plantearse la idea de que el parto sería más doloroso sin este mecanismo natural para bloquear el dolor, mecanismo que se ve activado cuando los nervios pélvicos e hipogástricos son estimulados por la dilatación cervical y por la presión ejercida en la vagina al paso del producto. Sin embargo la confirmación de ésta hipótesis requiere de la demostración científica que hasta la fecha no se reporta.

REFERENCIAS

1. Making the Connection. Sexuality and Reproductive Health: Life Behaviors of a Sexually Healthy Adult: <http://www.siecus.com/pubs/cnct/cnct0002.html>
2. Promoción de la salud sexual recomendaciones para la acción. (2000) OPS/OMS pp. 19-20.
3. **Sánchez Bravo, C.** (2005) *Disfunciones sexuales femeninas y masculinas: una comparación de género en una muestra de la ciudad de México*. Salud mental. 28(4): 74-80.
4. Masturbation-From Stigma to Sexual Health. The White Paper, Planned Parenthood Federation of America (2002). <http://www.plannedparenthood.org>.
5. **McCary, J.** (1996) Sexualidad Humana de McCary. Editorial El Manual Moderno S. A. de C. V. Mexico D.F. pp. 165-174.
6. **Eichel EW, Eichel JD, Kule S.** (1988) "The technique of coital alignment and its relation to female orgasmic response and simultaneous orgasm." J Sex Marital Ther. Summer 14(2):129-41.
7. **Whipple, B.** (1999) "Beyond the G spot: Recent research on female sexuality". Psychiatric Annals. 29:1/January. pp. 34-37.
8. **Huffman, JW.** (1948) The detailed anatomy of the paraurethral ducts in the adult human female. Am J Obstet Gynecol 55:86-101.

Síndromes clínicos que alteran el funcionamiento sexual (disfunciones sexuales)

Claudia Wally Rampazzo Bonaldo

DESEO HIPOACTIVO. SÍNDROME DE DESEO SEXUAL HIPOACTIVO O DESEO SEXUAL INHIBIDO

INTRODUCCIÓN

Las personas con deseo sexual hipoactivo o disminuido no son atraídas por la posibilidad de tener contacto sexual alguno, su impulso sexual es bajo y muchas de ellas no tienen fantasías de contenido erótico o sexual.¹

Es probable que cada persona defina el deseo sexual de diferente manera; sin embargo, a lo largo de los años, diferentes estudiosos del tema se han encargado de reconocer los elementos que lo constituyen y que deben ser explorados en cada persona que refiera alguna queja con respecto a su impulso sexual. En base a lo descrito por múltiples investigadores, sabemos que el deseo sexual se manifiesta y puede ser evaluado a través de uno o varios de los siguientes elementos: pensamientos y fantasías eróticas, actividad autoerótica (masturbación), así como búsqueda y ejercicio de la actividad sexual en pareja.²

Levine³ indicó que el deseo sexual está constituido por tres elementos moderadamente independientes: impulso, motivo y anhelo. El impulso (*drive*) representa la base biofisiológica del deseo sexual, el motivo (*motive*) se refiere a su articulación psicológica y el anhelo (*wish*) a su representación sociocultural.

Kaplan⁴ lo describe como un impulso hacia la actividad sexual generado por estímulos internos y externos, el cual incluye fantasías, pensamientos y receptividad para la actividad sexual e involucra una raíz biológica (hormonas) y una emocional (intimidad, placer y aspectos de relación).

Kaplan también concibe al deseo sexual como un *continuum* de seis niveles:

- 1) hiperactivo,
- 2) alto-normal,
- 3) bajo-normal,
- 4) hipoactivo medio,
- 5) hipoactivo severo y
- 6) trastorno de aversión o fobia sexual.

Si bien la frecuencia de actividad sexual es sólo una de las manifestaciones del deseo sexual, desde el punto de vista histórico se han realizado diversos esfuerzos por establecer

la definición de “deseo sexual hipoactivo” (DSH) en base a la cuantificación de los encuentros sexuales en la vida de las personas, hasta que Schiavi y su equipo de investigación,⁵ aceptaron que “menos de una relación sexual cada dos semanas, en personas de 55 años o menores”, puede ser un parámetro de deseo sexual hipoactivo.⁶

En el pasado, el impulso sexual llegó a ser considerado como una fuerza demoníaca en las primeras sectas cristianas; el **motivo** —componente del deseo sexual— consistía en la evitación de toda experiencia subjetiva de deseo, en tanto que el **anhelo** se convertía en la aspiración de ser virtuoso.

En la actualidad, desde el punto de vista amplio de criterios de salud sexual, se considera que un objetivo evidente de la educación afectivo-sexual de las personas consiste en facilitar la posibilidad de que cada individuo logre reconocer su impulso sexual, integrar los motivos para la actividad sexual en el conjunto de su personalidad con una perspectiva de futuro, así como valorar desde una perspectiva crítica los anhelos o aspiraciones eróticos respecto a su propia identidad, de una manera auténtica, personal, sin tergiversaciones, que responda de modo genuino a sus propias necesidades y no a otras inducidas externamente.⁷ La literatura clínica respecto a los trastornos sexuales describe dificultades respecto a la intensidad tanto por exceso como por defecto, siendo el deseo sexual inhibido uno de los temas más estudiados en la actualidad.

El juicio de deficiencia o ausencia debe ser efectuado por el clínico, teniendo en cuenta factores que, como la edad, el género y el contexto de vida del individuo, impactan en su actividad sexual.

DEFINICIÓN

Según el *Diccionario de la Lengua Española*,⁸ “deseo” (del latín *desidium*) significa “movimiento afectivo hacia algo que se apetece, acción y efecto de desear, impulso, excitación venérea”, “sexual” (del latín *sexualis*) alude a “perteneciente o relativo al sexo” e “hipoactivo” (del latín *activus*) o “inhibido” significa “reprimido o disminuido”.

Según el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*,⁹ el DSH forma parte de los trastornos sexuales, lo clasifica entre los trastornos del deseo sexual y lo define como la disminución (o ausencia) de fantasías y deseos de actividad sexual de forma persistente o recurrente.

El DSH provoca malestar acusado o dificultades de relación interpersonal y no se explica mejor por la presencia de otro trastorno (excepto alguna otra disfunción sexual) ni es el resultado de los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o enfermedad fisiológica.

La persona con síndrome de deseo sexual hipoactivo, refiere poco o nulo interés sexual y fracasa en comenzar o responder al deseo de su pareja de tener actividad sexual.

Con respecto a este tema, en el *Segundo Consenso Internacional de Medicina Sexual*, llevado a cabo en París, Francia¹⁰ se estableció que las mujeres tienen diversos incentivos y razones para tener actividad sexual: el deseo puede ser experimentado una vez que el estímulo sexual ha disparado la excitación. El deseo y la excitación pueden coexistir y reforzarse mutuamente, de modo que el DSH se define como la ausencia o disminución de los sentimientos de interés o deseo sexual, carencia de pensamientos o fantasías sexuales,

así como de respuesta y receptividad al estímulo. La falta de interés sexual es mayor a la que se presenta de manera normal durante el ciclo vital o cuando la relación de pareja lleva algún tiempo considerable. Las motivaciones (razones o incentivos) para llegar a excitarse en sentido sexual son escasas o nulas.

La definición de DSH del DSM-IV-TR se centra en el deseo sexual en el principio y entre experiencias eróticas, una ausencia que es bien conocida aún en mujeres sexualmente sanas. También se enfoca en los pensamientos sexuales, cuya baja frecuencia ha sido descrita incluso en estas mujeres y en estudios representativos de diversas naciones. La definición del DSM-IV-TR, también se centra en las fantasías eróticas, aunque las mujeres con frecuencia las utilizan de manera deliberada para mantenerse concentradas en la estimulación sexual, más que el hecho de que las fantasías sean una representación de deseo sexual.¹¹

CLASIFICACIÓN

El DSH se clasifica según los criterios de **temporalidad** (que se refiere al momento en el que la disfunción apareció en la vida de la persona) en primario —cuando la persona nunca ha sentido interés o deseo sexual a lo largo de su vida— y secundario —si el individuo tenía deseo e interés sexuales, pero ya no los tiene o han disminuido desde hace un tiempo determinado—, así como de **situacionalidad** (las circunstancias que lo caracterizan) en global —deseo ausente o disminuido en cualquier circunstancia y con cualquier pareja—, selectivo —en una situación o con una persona en específico— o parcial —el deseo sexual del individuo sólo se hace manifiesto para que la persona se autoerotice, en ausencia de pareja—. En cuanto a su **gravedad**, el DSH se clasifica como leve, moderado o severo.¹²

Con mucha frecuencia, el clínico deberá diferenciar el DSH de la discronaxia o falta de sincronía de deseo sexual entre los miembros de la pareja o bien del hecho de que uno de ellos presente un deseo sexual alto-normal y el otro un deseo sexual bajo-normal, combinación que surge con frecuencia en la consulta y a menudo es confundida con DSH pero que, si bien requiere ciertas intervenciones, no es considerada una disfunción sexual.

El hecho de que el DSH sea clasificado en cuanto al momento de aparición en primario o secundario y, en términos de situacionalidad, en global, selectivo o parcial, permite al clínico orientar la investigación de manera correcta hacia las etiologías factibles más frecuentes, según cada caso específico. Así, un DSH secundario y selectivo, por ejemplo, quizá tenga su origen en una etiología vinculatoria, en tanto que un DSH primario y global tal vez remita a algún trastorno psiquiátrico u hormonal.

Es posible también encontrar pacientes que reúnan diversas morbilidades tanto vinculatorias como fisiológicas, las cuales requieran una valoración semiológica objetiva, profunda y libre de sesgo o prejuicio por parte del clínico, con el fin de no atribuir el DSH a la causa más llamativa u obvia. A modo de ejemplo, sería fácil atribuir la disminución significativa del deseo sexual en un varón joven en una relación de pareja con conflictos serios, sin evaluar sus niveles hormonales y pasar por alto y sin tratamiento anomalías comunes como la hiperprolactinemia o el hipotiroidismo, mismas que a menudo no presentan una sintomatología obvia.

EPIDEMIOLOGÍA

En base a las definiciones de DSH es fácil percatarse de que la prevalencia de esta disfunción sexual depende de los criterios diagnósticos utilizados para investigarla al entrevistar a los pacientes.

Como Basson refiere,¹³ las dificultades sexuales son muy prevalentes en las mujeres que buscan ayuda ginecológica rutinaria. En encuestas de población, entre 30 y 35% de las mujeres entre 18 y 70 años han tenido DSH durante los últimos 12 meses. Segraves¹⁴ refirió que en base a *The National Health and Social Life Survey*, la disfunción sexual más prevalente fue el DSH reportado por 33% de las mujeres estadounidenses entre 18 y 59 años de edad, seguido de los problemas en lograr el orgasmo y de los trastornos de lubricación vaginal.

Simons y Carey¹⁵ analizaron 52 estudios publicados entre 1990 y 2000, las muestras de la comunidad indicaron una prevalencia de 0 a 3% para el DSH en el varón, mientras que la prevalencia estimada en clínicas de atención primaria y atención sexológica, es característicamente más alta. Según Meuleman y van Lankveld,¹⁶ el DSH es mucho más prevalente en hombres que en mujeres y es confundido con disfunción eréctil con mucha frecuencia. Un estudio realizado en la población femenina sueca de entre 18 y 74 años mostró que 33% presentaron DSH pero sólo 43% de dicho porcentaje lo consideraba un problema.¹⁷ La prevalencia del DSH problemático ha sido encontrado con mayor frecuencia en muestras clínicas específicas: por ejemplo, un estudio realizado en EUA que incluyó a mujeres que acudían al médico general para una consulta ginecológica de rutina, mostró una prevalencia de DSH problemático de 67%.¹⁸

En los hallazgos publicados en 2006 por Dennerstein y colaboradores,¹⁹ las mujeres con menopausia quirúrgicas tienen un riesgo mayor que el resto, de presentar DSH asociado con disminución de la satisfacción en la relación de pareja y estados emocionales negativos. Según Heiman,²⁰ Laumann reportó en 1994 que 33.4% de las mujeres y 15.8% de los varones en EUA presentaban ausencia de interés sexual durante varios meses y más aún en el último año previo a la entrevista.

BASES BIOLÓGICAS Y PSICOLÓGICAS DEL DESEO SEXUAL

Recientemente, con base en estudios realizados con animales, ha surgido la idea que relaciona el deseo sexual con una expectativa de premio, misma que fluctúa dependiendo del nivel actual de recompensa recibida o experimentada.

Hormonas

Diversos estudios han mostrado que la testosterona es necesaria para la respuesta sexual adecuada en hombres y mujeres. En los varones, los testículos producen la mayoría de la testosterona circulante, ya que la hormona pituitaria (LH) estimula las células testiculares de Leydig para producirla; en las mujeres, los ovarios producen la mayoría de la

testosterona y la corteza suprarrenal produce otro andrógeno, la DHEA o su conjugado DHEAS (sulfato de dehidroepiandrosterona). La DHEAS es el precursor de todas las hormonas esteroides corporales naturales e influye en diversos procesos fisiológicos y constituyen el producto de secreción esteroídico más elevado de la glándula adrenal. Las concentraciones plasmáticas de DHEAS son entre 300 a 500 veces más altas que la propia concentración de DHEA y ésta, a su vez, presenta una concentración de 10 a 20 veces más alta que cualquier otro esteroide hormonal. La DHEA es una sustancia con un débil efecto androgénico y su concentración viene sometida a una clara variación circadiana. La DHEAS, por su parte, está estimulada por la corticotropina (ACTH) y su presencia a la estimulación disminuye a medida que avanza la edad de una manera progresiva presentando un pico cerca de los 25 años de edad para tener un enorme descenso hacia los 70 años.²¹

A pesar de la abundancia de DHEA y DHEAS, su función fisiológica aún no ha sido esclarecida. Su papel estrogénico o androgénico depende del balance homeostático en la secreción de hormonas sexuales. La DHEA y su metabolito 5-androstendiol (ADIOL) tienen un efecto androgénico y estrogénico en el tejido miometrial y en las células de cáncer de mama.²² En las mujeres posmenopáusicas, la administración de DHEA compite con las hormonas sexuales en su enlace con la globulina, además de que proporciona testosterona libre. Según Ebeling y Koivisto, la DHEA funciona como estrógeno y como andrógeno, y la diferencia en sus efectos depende de la concentración hormonal del medio. Así, en una mujer premenopáusica hay una alta concentración de estrógenos que contrarrestan el efecto androgénico de la DHEA, sin embargo, en la mujer posmenopáusica (al disminuir la concentración de estrógenos) la DHEA revierte su efecto y funciona como un estrógeno, con lo que evita el efecto del nuevo medio hormonal de predominio androgénico, momento en el que la DHEA actúa como un estrógeno y la protege de la patología cardiovascular.

En los adultos, la determinación sérica de testosterona es esencial en la evaluación de la disfunción eréctil y del deseo sexual hipoactivo; un 1% se encuentra en forma libre y activa, lo cual significa que está disponible para su uso inmediato por el cuerpo, de 11 a 59% está unido a albúmina y de 40 a 88% a la globulina de unión de hormonas esteroides. La testosterona disponible incluye la fracción libre y la unida a albúmina, además de que todas las fracciones hormonales disminuyen con la edad. Sin embargo, debido al incremento de la globulina de unión a hormonas esteroides durante el envejecimiento, el descenso de testosterona libre es más notable que el de la testosterona total. A los 80 años, la concentración promedio de la hormona es de cerca de 60% de la que se mide en individuos de 20 a 50 años. La disminución de la testosterona con el paso del tiempo involucra al eje entre hipotálamo-hipófisis-gónadas y otros factores.

En la edad avanzada el número de células de Leydig se reduce y altera, y las modificaciones en el eje contribuyen aún más a la disminución de la producción de testosterona. En hombres de edad avanzada no hay aumento de hormona luteinizante en respuesta al estado hipoandrogénico, lo cual genera hipogonadismo hipogonadotrófico. Otros elementos de influencia son factores genéticos, obesidad, dieta, estrés, depresión, patologías crónicas, enfermedad hepática crónica, apnea del sueño y artritis reumatoidea. Los glucocorticoides, el tabaquismo y el consumo de alcohol también inciden en la

concentración plasmática de testosterona. El descenso de la testosterona en sangre se acompaña de disfunción eréctil y DSH, cambios en el estado de ánimo, fatiga crónica, alteraciones del sueño, descenso de la fuerza muscular, cambios en la distribución de la grasa corporal, descenso de la densidad mineral ósea y regresión de las características sexuales secundarias, entre otros.²³

Los niveles normales de testosterona total son, para los varones, 7.9 ± 2.3 ng/dL o 274 ± 80 pmol/L, y en mujeres de 0.31 ± 0.07 ng/dL o 11 ± 2 pmol/L; aunque es conveniente verificar los niveles de testosterona libre y total. La literatura médica reitera en diferentes artículos que a menudo la testosterona y sus fracciones no son cuantificadas de manera adecuada. Para resultados óptimos, la testosterona total (TT) debe ser medida en la mañana de un “pool” de al menos tres muestras, por radioinmunoanálisis y suelen encontrarse niveles de menos de 7 nmol/L en apenas 5% de la población general. En personas mayores de 60 años el hipogonadismo varía entre 11 y 36%. La testosterona libre (FT) necesita diálisis del suero y los niveles menores de lo normal se encuentran en 17% de los pacientes mayores de 60 años. La testosterona biodisponible es la mejor fracción diagnóstica y los niveles por abajo de lo normal se encuentran en 57% de la población menor de 60 años. Esta última no es sólo la diferencia entre las testosteronas total y ligada a la globulina transportadora, de modo que se necesita un programa especial usado en el laboratorio para encontrar el resultado preciso. Así que, a pesar de ser la medición ideal, la determinación de la testosterona biodisponible necesita de un método aún inexistente en muchos laboratorios. Los rangos fisiológicos de testosterona (3 a 10 ng/mL) son más que suficientes para una función sexual normal; los niveles críticos de testosterona para la función sexual adecuada en los varones son de aproximadamente 3 ng/mL.

Hay evidencias muy limitadas de los efectos de la administración de testosterona a varones con o sin problemas sexuales y funcionamiento gonadal normal, aunque un estudio de O’Carroll y Bancroft demostró que aun los varones con eugonadismo y deseo sexual hipoactivo, al ser inyectados con ésteres de testosterona, presentaron un aumento significativo de la libido en comparación con los varones que recibieron placebo.²⁴ Es importante considerar que los mecanismos homeostáticos fisiológicos son poderosos y que, en la medida que se administren andrógenos exógenos en varones con funcionamiento gonadal normal, la producción natural se suprime y la depuración aumenta.

El estradiol aumenta la síntesis de dopamina y melanocortina en el hipotálamo y estructuras límbicas, en tanto que los andrógenos activan las rutas de óxido nítrico que facilitan la liberación dopaminérgica. El aumento de deseo sexual de las mujeres en la etapa periovulatoria y de actividad sexual anticipatoria en los varones puede ser desencadenada por la activación de estos dos sistemas por las hormonas esteroideas.²⁵

En el caso de la testosterona y la función sexual femenina, diversos estudios demuestran que a pesar de que la testosterona ha sido administrada con frecuencia a mujeres con disfunción sexual —en particular con el síndrome de deseo sexual hipoactivo—, no hay evidencias suficientes de la asociación entre tales disfunciones y niveles androgénicos séricos bajos (androstenediona, testosterona total y libre).²⁶ La DHEAS, por otra parte, es un marcador un poco más preciso para correlacionar ciertos problemas sexuales femeninos en mujeres menores de 45 años según los estudios de Davis y colaboradores,²⁷ aunque no concluyente.

Según las investigaciones de Dennerstein, las mujeres con menopausia quirúrgica presentan mayores proporciones DSH y trastornos de la excitación y el orgasmo, comparadas con las mujeres premenopáusicas y menopáusicas desde el punto de vista fisiológico.

Prolactina

La hiperprolactinemia puede ser una de las causas de hipogonadismo y, por tanto, provocar DSH, además de que la actividad neuroléptica de la prolactina llega a predisponer a la depresión y a la ansiedad. Si bien no todos los casos de hiperprolactinemia están asociados con DSH, es frecuente encontrar tal disfunción en varones y mujeres con adenomas hipofisarios —que producen y aumentan los niveles séricos de prolactina— o mujeres lactando.³¹

Sistema nervioso y neurotransmisores

Muchas investigaciones sobre deseo sexual se realizan con ratones machos y hembras debido a las estrechas similitudes fisiológicas que tienen con el ser humano y porque es factible producir y modelar en ellos de manera intervencionista múltiples procesos fisiopatológicos propios del varón y la mujer.

En estos animales, la presencia de libido se infiere por manifestaciones y conductas típicas de apetito sexual que ocurren antes y durante la cópula, así como por ciertas mediciones copulatorias no condicionadas.

Las conductas receptivas son en parte dependientes de estrógenos, progesterona y ciertas sustancias que se unen a receptores D1 dopaminérgicos, adrenérgicos, gammaamino-butíricos, opioides y oxitocínicos.²⁸

Una idea que ha emergido de los estudios realizados con animales, es que el deseo sexual está vinculado a una expectativa de “premio” y que tal expectativa fluctúa dependiendo del nivel actual de premiación experimentada. En el caso de varones y mujeres, los aspectos contextuales como el escenario y entorno son importantes componentes para que la experiencia sexual sea vivida de manera positiva.

El espacio físico en el que pueden copular y eyacular los ratones macho es crucial en la formación del “lugar sexual condicionado preferido”, mientras que para las hembras lo es aquel en donde les es posible controlar el inicio y la frecuencia de la cópula. Tan es así que tanto los machos como las hembras permanecen significativamente más tiempo en el lugar en el que consiguieron experimentar tales premios. De modo que el premio para el ratón macho es eyacular y para la hembra es el control.

La administración sistémica de naloxona, un antagonista de receptores opioides, durante estudios de entrenamiento a través de la premiación, bloquea la inducción del “lugar sexual condicionado preferido” tanto en machos como en hembras, lo que sugiere que la liberación de opioides endógenos (endorfinas) es un elemento crucial en que la eyaculación y control, sean percibidos como premios.

Los tratamientos con antagonistas de receptores dopaminérgicos no bloquean la inducción del “lugar sexual condicionado preferido”, indicando que la activación de dopamina no es

un componente necesario para la percepción de premiación, aunque es requerida por los animales para manifestar respuestas condicionadas de apetito sexual y conductas de búsqueda de parejas y solicitud de cópula.

La disminución de la liberación de dopamina en el núcleo accumbens puede deberse a la liberación de serotonina en el hipotálamo lateral y la lesión experimental de tales estructuras indica que el primero tiene una función excitatoria durante la excitación sexual y, el segundo, un papel inhibitorio en la excitación, pero uno excitatorio en la regulación de la eyaculación. La activación de las vías de la oxitocina y la vasopresina por medio de la premiación sexual, puede resultar ser un componente crítico para la formación de vínculos sociales futuros.

Diversas líneas de estudio describen que el deseo por el sexo se debe a la activación del sistema dopaminérgico en el cerebro. Algunos estudios de microdiálisis mostraron que la liberación de dopamina en el área preóptica medial (mPOA) o centro de recompensa y en el núcleo accumbens en las ratas provoca aumento de conductas que impliquen recompensa sexual. Asimismo, la inyección de agonistas de los receptores de dopamina, provocan una disruptiva excitación condicionada. Las lesiones de la amígdala basolateral (región que manda aferencias de glutamato al núcleo accumbens), disminuye la respuesta operante para reforzadores sexuales secundarios y este efecto puede ser revertido mediante la infusión de anfetamina en el núcleo *accumbens*.

En ratas macho y hembra hay activación psicomotora anticipatoria y activación del núcleo accumbens, tegmento ventral, mPOA, amígdala medial y basolateral, núcleos supraópticos y paraventriculares (zonas relacionadas con la atención, motivación, conducta sexual y procesos reproductivos), por presentación de un estímulo condicionado. También hay una activación selectiva de las neuronas que contienen oxitocina y gonadotropina coriónica, por medio de ciertos olores en machos y hembras, respectivamente, indicando que los sistemas para el sexo y la reproductividad se activan de manera selectiva.

El estradiol aumenta la síntesis de dopamina y melanocortina en estructuras hipotalámicas y límbicas; en cambio, los andrógenos activan las rutas del óxido nítrico y facilitan la liberación de dopamina.

ETIOLOGÍA

El síndrome de DSH puede tener su origen en una gran variedad de causas biológicas, psicológicas y diádicas (de pareja), razón por la cual más adelante se explicará cuáles son los mecanismos que permiten que el deseo sexual exista. A pesar de que se han conducido varios estudios para entender el DSH, sobre todo en mujeres, los resultados no han sido tan confiables debido a la carencia de rigor metodológico en los estudios. En la actualidad es reconocido como el trastorno sexual más difícil de definir, evaluar y tratar, tanto en hombres como en mujeres.

Las diversas etiologías se pueden agrupar en biológicas, psicológicas o diádicas (de pareja), aunque parecería que estas últimas son las más frecuentes. El insomnio, el sueño insuficiente o poco reparador, pueden afectar de manera negativa el deseo sexual, así como ciertas deficiencias hormonales, la depresión, la presencia de estrés excesivo o el síndrome de estrés postraumático. A continuación se resumen las principales causas de DSH:

- Los cuadros depresivos provocan, tanto en el hombre como en la mujer, pérdida de interés en los aspectos placenteros e importantes de la vida (anhedonia), incluida la sexualidad; se sabe que están relacionados de manera estrecha a la aparición de DSH y otros trastornos sexuales.²⁹ La utilización de antidepresivos para el trastorno depresivo también puede provocar disfunciones sexuales (incluso DSH), sobre todo en mujeres de mayor edad, casadas, con nivel académico bajo, sin empleo y con pocas motivaciones sexuales previas a la aparición de la depresión. Un 70% de los pacientes depresivos medicados reportan trastornos sexuales a raíz de la medicación.³⁰
- Los conflictos de pareja, caracterizados por ausencia o insuficiencia de intimidad afectiva, desamor, conflictos, luchas de poder, problemas de comunicación e insuficiencia de tiempo para la convivencia, son a menudo causas de DSH observadas en la clínica.
- En nuestra experiencia con parejas heterosexuales es frecuente observar que el deseo sexual de la mujer hacia su pareja se vea afectado en la medida en que disminuya la admiración que le tiene, sea cual fuere la fuente de admiración: posición jerárquica, cualidades como proveedor, seguridad, habilidades intelectuales, capacidad de contención, etc. En tanto que los varones ven disminuido el deseo sexual hacia su pareja en la medida en que la percibe como represiva en sentido emocional, controladora, impositiva o demasiado maternal.
- Los problemas derivados de una educación sexual restrictiva, culpígena y erotofóbica, o bien de experiencias sexuales negativas o traumáticas (violación, incesto o abuso sexual).
- Circunstancias de vida relacionadas con pérdidas (laborales, familiares, amorosas, económicas) y que tengan el potencial de desencadenar depresión.
- Muchas enfermedades y diversos fármacos pueden contribuir a la presencia de DSH, en particular si causan fatiga, dolor, malestar generalizado o un impacto en la autoimagen. Mujeres y varones que han sido intervenidos quirúrgicamente pueden presentar una vivencia castratoria o mutilante de la operación (mama, útero, salpingoclasia, vasectomía, etc.), que impacta de manera negativa en el deseo sexual.
- Otras disfunciones sexuales, tanto de la persona como de su pareja, llegan a desencadenar el DSH (disfunción eréctil, anorgasmia, dispareunia, vulvodinia, eyaculación precoz o alteraciones de la lubricación vaginal).
- Muchos psicofármacos llegan a producir DSH aunque, de manera paradójica, al mejorar o curar cuadros depresivos, fóbicos, obsesivos y psicóticos, quizá propicien que el deseo sexual emerja después de un periodo de hipoactividad.
- Diversas crisis o etapas del ciclo vital de la persona y la pareja pueden provocar disminución del deseo sexual, aunque muchas de ellas constituyan logros en la vida de las personas: dejar la familia de origen, jubilarse, envejecer, casarse, embarazarse, ser padres y así por el estilo.
- Los trastornos hormonales suelen tener impacto en la esfera sexual, ya que el sistema endocrino está íntimamente relacionado al SNC. El hipotiroidismo, la hiperprolactinemia, el hipoandrogenismo, el hiperestrogenismo y el hipoestrogenismo y el climaterio llegan a desencadenar o agravar el DSH en el varón o la mujer.

- Fármacos como fibratos, antihipertensivos, bloqueadores H₂, diuréticos, antiandrogénos, anticonceptivos hormonales, entre otros.
- El consumo abusivo, crónico de alcohol, drogas de abuso y tabaco, van minando la salud y con frecuencia ocasionan DSH y otras disfunciones sexuales.

DIAGNÓSTICO

Como ha sido descrito por diversos estudiosos, una de las consecuencias de que haya disponibilidad de fármacos para el tratamiento de la disfunción eréctil (DE), es que la hipoactividad o disminución del deseo sexual en hombres y mujeres —que a veces es la causa primordial de tal disfunción—, no es diagnosticado ni atendido, lo cual podría explicar la alta proporción de falla y abandono del tratamiento farmacológico de la DE.

Esto significa que la principal queja sexual en muchos hombres y mujeres es el DSH, aunque puede acompañarse o enmascararse con una alteración significativa en la calidad de las erecciones, lubricación vaginal y orgasmos, síntomas tal vez más notorios y llamativos y a los que es factible dar atención casi inmediata utilizando IPDE-5 y lubricantes. Para evaluar el DSH, tanto en varones como en mujeres, es preciso utilizar un modelo biopsicosocial e interdisciplinario, que conste de historia clínica médica completa con exploración física, si se considera necesaria (a menudo realizada por un médico a quien se le solicita la interconsulta), historia sexual, de la relación de pareja y ciertos exámenes de laboratorio, a modo de recabar la información necesaria en tres esferas de la vida del paciente: desarrollo psicosexual, contexto de vida actual y factores médicos.

Quizá en la entrevista inicial con ambos miembros de la pareja, omitan ciertos datos por el temor de ofender o generar enojo en el cónyuge, razón por la cual suele ser necesario entrevistar a cada individuo por separado en un momento posterior a fin de investigar los antecedentes relacionados a parejas sexuales del pasado, de abuso sexual, respuesta sexual durante la masturbación, desarrollo psicosexual desde la infancia, etc.

En experiencia de la autora de esta sección, el análisis minucioso del motivo de la consulta, la semiología precisa de los síntomas de cada miembro de la pareja y de la pareja como un sistema (constituido por dos personas, la dinámica a través de la cual se relacionan y su medio), a través de una entrevista abierta, profunda, basada en la estructura, la cordialidad, la empatía y la conciencia de las múltiples posibilidades etiológicas, son el comienzo de una atención eficiente.

Los datos “clave” que deben obtenerse durante la entrevista de la pareja y de cada miembro por separado son:

- Una explicación en sus propias palabras de la problemática sexual que los lleva a consulta.
- La duración de dicha problemática y si es primaria, secundaria, global, selectiva o parcial.
- El contexto del (de los) problema(s) sexual(es).
- Calidad de la intimidad afectiva y emocional de la pareja.
- Calidad erótica de la relación de pareja.
- Contexto de los encuentros sexuales (privacidad, anticoncepción, prevención de

enfermedades de transmisión sexual, etc.).

- Calidad de la comunicación erótica en pareja.
- Reacción de cada uno ante la problemática en cuestión.
- Tipos y eficacia de tratamientos utilizados en el pasado.
- Calidad y duración de relaciones erótico-afectivas del pasado.
- Presencias de traumas emocionales, duelos, pérdidas y estatus emocional actual.
- Antecedentes de abuso sexual, físico y emocional y estatus emocional y físico actuales.

Las herramientas “rápidas” con las que se cuenta hoy en día quienes abordan la medicina y terapia sexuales, suelen ser escasas y de utilidad relativa en los casos de DSH, aunque orientadoras si se acompañan de una entrevista. En el capítulo 14 de este libro, se describen algunos instrumentos climimétricos de uso clínico.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Es importante diferenciar el DSH del trastorno por aversión al sexo, que consiste en aversión extrema, persistente o recidivante hacia, y con evitación de, todos (o prácticamente todos) los contactos sexuales genitales con una pareja sexual.

La alteración provoca malestar acusado o dificultades en las relaciones interpersonales. El trastorno sexual no se explica mejor por la presencia de otro desorden (excepto otro trastorno sexual).

La persona con DSH se diferencia de la persona con aversión al sexo por el hecho de que, si bien no está receptiva hacia el erotismo y lo ejerce poco, no llega a la aversión, que además de la conducta evasiva, se caracteriza por hiperactivación autonómica.

TRATAMIENTO

De todos los síndromes de disfunción sexual en varones y mujeres, el DSH tal vez sea el más complejo de tratar en el consultorio del terapeuta sexual debido a la gran cantidad de etiologías individuales y vinculativas, biológicas y psicológicas que lo pueden desencadenar y por la estructura interdisciplinaria que con frecuencia hay que utilizar para su atención integral y eficiente. Además, muchos pacientes tienen la expectativa errónea de que un fármaco milagroso, unas cuantas intervenciones terapéuticas, el poder de la voluntad y la modificación de ciertas conductas o creencias de la pareja, resolverán la problemática con rapidez y, al no cumplirse, abandonan el tratamiento con mejorías mínimas o nulas o bien avances ficticios que pronto desaparecen.

Como se ha considerado a lo largo de este capítulo, es importante tener claro el tipo de DSH en cuestión, tanto en términos de temporalidad como de situacionalidad, ya que tales características son muy orientadoras con respecto a las etiologías de presunción más comunes y lógicas. Por otra parte, es muy importante considerar que el “paciente” está constituido por la persona que presenta DSH, la pareja, el vínculo y las dinámicas de relación que han establecido, de modo que el clínico deberá centrarse en estos elementos como una unidad constituida por varias subunidades en interacción.

En opinión de la autora de esta sección, es frecuente que quien solicita la atención sexológica especializada no sea la persona con DSH, sino su pareja o bien la persona con DSH preocupada y cansada de los reclamos, estrés y conflictos añadidos que la disfunción genera en la pareja.

Por supuesto, se requiere de una cantidad suficiente de voluntad y motivación por parte de ambos miembros de la pareja para acudir a las consultas y actuar en favor de la solución de la problemática sexual, llevando a cabo las prescripciones y accediendo a aportar todos los datos posibles, así como a la realización de los estudios de laboratorios que se requieran o las interconsultas necesarias, para un diagnóstico preciso.

Intervenciones psicoterapéuticas personales y de pareja

Estas técnicas e intervenciones tienen como objetivos principales los que se mencionan a continuación:

- Antes que nada, no causar más daño.
- Reconocer las parejas como candidatas o no candidatas a terapia sexual o conyugal y plantearles alternativas terapéuticas.
- Normalizar a cada miembro de la pareja.
- Disminuir, paliar o eliminar las culpas.
- Fomentar la asunción de responsabilidad de conductas y sentimientos eróticos y no eróticos en cada miembro de la pareja.
- Alentar y favorecer el bienestar sexual.
- Contribuir a que cada persona obtenga más placer de la vida en general.
- Fomentar el esparcimiento, la tranquilidad y la armonía personales y conyugales.
- Fomentar la realización personal.
- Construir o reconstruir los límites.
- Propiciar la construcción de redes sociales de apoyo para cada miembro de la pareja y para la pareja como unidad.
- Lograr que cada persona conozca y reconozca el propio cuerpo, como propio y con características tanto únicas como comunes.
- Mejorar la autoestima de cada miembro de la pareja.
- Mejorar la calidad del vínculo afectivo de la pareja.
- Resolver, paliar, desarticular, minimizar o prevenir los conflictos de pareja.
- Fomentar o recuperar la asertividad y la confianza mutua.
- Mejorar la comunicación erótica y no erótica en la pareja.
- Contruir o reconstruir la complicidad.
- Construir o reconstruir los objetivos comunes eróticos y no eróticos.
- Identificar y atender otras posibles disfunciones sexuales coexistentes.

Existen diversas técnicas terapéuticas que pueden utilizarse para la atención del DSH, como la terapia cognitivo-conductual, cuya función es reestructurar a nivel cognitivo las falsas creencias y los mitos con respecto a la sexualidad, por lo que la persona deberá realizar cambios conductuales hacia el sexo y el erotismo, fundamentados en cambios de

creencia.³¹ Esta técnica puede resultar útil cuando la persona presenta DSH por tener conflictos con la autoimagen y se vive como poco sensual, atractiva o desagradable ante los ojos de la pareja.

La utilización de técnicas de focalización o “placerización” sensoriales, sin exigencia coital, suele generar un acercamiento físico y emocional de los miembros de la pareja que se encontraban alejados por DSH. Es una técnica que consiste en que los cónyuges se acaricien desnudos, de manera sensual y por turnos, con la intención de excitarse, incluyendo en un inicio todas las partes del cuerpo con excepción de los genitales (focalización sensorial I).

El cónyuge que recibe las caricias debe centrarse en las sensaciones placenteras que experimenta, además de descubrir nuevas zonas corporales potencialmente erógenas, procurando explicar a su pareja cuáles son más placenteras y, como tales, solicitarlas sin reparo alguno. La persona que está dando las caricias, debe obedecer las peticiones (amables y no como exigencias) de quien está recibiendo y centrarse en la satisfacción de su pareja. A través de esta técnica, ambos mejorarán su comunicación erótica, aprender a **dar y recibir** (afecto, estímulos placenteros y sensuales, etc.), recuerdan o descubren las zonas sensibles y estimulables de su propio cuerpo y el de la pareja y, con frecuencia, sobre todo después de varias repeticiones, logran excitarse en sentido sexual y recobran su deseo sexual.³²

La utilización de técnicas específicas para incrementar la eficiencia de la comunicación erótica y general de los miembros de la pareja es una útil herramienta para desarrollar empatía, aclarar malos entendidos, resolver conflictos y llegar a nuevos acuerdos. Consisten básicamente en lograr que el mensaje que se quiere transmitir, llegue al receptor sin ofenderlo ni avergonzarlo, con la mayor cantidad de datos útiles, para lo cual se pide a las parejas que hablen en primera persona (“creo”, “siento”, “me gustaría”, “preferiría”, “pienso”, “descubrí”, etc.) y por turnos, para que ambos puedan expresarse, ser escuchados y entendidos sin interrupciones ni descalificaciones mutuas.

Intervenciones médicas

Las intervenciones médicas persiguen los siguientes objetivos:

- Antes que nada, no causar más daño.
- Conocer el estado de salud general de cada miembro de la pareja.
- Orientar y canalizar de manera adecuada a los miembros de la pareja para la atención oportuna y adecuada de las enfermedades preexistentes.
- Descubrir patologías que puedan estar desencadenando el DSH (ver la sección de etiología).
- Dar la atención específica (paliativa o curativa) a través de nuestra intervención o por medio de la intervención interdisciplinaria a cada nuevo diagnóstico médico.
- Mejorar el estado de salud física general de cada miembro de la pareja.
- Prevenir patologías que puedan generar o empeorar el DSH.
- Reconocer, sustituir o suspender los fármacos vinculados con el DSH.
- Identificar y atender otras posibles disfunciones sexuales coexistentes.

FOBIA Y AVERSIÓN SEXUAL

INTRODUCCIÓN

La fobia sexual es el temor persistente, recurrente e irracional, asociado al deseo compulsivo, de evitar sensaciones o experiencias sexuales y el individuo reconoce este miedo como no racional o excesivo. Los pacientes fóbicos quizá evitan por completo el sexo o son selectivos en su conducta evitativa y ansiosa hacia determinadas facetas de la sexualidad, como los órganos genitales en sí, los fluidos y sus olores propios, a penetrar o ser penetrados, al orgasmo, a ser vistos desnudos, a la masturbación, al embarazo, al sexo oral, etc. Hay quienes nunca experimentan la actividad sexual en pareja a lo largo de su vida y además llegan a desarrollar o presentar co-morbilidad con verdaderas fobias sociales provocando que la calidad de vida de la persona y de su pareja se deteriore o que, en el caso de no tener pareja, dificulta mucho establecer una relación de este tipo.

DEFINICIÓN

Según el *Diccionario de la Lengua Española*, la palabra “aversión” proviene del latín y significa “rechazo o repugnancia frente a alguien o algo” y sus sinónimos son “antipatía”, “manía” y “repulsión”. En cuanto a la palabra “fobia”, proviene del griego y significa “temor a algo o alguien” y sus sinónimos son “aborrecimiento”, “aversión”, “repugnancia” y “temor”.

CLASIFICACIÓN

Según el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, en su cuarta edición (DSM-IV), la fobia sexual es clasificada dentro de los trastornos de ansiedad, en el subinciso de fobia específica (animal, ambiental, situacional, etc.), en tanto que la aversión sexual se clasifica entre los trastornos sexuales y de la identidad sexual, como subcategoría de los trastornos del deseo sexual, junto al deseo sexual hipoactivo.

Las características que se listan para definirlo son: a) temor acusado y persistente que es excesivo o irracional, desencadenado por la presencia o anticipación de un objeto o situación específicos (p. ej., volar, precipicios, animales, administración de inyecciones, visión de sangre). b) La exposición al estímulo fóbico provoca casi de manera invariable una respuesta inmediata de ansiedad, que puede tomar la forma de una crisis de angustia situacional o más o menos relacionada con una situación determinada. c) La persona reconoce que este miedo es excesivo o irracional. d) La(s) situación(es) fóbica(s) se evitan o soportan a costa de una intensa ansiedad o malestar. e) Los comportamientos de evitación, la anticipación ansiosa, o el malestar provocados por la(s) situación(es) temida(s) interfieren de manera acusada con la rutina normal de la persona, con las relaciones laborales (o académicas) o sociales, o bien provocan un malestar significativo desde el punto de vista clínico. f) En los menores de 18 años la duración de estos síntomas debe

haber sido de 6 meses como mínimo. g) La ansiedad, las crisis de angustia o los comportamientos de evitación fóbica asociados con objetos o situaciones específicos no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental, como un trastorno obsesivo-compulsivo (p. ej., miedo a la suciedad en un individuo con ideas obsesivas de contaminación), trastorno por estrés postraumático (p. ej., evitación de estímulos relacionados con un acontecimiento muy estresante), trastorno de ansiedad por separación (p. ej., evitación de ir a la escuela), fobia social (p. ej., evitación de situaciones sociales por miedo a que resulten embarazosas), trastorno de angustia con agorafobia o agorafobia sin historia de trastorno de angustia.

Algunos tipos de fobias son: animal, ambiental (p. ej., alturas, tormentas, agua), sangre-inyecciones-daño, situacional (p. ej., aviones, ascensores, recintos cerrados). También están aquellos que implican la evitación fóbica de situaciones que pueden provocar atragantamiento, vómito o adquisición de una enfermedad; en los niños, evitación de sonidos intensos o personas disfrazadas.

Cuando el síntoma fóbico (sexual o no sexual), aparece con claridad, el diagnóstico es hasta cierto punto claro, pero no lo es tanto en el llamado trastorno fóbico de personalidad o trastorno de la personalidad por evitación, cuyas características son, según el DSM-IV: patrón general de inhibición social, sentimientos de inferioridad e hipersensibilidad a la evaluación negativa, todo lo cual inicia al principio de la edad adulta y ocurre en diversos contextos, como lo indican cuatro (o más) de las siguientes características: 1) evita trabajos o actividades que impliquen un contacto interpersonal importante debido al miedo a las críticas, la desaprobación o el rechazo; 2) es reacio a implicarse con la gente si no está seguro de que va a agradar; 3) demuestra represión en las relaciones íntimas debido al miedo a ser avergonzado o ridiculizado; 4) está preocupado por la posibilidad de ser criticado o rechazado en las situaciones sociales; 5) se halla inhibido en las situaciones interpersonales nuevas a causa de sentimientos de inferioridad; 6) se ve a sí mismo como inepto en el ámbito social, personalmente poco interesante o inferior a los demás; 7) es muy reacio a correr riesgos personales o a implicarse en nuevas actividades debido a que quizá le resulten comprometedoras.

A menudo su entorno social está muy restringido porque ellos mismos no fomentan su desarrollo. Se hallan ávidos de las relaciones interpersonales, el afecto, la aceptación y no las rechazan, pero a la vez se sienten incapaces de relacionarse. La timidez llega a alcanzar niveles patológicos en estas personas, con frecuencia se sonrojan, se bloquean y quizá sufran crisis de angustia en una reunión social. Cuando esto ocurre llegan a desarrollar un trastorno psicopatológico aún más incapacitante llamado fobia social. Un rasgo típico es su tendencia hacia la huida (de las relaciones de pareja, de la relación sexual, de la vagina, del pene, del tratamiento, etc.). También se ha observado como mecanismo contrafóbico al paciente que, para vencer la fobia, arremete contra su dificultad.

ETIOLOGÍA

Existen distintas hipótesis para explicar la razón de las fobias, pero casi todas dan una respuesta parcial al problema y, al igual que las diferentes terapias, en muchos casos es factible complementarlas. Se han propuesto dos teorías: la primera se centra en las bases

bioquímicas de la fobia y la segunda propone la influencia del ambiente que rodea a la persona fóbica

Teorías biológicas

Una línea de investigación actual se centra en los aspectos biológicos de las fobias. Algunos han propuesto centrarse en la amígdala, una pequeña estructura del cerebro responsable de regular la cantidad de miedo que una persona puede llegar sentir. Todos sentimos miedo de la misma forma, pero no con la misma intensidad.³³

De hecho, en estudios de neuroimagen, la amígdala parece activada en diversas condiciones psicopatológicas, sobre todo en el síndrome de estrés postraumático.³⁴ En este aspecto está implicado el umbral de ansiedad de cada persona, es decir, quizá exista una predisposición genética y temperamental, pero si no se sufre una experiencia traumática tal vez el individuo nunca desarrolle fobia alguna.

Teorías sociales

Teoría conductista

El conductismo analiza la fobia desde el punto de vista del aprendizaje. John B. Watson, uno de los psicólogos estadounidenses más importantes del siglo XX —conocido por haber fundado la escuela psicológica conductista—, estudió el ajuste de los organismos a sus ambientes, de modo específico los estímulos particulares que llevan a los organismos a emitir sus respuestas. La mayor parte del trabajo de Watson era comparativo, sus acercamientos estaban influenciados en gran manera por el trabajo del fisiólogo ruso Ivan Pavlov. El acercamiento de Pavlov enfatizaba la fisiología y la función de los estímulos para producir respuestas condicionadas, con lo que asignó la mayoría o todas las funciones a distintos reflejos.³⁵

Teoría psicoanalítica

Freud pensaba que los trastornos de la ansiedad, incluyendo las fobias, resultaban de conflictos inconscientes que se desarrollaban durante los primeros años de la niñez y que no se habían resuelto, desde el conocido complejo de Edipo, en el cual el hijo ve en la madre su primer objetivo amoroso, pero conforme crece, observa a su padre, figura dominante y autoritaria que le aleja de su madre y es su competidor. Al final gana el padre, quien reprime el deseo del hijo, mismo que no supera esa represión y bastará un momento concreto en el que la persona sufra una ansiedad desmedida para desencadenar una fobia.³⁶

El psicoanálisis más tradicional sostiene que es imposible “aprender” una fobia; sin embargo, en la práctica clínica es frecuente ver que si un niño crece con un padre o una madre que sufran de algún rasgo fóbico (hacia la sexualidad, alturas, multitudes, penetración o en relación con objetos animados e inanimados, como genitales, arañas o perros), es factible desarrollar una estructura fóbica, no porque le sea inculcada, sino tras aprenderse un mal manejo de la ansiedad.

Lo cierto es que hasta la fecha ninguna teoría explica por completo el origen de las fobias.

Todavía se desconoce por qué no se desarrolla con igual facilidad fobia, aversión o miedo a algo universalmente bello como una flor, pero sí hacia un pequeño ratón. El psicoanálisis explica ciertas fobias también como manifestación del temor a la castración, con la característica de que a través de ellas, el temor es exteriorizado y hasta confesado. Sobre una fobia infantil se va estructurando la fobia del adulto y las situaciones peligrosas son reavivadas de manera permanente en épocas ulteriores, de modo que la castración se actualiza bajo diferentes formas.

Para Lacan,³⁷ la fobia en el adulto requiere el precedente de una castración simbólica defectuosa, pues falla la función paterna, es decir, una falta de estructuración simbólica del deseo edípico. La fobia expresaría así, de manera ambigua, tanto el deseo como el temor a la castración. El individuo fóbico tiene miedo, según Etinger, de olvidarse de que tiene miedo,³⁸ tal aspecto es cardinal y debe ser tomado en cuenta porque que el paciente desea y teme al mismo tiempo, se asoma y huye, desea curarse pero teme el alivio, anhela la penetración o el orgasmo pero siente miedo ante lo que pudiera ocurrirle.

DIAGNÓSTICO

Los pacientes con fobia o aversión sexual suelen llegar al consultorio del terapeuta sexual por su propia iniciativa o bien, cuando a pesar del trastorno han establecido un vínculo de pareja estable, por iniciativa de la pareja. Al realizar el interrogatorio por lo general se evidencia que la queja del paciente consiste en la aversión persistente o recurrente y la evitación de cualquier contacto sexual genital con la pareja o bien de las graves dificultades en relacionarse personalmente por temor al mismo contacto. A menudo también sucede que hay quejas de múltiples fracasos amorosos por la misma razón.

EPIDEMIOLOGÍA

Las fobias y en particular la fobia social, es un trastorno grave y muy difundido, que ocasiona angustia y discapacidad significativa en un amplio espectro de grupos demográficos. Se la considera la tercera enfermedad psiquiátrica en importancia y es uno de los trastornos de ansiedad mas generalizados. De modo característico, la fobia comienza a mediados de la adolescencia, una etapa en la que es probable que ocasione el mayor daño al desarrollo psicológico, a la formación de relaciones y al establecimiento de metas de vida. Aumenta su prevalencia en individuos solteros, divorciados y separados. Los factores de riesgo son difíciles de identificar, aunque la separación temprana de los padres, antecedentes familiares y una enfermedad psiquiátrica materna parecen ser elementos predisponentes.³⁹

El trastorno de aversión o fobia sexual se da de manera ocasional en hombres y con mucha más frecuencia en mujeres. Se quejan de ansiedad, miedo o disgusto en relación con las situaciones sexuales. Quizá sea un trastorno que exista desde el comienzo de la vida sexual de la persona (primario) o adquirido (secundario), global (que se presenta en todas las circunstancias y con cualquier pareja) o selectivo (con una pareja o en una circunstancia específicas). En el caso de que sea una fobia o aversión sexual secundaria, el clínico debe

hacer una semiología minuciosa para determinar cuáles factores determinaron su aparición (agresión o violencia sexual y síndrome de estrés posttraumático, dispareunia, etc.); si se trata de una fobia sexual selectiva, también tendrá que investigar cuáles son las situaciones y personas con las que la fobia se presenta y por qué.

TRATAMIENTO

El abordaje terapéutico ideal del paciente con fobia sexual es en etapas, cada una de ellas con distintas dificultades y la cual permite determinadas intervenciones y otras no, en la medida que aumente el umbral de la angustia del paciente. Una fase fundamental de todo tratamiento, sea psicoterapéutico o sexológico, es crear una alianza de trabajo que consiste en la creación del vínculo terapéutico mientras el paciente fóbico corrobora cuán amenazante o confiable le resulta el terapeuta. En este sentido, cabe esperar que el paciente someterá a prueba al clínico de manera constante sin dejar nada por revisar: las condiciones del contrato, el encuadre, la personalidad y hasta el género del terapeuta. Es un paciente que, al enfrentar al profesional de la salud, experimentará amenazas de encierro y de abandono y desde la primera entrevista el terapeuta será tanto un objeto protector como peligroso.

Terapia de exposición

Es una de las variantes de psicoterapia que ha demostrado mayor efectividad en el tratamiento de las fobias específicas.

Se trata de un tipo de terapia conductual desarrollada originalmente por Joseph Wolpe. En ella, el psicoterapeuta desensibiliza al paciente del estímulo fóbico mediante una exposición programada, gradual y progresiva al mismo. Sería comparable a las desensibilizaciones que se utilizan en el tratamiento de las alergias —en las cuales se inyectan al paciente pequeñas cantidades de alérgenos (sustancia que desencadena la alergia) en forma repetida hasta que el organismo del individuo puede lidiar con ellos—.

Según esta corriente terapéutica el paciente aprende (concepto de aprendizaje) a volverse fóbico a algún objeto o situación en particular y, en consecuencia, puede reaprender a perder el miedo al emplear la técnica apropiada. Asimismo, se le enseñan distintas técnicas para controlar la angustia y ansiedad desencadenada ante la exposición al estímulo que provoca fobia (por. ej. técnicas de relajación o control respiratorio).^{40, 41}

Desensibilización sistemática

Es una técnica similar a la anterior, con la gran diferencia de que se utiliza la imaginación en lugar de la exposición. La desensibilización sistemática fue desarrollada en la década de 1950-1959 por el terapeuta conductual Joseph Wolpe. La desensibilización sistemática es un tratamiento efectivo para combatir fobias clásicas, miedos crónicos y reacciones de ansiedad interpersonal. Está especialmente indicada para inhibir ansiedades activadas por estímulos que no tienen una respuesta manifiesta apropiada. Su objetivo es volver a enseñar a responder sin miedo.

La desensibilización sistemática requiere tres condiciones: 1) saber relajarse mediante la

técnica de relajación progresiva. 2) Creación, a través del discurso del terapeuta, de una serie gradual de situaciones de práctica que producen ansiedad a la que llamamos “jerarquía”. Las situaciones pueden practicarse en la imaginación o en la realidad (o bien comenzar en la imaginación para terminar en la realidad). 3) Recorrer las situaciones graduadas relajándose en cada una y dominándola antes de pasar a la siguiente.

Al paciente se le hace imaginar que se va exponiendo en forma paulatina y programada ante el estímulo fóbico. Tanto en este tipo de técnica como en la anterior, ante la aparición de angustia o ansiedad se detiene la exposición real o imaginaria y se inicia de nuevo el proceso de desensibilización una vez que el paciente ha logrado recuperarse del malestar. Paso a paso y de manera gradual, el paciente cada día llega un poco más lejos en su recuperación y se acerca poco a poco al estímulo o situación que le produce fobia.

Terapia cognitiva

La terapia cognitiva deriva de los descubrimientos del psiquiatra estadounidense Aaron Beck sobre que los trastornos psicológicos provienen en gran parte (aunque no de manera exclusiva) de maneras erróneas de pensar o interpretar los acontecimientos que vive una persona. Tales pensamientos e interpretaciones se convierten en formas estereotipadas y rígidas de valorar los acontecimientos, la propia conducta y a uno mismo.⁴³

La terapia cognitiva es un proceso de resolución de problemas basado en una experiencia de aprendizaje. El paciente, con la ayuda y colaboración del terapeuta, aprende a descubrir y modificar los pensamientos e ideas que lo hacen sufrir. La meta inmediata consiste en modificar la predisposición sistemática del pensamiento a producir ciertos sesgos cognitivos (distorsiones cognitivas). Las personas que sufren un trastorno mental filtran su experiencia a través de tres clases de distorsiones cognitivas:

1) sobre sí mismo, 2) sobre el entorno vital y 3) sobre el futuro.

La teoría de la terapia cognitiva sostiene que la percepción y la estructura de las experiencias de una persona determinan sus emociones y conductas, es decir, que las conductas son producto de las emociones que la percepción de las cosas y eventos, generan en el individuo. Esas estructuras organizadas de la experiencia conforman los esquemas, los cuales se refieren a creencias que predisponen al paciente a una vulnerabilidad psicopatológica (a contraer, por ejemplo, una depresión); tales creencias conforman una especie de “reglas abstractas” que comienzan a guiar su conducta. La psicoterapia cognitiva tiene como fin detectar y modificar esas reglas abstractas, con el objetivo de hacer menos vulnerable al individuo a padecer ese trastorno emocional.

Los esquemas entonces son estructuras cognitivas profundas que contienen las reglas básicas para escoger, filtrar y codificar la información que proviene del entorno. Son aprendidos y en ocasiones se derivan de experiencias infantiles, reglas familiares o actitudes de los padres o los compañeros; la persona entonces desarrolla estructuras cognitivas que canalizan su experiencia del mundo y de sí misma. Las diferentes estructuras psicopatológicas no presuponen el mismo abordaje terapéutico; este hecho — que es bien conocido en el campo de las psicoterapias de orientación psicoanalítica y en las conductuales —, es válido también para las terapias sexuales. El paciente fóbico, dadas sus características de ser alguien que está siempre a punto de irse, en viaje permanente, plantea dificultades particulares que muchas veces no llegan a evidenciarse debido a un aspecto

nuclear en el curso del tratamiento: la frecuente deserción.

La fobia se presenta como una estructura defensiva construida sobre una serie de evitaciones, prohibiciones y precauciones ante determinados objetos o situaciones cuya proximidad despierta angustia. Es importante recordar que el paciente mantiene un cierto estado de equilibrio gracias a (o a pesar de) las defensas que ha construido, de modo que la razón por la que acude a consulta a menudo es porque se percata de que los demás se casan y él no, cuando su pareja amenaza con dejarlo o surgen presiones sociales y, por supuesto, debido a las disfunciones sexuales en sí.⁴⁴

Como ya se mencionó en el subtítulo de Tratamiento, una manera eficaz de abordar la terapia para un paciente con características fóbicas es en etapas, cada una de las cuales presenta distintas dificultades. Una fase crucial es el establecimiento de la alianza terapeuta-paciente.⁴⁵ Hay casos en los que la aversión sexual es tan marcada que les impide tocarse o besarse, con lo que configura un clásico paradigma de complementación disfuncional, de modo que logra mantener el equilibrio durante años.

Tratamiento farmacológico

La evolución de la psicofarmacología en los últimos años ha permitido contar con una nueva posibilidad de abordaje de los cuadros fóbicos, los trastornos obsesivos compulsivos y las crisis de angustia, aunque no siempre será posible, imprescindible o conveniente su uso en el curso de una psicoterapia sexológica. Para ciertos cuadros de fobia y aversión sexual, la medicación prescrita incluye a clorimipramin, inhibidores selectivos de recaptura de serotonina (ISRS; fluoxetina, paroxetina, sertralina) combinados a veces con alprazolán o clonacepam, o bien venlafaxina, inhibidor dual de recaptura de serotonina y noradrenalina.⁴⁶ La pregabalina es un compuesto relativamente nuevo desarrollado para los trastornos de ansiedad y ha sido utilizado en casos de fobia social. En las fobias, trastornos de angustia y trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) que presenten alteraciones en la función o en las conductas sexuales (en este caso también se intenta su uso en las parafilias) se pueden indicar los ISRS (o la clorimipramina, en otros casos) conociendo en estos casos, al igual que con los inhibidores de la monoaminooxidasa (IMAO), que pueden dar retardo orgásmico, disminución de la libido o disfunción eréctil, también están disponibles ahora los NaSSA (del inglés *noradrenergic and serotonergic selective antidepressant*).

Terapia virtual real

La terapia virtual real (o VRT, por sus siglas en inglés), representa una nueva alternativa de tratamiento para, sobre todo, casos de fobia social. Esta novedosa técnica, basada en la exposición virtual, puede ser una alternativa diferente a las técnicas de exposición estándar y parece tener ventajas significativas en permitir la exposición del paciente a distintas circunstancias u objetos que le resultan aversivos. Se requiere de un software y una computadora personal que corra videos de las circunstancias que el paciente necesite desensibilizar.⁴⁶

REFERENCIAS

1. **Labrador, F. et al.** (1994) *Guía de la sexualidad*. Madrid. Espasa Calpe.
2. **Levine, S.** (1984) An essay on the nature of sexual desire, *Journal of Sex and Marital Therapy*, 10:83-96.
3. **Levine, S.B.** (1988) Intrapsychic and individual aspects of sexual desire. En: Leiblum S. L., Rosen R. C. (Eds.) *Sexual desire disorder*. New York: Guilford Press.
4. **Kaplan, H.** (1995) *The Sexual Desire Disorders: Dysfunctional Regulations of Sexual Motivation*, Brunner/Mazel, New York.
5. **Schiavi, R.C. et al.** (1990) Healthy aging and male sexual function. *Am J Psychiatry*, 147:766.
6. **Kinsey, A.C., Pomeroy, W.B., Martin, C.E.** (1948) *Sexual Behavior in the Human Male*. Filadelfia:W.B. Saunders.
7. **Gómez Zapiain J.** *El desarrollo sexual en la adolescencia. Departamento de personalidad, evaluación y tratamientos psicológicos.* UPV/EHU <http://www.svnp.es/Documen/Captulof.htm>
8. *Diccionario de la Lengua Española* (2001) Real Academia Española, 22ª ed., Espasa Calpe, Madrid.
9. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (2000) American Psychiatric Association. DSM-IV-TR, 4a ed., Washington, D.C.
10. **Lue T.F., Basson R., Rosen R. et al.** (2004) *Second International Consultation on Sexual Medicine: Sexual Dysfunctions in Men and Women*, Health Publications, Paris.
11. **Basson, R., Brotto, L.A., Laan, E. et al.** (2005) Assessment and Management of Women's Sexual Dysfunctions: Problematic Desire and Arousal, *The Journal of Sexual Medicine*, 2(3), 291–300.
12. **Ballas, C.M.D.** (2005) <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/article/001952.htm>. Medical Encyclopedia. Medline plus. VeriMed Healthcare Network.
13. **Ballas, C.M.D.** *Op. cit.*
14. **Seagraves, R.T.** (2007) Female Sexual Dysfunction, *Primary Psychiatry*, 14(2):37-41.
15. **Simons, J.S., Carey, M.P.** (2001) Prevalence of sexual dysfunctions: results from a decade of research. *Arch Sex Behav*, 30:177–219.
16. **Meuleman, E.J.H., van Lankveld, J.D.M.** (2005) Hypoactive sexual desire disorder: an underestimated condition in men. *BJU International*, 95, 291-296.
17. **Fugl-Meyer A.R., Fugl-Meyer K.S.** (1999) Sexual disabilities, problems and satisfaction in 18-74 year old Swedes. *Scand J Sexol*, 2(2):79-97.
18. **Nusbaum M., Gamble G., Skinner B. et al.** (2000) The high prevalence of sexual concerns amongst women seeking routine gynecological care. *J Family Practice*, 49:229-232.
19. **Dennerstein L., Koochaki P., Barton I. et al.** (2006) Hypoactive sexual desire disorder in menopausal women: A survey of Western European women. *J Sex Med*, 3:212-222.
20. **Heiman, J.** (2002) Sexual dysfunction: overview of prevalence, etiological factors,

and treatments, *Statistical Data Included Journal of Sex Research*, Feb.

21. Orentreich N., Brind J.L., Vogelmann J.H. et al. (1992) Long-term longitudinal measurements of plasma DHEA sulfate in normal men, *J Clin Endocrinol Metab.*

22. Ebeling P., Koivisto V.A. (1994) Physiological importance of dehydroepiandrosterone, *Lancet*, 343:1479-1481.

23. Stas S.N., Anastasiadis A.G., Fisch H. et al. (2003) Urologic Aspects of Andropause, *Urology*, 61:261-266.

24. O'Carroll R., Bancroft J. (1984) Testosterone therapy for low sexual interest and erectile dysfunction in men: a controlled study. *Br J Psychiatry*, 145:146-151.

25. Pfaus J.G., Scepkowski L.A. (2005) The Biologic Basis for Libido, *Current Sexual Health Reports*, 2:95-100, Current Science Inc. ISSN 1548-3584

26. Carson S.A. (2005) Androgen Levels Associated with Sexual Function?, *Journal Watch Women's Health*, August 23.

27. Davis S.R., Davison S.L., Donath S. et al. (2005) Circulating androgen levels and self-reported sexual function in women. *JAMA*, 294:91-96, Vol. 294 No. 1, July 6.

28. Giraldo A., Marson L., Nappi R. et al. (2004) Physiology of female sexual function: animal models, *J Sex Med*, 1:237-253, Nov.

29. Clayton A.H., Pradko J.F., Croft H.A. et al. (2002) Prevalence of sexual dysfunction among new antidepressants. *J Clin Psychiatry*, 63:357-366.

30. Kennedy S.H., Dickens S.E., Eisfeld B.S. et al. (1999) Sexual dysfunction before antidepressant therapy in major depression, *J Affect Disord*, 56:201-208.

31. Basson R. (2005) Women's sexual dysfunction: revised and expanded definitions. *CMAJ*, 172:1327-1333.

32. Kaplan H. (1974/1986) *La nueva terapia sexual*. Alianza, Tomo 1, 7a reimpresión.

33. Schwartz C.E., Rauch S.L. (2004) Temperament and its implication for neuroimaging of anxiety disorder, *CNS Spectr*, 9:284-291.

34. Schwartz C.E., Wright C.I., Shin L.M. et al. (2003) Differential amygdalar response to novel versus newly familiar neutral faces: a functional MRI probe developed for studying inhibited temperament, *Biol Psychiatry*, 53:854-862.

35. Watson J.B. (1919/1999) La psicología desde el punto de vista del conductismo. *Enciclopedia Encarta. Encarta Online*.

36. Freud S. (1895) *Obsesiones y fobias. Su mecanismo psíquico y su etiología*.

37. Lacan J., *La angustia*, ob.cit, 5-XII-62.

38. Ettinger D. (1975) *Fobias*. Enciclopedia de Psiquiatría, de Vidal G., Bs.As., El Ateneo.

39. Staudt M.A., et al. (2006) Fobia social: una enfermedad discapacitante cada vez más frecuente, *Revista de Posgrado de la 6a. Cátedra de Medicina*, No. 155, Marzo, p.15-21.

40. Wolpe J. (1982) *The practice of behavioral therapy*, 3rd ed., New York: Pergamon Press.

41. Wolpe J. (1948) An approach to the problem of neurosis based upon conditioned responses. *Unpublished PhD thesis*. Johannesburg, South Africa: University of Witwatersrand.

43. Beck, A. Emery, G, Greenberg, R.L. (1985). *Anxiety disorders and phobias: a cognitive perspective*. U.S.A. BasicBooks.

44. <http://www.sexo.vida.com/publicaciones/articulos/fobias.htm> (fobias sexuales y ataques de pánico).

45. **Fiorini, H.** (1980) Estructuras psicopatológicas y su abordaje técnico en psicoterapias, *Conferencia especial en el IV Congreso Argentino de Psicología*. Rosario.

46. **Rickels K., Mangano R., Khan A.** (2004) A double-blind, placebo-controlled study of a flexible dose of venlafaxine ER in adult outpatients with generalized social anxiety disorder, *J Clin Psychopharmacol*, 24:488-496.

LECTURAS RECOMENDADAS

Rust J., Golombok S. (1985) The Golombok-Rust Inventory of Sexual Satisfaction (GRISS), *Br J Clin Psychol*, 24(Pt 1):63-64, Feb.

Rosen R., Brown C., Heiman J. et al. (2000) The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function, *J Sex Marital Ther*, 26(2):191-208, Apr-Jun.

Rosen R.C., Riley A., Wagner G. et al. (1997) The international index of erectile function (IIEF): a multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction. *Urology*, 49(6):822-883.

Spector M.P., Carey L., Steinberg (1996) The sexual desire inventory: development, factor structure, and evidence of reliability. *J Sex Marital Ther*.

<http://tradu.scig.uniovi.es/sinon.cgi>

DISFUNCIÓN DE LA EXCITACIÓN SEXUAL DE LA MUJER

Iván Arango de Montis

Durante mucho tiempo se ha considerado a la excitación como un fenómeno relacionado de manera directa con los procesos fisiológicos propios de la excitación como, por ejemplo, la vasocongestión genital, lubricación, erección de los pezones, enrojecimiento de la piel (es decir, signos de excitación en el cuerpo).

Sin embargo, hay un número importante de mujeres que vinculan la “excitación” con un fenómeno subjetivo en el cual se perciben excitadas en el aspecto mental, fenómeno que va más allá de la excitación fisiológica (es decir, fenómenos relacionados a un estado de hiperactivación autonómica) y que ya hace algún tiempo fue referida por Bancroft como “excitación central” (central, por considerarla como un fenómeno de integración subjetiva a nivel del sistema nervioso central).

De hecho, en el escenario clínico, cuando se presenta una mujer a consulta quejándose de dificultad para alcanzar la excitación, hace referencia al impedimento en cuanto a la percepción de la excitación subjetiva, mental o central.¹

EVOLUCIÓN DEL DIAGNÓSTICO

En el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, 4a edición (DSM-IV-TR), las consideraciones o criterios para hacer el diagnóstico de “trastorno de la excitación sexual” en la mujer se definen como “una incapacidad persistente o recurrente para obtener o mantener la respuesta de lubricación y tumefacción genital durante la excitación y hasta la terminación de la actividad sexual. El trastorno genera un marcado malestar personal o dificultad interpersonal. El diagnóstico se realiza cuando el trastorno no ocurre en el curso de otro trastorno del Eje I y cuando no se debe a los efectos directos de alguna sustancia o a una enfermedad médica”.²

En el 2000 se realizó un consenso global y el trastorno en cuestión fue definido como: “la incapacidad persistente o recurrente para alcanzar o mantener una excitación sexual suficiente, que genera malestar personal y que puede ser expresada como una falta de excitación subjetiva, genital (lubricación/tumefacción) u otras respuestas somáticas”.³

En 2003, durante la Segunda Consulta Internacional en Medicina Sexual, se realizaron modificaciones sustanciales a las propuestas previas en vista de la observación de que la excitación subjetiva no siempre correlaciona con la congestión genital y a partir de entonces se estableció una subdivisión del trastorno en tres categorías.^{4, 5}

1. Trastorno de la excitación subjetiva: definido como “la ausencia o disminución marcada de sensaciones de excitación sexual (excitación y placer sexual) después de cualquier tipo de estimulación sexual. La lubricación u otros signos de respuesta física sí se presentan”.
2. Trastorno de la excitación sexual genital: definido como “molestia por la ausencia o disminución de la excitación sexual genital. El autoinforme quizá incluya mínima congestión vulvar o lubricación vaginal después de cualquier tipo estimulación sexual, así como la reducción de sensaciones sexuales proporcionadas por las caricias a los genitales. La excitación sexual subjetiva sí se presenta con la estimulación sexual no genital”.
3. Trastorno combinado de la excitación genital y subjetiva: definido como “la ausencia o disminución marcada de sensaciones de excitación sexual (excitación y placer sexual) después de cualquier tipo de estimulación sexual así como la queja por la ausencia o disminución de la excitación sexual genital (congestión vulvar/lubricación vaginal)”.

TRASTORNO DE LA EXCITACIÓN SEXUAL PERSISTENTE

En el consenso del 2003 se hizo referencia a una condición clínica descrita pero ausente en las clasificaciones internacionales y se recomendó su consideración e inclusión en las propuestas clasificatorias. Se le nombró “trastorno de la excitación sexual persistente” y fue definido como: “la ocurrencia de excitación sexual (hormigueo, palpitaciones, pulsaciones) de manera intrusiva, espontánea y no deseada en ausencia de interés o deseo sexual. Típica, pero no invariable, cualquier percepción de excitación subjetiva es percibida como displacentera. La excitación se alivia con uno o más orgasmos y las sensaciones de excitación persisten por horas o días”.

Hasta el momento se desconoce la prevalencia de esta condición y hasta ahora las hipótesis relacionadas a su fisiopatología son: 1) cambios neurológicos a nivel del sistema nervioso central, 2) cambios neurológicos periféricos, 3) cambios vasculares, 4) presión mecánica sobre estructuras genitales, 5) cambios relacionados al uso de medicamentos, 6) cambios psicológicos o una combinación de las cinco consideraciones previas.

Evidentemente, el trastorno de la excitación sexual persistente es una condición poco documentada y comprendida; sin embargo, en los distintos foros de referencia y discusión de condiciones clínicas se considera su referencia y estudio.

PREVALENCIA

La mayoría de los estudios se han concentrado en la descripción de la prevalencia de la disfunción en la excitación genital y no sobre las otras categorías reconocidas. En los reportes se observa un rango amplio en la prevalencia, variabilidad que se explica en función de las distintas metodologías utilizadas. Se mencionan prevalencias que van de 6 a 49%; sin embargo, la mayoría de los reportes oscila entre 13 y 24%.⁶ Parece que la prevalencia del trastorno de la excitación en la mujer se incrementa con la edad, con un

pico después de los 50 años, cerca de 25% de los casos de 50 años o más refieren disfunción en la lubricación, mientras que lo informan 6 a 11% de las mujeres en el grupo de 18 a 49 años.⁷

FISIOPATOLOGÍA

Factores biológicos

La lubricación y la tumefacción o congestión genital son procesos fisiológicos que descansan en la integración adecuada de procesos vasculares, neurológicos y hormonales. Cualquier condición que interfiera con la integración adecuada de tales dimensiones puede interferir en las distintas dimensiones de la fase de excitación en la mujer.

Así pues, es indispensable la adecuada estrogenización para la lubricación, de ahí que exista una correlación entre la transición menopáusica y los trastornos de la excitación genital.

De la misma manera, existen distintas condiciones médicas que llegan a interferir con la excitación genital, por ejemplo, la diabetes mellitus (cuando implica el desarrollo de neuropatía diabética o complicaciones vasculares que resultan del deterioro endotelial) o condiciones neurológicas que afectan el sistema nervioso autónomo.

Distintas intervenciones médicas presentan la posibilidad de interferir con la integración de la fase excitatoria: procedimientos quirúrgicos, la terapia a base de radiación para el tratamiento de padecimientos neoplásicos a menudo lesiona tejidos, fibras nerviosas o vasos sanguíneos. Las infecciones recurrentes del tracto urinario también llegan a alterar la respuesta excitatoria en la medida en que el proceso infeccioso se asocie con irritación y dolor.

Factores psicosociales y dependientes del contexto

A continuación, en el cuadro 6-1, se listan los principales factores psicosociales y de contexto que afectan la excitación sexual femenina.

Cuadro 6-1. Factores psicosociales y de contexto que afectan la excitación sexual femenina
• Disminución del deseo sexual • Inhibición sexual • Falta de registro perceptual de la respuesta genital • Ansiedad, miedo • Falta de intimidad o de estimulación sexual suficiente • Problemas sexuales en la pareja • Factores relacionados al contexto (quizá relacionados con el pasado de la persona, encontrarse en el presente o vinculados con problemas médicos) • Situaciones particulares del momento de vida • Educación sexual restrictiva • Pérdidas • Trauma (trastorno por estrés postraumático) • Riesgo de embarazo no deseado o de infección de transmisión sexual • Falta de privacidad • Problemas interpersonales • Abuso o dependencia a sustancias

TRATAMIENTO

Tratamiento hormonal

En las mujeres en las que se ha documentado una falla estrogénica, hay una serie de estudios que muestran evidencia de que la aplicación local o sistémica de estrógenos es eficaz para la facilitación de la lubricación vaginal.

En vista de las evidencias alrededor de las implicaciones que conlleva el tratamiento con terapia hormonal de reemplazo a largo plazo, ha sido necesario individualizar las propuestas de tratamiento hormonal.

Existe un esteroide sintético llamado tibolona, el cual tiene efectos estrogénicos, progestágenos y androgénicos; dicho compuesto ha demostrado mejorar la lubricación; sin embargo, en la investigación en la que se reporta este hallazgo no se dilucida si el efecto es mejor que el de los estrógenos. De cualquier manera, y por el efecto androgénico que tiene la tibolona, puede ser considerado en los casos en los que además se presenta disminución del deseo sexual.⁹

Tratamiento no hormonal

Hasta el momento no se han aprobado tratamientos farmacológicos para el trastorno de la excitación femenina, ya sea en su categoría subjetiva o en la genital. No obstante, el estudio del efecto en la vasocongestión genital que pueden tener medicamentos como los inhibidores de la enzima fosfodiesterasa-5 (IPDE-5). El uso que tales fármacos ha tenido en el tratamiento de la disfunción en la excitación femenina es limitado y, sobre todo, se ha documentado en grupos de mujeres posmenopáusicas o específicos de mujeres con disfunción en la excitación que reconocen los efectos de la vasocongestión.¹⁰

La aplicación tópica de lubricantes vaginales resulta en ocasiones útil para la disfunción en la lubricación, en la medida en que disminuye la irritabilidad y el dolor; sin embargo, es importante mencionar que deben usarse lubricantes de base acuosa, pues los hechos a base de aceite llegan a dañar el látex del condón.

Existe un aparato para uso en los genitales externos llamado EROS-CTD que está diseñado para incrementar la ingurgitación clitorídea por medio de la facilitación de entrada de sangre al clítoris, con lo que favorece la respuesta vascular. Al margen de su aprobación por la FDA (*Food and Drug Administration*) para el tratamiento de la disfunción sexual femenina, la cantidad de estudios controlados es limitada.¹¹

DISFUNCIÓN ERÉCTIL MASCULINA

DEFINICIÓN

En 1993, en el ámbito del Consenso de Disfunción eréctil,¹² se mencionó que la impotencia se manifiesta por la “incapacidad para lograr o mantener una erección suficiente para tener actividad sexual satisfactoria”.

Antes de lo anterior, cuando se hacía referencia a la “impotencia”, se enmarcaban en ese rubro todos los problemas que imposibilitaban al varón para conseguir la reproducción o el accionar sexual. Después se fue convirtiendo en un término específico para hacer referencia a la imposibilidad para alcanzar la erección del pene. De hecho, se sugiere reemplazar el término “impotencia” por el de “disfunción eréctil” (DE), no sólo por tener mayor especificidad, sino por quitar el matiz peyorativo que incluye o insinúa.

Resulta indispensable considerar que la estimulación sexual es fundamental en la secuencia desencadenante de la erección y que “la disfunción eréctil es la incapacidad persistente o recurrente para que, ante la estimulación erótica, se obtenga y mantenga una rigidez peniana suficiente para tener una actividad sexual satisfactoria”.

En términos generales, se considera que el diagnóstico se puede establecer con una duración mínima de la DE de tres meses; sin embargo, no se excluyen las presentaciones menores a este periodo, en caso de traumatismo medular o cirugía radical de próstata o entidad clínica o quirúrgica similar.

A fin de establecer un diagnóstico de DE, es factible no considerar con exactitud un periodo específico, pero debe destacarse que la imposibilidad o dificultad eréctil resulte ser, como se enuncia, recurrente o persistente.

EPIDEMIOLOGÍA

La disfunción eréctil (DE) en la población o segmento poblacional es caracterizada según su incidencia o prevalencia. Cuando se habla de prevalencia, se alude a la proporción de individuos de un grupo o población que presentan una característica o evento específico en un momento o periodo determinado; una proporción que se expresa por porcentaje y no tiene dimensiones. Por otra parte, la incidencia expresa la frecuencia con la que aparecen nuevos casos en un determinado periodo en un segmento determinado.

Así, por ejemplo, en el estudio MMAS (*Massachusetts Male Aging Study*), realizado en EUA con 1 290 varones de edades comprendidas entre 40 y 70 años, la prevalencia de DE (de cualquier grado) fue de 52%.¹³

En el estudio EDEM (epidemiología de la disfunción eréctil masculina)¹⁴ se encontró que en una población española de 2 480 varones de edades entre 25 y 70 años, hubo una prevalencia para hombres entre 40 y 70 años de 12.1%, lo cual representa cifras menores a las registradas en EUA. En Francia, Virag y colaboradores describieron que la prevalencia de DE en una población comprendida entre 18 y 70 años fue de 39%.¹⁵

En cuanto a los estudios en países de Latinoamérica, la zona enunciada como DENSA

que abarca el norte de América del Sur (Colombia, Ecuador y Venezuela) arroja una prevalencia de 53.4% en 1 946 varones de más de 40 años.¹⁶ En Brasil, de 1 286 varones de entre 40 y 70 años, 48.8% mostró alguna DE;¹⁷ en Argentina la prevalencia global para pacientes mayores de 50 años fue de 41.7%;¹⁸ en México se reporta una prevalencia de 55% en una población de varones comprendida entre 40 y 70 años,¹⁹ mientras que en otro estudio que abarca a una población entre 18 y 40 años, fue de 9.7% en cualquier grado de DE.²⁰

En un estudio multinacional se abarcó una muestra de 27 000 hombres de 8 países. El estudio conocido como MALES (*Men's Attitudes Towards Life Events and Sexuality*) arrojó que la prevalencia se incrementa con la edad: de un 8% entre los 20 y 29 años, hasta un 37% entre 70 y 75 años.²¹ También se halló que 10% de los pacientes con DE no tenían ninguna enfermedad asociada, pero 39% sufrían diabetes, 31% enfermedad coronaria y 26% hipercolesterolemia, hipertensión o depresión. Así se obtuvo la confirmación de que la diabetes, la hipertensión, las enfermedades cardíacas y la depresión, aparecen de manera frecuente y con una fuerte correlación con la DE.

Los síntomas del tracto urinario inferior —caracterizados por sintomatología obstructiva baja y alteraciones en el vaciamiento vesical secundarios a patología prostática—, son también un factor de riesgo mayor para tener DE, al margen de la edad.^{22,23} Sin embargo, los síntomas del tracto urinario inferior, son independientes de la edad, caracterizados por sintomatología obstructiva baja y alteraciones en el vaciamiento vesical secundarios a patología prostática, los cuales constituyen, sin duda alguna, un factor de riesgo mayor para la DE. Hay estudios que indican que ser portador de patología prostática obstructiva incrementa el riesgo relativo de tener DE, de 1.8 a 7.5 veces, en función del grado de severidad de los síntomas del tracto urinario inferior.²⁴

Otras entidades que llegan a incrementar el riesgo de DE son traumatismos, ciertos medicamentos, tabaquismo, insuficiencia renal crónica, esclerosis múltiple, enfermedad de Alzheimer y depresión, así como alteraciones endocrinas y cirugía pélvica, entre otras.²⁵⁻²⁸ Incluso, se adjudica la DE a algunos casos de alteraciones vasculares en tejido sujeto a radioterapia.²⁹

CLASIFICACIÓN

El síndrome de disfunción eréctil (DE) puede presentarse de diversas maneras, de lo que derivan algunas precisiones en su clasificación: la temporalidad (momento en el cual surge el problema), que se divide en primaria (si se ha presentado durante toda la vida del varón) o secundaria (si se ha presentado después de un periodo de funcionamiento normal), y el de la situacionalidad, que depende del contexto (circunstancia) en la cual se presenta la DE, de modo que existe el síndrome de DE global (en todas las situaciones, contextos, estímulos, procedimientos y compañeros), selectivo (falla eréctil sólo bajo determinadas situaciones o circunstancias) o parcial (cuando el varón logra una erección suficiente sólo si se masturba, pero no en una relación con pareja).³⁰

Clasificar a la DE según estos criterios de temporalidad y situacionalidad permite al clínico orientarse hacia las posibles causas y, por tanto, buscarlas de manera adecuada por

medio de estudios de laboratorio y gabinete precisos, sin generar molestias adicionales al bienestar del paciente con estudios invasivos e innecesarios.

Mecanismos celulares de flacidez y erección

Los eventos hemodinámicos que mantienen la flacidez o producen la erección son determinados por el tono muscular liso del pene (arterial y trabecular). La figura 6-1 muestra la anatomía general del pene, en tanto que en la figura 6-2 se muestra un corte sagital del mismo a fin de apreciar la diferencia entre su estado flácido y erecto.

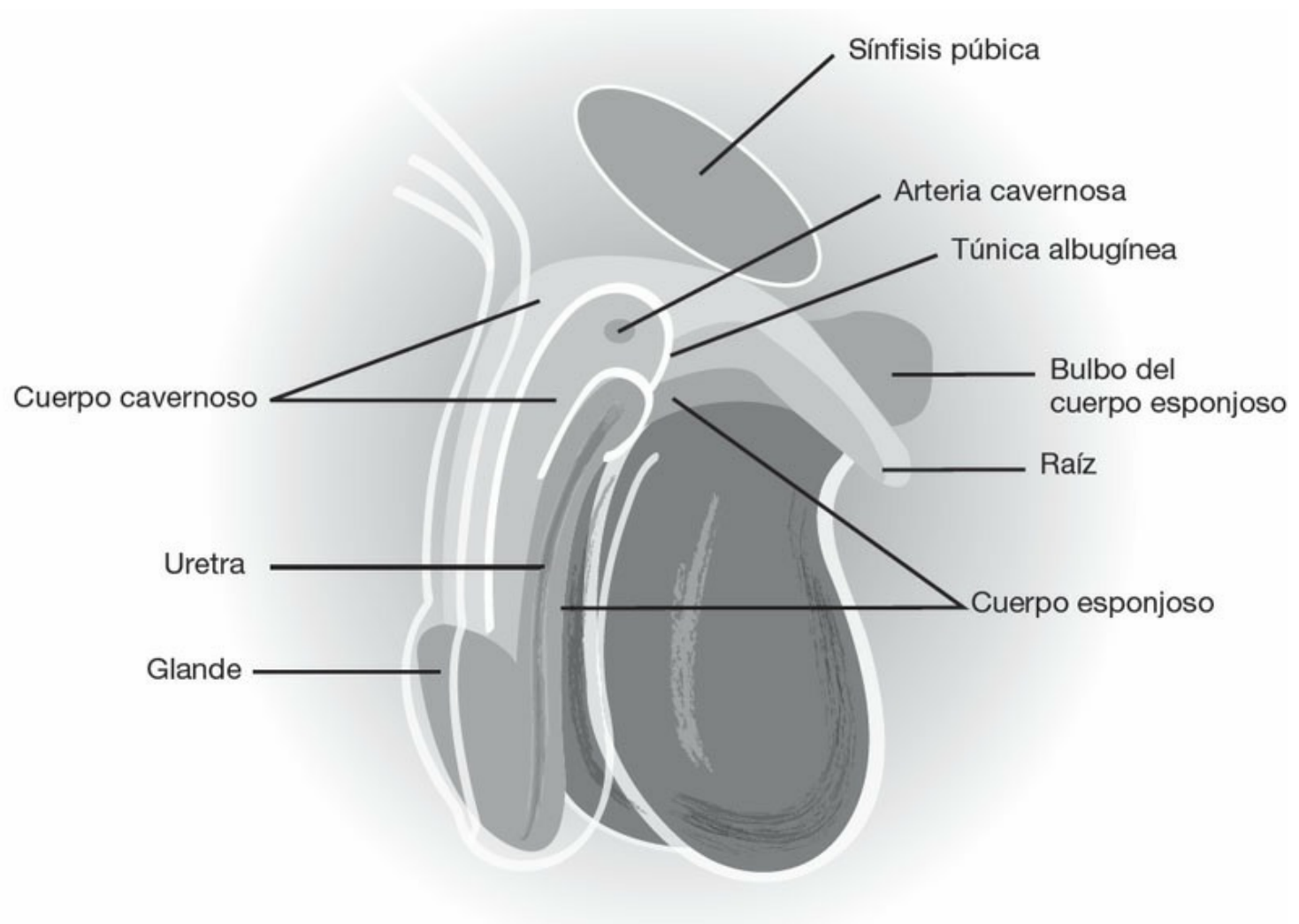


Figura 6-1. Anatomía del pene (estado flácido).

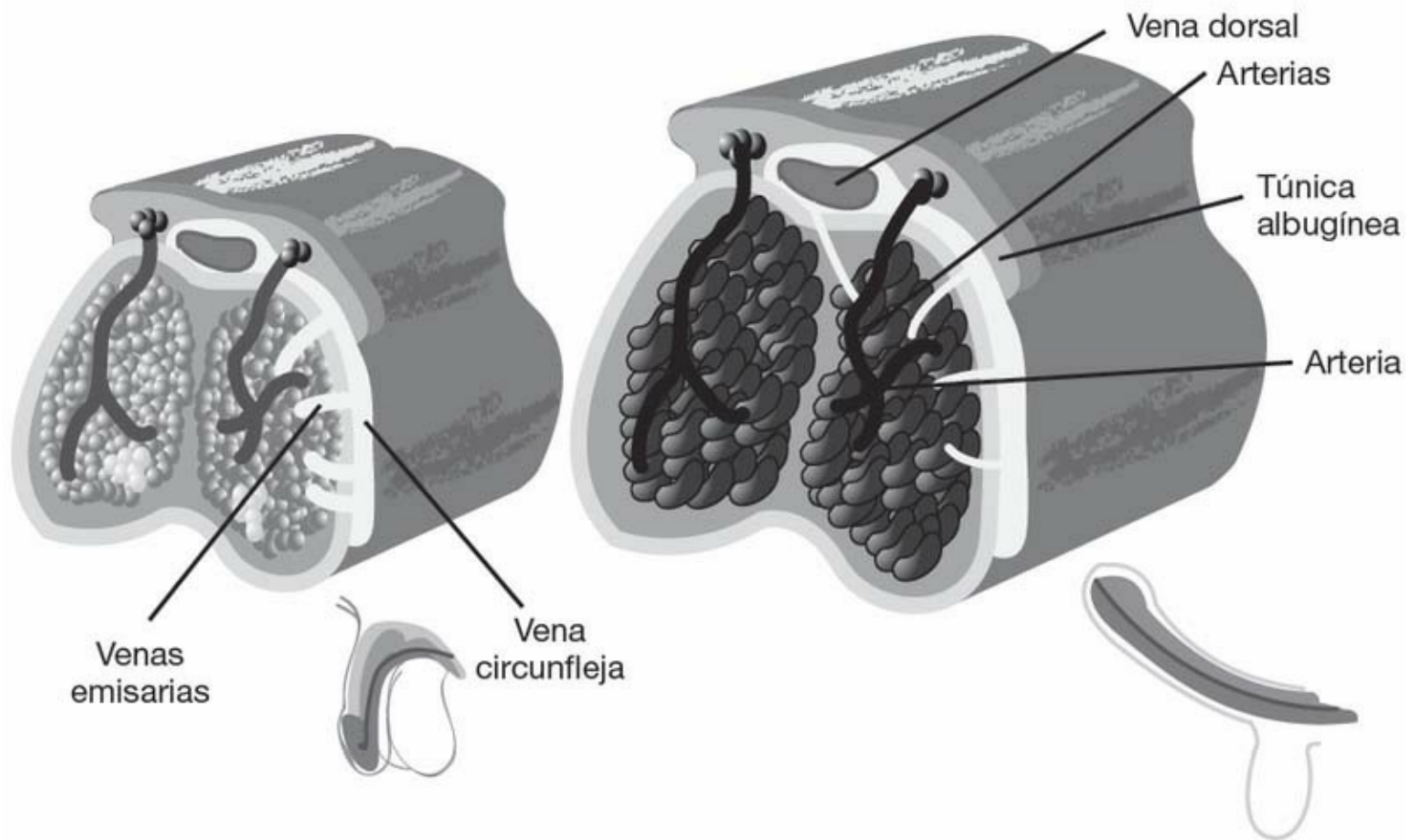


Figura 6-2. Corte sagital del pene durante la flacidez y la erección.

De esta manera, el tono elevado determina el estado de flacidez y la erección requiere una disminución del tono del músculo liso. Los niveles adecuados de neurotransmisores agonistas, las hormonas y las sustancias endoteliales son los factores reguladores de la actividad muscular peniana. A ellos se les suma una expresión normal de receptores, la integridad de los mecanismos de transmisión, la homeostasis del calcio, la interacción entre proteínas contráctiles y una efectiva comunicación intercelular del músculo liso.³¹ La figura 6-3 ilustra la también necesaria irrigación peniana necesaria para alcanzar la erección.

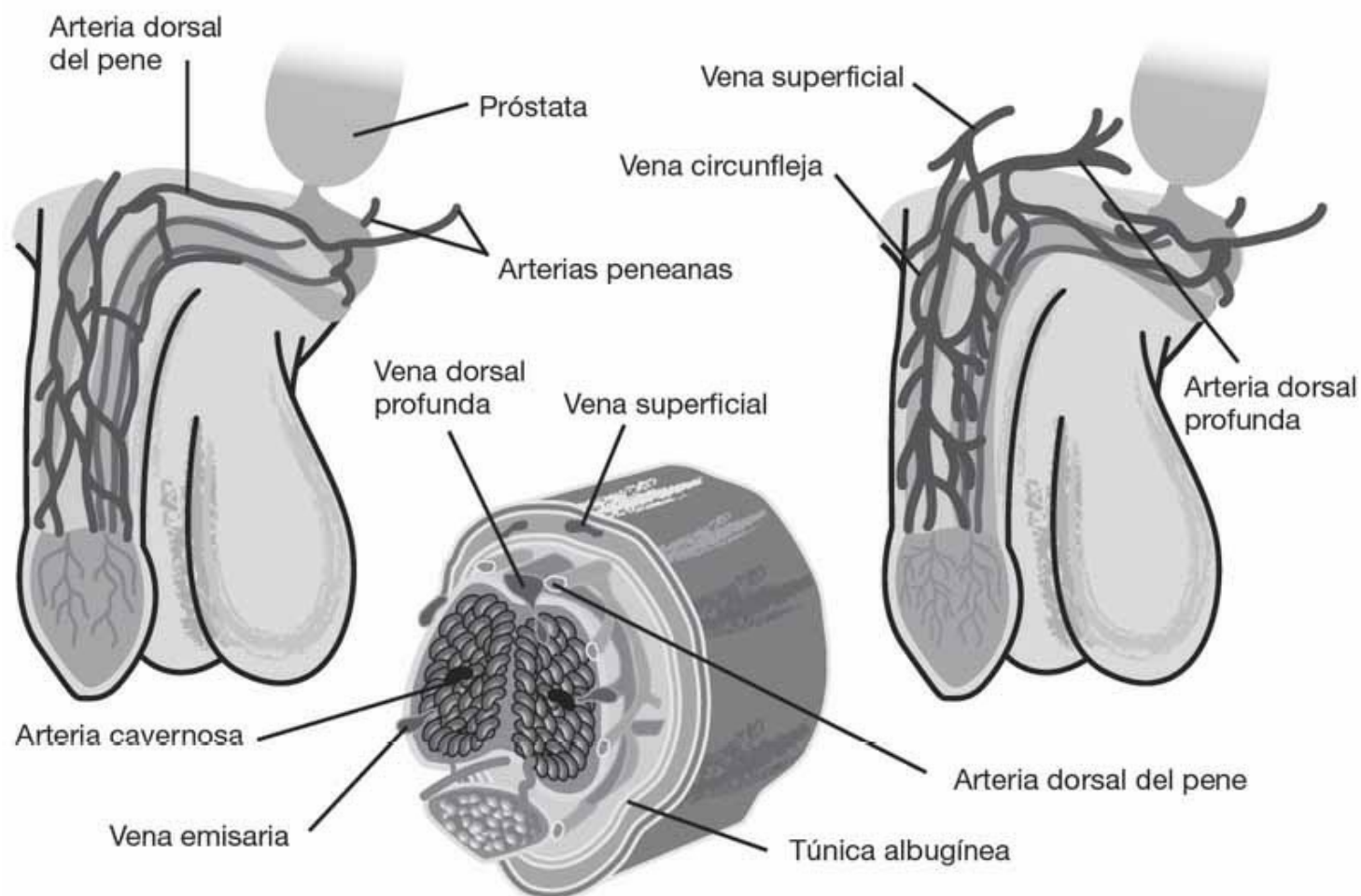


Figura 6-3. Irrigación del pene.

Así que la ecuación balanceada entre los factores de relajación y contractilidad determina el tono muscular y está supeditada al aumento en las concentraciones de calcio intracelular. Esto se regula por receptores adrenérgicos α subtipos 1 y 2 expresados en el músculo liso trabecular. La contracción determinada por receptores α -1 depende del calcio extracelular ingresado, mientras que la llave de los receptores α -2 depende de la liberación de calcio intracelular y extracelular.

La endotelina es una constrictora poderosa del músculo liso y fortalece el efecto de las catecolaminas que tienen el mismo fin. Además de la endotelina participan activamente en la flacidez del pene los receptores eicosanoides como PGF2- α y tromboxano A2 que se sintetizan en el tejido cavernoso. Existen estudios *in vitro* que observaron y demostraron la responsabilidad de la PGF2- α y el tromboxano A2 en el tono muscular aislado.

La administración intratecal de fármacos opiáceos como la morfina inhibe la eyaculación pero no necesariamente la erección. Aún así, la pérdida de la capacidad de alcanzar o mantener una erección, es un efecto colateral observado con mucha frecuencia en los pacientes adictos.

En el mantenimiento del tono muscular también actúa el sistema angiotensina. La angiotensina II ha sido detectada en células endoteliales y del músculo liso del cuerpo cavernoso producido localmente y ocasiona contracción en el organismo humano.

Cuando las sustancias mencionadas actúan, activan el músculo peniano. Entonces la concentración del calcio libre intracelular aumenta; tal incremento es secundario a la

activación de mecanismos como fosfolipasa C y trifosfato inositol, lo cual resulta en la activación de calcio de los depósitos intracelulares —como el retículo sarcoplásmico—, con lo que se abren los canales de calcio.³²⁻³³

Mecanismo de la Rho-quinasa

Otro de los mecanismos que regula la contracción del músculo liso peniano es la vía que involucra a la RhoA, una pequeña proteína G monomérica que activa la Rho-quinasa, un sistema de bajo consumo energético. La Rho-quinasa activada fosforila, así que inhibe la regulación de la subunidad del fosfato de miosina muscular y previene que los miofilamentos mantengan el tono contráctil. La cantidad de RhoA y Rho-quinasa se ha detectado 17 veces más en el músculo cavernoso que en el vascular. Asimismo, se ha demostrado que un inhibidor selectivo de la Rho-quinasa produce relajación del cuerpo cavernoso *in vitro* e induce la erección en modelos animales.³⁴⁻³⁶

Vía del cGMP (monofosfato cíclico de guanosina)

Cuando en 1998 el Instituto Karolinska concedió el Premio Nobel de Medicina a los doctores Robert F. Furchgott, Louis J Ignaro y Frid Murad por sus descubrimientos sobre las implicaciones del óxido nítrico (NO) como la molécula vasodilatadora más importante pocos imaginaban que este componente del esmog y la lluvia ácida, podía ser considerado como un elemento clínico favorable.^{57,58}

El NO es el primer gas descrito como neurotransmisor, una de las 10 moléculas más pequeñas de la naturaleza y su percepción ha variado de modo sistemático desde que se conoce su producción en el organismo humano y animal (figura 6-4).

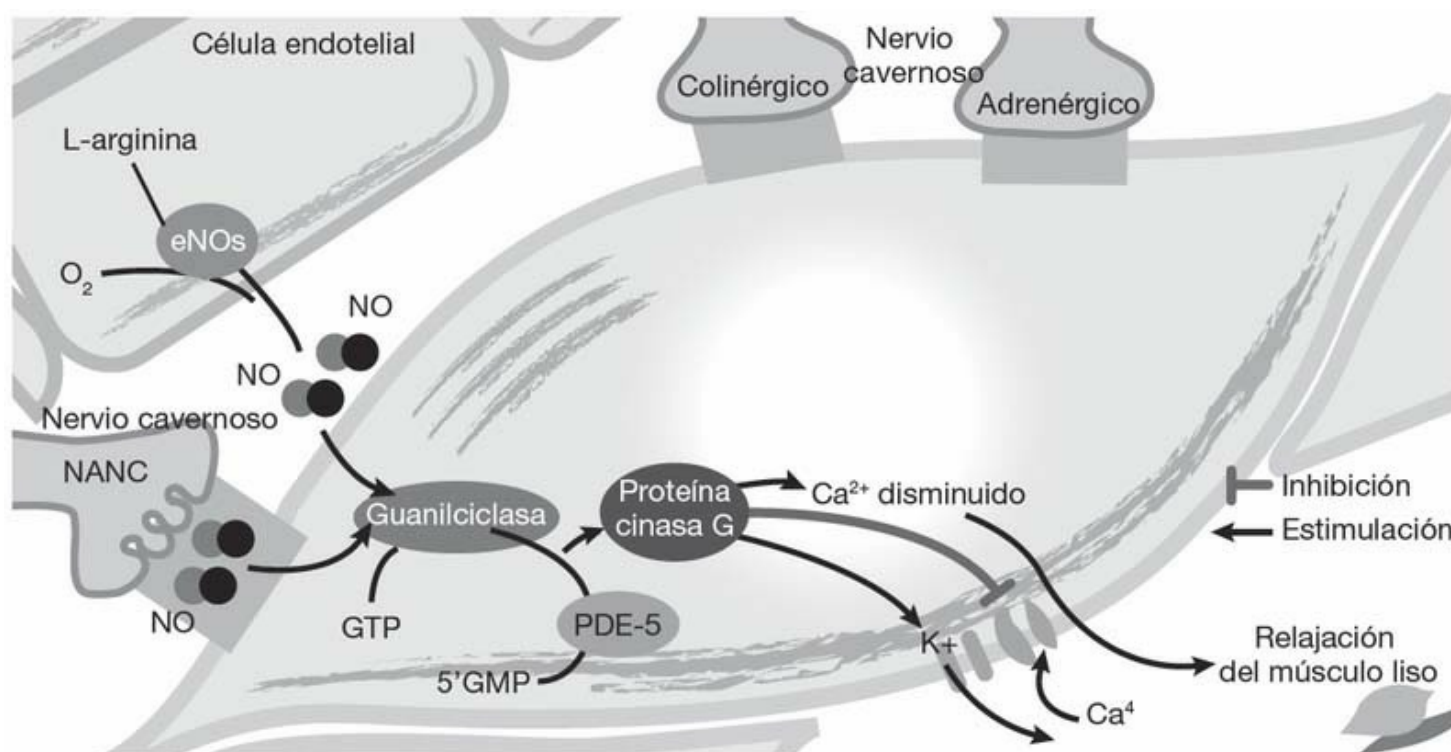


Figura 6-4. Vía del cGMP de producción de la erección.

EL NO es un radical libre muy reactivo e inestable desde el punto de vista químico, el precursor es aminoácido L-arginina, en su síntesis interviene la NO sintasa (NOs) de la que existen tres isoformas que son 60% homólogas, dos isoformas constitutivas, endotelial (eNOs) y neuronal (nNOs) que se encuentran en el endotelio vascular, y en el sistema nervioso respectivamente; las cuales actúan por breves periodos, enviando señales a las células adyacentes, produciendo vasodilatación o neurotransmisión, para lo que requieren calcio y una proteína fijadora de calcio llamada calmodulina.

La otra isoforma independiente del calcio llamada inducible (iNOS) se encuentra en los macrófagos que sintetiza NO en grandes cantidades y por lapsos prolongados, destruyendo bacterias y parásitos.³⁹⁻⁴¹

Entonces, las sintasas de NO en sus diversas isoformas lo producen partir de los precursores. El NO, a su vez, estimula la enzima guanilato ciclasa para que el trifosfato cíclico de guanosina se convierta en monofosfato cíclico de guanosina (cGMP), mismo que actúa como segundo mensajero (el primero es el NO). La producción de cGMP a través de diferentes mecanismos reduce la cantidad de calcio intracelular, lo que al final condiciona la relajación de la musculatura lisa. Una adecuada homeostasis del calcio intracelular es la base que regula el tono del músculo liso y, por ende, la flacidez y la erección. La cantidad de cGMP está regulada por la enzima llamada fosfodiesterasa-5, que es la variedad presente en los genitales. Esta enzima, mediante una hidrolización, “desactiva” el cGMP convirtiéndolo en guanosin monofosfato (GMP), dejando de estimular los mecanismos que producen relajación.⁴²

Los nervios posganglionares parasimpáticos tienen en su estructura nNOs y activan NO como un cotransmisor con acetilcolina y son llamados nervios nitrinérgicos. La estimulación del nervio cavernoso activa las fibras nerviosas nitrinérgicas al igual que al

óxido nítrico (NO) en las terminales nerviosas, lo cual ocasiona relajación del músculo peniano (figura 6-6). *In vitro*, la estimulación no adrenérgica y no colinérgica de los vasos sanguíneos de los cuerpos cavernosos ocasiona una respuesta de relajación nitrinérgica que puede ser bloqueada por inhibidores de NOs.

Vía del cAMP (monofosfato cíclico de adenosina)

El péptido intestinal vasoactivo (PIV) en el nervio autonómico, la prostaglandina E (PGE), tanto su variedad PGE-1 como PGE-2, la prostaciclina, sintetizada por el músculo liso y el endotelio neural y las catecolaminas circulantes; estimulan los receptores específicos que activan la adenilciclase (AC) que cataliza la formación de monofosfato cíclico de adenosina a 3', 5' monofosfato cíclico (cAMP). La vía del cAMP tiene un papel menor en la fisiología de la función eréctil; sin embargo, cuando es activado de manera exógena (p. ej., la administración intracavernosa de PGE-1 para el tratamiento de la DE) ha probado ser una vía eficiente para la relajación del músculo liso peniano.

ANATOMOFISIOLOGÍA DE LA ERECCIÓN

El pene es inervado por diversas fibras nerviosas periféricas: simpáticas, parasimpáticas, sensoriales y motoras (figura 6-5). Las fibras parasimpáticas, emergen del centro de erección sacra (S2-S4 y S5),⁴³ en tanto que las fibras simpáticas emergen del área toracolumbar (T12-L2) viajando del plexo preaórtico hacia el plexo hipogástrico, en donde se juntan con las fibras parasimpáticas en el plexo pélvico, de donde parten los nervios cavernosos.

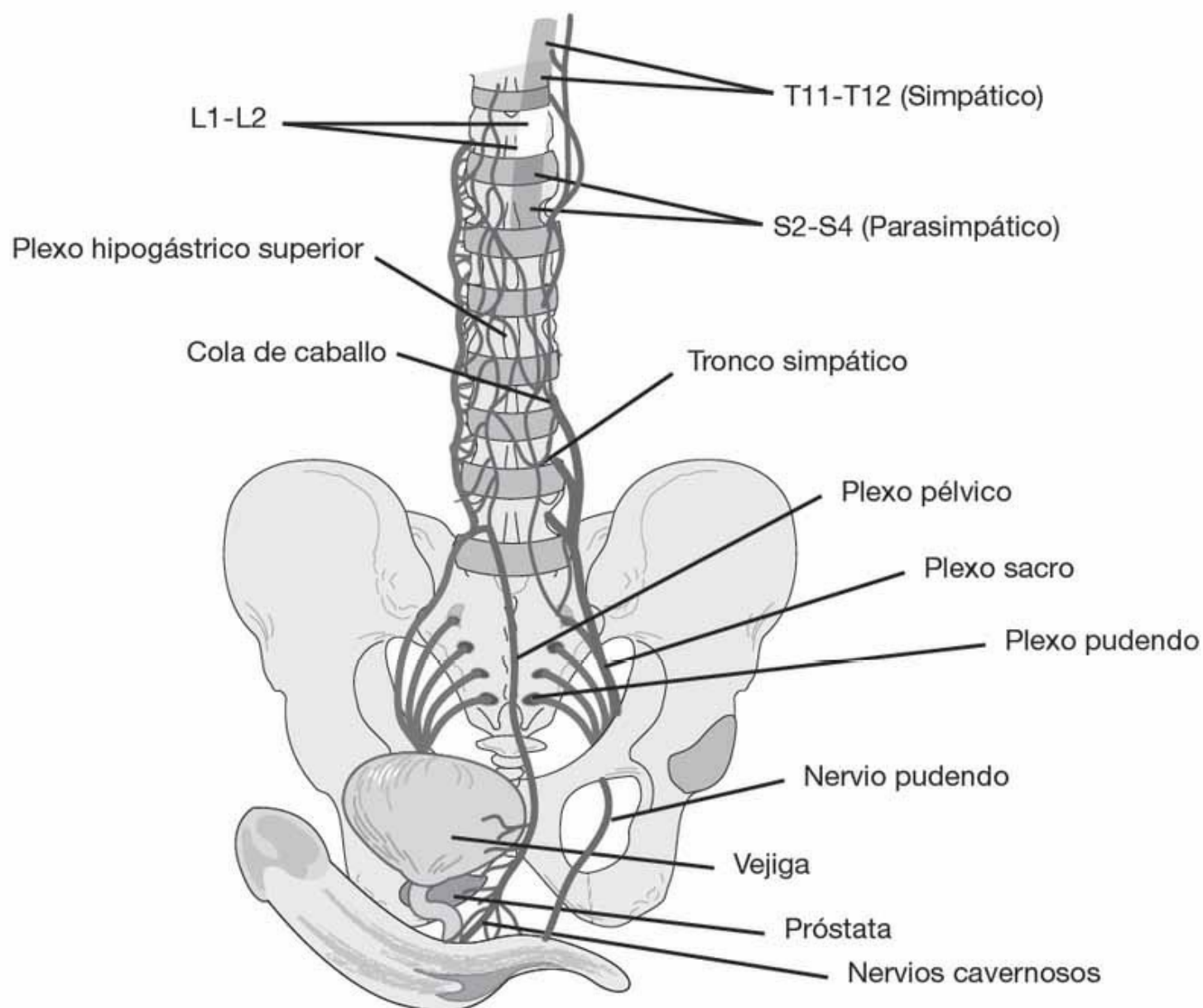


Figura 6-5. Vías nerviosas descendentes y receptores espinales.

El sistema parasimpático ejerce acción miorrelajante y vasodilatadora al permitir la erección. El sistema simpático tiene acción inotrópica positiva y vasoconstrictora, de modo que promueve la flacidez, pero actúa también como auxiliar de la erección.^{44,45}

De la emersión de los nervios cavernosos del plexo pélvico viajan entre el recto y la próstata, atraviesa el diafragma urogenital acompañando, primero, la porción terminal de la arteria pudenda interna y, posteriormente la arteria cavernosa, con la cual perfora la túnica albugínea y penetra en el cuerpo cavernoso.⁴⁶ Sus ramos inervan a los vasos penianos y el tejido cavernoso, actuando de manera primordial sobre la musculatura lisa de esas estructuras, con lo cual promueve su contracción o relajamiento.

La innervación somática del pene es realizada por el nervio pudendo, que tiene aferentes sensoriales y eferentes motores. El nervio dorsal del pene es el ramo sensorial del nervio pudendo. Las fibras sensoriales son responsables por la conducción de impulsos sensitivos táctiles, de presión, vibratorios, térmicos y dolorosos.

También las fibras sensoriales fueron identificadas en los nervios cavernosos y parecen ser responsables de la innervación de la uretra. Las fibras motoras inervan los músculos

estriados del pene, el bulbo cavernoso y el isquio cavernoso;⁴⁷ de hecho, se originan en las neuronas del asta anterior de la médula, también en los segmentos de S2 a S4.^{48,49}

El hipotálamo es el principal centro encefálico generador de erecciones psicógenas (figura 6-6). Los impulsos originados ahí se dirigen a la formación reticular y después a centros espinales. Hay varios neurotransmisores involucrados en la respuesta neurológica de la erección, incluyendo dopamina, oxitocina, serotonina y noradrenalina. En el hipotálamo en núcleo paraventricular (NPV) recibe estímulos neurales de la amígdala al área preóptica medial (APOM) con lo cual tiene una acción proeréctil. La sustancia gris periacueductal tiene conexiones neurales entre el APOM y el tallo cerebral que es probable tenga también una actividad proeréctil.

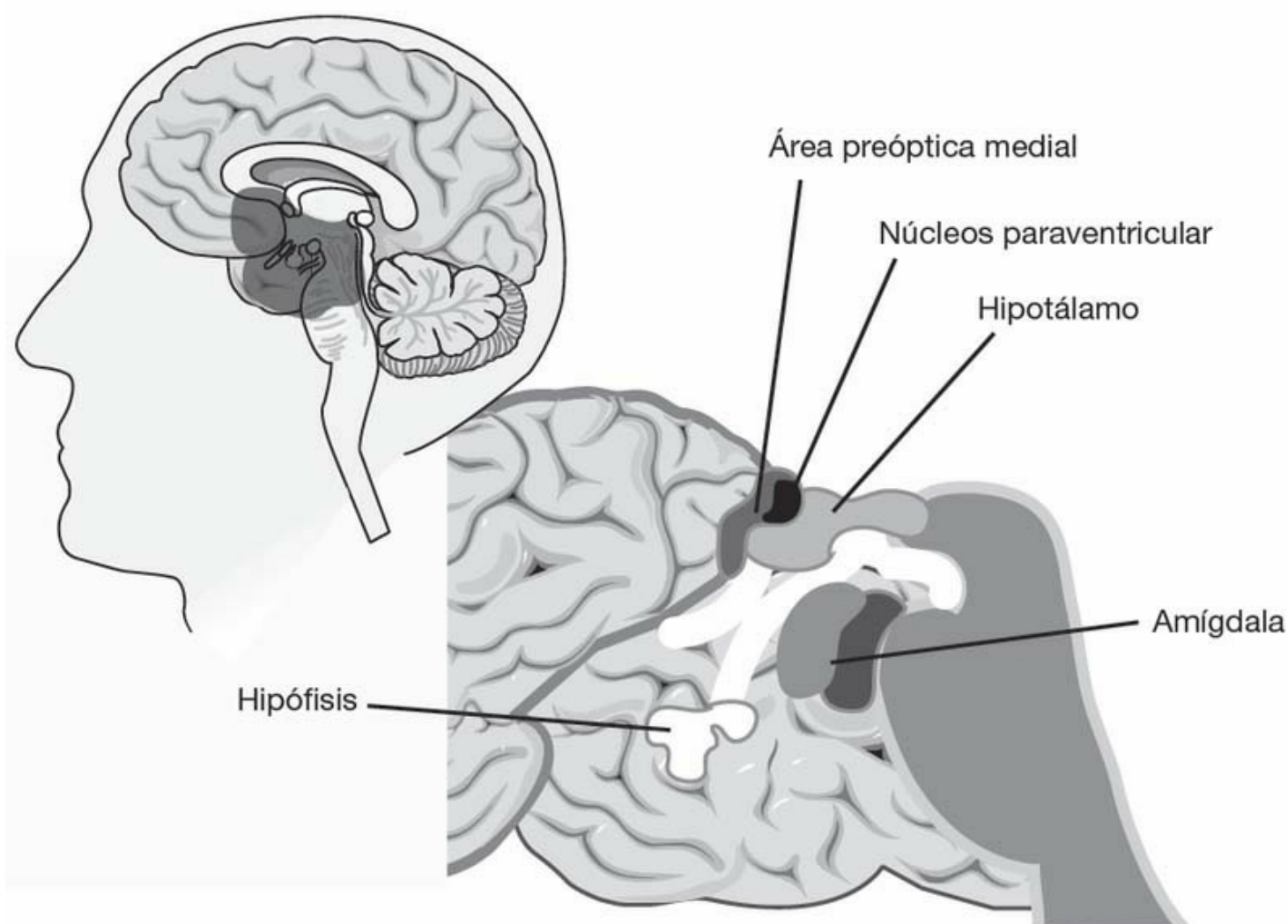


Figura 6-6. Hipotálamo y órganos asociados.

En 1902, Miller desarrolló el concepto de que, desde el punto de vista de generadores neurales, había dos tipos de erección: psicogénica y reflexogénica. Las primeras son generadas en el encéfalo a partir de estímulos visuales, auditivos, olfativos e imaginarios. Las reflexogénicas surgen en la médula espinal y son desencadenadas por estimulación táctil de los genitales o de las regiones cercanas.

FISIOPATOLOGÍA DE LA DISFUNCIÓN ERÉCTIL

La erección peniana es un fenómeno neurovascular que requiere integridad endotelial. La estimulación sexual hace que las neuronas y las células endoteliales de la vasculatura del cuerpo cavernoso liberen óxido nítrico (NO), el cual entra a las células vasculares y trabéculas del músculo liso estimulando la guanidilciclase soluble (sGS), la cual cataliza la producción de (cGMP). A través de estos eventos, el cGMP reduce los niveles intracelulares del calcio, con lo que favorece la relajación de las células vasculares del músculo liso. La función eréctil depende de la homeostasis entre los factores vasculares que contraen o relajan al músculo liso (figura 6-7).

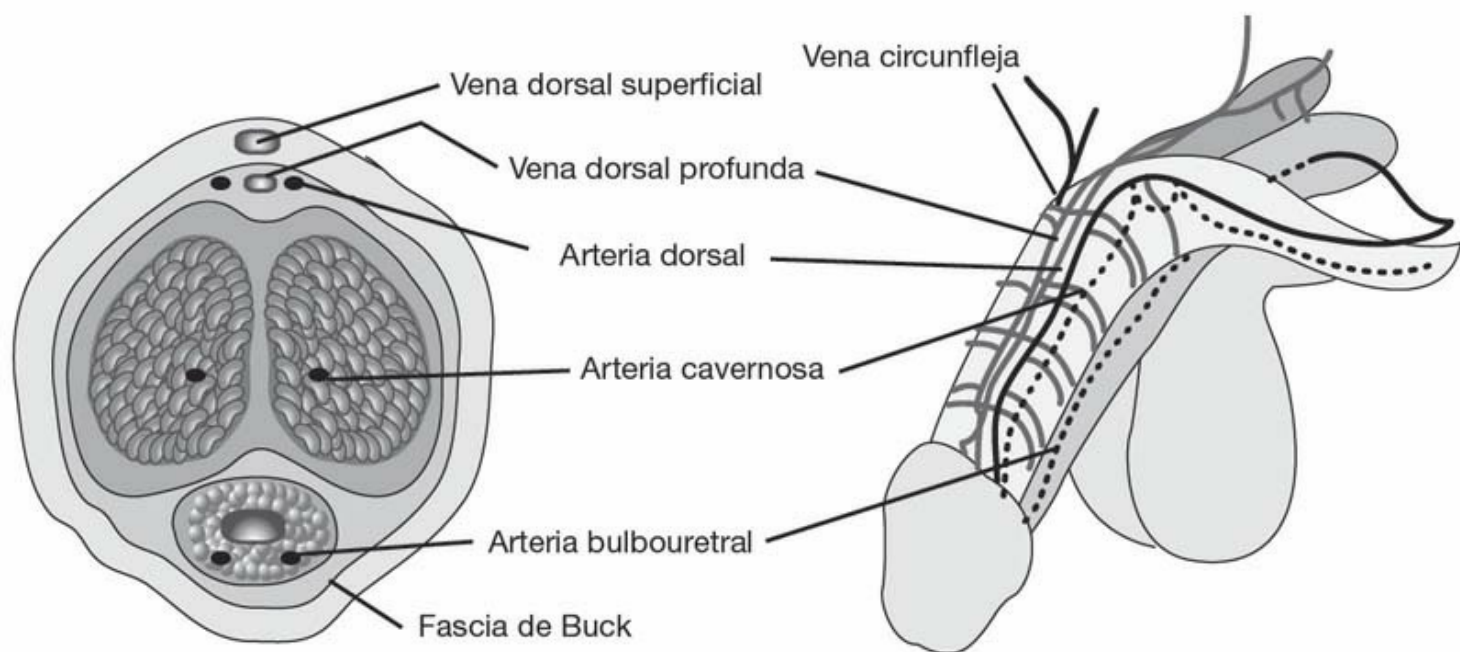


Figura 6-7. Principales venas implicadas en la erección.

El cuerpo cavernoso está compuesto por una red interconectada de células musculares lisas depositadas en el endotelio vascular. Las alteraciones en cualquiera de los procesos neurovasculares que afecten a la función endotelial son causa probable de DE.⁵⁰

ETIOLOGÍA

Los mecanismos fisiopatológicos capaces de producir disfunción eréctil (DE) se clasifican en vasculares, neurológicos periféricos, neurológicos centrales, endocrinos, anatómicos o como efecto colateral del uso de ciertos fármacos. En el adulto mayor, la mayoría de los casos de DE son consecuencia de factores orgánicos y psicológicos.

Diversas patologías tienen el potencial de producir DE por obstrucción de arterias, incapacidad de los vasos penianos para almacenar la sangre durante la erección, daño de los nervios a nivel pélvico o peniano, o alteraciones hormonales.⁵¹

La causa orgánica más frecuente de DE es la que tiene que ver con el flujo de sangre que

entra o sale del pene a través de sus vasos (vasculogénica). La enfermedad arterial aterosclerótica o traumática, disminuye el flujo de sangre hacia los espacios lacunares, lo que genera disminución en la rigidez de la erección y un alargamiento del tiempo necesario para alcanzar la erección completa. Un flujo excesivo de salida de sangre desde el pene aun en presencia de un flujo de entrada adecuado, también contribuye a la DE. Tal situación se presenta en individuos ansiosos, con un tono adrenérgico excesivo o en aquellos con daño a las eferencias parasimpáticas. Las alteraciones estructurales de los componentes fibroelásticos del pene pueden causar una pérdida de la distensibilidad e incapacidad para comprimir las venas del pene a pesar de la turgencia de los cuerpos cavernosos.^{52,53}

Cuando el endotelio es dañado de modo progresivo (como en la hipertensión), la vasculatura se remodela con músculo liso hipertrofiado y aumento de colágeno tipo III. Hay un notable incremento en la actividad vascular de las Rho-quinasa, mismas que provocan la contracción del músculo liso de las arterias cavernosas.^{54,55}

Las lipoproteínas de alta densidad (HDL) y las de baja densidad (LDL), así como niveles excesivos de colesterol total, son factores de riesgo documentados para la enfermedad endotelial. Alrededor de 26% de los hombres con DE tiene hipercolesterolemia, aunque estudios recientes reportan niveles que van desde 40 hasta 80%.

La oxidación del colesterol LDL se ha encontrado en la formación de la placa del endotelio y es una causa importante de la falta de relajación, además de la producción de radicales superóxido y la ausencia de eNOS.⁵⁶ Las endotelinas-1 están aumentadas en pacientes hiperlipidémicos, aunque no se ha dilucidado aún el mecanismo a través del cual esto ocurre.^{57,58}

Los desórdenes neurogénicos que afectan la columna vertebral a nivel sacro o las fibras autonómicas que se dirigen hacia el pene pueden causar DE. Aun cuando 75% de los pacientes con lesiones medulares conservan la capacidad de erección, sólo 25% tiene una erección suficiente para la penetración o hasta terminar el acto sexual. Otras alteraciones asociadas con disfunción eréctil (DE) incluyen esclerosis múltiple y neuropatía periférica, esta última comúnmente asociada con diabetes mellitus o alcoholismo.

Algunas cirugías pélvicas pueden causar DE por la afección de nervios autonómicos, así como la resección radical de próstata, debido a la dificultad para disecar y conservar los nervios involucrados en la erección.

A nivel endocrino, los andrógenos mantienen el deseo sexual, pero su rol exacto en la función eréctil aún no se ha establecido con claridad, pero no hay duda de que todas las circunstancias relacionadas a baja producción androgénica impactan en el deseo y la excitación del varón.

La hiperprolactinemia llega a disminuir el deseo sexual por supresión de GnRH, lo cual conlleva a disminución de testosterona. El tratamiento de la hiperprolactinemia con agonistas de dopamina restituye la libido y los niveles de testosterona. La prevalencia de DE en hombres con diabetes mellitus es de 35 a 75%. Los mecanismos patológicos se relacionan sobre todo con las complicaciones vasculares y neurológicas vinculadas con la diabetes.^{57,58}

Dos mecanismos contribuyen a la inhibición de las erecciones en la DE psicogénica: en primer lugar, un estímulo psicogénico disruptivo (como un pensamiento antierótico) es capaz de inhibir las respuestas reflexogénicas en la médula espinal. En segundo lugar, la

estimulación simpática excesiva en un individuo ansioso quizá aumente el tono del músculo liso peniano y, como consecuencia, promueva la flacidez. Las causas más comunes de DE psicogénica son: angustia de desempeño sexual, depresión, conflictos de pareja, pérdida de atracción física, inhibición sexual, conflictos con la orientación sexual, abuso sexual en la infancia, miedo al embarazo o a las enfermedades de transmisión sexual (ETS).

Se estima en un 25% la DE inducida por medicamentos prescritos por el médico general (cuadro 6-2): antihipertensivos, diuréticos tiazídicos, β bloqueadores e hipoglucemiantes orales son los que se han visto implicados con DE de manera más frecuente. Los estrógenos, agonistas de GnRH, antagonistas H2 y espironolactona causan DE al suprimir la producción de gonadotropinas o alterar la acción de los andrógenos.

Cuadro 6-2. Fármacos que pueden causar DE	
Antihipertensivos <i>Simpaticolíticos</i> • Metildopa • Reserpina • Clonidina • Guanetidina β Bloqueadores • Propanolol • Betapinlol • Atenolol • Metoprolol <i>Diuréticos</i> • Tiazidas • Espironolactona • Antialdosterónicos • Hidralazina Fármacos de acción hormonal (disminuyen o inhiben la acción de la testosterona) • Antiandrógenos • Digoxina • Anabólicos • Espironolactona • Estrógenos • Esteroides • Ketoconazol • Clofibrato	Fármacos de acción hormonal (aumentan los niveles de prolactina) • Cimetidina • Metoclopramida • Fenotiazidas • Opiáceos • Endorfinas • Haloperidol • Metildopa • Tricíclicos Psicotrópicos <i>Antidepresivos</i> • ISRS • IMAO • Tricíclicos • Tetracíclicos <i>Antipsicóticos y neurolépticos</i> • Tioxantinas • Fenotiazinas • Tioridazinas • Butirofenonas • Haloperidol <i>Ansiolíticos</i> • Benzodiacepinas

La digoxina induce a la DE por el bloqueo de la bomba Na^+ , K^+ -ATPasa, que resulta del incremento en el calcio intracelular y en el tono del músculo liso del pene. Los agentes antidepresivos, así como los antipsicóticos llegan a provocar disminución del deseo sexual, disfunción eréctil, eyaculación y orgasmo retardados de manera transitoria y reversible, mientras son consumidos.

A pesar de que muchos medicamentos pueden causar DE, los pacientes a menudo presentan, además, factores de riesgo concomitantes que complican el cuadro clínico. Si

existe una asociación muy fuerte entre el comienzo de un medicamento y el inicio de la DE, es importante considerar medicamentos alternativos. También cabe prescribir tratamiento contra la DE sin intentar muchos cambios en los medicamentos, ya que en ocasiones resulta difícil establecer un rol causal a cada medicamento en particular.⁵⁹

DIAGNÓSTICO

La calidad de la relación médico-paciente es fundamental para el diagnóstico y evaluación de la DE, ya que es un tema íntimo que resulta a menudo intimidante para ambos, aunque la responsabilidad de tratarlo de una manera abierta y profesional, siempre es del médico. Con frecuencia es el médico de atención primaria o familiar quien primero inicia la evaluación. Es indispensable la realización de una historia clínica médica completa, una historia sexual, exploración física completa y, desde un punto de vista ideal, algunos estudios de laboratorio.⁶⁰

Existen tres cuestionarios estandarizados para la valoración clínica: 1) Cuestionario Breve de la Función Sexual Masculina para Urología; 2) Índice Internacional de la Función Eréctil (IIFE) —también en una forma breve, Cuestionario Breve de la Salud Sexual Masculina (SHIM)— y 3) Cuestionario de Satisfacción por Tratamiento de Disfunción Eréctil (EDITS).⁶¹

El Cuestionario Breve de la Función Sexual Masculina para Urología consiste en 11 preguntas validadas que se realizan para medir la conducta sexual, la función eréctil y problemas de satisfacción en general; se trata de un cuestionario corto y autoadministrable que es ideal para la evaluación de consulta externa. El IIFE es un instrumento de medición de la DE masculina con validación internacional, que se usa sobre todo en estudios clínicos, en tanto que el SHIM es la versión reducida del IIFE. El EDITS se desarrolló para valorar la satisfacción del paciente y su pareja después de iniciado el tratamiento para la DE.⁶²⁻⁶⁴

Utilizando las herramientas de entrevista mencionadas, se puede determinar, antes que nada si hay o no DE, si es de grado leve, moderado o grave, y si hay datos orientadores de otras disfunciones sexuales en el paciente o en la pareja. Es importante obtener detalles con respecto a las circunstancias que rodean a la erección y a la DE, la presencia o ausencia de erecciones matutinas o nocturnas, así como la calidad de las mismas.

La exploración física es un elemento esencial en la evaluación de la DE y lo recomendable es que la realice el médico tratante, mas no aquél que se ocupe de la psicoterapia sexual del paciente, ya que ambos tienen una función específica. Si el terapeuta sexual es médico, deberá pedir al paciente que consulte a otro médico o a un urólogo para la evaluación del área genitourinaria y la exploración física general. Deben ser dilucidados los signos y síntomas de enfermedades cardiovasculares, así como la evidencia de enfermedad endocrina, hepática, hematológica, genitourinaria, metabólica y neurológica, como se muestra en el algoritmo de la figura 6-8.

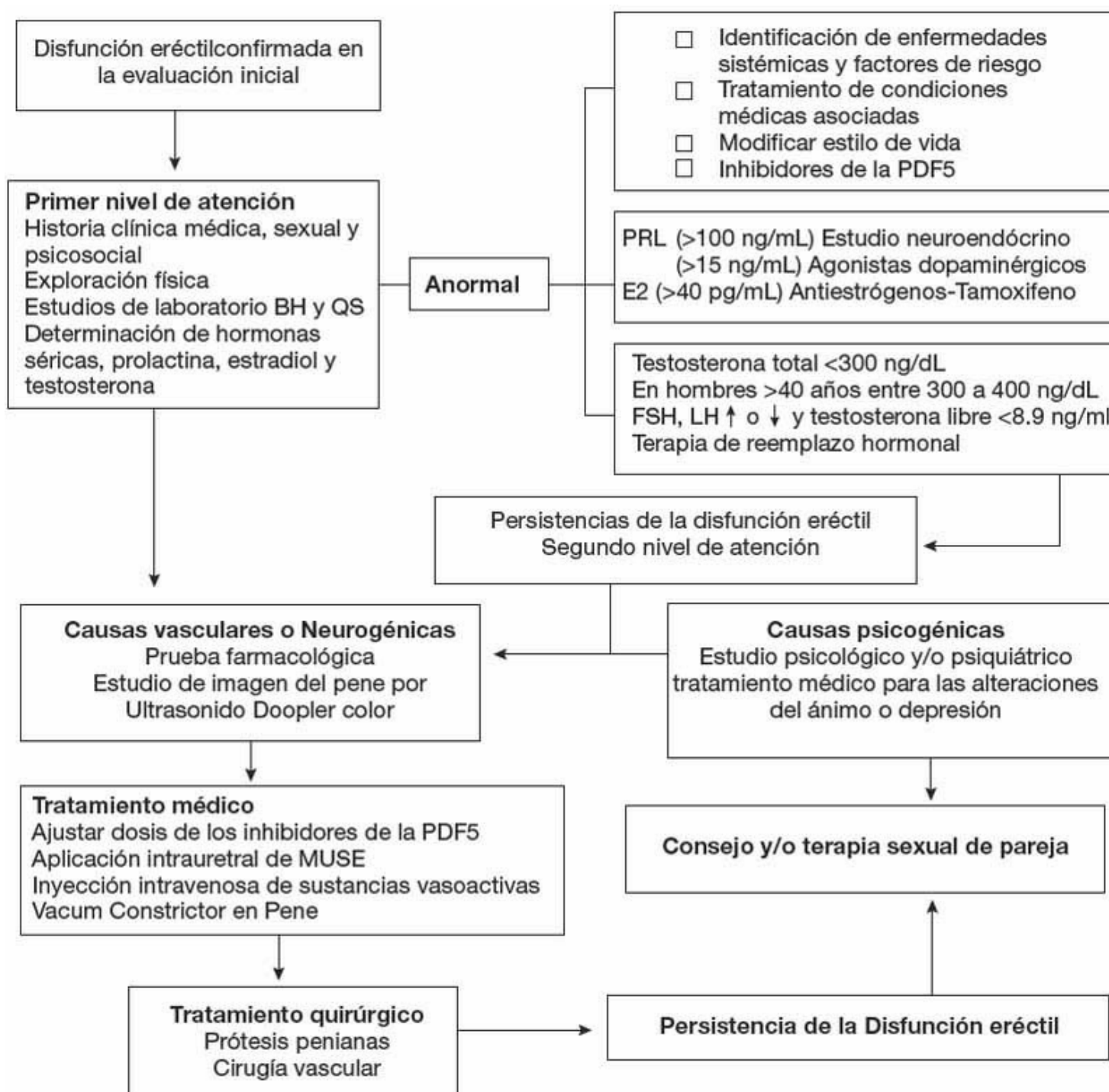


Figura 6-8. Algoritmo para el diagnóstico y manejo de la DE. (Reproducida con autorización de: Tapia R., López, V., Meza E. Diagnóstico y evaluación del paciente con disfunción eréctil: Consenso mexicano sobre disfunción eréctil. [En Prensa] 2006).

El pene debe ser explorado visualmente y palpado a lo largo de su cuerpo buscando placas fibróticas (enfermedad de Peyronie) o cualquier anomalía que llame la atención del clínico o del paciente (lesiones, curvaturas, masas). Un volumen testicular reducido, así como la ausencia o alteración de los caracteres sexuales secundarios quizá sugieran hipogonadismo. El examen neurológico debe incluir la valoración del tono del esfínter anal, el reflejo bulbocavernoso y pruebas para neuropatías periféricas.⁶⁵

Los exámenes de laboratorio deben individualizarse en cada caso, tomando como base los hallazgos de la historia clínica y la exploración física. Se recomienda la determinación de

glucosa en ayuno o de hemoglobina glucosilada (HbA1C) en los pacientes con sospecha o diagnóstico de diabetes mellitus. Debido a que la DE se asocia con dislipidemia, es recomendable realizar un perfil lipídico completo. La disfunción tiroidea presenta una gran cantidad de síntomas inespecíficos y, en caso de estar indicada, es necesaria la determinación de TSH.

Asimismo es indispensable la evaluación de los niveles matutinos de testosterona total, debido a que el hipogonadismo es una de las causas tratables de disfunción eréctil (DE). Si los resultados muestran niveles de testosterona bajos, se recomienda solicitar la medición de testosterona libre, LH y prolactina para descartar un tumor hipofisario.⁶⁶ Es factible emplear pruebas diagnósticas especializadas en determinados pacientes, como estudios de la tumescencia peniana nocturna, inyección intracavernosa con vasoactivos, arteriografía y ecografía Doppler del pene, a fin de esclarecer la etiología y orientar el tratamiento.

En la práctica, este tipo de pruebas suelen reservarse para pacientes en los que ha fracasado el tratamiento oral o en los que se sospechan anomalías vasculares y anatómicas del pene. En algunos pacientes quizá sea preciso realizar más pruebas y tratamientos.

Los criterios para remitir un paciente con el especialista son: patologías penianas, varones jóvenes con historia de trauma perineal o peniano, casos que requieran diagnóstico neurológico o vascular, pacientes en situación de riesgo intermedio y alto riesgo cardiovascular para la práctica sexual, endocrinopatías, patologías psiquiátricas, psicosexuales o vinculativas importantes o cuando se quiera llegar a un diagnóstico etiopatogénico más completo.^{67,68}

TRATAMIENTO

Es de suma importancia la educación del paciente y su pareja en el tratamiento de la DE, ya que la educación facilita el entendimiento de disfunción, los resultados de las pruebas de laboratorio y la elección del tratamiento. La discusión entre el médico, el paciente y su pareja con respecto a las opciones de tratamiento, permite clarificar cuál es el mejor abordaje ofrecido y jerarquizar opciones de primera y segunda línea. Para los pacientes con factores de alto riesgo en su estilo de vida, como el tabaquismo, consumo de alcohol o drogadicción, es necesario el entendimiento del papel que desempeña todo ello en el desarrollo de la DE.

Debido al impacto que tienen los factores psicosociales y vinculativos en todas las formas de DE y, asimismo, en función a como la DE impacta en el vínculo y la vida de los pacientes y sus parejas, todos los pacientes deberán ser atendidos con sumo cuidado en estos aspectos, a fin de aliviar la ansiedad sexual, los temores y las dudas.

Psicoterapia sexual

La psicoterapia sexual es la primera elección en el caso de que se hayan descartado todos los factores orgánicos y va dirigida a disminuir los factores que generan en el paciente angustia de desempeño y conductas de intelectualización (o de autoobservación obsesiva

con respecto al funcionamiento peniano).

Así, se explica al paciente y a su pareja que para lidiar con dicha angustia es imprescindible evitar el coito, mismo que es sustituido por juegos eróticos excitantes. Con lo cual se les invita a realizar una focalización sensorial o “placerización” sensorial, la cual consiste en que la pareja, en contexto de intimidad, lleve a cabo un juego de caricias por turnos, mismo que incluye la totalidad del cuerpo y sin la exigencia de coito, donde quien es acariciado pide a quien acaricia, cómo y dónde desea la estimulación para después invertir los roles; en la sesión de caricias cada miembro de la pareja acaricia y es acariciado, pide y da al compañero y se excita con libertad porque no existe ni la exigencia ni la demanda del coito. Con esta sencilla maniobra, muchos pacientes con disfunción eréctil —en particular si es psicógena— logran tener erección.

Además, se le pide al varón que, con el fin de lograr disminuir la angustia de desempeño, procure masturbarse con un estímulo erótico eficaz, hasta eyacular, pero a solas y en un contexto en el que no haya demanda ni interrupciones. Una vez que logra hacerlo y obtiene una erección firme en varias ocasiones, el siguiente paso es que lo haga bajo el mismo techo en el que se encuentra su pareja, pero sin ser observado por ella (por ejemplo, la habitación contigua). Cuando ha superado esta estrategia, pasa a masturbarse pero, ahora en presencia de la pareja, aunque sin tocarse uno al otro y sin exigencia de coito. Cuando esta fase se ha cumplimentado de manera exitosa —con erección y eyaculación—, se le pide incluir a la pareja en el proceso, para que ella colabore en la caricia en general y en la masturbación en particular de él, también sin exigencia de coito. Si en estos últimos pasos en los que el varón está en compañía de su pareja, pierde la erección, la instrucción es que interrumpa la masturbación, se distraiga unos minutos en otra cosa y retome el ejercicio más tarde. El terapeuta debe subrayar que es factible perder la erección, pero ello no significa que ha ocurrido de manera definitiva y que volverá en cuanto el estímulo erótico sea eficaz, no haya angustia de desempeño ni conductas de autoobservación.

A veces el profesional puede ayudar al paciente con DE —en particular si es del tipo psicógeno— mediante prescribirle algún fármaco IPDE-5, con la debida explicación de que se trata de un paliativo transitorio, no necesario, pero útil para romper el círculo vicioso de excitación-angustia de desempeño-falla eréctil.

Terapia con medicamentos

Alprostadil es una prostaglandina (E1) sintética que puede administrarse por vía intracavernosa o intrauretral. Las tasas de eficacia en pacientes con DE orgánica oscilan entre 25% con alprostadil transuretral y 80% con el tratamiento de inyección.^{69,70}

La papaverina, por su parte, es un inhibidor no específico de la fosfodiesterasa que aumenta las concentraciones de cAMP y cGMP en los tejidos eréctiles del pene; también puede utilizarse como inyección intracavernosa. Antes de disponer del tratamiento oral para la DE, las inyecciones penianas con estos relajantes del músculo liso eran consideradas como el tratamiento de elección, a pesar de que los efectos adversos (en especial priapismo y fibrosis) y la incomodidad del método, limitaban su utilidad.^{71,72}

La apomorfina es un agonista no selectivo del receptor de la dopamina (D1/D2) de acción

central. Se considera que sus propiedades erectogénicas se producen por activación de los núcleos mediales y paraventriculares del hipotálamo. Su administración es por vía sublingual y se ha publicado que, en aproximadamente 50% de los pacientes, provoca erecciones lo bastante firmes como para mantener la relación sexual.⁷³

La yohimbina y la fentolamina oral son antagonistas de los receptores α adrenérgicos. Los resultados de los estudios clínicos con estos agentes no han sido del todo concluyentes como para que establecer un equilibrio entre costo-beneficio. La trazodona es un antagonista de la serotonina y un inhibidor de su recaptura, cuya eficacia, al igual que la de la yohimbina y la fentolamina, no ha podido demostrarse.

En hombres con DE asociada a hipogonadismo se ha prescrito tratamiento con andrógenos. Además de mejorar la función sexual, los andrógenos mejoran el estado de ánimo, la densidad mineral ósea, la fuerza muscular y la constitución física. Es necesario mencionar que las preparaciones orales tienen el potencial de producir hepatotoxicidad y, por tanto, deben evitarse.⁷⁴ La administración transdérmica semeja de manera estrecha los niveles fisiológicos de testosterona; están contraindicados en pacientes con cáncer de próstata u obstrucción del cuello de la vejiga.

Los dispositivos constrictores de vacío son eficaces para provocar erecciones satisfactorias en 70% de los usuarios. Consisten en cilindros de plástico que se colocan en el pene y se conectan a una bomba que crea un vacío parcial. La sangre —venosa, de manera predominante— es llevada hacia el pene, creando rigidez con el uso imprescindible de un anillo alrededor de la base para mantener la erección; el pene queda frío y con bajos niveles de oxígeno, por lo que la base del pene debe liberarse de la ligadura a corto plazo, para evitar isquemia (figura 6-9).⁷⁵ Los efectos colaterales ocasionales son petequias y entumecimiento peniano, así como dificultad o dolor durante la eyaculación.

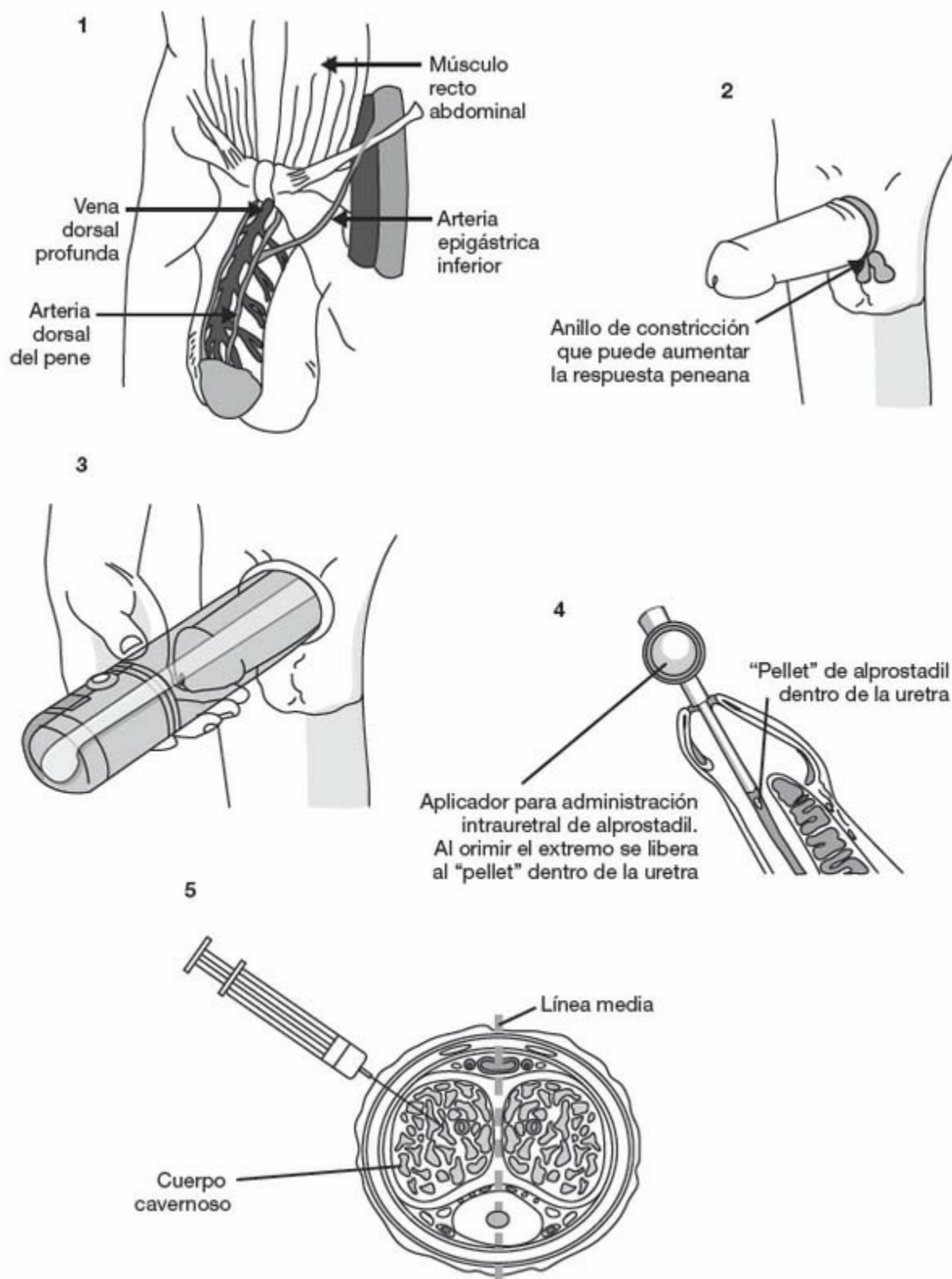


Figura 6-9. Alternativas para el manejo de la DE. 1. Cirugía vascular; 2 y 3. Bomba de vacío; 4. Prostaglandina; 5. Inyección intracavernosa. (Figuras 2 y 4 tomadas de: Padma-Nathan H. *et al.* *N Engl J Med* 1997;336: 1-7.)

La colocación de prótesis penianas requiere de un procedimiento quirúrgico realizado por especialistas y es factible utilizarlo en pacientes en quienes se han agotado sin éxito todos los demás métodos o bien estén contraindicados aun si son menos invasivos o por criterio del médico. Los modelos más sofisticados consisten en cilindros con solución salina colocados dentro de los cuerpos cavernosos, con el líquido que es transferido desde un

reservorio retropúbico a través de una bomba mecánica en el escroto hacia los cilindros, lo que produce una erección firme, la cual desaparece al activar un mecanismo de liberación (figura 6-10).

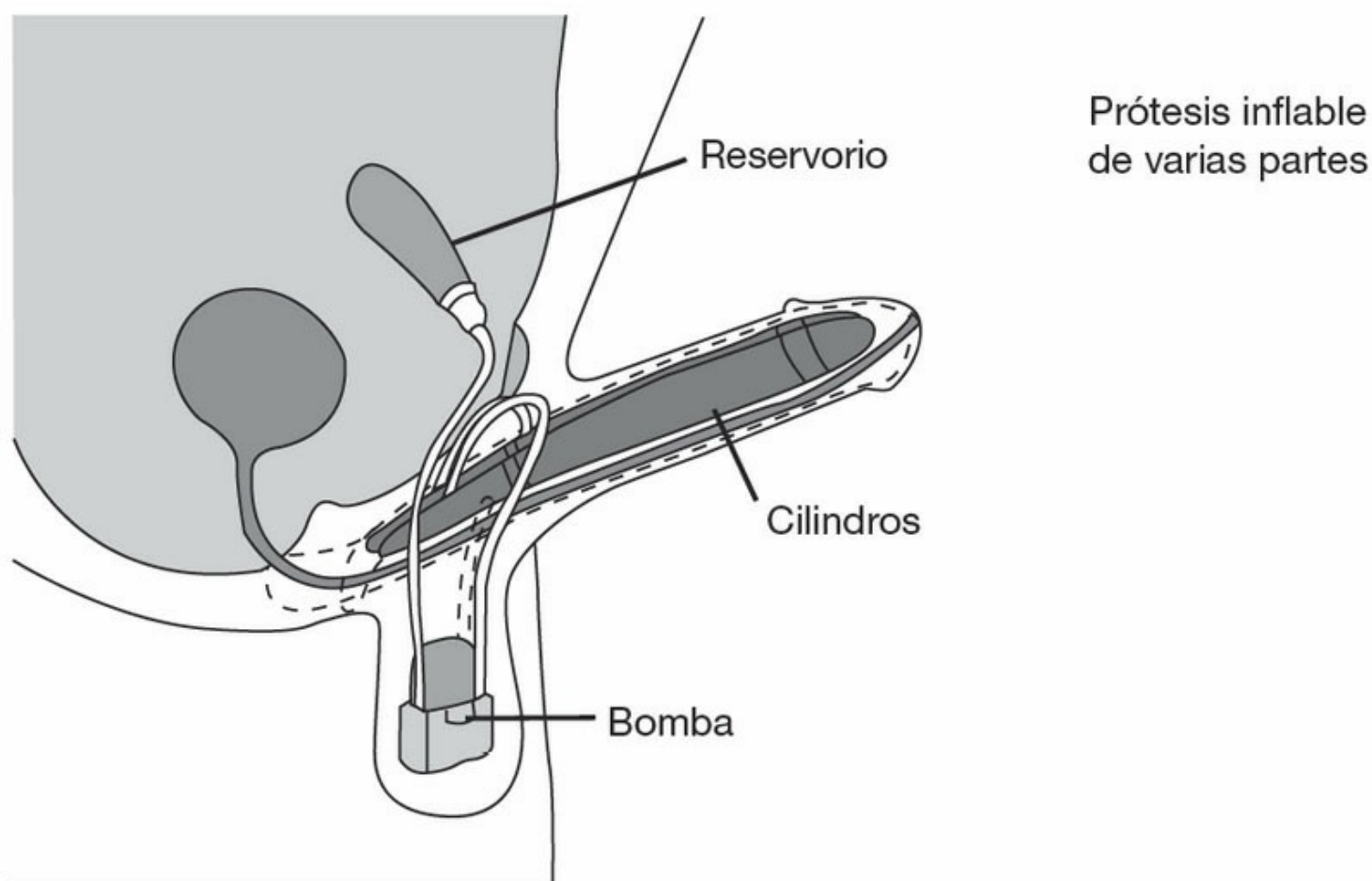


Figura 6-10. Prótesis de pene® 2002 PW.

Algunas personas prueban la fitoterapia o las medicinas alternativas para tratar la DE. Muchos remedios naturales para la DE contienen yohimba, la cual se extrae de la corteza de un árbol del oeste de África; otros llevan ginseng o ginko biloba. De manera más reciente, se ha empezado a recomendar el aminoácido L-arginina; sin embargo, no existen publicaciones de ensayos clínicos aleatorios que respalden su uso.

La aparición de los inhibidores de la fosfodiesterasa 5 (PDE-5), como sildenafil, vardenafil y tadalafil, ha cambiado de forma radical el enfoque del tratamiento de la DE; estos agentes actúan a través de la inhibición selectiva de la PDE-5, que es la isoenzima PDE predominante en el cuerpo cavernoso del pene. Como ya se explicó, durante la estimulación sexual se libera NO del endotelio y de los nervios no adrenérgicos, no colinérgicos (NANC). Esto activa la guanilatociclasa que forma cGMP y, a su vez, provoca descenso del calcio intracelular, lo que favorece la relajación del músculo liso y da lugar al engrosamiento tisular y a la erección del pene. Tales agentes son fáciles de administrar, pero sólo ayudan a completar la erección si el hombre se estimula en sentido sexual y sus efectos por lo general no persisten después de que ha cesado la estimulación sexual.

El primer inhibidor selectivo de la PDE-5 (sildenafil) se empezó a comercializar en 1998.

La disponibilidad de un agente oral no invasivo aumentó las opciones terapéuticas; sin embargo, en la actualidad muchos hombres con DE, como aquellos de difícil manejo (diabetes, hipertensión y posprostatectomía), no son tratados de manera satisfactoria con este medicamento.

Un tratamiento ideal para la DE debe ser no invasivo (p. ej., medicamento oral), con una buena tolerabilidad y eficaz en un amplio espectro de la población, así como en aquellos pacientes de difícil manejo.

Resulta eficaz en una amplia variedad de pacientes, incluso en aquellos de difícil manejo, lo que significa que los médicos pueden prescribirlo con la confianza de mejorar la función eréctil de sus pacientes. En más de 70% de los pacientes funcionan desde la primera vez y de forma constante a lo largo del tiempo, por lo que estos fármacos son el tratamiento de primera elección, seguros y bien tolerados. Los acontecimientos adversos suelen ser transitorios y de intensidad leve a moderada y en la medida en la que el paciente siga utilizándolos, se presentan con menos frecuencia.⁷⁶⁻⁷⁸

DISFUNCIÓN ORGÁSMICA FEMENINA

Claudia Wally Rampazzo Bonaldo

INTRODUCCIÓN

Antes del decenio de 1970-79, el término “frigidez” se utilizaba de manera generalizada para referirse a diversos trastornos sexuales femeninos. Tal acepción incluía desde el poco o nulo interés por el sexo, la inhibición de la excitación sexual hasta la falta de orgasmos. A partir de los libros de William Masters y Virginia Johnson, *Insuficiencia sexual humana* (1970) y de Helen Kaplan, *La nueva terapia sexual* (1974), se comenzó a utilizar el término “disfunción orgásmica” o “anorgasmia” para referirse a las mujeres con dificultades o imposibilidad para alcanzar el orgasmo.⁷⁹

Si bien la ausencia de orgasmos es el dato cardinal del síndrome de anorgasmia femenina, a diferencia de otros síndromes de disfunción sexual, las circunstancias en las que el orgasmo se ausenta tienen mucho mayor importancia para la comprensión clínica del síndrome.⁸⁰

ORGASMO FEMENINO

A fin de comprender la disfunción orgásmica, es imprescindible entender primero en qué consiste el orgasmo femenino. Al margen de la forma o tipo de estímulo, consiste en contracciones rítmicas reflejas, a intervalos de 0.8 segundos, de los músculos perineales, bulbocavernosos y pubococcígeos, así como de los tejidos dilatados de la “plataforma orgásmica”, la vagina y el útero. Las características del orgasmo son idénticas en todas las mujeres y los datos clínicos sugieren que el orgasmo femenino puede siempre desencadenarse por algún tipo de estimulación del clítoris.

La mujer, a diferencia del varón, nunca es refractaria al orgasmo desde el punto de vista físico, es decir, que si no se encuentra inhibida por alguna razón y su aparato genital aún se mantiene en la fase de meseta, puede volver a recibir estímulo erótico y, segundos después del primer orgasmo, alcanzar otro u otros, hasta que físicamente llega a estar exhausta y no desea más estimulación.

La teoría psicoanalítica del desarrollo psicosexual de la mujer, según Otto Fenichel,⁸¹ parte de la base de que ella tiene dos zonas erógenas principales: clítoris y vagina. El primero se encuentra muy erotizado durante el periodo infantil del desarrollo, tras lo cual ocurre una transición de tal erotización hacia la vagina, durante o después de la pubertad. A partir de esta premisa, la teoría psicoanalítica postula que la mujer tiene dos tipos de orgasmos: el clitorídeo (análogo al orgasmo masculino y obtenido por estimulación de dicho órgano) y el vaginal, (desencadenado por la estimulación de la vagina).

Dicha transición del clítoris a la vagina como órgano principal de la excitación sexual, fue considerada por Freud y sus discípulos como criterio crucial de un **desarrollo psicosexual normal**, de tal suerte que toda mujer a la que las caricias clitorídeas continuaran evocándole sensaciones eróticas y en especial aquellas que no obtuvieran orgasmos durante el coito, eran consideradas neuróticas y necesitadas de tratamiento.

Aunque esta teoría aún recibe apoyo por parte de muchos psicoanalistas, fue criticada desde distintos ángulos y por diferentes razones (entre los más furiosos, los grupos feministas).

A pesar de que se suelen citar a las investigaciones de Masters y Johnson como prueba de que el orgasmo femenino siempre es clitorídeo, no es una interpretación precisa de sus hallazgos, ya que ellos descubrieron que la estimulación clitorídea es un ingrediente crítico en la producción de todos los orgasmos femeninos, coitales o no, y que la dicotomía entre orgasmo vaginal y clitorídeo es un mito.

Masters y Johnson concluyeron que sólo existe un tipo de orgasmo femenino, probablemente desencadenado por estimulación clitorídea (directa o indirecta por estiramiento del capuchón del clítoris durante el coito), que se localiza y experimenta **en y alrededor** de la vagina y que contiene componentes clitorídeos y vaginales.

Según Helen Kaplan, la hipótesis psicoanalítica clitorídea vaginal, lejos de caer en desuso ha encontrado expresión en una nueva dicotomía: el orgasmo obtenido en el coito, frente al orgasmo desencadenado por la estimulación clitorídea y refiere que otros clínicos creen que el coito no es esencial para el orgasmo femenino normal. Consideran —de manera acertada— al orgasmo producido por estimulación directa del área clitorídea tan auténtico como el que produce el coito y opinan que la incapacidad para alcanzar el orgasmo durante el acto sexual, en una mujer que por lo demás responde bien, es una variante normal de la sexualidad femenina.

Es muy importante entender este punto, sobre todo al considerar que la queja más común por parte de mujeres con deseo y excitación sexuales adecuados, es la de no obtener el orgasmo durante el coito.

Según la misma autora y en conformidad con la experiencia clínica de quien escribe esta sección, la estimulación del clítoris es quizá crucial en la producción del orgasmo femenino. La estimulación vaginal, aunque muy placentera, parece que contribuye en mínima medida para desencadenar el reflejo orgásmico en la mayor parte de las mujeres.

Las diferencias en la facilidad con la que las mujeres consiguen el orgasmo, según la hipótesis de Helen Kaplan, constituyen un *continuum* (figura 6-11). En uno de los extremos se hallan aquellas mujeres, muy pocas de hecho, que al sólo fantasear una escena erótica logran alcanzar el orgasmo en ausencia de cualquier estimulación física. En el punto siguiente se hallan quienes consiguen llegar al orgasmo con tan solo aumentar en muy poco la estimulación derivada de sus fantasías eróticas, a base de juntar y separar de manera rítmica los muslos y producir así una ligera presión sobre el clítoris (quizá tensando y relajando los músculos pubococcígeos). Sólo algunos preliminares intensos sin tocar los genitales (con la sola estimulación de los pechos, por ejemplo) bastan para que las mujeres con gran facilidad orgásmica alcancen a veces el clímax. En posiciones también altas del *continuum* de variaciones de la respuesta orgásmica, están aquellas mujeres (casadas algunas con eyaculadores precoces), que después de excitarse lo suficiente en los preliminares, alcanzan el orgasmo después de muy pocos movimientos pélvicos.

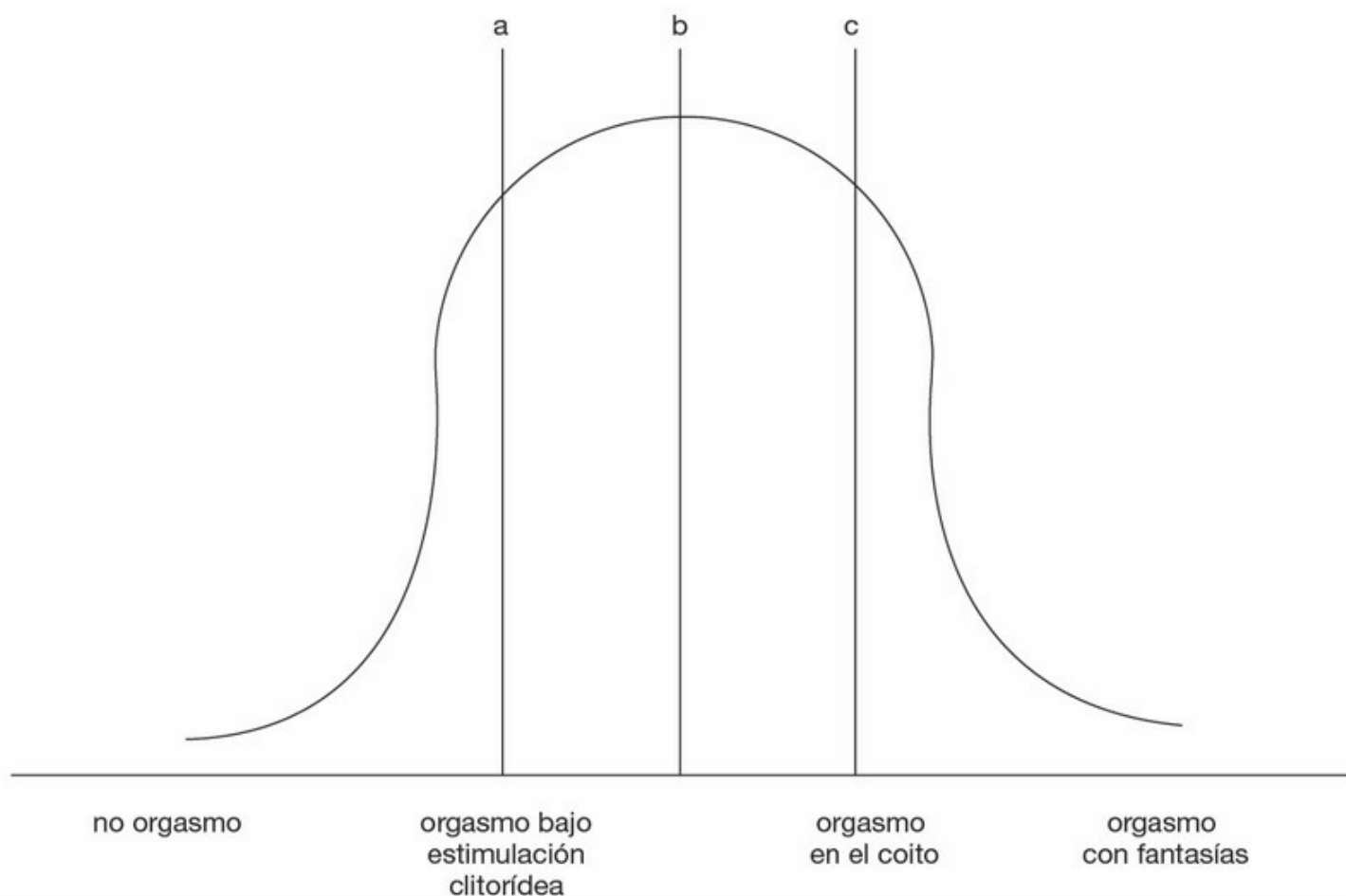


Figura 6-11. *Continuum* de la facilidad orgásmica en las mujeres.

Las mujeres que son orgásmicas en la posición superior masculina y tras un periodo algo más largo de impulsos rítmicos, caen en la zona media de ese *continuum*. En la siguiente se hallan aquellas que experimentan orgasmo en el coito, pero sólo en la posición femenina superior, que proporciona una gran dosis de presión y estimulación clitorídeas. Muchas mujeres sólo llegan al orgasmo coital cuando el hombre proporciona estimulación clitorídea complementaria y manual durante el acto sexual. Las mujeres que logran con

facilidad el orgasmo (y a menudo varios) pero sólo al recibir estimulación clitorídea oral o manual, ocupan el siguiente puesto en la escala; estas últimas constituyen un amplio sector de la población femenina.

En la parte inferior del *continuum* se hallan aquellas mujeres que requieren una estimulación clitorídea prolongada e intensa para alcanzar el orgasmo, y algunas sólo lo logran si se entregan a fantasías eróticas. Aún más inhibidas se hallan aquellas que se masturban hasta alcanzar el orgasmo cuando se hallan solas, pero que son inorgásmicas en cualquier otra circunstancia. Un umbral orgásmico aún más alto se da en las mujeres que no son lo bastante excitadas por la estimulación manual u oral para alcanzar el orgasmo y que deben recurrir a la intensa estimulación proporcionada por un vibrador.

Por último, en el otro extremo del *continuum* se hallan las mujeres (un 10% de la población femenina) que sufren de una total inhibición de la expresión orgásmica. Aunque en ocasiones han recibido una dosis razonable de estimulación en diversas circunstancias, nunca han experimentado un orgasmo.

En la opinión de Masters y Johnson, Sherfey y colaboradores,⁸² opinan que durante el coito, el clítoris puede ser estimulado de dos maneras, aunque de manera insuficiente para gran parte de las mujeres: por la presión directa sobre el área púbica por parte del pubis de la pareja y por la tensión de los labios menores que confluyen en el capuchón del clítoris y proporcionan cierto masaje cada vez que el falo es empujado dentro de la vagina. Ambos estímulos mecánicos —hasta cierto punto débiles para producir el orgasmo— resultan eficaces por el hecho de que, para muchas mujeres, las contracciones orgásmicas vaginales resultan más placenteras si la vagina contiene en ese momento al pene, a diferencia de si se halla vacía.

Algunas parejas deciden estimular el clítoris manualmente durante el coito y con ello buscan incrementar la intensidad del estímulo para desencadenar el orgasmo. Con respecto a este punto, la intensidad del estímulo que cada mujer necesita para obtener el orgasmo depende de la mujer en particular y de las circunstancias: hay quienes prefieren sólo ciertas caricias en los alrededores del clítoris —pues perciben como hipersensible esa zona— y otras eligen una estimulación vigorosa y directa sobre éste, también hay quienes requieren de poco estímulo y otras que lo precisan por más tiempo.

Según Helen Kaplan, las reacciones que las mujeres tienen ante la anorgasmia son variables algunas se adaptan al hecho de no obtener el orgasmo o de conseguirlo con mucha dificultad, sin verse afectadas en el terreno psicológico. Suelen negar la importancia del orgasmo aunque disfrutan los aspectos no orgásmicos de la sexualidad. Muchas de estas mujeres, según Kaplan, simulan el orgasmo durante el coito, quizá para complacer a su pareja, aunque después de haber quedado decepcionadas una y otra vez, es frecuente que se sientan cada vez menos interesadas en el coito. Por último, hay mujeres que se sienten en verdad afligidas y airadas por su incapacidad crónica de alcanzar el clímax, aunque no todas buscan ayuda.

DEFINICIÓN

Para la Real Academia Española,⁸³ el significado de anorgasmia se encuentra al unir “an”

con “orgasmo”: “an” proviene del griego *a* (prefijo que denota privación o negación), mientras que orgasmo (del griego *orgasmos*) es la “culminación del placer sexual” o la “exaltación de la vitalidad de un órgano”. Aunque la Real Academia Española no define “disfunción orgásmica”, se entiende que es la combinación de “disfunción” y “orgasmo”, ya mencionada; “disfunción” es una “alteración cuantitativa o cualitativa de una función orgánica”.

Desde el punto de vista etimológico, la “disfunción orgásmica”, está compuesta de la combinación de las palabras “disfunción” y “orgasmo”. La primera de ellas, a su vez, es la unión del prefijo griego *dis* (“que indica actos defectuosos”), con la palabra latina *functio* que significa “cumplimiento”, “ejecución”, “pago” (de un tributo), derivado de *fungi* “cumplir” (con un deber, una función). En tanto que “orgasmo” es un derivado culto del griego *organ*, “desear ardientemente”, derivado de *orgh*, “agitación”, “irritación”.

Todos los autores revisados concuerdan al definir a la anorgasmia como un bloqueo, imposibilidad o incapacidad para alcanzar un orgasmo tras una excitación normal. Así, para Masters y Johnson, la anorgasmia es la “incapacidad o dificultad de una mujer para alcanzar el orgasmo”. Helen Kaplan define a la disfunción orgásmica como “una inhibición específica del componente orgásmico de la respuesta sexual”, afirma que “las mujeres que sufren sólo de un bloqueo del componente orgásmico de la respuesta sexual poseen a menudo un intenso impulso sexual. Puede que no muestren ninguna inhibición importante de los sentimientos eróticos ni del componente vasocongestivo de la respuesta sexual; ni son tampoco sexualmente anestésicas. Sin embargo, las mujeres anorgásmicas ‘se atascan’ en la fase de meseta de la respuesta sexual, o cerca de ella”.

A la anorgasmia o disfunción orgásmica, la *American Psychiatric Association* (APA) la denomina, en el DSM-III,⁸⁴ como “orgasmo femenino inhibido”, en tanto que el DSMIV la llama “trastorno orgásmico femenino”, cuya característica esencial radica en “una ausencia o un retraso persistente o recurrente del orgasmo después de una fase de excitación sexual normal”, lo cual constituye el criterio A para su diagnóstico. Muchos autores concuerdan con esta definición.

ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

La anorgasmia, en sus diferentes tipos, es el trastorno sexual femenino más común, constituyendo, en estudios de Masters, Johnson y Kolodny,⁸⁵ hasta 90% de la muestra de pacientes estudiadas. Estas mujeres logran un cierto nivel de excitación sexual pero, a pesar de recibir un fuerte estímulo erótico, tienen dificultades para llegar al orgasmo.

Los resultados de las investigaciones con respecto a la prevalencia de esta disfunción han variado de acuerdo con la definición base utilizada. Entre 6 y 11% de las mujeres nunca han tenido un orgasmo, entre 7 y 22% no lo alcanzan por medio del coito, aunque sí de otras maneras, y de 10 a 22% tienen orgasmos coitales, pero de manera irregular.

Si se considera lo informado de manera global por varios estudios, es factible inferir que un 10% de las mujeres nunca han tenido orgasmos durante el coito y quizá otro 10% experimente orgasmos coitales de forma irregular.⁸⁶⁻⁸⁸ Karla Jay estudió a 962 mujeres lesbianas y heterosexuales estadounidenses, en quienes encontró una prevalencia de

anorgasmia de 7%.⁸⁹ Según Hite (1976)/*The Hite report*. N.Y. Macmillan, sólo 30% de sus 3 000 mujeres entrevistadas, reportaron tener orgasmos coitales sin estimulación directa al clítoris.⁹⁰

Diversos investigadores han documentado la relativa ineficiencia del coito para producir orgasmos, cuando se compara con la estimulación directa al clítoris (manual o por otras técnicas). Para la población estadounidense, Nathan estima la prevalencia de 5 a 30%,⁹¹ Kinsey y colaboradores encontraron que hacia los 30 a 40 años de edad, 10% de las mujeres entrevistadas nunca habían obtenido un orgasmo.⁹²

En la Ciudad de México, el estudio de De la Peña y Toledo encontró que 6.7% de las mujeres entrevistadas de la población abierta, nunca o casi nunca habían tenido orgasmos, y 10.1% no sabían bien si los habían experimentado o no.⁹³ Según los reportes de Rubio y Covián, de la Asociación Mexicana para la Salud Sexual A.C., la anorgasmia fue reportada por 17% de las mujeres entrevistadas y en 29.9% de las mujeres reportadas por González.^{94,95}

De acuerdo con la investigación de Laumann y colaboradores, de 43% de mujeres de su muestra entre los 18 y 59 años que se quejaron de problemas sexuales, 28% fue por anorgasmia.⁹⁶ Para Hisasue y colaboradores la prevalencia de la disfunción orgásmica femenina se incrementa con la edad, en los resultados que obtuvieron tras entrevistar a 8 956 participantes entre los 17 y 88 años de edad, fue notorio un aumento en la prevalencia de disfunción orgásmica de 15.2 a 32.2%, al comparar las mujeres cercanas al grupo de 30 años con quienes rondaban los 60 años de edad.⁹⁷

A lo anterior debe agregarse que sólo una minoría de mujeres experimenta orgasmos durante sus primeras relaciones sexuales, pues la probabilidad de obtenerlos crece hacia el final del primer año de relación, quizá porque a mayor número de experiencias mejora el conocimiento que la mujer obtiene de su propio cuerpo y de su respuesta sexual, logrando así una comunicación erótica más eficaz.

Según Kaplan, la anorgasmia puede representar una variante normal de la sexualidad femenina, por lo menos para algunas mujeres. La experiencia clínica ha demostrado que muchas mujeres disfrutan de la excitación, la estimulación autoerótica y las relaciones sexuales en pareja, a pesar de no tener orgasmos o de obtenerlos sólo de manera esporádica y; sin embargo, acuden a terapia sexual motivadas por sus parejas, quienes se sienten afligidas por “no ser capaces de despertar el orgasmo en su mujer”. Si bien la respuesta orgásmica es placentera y vale la pena conocerla, no es el fin último del erotismo y el que una mujer acuda a terapia sexual para sentir el orgasmo a pesar de no sentirse incómoda sin ello, hace que el clínico se cuestione si está frente a una disfunción sexual o no.

De acuerdo con la investigación de Nicolson y Burr, las mujeres heterosexuales entrevistadas se encontraron menos preocupadas por la obtención del orgasmo durante el coito, que lo que la literatura sugería lo estarían. Existía evidencia; sin embargo, de un fuerte deseo de experimentar el orgasmo para satisfacer a su pareja.⁹⁸

Quizá hay una relación más cercana entre las creencias populares sobre lo que es normal (basadas en el modelo médico) con mujeres que se sitúan a sí mismas en una categoría disfuncional, que la existente entre el gozo cotidiano del sexo y las mujeres que se identifican a sí mismas como saludables desde el punto de vista sexual.

CLASIFICACIÓN

El síndrome de anorgasmia femenina puede clasificarse por dos de sus características: **temporalidad** (momento en el cual surge el problema), la cual se divide en primaria (si la anorgasmia se ha presentado durante toda la vida de la mujer) o secundaria (si ocurre después de un periodo de funcionamiento normal), y **situacionalidad**, misma que depende del contexto (circunstancia) en la cual el problema se presenta, de modo que puede ser global (en todas las situaciones, contextos, estímulos, procedimientos y compañeros), selectiva (se alcanza el orgasmo, pero sólo bajo determinadas situaciones o circunstancias) o parcial (la que se observa en mujeres que sólo son orgásmicas durante la actividad autoerótica).

A diferencia de lo anterior, para LoPiccolo, la disfunción orgásmica secundaria describe a una mujer que, por lo general, no consigue experimentar un orgasmo durante el coito, pero que sí lo obtiene a través de la masturbación o mediante la estimulación tanto manual como oral de sus genitales por parte de su pareja.⁹⁹ La APA, en el DSM-IV, utiliza los términos “trastorno orgásmico de toda la vida” y “adquirido” para referirse a la anorgasmia primaria y secundaria, de manera respectiva.

El término “anorgasmia fortuita” se aplica a mujeres que han tenido orgasmos con distintos métodos, actividades o estimulaciones, pero de manera poco frecuente. Asimismo, la APA clasifica a la anorgasmia en función a factores etiológicos. De esa manera, en el DSM-IV se encuentra la distinción entre anorgasmia debida a factores psicológicos y la que es causada por factores combinados (orgánicos y psicológicos).

En opinión de LoPiccolo, la anorgasmia es generada por inhibición o por angustia de desempeño. Las mujeres inhibidas se aproximan más al estereotipo de la “mujer frígida” y tienen una historia de educación sexual negativa por parte de los padres o religiosa, a consecuencia de lo cual manifiestan repulsión hacia el sexo, dificultades para excitarse y renuencia hacia acudir a terapia, a la cual asisten sólo para complacer a la pareja. Las mujeres con angustia de desempeño, por otra parte, suelen tener una historia parental y religiosa con poco impacto en el ámbito sexual, disfrutan del sexo, alcanzan la excitación y llegan a terapia ávidas de la experiencia del orgasmo para su propia gratificación; a menudo estas pacientes creen que para ser “mujer de verdad” deben ser multiorgásmicas y supersexuadas.

ETIOLOGÍA

En opinión de diversos autores, como todas las disfunciones sexuales, la anorgasmia puede ser de origen orgánico, psicológico (o psicosocial, cuando intervienen factores psicológicos, interpersonales, ambientales y culturales) o mixto. Se considera que la disfunción orgásmica se encuentra relacionada con factores orgánicos en menos de 5% de los casos.

Según Rubio y Díaz, es poco frecuente identificar causas orgánicas en los casos de anorgasmia, de modo que son los factores psicológicos los que más peso tienen en la

etiología de esta disfunción, aunque pudieran presentarse como el resultado de la falta de conocimiento científico respecto a la neurofisiología del proceso orgásmico femenino.¹⁰⁰

A fin de ilustrar con más claridad los procesos etiopatogénicos posibles del síndrome de anorgasmia femenina, vale la pena considerarlos en relación a los ejes de temporalidad y globalidad.

Factores biológicos

Existe la evidencia de que el síndrome de anorgasmia femenina llega a estar asociado con problemas circulatorios y neurológicos de la región pélvica (tumores o lesiones de la médula espinal, neuropatía diabética); en el caso de la esclerosis múltiple, si bien no es muy frecuente, hay cierta controversia con respecto al hecho de que sí genera anorgasmia; según la investigación de Borello-France y Leng,¹⁰¹ 70% de las 133 mujeres con esclerosis múltiple estudiadas, no tenían problemas para obtener el orgasmo, aunque otros autores hallaron diferentes resultados. El desbalance hormonal, en particular la deficiencia de estrógenos que la mujer experimenta durante el climaterio, también interfiere con el orgasmo femenino.¹⁰²

Los factores ginecológicos más comunes observados en el síndrome de anorgasmia, son las anomalías anatómicas de la vagina, del útero o de las estructuras de soporte de la pelvis, así como las vulvovaginitis recurrentes y severas, las infecciones, traumatismos o desgarros de origen quirúrgico.

Otras causas orgánicas incluyen las enfermedades crónico-degenerativas graves, el alcoholismo, las adicciones a narcóticos y otras sustancias de abuso. Aunque para la APA, enfermedades crónicas como la diabetes o el cáncer pélvico suelen alterar de manera fundamental la fase de excitación sexual, permiten que quede intacta la capacidad para experimentar orgasmo.

Con respecto a la experiencia clínica de la autora de esta sección, en el subgrupo de mujeres con síndrome de anorgasmia primaria global parece ser una etiología constante la presencia de factores psicológicos que, hasta cierto punto, resultan simples de modificar.

Existen evidencias, según Giraldi y Victor,¹⁰³ de que la disfunción sexual femenina y en particular la anorgasmia, en ocasiones es producto de la utilización de fármacos como los antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptura de la serotonina y de otros tipos, además de los antipsicóticos, antihipertensivos (receptores H₂) y las hormonas sexuales.

La depresión mayor no tratada como causante de anorgasmia femenina (además de deseo sexual hipoactivo y trastornos de la excitación) ha sido descrita por múltiples autores.

De acuerdo con Tunuguntla y Gousse,¹⁰⁴ la posibilidad de que las disfunciones sexuales femeninas y entre ellas la anorgasmia, sean consecuencia de cirugías del piso pélvico, es poco probable, aunque requiere más estudios; de hecho hay evidencia de que la colporrafia posterior podría mejorar la función sexual femenina.

Otra controversia que vale la pena subrayar es que, de acuerdo con algunos investigadores, parecería que en la mayoría de las mujeres el fortalecimiento de los músculos del piso pélvico aumenta la capacidad e intensidad de los orgasmos. Sin embargo, y a pesar de las investigaciones de Kegel y según Heiman y LoPiccolo,¹⁰⁵

diversos estudios han demostrado que no todas las mujeres con dificultades para alcanzar el orgasmo tienen debilitados estos músculos.

En conclusión, la anorgasmia producida por causas orgánicas o biológicas es una porción muy pequeña de los casos y algunos especialistas han llegado a dudar que dichos factores desempeñan una función determinante en tal disfunción, aunque sí queda más clara su influencia en los trastornos de la excitación.

Factores psicosociales

Los problemas emocionales y psicológicos que quizá sufra la mujer tienen estrecha relación con los vínculos interpersonales que estableció con sus familiares más cercanos y se manifiestan con claridad en las relaciones cotidianas con los compañeros, parejas e hijos.

Una relación de poco apego o conflictiva con los padres, una familia que transmitió a sus miembros una actitud negativa hacia el sexo, la falta de información (o si ésta es errónea y teñida de prejuicios y tabúes), ciertas condiciones culturales negativas, experiencias de abuso sexual en la infancia o adolescencia, una identidad sexual en conflicto, factores interpersonales y la angustia son, todos, factores que llegan a predisponer a la persona para que, al alcanzar la madurez sexual y ser sexualmente activa, presente uno o más síndromes de disfunción sexual.

Según Kaplan, “el orgasmo puede ser inhibido por haber adquirido un significado simbólico, porque su intensidad aterra a la mujer o porque los sentimientos eróticos evocan conflictos inconscientes. La ambivalencia de la paciente respecto a su compromiso de cara a la relación conyugal, el temor a ser abandonada, el temor a afirmar su independencia, el sentimiento de culpabilidad sexual y la hostilidad hacia su compañero, también desempeñan un importante papel en la formación de ese hipercontrol involuntario del reflejo orgásmico que, en último término, produce una disfunción orgásmica. En las mujeres anorgásmicas es muy frecuente el miedo a perder el control sobre los sentimientos y sobre su conducta, y resultan cruciales para la patogénesis de este trastorno los consiguientes mecanismos de defensa de ‘contenerse’ y de ‘hipercontrol’”.

Como en todas las disfunciones sexuales, en la anorgasmia también actúan mecanismos inmediatos que, en este caso en particular, son la mala o nula integración del reflejo orgásmico, la conducta de autoobservación obsesiva y la angustia de desempeño o ejecución.

Reibstein y Richards, afirman que no se ha demostrado que la calidad de la relación de una hija con su madre afecte su desarrollo sexual;¹⁰⁶ por el contrario, está demostrado que el rol del padre es fundamental en este aspecto: “las mujeres que manifiestan haber tenido una magra relación con sus padres, o cuya relación se vio interrumpida durante la infancia porque el padre se ausentaba durante largos periodos a causa del trabajo o de un divorcio, son las más proclives a tener dificultades para alcanzar orgasmos”. Sin embargo, las hijas que cuentan con recuerdos felices del padre durante la infancia, se sienten más cómodas y menos ansiosas frente a los hombres que aquellas cuyas relaciones tempranas fueron tensas o se vieron interrumpidas. Así que la conclusión es que una buena relación con el padre

durante la niñez contribuye al buen desarrollo de la sexualidad de la hija y que, en general, ayuda a construir la autoestima y la confianza que la mujer necesita para estar bien consigo misma y con su cuerpo.

Los mismos autores afirman que la atmósfera general del hogar durante la niñez también es un factor fundamental: las mujeres que informan que sus padres tuvieron una buena relación y que el sexo no era un tema tabú en las conversaciones familiares, tienen más posibilidades de establecer buenas relaciones sexuales.

En desacuerdo con Reibstein y Richards, otros autores sostienen que la presencia e influencia de la madre es la que más influye en la posibilidad de que la hija sea o no orgásmica.

De acuerdo con Masters, Johnson y Kolodny,¹⁰⁷ en muchas mujeres que nunca han experimentado orgasmos parece estar implicada una educación religiosa severa y negativa respecto del sexo. Según los datos que obtuvieron, resalta el hecho de que un alto porcentaje (no especificado) de las mujeres que sufren de anorgasmia o disfunción orgásmica primaria, fueron educadas con la idea de que la sexualidad y el sexo son, de manera esencial e inherente, malos y pecaminosos. También consideraban a sus genitales como algo sucio y percibían a la masturbación como maligna, perversa y de peligrosas consecuencias. En este estudio concluyeron que este tipo de educación negativa respecto del sexo no se encontraba circunscrita o limitada a familias con una fuerte orientación religiosa. Tampoco establecieron una relación causal inevitable entre ese tipo de educación y las disfunciones sexuales, conflictos o culpabilidad sexual en la vida adulta. No lograron definir una forma de establecer el porcentaje de mujeres que, habiendo sido educadas en familias con esta visión negativa del sexo, han llevado una vida sexual plena y satisfactoria en la vida adulta.

Se tiene que considerar que, si bien la educación negativa respecto a la sexualidad no siempre predestina problemas sexuales de la edad adulta, con frecuencia entorpece el desarrollo erótico de las personas. Según la experiencia de la autora de esta sección, no todas las mujeres provenientes de familias muy religiosas y represoras con respecto a la sexualidad presentan anorgasmia, ni quienes provienen de un entorno en el que se brindó educación sexual y apertura con respecto al tema, están exentas de tal disfunción; parecería que intervienen diversos factores tanto individuales (rasgos de temperamento, personalidad) como de interacción (con el medio, la familia, la pareja, los pares) para que una persona presente o no una disfunción sexual.

Según Reibstein y Richards, “Las mujeres que tuvieron una o más relaciones sexuales satisfactorias antes del matrimonio, y en particular aquellas que comenzaron a masturbarse antes o en las primeras etapas del matrimonio, experimentan orgasmos regulares con su esposo”, refiriéndose a mujeres heterosexuales.¹⁰⁸

Masters, Johnson y Kolodny afirman que “los problemas de imagen son otra causa común de la disfunción orgásmica primaria, aunque éstos parecen ser menos problemáticos en las mujeres que tienen orgasmos en otras actividades sexuales con un compañero (anorgasmia secundaria).¹⁰⁹ Por otra parte, es frecuente encontrar a mujeres que experimentan orgasmos durante la masturbación solitaria pero no con un compañero, y se sienten perturbadas por cuestiones de atractivo personal y propia valía sexual, al tiempo que tienen conflictos respecto de la relación en sí”.

Según Fisher y Chevret,^{109,110} es frecuente que la anorgasmia de una mujer heterosexual sea producto de la disfunción eréctil de su pareja. Renshaw encontró una prevalencia de 62% de dificultades sexuales en parejas de hombres con disfunción eréctil, entre otras la anorgasmia primaria y secundaria.¹¹¹

Según la experiencia de la autora de esta sección y los estudios realizados por Jeffrey Noble,¹¹² también ha sido descrita la anorgasmia femenina asociada con una pareja sexual con eyaculación precoz; si bien ya se habló del relativo impacto del coito para la obtención del orgasmo femenino, muchas mujeres se quejan de anorgasmia por el hecho de que la eyaculación de su pareja se produce de manera rápida, con la consecuente detumescencia peniana e interrupción de la actividad sexual coital, lo cual les priva del tiempo y estímulos necesarios para alcanzar el clímax.

Según Joseph LoPiccolo,¹¹³ el rol de la pareja masculina como un efectivo y no demandante compañero sexual para la mujer resulta crucial en la disfunción orgásmica, sobre todo en la disfunción secundaria.

DIAGNÓSTICO

Es imprescindible que tanto terapeutas sexuales como personas dedicadas a la promoción de la salud interesados en las disfunciones sexuales, tengan una idea clara de la disfunción de la que la paciente (y con mucha frecuencia, su pareja) se están quejando, a fin de brindar la mejor ayuda posible. Vale la pena plantearse varias preguntas como las siguientes:

- ¿Cuál es el motivo de la consulta?
- ¿Existen una o varias disfunciones sexuales?
- ¿La pareja de quien nos consulta presenta una (o varias) disfunciones sexuales?
- ¿Qué síndrome de disfunción sexual es?
- ¿Es un síndrome primario o secundario?
- ¿Es un síndrome global, selectivo o parcial?
- ¿Es un síndrome predominantemente psicológico, orgánico o mixto?
- ¿Cuáles parecen ser sus causas?
- ¿Qué otros elementos acompañan a la disfunción sexual?
- ¿Hay conflictos en la relación de pareja?
- ¿Algún fármaco puede estar provocando la disfunción?
- ¿Es factible que algún aspecto orgánico esté provocando la disfunción?
- ¿Hay algún aspecto psicológico o emocional que ocasione la disfunción?

Es importante realizar con cada paciente —justo para contestar las anteriores preguntas— na historia clínica médica lo más completa posible, así como una historia clínica sexual que incluya a la pareja.

Como se explicó en la parte de etiología, debido a que la anorgasmia femenina en muy pocas ocasiones se debe a problemas orgánicos o físicos, no hay estudios de laboratorio “de rutina” por realizar. Sin embargo, si la historia clínica médica hace sospechar alguna

patología, se podrán realizar tanto las interconsultas necesarias (ginecoobstetricia, medicina interna, endocrinología, neurología) como los estudios de laboratorio necesarios (glicemia, exudado vaginal, perfil hormonal, potenciales evocados).

Es recomendable que el profesional dedique el tiempo necesario para el interrogatorio para obtener la mayor parte de los datos posibles con respecto al síndrome de disfunción sexual, evitando prejuicios y manifestando un lenguaje verbal y no verbal (actitud) empáticos, considerando que la sexualidad de las personas es uno de los aspectos más íntimos de sus vidas.

TRATAMIENTO

Según Kaplan, la terapia sexual (a diferencia del psicoanálisis, y las terapias conductual y marital), que emplea una combinación integrada y dinámica de experiencias sexuales prescritas y de psicoterapia, parece constituir el tratamiento óptimo.

Si se considera que en la mayoría de las ocasiones el síndrome de anorgasmia se debe a un hipercontrol involuntario del reflejo orgásmico, las estrategias sugeridas por Kaplan consisten en extinguir tal fenómeno. El tratamiento consiste en enseñar a la paciente a que enfoque su atención sobre las sensaciones premonitorias que se asocian con la función refleja en cuestión, para permitirles llegar a su conclusión natural, libres de control: las sensaciones eróticas previas al orgasmo. Para lograrlo, considera preciso distraer a la paciente de ese hipercontrol inhibitorio que ha ejercido de manera inconsciente sobre la respuesta.

A fin de cumplir con tales objetivos, la técnica utilizada por Helen Kaplan (y por sus múltiples seguidores), es emplear una combinación de procedimientos psicoterapéuticos y conductuales, tanto para analizar los conflictos intrapsíquicos y transaccionales que provocaron que la mujer “retuviera el orgasmo”. De manera paralela, la paciente efectúa una serie de experiencias sexuales que intentan extinguir esa inhibición no adaptativa.

Si bien el tratamiento terapéutico de la mujer que presenta el síndrome de anorgasmia primaria difiere un poco del de la paciente con anorgasmia situacional, hay técnicas terapéuticas comunes.

En el caso de la **anorgasmia primaria global** (en que la mujer nunca ha experimentado el orgasmo, bajo ninguna circunstancia), considere las técnicas utilizadas por la autora de esta sección —mismas que se basan en la experiencia de Helen S. Kaplan y que son y han sido efectivas para la gran mayoría de los casos—. Las siguientes estrategias tienen por objetivo lograr que la mujer alcance al menos un orgasmo.

1. Tranquilizar a la paciente y a su pareja explicándoles que la disfunción que presenta ella (y afecta a ambos), es común y tratable.
2. Explicar que el reflejo orgásmico ha sido inhibido por alguna razón que debe ser esclarecida.
3. Explicar que el orgasmo se presentará toda vez que el estímulo erótico sea lo bastante intenso y eficaz como para “vencer” el bloqueo.
4. Explorar las raíces del bloqueo orgásmico

5. Identificar (o “hacer conscientes” en el caso de que no lo sean) y modificar los “mecanismos inmediatos” que provocan la disfunción (angustia de desempeño, desconexión, autoobservación obsesiva o actitud de expectadora).
6. Lograr que la paciente se estimule (en privado, sin presión, sola y sin exigencia), abandonándose en las sensaciones placenteras, hasta lograr el orgasmo. Es factible sugerir a la paciente que distraiga su atención en la obtención del orgasmo mediante leer material erótico (que le resulte muy excitante) mientras se está estimulando.
7. Sugerir la masturbación manual como técnicas de estimulación y, de no resultar lo bastante intensa, la masturbación genital con un vibrador. Es un hecho de que la propuesta del uso de un vibrador puede ser amenazante para algunas mujeres; el papel del terapeuta es explorar los temores de la paciente con respecto al uso de tal aparato, disiparlos, reflexionar sobre las ventajas de la utilización de tal ayuda, además de instruir, orientar y tranquilizar a la paciente, de modo que no se sienta amenazada.
8. La **distracción** posee, según Kaplan, una aplicación universal en el desencadenamiento de cualquier reflejo inhibido. Lograr que la mujer deje de “vigilar la llegada del orgasmo”, permitirá su aparición refleja. Se instruye a la mujer para que logre la distracción enfocando su atención en las fantasías eróticas, el material erótico, su respiración y las contracciones de los músculos vaginales.
9. Si se considera que el orgasmo consiste en la contracción clónica de los músculos del piso pélvico, puede ser inhibido de modo consciente o inconsciente mediante hiperrelajación o contractura espástica de éstos. Por tal razón, se pide a la mujer que (con el fin de permitir la aparición del reflejo orgásmico), cuando sienta que ya alcanzó el nivel máximo de excitación, contraiga de manera voluntaria los músculos vaginales y abdominales, que puje (como durante el parto) y que, estando en el borde de su cama, deje colgar su cabeza a fin de lograr una hiperextensión del cuello.
10. Cuando la mujer alcance el primer orgasmo y haya tenido oportunidad de practicarlo varias veces (con lo cual se incrementa su confianza en obtenerlo), es hora de transferirlo a la situación con la pareja. Lo anterior consiste en integrar a la pareja de la paciente a las prácticas masturbatorias y dejarse instruir por ella. Se les solicite que tengan relaciones sexuales como las acostumbran sin ninguna exigencia, para la mujer, de obtener el orgasmo. Una vez que el hombre ha eyaculado, procederá a estimular a la mujer con el vibrador, guiado por su mano, hasta que se dispare el orgasmo. A la mujer se le recomienda que asuma una actitud por completo “egoísta”, centrada en su propio placer y utilizando, si fuera necesaria, las fantasías que ella requiera para alcanzar el clímax. Es probable que algunas mujeres se sientan inhibidas durante esta transición de la obtención solitaria del orgasmo a la obtención en presencia de la pareja, en cuyo caso requerirán más práctica y terapia adicional. Es factible decir que la totalidad de las mujeres (en la experiencia clínica de la autora de esta sección), pueden lograrlo con relativa facilidad a través de estas técnicas, por supuesto, gracias a la guía terapéutica, repetición, gradualidad y perseverancia por parte de la paciente y su pareja (figuras 6-12 a 6-14).

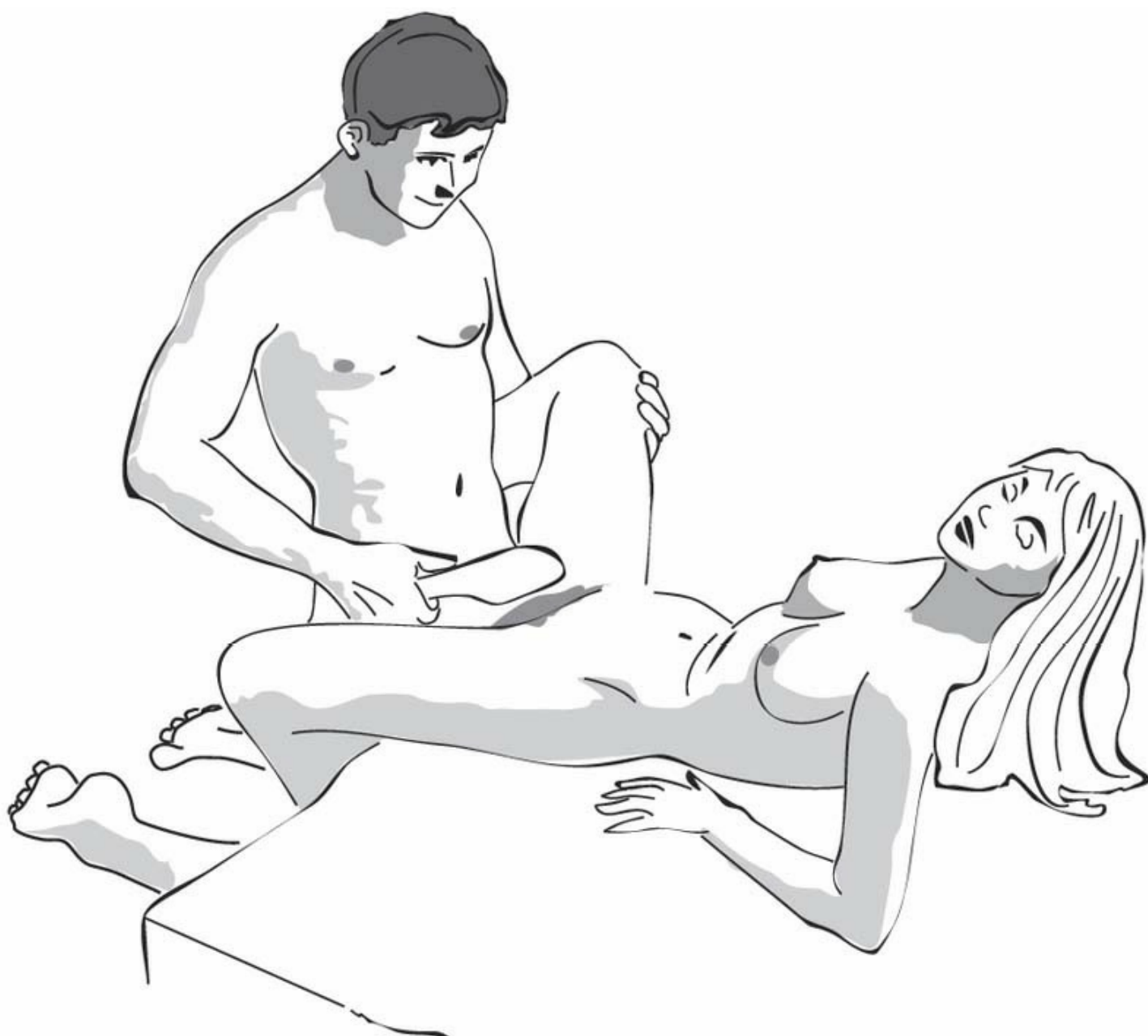


Figura 6-12. Empleo del vibrador en la estimulación del clítoris. (Reproducido con permiso de McCary: Sexualidad humana, 5ª ed. D.R. © 1996. Cortesía de Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.)



Figura 6-13. Cara a cara, con la mujer encima (ambos sentados). (Reproducido con permiso de McCary: Sexualidad humana, 5ª ed. D.R. © 1996. Cortesía de Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.)



Figura 6-14. Introducción por detrás posición semilateral.

Los casos de **anorgasmia situacional o parcial** (en que la mujer logra el orgasmo sólo en situaciones de baja tensión, durante la masturbación y a solas), se presentan con más frecuencia que la anorgasmia primaria global. En esta categoría encontramos a las mujeres

que logran el orgasmo sólo con la ayuda de un vibrador, estimulación oral (o de otro tipo) intensa y prolongada en el clítoris. Lllaman la atención aquellas mujeres que no consiguen experimentar el orgasmo en respuesta a una estimulación clitorídea y sólo son orgásmicas con coito prolongado (circunstancia que demanda, dicho sea de paso, una gran presión psicológica y física para el hombre).

El tratamiento de la disfunción orgásmica situacional va orientada a descubrir y resolver los conflictos específicos que inhiben a la paciente en las situaciones “no orgásmicas”.

La **anorgasmia coital** es un tipo de anorgasmia situacional en que la mujer tiene muy buena respuesta ante los estímulos eróticos, pero no puede tener un orgasmo durante el coito a menos de que reciba una estimulación clitorídea simultánea. Helen Kaplan se pregunta si este tipo de anorgasmia es atribuible a problemas de desempeño del hombre, trastornos profundos en la relación de pareja, conflictos inconscientes no resueltos o simple y sencillamente una variante de la respuesta sexual femenina.

Es importante tomar en cuenta que no hay hallazgos científicos que demuestren que la mujer incapaz de lograr el orgasmo durante el coito tenga alguna patología, ni que tal respuesta caiga dentro de la respuesta sexual “normal”.

Algunas veces, estos casos de anorgasmia están relacionados con una inhibición específica de tal reflejo, a técnicas eróticas ineficientes o conflictos conyugales. En otros casos, no es posible identificar el factor causal, pero queda claro que la mujer requiere una estimulación más intensa que la que provee el coito *per se* para obtener el clímax. En la práctica clínica todas las mujeres coitalmente anorgásmicas deben recibir la oportunidad de obtener ayuda terapéutica, en el entendido que viven su sexualidad de manera insatisfactoria. Sin embargo, es un hecho que no todas las mujeres lograrán percibir el orgasmo durante el coito a pesar de la terapia y, menos aún, el tan idealizado **orgasmo simultáneo**. Parte de la labor del terapeuta es tranquilizar a las pacientes y encontrar alternativas que, en este tipo de anorgasmia, consisten en proponer la obtención del orgasmo “por turnos”, además de la implementación de estrategias de estimulación clitorídea intensa durante el coito y la explicación de que el orgasmo coital no es más que una de las maneras de obtenerlo. Kaplan también explica que el umbral al orgasmo varía de una mujer a otra, por lo que cada una a lo largo de su vida y al vivir diversas experiencias eróticas, irá descubriendo el tipo y calidad de estímulos capaces de desencadenar en ella el reflejo orgásmico.

DISFUNCIÓN ORGÁSMICA MASCULINA

Claudia Wally Rampazzo Bonaldo

SÍNDROME DE ANORGASMIA

Introducción

Muchos profesionales de la salud están familiarizados con el concepto de anorgasmia femenina y un poco menos, tal vez, con el de anorgasmia masculina que, a pesar de ser

menos frecuente, también es motivo de consulta por parte de hombres y mujeres, en los consultorios de los terapeutas sexuales.

Masters define al varón con anorgasmia o eyaculación inhibida (EI) como aquél que “no ha sido nunca capaz de eyacular dentro de la vagina”, en tanto que Kaplan, da una definición muy parecida.

Estos varones son capaces de tener un orgasmo en presencia de su pareja sólo bajo la estimulación manual y oral, aunque no logran eyacular dentro de la vagina. Algunas manifestaciones más leves son de tipo situacional y algunas requieren de un coito demasiado largo y vigoroso para eyacular. La forma adquirida de EI es bastante rara. De hecho, el varón que es capaz de contenerse o “durar toda la noche” parecería envidiable, pues alimenta el mito de que es capaz de satisfacer a cualquier mujer y, por tanto, es buscado de manera compulsiva por ellas.

En la práctica, el hombre evaluado en un contexto de pareja suele buscar el placer mutuo más que una relación coital prolongada de modo indefinido, ya que lejos de sentirse satisfecho por no eyacular y permanecer con una erección durante mucho tiempo, se percibe frustrado, incompleto e insatisfecho en el ámbito erótico, además de que su pareja a menudo concluye que no es lo bastante atractiva como para desencadenar en él el clímax. Por otra parte, el coito sostenido, vigoroso y demasiado prolongado, en particular si la mujer ya obtuvo uno o varios orgasmos, llega a provocar en ella dispareunia y, a largo plazo, conductas evitativas de los encuentros sexuales, disminución de la libido y trastornos de la excitación.

Definición

El *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*,¹¹⁴ define a la eyaculación inhibida (EI) como la ausencia o retraso persistente o recurrente del orgasmo, tras una fase de excitación sexual normal, en el transcurso de una relación sexual normal. El diagnóstico clínico debe efectuarse teniendo en cuenta la edad del individuo, considerando que sea adecuada en cuanto a tipo de estimulación, intensidad y duración. El trastorno provoca malestar acusado o dificultades en las relaciones interpersonales.

El trastorno orgásmico no se explica mejor por la presencia de otro trastorno (excepto otra disfunción sexual) y no es debido de manera exclusiva a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas o fármacos) o a una enfermedad médica. Sin embargo, según lo señalan Waldinger y Schweitzer,¹¹⁵ los trastornos orgásmicos y eyaculatorios, son considerados de manera errónea como uno mismo en el sistema de clasificación del DSM-IV, cuando en realidad son expresiones de fenómenos neurobiológicos distintos y, por desgracia, refieren los criterios para tal definición y clasificación que fueron aceptados a pesar de no contar con investigaciones dotadas de diseño y metodología apropiadas.¹¹⁶

A pesar de las controversias, el síndrome de anorgasmia masculina es conocido también como eyaculación retardada, eyaculación inhibida, incompetencia eyaculatoria, aneyaculación, orgasmo masculino inhibido o sobrecontrol eyaculatorio, entre otros términos.¹¹⁷

Clasificación

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, la anorgasmia masculina está clasificada dentro del rubro de trastornos sexuales y de la identidad sexual, en el inciso de trastornos orgásmicos, junto al trastorno orgásmico femenino y la eyaculación precoz.¹¹⁸

Para McMahon y colaboradores, el **trastorno orgásmico-eyaculatorio masculino** incluye la eyaculación inhibida, la aneyaculación, la anorgasmia, la eyaculación retrógrada y la eyaculación precoz. Esta última no será tratada en este capítulo sino en otra sección dedicada por completa a ella.

Como otras disfunciones, la **eyaculación inhibida** (EI; o aneyaculación) es catalogada en función a dos de sus características: temporalidad (momento en el cual surge el problema), misma que se divide en primaria (si se ha presentado durante toda la vida del varón) o secundaria (si ha ocurrido en la vida del varón después de un periodo de funcionamiento normal); además de la situacionalidad, que depende de la circunstancia en la cual el problema se presenta, quizá global (en todas las situaciones, contextos, estímulos, procedimientos y parejas), selectiva (alcanza el orgasmo, pero sólo bajo determinadas situaciones o circunstancias) o parcial (término que se utiliza para denominar a los varones que sólo eyaculan durante la actividad autoerótica). El DSM-IV clasifica a esta disfunción también por los criterios de causalidad, dividiéndolos en psicológicos y combinados.

Epidemiología

La mayor parte de la literatura refiere que el síndrome de anorgasmia masculina o eyaculación retardada es una disfunción bastante rara. Kaplan refirió que su muestra era demasiado pequeña como para ser reportada.

Diversos estudios desde el decenio de 1970-79 hasta el de 1990-99, hablan de rangos de prevalencia que van desde 3 hasta 39%, en poblaciones diversas. En 2003, un estudio realizado con pacientes de medicina general, arrojó una prevalencia de 11%. Hace poco Laumann encontró en EUA una prevalencia de 7.8% en hombres estadounidenses de entre 18 y 59 años de edad.¹¹⁹

Según McMahon y colaboradores, la anorgasmia masculina es más prevalente en hombres mayores debido a: 1) pérdida progresiva de la rapidez de conducción de los axones sensoriales periféricos que comienza a ser evidente en la tercera década de la vida y 2) atrofia dérmica, debida a infiltraciones colágenas que ocurren en hombres mayores y que resulta de hipoestesia peniana y dificultad en lograr la respuesta eyaculatoria.

Etiología

Las causas de orgasmo masculino inhibido o eyaculación retardada, se agrupan como se describe a continuación.

- Causas fisiológicas: hipoestesia peniana, lentitud de los reflejos bulbocavernosos, técnica autoerótica idiosincrática.
- Causas congénitas: quiste del conducto mülleriano, anomalías del conducto de Wolff, síndrome de Prune Belly.
- Causas quirúrgicas: resección transuretral de la próstata, incisión del cuello vesical.
- Causas neurológicas: neuropatía diabética, lesión medular, prostatectomía radical, proctocolectomía, simpatectomía bilateral, aneurismectomía de la aorta abdominal, linfadenectomía para aórtica, enfermedades desmielinizantes
- Causas endocrinas: diabetes mellitus, hipogonadismo, hipotiroidismo.
- Edad: tercera década de la vida en adelante y la presencia más frecuente de enfermedad vascular periférica, neuropatía diabética, enfermedades psiquiátricas.
- Utilización de sustancias: α bloqueadores, β bloqueadores, bloqueadores adrenérgicos, alcohol, antipsicóticos, antidepresivos atípicos (trazodona), baclofen, benzodiacepinas, inhibidores de la monoamino-oxidasa (IMAO), naproxeno, opioides, inhibidores selectos de la recaptura de serotonina (ISRS), tiazidas, antidepresivos tricíclicos.
- Causas psicológicas y diádicas: presencias de sentimientos de hostilidad hacia o desde la pareja.
- Otras: tabaquismo, alcoholismo, sedentarismo, soledad, enfermedades psiquiátricas, dispareunia, falta de privacidad para la actividad sexual.

Un metaanálisis de las etiologías del síndrome de anorgasmia masculina en el que se incluyeron 560 varones, arrojó la siguiente estratificación: lesión medular (68.9%), disección de ganglios linfáticos retroperitoneales (20.7%), diabetes mellitus (2.1%), traumatismo o cirugía retroperitoneal (0.9%), esclerosis múltiple (0.4%), cirugía del cuello vesical (0.2%), idiopático (7.1%).

Queda bastante claro que toda obstrucción, interrupción o alteración de los conductos genitales, los nervios y la conducción nerviosa, los vasos y la irrigación sanguínea, algunos trastornos hormonales y la habituación y predilección del varón por ciertas técnicas masturbatorias condicionantes, llegan a causar anorgasmia o eyaculación retardada.

Diagnóstico

Como ha sido descrito para el resto de las disfunciones sexuales, es imprescindible que para la concreción del diagnóstico el clínico realice una historia médica completa que incluya exploración física general y genital, una historia sexual y una de la relación de pareja, en el afán de descubrir la temporalidad y situacionalidad del síndrome y, por otra parte, las posibles causas precipitantes y agravantes de éste.

Es importante enfatizar el hecho de que es preciso solicitar la intervención e interconsulta de otros especialistas, como neurólogos, psiquiatras, endocrinólogos, urólogos o psicólogos (entre otros) y que parte del éxito diagnóstico y terapéutico radica justo en el reconocimiento de las propias limitaciones y la complejidad del síndrome.

Laboratorio y gabinete

Los estudios requeridos para confirmar o descartar las posibles etiologías del síndrome de eyaculación retardada o anorgasmia masculina, dependen del diagnóstico presuntivo que el clínico elabore y tal vez incluya glucemia, perfil hormonal, potenciales evocados de genitales y lumbares o resonancia magnética.

Tratamiento

Así, el tratamiento depende de que sea obtenido el diagnóstico correcto a través de la historia clínica médica, la historia sexual, la evaluación de la relación de pareja y los resultados de los estudios de laboratorio y gabinete realizados.

Es un hecho que casi todo problema psicológico puede estar asociado con trastornos del orgasmo, por lo que es fundamental la valoración de este aspecto en el paciente como parte integral de la evaluación inicial.

Cuando la causa de la eyaculación retardada es farmacológica, deberá valorarse junto con el médico tratante (psiquiatra, médico general u otro) la suspensión y sustitución de los medicamentos administrados para otra afección. Para ello, existen fármacos liberadores de dopamina, agonistas de hidroxitriptamina, histamina, serotonina y noradrenalina a nivel central (amantadina, bupropión, buspirona, ciproheptadina y yohimbina) que son facilitadores de la eyaculación y es posible administrarlos cuando la anorgasmia masculina se debe al uso de fluoxetina, fluvoxamina, nortriptilina, clomipramina, imipramina, sertralina o paroxetina.¹²⁰⁻¹²³

En cuanto a la utilidad de la terapia sexual para tratar la anorgasmia masculina, los textos recomiendan relajación meditativa en combinación con la psicoterapia, además de la utilización de películas, material, libros y revistas de contenido erótico, juegos y fantasías sexuales y ejercicios de masturbación que resulten muy estimulantes y erotizantes para el paciente.¹²⁴

Bancroft considera que un estímulo inadecuado o insuficiente puede ser el causante del bloqueo orgásmico y la eyaculación retardada, por lo que propone la utilización de lubricantes genitales y su estimulación vigorosa para superar tal bloqueo, con el fin de lograr, primero, la eyaculación extravaginal y, después, tras la implementación de prácticas subsecuentes, la eyaculación cada vez más cercana a la vagina hasta lograr el reflejo de manera intravaginal. Hawton sugiere que durante los ejercicios de masturbación en presencia de la pareja, el hombre centre su atención en las sensaciones placenteras genitales y elija la posición superior a la hora del coito (“posición del misionero”). Ambos autores coinciden en la gran utilidad de los vibradores para incrementar el nivel de excitación.^{125,126}

Es muy importante considerar y evaluar el vínculo de pareja para el tratamiento de los casos de eyaculación retardada, ya que la dinámica entre ambos puede ser uno de los factores predisponentes o desencadenantes de la disfunción y causantes del fracaso terapéutico: la actividad sexual monótona, con poca o nula confianza entre los miembros de la pareja, comunicación erótica insuficiente, así como la presencia de conflictos, son

circunstancias que requieren ser atendidas con prontitud en una terapia de pareja.

Cuando la anorgasmia masculina se ve acompañada de disfunción eréctil, esta última debe ser atendida primero siendo siempre el fin principal del tratamiento, la satisfacción y salud sexuales de ambos miembros de la pareja. Si se considera que cada caso es único, el abordaje ecléctico es el más recomendado y, como todo tratamiento, debe ser explicado y discutido con el paciente y su pareja.¹²⁷

Pronóstico

Munjack y Kanno, en un metanálisis reportaron de 42 a 82% de éxito de la terapia sexual como tratamiento curativo del síndrome de eyaculación retardada o anorgasmia masculina.¹²⁸

Según Kaplan, es afortunado el hecho de que sea poco frecuente que lleguen a consulta varones que nunca han podido eyacular (ni con autoestimulación), debido a que suelen ser casos difíciles de tratar. En su forma leve, el retardo o incompetencia eyaculatoria es hasta cierto punto común y tiene un excelente pronóstico con la terapia sexual.

En la forma moderada de este trastorno, el varón sólo consigue eyacular con la masturbación y cuando está solo; sin embargo, en función de los factores causales, el pronóstico varía, siendo bastante reservado en los casos de daño neurológico o anatómico irreversibles.

EYACULACIÓN PRECOZ

Claudia Wally Rampazzo Bonaldo

Introducción

El síndrome de eyaculación precoz (EP) es considerado como la disfunción sexual más frecuente y se caracteriza por la ausencia de control sobre el momento en el que se produce la eyaculación, circunstancia que afecta tanto a quien la padece como a su pareja.¹²⁹ Es una disfunción exclusiva de los varones, tanto Kinsey como Masters y Johnson estudiaron y definieron la eyaculación precoz en base a sus hallazgos; sus definiciones han variado a lo largo de los años según aspectos cuantitativos como el tiempo de eyaculación, la obtención del orgasmo por parte de la pareja y los movimientos pélvicos previos a la eyaculación. En la actualidad, la definición está fundamentada en aspectos cualitativos como la falta de control eyaculatorio, además de la insatisfacción erótica y emocional de uno o ambos miembros de la pareja como resultado de ello.

Definición

El término “eyaculación” —la acción y efecto de eyacular— proviene del latín y significa “lanzar con rapidez y fuerza el contenido de un órgano, cavidad o depósito, en particular el

semen del hombre o de los animales”; en tanto que “precoz”, también del latín, significa “temprano”, “prematureo” y, en caso de un proceso, que aparece “antes de lo habitual”.¹³⁰ Los sinónimos de EP son “eyaculación prematura”, “eyaculación rápida”, “falta de control de la eyaculación”, “eyaculación inoportuna” y “control eyaculatorio pobre o inadecuado”.

El concepto de lo que significa eyacular de manera precoz, como señala Waldinger, ha cambiado a lo largo de la historia: en 1887 fue descrito el primer caso por Gross y el segundo caso fue reportado por Kraft-Ebing en 1901. Desde entonces hasta 1917, la EP fue definida como eyaculación rápida y fue concebida como un fenómeno anormal pero no como un trastorno necesariamente psicológico.^{131,132}

Más tarde, en 1917, Abraham la describió como *eyaculatio praecox* y la consideró un síntoma neurótico producto de conflictos inconscientes, tratable con psicoanálisis clásico y, de hecho, algunos médicos de la época atribuyeron la EP a problemas anatómicos e implementaron ciertos procedimientos quirúrgicos como incisiones o electrocauterizaciones del prepucio para resolverla.¹³³ En 1943, Shapiro la describió como un trastorno psicossomático y la clasificó en dos tipos que después serían descritos como EP primaria y secundaria. De 1950 a 1990, la mayoría de los sexólogos negaron los componentes orgánicos y los tratamientos farmacológicos para la EP, atribuyéndola a un condicionamiento del reflejo eyaculatorio instaurado durante los primeros encuentros eróticos apresurados de la adolescencia, más aún cuando Masters y Johnson reportaron múltiples éxitos con la terapia conductual y la técnica del “squeeze” (“apretón”) descrito por Semans.¹³⁴ Para Kaplan, el aspecto crucial de la precocidad es la ausencia de control voluntario sobre el reflejo eyaculador y el orgasmo se da, entonces, de una manera refleja, fuera del control del individuo, una vez alcanzado un intenso nivel de excitación sexual.¹³⁵

El DSM-IV define a la EP como “la persistente o recurrente eyaculación con un estímulo sexual mínimo antes, durante o poco después de la penetración y antes de que la persona lo desee”.¹³⁶ Waldinger afirma que el significado de “persistente”, “recurrente”, “mínimo” y “poco después” son vagos y poco descriptivos. El mismo autor y sus colaboradores, por tanto, basados en los hallazgos de la investigación realizada en 110 hombres con EP primaria, propusieron la definición de “eyaculación rápida que ocurre en menos de un minuto en 90% de los encuentros sexuales y que es independiente de problemas psicológicos o de pareja”.¹³⁷

Clasificación

El síndrome de EP se presenta de diversas maneras, de lo que deriva su clasificación: **temporalidad** (momento en el que surge el problema), que se divide en primaria (si la EP se ha presentado durante toda la vida del individuo) o secundaria (si ocurre después de un periodo de funcionamiento normal), y el de **situacionalidad**, que está en función del contexto (circunstancia) en la cual el problema se presenta, ya sea síndrome de EP global (en todas las situaciones, contextos, estímulos, procedimientos y compañeros), selectiva (sólo bajo determinadas situaciones o circunstancias) o parcial (cuando el varón controla el reflejo eyaculatorio sólo si se masturba, pero no en una relación con pareja). Según Rubio y Díaz, la gran mayoría de los casos observados en la práctica clínica corresponden a

síndromes primarios y globales, es decir, varones que durante toda su vida han tenido un patrón de eyaculación con poco o nulo control y que se quejan de este problema en todas las ocasiones que tienen interacción sexual, al margen de la pareja con la que interactúan. En fechas recientes se ha observado un incremento en el número de casos en los que la EP se presenta de manera secundaria, es decir, individuos que se quejan de haber perdido el control sobre su eyaculación después de haber disfrutado de un control adecuado desde el inicio de su vida sexual: en estas circunstancias es importante descartar la presencia de factores orgánicos (como prostatitis, uretritis o algún trastorno desmielinizante), así como problemas vinculatorios (conflictos, enojo, resentimientos, alejamiento, infidelidad) o disfunciones sexuales de la pareja del paciente (dispareunia, deseo sexual hipoactivo, anorgasmia secundaria).

Epidemiología

El síndrome de EP es considerado como la disfunción sexual más frecuente en hombres menores de 45 años, con una prevalencia en varones estadounidenses que va de 30 a 70%; el *National Health and Social Life Survey* (NHSLS) indica una prevalencia de 30%, al margen de la edad.¹³⁸ Sin embargo, varias encuestas demuestran que hay un subregistro debido a que muchos hombres no reportan la disfunción a su médico, quizá por vergüenza o temor a que no haya tratamiento disponible. A nivel internacional, la prevalencia en países de Europa y la India, reflejan las estadísticas estadounidenses pero se desconocen las cifras de Asia, África y Australia.

En cuanto a la raza, no hay estudios que demuestren que la prevalencia e incidencia de EP sean distintas entre grupos, aunque el análisis del NHSLS realizado por Laumann y colaboradores mostró que la EP es más prevalente en hombres afroamericanos (34%) y caucásicos (29%) que en hispanos (27%).¹³⁹ En cuanto a la rapidez con la que un hombre eyacula, Waldinger y colaboradores, estudiaron a 110 hombres con EP primaria y alrededor de 10% eyaculaban entre 1 y 2 minutos después de la penetración vaginal, pero 90% eyaculó en el periodo de 1 minuto, 80% en 30 segundos y 60% en 15 segundos.

En cuanto a la evolución de la EP, es extendida la creencia de que el aumento en la edad retarda la eyaculación, tal afirmación quizá aplique en los hombres con un promedio de latencia eyaculatoria “normal”, mas no en quienes padecen EP. Waldinger encontró que 76% de los hombres con EP primaria estudiados, reportaron eyacular igual de rápido que durante la pubertad y la adolescencia; 23%, reportaron hacerlo aún más rápido y sólo 1% reportó tardar más tiempo en eyacular.

Fisiología

Diversos estudios en ratas macho han demostrado que la eyaculación es regulada por varias áreas del sistema nervioso central (SNC). El área preóptica medial (APOM) en el hipotálamo rostral y el *nucleus paragigantocellularis* (nPGi) en la médula ventral están involucrados en el proceso de eyaculación. Estímulos eléctricos en el APOM, promueven

la eyaculación y se ha planteado la hipótesis de que ésta es inhibida tónicamente por vías serotoninérgicas descendientes del nPGi hacia el núcleo motor lumbosacro. La presente hipótesis es que el nPGi *per se* es inhibido por un estímulo proveniente del APOM y que la desinhibición del nPGi permitirá la eyaculación. El descubrimiento de neuronas serotoninérgicas en el nPGi y el conocido retardo de la eyaculación inducido por los antidepressivos serotoninérgicos (ISRS), sugiere una acción de éstos a nivel del nPGi, aunque el sitio preciso de acción no se ha determinado aún.¹⁴⁰

Coolen y colaboradores mostraron la presencia de diversas áreas cerebrales involucradas con la eyaculación: el área posteromedial de la estría *terminalis*, una subárea lateral en la parte posterodorsal de la amígdala medial, el núcleo preóptico posterodorsal y la parte medial del núcleo parvicelular subparafascicular, que están interconectadas de manera extensiva y recíproca con el APOM, las cuales intervienen con la sensación de saciedad poseyaculatoria y la etapa refractaria subsiguiente.¹⁴¹⁻¹⁴⁴ Truitt y Colen subrayaron el rol de la médula espinal lumbar en el proceso de la eyaculación, al identificar un grupo de células espinotalámicas (LSt) que se activan de modo específico después de la eyaculación y proveen estímulos sensoriales genitales al núcleo subparafascicular en el tálamo y el subcircuito eyaculatorio en el cerebro.¹⁴⁵ Las células LSt también tienen proyecciones a las neuronas simpáticas y parasimpáticas relacionadas con los genitales; se cree que contribuyen a desencadenar el reflejo y sensación eyaculatoria percibidos como orgasmo.

Etiología

Durante el decenio de 1960-69, Masters y Johnson atribuyeron la EP a un condicionamiento del reflejo eyaculatorio instaurado durante los primeros apresurados encuentros eróticos y autoeróticos de la adolescencia. La impresión clínica es que los procesos causales son distintos en los casos de EP primaria y secundaria. En los primarios, se observa con más claridad el proceso descrito por Kaplan, en donde el control no ha sido aprendido por el paciente, ya que tiene un déficit en la calidad de la percepción de sus sensaciones premonitorias del orgasmo. En los secundarios, tienden a aparecer como causales ciertos factores biológicos, psicológicos y vinculativos.

De acuerdo con Metz y Pryor,¹⁴⁶ la EP puede tener su origen en factores orgánicos o psicológicos, así que proponen los siguientes tipos en base a sus características etiológicas:

- Constitución neurológica
- Enfermedad física aguda
- Daño físico
- Efectos farmacológicos colaterales
- Constitución psicológica
- Estrés psicológico agudo
- Problemas vinculativos
- Déficit de habilidades eróticas

El cuadro 6-3 describe las causalidades encontradas de manera más frecuente en los diferentes tipos de EP, según su clasificación.

Cuadro 6-3. Causas más comunes de diferentes tipos de EP
EP primaria global Causas biogénicas: enfermedades desmielinizantes, poliomielitis Causas psicogénicas: falta de desarrollo del erotismo. Reflejo orgásmico mal integrado por pobre reconocimiento de sensaciones. Conflicto para experimentar placer
EP primaria parcial Causas biogénicas: se desconoce un factor causal Causas psicogénicas: angustia anticipada o de desempeño. Bloqueo de percepción de sensaciones durante el acto sexual en pareja. Conflicto con la intimidad. Conflicto edípico
EP primaria selectiva Causas biogénicas: se desconoce un factor causal Causas psicogénicas: conflicto en la dinámica de pareja. Conflicto con la intimidad de pareja. Conflicto edípico. Infidelidad real o sospechada
EP secundaria global Causas biogénicas: deficiente aporte arterial. Prostatitis, epididimitis, uretritis. Neuropatía diabética y alcohólica. Fármacos αadrenérgicos Causas psicogénicas: vivencia culpígena del placer. Infidelidad real o sospechada
EP secundaria parcial Causas biogénicas: se desconoce factor causal Causas psicogénicas: reactivación del conflicto edípico. Trastorno de identificación psicosexual. Conflicto con el placer en pareja. Conflicto con la intimidad
EP secundaria selectiva Causas biogénicas: se desconoce factor causal Causas psicogénicas: conflicto con la dinámica de la pareja. Reactivación del conflicto edípico. Conflicto con la intimidad de pareja. Infidelidad o temor al abandono

Según McMahon,¹⁴⁷ las causas y circunstancias relacionadas con mayor frecuencia a la EP son: ansiedad, experiencias sexuales tempranas, frecuencia de las relaciones sexuales, técnicas de control eyaculatorio inadecuadas, ciertas causas psicodinámicas, hipersensibilidad peniana, hiperexcitabilidad del reflejo eyaculatorio, hiperexcitabilidad sexual, ciertas endocrinopatías, predisposición genética y disfunción de los receptores 5-HT centrales.

Hace poco, Waldinger y colaboradores plantearon que la EP forma parte de una variabilidad biológica normal en el tiempo de latencia eyaculatorio intravaginal (IELT, por sus siglas en inglés o tiempo que transcurre entre la penetración vaginal y la eyaculación intravaginal) de algunos varones con cierta vulnerabilidad genética.¹⁴⁸⁻¹⁵⁰ Así que la EP es considerada, en primer lugar, como un fenómeno neurobiológico capaz de conducir a malestar psicológico o psicosocial, aunque esto no siempre sucede; es decir que, dependiendo del entorno, de los factores personales y vinculativos, el varón quizá llegue a percibir la eyaculación rápida como un problema. Un interesante estudio neurofisiológico mostró latencias más cortas y amplitudes mayores en los potenciales somatosensoriales

evocados del glándulo de hombres con EP primaria, en comparación con los hallazgos en varones sin EP, lo que sugiere hiperexcitabilidad sensorial.¹⁵¹

Diagnóstico

La evaluación del paciente con EP y de su pareja requiere la elaboración completa de la historia clínica médica, una historia sexual detallada y una historia de la pareja para recabar todos los elementos relacionados con la sexualidad de los consultantes. Realizar tales evaluaciones no necesariamente es un procedimiento que ocupe mucho tiempo, en tanto el profesional se sirva de sencillos formatos de autollenado para que el paciente los conteste en la sala de espera, después los corrobore y aclare las dudas durante la consulta. Antes que nada debe analizarse cuál es el motivo de la consulta y si existe o no un síndrome de EP (con base en las definiciones descritas).

A menudo el paciente acudirá a consulta motivado por su pareja (quizá con la queja de parte de ella de no poder alcanzar el orgasmo) y durante la entrevista se haga evidente que el consultante controla sin problema alguno el momento en que se produce la eyaculación, pero su pareja presenta un síndrome de anorgasmia primaria. También es factible que el hombre se haya adaptado a otra disfunción sexual, la eréctil, eyaculando con rapidez para alcanzar el orgasmo antes de perder la erección o por temor a ello.

Una vez contestadas las preguntas con respecto a la presencia de EP, el clínico debe precisar si se trata de un síndrome primario o secundario, global, selectivo o parcial, mediante realizar una semiología precisa de los síntomas y, así, orientándose hacia las posibles etiologías, las cuales pueden ser orgánicas, psicológicas o vinculativas (conflictiva de pareja, cambio de pareja). A modo de orientación general, es importante considerar que la EP primaria global suele provenir de factores hereditarios, hipersensibilidad genital o rasgos subjetivos de conducción de impulsos nerviosos. Cuando la EP es secundaria y sobre todo si el hombre es mayor de 40 años, debemos pensar en factores orgánicos que pudieran afectar las vías urinarias inferiores. Es frecuente que se precisen estudios de laboratorio como examen general de orina, urocultivo, determinación de antígeno prostático específico, cultivo seminal y estudios de gabinete como el de potenciales evocados (en caso de que se sospeche la presencia de enfermedades desmielinizantes). No debe olvidarse la importancia de pedir interconsultas urológicas cuando no sea posible interpretar el resultado de algunos estudios o bien se desconozca el manejo de ciertos diagnósticos. Cuando haya sospecha de un conflicto vincutivo o un padecimiento psiquiátrico, es indispensable la evaluación del especialista en cuestión.

Tratamiento

Antes que nada, es imprescindible tener claridad del diagnóstico y de las posibles etiologías de la EP, como ya se explicó, pues desde una perspectiva ideal el tratamiento debe ser personalizado a cada paciente y su pareja. A pesar de que la alternativa farmacológica haya sido una opción durante décadas, la terapia sexual ha prevalecido como

el primer tratamiento de la EP, aunque según algunos autores, con base en los principios de la medicina basada en la evidencia, hay pocas razones para que el abordaje psicológico y conductual sean la primera elección terapéutica. En experiencia de la autora de esta sección, la alternativa farmacológica debe ser la primer opción en los casos en los que la relación de pareja esté en crisis grave por la disfunción, o bien si el paciente o su pareja por razones personales o religiosas, no están dispuestos a realizar los ejercicios sugeridos por el terapeuta sexual. Según los estudios psicofarmacológicos, hay evidencia de que algunos casos de eyaculación prematura están relacionados a una disminución de los niveles de la neurotransmisión serotoninérgica y alteraciones en los receptores 5-HT_{2C} y 5-HT_{1A}; además, estudios en animales muestran la presencia de circuitos neurales específicos relacionados con la eyaculación, aunque su participación en la presencia de EP, permanecen aún sin dilucidar.¹⁵²

Los tratamientos conductuales han prevalecido en la sexología actual; sin embargo, se han realizado pocos estudios que demuestren su efectividad. En contraste, desde el decenio de 1990-99 se han publicado muchos estudios sobre la efectividad de los ISRS, la clomipramina y los anestésicos locales como retardantes de la eyaculación, partiendo de la concepción de la EP como producto del metabolismo de la serotonina en zonas específicas del SNC y cierta vulnerabilidad genética.¹⁵³ Sin embargo, en nuestra opinión y la de otros autores, el mejor abordaje terapéutico del paciente con EP con resultados a largo plazo, es el que incluye intervenciones dirigidas a resolver la comorbilidad psicológica y vinculativa que, con mucha frecuencia, participan en la etiología y mantenimiento de la disfunción.¹⁵⁴ Según el estudio de 152 hombres heterosexuales con EP y sus parejas, publicados en el 2003 por Byers y Grenier,¹⁵⁵ esta disfunción tiene un impacto en el funcionamiento sexual de ambos, lo que genera preocupación y mal funcionamiento sexual y de vínculo. En general, las mujeres consideraron que la EP representó menor problema en sus vidas que lo que para el hombre significaba, a pesar de que ambos reportaron menor satisfacción sexual, aunque muchas percibían a la EP como un acto egoísta por parte del hombre. Según los estudios de Symonds y colaboradores, la EP afecta la confianza del hombre de manera cualitativa en la relación actual y en las futuras de una manera similar a la disfunción eréctil (DE).¹⁵⁶

Psicoterapia sexual

Helen S. Kaplan sugiere que el terapeuta explique los mecanismos de la EP, transmita tranquilidad y ofrezca consejos sencillos.¹⁵⁷ La técnica que emplea para abordar la EP es una variante del método Semans de “parada y arranque”, que la pareja realiza durante las situaciones sexuales. Una vez que la pareja acepta el tratamiento, la terapia comienza con la sesión inicial. Concluida la charla preliminar, se instruye a la pareja para que realice en casa juegos amorosos de alcance limitado, es decir, hasta que el varón tenga una erección; luego se le pide que se coloque boca arriba mientras la pareja le estimula el pene de modo manual u oral si así lo prefiere. En la experiencia de la autora de esta sección, es frecuente que durante la historia sexual se evidencie que el varón presente altos niveles de angustia de desempeño con respecto al funcionamiento de sus genitales y, por tanto, una conducta

de autoobservación a veces obsesiva, que le impide disfrutar del encuentro y caricias eróticas.

Debido a ello, con frecuencia le sugerimos que lleve a cabo ciertas experiencias eróticas con la pareja y otras a solas, y con tranquilidad, en la conciencia de que la repetición y ritmo gradual, así como la eliminación de la necesidad de “desempeñarse adecuadamente”, le permitirán descubrir las sensaciones eróticas de su cuerpo. Así, se le pide al varón que, en un contexto de soledad y privacidad, y con un estímulo erótico que considere altamente eficaz (pensamientos y fantasías eróticas, revistas, cuentos o películas con contenido erótico), se masturbe al menos 3 a 5 veces por semana con la primera finalidad de reconocer las sensaciones corporales que le indican la inminencia de la eyaculación, es decir, se pide que reconozca el momento de inevitabilidad eyaculatoria o punto de “no regreso”. El hecho de que se pida al paciente exponerse a un estímulo erótico eficaz, es con la finalidad de que realice los ejercicios de masturbación en un contexto de máxima excitación, circunstancia a la que por lo general está expuesto cuando tiene una relación sexual en pareja. Una vez que haya reconocido el punto de inevitabilidad eyaculatoria (lo cual por lo común toma algunos días), se le instruye para que, de manera imaginaria, considere ese punto como el nivel rojo —o de máxima excitación— para que, con esa referencia, ubique los puntos de excitación media —color naranja— y baja —color verde—, para que el resto de los ejercicios masturbatorios, una vez ubicados los tres niveles de excitación, se lleven a cabo en el nivel más bajo o verde.

El hombre tiene que reconocer dichos tres niveles de excitación por medio de las sensaciones corporales, de modo que llegue a percatarse de que el nivel verde corresponde a una erección de media a firme, sin sensaciones de urgencia eyaculatoria y la sensación subjetiva de excitación. En esa etapa de la excitación es donde se llevarán a cabo el resto de los ejercicios. Mediante la técnica de parada y arranque, el individuo aprende a masturbarse y a tolerar altos niveles de excitación, sin eyacular. Esta sencilla técnica implica la estimulación del pene manualmente (arranque) hasta antes del nivel naranja de excitación, momento en el que se interrumpe la masturbación (parada) y el paciente deja de tocarse el pene hasta lograr cierta baja en la excitación y leve detumescencia, durante unos segundos (tiempo que, conforme avance la práctica, se extenderá cada vez más).

Ahora se indica al paciente que cada vez que realice la masturbación, practique 4 arranques y 3 paradas, de tal manera que después del último arranque, eyacule. Una vez dominada esta técnica, durante dos o más semanas, el paciente utilizará gel lubricante hidrosoluble para el mismo ejercicio, hasta dominarlo. Después de eso, en lugar de realizar las paradas, el paciente deberá lograr disminuir el ritmo de frotación de su pene entre uno y otro arranque, ejercicio que coloquialmente se denomina “*jazzeo*” (por su similitud con el ritmo del *jazz*, que aumenta y disminuye de velocidad). A veces esta transición es un tanto complicada, por lo que cabe sugerir un paso previo, el cual consiste en suspender los movimientos de frotación durante las paradas, pero sin soltar el pene. Cuando el paciente ha dominado el ejercicio de *jazzeo* con gel lubricante, deberá realizarlo con la mano de su pareja, guiada por él. Hay quienes requieren iniciar de nuevo con la parada y el arranque con la mano de la pareja, debido a que el estímulo nuevo les genera mucha excitación y sienten que no controlarán la eyaculación.

Es indispensable tener una actitud positiva y explicar o incluso anticipar la recaída, como

un fenómeno factible, común y superable debido al aumento de la intensidad del estímulo. Cuando se ha alcanzado el dominio del *jazzeo* con la mano de la pareja y gel lubricante, el siguiente paso es el mismo ejercicio pero con estimulación oral de la pareja: esto es, *jazzeo* con felación (debido a la presencia de saliva, se omite el gel lubricante). En este ejercicio también la pareja debe ser guiada por el paciente en cuanto al ritmo de la felación.

Después de dos o más semanas requeridas para el dominio de este paso, se permite a los pacientes realizar el coito, con la misma instrucción de que el varón será quien guíe los ritmos y movimientos pélvicos de su pareja; la posición que primero se sugiere es la de la mujer sentada en cuclillas sobre la pelvis del varón, quien se encuentra acostado boca arriba. Se podrán hacer paradas y arranques sin extraer el pene de la vagina y después el *jazzeo*. Al dominarse esta técnica, se sugiere la posición lateral, en la que el hombre penetra a su pareja vía vaginal de manera posterior, ambos sobre el mismo flanco. El último paso consistirá en el coito sin demandas, es decir, en la posición que el paciente y su pareja deseen. Es importante señalar que en paralelo a la realización de esta técnicas, conviene suprimir las relaciones sexuales coitales o toda conducta sexual que se le parezca (felación, masturbación con la mano de la pareja, coito anal) con el fin de eliminar lo más posible la angustia de desempeño o ejecución por parte del paciente. No se prohíben los orgasmos y se sugieren los juegos de caricias por turnos, denominados focalización sensorial, “placerización” sensorial o juego del amo y el esclavo, los cuales consisten en la realización de caricias sensuales por parte de los miembros de la pareja en todo el cuerpo y por turnos: ambos desnudos sobre la cama, sin elementos que interrumpan o generen prisa, decidirán quién es el primero en acariciar y obedecer (esclavo) y quién será el primero en ser acariciado y mandar (amo). El rol de amo lleva implícito pedir todo tipo de caricia a la pareja, en todo el cuerpo, excepto genitales y pezones durante las primeras semanas; en el rol de esclavo, la persona debe obedecer a las peticiones del amo, es decir, seguir las instrucciones que el amo da con respecto a las caricias que desea recibir. En cada sesión de caricias, las dos personas serán amos y esclavos por turnos de alrededor de 10 minutos cada uno (5 minutos boca arriba y 5 minutos boca abajo) y se permite utilizar las manos, la boca, la lengua y el propio cuerpo para dar la caricia, si así lo solicita el amo. También se pueden utilizar aceites aromáticos para el cuerpo para permitir mejor lubricación de la piel, así como propiciar sensaciones más agradables e intensas.

Con la práctica, un 80% por ciento de los hombres logra controlar la eyaculación durante 5 a 10 minutos o incluso más, ejercitándose al menos 3 meses con supervisión terapéutica y superando los obstáculos y la frustración que pudieran surgir a lo largo del tratamiento. Es un hecho que la terapia en pareja presenta ventajas y desventajas y que, sin duda, en el caso de la EP es recomendable que la pareja del varón se sienta involucrada desde un principio en el proceso terapéutico y no se perciba como un objeto o accesorio utilitario. Habrá que lidiar con la frustración, desesperanza, falta de colaboración, deseos de coito y sabotajes por parte del hombre y su pareja, para que ambos asuman el rol de protagonistas en el tratamiento. En caso de que el varón no tenga pareja, la sugerencia es que inicie los ejercicios solo y después consiga a una compañera para los fines terapéuticos; en caso de que cuente con pareja pero no con su colaboración, se le invita a realizar los ejercicios en solitario y, una vez que se requiera la presencia de la compañera, el terapeuta intentará negociar con ambos las alternativas, haciendo énfasis en la importancia de la participación

de los dos para una evolución positiva y rápida de la EP.

Ejercicios de Kegel

Estos sencillos ejercicios consisten en la contracción y relajación voluntarias por periodos de 10 segundos, de los músculos del piso pélvico del varón y han resultado útiles para el control de la EP. Se explica al varón y a su pareja que estos ejercicios fortalecen el piso pélvico de ambos y pueden mejorar ciertas áreas de la respuesta sexual, además del control de la eyaculación cuando el hombre percibe que se está acercando al punto de inevitabilidad eyaculatoria. Para explicar el ejercicio, vale la pena instruir al paciente para que, mientras orina, interrumpa de manera voluntaria y rítmica el chorro de orina, con lo cual acciona justo los músculos pélvicos implicados. Con la práctica, logrará sostener las contracciones durante varios segundos.

Terapia farmacológica

Según Waldinger, existen tres estrategias terapéuticas farmacológicas: 1) tratamiento diario con antidepresivos serotoninérgicos; 2) tratamiento con antidepresivos serotoninérgicos “a demanda”; 3) ungüentos anestésicos tópicos. Desde el punto de vista de la terapia sexual, es factible combinar las primeras dos alternativas con los ejercicios ya descritos para el control gradual de la eyaculación.

El tratamiento diario puede ser con paroxetina (20 a 40 mg), clomipramina (10 a 50 mg), sertralina (50 a 100 mg) y fluoxetina (20 a 40 mg). Un metanálisis de todos los tratamientos orales, mostró a la paroxetina como el fármaco más eficaz para retardar la eyaculación.¹⁵⁸ Paroxetina, sertralina y fluoxetina (todos ellos ISRS) pueden causar efectos colaterales leves y transitorios como fatiga, transpiración y bostezos, que desaparecerán a la segunda o tercera semana de tratamiento; el efecto de retardo de la eyaculación se manifiesta al final de la segunda semana o a veces antes. A excepción de la fluoxetina, es recomendable no suspender de manera abrupta el uso de los ISRS, sino hacerlo poco a poco a lo largo de 2 o 3 semanas para evitar síndromes de supresión. En cuanto a la clomipramina, sus efectos colaterales quizá incluyan náuseas, fatiga y resequedad bucal. Tanto los ISRS como la clomipramina, mientras se están utilizando, pueden causar disminución del deseo sexual y disminución en la rigidez peniana o incluso disfunción eréctil, circunstancias que tendrán que ser informadas de modo oportuno a los pacientes. En casos raros, los ISRS llegan a causar alteraciones de la coagulación y priapismo. Hay pocos estudios con respecto a la utilización y eficacia de ISRS “a demanda”; sin embargo, Waldinger refiere que la clomipramina en dosis de 10 a 50 mg tomada 4 a 6 horas previas al coito, puede ser efectiva por al menos 15 horas, y logra retardar la eyaculación. Otra estrategia es la utilización de cualquiera de los ISRS ya mencionados a dosis bajas diarias, combinados con una dosis mayor “a demanda” poco antes del coito.

Neurotomía selectiva y rehabilitación del piso pélvico

La neurotomía selectiva es un procedimiento quirúrgico que consiste en la interrupción de la vía aferente del nervio dorsal del pene en el caso de que se demuestre hipersensibilidad.

Según los estudios de Díaz y colaboradores, la cirugía está indicada para retardar la eyaculación en pacientes con hiperplasia nerviosa superficial e hipersensibilidad del glande, aunque la disminución significativa e irreversible en la sensibilidad hace que la utilización de este método sea controvertida y, de hecho, se considera un método aún experimental.^{159,160}

En cuanto a la rehabilitación del piso pélvico, es un procedimiento sencillo enfocado al fortalecimiento de los músculos de tal zona anatómica, que por lo normal es utilizado para la incontinencia urinaria y fecal, y que ha dado buenos resultados en algunos casos de EP.¹⁶¹

Anestésicos locales

Se han utilizado diferentes anestésicos tópicos en crema, espray, solución y gel y en un estudio con prilocaína y lidocaína, la extensión del tiempo de latencia intravaginal aumentó de manera significativa.¹⁶² No hay duda de que la utilización de anestésicos tópicos reduce la sensibilidad del glande de manera transitoria y, por tanto, la captación de sensaciones placenteras, por lo que es un método de eficacia discutible.

Circuncisión

Debido al efecto de queratinización de la epidermis del glande y la disminución de las sensaciones, se ha utilizado la circuncisión como un método para disminuir el tiempo de latencia eyaculatoria y corregir la EP, sobre todo si se realiza en la edad adulta. A pesar de que Masters y Johnson señalaran que la circuncisión no afectaba la sensibilidad del glande, estudios recientes han demostrado que la circuncisión realizada en la edad adulta puede prolongar el tiempo de latencia eyaculatoria. Si bien diversos estudios mostraron incremento en la satisfacción sexual general después de la circuncisión, persiste cierta controversia al respecto, ya que en ciertas comunidades religiosas la realización de ese procedimiento para tales fines llega a tener un efecto benéfico en la autoestima de los hombres y, por tanto, incrementa su satisfacción erótica y tiempo eyaculatorio, pero no necesariamente por efecto de la cirugía *per se*.¹⁶³

Otros métodos

El hombre preocupado por la rapidez con la que eyacula y la insatisfacción que ello genera tanto en su pareja como en sí mismo, trata de resolver la EP con métodos de efecto variable y transitorio, pero no de manera definitiva. Es frecuente que los pacientes que acuden a terapia sexual han intentado los siguientes métodos con efectividad variable y transitoria:

- Utilización de uno o más condones para disminuir la sensibilidad del glande
- Masturbarse y eyacular antes del coito para causar un retraso en la segunda eyaculación
- Consumir bebidas alcohólicas (por el efecto que el alcohol tiene en retardar todos los reflejos, incluido el eyaculatorio)
- Desexcitación a través de pensamientos antieróticos (desconexión)
- Automedicación con fármacos IPDE-5 (facilitadores de la erección y acortadores del

periodo refractario y sin efecto en el retardo de la eyaculación propiamente).

- Si bien hay alternativas definitivas y transitorias para mejorar el tiempo de latencia eyaculatoria, es recomendable que el paciente y su pareja acudan con el especialista para obtener la mejor orientación y el tratamiento más adecuado a su problema específico.

VAGINISMO

Iván Arango de Montis

Introducción

Es una condición que se ubica dentro del rubro de los “trastornos por dolor sexual”, que incluyen tanto a la dispareunia como al vaginismo. De hecho, recientemente se ha confrontado la hipótesis de que ambas entidades correspondan a fenómenos distintos, ya que las investigaciones han demostrado dificultades con respecto a la sensibilidad y especificidad en el diagnóstico diferencial de dichos dos fenómenos. Ambas condiciones presentan en un mayor o menor grado las siguientes características:

1. Problemas relacionados con la tensión muscular (ya sea voluntaria, involuntaria, limitada al esfínter vaginal, al piso pélvico, a los músculos abductores, a la espalda, a la mandíbula o al cuerpo entero).
2. Miedo al dolor sexual (ya sea específicamente asociado al tacto, al coito o un miedo generalizado a la percepción del dolor) o miedo al coito por razones distintas al dolor.
3. Propensión a conductas de aproximación o evitación. A pesar de la experiencia dolorosa, hay un subgrupo de mujeres que continúan siendo receptivas a las iniciativas sexuales de su pareja o a la autoestimulación. Sin embargo, existe otro subgrupo en el que la característica es la evitación, de manera fundamental, del tacto entre los labios menores.

Existen diferentes formas de entender el vaginismo y para ello primero es necesario conocer sus características clínicas descritas en las clasificaciones.

Los criterios diagnósticos para el vaginismo en el DSM-IV-TR son:¹⁶⁴

- a. Espasmo involuntario recurrente o persistente de la musculatura del tercio externo de la vagina que interfiere con el coito.
- b. El trastorno genera malestar significativo o dificultades en las relaciones interpersonales.
- c. La disfunción no se debe a otro trastorno en el Eje I (p. ej., trastorno por somatización) y no se debe a los efectos fisiológicos directos de alguna condición médica general.

La contracción de los músculos que rodean la vagina es tan intensa que se hace imposible la introducción del pene o de cualquier objeto y, además, el intento suele resultar muy

doloroso. El vaginismo suele estar acompañado de reacciones de ansiedad importante, además, y como consecuencia del dolor y la ansiedad, no es raro que se desarrollen conductas evitativas al respecto de la penetración. En función a su gravedad, el vaginismo se clasifica en los siguientes grados:¹⁶⁵

- Grado I: Espasmo del músculo elevador del ano, que desaparece cuando se tranquiliza a la paciente de manera propositiva.
- Grado II: Espasmo del músculo elevador del ano que persiste durante la exploración ginecológica, urológica o proctológica.
- Grado III: Espasmo del elevador del ano y tensión en los glúteos con cualquier intento de exploración ginecológica.
- Grado IV: Hiperactivación autonómica leve (taquicardia, hiperventilación, etc.), espasmo del elevador del ano, arqueamiento dorsal, aducción de los muslos, defensa y retracción.
- Grado XO: Defensa neurovegetativa extrema con rechazo al examen ginecológico.

Prevalencia

Debe recordarse que el vaginismo es un síndrome que forma parte de los padecimientos relacionados con el dolor y que, en ese sentido, se acompaña de otra condición dolorosa, la dispareunia (dolor persistente o recurrente asociado con el intento de entrar en la vagina o al coito peneano/vaginal).

La prevalencia de dispareunia es de 12 a 15% de las mujeres con vida sexual activa y de cerca de 45.3% de las mujeres posmenopáusicas. El vaginismo puede llegar a presentarse en 0.5 a 1% de las mujeres fértiles.¹⁶⁶⁻¹⁶⁸

Fisiopatología

La receptividad vaginal es una condición necesaria para el coito y requiere de la integridad anatómica y funcional de los tejidos de la vagina, tanto en estado de reposo como en el de excitación; para que la vagina sea habitable u ocupable, se requiere de la integridad de los procesos tróficos, de una adecuada impregnación hormonal, de la ausencia de reacciones inflamatorias, de un tono normal de los músculos perivaginales, de la integridad tanto vascular como neurológica y de una respuesta inmunológica normal. De la misma manera, la receptividad vaginal llega a verse modulada por factores o procesos mentales, psicosexuales e interpersonales.

El miedo a la penetración, aunado al incremento en la tensión muscular secundario a la ansiedad, genera una contracción defensiva de los músculos perivaginales que se expresa de manera clínica en lo que se denomina vaginismo. Sin embargo, se ha demostrado por medio de estudios electromiográficos que este síntoma quizá represente el correlato clínico de neurodistonía primaria del piso pélvico.¹⁶⁹ No obstante, la contracción defensiva de la musculatura del piso pélvico en la mujer también puede ser secundaria al dolor genital al

margen de su causa u origen. Otra condición que se relaciona con la dispareunia y el vaginismo es la vulvodinia. Al respecto de esta última, cabe decir que desde el punto de vista fisiopatológico, la vulvodinia implica:

- a) Aumento en la actividad del sistema inmunológico, es decir, incremento en la actividad de los mastocitos del introito vaginal (con incrementos en la producción de moléculas proinflamatorias así como de factor de crecimiento neuronal).¹⁷⁰
- b) Incremento en la proliferación local de fibras asociadas con el dolor por efecto del aumento en la producción de factor neurotrófico neuronal que contribuyen a la hiperalgesia o alodinia reportada por las pacientes con vulvodinia.¹⁷¹
- c) Hiperactividad del músculo elevador del ano.¹⁷²

La hiperactividad del piso pélvico puede ser desencadenada por causas no sexuales, por ejemplo, factores o procesos urológicos (como la urgencia para la micción, cuando la contracción del piso pélvico corresponde al intento por controlar la incontinencia urinaria) o bien a problemas anorrectales (hemorroides).

Tratamiento

El tratamiento del vaginismo supone la aproximación terapéutica de la dispareunia. Desde una perspectiva multimodal, se requiere el abordaje de las distintas causas relacionadas al dolor desde la perspectiva de cómo se tratan los síndromes dolorosos. En ese sentido se requiere:

1. Examen físico preciso para describir:
 - El “mapa del dolor”, es decir, cualquier lugar en la vulva, introito, vestíbulo, zona media vaginal, en la que se presenta el dolor.
 - La condición y características del piso pélvico (p. ej., el pH vaginal, el tono muscular y la forma en que se comporta el dolor relacionado a la contracción muscular).
 - Signos de inflamación.
 - Antecedentes de cirugía perineal (episiotomía, episiorrafia).
 - Presencia o ausencia de síndromes dolorosos asociados, como síndromes urogenitales o anorrectales.
 - Dolor neuropático, ya sea en pacientes con vulvodinia o clitoralgia.
2. Factores psicosexuales, dificultades o trastornos de la excitación comórbidos.
3. Factores relativos a la relación de pareja.
4. Perfil hormonal, cuando la dispareunia o el vaginismo están asociados con resequedad vaginal.
5. Intensidad de la actitud fóbica relacionada con la penetración.
6. Intensidad de la hipertonicidad del piso pélvico.

Grazziotin propone que el tratamiento para la dispareunia y el vaginismo debe cubrir los

aspectos mencionados a continuación:¹⁷³

- **Etiología inflamatoria**

Modulación farmacológica de la hiperreactividad de los mastocitos con:

a) Antidepresivos (p, ej. amitriptilina)

b) Aplicación tópica con gel que contenga aliamida

Reducción de factores agonistas que generan hiperreactividad de los mastocitos:

a) Infección recurrente por *Candida albicans* o *Gardnerella vaginalis*.

b) Microabrasiones de la mucosa del introito.

c) Alergenos o irritantes químicos.

d) Agentes físicos.

e) Estímulos neurogénicos.

- **Etiología muscular**

a) Automasaje y estiramiento del músculo elevador del ano.

b) Terapia física del músculo elevador del ano.

c) Biorretroestimulación electromiográfica.

d) Toxina botulínica tipo A

- **Etiología neurológica**

a) Analgesia sistémica: amitriptilina, gabapentina, pregabalina.

b) Analgesia local: electroanalgesia, bloqueo ganglionar, vestibulectomía

- **Etiología hormonal**

a) Terapia hormonal

– Local: estrógenos vaginales, testosterona de aplicación vulvar

– Sistémica: con terapia de reemplazo hormonal

- **Etiología psicosexual**

a) Terapia cognitivo-conductual grupal.

b) Psicoterapia individual.

c) Psicoterapia de pareja

SÍNDROMES DE DOLOR SEXUAL

Claudia Wally Rampazzo Bonaldo

DISPAREUNIA Y DEMÁS SÍNDROMES DOLOROSOS

Introducción

La dispareunia y la vulvodinia son dos entidades clínicas distintas, que en ocasiones se presentan juntas, y se definen como el dolor genital en hombres y mujeres asociado con el coito. En algunos casos van acompañadas de ciertas disfunciones sexuales o las desencadenan, también aparecen en conjunto con problemas psicológicos y de pareja. La dispareunia se refiere al dolor vaginal antes, durante o después de la penetración, en tanto

que la vulvodinia alude al dolor localizado en la vulva, asociado o no al coito. Aunque estos padecimientos —en especial la dispareunia— han sido definidos desde un punto de vista histórico por teorías psicológicas, el abordaje actual y diversos estudios han descrito múltiples patologías orgánicas que subyacen a ellas. La identificación de los factores que desencadenan y mantienen el dolor son esenciales para alcanzar un diagnóstico acertado.

Definición

La palabra dispareunia (del griego, el prefijo *dys*, “algo malo o difícil” y *pareunos* “tumbado al lado”) alude al dolor durante la penetración de los genitales masculinos o femeninos, o coito doloroso.¹⁷⁴ La palabra vulvodinia (del griego, *vulva* que significa “vulva” y *odynia* “dolor”), se refiere al dolor vulvar que ocurre antes, durante o después del coito.

Epidemiología

Vulvodinia. Según Potenziani,¹⁷⁵ 70% de las pacientes que se quejan de vulvodinia son caucásicas y de diferentes grupos de edad (pero con frecuencia en edad reproductiva). La vestibulitis vulvar y la vulvodinia disestésica son las que se asocian con mayor frecuencia con la cistitis intersticial o síndrome de vejiga dolorosa (CI-SVD); un 10% de las mujeres con CI-SVD tendrán vulvodinia. Según Montserrat Cararach, del Instituto Dexeus, de Barcelona,¹⁷⁶ la prevalencia de la vulvodinia puede situarse en un 15% de la población femenina. Sin embargo, para Harlow y Stewart, el dolor vulvar crónico se presenta en mujeres caucásicas y afroamericanas en las mismas edades, y las mujeres hispanas son 80% más propensas a la vulvodinia que sus contrapartes caucásicas y afroamericanas.¹⁷⁷

Según un estudio realizado por Hansen A, Carr K, Jensen JT la mayor parte de las mujeres con vulvodinia estudiadas, fueron caucásicas (93.8%) y casadas (63.9%), con una edad promedio de 41 años.¹⁷⁸

Dispareunia. Hay pocos informes de estudios clínicos referentes a dispareunia y mucha de la literatura deriva del juicio de expertos. Según Heim, la carencia de una sola etiología para el dolor contribuye a la dificultad de diagnóstico. La incidencia de la dispareunia depende de la definición usada y de la población bajo estudio; en una muestra que determinaba el predominio de la disfunción sexual en EUA,¹⁷⁹ las mujeres con dispareunia abarcaron a un grupo más pequeño que el de aquellas con otras disfunciones sexuales; el predominio de la dispareunia en esta muestra fue de 7%. En un estudio de medicina de primer nivel,¹⁸⁰ la prevalencia de dispareunia fue de 46% entre mujeres sexualmente activas (dispareunia definida como dolor durante o después de cópula). En otro estudio con 62 mujeres en el posparto,¹⁸¹ la dispareunia fue observada en 45% de la muestra.

Según Meana,¹⁸² es mucho más frecuente que las mujeres con dispareunia presenten dolor durante la inserción del primer tampón o durante una exploración ginecológica, que el resto de la población femenina.

Con respecto a las características de las pacientes disparéunicas, un estudio reveló que a

mayor edad y nivel educativo, la dispareunia fue menos prevalente; sin embargo, otros autores refieren que la dispareunia no está asociada con la edad, paridad, estado civil, raza o nivel sociocultural.

Clasificación

Los síndromes de dispareunia y vulvodinia se clasifican en función de dos criterios que tienen que ver con aparición y presencia:

- **Temporalidad** (momento en el cual surge el problema), la cual se divide en:
 - primaria: si se ha presentado durante toda la vida de la persona, o
 - secundaria: cuando ocurre después de un periodo de funcionamiento normal.
- **Situacionalidad:** depende del contexto (circunstancia) en la cual el problema se presenta, ya sea:
 - global: en todas las situaciones, contextos, estímulos, procedimientos y compañeros,
 - selectiva: suceden sólo bajo determinadas situaciones o circunstancias, o
 - parcial: en todas las circunstancias, a excepción de la actividad autoerótica o masturbatoria.

El *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, 4a edición (DSM-IV), define a la dispareunia como un trastorno de dolor sexual, una subcategoría de las disfunciones sexuales. La dispareunia es diferenciada del vaginismo o de los problemas resultantes de la lubricación vaginal inadecuada. El dolor tiene que ser recurrente o persistente, causando aflicción marcada o problemas interpersonales.

Debido a las diferencias en cuanto a clasificación y a las múltiples etiologías, ha sido complicado establecer características psicológicas comórbidas. Se ha vinculado a la dispareunia con una actitud negativa hacia la sexualidad, con mayor deterioro de la función sexual y bajos niveles de ajuste de pareja. Las mujeres con dispareunia se caracterizan por tener menos apetito sexual, ser menos excitables y menos orgásmicas (tanto con estimulación oral como coital), además de tener menos actividad sexual, en comparación con las demás mujeres.

Las quejas por dolor durante el coito también han estado asociadas con menor satisfacción física y emocional, así como con menor bienestar y felicidad en términos generales. La depresión y la ansiedad fóbica también son más prevalentes entre las mujeres con dispareunia.

La Sociedad Internacional para el estudio de las enfermedades vulvares, considera todo tipo de dolor vulvar como vulvodinia.

Hay cuatro tipos de vulvodinia: 1) vestibulitis vulvar, 2) vulvodinia disestésica, 3) vulvovaginitis cíclica (relacionada con levaduras) y 4) dermatosis vulvar. No siempre se presentan cambios en la piel, por lo cual algunas veces se les diagnostica como pacientes psicósomáticas. Un 70% de las pacientes son caucásicas y de edad variada, aunque es un poco más frecuente que se hallen en edad reproductiva. La vestibulitis vulvar y la

vulvodinia disestésica son las que se asocian con mayor frecuencia a CI-SVD; 10% de las mujeres con CI-SVD presentan vulvodinia, la cual podría ser producida por causas aún no demostradas (viral, fúngica, bacteriana, factor alérgico por irritantes locales o del medio ambiente, oxaluria, disfunción del piso pélvico muscular).

Diagnóstico

Debido a la multiplicidad de causas desencadenantes y perpetuadoras de vulvodinia y dispareunia, Heim propone un abordaje biopsicosocial, para estudiar tanto el entorno social como las condiciones físicas y psicológicas del paciente.

Historia clínica médica. La obtención de la historia clínica es de primordial importancia para el diagnóstico, en ocasiones al paciente (sobre todo si es mujer) se le dificulta hablar de manera abierta sobre su problemática, razón por la cual es imprescindible que el médico mantenga una actitud libre de prejuicios, positiva, utilizando una mezcla de preguntas dirigidas y abiertas. La semiología del dolor presente en la dispareunia y la vulvodinia requiere que se precisen las siguientes características: tipo, tiempo de inicio, localización, duración, factores desencadenantes, elementos atenuantes y agravantes, además de cualquier otro factor psicológico o físico asociado. El conocer cuáles han sido los tratamientos utilizados, así como el grado de respuesta a ellos, es de suma importancia para el diagnóstico.

No todos los médicos se sienten cómodos abordando estos temas, así que es preciso reconocer las limitaciones propias al respecto y, de ser necesario, referir al paciente con algún colega o especialista.

Historia clínica psicológica. La teoría psicológica ha tratado desde el punto de vista histórico a la dispareunia como una manifestación de conflicto inconsciente, derivada de una reacción fóbica, ansiedad generalizada, hostilidad o aversión sexual. El DSM-IV 4ª edición, define la dispareunia como un trastorno de dolor sexual, una subcategoría de las disfunciones sexuales. La dispareunia es diferenciada del vaginismo o los problemas resultantes de la lubricación vaginal inadecuada. El dolor tiene que ser recurrente o persistente, causando aflicción marcada o problemas interpersonales. Debido a las diferentes clasificaciones y múltiples etiologías, ha sido difícil describir un perfil psicológico de la persona que padece vulvodinia o dispareunia.

La teoría del aprendizaje sugiere que las expectativas erróneas o negativas con respecto al coito son producto de un aprendizaje pobre o desvirtuado. La teoría del desarrollo examina el impacto de las influencias tempranas, mientras que el modelo del condicionamiento operante supone que al ocurrir los eventos negativos, se condiciona una respuesta negativa ante ellos.^{183,184}

La dispareunia ha sido asociada a menudo con mujeres que guardan una actitud negativa hacia la sexualidad, además de disfunciones y quejas sexuales, y problemas de pareja. Además, en algo que no sorprende, suelen tener una frecuencia coital, deseo sexual y posibilidades de excitación menores, así como un menor número de orgasmos (por estimulación oral o coital), que las mujeres sin dispareunia. Las quejas de dolor coital han sido vinculadas también con una satisfacción física y emocional menores, así como una

notoria disminución de la felicidad. En las pacientes con dispareunia no se comprobó una prevalencia mayor de depresión o ansiedad fóbica.

En comparación con las pacientes con dolor pélvico, las pacientes con dispareunia no reportaron una mayor incidencia en su historia actual o pasada de abuso sexual o físico.¹⁸⁵ El rol de la historia de abuso sexual en las mujeres con dispareunia, ha sido sujeto de varios estudios, y los resultados han sido carentes de consistencia debido a cuestiones metodológicas. Sin embargo —y a pesar de que sea difícil predecirlo—, factores como la relación de pareja en general y el estado emocional pueden influir en ciertas pacientes para que se presente la dispareunia.

Examen físico. El examen pélvico puede ser diferido durante la primera consulta, dependiendo del malestar de la paciente. En caso de realizarse, es importante solicitar a la paciente que se tome la libertad de interrumpirlo en cualquier momento, por cualquier razón que ella considere. Utilizar un espejo para que ella observe las maniobras médicas y logre correlacionar lo que siente con lo que observa es un recurso que a menudo resulta de gran ayuda, sobre todo en los casos en que la paciente carece del conocimiento necesario de la estructura y el funcionamiento de sus genitales.¹⁸⁶

La exploración genital comienza con la observación de las características externas de la vulva y monte de Venus, distribución del vello y la presencia de lesiones, eritema o leucoplaquia. En la mayoría de las personas con enfermedad vulvar, esa área suele ser muy sensible, lo cual a menudo imposibilita la inserción del espejo vaginal. El médico debe examinar el área vestibular con delicadeza, así como los conductos de Bartholin y Skene, la uretra y el meato, utilizando un hisopo bien lubricado.

En un inicio, la exploración vaginal se lleva a cabo con un dedo y después se procede a la exploración bimanual, a fin de no confundir el origen de las molestias que se susciten (abdomen o vagina). El dolor muscular vulvar puede ser evaluado pidiendo a la paciente que realice una serie de contracciones y relajaciones del piso pélvico (ejercicios de Kegel). El vaginismo suele aparecer durante esta exploración, pero una cuarta parte de las mujeres que toleran la exploración pélvica y utilizan tampón, sufren espasmos involuntarios durante el coito.

A través de la exploración digital, se buscan zonas de hipersensibilidad así como la presencia de nódulos o irregularidades en los labios mayores y menores, las paredes vaginales y fondos de saco, en tanto que con el espejo vaginal bien lubricado, se inspecciona apariencia, elasticidad, características e integridad de la mucosa vaginal, así como del cérvix. Es factible aprovechar la exploración para realizar el Papanicolau y exudados.

Los diagnósticos diferenciales incluyen vaginismo, trastornos de la lubricación y atrofia vaginal. Las etiologías menos comunes son endometriosis, congestión pélvica, adherencias o infecciones, y patología de anexos. Los desórdenes uretrales —como la cistitis y la cistitis intersticial— también llegan a causar cópula dolorosa. Es importante describir como superficial o profunda la localización del dolor, en tanto que su intensidad y momento de aparición resultan ser variables.

Al analizar de manera detallada los diversos diagnósticos diferenciales para la dispareunia que se presentan en el cuadro 6-4, es importante considerar las características clínicas de cada uno.

Cuadro 6-4. Diagnósticos diferenciales de dispareunia	
• Vulvodinia • Vaginismo • Vaginitis atrófica y trastornos de la lubricación vaginal • Vestibulitis vulvar • Infecciones • Papiloma humano • Virus del herpes simple • Enfermedad inflamatoria pélvica • Salpingitis crónicas • Endometritis • Endometriosis	• Miomatosis uterina • Adhesiones pélvicas • Patología de anexos • Retroversión uterina • Relajación pélvica • Cervicitis crónica • Congestión pélvica • Genitourinaria • Uretral • Cistitis • Cistitis intersticial

Dispareunia. El dolor suele ser en la entrada, en o en la profundidad vaginal. Puede estar asociada con otros diagnósticos diferenciales. No hay hallazgos físicos que sugieran otros diagnósticos. Vale la pena considerar una evaluación psicológica.

Vulvodinia. El dolor está bien ubicado en la entrada de la vagina o vulva, y se manifiesta como ardor o irritación; suele haber pobre respuesta a tratamientos previos y el dolor aparecer con actividades que impliquen presión sobre la vulva (como sentarse o montar una bicicleta). Las causas no son bien definidas, pero la exploración física en ocasiones revela eritema, leucoplaquia, hipersensibilidad al tacto, ulceraciones, lesiones pigmentadas o nódulos. Debe considerarse la exploración visual detallada, colposcopia y biopsia de áreas sospechosas y la aplicación de ácido acético en las áreas llamativas.

Vestibulitis vulvar. El dolor está bien ubicado en la entrada de la vagina y se encuentra inflamación del área vestibular vulvar con prurito, ardor o dolor. Las causas no son bien definidas, pero la exploración física en ocasiones revela eritema plano no ulcerativo, de bordes mal definidos, hipersensibilidad al contacto con un hisopo. Es preciso considerar la exploración visual detallada, colposcopia y biopsia de áreas sospechosas, así como la aplicación de ácido acético en las áreas llamativas.

Vaginismo. El dolor está bien definido en la entrada vaginal y son notorios los espasmos involuntarios de los músculos del introito. Hay dificultad para la inserción del pene, tampones o dedo. Las causas no están bien definidas, pero hay respuestas condicionadas o factores psicológicos implicados. El espasmo vaginal es palpable y el espejo vaginal entra con dificultad. Considere evaluación psicológica.

Atrofia vaginal y trastorno de la lubricación. El dolor está bien definido en la entrada vaginal y existe resequedad, fricción o irritación. La penetración es difícil y dolorosa. Cabe considerar deficiencia de estrógenos, trastorno de la excitación, secuelas quirúrgicas. El clínico debe observar las características del vello púbico, la ingurgitación de los labios, integridad de la mucosa vaginal, profundidad vaginal, presencia de fisuras o friabilidad de la mucosa. Dependiendo de los hallazgos en la exploración física, es importante evaluar la calidad de las caricias eróticas, la calidad de la excitación y las expectativas con respecto a las sensaciones físicas.

Endometriosis y adherencias pélvicas. El dolor es profundo y cíclico con las menstruaciones, sobre todo en el caso de la endometriosis. Es importante el antecedente de cirugías o infecciones pélvicas en el caso de las adherencias. Durante la exploración física

quizá llame la atención la presencia de nódulos y fijación del útero y los anexos. Se sugiere la laparoscopia.

Patología de anexos. El dolor es profundo y quizá se localice en uno de los dos lados. Las patologías más comunes son quistes ováricos o salpingitis. Durante la exploración física tal vez se halle crecimiento de anexos, hipersensibilidad, reblandecimiento o fijación de éstos. Se sugiere laparoscopia.

Retroversión uterina, miomatosis uterina o insuficiencia de los músculos pélvicos. El dolor suele ser profundo y los hallazgos físicos consisten en retroversión, prolapso o crecimiento del útero. Según sea el caso, una sugerencia para la paciente sería que cambie de posición durante la actividad sexual.

Cervicitis crónica, enfermedad inflamatoria pélvica, endometritis. El dolor es profundo y las causas son infecciosas. Durante la exploración física quizá sean notorios el flujo, las lesiones, la friabilidad cervical y la hipersensibilidad con el movimiento. Se sugieren colposcopia, cultivos y laparoscopia.

Congestión pélvica. Suele haber dolor poscoital profundo. Las causas no se conocen con exactitud y la exploración física quizá no sea reveladora. Vale la pena hacer énfasis en la historia clínica y la semiología del dolor.

Trastornos uretrales, cistitis y cistitis intersticial. A menudo hay una sensación de opresión suprapúbica, nicturia, poliaquiuria y urgencia. Las causas pueden ser variadas. Durante la exploración física quizá haya hipersensibilidad uretral o vesical. Se sugieren examen general de orina y urocultivo (negativo en la cistitis intersticial).

Es importante que el médico considere que si la dispareunia se caracteriza por dolor en el introito vaginal, los diagnósticos probables son: vulvodinia, vestibulitis vulvar, vaginismo, vaginitis y uretritis. Si el dolor es profundo, el probable diagnóstico quizá se incline por: endometriosis, adherencias pélvicas, patología de anexos, retroversión uterina, cervicitis crónica, enfermedad inflamatoria pélvica, endometriosis, congestión pélvica y trastornos uretrales. La lubricación insuficiente, la atrofia vaginal y el posparto suelen causar dolor superficial y profundo.

Tratamiento

Debido a las múltiples causas de dispareunia y vulvodinia descritas, debe señalarse que el tratamiento de tales síndromes dolorosos va dirigido a la extinción o tratamiento de las causas, que van desde la terapia de desensibilización sistemática en el caso de fobia sexual o vaginismo, hasta la terapia con antibióticos o cirugía, en el caso de ciertas infecciones o tumoraciones de genitales internos y externos.¹⁸⁷

Es conveniente que el abordaje terapéutico y médico sea en pareja, con el fin de que tanto la paciente como su compañero o compañera sexual entiendan las causas del trastorno y no surjan reclamos o posibles e innecesarias asignaciones de culpa. Asimismo, el abordaje diagnóstico y terapéutico tiene que ser interdisciplinario, por lo que con frecuencia se requiere la opinión e intervención del terapeuta sexual, terapeuta de pareja, urólogo, ginecólogo, psiquiatra, endocrinólogo, gastroenterólogo, internista y cirujano.

REFERENCIAS

1. **Laan E., Evereard W., Van der Velde J., et al.** (1995) Determinants of subjective experience of sexual arousal in women: feedback from genital arousal and arotic stimulus content, *Psychophysiology*, 32:444-551.
2. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (2000) American Psychiatric Association. DSM-IV-TR, 4a ed., Washington, D.C.
3. **Basson R., Berman J., Burnett A. et al.** (2000) Report of the International Consensus Development Conference on Female Sexual Dysfunction: definitions and classifications. *Journal of Urology*, 163(3):888-893.
4. **Basson R., Leiblum S., Brotto L. et al.** (2004) Revised definitions of women's sexual dysfunction, *Journal of Sexual Medicine*, 1(1):40-48.
5. **Basson R., Althof S., Davis S., Fugl-Meyer, K., Goldstein I., Leiblum S., Meston C., Rosen., Wagnerg.** Summary of the Recommendations on Sexual Dysfunctions in Men and women. *J Sex Med*, 2004; Vol.1 No. 1: 6-23.
6. **Lewis R., Fugl-Meyer K., Bosch R. et al.** (2004) Definitions, classification, and epidemiology of sexual dysfunction. En: Lue T., Basson R., Rosen R. (eds.): *Sexual Medicine: Sexual Dysfunctions in Men and Women*, Paris: Health Publications, 2nd ed., pp. 37-72.
7. **Fugl-Meyer A.R., Fugl-Meyer K.S.** (1999) Sexual disabilities, problems and satisfaction in 18-74 year old Swedes. *Scand J Sexol*, 2(2):79-97.
8. **Giraldi A., Graziottin A.** (2006) Sexual Arousal Disorders in Women. En: Porst H., Buvat J. *Standard Practice in Sexual Medicine*, Blackwell Publishing.
9. **Uygur D., Yesildaglar N., Erkaya S.** (2005) Effect on sexual life —a comparison between tibolone and continuous combined conjugated equine estrogens and medroxyprogesterone acetate, *Gynecol Endocrinol*, 20(4):209-212, Apr.
10. **Basson R., McInnes R., Smith M. et al.** (2002) Efficacy and safety of sildenafil citrate in women with sexual dysfunction associated with female sexual arousal disorder. *J Womens Health Gend Based Med*, 11(4):367-377.
11. **Munárriz R., Maitland S., Garcia S. et al.** (2003) A prospective duplex doppler ultrasonographic study in women with sexual arousal disorder to objectively assess genital engorgement induced by EROS Therapy. *J Sex and Marital Ther*, 29 (suppl. 1):85-94.
12. NIH Consensus Development Panel on Impotence. (1993) *J Am Med Assoc*, 270:83-90.
13. **Feldman H.A. et al.** (1994) Impotence and its medical and psychosocial correlates: results of the Massachusetts Male Aging Study. *J Urol*, 151:54-61.
14. **Martin-Morales A., Sánchez-Cruz J.J., Sáenz de Tejada I. et al.** (2001) Prevalence and independent risk factors for erectile dysfunction in Spain: results of the Epidemiología de la disfunción erétil Masculina Study. *J Urol*, 166(2):569-575.
15. **Virag R., Beck-Ardilly L.** (1997) Nosology, epidemiology and clinical quantification of erectile dysfunctions. *Rev Med Interne*, 18 (suppl 1):S10-13.
16. **Morillo L.E. et al.** (2003) Prevalence of erectile dysfunction in Colombia, Ecuador and Venezuela: a population based study (DENSA). *Int J Imp Res*, 14 (Suppl.2):S10-S18.

17. **Moreira Jr. E.D. et al.** (2001) Prevalence and correlates of erectile dysfunction: results of the Brazilian study of sexual behavior. *Urology*, 58:583-588.
18. **Nolazco C., Bellora O., López M. et al.** (2004) Prevalence of sexual dysfunctions in Argentina. *Int J Imp Res*, 16:69-72.
19. **Ugarte y Romano F., Aguirre J.B.** (2001) Prevalencia de disfunción eréctil en México y factores de riesgo asociados. *Rev Mex Urol*, 61:63.
20. **Aguirre J.B., Ugarte y Romano F., Pimentel N.D.** (2001) Prevalencia de disfunción eréctil en hombres de 18 a 40 años en México y factores de riesgo asociados. *Perinatol Reprod Hum*, 15:254-261.
21. **Rosen R., Fisher W., Eardley I. et al.** (2004) The Multinational Men's Attitudes to Life Events and Sexuality (MALES) Study: I. Prevalence of Erectile Dysfunction and related Health Concerns in the General Population. *Curr Med Res Opin*, 20(5):607-617.
22. **Rosen R., Altwein J., Boyle P. et al.** (2003) Lower urinary tract symptoms and male sexual dysfunction: the multinational survey of the aging male (MSAM 7), *Eur Urol*, 44(6): 637-649, Dec.
23. **Braun M., Wassmer G., Klotz T. et al.** (2000) Epidemiology of erectile dysfunction. Results of the 'Cologne Male Survey', *Int J Impot Res*, 12:305.
24. **Blanker M.H., Bohnen A.M., Groeneveld F.P.M.J. et al.** (2001) Correlates for erectile and ejaculatory dysfunction in older Dutch men A community-based study. *Journal of the American Geriatrics Society* 49(4), 436-442.
25. **Melman A., Gingell J.C.** (1999) The epidemiology and pathophysiology of erectile dysfunction, *J Urol*, 161:5-11.
26. **Wagner J.R., Russo P.** (2000) Urologic complications of major pelvic surgery. *Semin Surg Oncol*, 18:216-228.
27. **Wein A.J., Van Arsdalen K.** (1988) Drug induced male sexual dysfunction. *Urol Clin N Amer*, 15:23-31.
28. **Neto A.F., Rodríguez M.A.F., Fittipaldi J.A.S. et al.** (2002) The epidemiology of erectile dysfunction and its correlates in men with chronic renal failure on hemodialysis in Londrina, Southern Brazil, *Int J Impot Res*, 14(Suppl 2):S19-S26.
29. **Goldstein I., Feldman M.I., Deckers P.J. et al.** (1984) Radiation associated impotence. A clinical study of its mechanism. *JAMA*, 251:903-910.
30. **Kaplan H.** (1974/1986) *La nueva terapia sexual*. Alianza, Tomo 1, 7a reimpresión.
31. **Sattar A., Salpigidis J., Vanderhaeghen J. et al.** (1995) Cavernous oxygen tension and smooth muscle fibers: relation an function, *J Urol*, 154:1736-1739.
32. **Kifor I., Williams G., Vickers M. et al.** (1997) Tissue angiotensine II as a modulator of erectile function. I. Angiotensin peptide content, secretion and effects in the corpus cavernosum. *J Urol*, 157:1929-1925.
33. **Becker A., Uckert S., Stief C. et al.** (2001) Possible role of bradykinin and angiotensin II in the regulation of penile erection and detemescense. *Urology*, 57:193-198.
34. **Somlyo A., Somlyo A.** (2000) Signal transduction by G-proteins, rho-kinasa and protein phosphatase to smooth muscle and nonmuscle myosin II, *J Physiol*, 522:177-185.
35. **Hitale K., Wingard C., Clinton Webb R. et al.** (2001) Antagonist de Rhokinasa stimulates rat penile erection via a nitric oxide-independent pathway, *Nat Med*, 7:118-122.
36. **Rees R.W., Ralph D.J., Royle M. et al.** Y27632, an inhibitor of Rho-kinasa,

antagonizes noradrenergic

contractions in the rabbit and human penile corpus cavernosum, Br J Pharmacol, 133:455-458.

37. Furchgott R.F., Vanhoutte P.M (1989) Endothelium derived relaxing and contractor factors, FASEB J., 3:2007.

38. Furchgott R.F., Zawadzi J. (1980) The obligatory role of endothelial cells in the relaxation of arterial smooth muscle by acetylcholine, Nature, 288:373.

39. Moncada S., Palmer R.M.J., Higgs E.A. (1991) Nitric oxide: physiology, pathophysiology and pharmacology, Pharmacol Rev, 43:109-142.

40. Moncada S., Higgs E.A. (1995) Molecular mechanisms and therapeutic strategies related to nitric oxide. FASEB J, 9:1319-1330.

41. Moncada S., López Jaramillo P. (1992) Función de la pared vascular. El endotelio vascular. Prostaciclina y óxido nítrico. En: *Enciclopedia Iberoamericana de Hematología*, Vol III Salamanca.

42. Burnett A.L., Lowenstein C.J., Breidt D.S. (1992) Nitric oxide: a physiologic mediator of penile erection, Science, 257:4010-4403.

43. Oliver J.E., Bradley W.E., Fletcher T.F. (1969) Identification of preganglionic parasympathetic neurons in the sacral spinal cord of the cat. J Comp Neurol, 137:321-328.

44. Steers W.D. (1990) Neural regulation of penile erection. Semin Urol, 8:66-79.

45. Lue, T.F., Zeineh, S.F., Schmidt, R.A. et al. (1984b) Neuroanatomy of penile erection: its relevance to iatrogenic impotence, J Urol, 13:273-280.

46. Melman A., 1992 Neural and vascular control of erection. En R.C. Roseny S.R. Leiblum. Erectile disorders: Assessment and treatment Guilford press.

47. Fitzgerald S.W., Erikson J.J., Foley W.D., Lipchik E.O., Lawson T.L. Color doppler sonography in the evaluation of erectile dysfunction radiographics. 1992. Jan;12(1):3-17.

48. Setter S.M., Iltz J.L., Fincham J.E., Campbell R.K., Baker D.E. Phosphodiesterase 5 inhibitors for erectile dysfunction. Ann pharmacother. 2005, Jul-Aug.39 (7-8).

49. Anat Clin (1982) 4:101-107. A study of the arterial blood supply to the penis. S. Juskiewenski, Ph Vayse, J Moscovici, S. Hammoudi.

50. Steers W.D. (1990) Neural regulation of penile erection. Semin Urol, 8:66-79.

51. Martin-Morales A., Sánchez-Cruz J.J., Sáenz de Tejada I. et al. (2001) Prevalence and independent risk factors for erectile dysfunction in Spain: results of the Epidemiología de la disfunción eréctil Masculina Study. J Urol, 166(2):569-575.

52. Feldman H.A. et al. (1994) Impotence and its medical and psychosocial correlates: results of the Massachusetts Male Aging Study. J Urol, 151:54-61.

53. Miller T.A. (2000) Diagnostic evaluation of erectile dysfunction, Am Fam Physician, 61:95-104,109-10.

54. Andersson K.E., Wagner G. (1995) Physiology of penile erection, Physiol Rev, 75:191-236.

55. Palmer R.M.J., Fenije A.G., Moncada S. (1987) Nitric oxide of altered release accounts for the biological activity of endothelium-derived relaxing factor, Nature, 327:524-526.

56. Niltahara K.S., Lue T.F. (1999) Microscopic anatomy of the penis. En: Carson C.C., Kirby R. *Erectile dysfunction*. ISIS Medical Media, Oxford, p. 31-42.
57. Kim S.C., Kim I.K., Seo K.K. *et al.* (1997) Involvement of superoxide radical in the impaired endothelium-dependent relaxation of cavernous smooth muscle in hypercholesterolemic rabbits, *Urol Res*, 25:341.
58. Sullivan M.E., Dashwood M.R., Thompson C.S. *et al.* (1998) Down-regulation of endothelin- B receptor sites in cavernosal tissue of hypercholesterolaemic rabbits, *Br J Urol*, 81:128.
59. Braunwald E., Fauci A.S., Kasper D.L. *et al.* (2001) *Harrison's Principles of Internal Medicine*. McGraw-Hill 15th ed.
60. Judy C., Cully C.C. (2001) Erectile Dysfunction. Physician-patient dialogue and clinical evaluation of erectile dysfunction, *Urol Clin North Am*, 28(2).
61. Cappelleri J.C., Rosen R.C., Smith M.D. *et al.* (1999) Diagnostic evaluation of the erectile function domain of the international index of erectile function, *Urology*, 54:346.
62. Rosen R.C., Riley A., Wagner G. *et al.* (1997) The international index of erectile function (IIEF): a multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction. *Urology*, 49(6): 822-883.
63. Rhoden E.L., Teloken C., Sogari P.R. *et al.* (2002) The use of the simplified International Index of Erectile Function (IIEF-5) as a diagnostic tool to study the prevalence of erectile dysfunction, *Int J Impot Res*: 2003;15:38-43.
64. Althof S.E., Corty E.W., Levine S.B. *et al.* (1999) EDITS: Development of questionnaires for evaluating satisfaction with treatments for erectile dysfunction, *Urology*, 53:793.
65. Korenman S.G. (1998) New insights into erectile dysfunction: A practical approach, *Am J Med*, 105:135.
66. Braunwald E., Fauci A.S., Kasper D.L. *et al.* (2001) *Harrison's Principles of Internal Medicine*. McGraw-Hill 15th ed.
67. Judy C., Cully C.C. (2001) Erectile Dysfunction. Physician-patient dialogue and clinical evaluation of erectile dysfunction, *Urol Clin North Am*, 28(2).
68. Entidades científicas españolas: Documento de Consenso sobre Disfunción Eréctil. *Foro de la Salud del Hombre en Disfunción Eréctil*. ESPs/02 VIA 1.
69. Schramek P., Dorninger R., Waldhauser M. *et al.* (1990) Prostaglandin E1 in erectile dysfunction. Efficiency and incidence of priapism, *Br J Urol*, 65: 68-71.
70. Porst H. (1997) Transurethral alprostadil with MUSE (medicated urethral system for erection) vs. intracavernous Alprostadil- a comparative study in 103 patients with erectile dysfunction, *Int J Impot Res*, 9:187-192.
71. Morgentaler A. (1999) Male impotence, *Lancet*, 354:1713-1718.
72. Cohan P., Korenman S.G. (2001) Erectile Dysfunction, *J Clin Endocrinol Metab*, 86:2391-2394.
73. Dula E., Keating W., Siami P.F. *et al.* (2000) Efficacy and safety of fixed-dose and dose-optimization regimens of sublingual Apomorphine versus placebo in men with erectile dysfunction, *Urology*, 56:130-135.
74. Sullivan M.E., Dashwood M.R., Thompson C.S. *et al.* (1998) Down-regulation of endothelin- B receptor sites in cavernosal tissue of hypercholesterolaemic rabbits, *Br J*

Urol, 81:128.

75. Cohan P., Korenman S.G. (2001) Erectile Dysfunction, J Clin Endocrinol Metab, 86:2391-2394.

76. Porst H., Padma N.H., Giuliano F. et al. (2003) Efficacy of tadalafil for the treatment of erectile dysfunction at 24 and 36 hours after dosing: a randomized controlled trial, Urology, 62:121-125.

77. Hatzichristou D., Montorsi F., Buvat J. et al. (2004) The efficacy and safety of flexible-dose vardenafil (Levitra) in a broad population of European men, Eur Urol, (en prensa).

78. Giuliano F., Pena B.M., Mishra A., Smith M.D. (2001) Efficacy results and quality of life measures in men receiving sildenafil citrate for the treatment of erectile dysfunction, Qual Life Res, 10(4):359-369.

79. Masters W., Johnson V. (1970/1981) *Incompatibilidad Sexual Humana*, Inter-Médica, 2a ed.

80. Rubio E., Díaz, M.J. (1994) *Antología de la sexualidad humana*, Ediciones Conapo-Porrúa, Tomos 1, 2, 3.

81. Fenichel, O. (1940) *La teoría psicoanalítica de la neurosis*, Buenos Aires. Paidós.

82. Sherfey M. J. (1973) *The nature and evolution of female sexuality*, New York: Random House.

83. Diccionario de la Lengua Española (2001) Real Academia Española, 22ª ed., Espasa Calpe, Madrid.

84. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (1980) American Psychiatric Association. DSM-III, 3a. edición Washington, D.C., 1980.

85. Masters, Johnson, Kolodny (1987) *La sexualidad humana*. Grijalbo, Volúmenes 1, 2 y 3.

86. Kinsey A.C. et al. (1953) *Conducta sexual de la mujer*, W.B. Saunders Co.

87. Fisher S. (1973) *The female orgasm: psychology, physiology, fantasy*, Basic Books, N.Y., 1a. ed.

88. Hunt M. (1974) *Sexual Behavior in the 1970's*, Dell, 1a ed.

89. Jay K., Young A. (1979) *The gay report*, Summit Books, New York

90. Hite S. (1976) *The Hite report*. Macmillan N.Y. (antología).

91. Nathan, S.G. (1986) The epidemiology of the DSM-III psychosexual dysfunctions, Journal of Sex and Marital Therapy, 12:267-281.

92. Kinsey, A.C., Pomeroy, W.B., Martin, C.E. (1948) *Sexual Behavior in the Human Male*. Filadelfia: W.B. Saunders.

93. De la Peña R., Toledo R. (1991) Disfunción orgásmica femenina. En: Consejo Nacional de Población (ed.), *Las disfunciones sexuales*. México: Consejo Nacional de Población Vol. 3.

94. Rubio E., Covián S. (1991) Disfunción orgásmica femenina. En: Consejo Nacional de Población (ed.), *Las disfunciones sexuales*. México: Consejo Nacional de Población Vol. 3.

95. González (1993) Panorama Sociodemográfico del Servicio de preconsulta de la Clínica de Salud AMSSAC, *Gaceta Amssac*, 11, pp. 5-7.

96. Laumann E.O. et al. (1999) Sexual dysfunction in the United States: prevalence and

predictors, JAMA, 6;282 (13):1229, Oct.

97. Hisasue S. et al. (2005) Prevalence of female sexual dysfunction symptoms and its relationship to quality of life: a Japanese female cohort study, *Urology*, 65(1):143-148.

98. Nicolson P., Burr J. (2003) What is 'normal' about women's (hetero)sexual desire and orgasm?: A report of an in-depth interview study, *Soc Sci Med*, 57(9):1735-1745.

99. LoPiccolo L., Heiman, J. (1998) *Becoming Orgasmic: A sexual and personal growth programme for women*, Piatkus Books.

100. Barbach L. (1980) Group Treatment of Anorgasmic Women. En: Lieblum S., Pervin L. (ed.) *Principles and Practice of Sex Therapy*, New York: The Guilford Press.

101. Borello-France D., Leng W. (2004) Bladder and sexual function among women with multiple sclerosis, *Mult Scler*, 10(4):455-461.

102. Heiman J.R., Grafton Becker V. (1989) Orgasmic disorders in women. En: Lieblum S., Rosen R. (ed.) *Principles and practice of sex therapy*, New York: Guilford.

103. Giraldi A.G., Victor J. (2002) Female sexual dysfunction as adverse effect of pharmacological treatment, *Ugeskr Laeger*, 164(41):4757-4760.

104. Tunuguntla H.S., Gousse A.E. (2006) Female sexual dysfunction following vaginal surgery: a review, *J Urol*, 175(2):439-446.

105. Kegel A.H. (1952) Sexual functions of the pubococcygeus muscle, *West J Surgery*, 60,10:521-524.

106. Reibstein J., Richards M. (1993) *Acuerdos sexuales*. Javier Vergara.

107. Masters, Johnson, Kolodny (1987) *La sexualidad humana*. Grijalbo, Volúmenes 1, 2 y 3.

108. Fisher W.A., Rosen R.C., Eardey I., Sand M., Goldstein I. Sexual experience of female partners of men with erectile dysfunction: the female experience of men's attitudes to life events and sexuality (FEMALES) study. *J. Sex Med* 2005 Sep;2(5):675-84.

109. Masters, Johnson, Kolodny (1987) *La sexualidad humana*. Grijalbo, Volúmenes 1, 2 y 3.

110. Chevret M., Jaudinot E., Sullivan K. et al. (2004) Quality of sexual life and satisfaction in female partners of men with ED: psychometric validation of the Index of Sexual Life (ISL) questionnaire, *J Sex Marital Ther*, 30:141-155.

111. Renshaw D. (1981) Coping with an impotent husband, *Illinois Med J*, 159:29-33.

112. Noble J., Lakin M. (2005) *Premature Ejaculation*, emedicine.com

113. LoPiccolo L., Heiman, J. (1998) *Becoming Orgasmic: A sexual and personal growth programme for women*, Piatkus Books.

114. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (2000) American Psychiatric Association. DSM-IV-TR, 4a ed., Washington, D.C.

115. Waldinger M.D., Schweitzer D.H. (2005) Retarded ejaculation in men: an overview of psychological and neurobiological insights, *World J Urol*, 23(2):76-81, Jun.

116. Richardson D., Goldmeyer D. (2006) Recommendations for the management of retarded ejaculation: BASHH Special Interest Group for Sexual Dysfunction, *International Journal of STD & AIDS*, 17:7-13.

117. McMahon C.G., Abdo C., Incrocci L. et al. (2004) Disorders of orgasm and ejaculation in men, *J Sex Med*, 1(1):58-65, Jul.

118. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (2000) American

Psychiatric Association. DSM-IV-TR, 4a ed., Washington, D.C.

119. Richardson D., Goldmeyer D. (2006) Recommendations for the management of retarded ejaculation: BASHH Special Interest Group for Sexual Dysfunction, International Journal of STD & AIDS, 17:7–13.

120. Seagraves R.T. (1994) Treatment of drug induced anorgasmia, *Br J Psychiat*, 165:554.

121. Lauerma H. (1996) Successful treatment of citalopram induced anorgasmia by cyproheptadine, *Acta Psychiat Scand*, 93:69–70.

122. Price J., Grunhaus L.J. (1990) Treatment of clomipramine induced anorgasmia with yohimbine: a case report, *J Clin Psychiat*, 51:32–33.

123. Hollander E., McCarley A. (1992) Yohimbine treatment of sexual side effects induced by SSRIs, *J Clin Psychiatr*, 53:207–209.

124. Wincze J.P., Carey M.P. (2001) *Sexual Dysfunction. A Guide for Assessment and Treatment*, London: The Guilford Press, 2nd ed.

125. Bancroft J. (1989) *Human Sexuality and its Problems*, Edinburgh: Churchill Livingstone, 2nd ed.

126. Hawton K. (1989) *Sex Therapy –A Practical Guide*. Oxford: Oxford University Press.

127. Richardson D., Goldmeyer D. (2006) Recommendations for the management of retarded ejaculation: BASHH Special Interest Group for Sexual Dysfunction, International Journal of STD & AIDS, 17:7–13.

128. Munjack D.J., Kanno P.H. (1979) Retarded ejaculation: a review, *Arch Sexual Behav*, 8:139–150.

129. McCarthy B.W. (1989) Cognitive-Behavioral Strategies and techniques in the treatment of early ejaculation. En: Leiblum S.R., Rosen R.C. (ed.) *Principles and Practice of sex therapy*, Update for the 1990s. N.Y. The Guilford Press, 2nd ed.

130. Real Academia Española <http://buscon.rae.es/draeI>

131. Gross S. (1887) *Practical Treatise on Impotence and Sterility*. Edinburgh: YJ Pentland.

132. Krafft-Ebing R.F. (1901) *Psychopathia Sexualis*. Stuttgart: Publishing Hause Enke, 11a ed.

133. Abraham K. (1917) *Ueber Ejaculatio Praecox*. *Z Fur Aertzliche Psychoanalyse*, 4:171.

134. Semans J.H. (1956) Premature ejaculation: a new approach, *South Med J*, 49:353–357.

135. Kaplan H. (1974/1986) *La nueva terapia sexual*. Alianza, Tomo 1, 7a reimpresión.

136. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (2000) American Psychiatric Association. DSM-IV-TR, 4a ed., Washington, D.C.

137. Waldinger M.D., Hengeveld M.W., Zwinderman A.H. et al. (1998) An empirical operationalization study of DSM-IV diagnostic criteria for premature ejaculation. *Int J Psychiatry Clin Practice*, 2: 287–293.

138. McCarthy B.W. (1989) Cognitive-Behavioral Strategies and techniques in the treatment of early ejaculation. En: Leiblum S.R., Rosen R.C. (ed.) *Principles and Practice of sex therapy*, Update for the 1990s. N.Y. The Guilford Press, 2nd ed.

- 139. Laumann E.O., Paik A., Rosen R.C.** (1999) The epidemiology of erectile dysfunction: results from the National Health and Social Life Survey, *Int J Impot Res*, 11 Suppl 1:S60-64, Sep.
- 140. Waldinger M.D.** (2005) Lifelong premature ejaculation: from authority-based to evidencebased medicine, *BJU Int*, 95(1):191.
- 141. Veening J.G., Coolen L.M.** (1998) Neural activation following sexual behavior in the male and female rat brain, *Behav Brain Res*, 92:181–193.
- 142. Coolen L.M., Peters H.J., Veening J.G.** (1996) Fosimmunoreactivity in the rat brain following consumatory elements of sexual behaviour, *Brain Res*, 738:67–82.
- 143. Coolen L.M., Olivier B., Peters H.J. et al.** (1997) Demonstration of ejaculation-induced neural activity in the male rat brain using 5-HT_{1A} agonist 8OH-DPAT, *Physiol Behav*, 62:881–891.
- 144. Coolen L.M., Peters H.J., Veening J.G.** (1998) Anatomical interrelationships of the medial preoptic area and other brain regions activated following male sexual behavior: a combined fos and tract tracing study, *J Comp Neurol*, 397:421–435.
- 145. Truitt W.A., Coolen L.M.** (2002) Identification of a potential ejaculation generator in the spinal cord, *Science*, 297:1566–1569.
- 146. Metz M.E., Pryor J.L.** (2000) Premature ejaculation: a psychophysiological approach for assessment and management, *J Sex Marital Ther*, 26(4):293-320, Oct-Dec.
- 147. McMahon C.** (2005) Past, Present, and Future Perspectives, *Journal of Sexual Medicine*, Volume 2 p. 94-May.
- 148. Waldinger M.D.** (2002) The neurobiological approach to premature ejaculation, *J Urol*, 168:2359–2367.
- 149. Metz M.E., Pryor J.L.** (2000) Premature ejaculation: a psychophysiological approach for assessment and management, *J Sex Marital Ther*, 26(4):293-320, Oct-Dec.
- 150. Waldinger M.D., Olivier B.** (2000) Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) and sexual side effects: differences in delaying ejaculation. En: Sacchetti E., Spano E.P. (ed.) *Advances in Preclinical and Clinical Psychiatry, Vol. I. Fluvoxamine: established and emerging roles in psychiatric disorders*. Milan: Excerpta Medica, 117–130.
- 151. Xin Z.C., Choi Y.D., Rha K.H. et al.** (1997) Somatosensory evoked potentials in patients with primary premature ejaculation, *J Urol*, 158:451–455.
- 152. Waldinger M.D., Schweitzer D.H.** (2005) Retarded ejaculation in men: an overview of psychological and neurobiological insights, *World J Urol*, 23(2):76-81, Jun.
- 153. Rubio E., Díaz, M.J.** (1994) *Antología de la sexualidad humana*, Ediciones Conapo-Porrúa, Tomos 1, 2, 3.
- 154. Metz M.E., Pryor J.L.** (2000) Premature ejaculation: a psychophysiological approach for assessment and management, *J Sex Marital Ther*, 26(4):293-320, Oct-Dec.
- 155. Byers E.S., Grenier G.** (2003) Premature or rapid ejaculation: heterosexual couples' perceptions of men's ejaculatory behaviour, *Arch Sex Behav*, 32(3):261-270, Jun.
- 156. Symonds T., Roblin D., Hart K.** (2003) How does premature ejaculation impact a man's life?, *J Sex Marital Ther*, 29(5):361-370, Oct-Dec.
- 157. Kaplan H.** (1974/1986) *La nueva terapia sexual*. Alianza, Tomo 1, 7a reimpression.
- 158. Symonds T., Roblin D., Hart K.** (2003) How does premature ejaculation impact a man's life?, *J Sex Marital Ther*, 29(5):361-370, Oct-Dec.

159. Diaz A., Eguez F., Díaz A. (2005) *The afferent interrupted way for Premature Ejaculation Treatment*. Presentado en el XVII Congreso Mundial de Sexología. Montreal, Canadá.

160. Romero A.D., Rebello S.F. (1994) The selective neurotomy of the dorsal nerve of the penis; a new approach in the treatment of premature ejaculation, *Inter J Imp Res*, Supplement 1:V23.

161. La Pera G., Nicastro A. (1996) A new treatment for premature ejaculation: the rehabilitation of the pelvic floor, *J Sex Marit Ther*, 22:22-26.

162. Berkovitch M., Keresteci A.G., Koren G. (1996) Efficacy of prilocaine-lidocaine cream in the treatment of premature ejaculation, *J Urol*, 156(5):1783-1784, Nov.

163. Senkul T.S., Iseri C., Sen B. et al. (2004) Circumcision in adults: effect on sexual function, *Urology*, Vol. 61, 1:155-158, Jan.

164. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (2000) American Psychiatric Association. DSM-IV-TR, 4a ed., Washington, D.C.

165. Lamont J. (1978) Vaginismus, *Am J Obstet Gynecol*, 131:632-636.

166. Harlow B., Wise L., Stewart E. (2001) Prevalence and predictors of chronic lower genital tract discomfort, *Am J Obstet Gynecol*, 185:545-550.

167. Oskai U., Baj N., Yalcin O. (2005) A study on urogenital complaints of postmenopausal women aged 50 and over, *Acta Obstet Gynecol Scand*, 84:72-78.

168. Pukall C., Lahaie M., Binik Y. (2005) Sexual pain disorders: etiologic factors. En: Goldstein I., Meston C., Davis S. et al. (eds.) *Women's Sexual Dysfunction and Dysfunction: Study, Diagnosis and Treatment*. London: Taylor and Francis.

169. Graziottin A., Bottanelli M., Bertolasi L. (2004) Vaginismus: A clinical and neurophysiological study. En: Graziottin A. (ed.) *Female Sexual Dysfunction: Clinical Approach*, Urdinamica, pp. 117-121.

170. Bohm-Starke N., Hilligies M., Falconer C. (1999) Neurochemical characterization of the vestibular nerves in women with vulvar vestibulitis syndrome, *Gynecol Obstet Invest*, 48:270-275.

171. Bornstein J., Goldschmid N., Sabo E. (2004) Hyperinnervation and mast cell activation may be used as a histopathological diagnostic criteria for vulvar vestibulitis, *Gynecol Obstet Invest*, 58:171-178.

172. Graziottin A. (2003) Etiology and diagnosis of coital pain, *J Endocrinol Invest*, 26:115-121.

173. Graziottin A. (2006) Sexual Pain Disorders: Dyspareunia and Vaginismus. En: Porst H., Buvat J. (eds.) *Standard Practice in Sexual Medicine*. International Society for Sexual Medicine, Blackwell Publishing. ISBN-13: 978-1-4051-5719-3.

174. Heim L.J. (2001) Evaluation and Differential Diagnosis of Dyspareunia, *American Family Physician*, Vol. 6:3-8, Apr.

175. Potenziani, J.C. (2006) Cistitis intersticial o síndrome de vejiga dolorosa, *American Family Physician*, Urologíaaldía.com. 25 abril.

176. Cararach M. (2001) *Presentación XXVI Congreso Nacional de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia*, junio.

177. Harlow B.L., Stewart E.G. (2003) A Population-Based Assessment of Chronic Unexplained Vulvar Pain: Have We Underestimated the Prevalence of vulvodynia? *J Am*

Med Womens Assoc, 58:82-88.

178. Hansen A., Carr K., Jensen J.T. (2002) Characteristics and Initial Diagnoses in Women Presenting to a Referral Center for Vulvovaginal Disorders in 1996-2000, J Reprod Med, 47:854-860.

179. Laumann E., Paik A., Rosen R.C. (1999) Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors, JAMA, 281:537-44 [Published erratum appears in JAMA 1999;281:1174].

180. Jamieson D.J., Steege J.F. (1996) The prevalence of dysmenorrhea, dyspareunia, pelvic pain, and irritable bowel syndrome in primary care practices, Obstet Gynecol, 87:55-58.

181. Goetsch M.F. (1999) Postpartum dyspareunia. An unexplored problem, J Reprod Med, 44:963-968.

182. Meana M., Binik Y.M., Khalife S. et al. (1997) Biopsychosocial profile of women with dyspareunia, Obstet Gynecol, 90:583-589.

183. Meana M., Binik Y.M. (1994) Painful coitus: a review of female dyspareunia, J Nerv Ment Dis, 182:264-272.

184. Lazarus A. (1980) Psychological treatment of dyspareunia. En: Leiblum S.R., Pervin L.A. (eds.) *Principles and practice of sex therapy*. New York: Guilford.

185. Van Lankveld J.J., Weijenborg P.T., ter Kuile M.M. (1996) Psychologic profiles of and sexual function in women with vulvar vestibulitis and their partners, Obstet Gynecol, 88:65-70.

186. Steege J. (1984) Dyspareunia and vaginismus, Clin Obstet Gynecol, 27:750-759.

187. Metts J.F. (1999) Vulvodynia and vulvar vestibulitis: challenges in diagnosis and management, Am Fam Physician, 59:1547-1562.

Raúl Miranda Arce

INTRODUCCIÓN

La palabra “sexualidad” remite en primer término a un modo reproductivo, como resultado de la evolución biológica somos una especie fenotípicamente dimórfica, nuestro patrón reproductivo nos lleva a un acto sexual para alcanzar este fin.

El ser humano ha sido muy exitoso en su reproducción, ya a principios del siglo XX e advertía que el problema de la sobrepoblación llevaría a un punto crítico los límites de los recursos naturales. Aunque hace algunos decenios estas voces de alarma parecían exageradas, hoy en día vemos a los organismos internacionales abriendo foros para tratar problemas relacionados con el uso y conservación del aire, la escasez de agua los recursos alimenticios, para millones de humanos. La explosión demográfica es lo que nos ha llevado a este punto.

Por otra parte, empezamos a ser testigos de otra problemática relacionada con los problemas de infertilidad. Algunas parejas jóvenes en su plan de desarrollo personal; contemplan tener familia este proyecto, que para la mayoría resulta ser algo tan simple como dar lugar al proceso natural de la procreación, en ellos se ve obstaculizado. En ocasiones es posible superarlo con ayuda de las técnicas de fertilización asistida; en otras no queda más que resignarse y hacer el duelo de la esperanza de la procreación. Estos dos polos no podrían ser más opuestos.

La sobrepoblación en algunas naciones ha provocado que millones de seres humanos subsistan en extrema pobreza mientras que, en contraste, otros países alcanzan un desarrollo sociocultural y económico que permite el desarrollo de una conciencia de lo difícil que es sacar adelante la vida y, como consecuencia, sus tasas de reproductividad han disminuido al punto de que algunos ya no logran equilibrar su tasa de nacimientos con la de defunciones, con lo cual poco a poco disminuye su población.

En este contexto, la sexualidad desempeña un papel fundamental, la movilidad de la población, la migración, el aumento o disminución de la misma se relaciona con las modalidades de reproductividad, de ahí las modalidades en la expresión sexual y los estilos de vinculación humana. La sexualidad ha sido estudiada desde diferentes perspectivas. En este capítulo se estudiará cómo dos seres humanos se vinculan y la manera en que se expresa la sexualidad y el erotismo en el contexto de las relaciones humanas.

ANTECEDENTES

La reproducción está al servicio de la conservación de la especie. El Dr. Peck afirma que si no existiera el engaño del placer no existiría el matrimonio:¹ “el enamoramiento es un ardid

que nuestros genes usan con nosotros para nublar nuestro espíritu, que de otra manera sería perceptivo [...] engatusarnos y hacernos caer en la trampa del matrimonio [...] sin este ardid [...] nos habríamos arredrado ante el realismo de los votos matrimoniales”. Uno de los logros del desarrollo en la evolución del ser humano fue separar las funciones de la reproductividad y del placer sexual. Así, el placer sexual que se obtiene en la relación erótica no tiene otro fin sino una sensación de bienestar subjetivo.

Según algunas mitologías, el hombre fue creado a imagen y semejanza de los dioses pero, en su orgullo, empezó a creerse dios y fue castigado por ello.² Platón decía que el hombre fue creado con cuatro extremidades y dos cabezas pero, por su soberbia, los dioses lo partieron a la mitad y fue condenado a buscar eternamente su complemento, de ahí que una de las tareas permanentes del ser humano es la búsqueda de la “media naranja”.

Según Jacques Lemaire,⁴ los seres humanos no se seleccionan para hacer pareja sino que se encuentran, yo diría se descubren. Así, de entre una multitud, el individuo “descubre” a través de la mirada a alguien que le atrae, a partir de entonces se inicia un proceso de cortejo en donde se alimenta y se mueve la fantasía de encuentro erótico. Lo anterior promueve la aproximación inicial de dos personas con el motivo de encontrarse eróticamente, primero en el inconsciente y después ya en la mente consciente, se manifiesta como deseo sexual. Deseo es un motivador muy poderoso de la conducta humana.

Una de las preguntas imposibles de responder es acerca del goce sexual del “otro”,³ algunos autores afirman que la fantasía coloca el placer del otro como mejor o mayor.

En el ciclo vital de la existencia humana, cuando los jóvenes se desprenden del hogar de origen, emprenden la aventura de la vida de la cual uno de los capítulos más importantes es el vincularse. Los vínculos también se definen desde el punto de vista social, aquellos en los que está permitido el ejercicio de la sexualidad, que da un orden con la intención de preservar y fortalecer las estructuras sociales.

Es reconocida la fuerza de la sexualidad: poderosa y a la vez temida. La sociedad en su evolución ha establecido estructuras para intentar contenerla, lo cual ha derivado en un “script” social, mismo que define con quién es posible y adecuado el ejercicio sexual, así como el contexto y las circunstancias apropiadas incluyendo persona, lugar, tiempo y forma. Todo ello en función a que, si se desborda de los cauces sociales, tiene el potencial de ser destructiva para el individuo y su estructura social.

Por ejemplo, en los últimos 100 años de la cultura occidental, la vinculación por amor se considera un ingrediente importante para dar lugar al ejercicio erótico, lo que crea el amor erótico; este último es considerado de manera positiva en la estructura social, en contraste de cuando sólo se trata de la expresión del erotismo. Cuando el deseo se estructura en forma de una pasión al extremo de una obsesión, se ve con sentimientos ambivalentes, pues tiene un aspecto fascinante se le reconoce su fuerza pero, a la vez, cuenta con el poder de violentar la normatividad social, razón por la cual despierta temor.

Existe el supuesto de que una necesidad para la coexistencia social fue el establecimiento del Tabú sexual,⁵ mismo que implicaba la prohibición de establecer relaciones sexuales indiscriminadas, en particular las relaciones sexuales con las propias hijas e hijos, lo cual se ha denominado como “el tabú del incesto”, estableciéndose el origen a las filias. En esta reconstrucción antropológica de la sexualidad, desde luego, la conexión entre el acto sexual y la reproductividad es un gran avance en el desarrollo del pensamiento abstracto, pues se

establece la noción de tiempo, abarcando el pasado y el futuro frente a la existencia refleja del aquí y ahora, que permite al ser humano desarrollar la capacidad de planeación una de las capacidades que lo hace superior al resto de los seres vivos. En esta reconstrucción antropológica y dada nuestra raíz animal, la fuerza del impulso sexual para el apareamiento es superior a la voluntad individual, pues constituye un mandato del orden universal para la preservación de la especie.

Así, cuando un individuo está apto desde el punto de vista sexual, nace en su interior el ímpetu y el deseo de buscar pareja sexual. Los determinantes de dicha determinación ancestral continúan vigentes al día de hoy. Lo que define a una mujer como deseable, por lo general está vinculado con el atractivo físico:

“[...] una simetría perfecta en las proporciones físicas [...] Sus piernas deben ser largas y delgadas, igual que su rostro y su cuello [...] Su pecho caprichoso y su busto firme y cónico, sus muslos amplios y su cintura breve, casi tan pequeña que pueda tomarse con la mano [...] sus caderas deben ser firmes y carnosas al igual que su abdomen [...] Su pelo largo y voluminoso, alcanzando sus rodillas y terminando en graciosos rulos [...] Sus labios deben ser rojos y brillantes y su dentadura blanca [...] La superficie de su cuerpo, debe ser suave, delicada, tersa, redondeada y agradable al tacto.”⁶

El atractivo del varón también está asociado al físico, pero también al poder o a la jerarquía que ocupe en la pirámide jerárquica del orden social. Así, son más atractivos para las mujeres como compañeros sexuales aquellos hombres que se constituyen en líderes y detentan poder en función a su capacidad de protección, que los menos capaces o marginales.

Un supuesto antropológico es que la sexualidad en los primeros grupos humanos era de tipo comunal. En algún momento los humanos se agruparon para sobrevivir juntos, es decir, no existía la exclusividad o fidelidad sexual y, desde luego, tampoco la privacidad, el orden establecido de disponibilidad erótica ocurría según el lugar jerárquico de los individuos.

Joan Dahr Lambert,⁷ plantea una propuesta en una novela ficción antropológica: sugiere que las primeras relaciones sexuales eran grupales, es decir, no existía monogamia, y el liderazgo del grupo era detentado por la mujer con mayor experiencia y capacidad para sanar las tribulaciones del grupo; la motivación para la sexualidad era mantener la armonía en las relaciones del grupo, sin dejar de notar que cuando una hembra no estaba sexualmente disponible, podría causar efectos hostiles dentro del grupo. La sexualidad entre todos los miembros garantizaba la vinculación afectiva del grupo y lo mantenía unido.

Un aspecto que vale la pena señalar es que en sociedades donde no existen restricciones sobre la sexualidad ni una implicación de posesión a través de la misma, la importancia del ejercicio de la sexualidad y el lugar que ocupa en la estructura comunitaria es menos relevante. Así, la sexualidad que encontraron los conquistadores españoles en los nativos de las islas caribeñas fue la de una sexualidad libre, manifestada de manera franca, con expresiones de placer abiertas tanto en hombres como en mujeres, pero sin un sentido de exclusividad ni celos. A la vez, ocurría que la frecuencia de relaciones sexuales no era muy alta, pues todos se sentían satisfechos de su sexualidad, ya que en el momento que lo

deseaban era sencillo encontrar a alguien con disposición sexual.⁸ Asimismo, la sexualidad de las islas polinesias ha sido descrita de la misma forma, hasta antes de que estas culturas entraran en contacto con la cultura occidental, portadora de una importante represión sexual.

La práctica poligámica ha sido documentada que ocurre propiciada por varones pudientes, pero es menos conocida la práctica poligámica alrededor de mujeres poderosas, un ejemplo de la cual se registra en las comunidades de la selva del Amazonas.

ANTECEDENTES ETOLÓGICOS

A pesar del dolor del duelo provocado por la herida narcisista infligida por Darwin, afirmaba Freud debemos asimilar que el hombre no desciende de Dios, sino que somos una especie resultado de la evolución. En la organización de la estructura social de diferentes etnias como en diferentes especies; la regulación y expresión de la sexualidad es un factor central.

En algunas especies se agrupa un cierto número de hembras alrededor de un macho dominante y todos los otros machos son excluidos hasta que logren desafiar y derrocar al macho dominante frente al grupo de hembras, lo cual constituye una organización social común entre los mamíferos. En otras especies se agrupan alrededor de más de un macho dominante, el cual congrega varias hembras a su alrededor; otras crean vínculos de exclusividad de carácter temporal, durante un ciclo anual de reproducción y algunas más se vinculan de manera monogámica y de por vida.

El estudio de diferentes especies, en particular el que se centra sobre la estructuración de la sexualidad en los primates, permite comprender algunos aspectos de la vinculación humana.

Entre los bonobos de Zaire —la especie de primates más próxima, desde un punto de vista evolutivo, al ser humano— se ha descrito un claro predominio de la función sexual por placer, en contraste con la función sexual reproductora. Los bonobos sostienen relaciones sexuales con bastante frecuencia y por lo general la hembra determina quién será su compañero sexual. Además, se ha observado que copulan en posición cara a cara (al igual que los humanos), lo que los convierte en la única especie en primates prehomínidos que practican dicha posición; asimismo, han sido descritas prácticas sexuales de masturbación autoerótica, masturbación mutua y contactos orogenitales; también han sido documentadas relaciones heterosexuales y homosexuales (tanto masculinas como femeninas).

Estas notas tienen como propósito reflexionar desde otro punto de vista, la sexualidad socialmente aceptada en la cultura occidental. Freud advertía que la liga entre la sexualidad y su objeto debe aflojarse, ya que éste no es tan fijo ni tan “natural” como pudiera pensarse, al igual que la diversidad de las manifestaciones de la sexualidad. Esto abre la puerta a considerar la aspiración al placer erótico y las variadas formas en que éste puede manifestarse. La manera en que comprendemos y concebimos lo aceptable y no aceptable de nuestra sexualidad es el resultado de un contexto sociocultural que nos precede y nos continúa.

EL VÍNCULO ERÓTICO

La palabra vínculo proviene del latín: “*vinculum*” de “*vincire*” que significa atar, unión o atadura de una persona con otra. En la antigüedad expresaba una unión sujeta con firmeza que se hacía juntando un haz de ramas atado con una cuerda de nudos, sugiriendo una atadura lo más duradera posible⁹; *Pichon Rivière*,¹⁰ desarrolla en teoría por primera vez, el concepto de vínculo, lo definía como la estructura compleja que incluye el sujeto, el objeto y su interacción, momentos de comunicación y aprendizaje, configurando un proceso en forma de espiral dialéctica; proceso en cuyo comienzo las imágenes internas y la realidad externa deberían ser coincidentes”.

El hecho que dos o más individuos estén juntos, en una cola por ejemplo no los hace establecer un vínculo desde el punto de vista psicoanalítico, sólo cuando comparten una fantasía inconsciente en común se establecerá el vínculo, ¿cuál es el primer vínculo humano? Podríamos decir que la imagen de la primera fantasía sería la de la unidad dual, madre hijo y ésta va a constituir el modelo organizador de todo vínculo humano: pareja, grupo, familia o institución. Es decir, que la unidad-dual es el modelo de todos los vínculos posteriores.¹¹ Cada vínculo va a producir alianzas inconscientes que le son propias.

Para R. Kaës,¹² el vínculo instituido tiene tres componentes: la **alianza**, la **comunidad de realización de fines** y la **sujeción**; que se entiende como una obligación recíproca establecida a partir del hecho de reconocerse perteneciendo a dicho vínculo. En esta definición se han incluido otros aspectos: la permanencia en el tiempo, la estabilidad (una forma más o menos constante) e intereses comunes.

D. Anzieu¹³ define al grupo como una envoltura, que permite que los individuos se mantengan juntos. Para él, un entramado de reglas, costumbres, ritos, actos que tienen el valor de una jurisprudencia, permite que el conjunto establezca un espacio interno, el de quienes comparten todas estas producciones, que se separa así de un espacio externo, del de aquellos que no las comparten. Conceptualiza el vínculo como envoltura, estableciendo un límite.

La representación fantaseada del propio vínculo tiene también una función: la **representación interna recíproca** que comparten los miembros. El vínculo no puede establecerse ni sostenerse (D. Anzieu); si no mantiene una relación de simbolización, apuntalamiento y de satisfacción libidinal, con el mundo interno (lugar de las relaciones objetales) de sus miembros.

Cuando el ser humano está apto desde el punto de vista biológico para el acto sexual, nace en el individuo un deseo, que al principio es una sensación indefinida. A menudo el joven encuentra el camino del autoerotismo y es a través del ejercicio autoerótico que en el espacio del imaginario va tomando forma la fantasía sexual, en donde se van creando imágenes cada vez más nítidas cargadas de afectos, en las que se involucra a “otro” en un abrazo erótico ideal. Así, en el espacio mental se abren espacio las escenas eróticas que empujan desde la profundidad de la mente, que emergen en la mente consciente del individuo y se van construyendo al agregarse los matices culturales. Se trata de un proceso que ocurre como resultado de un interjuego de expresión y represión de la sexualidad, mismo que da lugar a una construcción metafórica, eufemista tanto cuanto sea necesario para que la normatividad social permita la expresión erótica, primero en la conciencia del

individuo, en el pensamiento, en el lenguaje y por último en la conducta, sin menoscabo de que todo aquello que sea reprimido encontrará una expresión escondida en una formación de compromiso que disimule su origen sexual pero que, a la vez, le permita algún grado de expresión.

Robert Stoller, estableció que existe una dualidad de fantasías eróticas determinadas en función del género: por una parte, las fantasías masculinas asociadas con el encuentro de una mujer sexualmente dispuesta, fascinada con el atractivo sexual del varón, en el imaginario la fantasía del falo como fuente de gratificación y origen de la vida.¹⁴ En algunas culturas los mitos del origen del universo se relacionan con una figura divina que a través de su esperma da origen a todo lo existente en el universo, de ahí que en algunos cultos antiguos se tome al falo, el pene en erección perpetua como una imagen divina. En el imaginario masculino está la fantasía de encuentros sexuales múltiples con diferentes parejas y la inagotabilidad de la capacidad sexual (p.ej., encontrarse en una isla solitaria o en una embarcación rodeado de bellas mujeres con disposición sexual). Por otra parte, las fantasías sexuales femeninas suelen estar más asociadas con la sexualidad en un contexto afectivo, protector y estable, buscando el reconocimiento del “otro” de ser alguien “especial”, dicho reconocimiento a menudo es inicial, aunque en ocasiones se disculpa que la pareja no lo descubra desde un inicio y lo haga más tarde.

Una temática de investigación fascinante tiene lugar cuando en el contenido de fantasías no están representados escenarios sexuales de coito o cuando el erotismo no se encuentra asociado con un “otro”, sino con un objeto o sólo a partes del cuerpo específicas de la pareja sexual y no a la persona toda.

Freud, en sus *Tres ensayos sobre una teoría de la sexualidad*,¹⁵ define al objeto sexual como la persona de la que parte la atracción sexual, en esta misma obra, describió cómo tanto la meta sexual (el coito) como el objeto sexual (que para el hombre es la mujer y viceversa) pueden ser diferentes e intercambiables, lo que incluye la preferencia erótica por personas del mismo sexo, por animales, infantes e incluso objetos inanimados (fetichismo) en vez de personas del sexo opuesto. Las actividades sexuales no están circunscritas al coito, pues también comprenden el tocar y ser tocado, mirar y ser mirado o la inclinación a recibir o proporcionar dolor físico o anímico e incluir partes distintas de los genitales.

El vínculo fantaseado de la relación entre el sujeto y su objeto erótico, existe en un inicio sólo en la subjetividad y se construye de manera individual. Algo que no deja de sorprender es la capacidad de un objeto inanimado (fetiche) para despertar las complejas reacciones eróticas en una persona, como son excitación, fantasía y actividad orientada a la búsqueda del placer con dichos objetos, cuya característica distintiva es su alto significado erótico, a la vez que el mismo sujeto quizá sea por completo indiferente a una invitación sexual por una pareja dispuesta, “adecuada”, desde el punto de vista social.

La experiencia erótica tiene entonces dos orígenes, uno externo y uno interno, y ambos deben confluir. El interno es producto de nuestra herencia biológica y resultado de la evolución de las especies, el cual empuja a la reproducción y la conservación de la especie, apuntalándose en el placer derivado de la actividad erótica que más tarde ha de construirse de manera individual a partir de las experiencias afectivas que troquelan los patrones de satisfacción erótica del individuo, lo cual genera una escena individual erótica estrictamente personal. La fuente externa es la construcción sociocultural de la sexualidad,

inscrita en el colectivo imaginario e implicada en las relaciones sociosexuales, así como en el lenguaje.

El lugar de confluencia de estas dos influencias que determinan la expresión sexual es el espacio del cuerpo. Desde el exterior, sabemos que al estimularse táctilmente ciertas partes del cuerpo denominadas “zonas erógenas”, se desencadenará la respuesta sexual, determinada biológicamente con todos los cambios correspondientes en el organismo, después de cierto umbral de excitación el sujeto responderá corporalmente como una totalidad, lo cual da lugar a una respuesta erótica y la persona entra a una realidad de erótica. Las zonas erógenas son partes del cuerpo “predestinadas” genéticamente en especial los genitales para provocar placer erótico. Más tarde, gracias a la elaboración mental se crea primero una imagen inconsciente del cuerpo erótico, de modo que cualquier parte del mismo puede adquirir la capacidad de despertar la respuesta sexual y manifestarse con las propiedades de una zona erógena. Una característica sobresaliente de una zona erógena, es que al ser estimulada y pasar de cierto umbral demanda más estimulación hasta desencadenar la reacción erótica total del organismo. La piel y mucosas en ciertas partes delimitadas (genitales) son zonas erógenas por excelencia y cada persona posee una geografía corporal erótica individual. Además de la estimulación táctil, es posible despertar sensaciones eróticas a través de los diferentes órganos de los sentidos: gusto, olfato y los sentidos a distancia, como son la vista en especial a la vista del cuerpo o partes del cuerpo de “otro” en disposición erótica y el oído.

No es suficiente la estimulación externa a través del aparato sensorial, el sujeto debe tener una actitud receptiva a la misma, lo que hace que un estímulo en una situación determinada adquiera el **significado erótico** y sea recibido con agrado. Aquí es donde entra el aspecto de la inserción cultural, misma que determina lo aceptable desde el punto de vista social y da lugar al placer sexual. De modo que un estímulo similar pero en una circunstancia diferente considerada inadecuada o incitado por otra persona, no sólo no provocará placer sino que causa desagrado, asco, vergüenza, culpa, ansiedad u hostilidad, afectos, todos ellos, incompatibles con el placer sexual.

Lo que determina si un estímulo del mundo externo adquirirá o no un significado erótico, depende de que una vez activada dicha fuente de estimulación erótica, coincida con la primera, la interna, sintetizada en la fantasía sexual inconsciente esta alude a la escena erótica idealizada en donde el sujeto se imagina a sí mismo en un encuentro con el “objeto erótico ideal”, en un acto también ideal de donde resulta una plena satisfacción erótica. Hasta aquí, aún en el espacio de la fantasía, la respuesta sexual se inicia, ya sea por estímulos externos que activan la fantasía inconsciente o al activarse ésta motiva al sujeto a buscar la estimulación sensorial correspondiente en el mundo de la realidad concreta.

Por ejemplo, en el caso de la compulsión sexual, la activación de la fantasía inconsciente empuja al sujeto a ponerla en acto casi sin que medie una elaboración mental, con lo que manifiesta una precaria capacidad de demora, por ello, cuando el sujeto trata de concretar la “puesta en escena” de la fantasía, en muchas ocasiones resulta dañina para otros e incluso destructiva para sí mismo.

A esta escena erótica ideal en el espacio mental que da lugar a los contenidos de las fantasías y de la conducta erótica, misma que abarca pensamientos, afectos, sensaciones y conducta en relación con otro, se ha denominado “la fantasía masturbatoria central”.¹⁶ En

ella se incluyen la fantasía inconsciente, la ensoñación diurna y el acto sexual ejecutado con la estimulación sexual preferida en un vínculo ideal. En todas ellas existe una representación de la imagen del sujeto ideal, junto con la imagen del “otro” objeto gratificador erótico ideal, con quien se fantasea la experiencia del placer pleno en un contexto vincular igualmente ideal.

Las diferentes manifestaciones del erotismo son las diversas metáforas de esta fantasía, materia prima de la creación. Así, podríamos interpretar el cuento de la lámpara de Aladino como una simbolización de la fantasía masturbatoria: frotar un pequeño objeto mágico y, al hacerlo, hacer aparecer un enorme genio que cumplirá con nuestros deseos.¹⁷

EL ORIGEN DE LA CAPACIDAD VINCULAR

Como ya se mencionó, la fuerza de la sexualidad está anclada en el empuje genético hacia la reproductividad con el aderezo del placer erótico; la forma definitiva en que cada individuo expresa su erotismo y, de ahí, su forma de vincularse en sentido erótico, se construye de manera gradual a través de sus experiencias afectivas con quienes lo rodean. De ahí que tal erotismo está determinado por las relaciones afectivas desde el mismo momento del nacimiento.

El erotismo está muy enlazado a la biografía de la persona, en especial a sus relaciones tempranas. La capacidad para el placer erótico se genera en el contacto con el cuerpo de la madre, definida por Piera Castoradis como el sujeto en donde suponemos:

- a) una represión exitosa de la propia sexualidad infantil,
- b) un sentimiento de amor hacia el bebé,
- c) un acuerdo esencial con lo que el discurso cultural del medio al que pertenece dice acerca de la función materna,
- d) la presencia junto a ella de un padre del bebé, por quien tiene sentimientos en esencia positivos.¹⁸

Las actitudes de los padres hacia los genitales, la masculinidad y feminidad, y los aspectos reproductivos influyen sobre la manera en que manejarán el cuerpo de su bebé, con lo cual transmitirán aceptación o rechazo, comodidad o disgusto. De esta manera, los padres son los primeros representantes de la cultura que, de manera consciente e inconsciente, modelan y estructuran la expresión erótica del individuo en una comunicación sensorial y afectiva, fundamento del vínculo, a la par del nacimiento psíquico del individuo.¹⁹

A través de estas vivencias el bebé crea su núcleo de identidad, en donde se siente merecedor de las experiencias placenteras, a mayor cantidad de repetición de la sensación de satisfacción, el espacio mental se llena de representaciones del deseo de vida. Cuando estas experiencias son óptimas, que no perfectas, generan una expectativa optimista de la vida y una actitud abierta al placer; cuando no lo son producen una convicción pesimista derivada de la frustración, lo cual se convierte en una fuente de sentimientos depresivos, angustiantes o incluso deseos o angustia de muerte. Aquí está el origen de sensaciones irrepresentables en el lenguaje, que se traducen en la experiencia de sentirse como una

unidad, con continuidad en el tiempo y el espacio, en contraste con sensaciones de ansiedad por amenaza de fragmentación o despedazamiento. Cuando tales ansiedades predominan, producto de negligencia materna, maltrato o experiencias traumáticas, confieren al erotismo características de “todo o nada” y la sexualidad adquiere la función de intentos fallidos en busca de mantener la cohesión de la estructura mental del individuo.

Cuando la madre se ausenta, en la persona se instaura la amenaza sobre la vida, misma que más tarde, desde el interior del individuo, genera una constante amenaza de desintegración; en estos casos el erotismo y el vínculo adquieren la función de intentos, que por lo general resultan fallidos, por adquirir cierta estabilidad mental. Todo ello distorsiona tanto la expresión erótica como la forma de relacionarse con otros.

Dichas formas diferentes de vinculación son evidentes en las relaciones de pareja. En muchas ocasiones, cuando surge el sentimiento de enamoramiento, aparece también la sensación de que la pareja es capaz de adivinar el deseo del otro, sin siquiera decir nada, con lo que se experimenta frustración cuando no ocurre de esa manera. El entonamiento afectivo de la pareja con las propias necesidades emocionales es un requisito para el vínculo amoroso, entonamiento que semeja el de las fases tempranas del vínculo afectivo con la madre, de ahí la expectativa del “baño amoroso” que se da a través de la voz, del contacto con el cuerpo, el abrazo, la expresión de la ternura. La exigencia al amante es que sea capaz de “leer” estos deseos y, por consiguiente, actuar según lo prescribe esta fantasía. Las parejas en la relación amorosa crean un lenguaje propio, semejante al balbuceo, se ponen apodos y nombran a su cuerpo con significados que reflejan la erotización del mismo. El apodo es reflejo del erotismo sobre el que se coloca el nombre formal, viene a constituirse el nombre para la intimidad. El descubrimiento del cuerpo es una experiencia de placer, al que se enlaza el lenguaje.

Cuando una persona en su temprana infancia sufre maltrato, negligencia, abandono o algún traumatismo emocional, no construye de manera adecuada las estructuras para disfrutar después de una salud sexual. Estas experiencias son marcas patógenas que quedan inscritas en el cuerpo y se manifiestan alterando la respuesta erótica, así como los vínculos correspondientes, como nostalgia durante la experiencia erótica provoca sensaciones de vacío o angustia, y la persona es en extremo sensible a la pérdida del cariño y al abandono.¹⁹ El cuerpo no se convierte en ese lugar de encuentro amoroso, todo lo contrario, llega a ser una fuente de angustia, la persona experimenta sensaciones de desintegración que se atribuyen al otro, que en la fantasía inconsciente se cree que “desea” la muerte del individuo, que su intención es aniquilar al sujeto.²⁰

Cuando la madre que nos llena de placer está ausente, se utiliza la satisfacción alucinatoria, la activación de la huella que dejó en la memoria la experiencia de placer, tal es el mecanismo para crear, recrear, inventar e imaginar al “otro satisfactor”. Dichos procesos dejan en el inconsciente la representación de una imagen idealizada, prototipo para que más tarde se construya el ideal consciente de lo que se desea ser, junto con la imagen idealizada del “otro”, objeto único irremplazable, unidos en una experiencia de goce, de fusión, en la cual se borran las diferencias y se convierte en molde y modelo del enamoramiento. Esa es la fantasía primordial de la pareja en un abrazo erótico eterno.

El siguiente paso en el desarrollo del ser humano es el descubrimiento del control motor, la capacidad de ubicar la mano o el dedo en la boca y recrear la “gratificación alucinatoria”

que incluye el vínculo del propio sujeto con su objeto erótico. En este descubrimiento de las capacidades corporales, el bebé encuentra áreas genéticamente predisuestas al placer: las zonas erógenas, que al ser estimuladas recrean el placer total, no se experimenta un placer localizado, pues el que se genera en una zona recrea la experiencia del placer total. Así, la gratificación alucinatoria se genera de manera activa en forma de masturbación infantil, que es el chupeteo, de ahí en adelante cada función psíquica adquirida aumenta y enriquece la imagen idealizada del cuerpo y la capacidad para el placer. Todas estas experiencias infantiles serán reprimidas y, por consecuencia, guardadas en el inconsciente para que se manifiesten más tarde, al inicio de la vida sexual adulta.

Cuando la madre no fue suficientemente buena y no proporcionó los cuidados necesarios, así como el afecto indispensable, el bebé, en vez de ser autónomo e independiente, tiene una sensación de sí mismo ambivalente o negativa, lo cual genera un vínculo en donde queda atrapado de una manera tenaz y ambivalente, dependiente de la madre. Además, la capacidad erótica del individuo se ve seriamente alterada, la función erótica es utilizada para descargar afectos de hostilidad y resentimiento, evitar sensaciones de abandono y odio a sí mismos, que se encontrarán en los contenidos afectivos de las fantasías sexuales y de los afectos que prevalecen en los vínculos afectivos con otros. Tal es la razón por la cual estos individuos en la vida adulta evitan toda intimidad o aproximación erótica e incluso todo pensamiento erótico, pues todo ello revive aquellas experiencias angustiantes y la sexualidad se ejerce como una expresión meramente física de desahogo carente de la capacidad de vinculación afectiva.

La sexualidad desde su fuente original no reconoce barreras ni límites, mismos que son indispensables para la estructuración de la mente, así como para la convivencia social, de modo que es necesario imponer barreras a la expresión erótica y de este modo que se manifieste en formas que sean aceptables desde la perspectiva social, de forma que no vulnere el orden social.

Así, dentro de las vinculaciones se regula la expresión erótica, un ejemplo paradigmático en cuanto a la forma de vincularse es la relación con el padre, quien en principio es introducido a la escena afectiva vía el afecto que la madre le profesa, de ahí adquiere el significado afectivo para el niño y por ello desea su aprobación. La aceptación del padre se otorga al adquirir la capacidad para la demora en la satisfacción de los deseos, e incluso en el reconocimiento y otorgamiento del cariño por la renuncia a los deseos. De esa manera se instauran las barreras iniciales a la expresión erótica y se le encauza por los canales adecuados desde la perspectiva social. A cada renuncia instintiva se refuerza la aprobación paterna, misma que se opone a la expresión inmediata y burda de los deseos eróticos.

El deseo de la aprobación del padre es lo que permite a este último imponer las restricciones al erotismo, en lo que se ha llamado “la ley del padre”; transmisora de las prohibiciones de la cultura, que son a) la prohibición del incesto, b) la diferencia de las generaciones y c) la diferencia de los sexos. Cuando no se establecen dichas barreras a la sexualidad y la ley paterna no se reconoce, la expresión de la sexualidad se torna indiferenciada, rompe con las normas, la fantasía erótica no evoluciona y permanece en el deseo de ocupar un lugar en el lecho de los progenitores, ya sea en forma homosexual o heterosexual, se devalúa la relación coital y es sustituida al idealizar otras formas de placer erótico; tampoco se reconoce la necesidad de desarrollo y madurez para arribar a la

sexualidad, de modo que permanece en la fantasía un Yo inmaduro pero con una sensación de grandiosidad compensatoria.

La masturbación en la adolescencia tiene una función primordial para el desarrollo adecuado del erotismo,²¹ dado el crecimiento acelerado del cuerpo, la imagen inconsciente erótica del cuerpo, hasta entonces idealizada, debe transformarse para adquirir una imagen más acorde con la realidad y culminar en la imagen sexual del adulto. A esta última, además, se debe incorporar el potencial para obtener una relación sexual compartida. Dicho proceso se refuerza ahora con sensaciones eróticas más intensas y definidas, la imagen corporal erótica se redefine y se integran los órganos genitales como fuentes de placer permitido.

La masturbación activa la fantasía inconsciente, estimula la creación de las ensoñaciones diurnas; auxilia en el autoconocimiento del “nuevo” cuerpo del adolescente, sirve para afirmar el distanciamiento de los padres como objetos eróticos incestuosos y es un ensayo fantaseado al erotismo compartido con “una pareja” que suele ser en un inicio homosexual y más tarde heterosexual.

Las primeras relaciones sexuales coitales también son ensayos enlazados de manera estrecha a imágenes fantaseadas originadas en los recuerdos de las relaciones del pasado. Las cuales sirven para confirmar la masculinidad y feminidad en la relación con una pareja, ayudan a transformar la imagen ideal del cuerpo y adquirir una imagen más real.

También sirven para integrar en la esfera mental consciente los cambios tanto físicos como psicológicos que ocurren durante la respuesta sexual, es así como se va conquistando el miedo a lo desconocido, como se pierde la ansiedad a la regresión que ocurre durante el orgasmo y el miedo al nuevo tipo de vinculación que el enamoramiento representa, sirven para aumentar la autoestima, a conocer los propios procesos corporales y emocionales hasta ahora desconocidos para el sujeto y la regulación de los propios procesos eróticos.

Al adquirir el lenguaje, el individuo también se hace de toda la herencia cultural, la cual nos precede y ha de continuarnos, herencia que establece prohibiciones y permisos, que demarca con calificativos y sanciones nuestro cuerpo y los procesos propioceptivos y afectivos que de él se desprenden, que construye diques, encauza el placer y exige renunciaciones para completar nuestra integración al contexto sociocultural. Esta normatividad social establece el lugar, el cómo, el cuándo y la persona “adecuados” para el ejercicio de prácticas eróticas, aceptadas desde el punto de vista social. Incluso califica las propias experiencias corporales y dicta la subjetividad de las mismas definiendo lo que se debe o no sentir, las sensaciones permitidas y las no permitidas, las sensaciones “buenas” y las “malas”, así se originen en el propio cuerpo. Dentro de esta normatividad social se establecen los referentes de con quién es posible establecer un vínculo “socialmente aceptable”.

Se ha dicho que la elección de pareja tiene lugar entre dos personas, sin embargo, estudios de la complejidad de los vínculos en particular la estructuración de redes vinculares en el espacio mental llevan a la conclusión de que elegir una pareja implica una compleja selección de grupos sociales, desde las influencias más simples representadas por los modelos adquiridos de los padres. Así, es frecuente que el individuo elija a su pareja a imagen y semejanza de alguno de sus progenitores; ya sea del sexo opuesto o del sexo complementario también ocurre que alguno de los padres es el referente, aunque de manera

negativa, es decir, la pareja escogida representa todo lo que el padre o la madre **no** son pero se desearía que fueran, en contraste con lo que sí son y que acarrea disgusto; sin embargo, de una o de otra forma, el referente prevalece. La mayor parte de las veces los individuos no tienen conciencia de dichos patrones al inicio de la relación y no es sino con el tiempo que van advirtiendo la semejanza entre la pareja elegida y el progenitor.

En la elección de pareja también influyen los antecedentes étnicos, culturales y socioeconómicos, mismos que actúan como ingredientes que a mayor homogeneidad otorgan mayor aceptación del grupo social, mismo que actúa como fuerza externa para hacer de dos individuos una pareja, “que se ven bien”. Asimismo, dichas influencias externas actuarán presionando para disolver la unión si la normatividad social se ve vulnerada al elegir pareja. Hay grupos sociales donde existe una fuerza social para las uniones intragrupalas, lo cual mantiene la homogeneidad del grupo social, así como existen grupos en donde se promueve la vinculación exogámica en relación con el grupo.

Cuando un individuo es portador de características valoradas en el ámbito social, detendrá un mayor atractivo erótico dentro del grupo en cuestión. Las características de aceptación social pasan por los rasgos de belleza física comunes para la sociedad en su conjunto, también se cuentan entre ellos la educación, estatus social, forma de vestir y todo aquello que pudiera incluirse en lo que define un estilo de vida y que se modifica a través del tiempo y las circunstancias.²²

La perspectiva sexológica propone que los requisitos para una sexualidad adecuada son:

- 1) que ocurra entre adultos con mutuo consentimiento,
- 2) en privado, y
- 3) que no lastime a terceras personas.

Detrás de toda actividad erótica se encuentran valoraciones sociales, “mitos” que deben ser revalorados en la adultez: el mito de lo “normal” como miedo de caer en lo desviado, o perverso. El dique de lo pecaminoso marca de una ideología, el del egoísmo que se opone a la generosidad y limita la capacidad para recibir placer. Se trata de estructuras que tornan rígidas y limitan una expresión erótica plena.

Si bien la sexualidad se halla anclada en la biología y biografía tempranas, es como toda conducta humana susceptible de ser influida por el aprendizaje, por ello debemos olvidar que deba considerársele con una “naturalidad” inexistente, más bien, es preciso asumir como adultos aquello que queremos, si así lo decidimos ponerlo en práctica, experimentarlo y derivar de todo ello las preferencias personales. Entonces, demarcar de nuevo lo permitido y lo prohibido, asumir con juicio crítico, conciencia y responsabilidad, y terminar por construir una identidad erótica de manera activa, una que no por fuerza se conforme de manera automática a los dictados biográficos o culturales. Quizá estos últimos deban ser reelaborados a fin de aceptar con compromiso aquellos que el individuo considere adecuados y rechazar los que no lo sean, aceptando las implicaciones personales y sociales que ello conlleve.

El erotismo adulto se manifiesta de diversas maneras, en la medida que impere la conciencia de los procesos implicados, crecen las probabilidades de que sea el ejercicio de decisión del sujeto lo que determine su sexualidad. En varios estudios se ha documentado

que las primeras elecciones de pareja están determinadas por los patrones paternos en función directa de cuán joven es la persona, pero a medida que la persona madura y aumentan sus experiencias de vida, se aleja cada vez más de una elección en la que incidan la referencia al modelo de las imágenes primarias y los patrones de vinculación con éstas en particular con la madre en el primer año de vida. Asimismo, las particularidades de la escena erótica que marca el placer personal se reconstruye en la medida que la persona es capaz de tomar conciencia de ello, de modo que cuando lo que se busca es una relación “espontánea”, a lo que se da pie es a la expresión de los determinantes inconscientes que gobernarán en mayor medida el erotismo del sujeto y, por ende, de la pareja.

Desde el punto de vista social, cabe diferenciar varios tipos de ejercicio erótico con su particular patrón de vinculación: es factible ejercerlo sólo en función del propio placer, utilizando al “otro” como mero objeto satisfactor sin que exista un vínculo mas allá del momento del encuentro erótico, mismo que resulta ser superficial y circunstancial, que ocurre por ejemplo, en los encuentros casuales. Otra manifestación es el patrón de vinculación presente en las relaciones del sexo comercial, el hostigamiento sexual así como en el uso de objetos y materiales de autogratificación.

El erotismo también puede ser recreativo, el tipo de vínculo que se observa en encuentros casuales, viajes, aventuras, en donde existe consideración para con la otra persona pero sólo en función de un interés común que, es darse placer uno al otro. Asimismo, el erotismo llega a ser una expresión de vinculación en una relación de afecto que incluye relaciones sexuales pero no implica amor ni compromiso de exclusividad sexual; tal conducta es común en individuos solteros jóvenes.

Por otra parte, el erotismo se presenta como una manifestación del amor-pasión que a menudo se observa en adultos jóvenes, en ocasiones justificando relaciones que, sin este ingrediente, no podrían ser comprendidas en su entorno social y, aunque no son abiertamente aceptadas en la normatividad social, son consideradas con cierta tolerancia debido a este ingrediente de “amor”. Por último, está el erotismo que acompaña al compromiso en una pareja que comparte un proyecto de vida en todas las áreas de su existencia y con el propósito de vivir juntos el resto de sus días, el ejemplo apunta a relaciones establecidas desde el punto de vista legal con un contrato civil de matrimonio o con los mismos propósitos pero sin este último.

Quien tiene una conciencia erótica como resultado de un adecuado desarrollo de la identidad, dedica tiempo a explorar, aprendiendo de sí mismo y de otros; busca experimentar, continúa jugando, expande su experiencia y conciencia de su vida erótica, es capaz de compartir, extrae los beneficios que el erotismo le proporciona, asume con precaución y responsabilidad los riesgos de la misma de manera realista, llegando a una vida con plenitud sexual. Tal como dice Alex Comfort, es semejante a un *gourmet* que aprende que el placer de la comida no es sólo comer, sino apreciar todo aquello que lo adereza.²³

PARAFILIAS / PERVERSIONES

Raúl Miranda Arce

Iván Arango de Montis

LAS PARAFILIAS

De entre las peculiaridades del vínculo sobresalen por sus características las que se establecen en aquellas relaciones estructuradas como parafilias. Estos cuadros sindrómicos de la psicopatología han recibido diferentes nombres a lo largo de la historia, han sido desde costumbres alrededor de cultos religiosos a diferentes dioses en las mitologías de culturas antiguas, para que después a través del deslinde religioso, fundamentalmente judeocristiano, se consideren como conductas permitidas dentro del margen de lo legal, característica que conservan hasta la fecha como parte de su estructura, el saber que se quebranta la normatividad y se sale ileso, como una fantasía inconsciente que aglutina una escena fantasmática inconsciente que está al servicio de la reescenificación de un trauma infantil con la esperanza de sobreponerse a las sobrecogedoras y traumatizantes emociones infantiles.

Freud²⁴ en sus tres ensayos al reflexionar sobre la homosexualidad, considerada dentro del grupo de las denominadas perversiones, descarta que dicha conducta sea consecuencia de una degeneración en particular del sistema nervioso, porque en ese entonces la pandemia de sífilis que causaba estragos en la población y era muy común. Padecimiento que causa la pérdida gradual del tejido nervioso cerebral, considerada como “degeneración” del mismo y los consecuentes cambios mentales y en la conducta del individuo. Asimismo descarta que se denomine desviación ya que desde entonces establece la existencia de la sexualidad infantil. Postulando que lo que se consideraba perversiones sexuales en su tiempo, hoy denominadas parafilias están originadas en la permanencia de la sexualidad infantil en las expresiones eróticas del adulto. Decía que la naturalidad de la sexualidad tal vez no lo sea tanto, ya que la liga entre el objeto de deseo de la sexualidad así como el modo de satisfacerla no eran tan rígidos como se pensaba, así las variaciones en cuanto a elección de objeto, como las diferentes modalidades de satisfacción que no fueran el coito con pareja heterosexual se consideraban perversiones. Se han denominado parafilias con un intento de modificar la estigmatización de las mismas ya que en el imaginario social, la consideración sobre lo que se considera aceptable en la sexualidad, también se ha modificado. Así, por ejemplo, Freud consignaba dentro de las perversiones la aplicación de la boca a los genitales como una práctica; ejemplo de perversión sexual ya que la mucosa oral no está predeterminada para el goce sexual. Hoy en día es una práctica erótica aceptada en la sociedad.

Desde este postulado Freudiano, así como de sus contemporáneos en Austria de 1900²⁵, hasta la fecha se han llevado a cabo muchos avances en el conocimiento de la psicogénesis de la conducta parafílica, que se utiliza con diferentes motivos: Para mantener la estabilidad de la estructura mental, como una forma de evacuación de afectos negativos, como un regulador de la ansiedad, como un restaurador de heridas narcisistas en la infancia, etc. No podemos establecer “un perfil” de la persona que presenta parafilias, pero si podemos hacer un estudio de caso y establecer la psicodinámica que determinó el establecimiento de la estructura parafílica en cada sujeto.

Socarides²⁶ establece que debe estudiarse la conducta parafílica, además de que sea condición para la satisfacción sexual, como tal cuando cumple el requisito de ser compulsiva, es decir que el sujeto requiere la repetición de la misma de forma cíclica, sin lo

cual el sujeto estaría enfrentado a consecuencias negativas que es lo que se propone evitar con la misma, como son: ansiedad, depresión, sentimientos de vacío, anhedonia, desesperanza, desesperación hasta sentimientos de desintegración mental o volverse loco, según el grado. Stoller²⁷ por su parte refiere que cuando es eficiente el mecanismo se adquiere una sensación omnipotente de haber sobrevivido una vez más a la escena infantil traumática, y por lo tanto desdeñan la sexualidad “normal” que la ven sin chiste, idealizando entonces la práctica sexual que conlleva la expresión sexual infantil inmodificada. Cuando se presentan en situaciones aisladas o bajo un contexto sociocultural permisivo y persuasivo las condiciones son desde luego distintas.

Desde luego las diferentes modalidades de satisfacción erótica han sido desde siempre motivo de curiosidad y asombro, desde el martillo de brujas, un tratado religioso que instruía acerca de cómo reconocer a una bruja y entre los muchos signos a recoger, era establecer la práctica de expresiones sexuales parafílicas, después en los tratados médicos, se realizaron descripciones detalladas por la clínica alemana y francesa como suerte de catálogos. Desde luego debemos mencionar que en otras latitudes e ideologías no sólo no se consideran conductas indeseables sino que existen tratados de enseñanza de la sexualidad que incluyen muchas de estas prácticas enseñadas en especial a los jóvenes de las clases pudientes con claras descripciones y profusa, y bellamente ilustrados, como se consigna en tratados como el Kamasutra, el diario de la princesa amarilla, en Anga Ranga. Algunos incluso elevados al rango de escritos religiosos, ya que al contrario de lo que ha ocurrido en la cultura occidental en donde se divorció la sexualidad del desarrollo espiritual en estas culturas, estaban estrechamente enlazados al punto que la práctica erótica en algún punto tenían el propósito de desarrollo espiritual.

Los síndromes clínicos relacionados con el trastorno del vínculo afectivo/amoroso son condiciones que llegan a ser motivo de solicitud de atención del individuo, ya sea por iniciativa propia o por la instrucción del Estado a través de los mecanismos de la ley. Las condiciones que hoy reciben el nombre de “parafilias” han sido llamada de otras formas en la historia, desviación sexual, degeneración sexual tal vez el término más conocido es el de “perversión”. Las propuestas teóricas para comprender la génesis de tales condiciones son diversas, sin embargo, en donde sí convergen es en el reconocimiento de que se trata de condiciones en las cuales la capacidad y naturaleza para establecer vínculos adquieren particularidades que condicionan las posibilidades de una persona para vincularse.

El término “parafilia” hace referencia a una condición que “ocurre en hombres y mujeres que responden de manera compulsiva y exclusiva a un estímulo poco usual y que, además, resulta inaceptable desde las perspectivas personal y social, pero que se genera o mantiene en la ideación o la imaginación como requisito indispensable para echar a andar la respuesta sexual, mantener la excitación y facilitar el alcance del orgasmo. La imaginación parafílica puede ejercerse en la masturbación por medio de la fantasía o en los encuentros sexuales con una pareja”.²⁸

Uno de los conductos sobre los cuales se explica la conformación de las parafilias tiene que ver con las vicisitudes del desarrollo psicosexual, que desde las propuestas psicoanalíticas suponen la “desviación de objeto”. Desde una perspectiva evolucionista, se ha planteado que cada individuo conforma lo que se denomina “mapa erótico, un patrón organizacional o templete en el cerebro donde se encuentran los estímulos codificados y de

manera idealizada que constituyen la vida sexo-erótica individual, ya sea normal o patológica”, es decir, la ruta única y particular de cada individuo en términos de los estímulos que resultan eficaces desde un punto de vista erótico —que pueden echar a andar y mantener la respuesta sexual en sus diferentes fases.²⁹

El planteamiento consiste en que, a pesar de que aún no se ha encontrado la evidencia neuroanatómica de los mapas eróticos, al hacer un análisis retrospectivo en la vida de las personas que padecen de alguna parafilia, la conformación de un mapa erótico parafilico resulta como secuela de una experiencia considerada en términos generales como no sexual, pero que es experimentada por el niño o la niña como algo que induce la excitación genital. Aunque, de manera paradójica, el castigo corporal puede afectar los genitales y sus sensaciones. En el caso de los niños, tal asociación quizá resulte evidente, por ejemplo cuando llegan a presentar una erección en situaciones de pánico. Una posible explicación a este fenómeno consiste en el traslape de la actividad autonómica del sistema nervioso central, mismo que modula la respuesta al dolor hacia las zonas y circuitos neurales que gobiernan la respuesta sexo-erótica.

A manera de una impronta neural, cualquier estímulo no sexual puede fijarse en la memoria como desencadenante de las fases de la respuesta sexual que, en términos neurofisiológicos, pueden ser entendidas como reflejos condicionables.

Es importante mencionar que la presencia de fantasías con contenido parafilico no conforman el diagnóstico, la clave radica en el carácter de exclusividad y de dependencia a la presencia del estímulo en cuestión, sin el cual no se desencadena la posibilidad de la respuesta sexual.

Desde el punto de vista teórico, a las parafilias también se les considera como trastornos del cortejo o del vínculo. La conducta sexual de la especie humana puede ser entendida como un fenómeno constituido por fases: proceptiva, aceptiva y conceptiva. En los trastornos parafilicos, lo que puede considerarse como patológico se encuentra en la fase proceptiva de la función sexo-erótica en la que el apego con los pares se ve interferido por la disociación entre la imaginaria, la ideación, el enamoramiento, el amor y el afecto, por una parte, y la imaginaria e ideación de la “lujuria carnal”, por la otra, disociación que no permite la convergencia de ambas representaciones cognitivo-afectivas en la misma persona.³⁰

Otra dimensión que intenta explicar la fenomenología de las parafilias tiene que ver con la “intención”, para Levine, las parafilias representan una manifestación patológica de la intención, entendiendo a esta última en su dimensión sexual como lo que cada individuo desea hacer (o que le hagan) en relación con el comportamiento sexual. Cuando se habla de la identidad sexual a menudo se alude a un tercer componente: la intención. La fenomenología de la “intención” tiene por lo menos dos vertientes, a saber, las “intenciones eróticas” que incluyen a las representaciones mentales, fantasías, imágenes, ideas y guiones que generan excitación sexual intensa; además, están las “intenciones sexuales” que hacen referencia a las conductas propiamente dichas, es decir, lo que el individuo hace consigo mismo o con otros para excitarse.³¹

La identidad sexual se desarrolla desde la experiencia privada, la cual resulta de la permanente autoobservación de:

- 1) los aspectos eróticos y conductuales de la identidad, orientación e intención sexual,
- 2) la forma en que el individuo nombra cada uno de dichos componentes, y
- 3) el significado que el individuo asigna a cada una de tales categorías.

Las intenciones “normales” o “más comunes” por lo general incluyen el deseo de colaborar con una pareja para crear placer, mismo que por lo general está orientado al orgasmo y a prácticas aceptadas por el otro miembro de la pareja. Las intenciones “anormales” o “menos comunes” que se observan en el despliegue parafílico suelen implicar agresión, victimización y una fuerte tendencia al individualismo, conductas que son muy poco negociables debido a su particular naturaleza idiosincrásica y bizarra.

Con base en lo anterior se sugiere entonces que las parafilias representan anormalidades específicas de la intención. Los problemas relacionados con la identidad o la orientación no son considerados como parafilias, las conductas parafílicas se observan en personas con identidades genéricas convencionales y no convencionales y en personas con todo tipo de orientación sexual. Una varón que vive como mujer y que necesita ser golpeado para excitarse, ejerce una conducta parafílica en virtud de la expresión masoquista, no de su adaptación genérica; un violador con conductas biastofílicas ejerce una conducta parafílica porque sus intenciones implican la humillación, agresión y destrucción, su orientación heterosexual resulta irrelevante para el diagnóstico.

En términos etiológicos, como muchos otros trastornos de la conducta, los trastornos parafílicos han de ser entendidos como fenómenos multifactoriales. En términos generales hay tres tipos de procesos asociados con la conducta parafílica:

- 1. Anormalidades cerebrales.** La posible relación entre la conducta parafílica y las lesiones o anormalidades cerebrales, puede establecerse en función de si la conducta sexual alterada es un resultado directo de la organización neural anormal o bien si la alteración neural coloca a la persona en desventaja social y le facilita la intención anormal. Una tercera asociación entre lesiones cerebrales y conducta parafílica se establece cuando la alteración cerebral afecta el juicio social o disminuye la inhibición de conductas antisociales. De ahí que se ha podido documentar la frecuente comorbilidad entre parafilia y epilepsia, infartos corticales múltiples, demencia de tipo Alzheimer, trastorno por déficit de atención, retraso mental y trastorno poscontusional.
- 2. Adversidades psicológicas mayores.** No es raro encontrar en la historia de vida de los individuos con trastornos parafílicos antecedentes de abandono de las figuras parentales, abuso físico, emocional o sexual recurrente, exposición a violencia intrafamiliar o adicción crónica a sustancias. Hasta la fecha, lo que los estudios demuestran son asociaciones, la determinación del peso específico de cada variable como elemento unicausal o multicausal no se ha establecido por completo.
- 3. Desarrollo idiosincrásico.** En referencia con las hipótesis psicodinámicas de las parafilias, se ha planteado que este tipo de conducta representa mecanismos de defensa frente a eventos disfóricos o a demandas vitales amenazantes. El desarrollo psicosexual idiosincrásico común de los individuos parafílicos comparte la negación de las diferencias sexuales, miedo a los genitales femeninos, angustia de castración y hacia el acto parafílico, que de manera simbólica preserva la identidad del individuo.

Las parafilias que se encuentran tipificadas o incluidas dentro de las clasificaciones de los trastornos psiquiátricos (*Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* [DSMIV-TR]) son las siguientes:³²

- **Exhibicionismo.** Exposición genital.
- **Fetichismo.** El uso de objetos inanimados para la generación y respuesta sexual y alcance del orgasmo.
- **Frotteurismo.** Tocamiento o refriegue con una persona que no otorga su consentimiento.
- **Pedofilia.** Conducta sexual con niños, prepúberes y púberes.
- **Masochismo sexual.** El requerimiento de ser humillado o golpeado durante la experiencia sexual.
- **Sadismo sexual.** La necesidad de causar dolor durante el encuentro sexual.
- **Fetichismo travestista.** El requerimiento del uso de ropa del sexo opuesto para lograr la excitación.
- **Voyeurismo.** La observación clandestina de otras personas que están teniendo actividad sexual o que se encuentran desnudas.
- **Parafilia no especificada.** Incluye una infinidad de conductas requeridas para generar excitación y el orgasmo.

En términos generales, todas estas expresiones de la conducta parafílica comparten el criterio de tiempo, que especifica que el trastorno o condición ha de presentarse por lo menos durante un periodo de seis meses, en el cual se encuentran fantasías sexuales recurrentes y muy excitantes para el individuo, impulsos sexuales o comportamientos que implican el requerimiento de un estímulo específico (exposición de genitales, el uso de objetos inanimados, el tocamiento o rozamiento, la actividad sexual con niños o prepúberes, el hecho real o simulado de ser humillado o golpeado, la humillación o el procurar sufrimiento, el acto de travestirse o la práctica voyeurista) y que, además, tal comportamiento provoque un malestar significativo desde el punto de vista clínico, así como deterioro social, laboral o en otras áreas importantes de la actividad del individuo.

TRATAMIENTO

Independientemente de la gravedad del trastorno parafílico, se requiere de tratamiento psicoterapéutico (en la actualidad la mayoría de los abordajes psicoterapéuticos consisten en aproximaciones cognitivo-conductuales) y programas de prevención de recurrencias.³³ En función de la gravedad del caso, se agregan de modo gradual maniobras farmacológicas al tratamiento, mismas que comprenden:

- a) La adición de inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS).
- b) Si el tratamiento no resulta efectivo en 4 a 6 semanas, una opción es añadir un antiandrógeno a dosis pequeñas. Una aproximación típica consiste en el uso de 200 mg/día de sertralina con 50 mg de acetato de medroxiprogesterona (MPA) o 50 mg de

acetato de ciproterona (CPA).

- c) Si el problema persiste, se puede utilizar tratamiento oral de supresión androgénica total con 50 a 300 mg/día de MPA o 50 a 300 mg/día de CPA.
- d) Cuando se observa un de apego oral inadecuado, el clínico puede recurrir al uso de supresión androgénica intramuscular: 300 mg de MPA cada semana con 200 mg IM de CPA cada dos semanas.
- e) Si hay persistencia, se implementa la supresión total androgénica así como del deseo sexual mediante administrar de 200 a 400 mg IM de CPA cada semana o agonistas de la hormona liberadora de hormona luteinizante (LHRH).

El tratamiento de los trastornos parafilicos supone la convergencia de estrategias médico-legales que especifican lineamientos legales y posibilidades de tratamiento.

CLASIFICACIÓN DE LAS PARAFILIAS

Rubén Hernández Serrano

INTRODUCCIÓN

Las parafilias han cautivado el conocimiento científico desde tiempos ancestrales. A Richard von Krafft Ebing (1840-1902) se le debe el primer enfoque de clasificación y la aproximación al estudio fenomenológico que aun en nuestros días caracterizan el estudio de las mismas. *Psychopathias sexualis* es todavía un libro de consulta para quien se inicie en el estudio de este fascinante campo de estudio.

Moll, Freud, Hirschfeld, Bloch (creador del término “sexología”) y Havelock Ellis hicieron también importantes contribuciones. De manera más reciente, Kinsey, Money, Coleman, Brenda Love, Flores Colombino y Hernández-Serrano, además de las clasificaciones del DSM-IV y la *Clasificación internacional de las enfermedades mentales*, décima revisión (CIEM-10) han establecido algunos parámetros objetivos para la adecuada clasificación de las parafilias.

En contraste, el cine se ha encargado de transmitir estereotipos y crear actitudes incompatibles con la verdad científica; es larga la lista de iconos en el área, el cuadro 7-1 presenta algunos de ellos.

Cuadro 7-1. Algunas producciones fílmicas que han tergiversado la realidad de las parafilias	
• La historia de O • Quills • La Venus de las pieles • Portero de media noche • Calígula • 9 semanas y $\frac{1}{2}$ • Las edades de Lulú • Ojos bien cerrados • Sexo, mentiras y video	• Los muchachos no lloran • Relaciones peligrosas • El inquilino • Emanuelle • Asesinos por naturaleza • El silencio de los inocentes • El imperio de los sentidos • Todo sobre mi madre • Belleza americana

El concepto de desviación sexual, fue entendido como aquel comportamiento sexual

regresivo que sustituye con predilección y a veces en forma exclusiva las condiciones del orgasmo o las conductas relacionadas con el mismo en una relación sexual normal. Este término ha sido sustituido hoy por el de “parafilia”, establecido por Money, el cual indica que son formas anómalas o patológicas de satisfacer la conducta sexual instintiva y que incluyen patrones de conducta sexual en los que la fuente predominante de gratificación es diferente a la relación heterosexual clásica.

Coleman, en su trabajo sobre conductas sexuales compulsivas, las diferencia en: 1) parafilicas, definidas como conductas sexuales no convencionales y en donde no existe el amor o la intimidad. 2) no parafilicas, aquellas que involucran conductas sexuales convencionales y consideradas normales, las cuales no son controladas por la voluntad individual, de modo que producen un marcado estado de ansiedad.

Para el autor de esta sección y su equipo, la definición de parafilia alude a aquellas conductas sexuales cuyo estímulo sexual que las origina no está aceptado en el contexto socio-cultural del individuo y que producen un estado de temor, ansiedad y búsqueda, el cual por lo general no produce un estado de satisfacción pleno. Tal situación conduce a nuevas y muy variadas formas de intentar alcanzar esa satisfacción. Las parafilias poseen ciertas características comunes:

- 1) Son de carácter sexual.
- 2) Representan alteraciones de la norma, lo cual implica el deseo sexual con objetos o en actividades inusuales, no acordes con el contexto social donde se desenvuelve la persona.
- 3) Son de carácter impulsivo.
- 4) Resultan repetitivas, es decir, tienden a regresar una y otra vez, con frecuencia variable particular para cada persona.
- 5) Tienen un carácter estereotipado. La parafilia tiene la particularidad de que por lo general es la misma y se presenta o tiende a realizarse de la misma manera, con lo cual se constituye en un ritual característico.
- 6) Quizá sea única o se presenten varias en un mismo individuo.

El DSM-IV-TR, la clasificación más actualizada de los trastornos mentales de la *American Psychiatric Association*, define y especifica los criterios diagnósticos para las parafilias más frecuentes, mismas que se muestran en el cuadro 7-2. También la CIEM-10 incluye a las parafilias dentro de los trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto, en un parte codificado como F65 y las cataloga como trastornos de las inclinaciones sexuales.

Cuadro 7-2. Clasificación de las parafilias según el CIEM-10
Trastornos de la inclinación sexual Fetichismo Transvestismo fetichista Exhibicionismo Escoptofilia / voyeurismo Paidofilia Sadomasoquismo Trastornos múltiples de la inclinación sexual Otros trastornos de la inclinación sexual Trastorno de la inclinación sexual sin especificación

Es de notar que las clasificaciones mostradas en los cuadros están muy limitadas, pues el panorama cada vez se hace más extenso y estos códigos pudieran incluir a muchas de las entidades clínicas que Money describió en 1981, de las cuales podría producirse una ramificación muy extensa y que, de manera muy simplificada, implican las listadas a continuación:

Apotemofilia	Placer sexual con amputados.
Asesinato lujurioso	Muerte de una o más personas en medio de una orgía sexual.
Cleptomanía	Placer sexual al robar o hurtar objetos.
Coprofilia	Placer sexual con heces o excrementos.
Escatología telefónica	Placer sexual al escuchar conversación erótica por teléfono.
Escoptofilia	Placer sexual observando a otros mediante telescopios, cámaras de vídeo o fotográficas, etc.
Estrangulación erótica	Placer sexual al estar entre la vida y la muerte.
Exhibicionismo	Exposición de genitales a personas extrañas.
Fetichismo	Utilización de objetos específicos que producen excitación sexual.
Froteurismo	Toque o roce con una persona que no consiente en ello.
Gerontofilia	Placer sexual con personas de edad avanzada.
Ginecomimetismo	Placer sexual al transformar la apariencia de un sexo a otro.
Incesto	Actividad sexual con personas con primer grado de consanguinidad.
Klismafilia	Placer sexual con enemas u objetos por vía anal.
Masoquismo	Placer sexual derivado de recibir humillación, maltrato físico o verbal o traumatismos que producen dolor o sufrimiento.
Masturbación compulsiva	Autoerotismo impulsivo no controlable que altera la vida rutinaria normal.
Misofilia	Placer sexual en medio de la suciedad.
Narratofilia	Placer sexual al recibir o emitir un mensaje erótico verbal.
Necrofilia	Placer sexual con objetos inanimados o muertos
Ondinismo	Placer sexual en medio del agua (playa, bañera, jacuzzi, piscinas)
Pedofilia	Placer sexual con niños
Pictofilia	Placer sexual con obras de arte, especialmente pinturas
Sadismo	Satisfacción sexual que produce el acto de hacer sufrir
Troilismo	Actividad sexual entre tres personas
Urofilia	Placer sexual derivado de la orina o del proceso de la micción
Violación	Actividad sexual sin consentimiento y de carácter violento que implica utilizar a otra persona para gratificarse sexualmente
Voyeurismo	Placer sexual al observar personas en actividades eróticas
Zoofilia	Placer sexual con animales

*Algunas entidades clínicas descritas por Money que carecen de clasificación.

Más tarde, Brenda Love, en el XI Congreso Mundial de Sexología, Río de Janeiro, presentó un trabajo sobre 400 tipos de conducta sexuales inusuales. La experiencia del autor de esta sección en el Instituto de Medicina Legal de Caracas ha permitido la observación directa de muchos de estos casos clínicos. La mayoría de estos pacientes fueron remitidos por los tribunales de justicia y organismos policiales debido a que presentaban problemas de orden médico-legales, lo cual amerita la realización de una evaluación psiquiátrica forense.

Desde 1974 se inició en Venezuela la grabación en vídeo de estos casos, lo cual ha constituido una herramienta fundamental en la docencia universitaria, tanto en los pregrados como en los posgrados en las escuelas de medicina y en las de ciencias jurídicas y criminalísticas.

PROBLEMÁTICA MÉDICO-LEGAL

La problemática médico-legal en este campo se puede concretar en los siguientes cinco aspectos:

- 1) Comprobación de la alteración como entidad patológica en los casos en que sea preciso el diagnóstico. Diagnóstico diferencial entre la patología presente y cualquier enfermedad que determine anomalías en el comportamiento sexual por vía sintomática (p. ej., exhibicionismo y parálisis general progresiva o retardo mental) u otras patologías orgánicas. Hoy, los avances en imagenología permiten corroborar la clínica en un muy elevado porcentaje.
- 2) Determinación de nexos de causalidad entre la afección y las formas de conducta objeto de averiguaciones. Esto aplica de manera especial en la comisión de delitos sexuales y sobre todo en los atentados contra el pudor *strictus sensu* y de *ultra ius* público al pudor.
- 3) Comprobación de la naturaleza de las lesiones y efectos en las formas de desviación que supone actitudes agresivas (p. ej., sadismo).
- 4) Relaciones de la parafilia con la disfunción eréctil prematrimonial (absoluta y permanente) que pueda dar lugar a la anulación del matrimonio.
- 5) Tipificación de las alteraciones como causales de divorcio (excesos, sevicia o injuria grave que hagan imposible la vida en común).

Cuando han tenido lugar hechos constitutivos de un delito de escándalo público, se requiere de una intervención del médico legista, con la cual se pretende, de manera fundamental, aclarar los extremos que se mencionan a continuación.

Demostración de la realidad de conductas tipificadas o no como delitos

Sólo es posible demostrar el primer extremo en algunos casos concretos, como actos

pedofilicos, violencia sádica o masoquista, ayuntamientos bestiales y otros. Es necesario el examen tanto del autor como de la víctima, extendiéndolo a investigaciones especiales, como la demostración de esperma en la cavidad anal, al igual que sobre el vestido o en el local donde se realizó el acto, búsqueda y estudio de apéndices pilosos de los genitales en el autor y sobre la víctima o en sus ropas interiores, presencia de restos de materias fecales sobre los genitales del autor de un acto pederástico y así por el estilo.

Estado mental del inculpado

Cuando se trata de verdaderos enfermos mentales en quienes la desviación del instinto sexual es una expresión sintomática de su trastorno general, por ejemplo, en retraso mental, parálisis general, demencias orgánicas, epilepsias y otros, el médico debe pronunciarse por la no imputabilidad y proponer su ingreso en un establecimiento adecuado. En efecto, dada las características de su psiquismo, falta en estos individuos la conciencia del alcance del acto que realizan y, por lo mismo, son incapaces de inhibir el impulso patológico que los empuja a cometerlo.

En cambio, frente a las acciones sexuales de los psicópatas, la postura del perito médico debe ser diferente. En estos sujetos la inteligencia por lo general, está conservada, no hay deformación alguna del componente pensante de su psiquismo, conocen perfectamente el alcance de lo que hacen y las consecuencias que de ello se derivan. Su voluntad no se halla alterada, por tanto, si se esfuerza puede dominar sus impulsos, si no lo hace es porque le resulta tan agradable y le produce tanto placer, que el esfuerzo necesario para dejar de hacerlo no compensa la intensidad del deseo. Tales características de los psicópatas justifican una plena imputabilidad.

Los mismos argumentos aplican a los individuos neuróticos, bajo las formas de obsesiones y compulsiones, pues se consideraba que la mayor parte de los delincuentes sexuales presentaban estos diagnósticos. Los puntos de vista actuales son contradictorios, ya que la moderna psiquiatría forense se orienta más al tratamiento y a decidir de qué forma la sociedad puede resolver mejor cada caso en particular. En Venezuela no existen instituciones especializadas para el tratamiento de personas que hayan cometido delitos sexuales producto de una o más parafilias, lo cual es relativamente frecuente.

Comprobación del estado patológico en el inculpado

Aunque es una eventualidad rara en la práctica, si se alega algún estado patológico del inculpado como justificación para la comisión de actos con carácter de escándalo público, se hace preciso el reconocimiento médico para comprobar dicha situación, con lo que se haría patente la falta de voluntariedad y quedaría sin base la existencia de un delito en caso que se detecte esa patología.

Describir las modalidades terapéuticas que el caso específico señale

Hacer esto tiene un altísimo valor, dados los avances de la terapéutica en sexología médicolegal. Algunos países, en particular Dinamarca, Inglaterra y Canadá, han desarrollado programas complejos de tratamiento que implican diversos esquemas o modalidades.

A fin de clasificar las parafilias es necesario seguir una metodología que en los actuales momentos sólo alcanza a ser descriptiva y fenomenológica. Buscar la etiología de las mismas implicaría realizar varios proyectos de investigación a futuro, lo que establecería algunos parámetros para identificar experiencias traumáticas previas, fenómenos de troquelamiento (*imprinting*), estructura familiar, inicio sexual, relación con la información y educación sexual, aprendizaje, reforzamiento, y muchos otros factores que inciden en su aparición.

Al hacer una síntesis del trabajo de Love, Francouer y la experiencia del autor de esta sección, cabe señalar las siguientes entidades clínicas o conductas sexuales inusuales que, de cumplir criterios diagnósticos específicos, podrían originar una Clasificación de las parafilias, que en un principio sería fenomenológica para luego avanzar a criterios más precisos de carácter etiológico. Esta propuesta se muestra en el cuadro 7-3.

Cuadro 7-3. Clasificación de las parafilias propuesta por Hernández Serrano		
Nombre	Grupo	Descripción Parafilias
Abasiofilia	Amputados	Excitación sexual sólo se produce cuando la pareja es coja.
Acomoclitismo	Atracciones	Excitación por los genitales depilados.
Acrofilia	Preferencias por personas	Personas que se excitan sólo cuando sus parejas son muy altas.
Acrotomofilia	Amputados	Fetichismo por los miembros amputados.
Actirastia		Excitación sexual proveniente de la exposición a los rayos del sol.
Acuculofilia	Partes del cuerpo	Excitación sexual por los penes circuncidados.
Agonophilia	Prácticas sexuales	Excitación proveniente de una lucha con la pareja.
Agrexofilia	Exhibicionismo	Excitación producida por el hecho de que la actividad sexual sea oída por otras personas.
Albutofilia	Fantasías	Excitación pensando en baños y duchas calientes.
Algofilia	Masoquismo	Excitación producida por el dolor (Se diferencia del masoquismo por la ausencia del componente erótico).
Agorafilia	Exhibicionismo	Atracción por la actividad sexual o el exhibicionismo en lugares públicos.
Alopelia	Voyerismo	Experimentar un orgasmo sólo viendo a otros teniendo una relación sexual.
Alorgasmia	Fantasías	Excitación proveniente de fantasear durante el acto sexual con otra persona que no sea la pareja.
Alveofilia	Prácticas sexuales	Atracción por tener relaciones sexuales en una bañera.
Alvinolagnia	Partes del cuerpo	Atracción sexual sólo por los estómagos.
Amaurofilia	Preferencias por personas	Pasión por las parejas ciegas o con los ojos vendados.
Amelotasis	Amputados	Atracción sexual hacia personas con ausencia de algún miembro.
Amiquesis		Excitación sexual al rascar a la pareja durante el acto sexual.
Amokoscisia	Sadismo	Excitación por el deseo de castigar a la pareja sexual.
Amomaxia	Exhibicionismo	Excitación sólo al realizar una relación sexual dentro de un automóvil estacionado.
Anastimafilia	Preferencias por personas	Personas a las que les excita el sobrepeso de los demás.
Androginofilia	Preferencias por personas	Atracción sexual por personas andróginas.
Androidismo	Fetichismos	Excitación con muñecos o robots con aspecto humano.

Andromimetofilia	Atracciones	Atracción sólo por las mujeres vestidas de hombres. Una mujer representa y se comporta sexualmente como hombre y el hombre adopta el rol de la mujer. En la penetración anal el sujeto pasivo será el hombre y la activa la mujer. (Andromimetofilia y Ginemimetofilia)
Anisonogamia	Preferencias por personas	Atracción por una pareja sexual mucho más joven o mucho mayor.
Anofelorastia	Prácticas morbosas	Excitación al profanar objetos considerados sagrados.
Antolagnia	Excitaciones olfativas	Excitación por oler flores.
Apotemnofilia	Masochismo	Excitación por la idea de ser amputado.
Aracnofilia	Bestialismo	Juego sexual con arañas.
Astenolagnia		Atracción por la humildad, la humillación o la debilidad sexual ajena.
Asfixiofilia (estrangulación erótica)	Sadismo	El estímulo es estrangular, asfixiar o ahogar a la pareja durante el acto sexual, con su consentimiento y sin llegar a matarla.
Audiolagnia	Prácticas orales	El estímulo principal proviene de la audición.
Autagonistofilia	Exhibicionismo	Estímulo es ser visto por otras personas durante el acto sexual.
Autoabasiofilia	Amputados	El estímulo es estar o volverse cojo.
Autoasasinofilia	Fantasías	Fantasía masoquista de ser asesinado.
Autoasfixiofilia	Masochismo	El estímulo es ser asfixiado durante el acto sexual.
Automisofilia		Atracción por ser ensuciado o corrompido.
Autonepiofilia		El estímulo es utilizar pañales y ser tratado como un bebé.
Autopedierastia		Encontrar sólo placer introduciendo el pene en su propio ano.
Autoungulafilia		Conseguir placer rascándose sus propios genitales.
Avisodomía	Bestialismo	Relación sexual con aves.
Axilismo	Masturbación	Masturbación dentro de la axila de la pareja
Balloning		Placer sexual que se obtiene sólo al ver mujeres hinchando globos, explotándolos, montándolos, estirándolos y jugando con ellos.
Barosmia	Excitaciones olfativas	Excitación por el olfato.
Basoexia	Excitaciones	Excitación sólo producida por los besos.
Belonefilia	Sadismo	Excitación producida por el uso de agujas.
Biastofilia	Dominación	Aquellos que sólo se excitan sexualmente cuando asaltan a alguien contra su voluntad.
Blastolagnia	Preferencias por personas	Persona atraída por mujeres muy jóvenes.
Bukkake	Prácticas sexuales	Excitación sexual sólo cuando le eyaculan encima.
Candalagnia o candaulismo	Voyerismo	Ver a la pareja copulando con otra o candaulismo persona.
Capnolagnia o capnogalia		Excitación sexual producida por ver la manera en que la otra persona fuma.
Catafílico	Dominación	La excitación sexual se produce sólo cuando el hombre se somete a su pareja.
Cateterofilia	Fetichismos	Excitación sexual con el uso de algún tipo de catéter.
Chezolagnia		Sólo logra excitarse al masturbarse durante la defecación.
Choreofilia		Excitación sexual al bailar.
Cinofilia	Bestialismo	Excitación al tener relaciones sexuales con perros.
Ciprieunia	Prácticas sexuales	Excitación sólo con prostitutas.
Clastomanía		Obsesión por romperle a la pareja la ropa que lleve puesta.
Clismafilia		Placer sexual obtenido al inyectar líquido en la cavidad anal, esta práctica incluye el uso de enemas.

Coitolalia	Prácticas orales	Excitación producida al hablar durante el acto sexual.
Consuerofilia	Masoquismo	Coserse zonas de la piel con aguja e hilo para obtener placer sexual.
Coprofemia	Prácticas orales	Placer sexual proveniente de decir obscenidades en público.
Coprofilia (coprolagnia)		El uso de excremento en la práctica sexual (ya sea observando cómo defeca otra persona o untándose excremento sobre el cuerpo).
Coprolalia	Prácticas orales	Estimulación sexual mediante el uso de malas palabras.
Corefalismo		Excitación sexual sólo practicando sexo anal con niñas.
Coreofilia		Excitación a través del baile erótico.
Cratolagnia		Excitación provocada por la fuerza de la pareja.
Crematistofilia	Prácticas	Excitación producida al pagar por sexo
Criptoscopofilia	Voyerismo	Excitación al contemplar la conducta (no necesariamente sexual) de otras personas en la privacidad de su hogar.
Crurofilia	Partes del cuerpo	Atracción sexual por las piernas.
Cronofilia	Preferencias por personas	Atracción de personas jóvenes por personas de más edad.
Cyesolagnia	Preferencias	Excitación sexual sólo con embarazadas.
Dacryfilia o dacrilagnia		Excitación sexual por ver lágrimas en los ojos de la pareja.
Dendrofilia		Cuando la excitación sólo se produce al frotarse contra los árboles.
Dipoldismo	Sadismo	Excitarse propinando golpes en las nalgas a niños.
Dysmorfofilia	Preferencias por personas	Atracción hacia personas deformadas (mastectomizadas, jorobadas, etc..).
Dogging	Exhibicionismo	Excitación sexual al ser observados practicando sexo en un lugar público, o bien mirar a otros mientras lo hacen. Suele hacerse en coches y aparcamientos
Dorafilia		Excitación sexual al tocar pieles animales, sintéticas o de cualquier otro tipo.
Ecdemolagnia		Excitación proveniente de viajar o estar lejos del hogar.
Ecdiosis	Exhibicionismo	La excitación sólo se produce al desnudarse ante desconocidos.
Efebofilia	Preferencias por personas	La atracción sexual de una persona madura hacia un adolescente varón entre 13 a 18 años.
Elefilia	Fetichismos	Obsesión sexual por los tejidos.
Electrofilia (electrocutofilia)	Sadismo	La excitación sólo se produce al usar suaves choques eléctricos durante la práctica sexual.
Emetofilia		Excitación sexual proveniente del acto de vomitar.
Enditofilia (endytophilia o enditolagnia)	Fetichismos	La excitación sólo se produce al ver a la pareja vestida.
Erotofonofilia	Prácticas orales	Excitación al realizar llamadas telefónicas utilizando lenguaje erótico.
Erotolalia	Prácticas orales	Estimularse sexualmente solamente hablando acerca de sexo.
Escopofilia (escoptolagnia o mixoscopía)	Voyeurismo	Excitación al mirar abiertamente a otras personas en el acto sexual (no subrepticamente como el voyeurismo).
Espectrofilia	Juegos sexuales	Excitación producida por la imagen en el espejo.
Estigmatofilia	Fetichismos	Excitación ante tatuajes agujereamientos (pírcing) sacrificios o cicatrices.
Exofilia o neofilia	Juegos sexuales	Excitación sexual ante lo inusual o bizarro.
Falofilia	Partes del cuerpo	Atracción por los penes grandes.
Flatofilia	Excitaciones olfativas	Excitación proveniente del olor de los gases intestinales propios o de la pareja.

Fisting	Prácticas sexuales	Práctica sexual consistente en la introducción parcial o total de la mano en el ano o la vagina de la pareja.
Formicofilia	Bestialismo	Excitación sexual al reptar de insectos o animales pequeños (hormigas caracoles gusanos etc.) sobre los genitales.
Fratrilagnia		Atracción por las relaciones sexuales incestuosas. Excitación al imaginar el sexo con su hermano.
Frotismo (froteurismo)		La persona o btiene placer sexual únicamente refregando sus genitales contra personas desconocidas.
Fúrtling		Excitarse metiendo un dedo a través de un agujero cortado en la zona genital de una foto o dibujo.
Gerontofilia	Preferencias por personas	Atracción sexual de una persona joven por un hombre de edad mucho mayor. La atracción de jóvenes por mujeres maduras se llama graofilia y la atracción tanto por ancianas como por ancianos se llama cronofilia.
Gimnofilia nudomanía	Excitaciones	Excitación por la desnudez.
Ginemimetofilia	Fetichismos	La excitación sólo se producirá si la pareja es un travesti.
Gomfipotismo	Partes del cuerpo	Excitación provocada por los dientes.
Grafolagnia iconolagnia pictofilia		El estímulo se produce sólo ante fotos o cuadros eróticos.
Gregomulcia		Excitación por ser manoseado por una persona desconocida en una multitud.
Harpaxofilia		Experimentar placer al ser robado.
Hebefilia	Preferencias por personas	Atracción por niñas púberes.
Hemotigolagnia	Fetichismos	Atracción sexual por los tampones usados.
Hibristofilia	Fantasías	Excitación sexual al fantasear con tener relaciones con un violador.
Hierofilia	Fetichismos	Atracción sexual por las cruces.
Hifefilia		La excitación dependerá de la posesión de algún objeto ajeno, ropa, cabellos, piel, etc.
Higrofilia		Excitación producida por cualquier tipo de fluido corporal.
Hipnofilia		Excitación al contemplar personas dormidas.
Hirsutofilia	Partes del cuerpo	Atracción por el vello.
Homiliofilia		Excitación sexual producida por predicar una religión a una persona sencilla y fácil de convencer de cualquier cosa.
Latronudia		Excitación por desnudarse ante el médico, generalmente fingiendo una dolencia.
Jactitafilia	Prácticas orales	Excitación producida por el relato de las propias hazañas sexuales.
Knismolagnia		Excitación sexual producida por las cosquillas.
Lactafilia	Partes del cuerpo	Excitación por los pechos en periodo de amantamiento.
Lectolagnia	Prácticas orales	La única excitación proviene de la lectura de textos de contenido erótico.
Lygofilia	Preferencias	El deseo de estar en lugares oscuros o lúgubres.
Lluvia dorada ducha dorada, urofilia, ondinismo		La única excitación proviene de orinar o ser orinado por la pareja
Macrofilia	Preferencias por personas	El único estímulo son las personas grandes o rollizas.
Maieusiofilia	Preferencias por personas	Atracción por mujeres embarazadas.
Masoquismo (duololagnia)	Masoquismo	Placer ligado a la propia humillación o sufrimiento físico (cachetadas, latigazos, pellizcos) o moral (humillación). Se diferencia de la algomanía por la presencia del componente erótico.

Matronolagnia	Preferencias por personas	Excitación sexual provocada sólo por mujeres mucho más mayores.
Melolagnia		Excitación sexual provocada por la música (no necesariamente tiene que ser eróticas).
Menstruofilia o menofilia		Atracción sexual por una mujer menstruando.
Merintofilia	Masoquismo	Excitación sexual provocada por estar atado.
Microfilia	Preferencias por personas	Atracción sexual por las personas pequeñas o enanas.
Microgenitalismo	Partes del cuerpo	Excitación por los penes pequeños.
Misofilia	Fetichismos	Atracción sexual por la ropa sucia
Morfofilia	Preferencias por personas	Fijación sexual en personas con ciertas características físicas (sólo rubios sólo gordas etc.)
Moriafilia	Prácticas orales	Excitación provocada por chistes sexuales.
Nafefilia		Excitación por tocar o ser tocado.
Ipsofilia		Excitación sólo por uno mismo. No es lo mismo que masturbación donde el objeto sexual puede ser una persona presente una fotografía o una fantasía.
Narratofilia	Prácticas orales	Excitación sexual sólo al escuchar narraciones eróticas.
Necrofilia		Atracción sexual por los cadáveres.
Nepirastia		Excitación proveniente de tener alzado a un bebé.
Ninfofilia	Preferencias por personas	Atracción sexual de un adulto por una adolescente.
Nosolagnia		Excitación proveniente de saber que la pareja tiene una enfermedad terminal.
Oclofilia (ochlofilia)	Exhibicionismo	La excitación ante una multitud de personas reunidas.
Odaxelagnia		Excitación al morder o ser mordido por la pareja.
Odofilia		Excitación producida por los viajes.
Ofidiofilia	Bestialismo	Excitación provocada por serpientes.
Omolagnia	Excitaciones	Excitación provocada por la desnudez.
Olfactofilia	Excitaciones olfativas	Excitación debida al olor de la transpiración, especialmente de los genitales.
Ozolagnia	Excitaciones olfativas	Excitación sexual por olores fuertes.
Partenofilia	Preferencias por personas	Atracción sexual por las vírgenes.
Pediofilia	Fetichismos	Atracción sexual por las muñecas.
Pedofilia	Preferencias por personas	Atracción hacia los menores.
Picacismo		Excitación sexual al introducir alimentos en alguna de las cavidades del cuerpo con el fin de que la pareja los recupere con la boca.
Pigmalionismo, agalmatofilia, galateísmo o monumentofilia	Fetichismos	Atracción sexual por estatuas o maniqués desnudos.
Pigofilia	Excitaciones	Excitación por el contacto con las nalgas.
Pigotripsis	Excitaciones	Excitación por rozar o masajear las nalgas.
Podofilia o podolatria	Fetichismo	Excitación por pies humanos, es uno de los fetichismos mas comunes en los varones (la excitación se produce al acariciar, besar, chupar, lamer, oler, tocar y/o ver los pies de otra persona)
Polyiterofilia		Personas que necesitan tener una serie de parejas sexuales consecutivas antes de conseguir el orgasmo.
Psicrofilia	Excitaciones	Excitación debida al frío o a ver a personas con frío.

Pubefilia ginelofilia	o Partes del cuerpo	Excitación producida al contemplar vello pubiano.
Pungofilia	Masoquismo	Necesidad de ser pinchado con el fin de obtener placer sexual.
Quinunolagnia		Excitación sexual por ponerse en situaciones de peligro.
Rabdoofilia	Masoquismo	Excitación al ser flagelado.
Renifleurismo	Excitaciones olfativas	Excitación debida al olor de la orina.
Retifismo	Fetichismos	Fetichismo por los zapatos.
Sadismo	Sadismo	Experimentar placer erótico al provocar dolor físico o humillación en la pareja. Se diferencia de la algolagnia por la presencia del componente erótico.
Salirofilia		Excitación al ingerir la saliva de la pareja.
Saliromanía		Ensuciar o dañar la ropa de la pareja.
Somnofilia	Prácticas sexuales	Acariciar y realizar sexo oral a una persona dormida hasta despertarla.
Sudorofilia	Excitaciones	Atracción por el sudor de la pareja.
Tafefilia	Prácticas morbosas	Excitación proveniente de ser enterrado vivo.
Thlipsosis (zlipsosis)	Masoquismo	Excitación proveniente de los pellizcos.
Toucherismo	Prácticas	La atracción sólo se produce al tocar personas desconocidas.
Triolismo	Voyeurismo	La excitación depende de observar a la propia pareja teniendo relaciones con una tercera persona.
Tripsofilia (tripsolagnia)		Excitación por ser masajeado o por hacerse lavar el cabello.
Urofilia (urolagnia, ondinismo)		Excitación exclusivamente con el uso de la orina durante en la práctica sexual.
Vampirismo	Masoquismo	Excitación sexual proveniente de la extracción de sangre.
Vincilagnia	Masoquismo	Excitación por hacerse atar.
Voyeurismo	Voyeurismo	Excitación al ver a otras personas dedicadas al acto sexual de manera subrepticia.
Xenofilia	Preferencias por personas	La excitación sólo se produce ante parejas de distintos países.
Zoofilia (bestialismo)	Bestialismo	La excitación sexual se produce solamente con animales.

REFERENCIAS

1. **Peck S.** (1993) *La nueva psicología del amor*, Buenos Aires, Ed. Emecé.
2. **Shor J., Sanville J.** (1978) *Illusion in loving, A Psychoanalytic Approach to the Evolution of Intimacy and Autonomy*. Los Angeles, Ed. Double Helix Press.
3. **Puget J. y Berenstein I,** (1988). *Psicoanálisis de la pareja matrimonial*. Ed. Paidós.
4. **Lemaire J.** (1979) *La pareja su vida, su muerte y su estructura*. México Ed. Fondo de Cultura Económica.
5. **Freud S.** (1913/1978) *Tótem y tabú, Obras completas*, Vol. XIII 1a. ed., Argentina, Ed. Amorrortu.
6. **Shor J., Sanville J.** (1978) *Illusion in loving, A Psychoanalytic Approach to the Evolution of Intimacy and Autonomy*. Los Angeles, Ed. Double Helix Press.
7. **Lambert Dahr J.** (1996) *Los círculos de piedra*. Barcelona, Ed. Ediciones B.
8. **Herren Crosio R.** (1991) *La conquista erótica de las Indias*. Barcelona, Ed. Planeta.

9. Corominas J: (1973) *Breve diccionario etimológico de la lengua castellana*, Madrid: Editorial Gredos, 1973.

10. Pichon Rivière E: (1971) *El proceso grupal. Del psicoanálisis a la psicología social* (), Tomo II, Buenos Aires: Nueva Visión, pág. 172.

11. Bernard M: (1999) *Los organizadores del vínculo de la pulsión al otro*, Revista de la Asociación de Psicología y Psicoterapia de Grupo, Buenos Aires 1999;(1)12.

12. Kaës R: (1986). "Une introduction". En: *Souffrance et psychopathologie des liens institués*. Dunod, París, 1996.

13. Anzieu D: (1986) *El grupo y el inconsciente. Lo imaginario grupal*. Biblioteca Nueva, Madrid, 1986.

14. Stoller R. (1985) *Observing The Erotic Imagination*. New Haven Ed. Yale University Press.

15. Freud S. (1905/1978) *Tres ensayos sobre una teoría de la sexualidad*. Obras Completas, Vol. VII 1a. ed., Argentina, Ed. Amorrortu.

16. Laufer M., Laufer E. (1984) *Adolescence and Developmental Breakdown a Psychoanalytic View*, London, Ed. Yale University Press.

17. Kiell N. (1975) 'Ay There is the Rub', Masturbation in literature, En: Dickinson, R.H. (1977) (Ed. Marcus I., Francis J.) *Masturbation from Infancy to Senescence*, (459-491) New York, Ed. International University Press

18. Castoradis Aulagnier P. (1977) *La violencia de la interpretación. Del pictograma al enunciado*. Buenos Aires. Ed Amorrortu.

19. Kaplan L. (1991) *Female Perversions*, 1a ed. New York Ed. Anchor Books.

20. Bloch D. (1978) "Para que la bruja no me coma". *Fantasía y miedo de los niños al infanticidio* México, Ed. Siglo XXI.

21. Moore W. T. (1975) Some Economic Functions of Genital Masturbation During Adolescent Development. En: Dickinson R.H. (1977) (Ed. Marcus I., Francis J.) *Masturbation from Infancy to Senescence*, (459-491) New York, Ed. International University Press. **Klimek D.** (1979) *Beneath Mate Selection and Marriage*, New York, Ed. Van Nostrand Reinhold. **22. Comfort A.** (1977) *The Joy of Sex*, Pocket Books Ed. New York.

23. Money J. (1999) *Principles of developmental sexology*. The Continuum Publishing Company, p. 243.

24. Sigmund F: (1905) *Tres Ensayos sobre una teoría de la sexualidad*, Obras Completas, 1a. ed. Argentina: Ed. Amorrortu 1978;VII.

25. Decker H: (1991) S Freud, Dora and Viena 1900, 1a ed. New York; Ed. Free Press.

26. Socarides W. C: *The Preoedipal Origin and Psychoanalytic Therapy of Sexual Perversions*: Madison, CT: International Universities Press, Inc., 1988.

27. Stoller J. Robert: *Perversion. The Erotic Form of Hatred*, New York: Pantheon Books, 1975.

28. Money J. (1993) *Lovemaps: Clinical concepts of sexual/erotic health and pathology, paraphilia, and gender transposition in childhood, adolescence and maturity*. Prometheus Books.

29. Krivacska J. (1994) *The Handbook of Forensic Sexology: Biomedical and criminological perspectives*. Prometheus Books.

- 30. Levine S.** (2000) *Paraphilias in Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Kaplan & Sadock. 7a ed.
- 31.** *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (2000) American Psychiatric Association. DSM-IV-TR, 4a ed., Washington, D.C.
- 32. Keegan J.** (2001) The Neurobiology, neuropharmacology and pharmacological treatment of the paraphilias and compulsive sexual behavior. *Canadian Journal of Psychiatry*, 46:26-34.
- 33. Kafka M.** (2001) The Paraphilia Related Disorders. *Sexual addiction and compulsivity*, 8:227-239.

LECTURAS RECOMENDADAS

- Coleman E.** (1992) Is your Patient Suffering Compulsive Sexual Behavior? University of Minnesota. *Psychiatric Annals* 22:320-325.
- Consejo Nacional de Población (CONAPO) (1994) *Antología de la Sexualidad Humana. Variantes de las Prácticas Eróticas o Expresiones del Comportamiento Erótico*.
- Hernández Serrano R.** (1983) V Simposium Internacional de Ley, Sexualidad y Violencia. Caracas, Venezuela.
- Hernández Serrano R.** (2000) Advances in Treatment of Sexual Disorders. Forum Psychiatry and Human Sexuality. *Current Opinión in Psychiatry*, 13:271-273.
- Hernández Serrano R.** (2002) II Congreso Venezolano de Derecho Médico, Avedeme, Caracas.
- Hernández Serrano R., Bianco F.** (1990) *Sexology: an Independent Field*. Elsevier. Caracas.
- Hernández Serrano R., Castro J.** (1975) Experiencias del Instituto de Medicina Legal de Caracas.
- Hernández Serrano R., Parra Colmenarez A.** (1998) *Violencia*. Ediciones de la Universidad Central de Venezuela, Caracas.
- Hernández Serrano R., Parra Colmenarez A.** (2002) XI Congreso Latinoamericano de Sociedades de Sexología y Educación Sexual. Margarita, Venezuela.
- Love B:** Institute for Advances Studies in Human Sexuality. S. Francisco, USA. 400 Inusual Sexual Behaviors. Video-Tape.
- Mezzich J.E., Hernandez S.R.** (2006) *Psychiatry and Sexual Health, An Integrative Approach*. World Psychiatric Association; Sexual Health Educational Program. Rowman Littlefield (ed.), New York.
- Money J., Musaph H.** (1978) *Handbook of Sexology*. Elsevier.

Identidad de género y orientación sexual

Ivan Arango de Montis
Susana Kofman Alfaro
Gloria E. Queipo García

DEFINICIONES

Ivan Arango de Montis

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) proponen las siguientes definiciones:

- a) Identidad de género.** La identidad de género define el grado en que cada persona se identifica como masculina o femenina, o alguna combinación de ambos. Es el marco de referencia interno, construido a través del tiempo, que permite a los individuos organizar un autoconcepto y comportarse socialmente en relación con la percepción de su propio sexo y género. La identidad de género determina la forma en que las personas experimentan su género y contribuye al sentido de identidad, singularidad y pertenencia.¹
- b) Orientación sexual.** La orientación sexual es la organización específica del erotismo y el vínculo emocional de un individuo en relación con el género de la pareja involucrada en la actividad sexual. La orientación sexual puede manifestarse en forma de comportamientos, pensamientos, fantasías o deseos sexuales, o como una combinación de estos elementos.

En este capítulo se hace una aproximación al tema de la identidad de género y de la orientación sexual desde una perspectiva bio-psico-social en el entendido de que la orientación sexual de tipo homosexual dejó de ser considerada como un trastorno mental desde 1973, cuando la *American Psychiatric Association* (APA) sustrajo del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, 2a edición (DSM-II) a la homosexualidad como categoría diagnóstica. Sin embargo, en 1980 apareció en el DSM-III el diagnóstico “homosexualidad egodistónica”, una nueva categoría que “re-patologiza el malestar psicológico asociado con la atracción por el mismo sexo que, en esencia, reclasifica las dificultades con la homosexualidad como un trastorno mental”.² En 1987, la categoría de homosexualidad egodistónica fue retirada del DSM-III-R, pero persistió el criterio de “malestar marcado y persistente relacionado a la propia orientación sexual” dentro de la categoría diagnóstica “Trastorno sexual no especificado”. Criterio y categoría que se mantiene hasta la fecha en el DSM-IV-TR bajo el código diagnóstico 302.9.³

En la *Clasificación internacional de las enfermedades mentales*, décima revisión (CIEM-

10) existe la categoría diagnóstica de “orientación sexual egodistónica” bajo el código F66.1.⁴ Al respecto de la homosexualidad egodistónica o del malestar persistente por la propia orientación sexual nos parece importante resaltar que como sugieren varios autores “los datos empíricos son insuficientes para sostener éste diagnóstico y resulta inapropiado clasificar a la homofobia inducida culturalmente como un trastorno mental”.⁵

BIOLOGÍA DE LA ORIENTACIÓN SEXUAL Y DE LA IDENTIDAD DE GÉNERO

Con el propósito de comprender los trastornos de la identidad de género, primero es necesario aproximarse a algunas propuestas teóricas sobre la conformación de la misma.

John Money plantea la estructuración de lo que denomina un “mapa del género” que consiste en un templete o matriz en el cerebro conformado por redes neurales que codifican lo que se considera como masculino o femenino. Money define el “mapa del género” como una “representación mental o esquema que existe de manera sincrónica en el cerebro y en la mente, y que define lo que se considera como masculino, femenino o andrógino. Incorpora los aspectos vocacionales, educacionales, recreacionales, los aspectos de etiqueta, acicalamiento personal, lenguaje corporal, entonación vocal e invariablemente incorpora el sexoeroticismo individual, así como la orientación heterosexual u homosexual, ya sea con o sin malfuncionamiento o patología”.⁶

Se supone que en el inicio de su conformación el “mapa del género” es bipotencial o andrógino y que a pesar de que pueda conservar su bipotencialidad en mayor o menor grado, lo más probable es que se diferencie de una condición de bisexualidad hacia una de monosexualidad. La hipótesis es que dicho proceso de diferenciación ocurre antes del nacimiento y que está supeditado al control de hormonas sexuales esteroideas que modulan la presencia o ausencia de grupos neuronales masculinizados, así como sus conexiones potenciales. En cada etapa de desarrollo los contornos de lo masculino o femenino definidos en el mapa genérico discriminan lo que será incorporado, sustituido o descartado en cada estímulo sensorial que reciba el cerebro. La configuración existente del mapa genérico determina y limita en lo que el mismo se va a convertir. El paradigma propuesto es el de un proceso que ocurre en un periodo crítico del desarrollo en el que se ve fijado a manera de impronta.⁷

Las evidencias biológicas que hay al respecto de la conformación de la orientación sexual fueron en un inicio propuestas por Magnus Hirschfield a principios del siglo XX y desde entonces las investigaciones subsecuentes han arrojado datos interesantes. Los estudios incluyen diversas líneas de trabajo, la investigación de las variables genéticas, hormonales, las relacionadas con las estructuras anatómicas cerebrales, así como las diferencias en distintas funciones del cerebro.

En la dirección de las variables genéticas hay distintos tipos de estudios. Hay aquellos que involucran a familias, en los que se ha visto que la probabilidad de que un hombre tenga una orientación homosexual si tiene un hermano o hermana homosexual es de 22%, y de 4% si no lo tiene.⁸ Para las mujeres, la probabilidad de llegar a ser homosexual si se tiene un hermano o hermana homosexual es mayor que en sus contrapartes sin un

hermano(a) con esa preferencia sexual. En cuanto a las mujeres que no tienen un hermano o hermana homosexual, la probabilidad de tener una orientación homosexual es la misma que en la población general.⁹

También se han desarrollado estudios en gemelos monocigóticos y dicigóticos. Los primeros estudios que desarrollaron esta metodología fueron los hechos por Kallman en 1952, en los que encontró una tasa de concordancia en la orientación homosexual de gemelos monocigóticos de casi 100%.¹⁰ Más tarde se publicaron los estudios de Bailey y colaboradores que reportaron que la tasa de concordancia para orientación homosexual en gemelos monocigóticos hombres fue de 52%, mientras que para gemelos dicigóticos fue de 22% y en las mujeres la concordancia para orientación homosexual en gemelas monocigóticas fue de 48% y 16% en dicigóticas.^{11,12} En vista de que los gemelos monocigóticos comparten las características del DNA, son idénticos, las tasas de concordancia en la orientación homosexual en dos personas que tienen el mismo material genético favoreció la hipótesis de la participación de los genes en la orientación sexual. De cualquier manera, el porcentaje restante de gemelos en los que no hay concordancia implicaba la participación del ambiente y de la crianza, a este respecto, Kendler reportó que la similitud en la orientación sexual en gemelos no podía predecirse de manera significativa por medio de medidas de similitud en el ambiente de la crianza durante la infancia.¹³

Otra metodología de estudio genético son los estudios de búsqueda específica de un gen candidato en los cuales se requiere la identificación de un gen, se estudia la secuencia de DNA y después se compara entre individuos con y sin la característica estudiada. De la misma manera, los estudios que utilizan la técnica de ligandos en los cuales se buscan zonas de DNA, se comparan entre individuos con y sin la característica, para más adelante calcular la heredabilidad estadística. Desde esta perspectiva y con la metodología para la búsqueda de genes candidatos para explicar la orientación homosexual, Macke y colaboradores estudiaron las diferencias en el gen del receptor androgénico y no encontraron diferencias entre individuos con orientación heterosexual u homosexual.¹⁴

Los estudios de ligandos han mostrado evidencias a favor y en contra de zonas en los genes relacionadas a la heredabilidad de la orientación sexual. Dean Hammer publicó en 1993 el primer estudio que utilizaba la técnica de ligandos y encontró una zona en el cromosoma X (Xq28) que contenía secuencias genéticas probablemente relacionadas con la heredabilidad de la homosexualidad masculina.¹⁵ Sin embargo, en 1999, Rice y su equipo estudiaron cuatro marcadores en la zona Xq28 (DXS1113, BGN, Factor 8, y DXS1108) en 52 pares de hermanos y en 33 controles; en dicho estudio los resultados no apoyaron la presencia de marcadores en la zona Xq28.¹⁶

El grupo de Brian Mustanski reportó un “barrido” de todo el genoma humano y no se pudo confirmar la liga del Xq28 pero sí se encontró evidencia para otras tres áreas (D7S798 en 7q36, D8S505 en 8p12 y D10S217 en 10q26).¹⁷ Siguiendo otras líneas de investigación, se ha cuestionado acerca de si en el terreno hormonal —ya no en el genético—, se pueden encontrar diferencias relacionadas a la orientación sexual. En el estado adulto hasta ahora no se han encontrado evidencias a favor de las diferencias;¹⁸ sin embargo, en el estado prenatal, se ha documentado que los niveles de testosterona circulante organizan el cerebro de una manera masculinizada mientras que los niveles bajos de testosterona feminizan el sistema nervioso central (SNC).¹⁹ Las evidencias a favor de la

función que quizá desempeñen las hormonas prenatales en la organización de la conducta sexual humana se ve reforzada por los resultados de las investigaciones realizadas en personas con estados intersexuales, como la hiperplasia adrenal congénita (HAC), misma que resulta de un defecto de las enzimas que sintetizan las hormonas esteroideas. La resultante de tal deficiencia son altos niveles de andrógenos circulantes en el periodo prenatal. Existen numerosas investigaciones que reportan que las niñas con HAC tienen rasgos atípicos en la identidad de género, y que cuando son adultas, éstas niñas tienen mayores probabilidades de haber tenido o desear una relación homosexual.^{20,21}

Otra línea de investigación tiene que ver con las diferencias en la proporción del largo de los dedos entre personas homosexuales y heterosexuales. El postulado surge de la evidencia de que en los hombres la proporción de los dedos de la mano D2:D4 suele ser más baja en hombres que en mujeres, quizá por la exposición a distintos escenarios hormonales durante el desarrollo. En el caso de las niñas con HAC, la proporción de los dedos de la mano (D2:D4) es más baja, de la misma manera, la proporción D2:D4 es menor en mujeres lesbianas que en heterosexuales e igual de baja en grupos de mujeres homosexuales que se identifican como muy masculinas.^{22,23,24} En cuanto a los varones, los hallazgos con respecto a la asociación entre la proporción de los dedos de la mano y la orientación sexual no es tan clara como en el caso referido. En los hombres con orientación homosexual se han encontrado proporciones mayores, menores o iguales que en los hombres heterosexuales.^{25,26,27}

En el SNC también se han estudiado las diferencias en estructuras anatómicas entre personas con distintas orientaciones sexuales. Una de las evidencias son los hallazgos reportados al respecto del núcleo supraquiasmático del hipotálamo, es decir, un grupo de células que participa en la regulación de los ciclos circadianos, de hecho, un equipo de científicos holandeses informó que el tamaño de dicho grupo celular es mayor en hombres con una orientación homosexual que en hombres heterosexuales.²⁸ Otra estructura que ha sido motivo de estudio es el tercer núcleo intersticial del hipotálamo (INAH 3): en 1991, Le Vay publicó que en poblaciones homosexuales tal estructura era menor que en hombres heterosexuales; sin embargo, dichos hallazgos fueron criticados pues se consideró como un sesgo metodológico el que hubieran sido estudiados en una población con VIH;²⁹ no obstante, tiempo después otro grupo de investigadores reportó que aunque la diferencia no era tan grande como lo había afirmado Le Vay, sí era posible corroborar una diferencia significativa en tamaño y, además, concluyeron que la densidad neuronal era mayor que en varones heterosexuales y que las diferencias con respecto al tamaño del núcleo hipotalámico no tenía relación alguna con el hecho de que los sujetos de estudio tuvieran VIH.³⁰ La comisura blanca anterior es otra estructura que ha sido comparada en personas con distintas orientaciones sexuales: se ha documentado que su tamaño es mayor en mujeres que en hombres, de igual manera, se ha reportado que es mayor en hombres homosexuales que en heterosexuales.³¹

Independientemente de que la distribución de receptores a andrógenos en el núcleo de la cama de la estría terminal (BST), en el núcleo basal de Meynert y en la isla de Calleja no ha mostrado diferencias entre géneros, sí se han encontrado diferencias en el núcleo mamilar medial (MMN), en la banda horizontal y diagonal de Broca, en el núcleo dimórfico sexual del área preóptica (SDN-POA), en el área preóptica medial (mPOA), en

la zona dorsal y ventral del núcleo periventricular (PVN), en el núcleo supraóptico (SON), en el núcleo ventromedial del hipotálamo y en el núcleo infundibular, en donde se puede demostrar un aumento en la expresión de receptores a andrógenos en hombres cuando se compara con las mujeres. La actividad del receptor nuclear a andrógenos en el complejo mamilar no difiere entre hombres homosexuales y heterosexuales.³²

Otra línea de investigación ha sido desarrollada ya sin considerar las diferencias estructurales, sino las diferencias funcionales en distintos procesos neurofisiológicos cerebrales, entre ellas se encuentran las funciones auditivas y en las emisiones otoacústicas (es decir, los sonidos producidos por el oído interno) y en los potenciales auditivos provocados en hombres y mujeres. Dennis McFaden y colaboradores reportaron que las mujeres homosexuales y bisexuales tenían emisiones otoacústicas y potenciales provocados de tipo masculinizado, también informaron que no hallaron diferencias entre hombres homosexuales y heterosexuales.³³ También en relación con el estudio del sistema auditivo, otro grupo de investigación británico reportó diferencias en la respuesta al sobresalto (el parpadeo después de un sonido fuerte) entre mujeres lesbianas y heterosexuales, pero tampoco encontraron diferencias significativas en las comparaciones hechas entre hombres homosexuales y heterosexuales.³⁴

Otra modalidad sensorial en la que se han reportado diferencias asociadas con la orientación sexual es la olfativa, hay informes de que la respuesta a la exposición a feromonas putativas humanas está vinculada con patrones de actividad cerebral distinta (medida con tomografía por emisión de positrones [PET]) en el hipotálamo anterior de hombres homosexuales.³⁵

En relación con la identidad de género, no son pocas las evidencias a favor de la función que las variables biológicas desempeñan en la determinación de la identidad de género. Se han documentado en estudios con gemelos un fuerte componente hereditario (62%) con respecto a la identidad de género.³⁶ En los transexuales varones desde el punto de vista genético se ha reportado una proporción dispar de tías:tíos y se plantea la hipótesis de que el efecto en la identidad de género es consecuencia de una impronta genómica, es decir, un efecto diferente en función de si el gen se hereda del padre o de la madre.³⁷

Se han reportado seis casos de transexuales hombre a mujer con cariotipo 47 XYY y un transexual de mujer a hombre 47 XXX.³⁸ También se ha reportado un caso de transexualismo en un hombre con síndrome de Klinefelter (XXY), lo cual, aunado a los hallazgos sobre el antecedente de pares de gemelas monocigóticas que solicitaron reasignación sexual y estudios con familiares de casos con problemas de identidad de género, sugiere bases genéticas que participan en tal condición.³⁹ A pesar de los pocos casos de transexuales en quienes es posible documentar un trastorno hormonal, existen algunos hallazgos que indican una alteración en el eje hipotálamo-hipófisis-gonadal que pudiera haberse establecido durante el desarrollo como, por ejemplo, la alta frecuencia del síndrome de ovarios poliquísticos, oligomenorrea y amenorrea en transexuales de mujer a hombre.⁴⁰

La participación de procesos biológicos en la conformación de la identidad de género también se asocia a la exposición a sustancias o a fármacos. Dessens y colaboradores en 1999 reportaron que tres niños de un grupo de 243 mujeres expuestas a los anticonvulsivantes fenobarbital y difantoína desarrollaron un trastorno de identidad de

género y otros sujetos desarrollaron condiciones de disforia de género o transposición de rol. Uno de los aspectos interesantes de éste reporte tiene que ver con que los medicamentos referidos pueden alterar los niveles de hormonas esteroideas sexuales que se encuentran en el escenario neuroquímico del cerebro del producto en gestación.⁴¹

En 1996, Meyer-Bahlburg y colaboradores reportaron el cambio de género, de mujer a hombre, en cuatro casos de personas con HAC, condición que se caracteriza por la exposición del cerebro a altos niveles de andrógenos en el periodo prenatal.⁴² De hecho, la HAC representa un factor de riesgo de los problemas con la identidad de género y a pesar de que habría que resaltar que la mayoría de mujeres con tal condición no desarrollan un trastorno de identidad marcado, el riesgo de que una mujer con HAC viva en la vida adulta en el rol social masculino es de 608:1, al compararlo con mujeres sin HAC.^{43,44} Tales hallazgos apoyan el planteamiento de que la exposición perinatal a niveles anormales de andrógenos son capaces de afectar de manera permanente la identidad de género.

Investigaciones recientes realizadas en individuos con HAC llevan a la conclusión de que las conductas de masculinización/defeminización son pronunciadas en las mujeres con HAC perdedoras de sal, ligeras pero claramente demostrables en mujeres con HAC de variante virilizante y probables (aunque aún requieren estudios de replicación) en variantes de HAC no clásica.⁴⁵

Las evidencias de la participación de variables biológicas han sido contrapuestas con la noción de la “neutralidad sexual” al momento del nacimiento, bipotencialidad genérica que muestra la capacidad de diferenciarse hacia masculino o femenino como resultado de la experiencia social o crianza. Money y Erhardt plantearon que la identidad de género iniciaba a manera de impronta alrededor del primer año de edad y se establecía de manera definitiva entre los tres y cuatro años.⁴⁶ Se proponía entonces que era factible moldear la identidad de género mediante la crianza.

Uno de los casos que más controversia ha creado al respecto de los determinantes de la conformación de la identidad de género es el de “John/Joan/John”, en el que a un niño de ocho meses se le cauterizó el pene (*penis ablatio*) por un accidente quirúrgico y fue criado como niña; después de un año se le hizo una orquiectomía para facilitar la feminización. Hasta entonces parecía que esta persona se desarrollaba como una mujer normal desde el punto de vista funcional; sin embargo, al llegar a la pubertad rechazó el sexo de asignación y más tarde solicitó tratamiento con hormonas masculinas, mastectomía y la realización de una faloplastia. A los 25 años se casó con una mujer y adoptó a un niño. En mayo de 2004 se suicidó. Este caso sirve para ilustrar que hay poco (si acaso alguno) sustento de la neutralidad sexual al momento del nacimiento o de que el desarrollo de la identidad de género depende del ambiente durante la crianza o de la apariencia genital al momento del nacimiento. Se han reportado dos casos más de *penis ablatio* en que los individuos han sido criados como niñas pero en la adolescencia solicitan reasignación masculina.^{47,48}

Los pacientes masculinos con una condición llamada extrofia cloacal tienen una herniación de la vejiga urinaria y, desde una perspectiva anatómica, al momento del nacimiento resultan afálicos en la mayoría de los casos; sin embargo, desde el punto de vista histológico poseen testículos normales. Se ha reportado que pacientes criados como niñas y orquiectomizados para facilitar la feminización, más tarde, en el transcurso del desarrollo y la vida adulta cuestionan el sexo de asignación.⁴⁹ Tomando en cuenta que el

cerebro en formación es expuesto a los andrógenos prenatales desde la octava semana de gestación, los hallazgos referidos constituyen evidencia que apoya el planteamiento de que la exposición prenatal a andrógenos es el principal factor biológico para el desarrollo de la identidad de género masculina.

Una estructura anatómica que ha sido estudiada al respecto de la asociación que quizá tenga con la estructuración de la identidad de género es la región central del núcleo de la cama de la estría terminal (BSTc), ya que en personas transexuales (que van de hombre a mujer) alcanza el 40% del tamaño observado en hombres no transexuales y que tales dimensiones se establecen durante el desarrollo, por lo que se infiere que el BSTc forma parte de una red neural involucrada en la sensación de ser hombre o mujer.⁵⁰

El estudio de la actividad eléctrica cerebral en personas con trastorno de identidad de género arroja datos interesantes: un estudio piloto reportó que la actividad eléctrica de individuos con este tipo de trastorno mostró un patrón de actividad similar al grupo control de sexo biológico opuesto. De modo que la actividad eléctrica cerebral de dichas personas transexuales (hombre a mujer) presentó un patrón similar al de las mujeres no transexuales; asimismo, las personas transexuales (de mujer a hombre) mostraron un patrón similar a los varones no transexuales.⁵¹

PSICOLOGÍA DE LA IDENTIDAD DE GÉNERO

El transexualismo puede ser entendido como una forma de disforia de género, es decir, una condición que consiste en una diferencia entre la identidad/rol de género y las características físicas del cuerpo. Se trata de la coexistencia en una misma persona de la identidad/rol de género de un sexo con las características primarias y secundarias del otro sexo. De ahí que las personas transexuales experimenten la discrepancia y contradicción de sentir que su cuerpo físico niega quiénes son ya que en términos de ese marco de referencia interno se reconoce con una identidad del otro sexo. En ese sentido, el transexualismo no es entonces una disforia del rol sexual sino, más bien, una disforia del sexo, del cuerpo físico.

La OMS reconoce que dentro de las estrategias enmarcadas en la promoción de la salud sexual corresponde la reflexión y atención de condiciones como los síndromes clínicos que entrañan conflictos en la identidad de género.

Stoller propone la existencia del un “núcleo de la identidad de género” que implica la convicción en el sujeto, de que el sexo con que fue asignado fue correcto tanto desde el punto de vista anatómico como psicológico y que resulta de los siguientes factores:

- 1) Una fuerza biológica que se origina en el periodo fetal y que tiene sus orígenes en variables genéticas que modelan la organización neurofisiológica del cerebro.
- 2) El sexo de asignación en el momento del nacimiento, es decir, el mensaje que la apariencia de los genitales externos emite a los que asignan el sexo cuando nace el bebé y el efecto inequívoco que tal asignación tiene en el convencimiento del sexo del infante.
- 3) La influencia interminable de las actitudes de los padres (en especial de la madre) sobre el sexo del infante y la construcción que hace el niño de experiencias

significativas.

- 4) Fenómenos “biopsíquicos” que implican los efectos posnatales que tienen ciertas formas de manejar al infante sobre el aprendizaje capaces de modificar de modo permanente el cerebro y el comportamiento del infante sin que los procesos mentales en desarrollo lo protejan de tales estímulos sensoriales.
- 5) El desarrollo del Yo, en la medida en que la infinidad de sensaciones que en distintas cualidades y cantidades, sobre todo aquellas provenientes de los genitales participan en la definición de las dimensiones psíquicas sobre el propio sexo y que le confirman al bebé la convicción que tienen los padres sobre su género.

Stoller propone que el concepto del “núcleo de la identidad de género” modifica lo propuesto por Freud en la medida en que si bien es cierto que el primer objeto de amor del niño es heterosexual —y a pesar de que el padre es un rival poderoso—, hay un estadio inicial en el desarrollo de la identidad de género en el que el niño se encuentra fusionado con la madre. Sólo meses después llega a ser para el niño un objeto separado. La percepción del niño de ser parte de la madre coloca el fundamento de la sensación de feminidad en el niño (a esta condición que Freud supuso carente de conflicto es a lo que llamó feminidad primaria) misma que, en el caso de la niña, la encamina hacia la identificación con lo femenino, pero coloca al niño en la posibilidad de consolidar en el “núcleo de la identidad de género” la percepción de unicidad con la madre. Dependiendo de la manera y el ritmo en el que la madre permita al hijo separarse de ella, tal fase de fusión con la madre quizá deje efectos residuales que llegan a expresarse en alteraciones de la masculinidad.

En el caso de la niña, según Stoller, la feminidad no es un estado inherente de inferioridad ya que, en todo caso, ella se encuentra en una posición ventajosa con respecto al niño, ya que desde el inicio se identifica con un objeto del mismo sexo. A pesar de la potencialidad homosexual existente, en vista de que su primer objeto de amor es femenino, el desarrollo de su feminidad no se ve en tanto riesgo como sí ocurre con la masculinidad del niño. De ahí que, desde esta perspectiva, la identificación con lo femenino no se restringe a la envidia del pene, a la negación o a la aceptación con resignación de la castración. En contraposición, la masculinidad no es tan solo un estado natural que “solamente requiere ser defendido si es que se va a desarrollar de manera saludable, sino es un logro”.⁵²

La construcción del marco de referencia interno, es decir, la identidad, comprende las proposiciones iniciales del aparato psíquico y su relación con el entorno, en la medida que se establecen relaciones con el objeto y representaciones del mismo. La relación con el objeto incluye los procesos de introyección e identificación en la formación del autoconcepto, lo cual entra en el terreno de la formación del Sí mismo (*self*).

La aproximación al Sí mismo, desde la perspectiva bio-psico-social, también representa el intento por comprender la conformación de la identidad de género. Schore retoma las observaciones de Mahler en el sentido de que cuando un infante alcanza la bipedestación se le facilita la exploración genital, misma que aunada a la experiencia de la excitación genital en presencia del progenitor del sexo opuesto alrededor de los 18 meses de edad (cuando el sistema sensorial genital apenas alcanza su madurez funcional) resulta instrumental para la formación de la identidad de género. La experiencia de la autoexploración genital en

presencia de alguno de los padres converge con el desarrollo de la vergüenza, de hecho, Nathanson propone que “las primeras manifestaciones de genitalidad y de la identidad de género son exactamente contemporáneas con el periodo durante el cual la vergüenza adquiere sus mayores significaciones en términos del desarrollo del Sí mismo”. Más allá de las representaciones objetales que pueda hacerse el infante y a partir de las relaciones que establezca con el objeto real —es decir, los patrones de respuesta que los progenitores despliegan (imágenes cargadas de afecto en el rostro de los progenitores en respuesta al exhibicionismo genital infantil)—, se “almacenan en forma de representaciones en la corteza orbitofrontal en modelos internos de masculinidad y feminidad que modulan la internalización del género”.⁵³

Desde dicha perspectiva convergen las predisposiciones evolutivas, genéticas, hormonales, las improntas y las relaciones objetales con un periodo crítico en la maduración cerebral que favorece la construcción de representaciones que, a la postre, se consolidan en el marco de referencia interno con respecto a lo masculino o femenino.

El aparato psíquico —es decir, de las instancias y su relación con la conformación de la identidad de género— ha sido sujeto de estudio desde múltiples perspectivas, lo que hasta ahora se ha observado es que en su proceso de conformación se pone en juego la organización estructural que modula la relación entre el mundo interno y el mundo exterior.

La construcción de la identidad en el varón requiere de la mirada de los aspectos sociales de la masculinidad, cuya construcción está vinculada no sólo con cuerpos que nacen, se desarrollan y mueren según imperativos hormonales y fisiológicos sino también con las creencias centrales que la cultura ofrece (por no decir, impone) a los hombres.

Desde hace algunos años, el estudio sobre la masculinidad ha arrojado algunas creencias matrices acerca de ella (autosuficiencia, belicosidad heroica y superioridad sobre las mujeres), las cuales se traducen en aquello llamado las “normativas hegemónicas de género”, mismas que consisten en enunciados que organizan la subjetividad de los hombres. Según Luis Bonino, autor central en este tema, los enunciados son los siguientes:

- 1) “No tener nada de mujer”. Es decir, no contar con ninguna de las características que la cultura atribuye a las mujeres (“ser” para otros, pasividad, vulnerabilidad, dulzura, cuidado hacia los otros).
- 2) “Ser importante”. Ser varón o no se avala en el poder y en la potencia, para entonces evaluarlo según el éxito, el ser superior a las demás personas, la competitividad y el estatus, la capacidad de ser proveedor, la propiedad de la razón y la admiración que se logra de los demás.
- 3) “Ser un hombre duro”. Ello implica que para ser un hombre se requiere la capacidad de sentirse ecuánime, impasible, confiado en sí mismo, resistente, autosuficiente y ser capaz de ocultar los sentimientos (incluso a uno mismo), estar dispuesto a soportar a los otros y no necesitar de nadie.
- 4) “Mandar a todos al demonio”. La hombría se define según la agresividad, la audacia, el coraje, el enfrentarse a riesgos, la habilidad para protegerse y al utilizar la violencia para resolver los conflictos.
- 5) “Respetar la jerarquía y la norma”. La masculinidad se sostiene mediante no cuestionarla, ni a sus normas o ideales grupales, en la obediencia a la autoridad o a una

causa.

Si, además, reconocemos que una de las formas distorsionadas en las que opera la “cognición” es decir, el pensamiento, se funda en la lógica del “todo o nada”, cuando el varón deja de cumplir alguna una creencia (“lo deseable”/“el todo”) se convierte en el negativo del ideal deseable, en lo indeseable, en nada. De ahí que las determinantes sociales del ejercicio de la masculinidad se asocien con estados de malestar cotidiano. La reflexión acerca de la masculinidad y el cuestionamiento de la misma han constituido uno de los ejes de trabajo de colectivos masculinos que intentan modificar la hegemonía patriarcal de dominio y control que los varones ejercen sobre sí mismos y sobre aquellos a quienes perciben en una posición vulnerable (mujeres, adultos mayores y niños).⁵⁵

En cuanto a la identidad de género de la mujer y desde una perspectiva psicosocial, habría que retomar lo propuesto por Lagarde, quien plantea que la condición de género de las mujeres se construye en relación a dos aspectos fundamentales: “la sexualidad escindida de las mujeres y la definición de las mujeres en relación con el poder —como afirmación o como sujeción— y con los otros [...] La condición genérica de la mujer ha sido construida históricamente, y es una de las creaciones de la sociedad y culturas patriarcales [...]”.⁵⁶ Ejes de estructuración psíquica reforzados por el discurso patriarcal que colocan a las mujeres como sujetos no para sí mismos, sino para otros, en una inaceptable condición de opresión e inequidad.

SOCIOLOGÍA DE LA IDENTIDAD DE GÉNERO

En el discurso médico, el transexualismo ha encontrado distintas dificultades. En términos generales, el malestar que refiere la persona no es una condición que el prestador de atención a la salud logre reconocer con facilidad.

El hecho es que, en el trabajo médico, hasta el momento la queja subjetiva del paciente no se puede documentar como relacionada con ningún dato objetivo o hallazgo anatomopatológico definitivo y, por tanto, durante mucho tiempo la respuesta ha sido que la persona con un trastorno de identidad de género intente adaptarse a su cuerpo, que “se acomode” y resignifique su inconformidad en el terreno psíquico.

Louis Gooren propone replantear la comprensión de la transexualidad como una forma de estado intersexual, pues debe reconocerse que la información disponible hasta el momento sobre el proceso de diferenciación sexual en el cerebro cada vez ofrece más elementos relevantes relacionados. Al admitir que tanto en mamíferos inferiores como en humanos ocurre una diferenciación del cerebro como parte del proceso que convierte al individuo en macho o hembra, es posible entender al transexualismo como un trastorno en la diferenciación sexual, uno en el que la diferenciación sexual del cerebro no ha seguido el curso designado por los cromosomas, las gónadas y los genitales, sino que se ha cruzado hacia el curso de desarrollo del otro género. Esto implica, pues, reconocer al transexualismo como una forma de estado intersexual.⁵⁷

Los hallazgos biológicos sobre las diferencias en el cerebro transexual deben apuntalarse como elementos que permitan un trato social distinto a la condición transexual. En el

ámbito de la profesión médica los transexuales pueden ser rehabilitados, dado que desde el punto de vista conceptual el individuo pasa de la concepción de “perturbado mental” a ser alguien que experimenta un trastorno de la diferenciación sexual. Desde la perspectiva médico-social sería posible solicitar la cobertura de los costos de reasignación, como ocurre en otros casos de estados intersexuales. En el terreno jurídico hace factible requerir que el sistema legal extienda las mismas consideraciones a las personas transexuales que las que tiene hacia individuos con otros estados intersexuales. La sociedad en general podría cambiar su actitud. De igual forma, sería de esperarse que las instituciones religiosas dejaran de tratar a la condición transexual como pecaminosa, sino como una variante de la especie humana.

HISTORIA DE LA DIFERENCIACIÓN SEXUAL

Susana Kofman Alfaro

En la antigüedad, los niños recién nacidos eran estudiados de manera minuciosa en busca de algún defecto que quizá indicara que la raza humana estaba en vías de extinción. Y ninguna alteración era más radical que la presencia de genitales anormales, donde se observaban características masculinas y femeninas en el mismo individuo. Poseer ambos sexos haría imposible la reproducción, lo que acabaría con la pareja y la familia. La organización social también se vería afectada debido a la estricta división de las funciones específicas asignadas a hombres y mujeres. En un origen, estos individuos anormales o “andróginos” eran considerados como monstruos o como “prodigios públicos” cuyo manejo correspondía al Estado, ya que eran un signo enviado por los dioses a la comunidad.⁵⁸ De modo que la responsabilidad del destino de estos sujetos concernía a las autoridades, quienes llamaban a los adivinos para que interpretaran las anomalías y decidieran el tipo de purificación requerida. Con el tiempo y a fin de combatir las supersticiones, las ciencias médicas intentaron explicar estas alteraciones, ya fuera en humanos o animales.

El estudio de estos defectos conocidos, aunque olvidados, llevó en los últimos años a los investigadores a plantear nuevos conceptos en el área de la biología del desarrollo, al reconocimiento de genes que actúan a nivel de la diferenciación gonadal y fenotípica, de genes con diferentes niveles de expresión a nivel cerebral durante la embriogénesis, al origen de la conducta sexual y a la variabilidad humana. Todos estos estudios responden a las mismas preguntas formuladas desde el inicio de los tiempos: “¿Por qué machos y hembras, hombres y mujeres? ¿Existen dos o más sexos?”.

Según Arsitófanes, citado por Platón en su *Symposium*, en la mitología griega la naturaleza original de los humanos no era como la actual. Existían tres clases de individuos, mujer-mujer (M-M), hombre-hombre (H-H), hombre-mujer (H-M) o mujer-hombre (M-H). Cada uno de ellos correspondía a una unidad redonda, con cuatro brazos, cuatro piernas, una cabeza y dos caras idénticas que miraban en sentidos opuestos, sostenidas por un cuello semiesférico. El H-H (hijo del Sol) tenía dos sistemas genitales masculinos, en la M-M (hija de la Tierra) se observaban dos femeninos, y uno femenino y masculino en el M-H y H-M; estos últimos eran considerados hijos de la Luna. Estos dos

sistemas de órganos sexuales estaban en la parte superior de los muslos, los individuos no se reproducían entre ellos y brotaban de manera espontánea de la tierra. Un día, para abolir la distancia entre el Cielo y la Tierra y las diferencias entre ellos y los dioses, estos “prototipos” apresaron a Ares y lo metieron en una jarra durante 13 meses.⁵⁹ Trataron de atacar la morada de los dioses apilando el Monte Pelión sobre el Ossa y ambos sobre el Olimpo.⁶⁰ Pero Zeus se enojó y los castigó sin exterminarlos, los partió en dos de arriba abajo, con el propósito de duplicar el número de humanos que honrarían a los dioses. En un gesto compasivo, Apolo les giró la cara y parte del cuello para cerrar la herida juntó la piel del abdomen en la región donde queda el ombligo, lo que atestigua esta operación y asegura su supervivencia. La preservación de estos seres aún no era viable, por lo que Zeus movió los genitales al frente y con este arreglo les permitió la cópula, la reproducción y la organización social.

El *Symposium* de Platón continúa con la tipología de la conducta sexual.⁶¹ Esta división implicó que cada individuo resultante buscaría a su homólogo correspondiente, de modo que se consideraba que todos los hombres que provienen del H-M prefieren a las mujeres y que los hombres adúlteros por lo general proceden de este binomio. En cambio, las mujeres adúlteras resultan del M-H. Los individuos derivados del M-M buscan sólo mujeres, así como los derivados del H-H sólo se inclinan por los varones. Según Platón, de estos últimos surgirían los grandes estadistas del futuro.

En el contexto del mito, la heterosexualidad y homosexualidad eran consideradas prácticas normales y, a nivel social, esto se traducía en considerar como mujeres a los homosexuales masculinos pasivos y a las mujeres que se comportaban como hombres se las incluía con los “andróginos”. La oposición entre actividad y pasividad en las relaciones sexuales implicaba una segunda regla: “los hombres eran viriles y guerreros, mientras que las mujeres eran esposas y madres”.

Ovidio, en el Libro IV de la *Metamorfosis* explica el origen de la homosexualidad pasiva y sus relatos se inspiran sobre todo en la idea de la transformación de humanos a otras especies o a situaciones particulares, como el cambio de sexo, el rejuvenecimiento y la resurrección. La *Metamorfosis* está formada por una colección de mitos griegos y del Medio Oriente y data del año 8 d.C., aunque es factible reconocer los conceptos desde los inicios de la literatura griega. En el Libro IV, Ovidio relata el mito de Hermafrodita, hijo de Hermes y Afrodita, quien a los 15 años abandonó su ciudad natal y llegó a Halicarnassus, una ciudad griega en Caria (hoy denominada Bodrum, en Turquía) cercana a un hermoso lago. Según la historia, la ninfa del arroyo que alimenta el lago, Salmacis, se enamoró perdidamente de Hermafrodita, pero dado que él no sabía qué era el amor, trató de evitarla. No obstante, un día en que Hermafrodita nadaba en el lago, Salmacis lo abrazó con fuerza pidiendo a los dioses que nunca los separaran. Ellos aceptaron su deseo y, como resultado de esta unión, surgió un nuevo individuo con una sola cara pero con formas anatómicas y genitales masculinos y femeninos (figura 8-1).



Figura 8-1. Hermafrodita.

Cuando Hermafrodita vio que sólo era mitad hombre, rogó a sus padres que como venganza todos los hombres que entraran en esas aguas perdieran su virilidad y fueran afeminados.⁶² Tal fue la explicación de griegos y romanos para la homosexualidad pasiva. Es importante recordar que en Grecia y Roma la diferencia entre hombres y mujeres en este contexto sexual eran la actividad y la pasividad, respectivamente.

Otra forma antigua de representar al universo y al mundo humano y animal, es el estado de “no diferenciación” en el cual todos los contrarios coinciden, en particular el hombre y

la mujer. De esa “no diferenciación” emergen de manera lenta y dolorosa las diferencias que gobiernan la realidad, tal cual ocurre en la experiencia cotidiana actual. El mejor ejemplo para ilustrar esta situación es el Ave Fénix, mito egipcio adoptado por griegos y romanos como símbolo de perpetuidad y renovación.⁶³ Los primeros cristianos percibían en este mito pagano la resurrección de Cristo y la del cuerpo.

Heródoto fue el primer autor que habló de un pájaro fabuloso relacionado en Egipto con el culto al Sol: era más grande que un águila, con plumaje de diferentes colores y vivía en Etiopía largos periodos. Cuando el Fénix sentía que llegaba al final de su existencia, recolectaba hierbas aromáticas e incienso, construía un nido que era a la vez su tumba y su cuna, y como único ejemplar de la especie sólo se reproducía mediante la muerte y la resurrección. La idea de renacer de sus propias cenizas sugiere que el Fénix era su madre y su padre, es decir, era mujer y hombre (figura 8-2).



Figura 8-2. Ave Fénix.

Lao Tsé, fundador del taoísmo (604-531 a.C.) buscaba una manera de impedir las

constantes guerras feudales y otros conflictos que alteraban a la sociedad china. El resultado filosófico y religioso de este autor fue su libro el Tao-Te-Ching. Dentro de la simbología taoísta, el símbolo del Ying y el Yang representa el balance de opuestos en el universo (figura 8-3).



Figura 8-3. Símbolo de Ying y el Yang.

Cuando ellos están en partes iguales todo está en calma, pero cuando uno es mayor que el otro, hay confusión y desorden. Existen numerosas interpretaciones del Ying (parte oscura) y del Yang (zona clara) y la más tradicional considera que el Ying representa aspectos de lo femenino —como la calma, la introspección y la curación— y el Yang lo masculino —dureza, calor, energía y agresividad—. Ambas partes conforman el Universo.⁶⁴

En la India, una de las varias formas del dios hindú Shiva es Ardhanarishwar (dios mitad mujer). Aquí, Shiva se manifiesta como la mitad izquierda femenina y la derecha

masculina (figura 8-4). La izquierda representa a Shakti en la forma de la diosa Parvati (su esposa en otras situaciones) y la derecha corresponde a Shiva. Mientras las imágenes en piedra muestran un dios mitad femenino y mitad masculino, la representación simbólica verdadera es la de un ser que al mismo tiempo es todo Shiva y todo Shakti, quienes unidos representan el conocimiento y la actividad, y sólo así Shiva adquiere la capacidad de ser el señor del Universo. Esta imagen proyecta un aspecto inherente al hinduismo antiguo, donde cada ser humano lleva componentes masculinos y femeninos los cuales, más que sexos, son fuerzas, y que la armonía entre lo creativo y lo destructivo, lo fuerte y lo débil, lo activo y lo pasivo, forjan a las verdaderas personas. Este pensamiento oblitera cualquier distinción material entre hombres y mujeres y explica por qué en la India antigua hay evidencia de que la homosexualidad, bisexualidad, individuos poseedores de ambos sexos (andrógenos), múltiples parejas sexuales y representaciones de parejas en diferentes posiciones sexuales —tal como se observan en los templos de Khajuraho (figura 8-5)— fueran aceptadas dentro de los marcos sociales predominantes de la época.



Figura 8-4. Ardhanarishwar. **A)** Representación corporal. **B)** Acercamiento en el rostro. Nótese la dualidad representada.

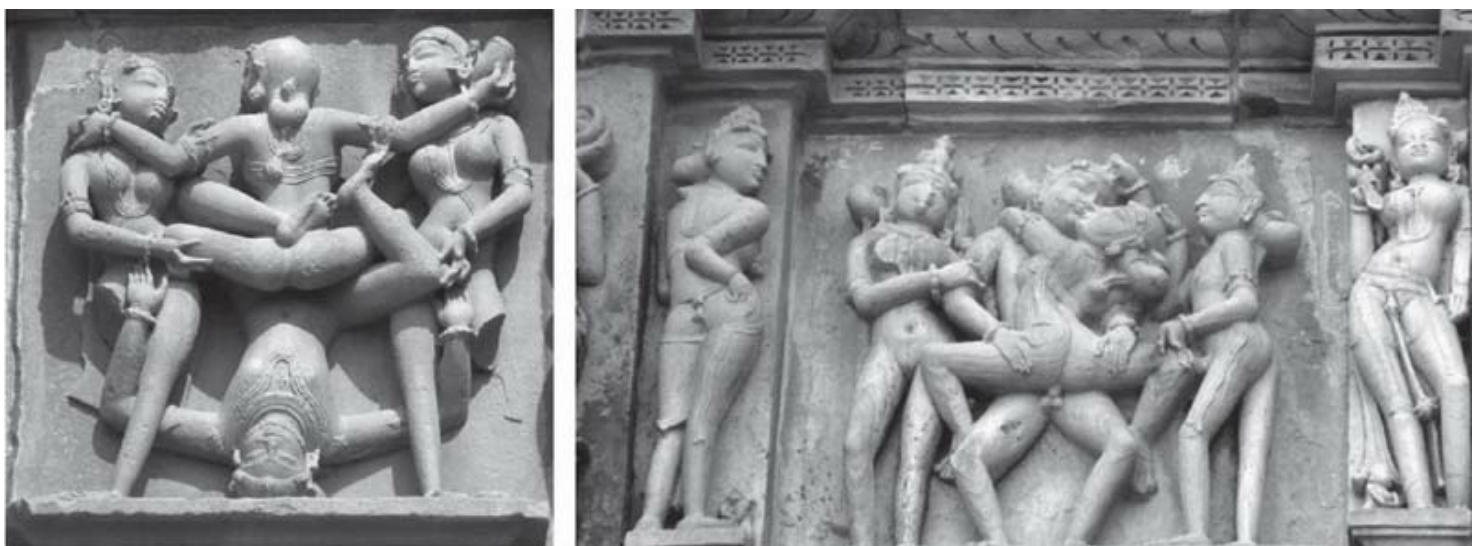


Figura 8-5. Esculturas de los Templos de Khajuraho.

Sólo hasta las primeras décadas del siglo XX, la ciencia occidental comenzó a estudiar a los individuos con intersexo y a aquellos con diferentes conductas sexuales e intentó ofrecerles asistencia terapéutica. La mayor parte de este trabajo fue realizado por Magnus Hirschfeld en el centro que fundó en 1919 en Berlín, denominado Instituto de Ciencias Sexuales; de hecho, sus colaboradores constituyeron la primera generación de biólogos y científicos sociales, quienes de manera interdisciplinaria desarrollaron la sexología, además de que alcanzaron conocimientos científicos, innovaciones tecnológicas, cambios culturales, sociales y políticos en el Berlín de la época. Intentaron ofrecer una explicación biológica a la conducta y así dar cuenta de sus cuatro tipos de intermediarios sexuales, a saber, 1) individuos con genitales ambiguos; 2) sujetos masculinos o femeninos con características sexuales secundarias opuestas (hombres con ginecomastia o mujeres con barba); 3) homosexuales, bisexuales e incluso hombres con conductas masoquistas y mujeres sádicas; 4) varones afeminados y transexuales femeninos o masculinos.⁶⁵

Usando una nueva ciencia, “la endocrinología”, para apoyar su teoría de los intermediarios, Hirschfeld y sus seguidores consideraban que ningún individuo era del todo femenino o masculino, que ciertas tendencias sexuales predominaban y que la homosexualidad podría ser causada por un desbalance hormonal. Su modelo de los intermediarios proponía que en los humanos el fenotipo y la conducta sexual constituían un *continuum*. A pesar del avance del movimiento feminista de la época y de su concepto de que los hombres y mujeres absolutos eran sólo “extremos inventados”, parece que Hirschfeld compartía el concepto tradicional de que las mujeres eran por naturaleza menos aptas que los varones para el trabajo intelectual. Por desgracia, en 1933, unos meses antes de que Adolf Hitler asumiera el poder, el Instituto de Ciencias Sexuales fue asaltado por estudiantes nazis y todos los archivos, libros, fotografías y cuestionarios fueron quemados públicamente en la Plaza de la Ópera de Berlín.

En función del estudio de los estados intersexuales, después se presentó la “época de las gónadas”, en que la presencia de ovario o testículo definirán el sexo verdadero de un individuo. Dicha etapa fue seguida por la “época de la cirugía”, a través de la que “en presencia de ambigüedad genital”, era preciso determinar qué sexo sería asignado al paciente, decisión que sólo estaba en manos del médico, quien resolvía cuál era el sexo “verdadero” e incluso lo creaba y reconstruía. Tal idea tenía como fundamento el trabajo de Money y colaboradores, quienes en 1950 propusieron que al momento de nacer, todos los niños (con o sin intersexo) eran “neutrales” desde el punto de vista psicosexual y que, en consecuencia, el género dependía en sumo grado de que la reconstrucción de la anatomía sexual fuera lo más adecuada posible. Así que el médico no sólo era quien decidía el sexo del niño sino que, para evitar confusiones, no mencionaba nada al paciente, en ocasiones tampoco a los padres y menos aún al resto de la familia o miembros del entorno social. Por fortuna, este viejo modelo de tratamiento ha quedado en el pasado y la ambigüedad genital ha comenzado a manejarse con otros parámetros.

En 1994 Donald Bateman mencionó que “por lo general la historia social de la medicina es registrada por médicos, trabajadores sociales o investigadores. Existen muy pocas crónicas de sus víctimas o de los pacientes tratados por ellos. Los enfermos, como los pobres, dejan muy pocos archivos”. Lo mismo aplica para aquellos sujetos etiquetados

como anormales desde el punto de vista anatómico y, en consecuencia, bajo atención médica, como ocurre con quienes sufren anomalías genitales. Tras analizar numerosos estudios y entrevistas con padres, en particular con pacientes adultos, la conclusión es que debe intentarse que la intersexualidad no sea estigmatizada, además de que la reconstrucción del sexo por métodos quirúrgicos y hormonales no es útil ni para los afectados ni para sus familias. De las entrevistas efectuadas a muchos de estos pacientes, surgieron objeciones hacia las cirugías practicadas, por los métodos utilizados en la asignación del sexo e incluso a errores cometidos en el manejo psicológico y emocional.

En respuesta a estos problemas emerge un nuevo paradigma que confronta la idea previa de que la asignación de sexo en un recién nacido con ambigüedad genital debe ser tratada como una emergencia. Se trata de un problema urgente, pero la única emergencia médica la constituye la hiperplasia suprarrenal congénita. En los demás casos, los médicos tratantes deben tener tiempo suficiente para asegurar una evaluación racional. A pesar de que algunos individuos con intersexo opinan que lo mejor es no asignar un género hasta que el afectado sea capaz de participar en esta decisión, la realidad es que se trata de una situación muy compleja desde el punto social y legal en la sociedad occidental moderna. Por supuesto, queda muy claro que es preferible una asignación correcta y no rápida.

Bajo este nuevo sistema, en el grupo multidisciplinario que designará el sexo del infante deben ser incluidos los padres, psiquiatras y psicólogos infantiles. El otro concepto importante de este nuevo paradigma es asignar un sexo al niño, pero retrasar las cirugías cosméticas hasta que el paciente las solicite, respetando su decisión en cuanto al sexo escogido brindando de manera permanente apoyo psicológico.

Siempre debe recordarse que los mismos afectados son los verdaderos expertos en lo referente a sus propias experiencias.

ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE EL SEXO DE ASIGNACIÓN EN PERSONAS CON AMBIGÜEDAD GENITAL

Ivan Arango de Montis

Más allá de las vicisitudes genéticas que determinan las características de los genitales de un individuo cuando nace, debe recordarse que es diferente la forma en que han sido tratadas las personas con estados intersexuales a lo largo de la historia. Una cosa es la explicación genética o fisiológica de lo que ocurre en los genes, enzimas o receptores que determinan cómo se ven los genitales, y otra muy distinta es lo que le ocurre al individuo en su devenir con el sexo al que ha sido asignado y el trato que recibe de parte de sus padres y en el entorno social donde se desarrolla. Ya hemos visto en este capítulo que las personas intersexuales han sido percibidas por la sociedad de diversas maneras a lo largo de la historia. Es hasta cierto punto reciente que la medicina ha abordado el problema de los estados intersexuales, no sólo comprendiendo las causas que originan tales condiciones, sino incluso decidiendo —sobre todo al implementar procedimientos quirúrgicos— la identidad de género de una persona.

Los procesos fisiológicos que tienen el potencial de acabar con la vida de un individuo con estados intersexuales son bien conocidos, de modo que se han desarrollado intervenciones médicas para que dichas personas logren mantenerse vivas. La necesidad de decidir mediante cirugía el sexo de asignación sirve a razones que no inciden de modo directo con la vida o la muerte del recién nacido, sino para tranquilizar a los padres y al grupo social de un cierto Estado para el cual el orden social no está preparado (en el lenguaje, en el derecho) ya que la normatividad social sólo considera dos categorías en lo que a género se refiere: masculino o femenino y, por tanto, cuando nace alguien con ambigüedad genital confronta toda una serie de premisas:

- 1) Sólo hay dos géneros.
- 2) El género de una persona no puede variar.
- 3) Los genitales son el signo esencial del género.
- 4) Cualquier excepción a los dos géneros no debe ser tomada en cuenta.
- 5) No hay transferencias de un género a otro además de las que ocurren en ceremonias excepcionales.
- 6) Todas las personas deben ser clasificadas como miembros de un género o del otro.
- 7) La dicotomía masculino/femenino es natural
- 8) La pertenencia a un género u otro es natural.

Premisas que tienen que ver con aspectos relacionados a la socialización del género, a las normas y a las atribuciones realizadas a partir de la clasificación genérica a lo largo de la vida de un individuo, y que estructuran y refuerzan un sistema social fundado en el binarismo sexual, el heterosexismo y el patriarcado.

Sharon Preves retoma el hecho de que —al margen de que esto se encuentre a nivel consciente o no— el género estructura no sólo el sentido más básico del “sí mismo”, sino también las primeras instituciones sociales, desde aspectos que van del desarrollo de la identidad y la interacción social cotidiana hasta la incidencia en la estructura familiar, en las relaciones económicas, políticas y religiosas. El género es uno de los organizadores primarios de la sociedad y de la vida cotidiana.⁶⁶

Desde una edad muy temprana, niños y niñas aprenden que el género representa un principio rector por medio del cual sus vidas adquieren forma. También aprenden distinciones claras al respecto del género, pues desde que nacen son socializados para habitar y experimentar mundos socialmente distintos: el mundo de los hombres o el de las mujeres.

La clasificación de las personas con base en el género inicia desde el nacimiento (e incluso antes, con las nuevas tecnologías de imágenes ultrasonográficas) y la asignación o la inclusión del producto a una de las “dos” categorías validadas socialmente (masculino/femenino) es uno de los elementos básicos de la socialización temprana. Una vez asignado el sexo de un niño o de una niña (lo que por lo general se hace en función de las características de sus genitales externos) inicia un proceso de socialización género-dependiente, se escogen los nombres pertinentes, de niño o niña, los colores de la ropa y en el imaginario de los padres se prefigura una vida para un hombre o para una mujer. Una de

las razones por las cuales los padres anuncian el sexo del bebé apenas nace tiene que ver con el hecho de que la realidad social se organiza por el género y muchos padres encuentran serias dificultades cuando la ambigüedad genital del bebé los coloca frente a una condición indefinida.

De ahí que en la historia de la medicina haya surgido la “solución quirúrgica”, por medio de la cual se intenta modificar de manera cosmética no sólo un estado de ambigüedad genital sino también se busca “normalizar” la socialización de la persona y sus relaciones dentro del marco del binarismo genérico prevaleciente.

La intervención quirúrgica, como resolución cosmética de la ambigüedad genital antes de que el individuo mismo lo pueda decidir, a menudo implica sucesivas hospitalizaciones. La historia de hospitalizaciones recurrentes representa un factor de riesgo para el desarrollo de problemas emocionales.⁶⁷ La realización de intervenciones quirúrgicas durante los primeros años de vida —en particular la cirugía clitorídea en personas con estados intersexuales con ambigüedad genital—, está vinculada con deterioro de la función sexual en la vida adulta.⁶⁸ A este respecto se ha documentado que, para efectos de la cirugía genital cuando la persona lo decida, la conservación del capuchón del clítoris es fundamental para la conservación de la sensibilidad al placer.⁶⁹

El desarrollo psicosexual de las personas con ambigüedad genital, el funcionamiento sexual y la satisfacción con el sexo de asignación es variable, en el caso del síndrome de insensibilidad a andrógenos se ha reportado que los factores relacionados con insatisfacción en el funcionamiento psicosexual, son el antecedente de abuso sexual en la infancia y la presencia de obesidad mórbida.⁷⁰

Cuando en el seguimiento a largo plazo para evaluar los efectos del tratamiento médico, quirúrgico y psicosexual se toman en cuenta otras condiciones distintas al síndrome de insensibilidad a andrógenos (como el caso de disgenesia gonadal), se ha reportado que a pesar de que en promedio a los hombres se les realizan en promedio 5.8 cirugías y a las mujeres 2.1, 90% de los hombres y 83% de las mujeres tienen vida sexual; sin embargo, 23% refiere insatisfacción con el sexo asignado por padres y médicos.⁷¹

El reconocimiento del estado intersexual obliga la siguiente pregunta: ¿por qué una cultura se empeña tanto en mantener un sistema fundado en sólo “dos” sexos cuando hay excepciones claras y consistentes a esa norma? Una de las razones tiene que ver con que el estado intersexual no es congruente con el entendimiento “binario” del sexo y del género, además, dicho sistema basado en el género sirve de fundamento para las formas más básicas de interacción y organización social. De ahí que cualquier excepción a la normatividad binaria del género genera el potencial para la estigmatización y la alienación. De acuerdo con Goffman, tales excepciones a la norma son identificadas o señaladas como “lo otro”, “lo raro” y, por tanto, impiden al individuo o grupo colocado en esa categoría alcanzar la aceptación social total. Por supuesto, una alienación así le causa a la persona o al grupo serias dificultades para aceptarse a sí mismo.⁷² El abordaje médico-quirúrgico de modificación cosmética genital decidido por los padres o por el médico sugiere la necesidad psicológica de alterar mediante cirugía el cuerpo del individuo intersexual a fin de evitar el estigma social.

Un estudio muy interesante para reflexionar sobre cuándo y quién decide el sexo y la identidad de género de una persona, es el realizado por Sharon Preves en 2005, cuando

entrevistó a 37 personas adultas con estados intersexuales: 16% reportaron no tener actividad sexual, 46% se involucraba sexualmente con personas con el mismo rol sexual y 24% se cambió el nombre.⁷³ La investigación de Preves pone en evidencia que un buen número de personas con estados intersexuales padecen y son sometidas a confinamiento, ocultamiento, estigma, a llegar a ser objeto de observación, estudio médico y de múltiples intervenciones quirúrgicas, con lo que el individuo no sólo pierde su privacidad corporal sino también la posibilidad de autodeterminación.

En respuesta a la tendencia a que el sexo de asignación y la apariencia genital de una persona con ambigüedad genital sea definida quirúrgicamente por los padres y por el médico, personas con estados intersexuales han conformado asociaciones que se pronuncian por: “El cambio sistemático para acabar con la humillación, el ocultamiento y las cirugías genitales no deseadas para personas que nacen con una anatomía que otra persona decide como no estándar para lo masculino o femenino [...] ya que:

1. La intersexualidad es de manera primordial un problema de estigma y trauma y no de género.
2. El malestar de los padres no debe tratarse por medio de una cirugía en el niño.
3. El cuidado por profesionales de salud mental es esencial.
4. La información completa y honesta es una buena práctica médica.
5. Todos los infantes deben ser asignados como niños o niñas sin cirugía temprana.”⁷⁴

EPIDEMIOLOGÍA DE LOS TRASTORNOS DE IDENTIDAD DE GÉNERO

Al margen de que la frecuencia de los trastornos de identidad de género es escasa, es evidente que los datos de prevalencia son muy variables y oscilan entre 1:100000 a 1:24000 para transexuales de hombre a mujer y de 1:400000 a 1:100000 para transexuales de mujer a hombre. El número de casos parece mostrar la tendencia a incrementarse en una proporción de hombre/mujer de 3:1. El cuadro 8-1 muestra los diferentes síndromes que presenta el conflicto de identidad de género.

Cuadro 8-1. Síndromes clínicos relacionados con conflictos de identidad de género
Disforia de género en la niñez
Disforia de género en la adolescencia
Disforia de género en al edad adulta
Síndromes intersexuales
Síndrome de identidad de género no especificado

La edad media en que los transexuales solicitan una intervención quirúrgica de reasignación es de 20 a 25 años para el grupo de mujer a hombre y de 25 a 30 años para el grupo de hombre a mujer.⁷⁵ Sin embargo, existen otros reportes en donde figuran estadísticas distintas; en el estudio de los Países Bajos arroja prevalencias de trastorno de identidad de género en 1 de cada 11 900 hombres y en 1 de cada 30 400 mujeres. Se han

identificado por lo menos cuatro factores que permiten o que favorecen un incremento todavía mayor en la prevalencia de dicha condición: 1) el diagnóstico ocasional de trastornos de identidad de género en pacientes que son vistos por ansiedad, depresión, trastornos bipolar, de conducta, por uso de sustancias, disociativos, de personalidad limítrofe o estados intersexuales. 2) Algunas personas con travestismo, personificadores femeninos, homosexuales femeninas y masculinos llegan a presentar en alguna medida algún grado de trastorno de identidad de género. 3) La intensidad de los trastornos de identidad de género fluctúa por debajo y por encima de un umbral clínico. 4) La condición genérica de individuos con cuerpos femeninos resulta invisible para la cultura, en particular para los profesionales de disciplinas científicas y de la salud mental.

HISTORIA NATURAL DEL TRASTORNO DE IDENTIDAD DE GÉNERO

Además de la falta de datos sistematizados con respecto a la evolución de los trastornos de identidad, a un número importante de niños y niñas con disforia de género se les quita el deseo de cambiar de sexo y género con la edad, incluso sin intervención terapéutica alguna.

Una vez que se realiza el diagnóstico, el abordaje terapéutico implica tres fases (proceso también conocido como terapia triádica): 1) experiencia de “vida real” en el rol genérico deseado; 2) tratamiento con hormonas del género deseado y 3) tratamiento quirúrgico de reasignación genital o de modificación de otros caracteres sexuales. Existen observaciones clínicas que impiden a los clínicos realizar una prescripción inmediata de la terapia triádica a expensas sólo del establecimiento del diagnóstico. Hay personas que de manera minuciosa han sido diagnosticadas con el trastorno de identidad de género y que modifican sus aspiraciones de un momento a otro; también hay quienes llegan a acomodar su identidad genérica de manera satisfactoria sin intervención médica alguna; otros desisten de continuar con la terapia triádica durante el proceso psicoterapéutico. Hay centros de atención para personas con trastorno de identidad de género que reportan altas tasas de deserción; el porcentaje de personas que se beneficia del tratamiento triádico varía de manera significativa entre distintos estudios reportados. Sin embargo, un número importante de personas con trastorno de identidad de género sí desean las tres fases de tratamiento.

La secuencia más común con la que transitan por las distintas fases de tratamiento es: primero, tratamiento hormonal, después la experiencia de vida real y, en tercer término, la cirugía; en algunas ocasiones la secuencia varía e inician con la experiencia de vida real, seguida de la terapéutica hormonal y, por último, la intervención quirúrgica. En algunos casos de mujeres biológicas, el método preferido consiste en tratamiento hormonal, a continuación cirugía de mamas (mastectomía bilateral) y al final la experiencia de vida real. Con el tiempo y la experiencia ha sido posible determinar que no toda persona requiere que se implementen en ella las tres fases.

CONSIDERACIONES DIAGNÓSTICAS ACERCA DE LA

TRANSEXUALIDAD

A lo largo de la historia se ha documentado que en distintas sociedades han existido personas que solían vestirse con la ropa asignada al sexo opuesto y que llegaban a desempeñarse en oficios asignados desde el punto de vista social a un sexo distinto al marcado por su condición biológica.

La presencia de la transexualidad en distintas culturas evidencia que el fenómeno de la transexualidad no corresponde de manera exclusiva a una condición posmoderna, sino que se ha presentado en la historia de la especie humana en distintas épocas. La transexualidad se halla presente en distintas culturas: los fa'afafine en Samoa, los seguidores del culto de Yellama en la India, los muxes en México, aunque no necesariamente han sido consideradas por su grupo de pares como portadores de un problema médico.

La palabra “transexualidad” apareció en el decenio de 1950-1959 y se ha popularizado desde entonces a la par de los desarrollos médico-quirúrgicos. Sin embargo, la vivencia de las personas transexuales corresponde a variantes en el desarrollo de la identidad de género.

Garaizabal propone que el desarrollo transexual de la identidad de género no sería considerado como patológico o como un trastorno si “la conceptualización de los géneros en masculino y femenino, de manera dicotómica y sin *continuum* entre ambos, no fuera tan normativa como lo es en las sociedades occidentales. La supuesta naturalidad que se atribuye a los géneros, así como la rigidez en la adscripción de los roles que se consideran socialmente adecuados para hombres y mujeres (modelos vigentes de masculinidad y feminidad) llevan a que las personas que no responden a estos modelos sufran discriminaciones sociales y tengan graves dificultades para construir una identidad personal estable”.⁷⁶

Al respecto del conflicto o problemática en la forma en que se ha conformado la identidad de género, algunos autores hablan de umbrales, es decir, se considera que una persona ha “traspasado el umbral” y presenta el trastorno de identidad cuando el cuestionamiento y la incertidumbre con respecto a la identidad persisten a lo largo de su desarrollo como persona y adquieren tal intensidad que llegan a constituirse en el eje central de su vida o impiden la conformación de una identidad libre de conflicto. Cuando esto ocurre, la condición recibe distintas denominaciones: problema en la identidad de género, disforia de género, inquietud genérica, malestar genérico, conflicto de género o transexualidad.

La evolución de la nomenclatura diagnóstica médica incluye la aparición del término “transexual” en la literatura científica alrededor de 1950, con el cual se pretendía describir a la persona que aspiraba (o que de hecho vivía) al género opuesto a lo que su cuerpo — desde el punto de vista anatómico— indicaba, al margen de si se hubieran utilizado o no tratamientos hormonales o quirúrgicos. En el transcurso de los decenios de 1960-1969 y 1970-1979, los clínicos utilizaban el término “transexual verdadero” para designar a las personas con una historia de desarrollo de una identidad de género atípica, al respecto de la cual era posible predecir una mejor calidad de vida si se llevaba a cabo una secuencia terapéutica que culminara con un tratamiento quirúrgico de reasignación genital. En esas décadas se consideraba que los “transexuales verdaderos” eran personas que se identificaban con una transposición de género y que expresaban tal identificación de

manera conductual desde muy temprano en la infancia, en la adolescencia y en la vida adulta; individuos que, además, no presentaban ninguna o casi ninguna excitación sexual con la transposición en la vestimenta del género contrario y tampoco manifestaban ningún interés heterosexual relativo a su sexo anatómico. Los transexuales verdaderos podían ser de cualquier sexo. Sin embargo, el concepto de “transexual verdadero” se abandonó poco a poco en vista de que en la clínica casi no se encontraban pacientes que reunieran todas esas características. Así que surgió el término “síndrome de disforia de género” para señalar la presencia de un problema con respecto a la identidad de género en cualquiera de los sexos.

El diagnóstico de “transexualismo” apareció con la publicación del DSM-III en 1980 para designar a aquellos individuos con síndrome de disforia de género en los que se pudiera demostrar por lo menos dos años de interés continuo en transformar su sexo o sus cuerpos y su estatus genérico social. Algunas personas con disforia de género podían entonces ser diagnosticadas como con “trastorno de identidad de género de la adolescencia o de la vida adulta de tipo no transexual” o “trastorno de identidad de género no especificado”. Estos términos no eran tomados en cuenta en el medio, que utilizaba el término “transexual” para cualquier persona que quería cambiar su sexo y su género.

Con la aparición del DSM-IV en 1994, el término “transexualismo” fue sustituido por el de “trastorno de identidad de género” y, en función de la edad de las personas que presentaran un deseo e identificación persistente con una transposición de género y con un malestar persistente con su sexo anatómico o con el rol genérico de su sexo anatómico, se les tipificaba como individuos con trastorno de identidad de género de la niñez, de la adolescencia o de la vida adulta y para quienes no cumplían con tales criterios se consideraba que cursaban con trastorno de identidad de género no especificado, categoría que incluía a aquellos que deseaban una resección quirúrgica del pene (penectomía) o de los testículos (emasculación) sin experimentar el deseo de desarrollo mamario, o a quienes deseaban terapia hormonal y mastectomía (resección quirúrgica de las mamas) sin reconstrucción genital, a aquellos con condiciones intersexuales congénitas, con transposición en la vestimenta relacionada a periodos de estrés y a personas con una ambivalencia considerable a abandonar su estatus social genérico.

Los pacientes con trastornos de identidad de género o trastorno de identidad de género no especificado eran clasificados según el tipo de orientación sexual, es decir, con atracción sexual por hombres, por mujeres, por ambos o por ninguno. La especificación de la orientación sexual buscaba la identificación de quienes tenían una evolución más satisfactoria y no pretendía normar decisiones terapéuticas.

El término “transgénero” apareció entre la publicación del DSM-III y el DSM-IV, y ha sido utilizado de distintas maneras, hay quienes lo emplean para referirse a los individuos con una identidad de género inusual sin hacer implicaciones valorativas o de connotaciones psicopatológicas. También se le ha utilizado para referirse a todo aquel que experimenta algún tipo de conflicto relacionado con su identidad de género. El término “transgénero” no es un diagnóstico formal, en contraste con el de “trastorno de identidad de género”.

Las clasificaciones internacionales de las enfermedades codifican diferentes trastornos de la identidad de género que, a la sazón, han sido caracterizados por los criterios mostrados en los cuadros 8-2 y 8-3. En el cuadro 8-2 se muestra lo que dice el DSM-IV-TR y en el cuadro 8-3 se observa la que propone la CIEM-10, misma que consta de cinco categorías

diagnósticas para los trastornos de la identidad de género bajo el código (F64).

Cuadro 8-2. Clasificación de los trastornos de la identidad de género según el DSM-IV-TR

Trastorno de identidad sexual

A. Identificación acusada y persistente con el otro sexo (no sólo el deseo de obtener las supuestas ventajas relacionadas con las costumbres culturales).

En los niños, el trastorno de identidad de género se manifiesta por cuatro o más de los siguientes rasgos:

1. Deseos repetidos de ser, o insistencia en que uno es, del otro sexo.
2. En los niños, preferencia por el transvestismo o por simular vestimenta femenina; en las niñas, insistencia en portar sólo ropa masculina.
3. Preferencias marcadas y persistentes por el papel del otro sexo o fantasías referentes a pertenecer al otro sexo.
4. Deseo intenso de participar en los juegos y en los pasatiempos propios del otro sexo.
5. Preferencia marcada por compañeros del otro sexo.

En los adolescentes y adultos la alteración se manifiesta por síntomas como un deseo firme de pertenecer al otro sexo, ser considerado como del otro sexo, un deseo de vivir o ser tratado como del otro sexo o la convicción de experimentar las reacciones y las sensaciones típicas del otro sexo.

B. Malestar persistente con el propio sexo o sentimiento de inadecuación con su rol.

La alteración se manifiesta por cualquiera de los siguientes rasgos: en los niños, sentimientos de que el pene o los testículos son horribles o van a desaparecer, que sería mejor no tener pene o aversión hacia los juegos violentos y rechazo a los juguetes, juegos y actividades propios de los niños. En las niñas, rechazo a orinar en posición sentada, sentimientos de tener o de presentar en el futuro un pene, de no querer poseer pechos ni tener la menstruación o aversión acentuada hacia la ropa femenina.

En los adolescentes y adultos la alteración se manifiesta por síntomas como preocupación por eliminar las características sexuales primarias y secundarias o creer que se ha nacido con el sexo equivocado.

C. La alteración no coexiste con una enfermedad intersexual.

D. La alteración provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Trastorno de identidad sexual no especificado

En esta categoría se incluye para codificar los trastornos de la identidad sexual que no se clasifican como trastorno de la identidad sexual específico. Los ejemplos incluyen:

1. Enfermedades intersexuales (síndrome de insensibilidad a los andrógenos o hiperplasia suprarrenal congénita y disforia sexual acompañante).
2. Comportamiento transvestista transitorio relacionado con el estrés.
3. Preocupación persistente por la castración o la penectomía sin deseo de adquirir las características sexuales del otro sexo.

Trastorno sexual no especificado

Esta categoría se incluye para codificar los trastornos sexuales que no cumplen los criterios para un trastorno sexual específico y que no constituyen una disfunción sexual ni una parafilia. Los ejemplos incluyen:

- Sensación profunda de inadecuación con respecto a la actitud sexual u otros rasgos relacionados con los estándares autoimpuestos de masculinidad o feminidad
- Malestar debido a un patrón de relaciones sexuales repetidas caracterizadas por sucesiones de amantes que constituyen sólo objetos para ser usados.
- Malestar profundo y persistente en torno a la orientación sexual.

Cuadro 8-3. Clasificación de los trastornos de la identidad de género según el CIE-10

El **transexualismo** (F64.0) incluye tres criterios diagnósticos:

1. El deseo de vivir y ser aceptado como un miembro del sexo opuesto a menudo se acompaña de hacer de su cuerpo lo más congruente posible con el sexo preferido por medio de una intervención quirúrgica y/o tratamiento hormonal.
2. La identidad transexual se ha presentado de manera persistente por lo menos durante dos años.
3. El trastorno no es un síntoma de otro trastorno mental o de una anormalidad cromosómica

El **travestismo** de rol dual (F64.1) incluye tres criterios:

1. El individuo utiliza ropa del sexo opuesto de manera temporal para sentirse miembro del sexo opuesto.
2. La transposición de ropa no responde a motivaciones sexuales.
3. El individuo no tiene el deseo de un cambio permanente al sexo opuesto.

El **trastorno de identidad de género de la infancia** (64.2) tiene criterios separados para niños y para niñas. Para las niñas:

1. El individuo presenta malestar persistente e intenso al respecto de ser niña y ha hecho explícito su deseo por ser niño (no sólo el deseo por cualquiera de las ventajas culturales que se perciben por el hecho de ser niño) o insiste en que ella es un niño.
2. Cualquiera de los siguientes criterios debe estar presente:
 - a. Aversión persistente y marcada a la ropa femenina e insistencia en la utilización ropa que corresponde al estereotipo masculino.
 - b. Repudio persistente a las estructuras anatómicas femeninas que se evidencia por lo menos con uno de los siguientes criterios:
 1. La convicción de que ella tiene o va a desarrollar un pene.
 2. Convicción de que ella no quiere desarrollar senos o menstruar.
 3. La niña no ha alcanzado la pubertad.
 4. El trastorno debe estar presente por lo menos durante 6 meses.

Para los niños:

1. El individuo muestra malestar persistente e intenso por el hecho de ser niño y tiene el deseo de ser una niña o insiste que es una niña.
2. Cualquiera de los siguientes criterios está presente:
 - a. Interés por las actividades estereotípicas femeninas, como se muestra por la preferencia de ropa femenina o por un deseo intenso de participar en juegos y pasatiempos de las niñas así como rechazo a los juguetes, juegos y actividades del estereotipo masculino.
 - b. Repudio persistente de las estructuras anatómicas masculinas como se muestra por la presencia de por lo menos una de las siguientes:
 - Que va a crecer y se va a convertir en mujer (no sólo el rol)
 - Que su pene o testículos son repugnantes o que van a desaparecer.
 - Que sería mejor no tener pene o testículos
3. El niño no ha alcanzado la pubertad
4. El trastorno debe estar presente por lo menos durante 6 meses.

Otros trastornos de la identidad de género. (F64.8) No tienen criterios específicos.

Trastorno de identidad de género no especificado. Sin criterios específicos.

Cualquiera de los dos diagnósticos previos puede ser utilizado para aquellos individuos con una condición intersexual.

TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS DE IDENTIDAD DE GÉNERO

El tratamiento de los trastornos de identidad de género implica un abordaje multidisciplinario por todo un equipo de profesionales que han de seguir un protocolo de tratamiento (Estándares de cuidado para los trastornos de identidad) que plantean que el papel del profesional de la salud mental consiste en:

1. Realizar el diagnóstico preciso del trastorno de identidad de género de acuerdo con la nomenclatura del DSM-IV-TR o CIEM-10.
2. Diagnosticar cualquier otra condición psiquiátrica comórbida y propiciar su tratamiento adecuado.

3. Aconsejar al individuo con respecto a las distintas posibilidades u opciones de tratamiento y sus implicaciones.
4. Facilitar que inicie la psicoterapia.
5. Establecer la elegibilidad y viabilidad del individuo para la terapia hormonal o quirúrgica.
6. Realizar recomendaciones formales a los colegas médicos y cirujanos que conforman el equipo multidisciplinario.
7. Documentar la historia clínica relevante del paciente en una carta de recomendación.
8. Formar parte de un equipo de profesionales con interés en los trastornos de identidad de género.
9. Educar a los miembros de la familia, empleadores e instituciones con respecto a la naturaleza de los trastornos de identidad de género.
10. Estar en disposición para realizar el seguimiento de los pacientes que se han atendido con anterioridad.

En términos generales, el trabajo clínico que se realiza con las personas que tienen un trastorno de identidad de género consiste en cualquiera de las siguientes opciones: abordaje diagnóstico, psicoterapia, experiencia de vida real con el otro sexo deseado, terapia hormonal y cirugía de reasignación. El alcance y secuencia de cada intervención ha de ser particularizado e individualizado según los lineamientos de los protocolos de tratamiento conocidos como los “Estándares de cuidado” de la Asociación Mundial de Profesionales para la Salud Transgénero (WPATH) (World Professional Association for Transgender Health, Inc.) anteriormente conocida como: Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association’s (Asociación Internacional de Disforia de Género Harry Benjamin).⁷⁷

SÍNDROMES INTERSEXUALES

Susana Kofman Alfaro

Gloria Queipo García

La diferenciación sexual es uno de los fenómenos biológicos de mayor trascendencia, ya que permite la perpetuación de las especies con reproducción sexual. En los mamíferos, incluyendo al humano, el desarrollo sexual es un proceso genéticamente controlado que se establece en tres estadios sucesivos: 1) el establecimiento del sexo cromosómico, 2) la formación y desarrollo de la gónada bipotencial (determinación gonadal) y 3) la diferenciación sexual fenotípica.⁷⁸ La determinación sexual se refiere a los eventos moleculares y celulares que se llevan a cabo para la formación testicular, ya que la presencia o ausencia del testículo es lo que definirá el dimorfismo sexual.⁷⁹

De forma normal, la primera etapa o cromosómica, se establece cuando el espermatozoide portador de un cromosoma X o Y fertiliza a un óvulo (siempre portador de un X), lo que origina un cigoto con complemento cromosómico XX que dará lugar a una mujer o bien XY que corresponde a un varón.

Una vez establecido el sexo cromosómico, el ambiente genético y celular sobre la gónada

indiferenciada conducirá a la segunda etapa, conocida como gonadal. En esta ocurren los cambios que llevan a la transformación de la gónada indiferenciada hacia testículo u ovario. En el primer caso, la presencia del gen determinante testicular (SRY) definirá el destino de la gónada primitiva e iniciará la cascada de señalización que finalizará con la formación del testículo fetal funcional, por el contrario, si se trata de una hembra, la ausencia de SRY favorecerá el desarrollo del ovario.

La etapa fenotípica es consecuencia de la acción hormonal producida por el testículo y de la ausencia de tal actividad en la hembra, lo que ocasionará la virilización de los genitales externos masculinos y la feminización de los femeninos.

Sexo cromosómico

En este evento, se establece el primer dimorfismo sexual que caracteriza a los mamíferos, en el cual la hembra presenta un complemento sexual cromosómico XX y el macho XY. Desde 1959, el estudio de pacientes con poliploidias del cromosoma X (47, XXY, 48, XXXY, 49, XXXXY), mostró que la presencia del cromosoma Y permite el desarrollo testicular, lo cual ocurre sin importar el número de cromosomas X presentes.⁸⁰ Además, sugirió la presencia de un factor determinante testicular (FDT) en el cromosoma Y, capaz de inducir el desarrollo hacia testículo; por el contrario, en ausencia del FDT (como ocurre en los productos 46, XX) la gónada bipotencial se desarrollará hacia ovario.⁸¹

Sexo gonadal

La gónada indiferenciada tiene una característica única dentro de los órganos en desarrollo: posee la capacidad de desarrollarse hacia testículo u ovario, de acuerdo con el ambiente genético y celular predominante. El primordio gonadal aparece como una estructura pareada que se desarrolla a partir del mesodermo intermedio. En el humano, alrededor del día 32 después de la fertilización el primordio gonadal se observa como un engrosamiento secundario a la proliferación de células somáticas que cubren el epitelio celómico de la cresta gonadal. Tales eventos son dirigidos por la expresión de diferentes genes que actúan sobre las células indiferenciadas. Muchos de los conocimientos acerca de los aspectos genéticos que intervienen en estos procesos se han obtenido a partir de estudios que modifican la genética de animales de laboratorio, como el ratón, además de estudiar a pacientes con alteraciones en el desarrollo gonadal. Sin embargo, la información acerca de la expresión génica y los mecanismos que participan en la diferenciación gonadal en el humano es escasa y aún no se esclarece por completo.⁸²⁻⁸⁴

Existen genes que participan en el establecimiento de la gónada bipotencial, por lo general se trata de factores de transcripción, de entre ellos, los dos más estudiados son *SF1* y *NR5A1*.⁸⁵⁻⁸⁸ Estos participan en algunos de los procesos de diferenciación temprana y —aunque no de manera consecutiva y no necesariamente interactuando entre sí— actúan desde la diferenciación de la cresta genital, hasta la distinción de las estirpes celulares específicas de las gónadas y estructuras relacionadas.

En esta etapa del desarrollo, los embriones de ambos sexos poseen un conducto paramesonéfrico mülleriano y un conducto mesonéfrico wolffiano. El primero dará origen más adelante al oviducto, útero, cérvix y parte superior de la vagina, mientras que el segundo formará al epidídimo, *vas deferens* y las vesículas seminales.

En este estadio, la gónada está formada por dos estirpes celulares: las células somáticas y germinales. Estas últimas derivan de un grupo de células precursoras denominadas células germinales primordiales (CGP), linaje que posee un origen extraembrionario. Las células germinales migran a la cresta gonadal a través del mesenterio intestinal y el mesonefros, llegando a colonizar la gónada justo antes de iniciar la diferenciación gonadal.⁸⁹

En el humano, las células germinales migran a la gónada durante la semana 6 y son rodeadas por los cordones sexuales, si el feto es XY los cordones sexuales continúan proliferando hasta la octava semana, en la cual se extienden profundamente en el tejido conjuntivo. Estos cordones sexuales se unen y forman una red interna (medular), mientras que en la región distal se forma la *rete testis*. Estas estructuras (que en esa etapa reciben el nombre de cordones testiculares) pierden contacto con la superficie del epitelio y son separadas por una delgada matriz extracelular conocida como túnica albugínea. La estirpe somática se compone, a su vez, de dos tipos celulares: células de sostén (Sertoli o granulosa) y células esteroideogénicas (Leydig o teca).

Diferenciación sexual fenotípica

Una vez que la gónada se ha desarrollado en testículo u ovario, el producto hormonal de estos órganos iniciará la diferenciación fenotípica, en donde se desarrollarán los genitales internos y externos. En la semana 6 a 8 de la gestación, el fenotipo masculino es producto de las hormonas secretadas por el testículo bien diferenciado. El primer evento es la involución de los conductos müllerianos, mediada por la hormona inhibidora de los conductos de Müller (HIM), que es el primer producto hormonal sintetizado por las células de Sertoli. La segunda hormona en actuar es la testosterona, producida por las células de Leydig, cuyo efecto principal se ejercerá sobre los conductos de Wolff, los cuales se diferenciarán en epidídimo, conductos deferentes, vesículas seminales y conducto eyaculador. Esta hormona inicia su secreción en la semana 9 de gestación y alcanza su expresión máxima en la semana 15, desciende al nacimiento y se mantiene así hasta la pubertad. La tercera hormona es la dehidrotestosterona (DHT) que resulta del metabolismo de la testosterona a su forma 5- α reducida por acción de la enzima 5- α reductasa, la cual se encargará de la diferenciación de los genitales externos. Al actuar sobre el tubérculo genital se desarrollará el pene, los pliegues genitales se alargarán y al fusionarse formarán la porción membranosa de la uretra masculina, mientras que los engrosamientos labioescrotales —localizados a ambos lados del orificio uretral— formarán el escroto, donde se alojarán los testículos hacia el tercer trimestre de la gestación cuando terminen su descenso (figura 8-6).

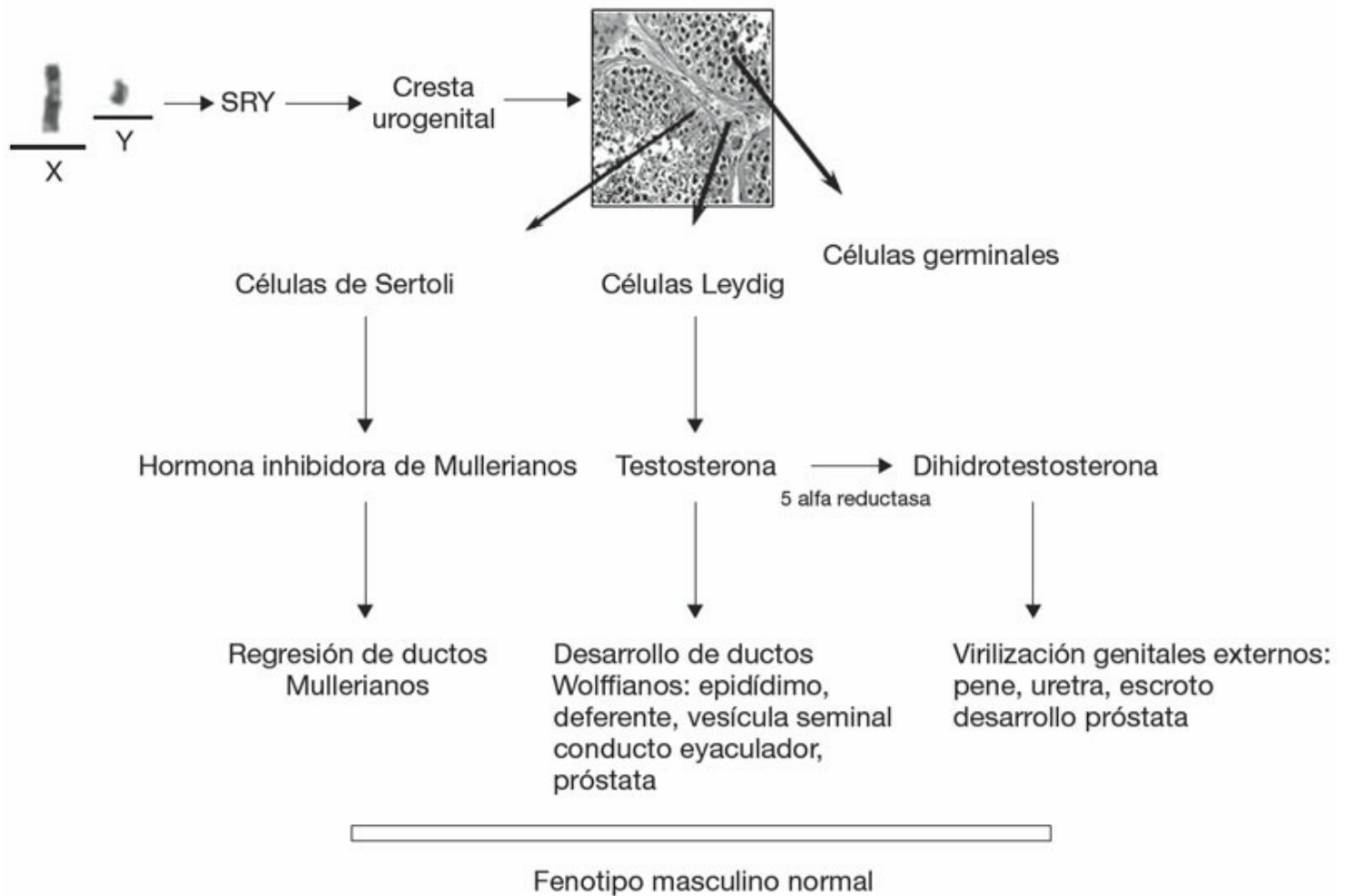


Figura 8-6. Diferenciación masculina normal.

En los individuos del sexo femenino será la ausencia de estas hormonas lo que conducirá al desarrollo de los ductos müllerianos en trompas de Falopio, útero y tercio superior de la vagina; al no haber testosterona, los ductos wolffianos involucionan hasta perderse, la testosterona no se bioconvierte a DHT, por lo que los genitales externos se feminizan (figura 8-7).^{90, 91}

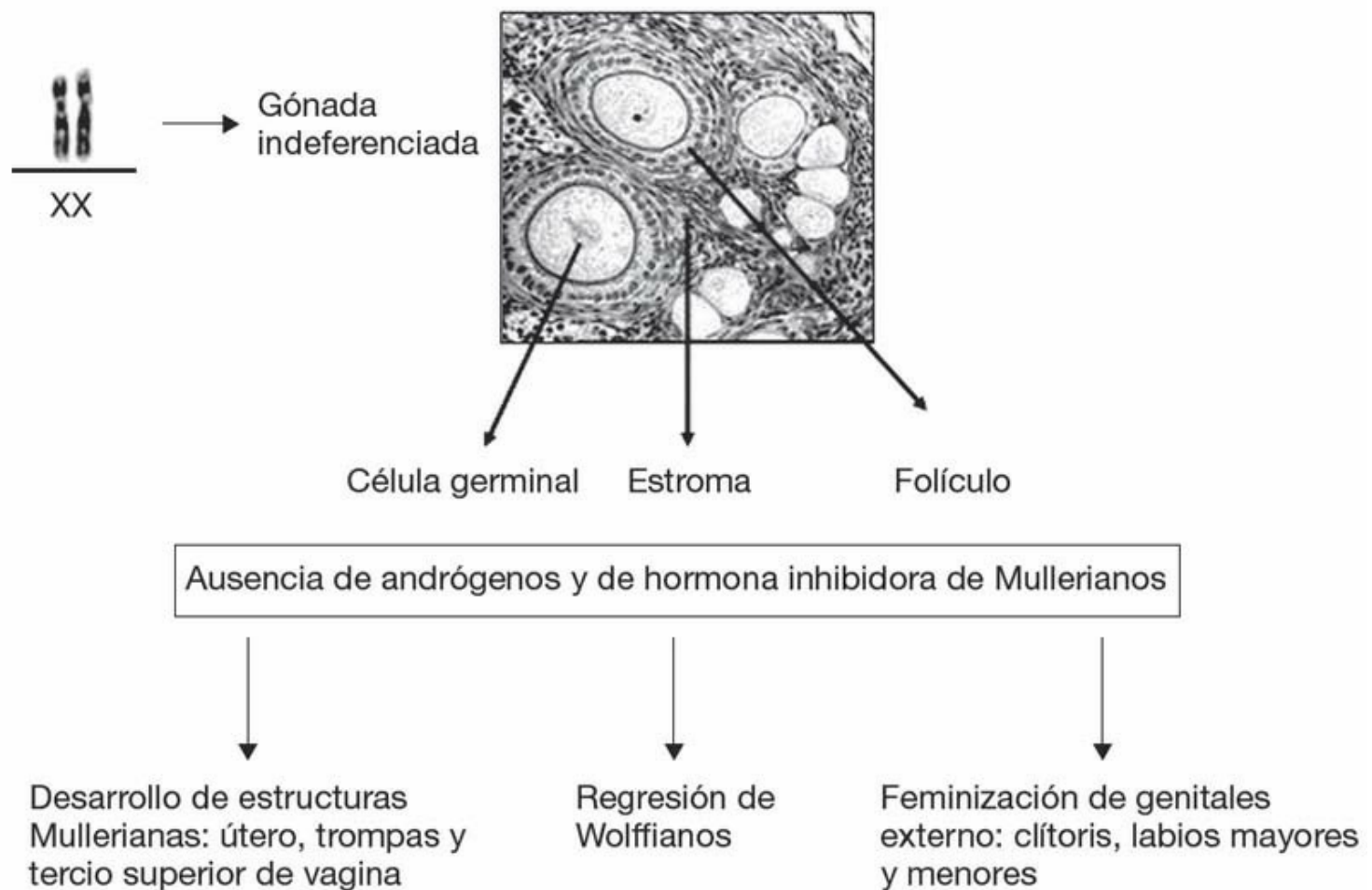


Figura 8-7. Diferenciación femenina normal.

Cualquier alteración en cada una de las etapas durante el desarrollo conducirá a las alteraciones de la diferenciación sexual, para su estudio, estas anomalías se han agrupado de acuerdo con el momento en el que ocurren, de modo que existen alteraciones del sexo cromosómico, gonadal y fenotípico.

ALTERACIONES DEL SEXO CROMOSÓMICO

Síndrome de Turner

El síndrome de Turner (ST) es una entidad compleja que resulta de la ausencia total o parcial de un segundo cromosoma sexual. Las principales características de este padecimiento son talla baja, disgenesia gonadal, infertilidad y una gama variable de anomalías físicas conocidas como estigmas somáticos del síndrome. Otros términos conocidos para esta enfermedad son disgenesia gonadal 45,X o síndromes de Bonnevie-Ullrich-Turner (figura 8-8).⁹²



Figura 8-8. Imágenes que ejemplifican el fenotipo Turner (Talla baja, cuello alado o palmeado, falta de desarrollo mamario).

La incidencia del ST es de 1 en 2 000 a 3 000 recién nacidas; sin embargo, el complemento cromosómico 45,X es una de las anomalías cromosómicas más comunes en abortos espontáneos del primer trimestre de gestación (15 a 20%).⁹³

Cariotipos asociados con el síndrome de Turner

Los cariotipos que pueden asociarse con el ST se muestran en el cuadro 8-4. El cariotipo 45,X es el más frecuente (55 a 60% de los casos), el cual se origina por la no disyunción de un cromosoma sexual durante la meiosis de uno de los padres, lo que resulta en un espermatozoide o un óvulo sin un cromosoma sexual. La presencia de mosaicos con una segunda línea celular con un cromosoma sexual normal o anormal son frecuentes en el padecimiento y se observan en alrededor de 24% de los casos.⁹⁴

Cuadro 8-4. Cariotipos asociados con el síndrome de Turner

1. Anomalías numéricas

Monosomía del X: 45,X

Mosaicos:

45,X/46,XX

45,X/47,XXX

45,X/46,XY

45,X/46,XX/47,XXX

2. Anomalías estructurales

Con pérdida de material del brazo corto del X

Isocromosoma de brazos largos: 46,X,i(Xq)

Deleción del brazo corto: 46,X,del(Xp)

Con pérdida de material del brazo largo del X

Deleción del brazo largo: 46,X,del(Xq)

Translocaciones X-autosoma

Translocación X:X

Anillo del X: 46,X,r(X)

Deleción de Yp: 46,X,del(Yp)

Isocromosoma de Yq: 46,X, i(Yq)

En 10 % de todos los casos de ST se encuentra un mosaico con una segunda línea celular con un cromosoma Y que puede ser normal o anormal. Estudios recientes en laboratorio realizados por los autores de esta sección, utilizando técnicas moleculares, han confirmado que un porcentaje significativo de pacientes en quienes no se observa cromosoma Y por citogenética, presentan líneas celulares con Y o secuencias del Y en su genoma (figura 8-9). En estas pacientes con cromosoma Y o secuencias del Y, el riesgo de desarrollar tumores gonadales como el gonadoblastoma o disgerminoma es de 10 a 20%.⁹⁵

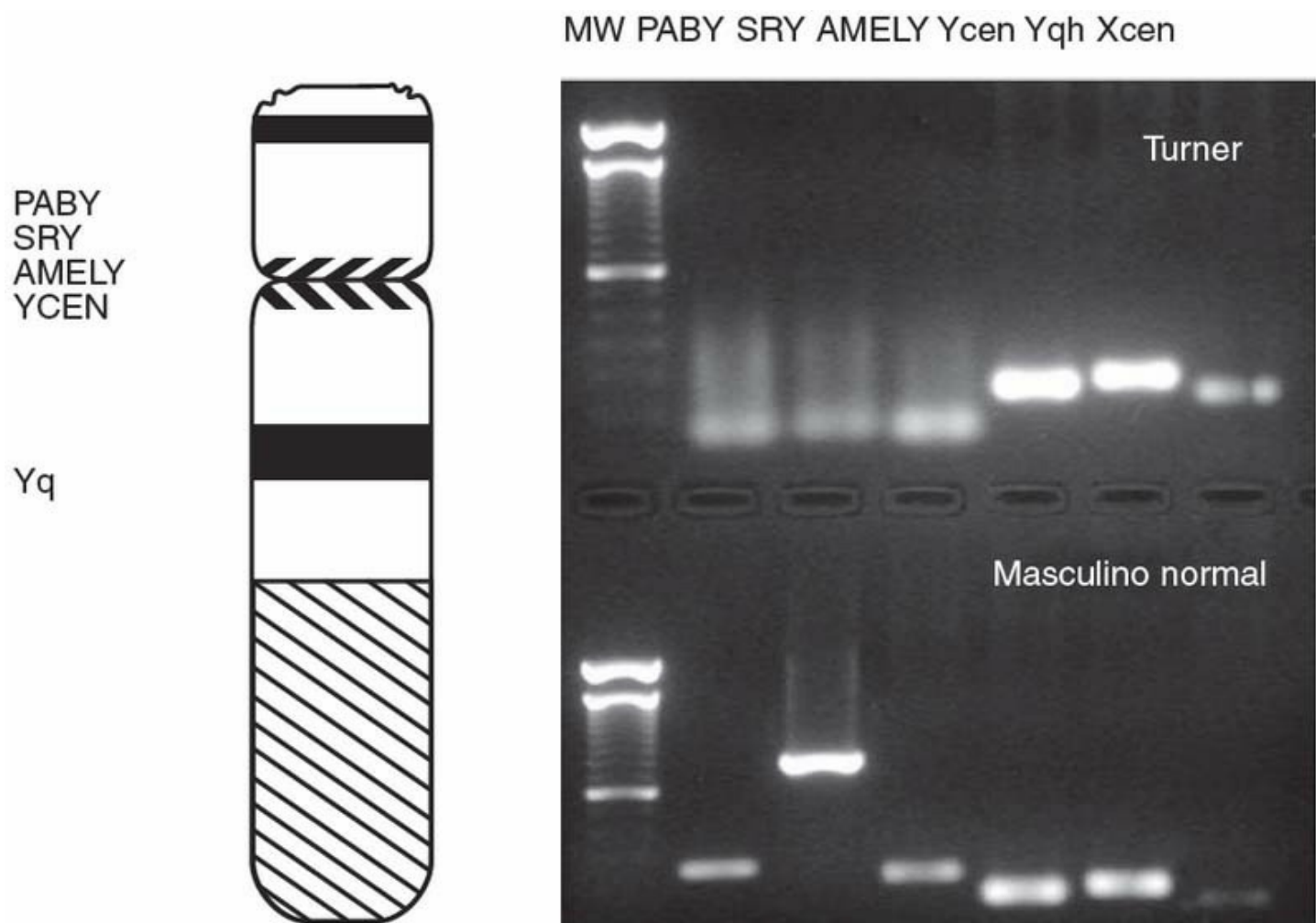


Figura 8-9. Secuencias del cromosoma Y positivas en paciente 45,X0.

El isocromosoma de brazos largos del X, 46,X,i(Xq), es la anomalía estructural más frecuente y se presenta en 17% de las pacientes: en 7% de ellas se observa un cromosoma X en anillo y en 6% se demuestran deleciones del brazo largo o del brazo corto del X. La deleción del brazo corto del cromosoma Y y el isocromosoma de Yq se asocian también a un fenotipo de ST.

Se ha observado que los diferentes cariotipos originan variabilidad en la expresión clínica de la enfermedad, por ejemplo, pacientes con deleción de Xp presentan talla baja y varios estigmas de ST, mientras que las que tienen deleción de Xq presentan sólo disgenesia gonadal sin malformaciones asociadas ni talla baja. Las pacientes con isocromosoma de Xq exhiben un fenotipo tan grave como el de las 45,X.

Cuadro clínico

Las principales características del ST se muestran en el cuadro 8-5. En las recién nacidas, el diagnóstico se sospecha ante la presencia de linfedema en el dorso de manos y pies, y de piel redundante en la región posterior del cuello. Su peso y talla al nacimiento son menores al promedio, la talla baja es una característica invariable en pacientes con ST y se considera que en los tres primeros años de vida la velocidad de crecimiento está dentro de lo normal, para desacelerarse después. A una edad ósea correspondiente a nueve años la diferencia entre pacientes con el síndrome y niñas normales es de 16 cm.⁹⁶ En un estudio realizado en pacientes mexicanas con ST del Hospital General de México se encontró una talla promedio de 133.8 cm para pacientes 45,X (36). La maduración esquelética es normal o un poco retrasada en la niñez y este efecto se acentúa en la adolescencia debido a la ausencia de esteroides gonadales. La aorta bivalva y la coartación aórtica son las anomalías cardiovasculares más frecuentes. Las valvas aortas bicúspides tienen un riesgo elevado de endocarditis bacteriana subaguda y tienden a progresar a valvas estenóticas o insuficientes. Se ha observado que las pacientes con coartación aórtica presentan cuello alado.⁹⁷

Cuadro 8-5. Principales características del síndrome de Turner	
Anomalía	%
Talla baja	100%
Infertilidad	99%
Disgenesia gonadal	97%
Displasia de pabellones auriculares	90%
Implantación baja del cabello	80%
Tórax en escudo	80%
Teletelia	75%
Pliegues epicánticos	70%
Micrognatia	70%
Anomalías ungueales	70%
Paladar arqueado	70%
Anomalías renales	65%
<i>Cubitus valgus</i>	50%
Acortamiento de metacarpianos y metatarsianos	50%
Nevos pigmentados	50%
Anomalías cardiovasculares	50%
Cuello ancho y corto	50%
Hipoacusia	50%
<i>Pterigium Colli</i>	40%
Diabetes	40%
Tiroiditis de Hashimoto	35%
Linfedema congénito	25%

Las anomalías renales más comunes son malrotación renal, riñón en herradura, duplicación de la pelvis renal y de los ureteros, y agenesia renal unilateral. Después de la pubertad, las pacientes a menudo acuden a consulta por ausencia de desarrollo sexual secundario y amenorrea primaria; sus gónadas son estrías alargadas de tejido conjuntivo desprovistas de folículos y localizadas en las mesosalpinges, paralelas a las trompas de Falopio. El perfil endocrinológico revela niveles elevados de LH y FSH y bajo estradiol. La ausencia de producción estrogénica ocasiona que los genitales internos y externos, aunque femeninos, permanezcan infantiles.

En las gónadas de productos de abortos 45,X se observan células germinales hasta la semana 12 de desarrollo y después se produce un aumento en el estroma de tejido conjuntivo, lo que conduce a una alteración en la producción folicular. Los estudios realizados en productos 45,X sugieren que muchas células germinales primordiales degeneran durante la oogénesis en las gónadas de estas pacientes y los oocitos que sobreviven sufren atresia acelerada.⁹⁸ La ausencia total o parcial de un segundo cromosoma sexual interfiere con el proceso normal de meiosis y las gónadas sin oocitos se transforman en estrías sin actividad endocrina ni gametogénica. En ocasiones es posible observar al nacimiento algunos folículos en las gónadas de mujeres 45,X mismos que desaparecen en la niñez tardía y la adolescencia. Algunas mujeres con fenotipo de ST han logrado embarazarse, lo cual parece ser debido a la presencia de una línea celular con complemento cromosómico normal en la gónada.⁹⁹ La identidad de género y las actitudes sexuales en el ST son femeninas y la mayoría de las pacientes adultas son autosuficientes y sexualmente activas.

En un estudio reciente se demostró que las pacientes con ST son muy propensas a presentar el llamado síndrome metabólico: hipertensión, dislipidemias, diabetes mellitus no insulino dependiente, obesidad, hiperinsulinemia e hiperuricemia. Estos datos explican en parte la reducción en la expectativa de vida observada en las mujeres con ST.¹⁰⁰

Etiopatogenia

A pesar de los avances en el conocimiento de esta enfermedad, aún se desconocen los mecanismos por los cuales la ausencia total o parcial de un cromosoma sexual origina un cuadro clínico tan variable como el observado en el ST. Se ha sugerido que algunas de las alteraciones físicas observadas en el ST pudieran ser secundarias a edema grave durante la embriogénesis, causada por hipoalbuminemia e hipoplasia de los conductos linfáticos.¹⁰¹

Aunque se sabe poco acerca de los aspectos moleculares del ST, es evidente que la haploinsuficiencia (presencia de una sola copia) de ciertos genes podría ser la causa del fenotipo. Los genes candidatos para el ST deben cumplir al menos dos requisitos: escapar

al proceso de inactivación del cromosoma X y tener un homólogo funcional en el cromosoma Y. Hasta el momento se han identificado dos genes que cumplen con estas características: RPS4X y SHOX.¹⁰² RPS4X es un gen localizado en Xq13 que codifica la proteína ribosomal S4; su homólogo, RPS4Y, está situado en Yq11.1.

Se ha postulado que algunas de las anomalías somáticas en el ST pudieran ser consecuencia de la deficiencia de este gen conservado desde el punto de vista evolutivo. Sin embargo, su localización en el brazo largo del X hace poco probable que su haploinsuficiencia (presencia de una sola copia) sea la causa del cuadro clínico del síndrome. SHOX se localiza en la región pseudoautosómica 1 (PAR1), codifica para un factor de transcripción y sus mutaciones o deleciones originan talla baja, por lo que se infiere que la haploinsuficiencia de este gen contribuye al desarrollo de la talla baja en el ST.

Otros genes propuestos como causantes del fenotipo del ST son ZFX y su homólogo ZFY. Sin embargo, los estudios realizados en ratones deficientes para ambos genes no han aportado evidencias concluyentes de esta participación. Las investigaciones actuales están centradas en otros miembros del grupo de genes homólogos en X y Y que escapan al proceso de inactivación del X y en un probable gen para linfedema.¹⁰³

Diagnóstico

En presencia de un cuadro clínico sugerente de ST se debe realizar cariotipo en sangre periférica (y, de ser posible, también en otros tejidos para descartar mosaicismo); ecocardiograma; urografía excretora o USG renal; examen auditivo periódico; pruebas de función tiroidea; mediciones periódicas de la glucosa plasmática después de la adolescencia; monitorización ortopédica para escoliosis y osteoporosis.¹⁰⁴ Asimismo, en los casos 45,X debe realizarse un estudio de secuencias ocultas para el cromosoma Y.

Tratamiento

El tratamiento de las pacientes con ST está dirigido a aumentar la talla final, corregir las anomalías somáticas, inducir las características sexuales secundarias y las menstruaciones, además de prevenir complicaciones asociadas.

La administración de hormona de crecimiento es efectiva y promueve un aumento en la talla final de entre 5 y 10 cm; se recomienda iniciar el tratamiento con esta hormona entre los 5 y 7 años de edad y suspenderlo cuando el crecimiento sea menor a 2 cm por año o cuando se alcance una edad ósea de 15 años. La terapia de reemplazo con estrógenos para inducir desarrollo sexual secundario y menstruaciones debe iniciar después de alcanzarse una edad ósea de 11 años (por lo general entre los 13 y 15 años de edad). Se basa en la administración por vía oral de estrógenos conjugados o de etinil estradiol y las pacientes deberán ser evaluadas de manera periódica. Las pacientes con cromosoma Y deberán someterse a extirpación profiláctica de las gónadas por el riesgo de malignización.¹⁰⁵

Síndrome de Klinefelter

El síndrome de Klinefelter (SK) es la anomalía cromosómica más frecuente en humanos, presentándose con una incidencia de 1 en 500 recién nacidos vivos varones. Los afectados presentan un cromosoma X supernumerario, lo que conduce a falla testicular primaria con infertilidad e hipoandrogenismo. El SK es considerado como la causa más frecuente de hipogonadismo hipergonadotrópico (figura 8-10).¹⁰⁶

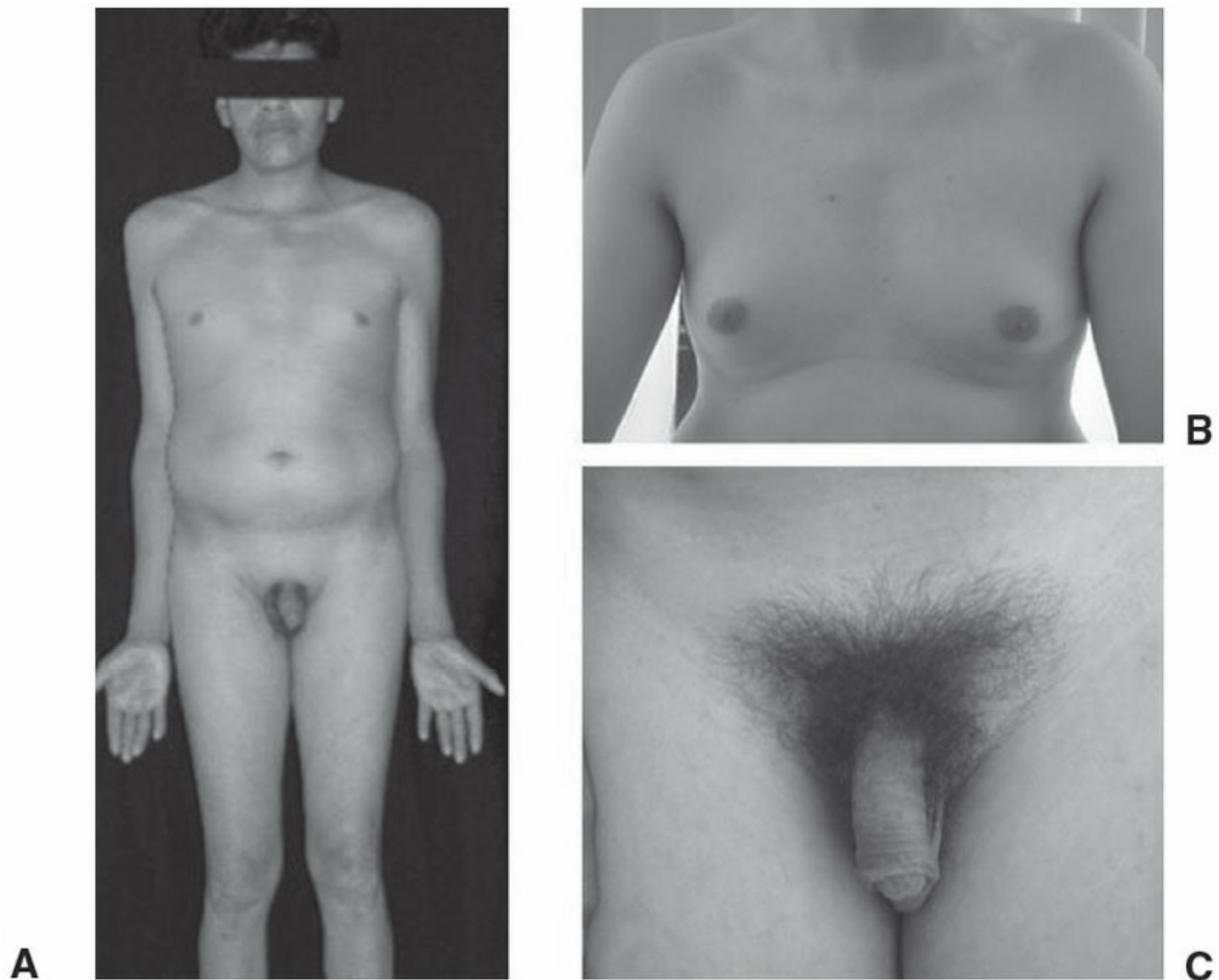


Figura 8-10. Fenotipos de síndrome de Klinefelter. **A)** Constitución eunucoide, barba escasa o nula. **B)** Ginecomastia. **C)** Distribución ginecoide de vello púbico y ausencia de desarrollo testicular.

El SK es un tipo de falla testicular primaria caracterizada por producción deficiente de testosterona que conduce a niveles elevados de gonadotropinas por falta de retroalimentación negativa androgénica en la adenohipófisis. En biopsias testiculares realizadas a niños con SK se ha observado sólo reducción en el número de células germinales, pero después de la pubertad se aprecia hialinización y fibrosis de los túbulos seminíferos que originan disminución del volumen testicular y aumento de su consistencia (figura 8-11).

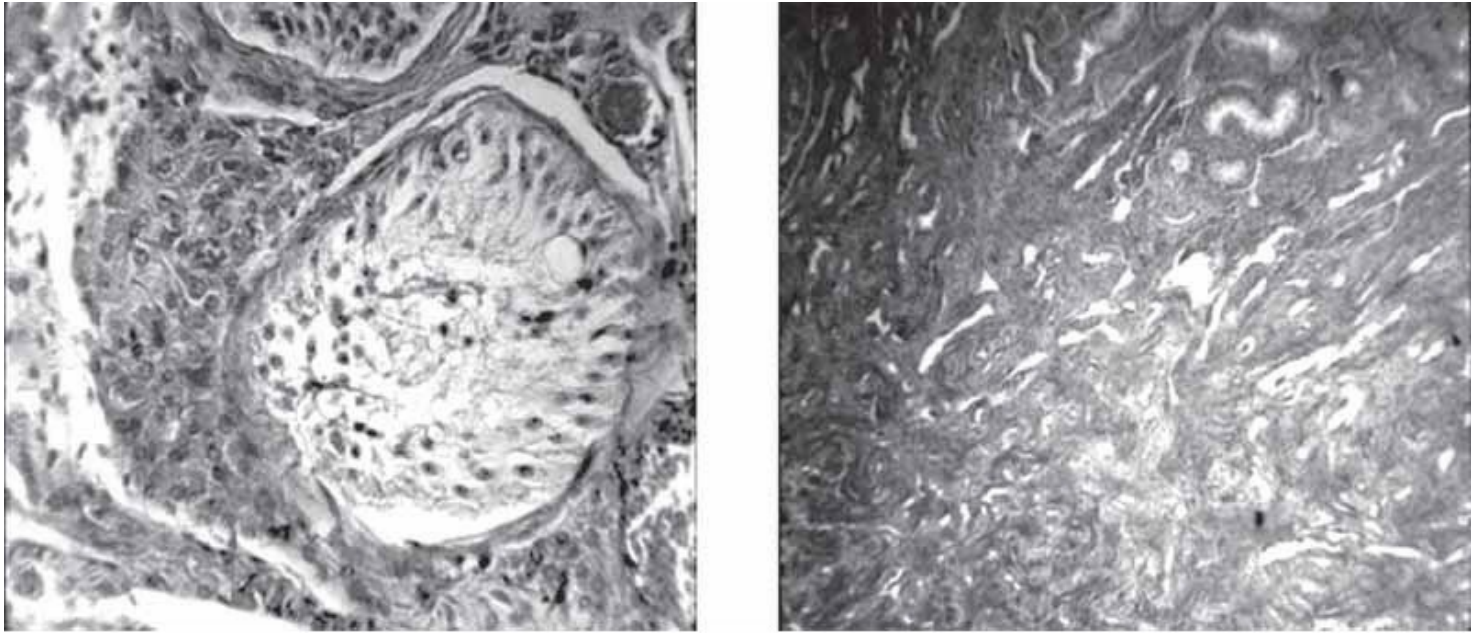


Figura 8-11. Hallazgos histológicos en el síndrome de Klinefelter en una biopsia testicular en niños.

La ausencia de espermatogénesis en el SK es secundaria a la presencia de cromosomas X supernumerarios que se mantienen activos durante la gametogénesis.

Es importante considerar que la presencia de un mosaico con una línea celular 46,XY normal puede modificar la expresión del síndrome y ocasionar grados menores de deficiencia androgénica. El mosaico más frecuente en el síndrome de Klinefelter es 46,XY/47,XXY que se presenta en 6% de los casos (cuadro 8-6).

Cuadro 8-6. Cariotipos asociados con el síndrome de Klinefelter
47,XXY (80%) Mosaicos (10 a 15%) 46,XY/47,XXY 46,XX/47,XXY 45,X/46,XY/47,XXY 46,XY/48,XXXY 47,XXY/48,XXXY Variantes (5 a 10%) 48,XXYY 48,XXXY 49,XXXXY 49,XXXYY

En los cariotipos considerados como variantes, mientras mayor sea el número de cromosomas X supernumerarios, mayor será la frecuencia y gravedad del retraso mental y de las malformaciones asociadas.

Cuadro clínico

El diagnóstico de SK en la infancia debe sospecharse en todo individuo prepúber con dos

o más de los siguientes datos: 1) extremidades inferiores largas; 2) testículos pequeños; 3) anomalías en el aprendizaje; 4) retraso en el desarrollo del lenguaje. El diagnóstico en el adulto es más sencillo de realizar, ya que es factible identificar las características listadas en el cuadro 8-7.

Cuadro 8-7. Rasgos diagnósticos del síndrome de Klinefelter en varones adultos	
Alteración	Frecuencia
Azoospermia	99 a 100%
Disminución del volumen testicular	99 a 100%
Hipergonadotropismo	90 a 100%
Hábito eunucoide	> 80%
Testosterona disminuida	65 a 85%
Vello facial escaso	60 a 80%
Ginecomastia	50 a 75%
Vello púbico escaso	30 a 60%
Problemas de aprendizaje/sociales	> 50%

El hábito eunucoide es un dato clínico frecuente y se considera cuando existe una discordancia mayor de 6 cm entre el segmento corporal inferior y el superior aunado a una brazada mayor que la talla. La talla está aumentada en la mayoría de los pacientes adultos con SK y se debe a que las extremidades inferiores son más largas de lo normal. Esta característica ha sido atribuida a la falta de cierre de la placa epifisaria de los huesos largos que en condiciones normales es promovida por la testosterona, aunque la presencia de genes extra para estatura en los X supernumerarios también contribuye al desarrollo de este rasgo.¹⁰⁷

El perfil hormonal pospuberal muestra hipogonadismo hipergonadotrópico caracterizado por niveles elevados de LH y FSH, y testosterona baja. Los individuos con mosaicismo presentan gran variabilidad clínica, sobre todo en las características histológicas testiculares y en aquellos con cariotipo 48,XXXY o 49,XXXXY se observa, además del hipogonadismo, diversas anomalías craneofaciales y esqueléticas. Es importante considerar que existe amplia variabilidad en la expresión clínica de la enfermedad, misma que depende en gran parte del tiempo y gravedad de la deficiencia androgénica.

Anomalías asociadas

Cáncer. La incidencia de carcinoma de mama en la población general de hombres es de 1 en 10 000, mientras que en pacientes con SK es 20 veces mayor. Un 4% de todos los casos de carcinoma de mama en varones se presentan en pacientes con SK y casi todos los que desarrollan la neoplasia presentan primero ginecomastia, que puede ser un factor predisponente. También son frecuentes los tumores de células germinales extragonadales (mediastinales y prostáticos) que se originan en células germinales primordiales que no completaron su migración del saco vitelino a la cresta genital durante el desarrollo embrionario. En los pacientes con SK en su segunda década de vida, está indicada la realización de una telerradiografía de tórax. Por otra parte, en los pacientes jóvenes con tumores de origen germinal extragonadal se debe realizar un estudio citogenético para

descartar SK.

Enfermedades autoinmunitarias. En pacientes con SK existe una incidencia aumentada de enfermedades autoinmunitarias como lupus eritematoso, artritis reumatoide y síndrome de Sjögren, entre otros. Se ha propuesto que el hipoandrogenismo y el hiperestrogenismo sean factores importantes en la etiología de estas enfermedades, aunque también se han observado anomalías en linfocitos supresores de células T.

Anomalías intelectuales y psiquiátricas. La prevalencia de pacientes con SK entre varones recluidos en instituciones penales y psiquiátricas es de 1%, cinco veces más que para la población general. El aprovechamiento escolar es bajo, con anomalías en las áreas de lenguaje, memoria y atención; el coeficiente intelectual de estos individuos es de entre 10 a 15 puntos menor al de sus hermanos normales. Las alteraciones psiquiátricas como depresión y ansiedad también son comunes. Las características eunucoides, las alteraciones en el lenguaje y la coordinación motora deficiente, hacen que estos pacientes presenten inseguridad y baja autoestima, lo que conduce a dificultades en las relaciones sociales y personales.

Un aspecto interesante del padecimiento es que, a pesar de su alta incidencia en recién nacidos, pocos individuos con SK son evaluados en la clínica. Esto quizá se deba, entre otras razones, a que algunos sujetos sólo presenten anormalidades fenotípicas leves o a factores socioculturales.¹⁰⁹

Tratamiento

El tratamiento para el SK está dirigido a corregir la deficiencia androgénica y promover el desarrollo de las características sexuales secundarias. Se recomienda iniciarlo a la edad de 12 años con enantato de testosterona intramuscular para que se presenten los cambios puberales a la edad fisiológica. En caso necesario deberá realizarse corrección quirúrgica de la ginecomastia. El apoyo psicológico es un aspecto importante y debe ser ofrecido a estos pacientes.

ALTERACIONES DE LA DIFERENCIACIÓN GONADAL

Las anomalías en la determinación gonadal ocasionan los síndromes de reversión sexual que se definen como la discordancia entre el sexo cromosómico y el gonadal. Entre ellos es factible considerar la disgenesia gonadal pura XY, el varón XX y el hermafroditismo verdadero.

Disgenesia gonadal pura (DGP) 46,XY

Las pacientes presentan cariotipo 46,XY, estrías gonadales o testículos disgenéticos, fenotipo variable y ausencia de estigmas somáticos de ST. Esta alteración se clasifica en completa y parcial. En la forma completa se observa reversión sexual con fenotipo femenino, amenorrea primaria y hábito eunucoide.¹¹⁰ Las gónadas que se encuentran son

estrías fibrosas, desprovistas de folículos y sin actividad endocrinológica. El útero y las trompas son hipoplásicos y los estudios hormonales revelan hipogonadismo hipergonadotrópico. En las variantes parciales se presentan testículos disgenéticos, lo que conduce a diversos grados de virilización que dependen del momento específico del desarrollo en que se produjo la anomalía gonadal. En ambas formas de DGP, completa y parcial, se ha observado una incidencia elevada (30%) de gonadoblastoma que por lo general aparece a partir de la segunda década de la vida (figura 8-12).¹¹¹

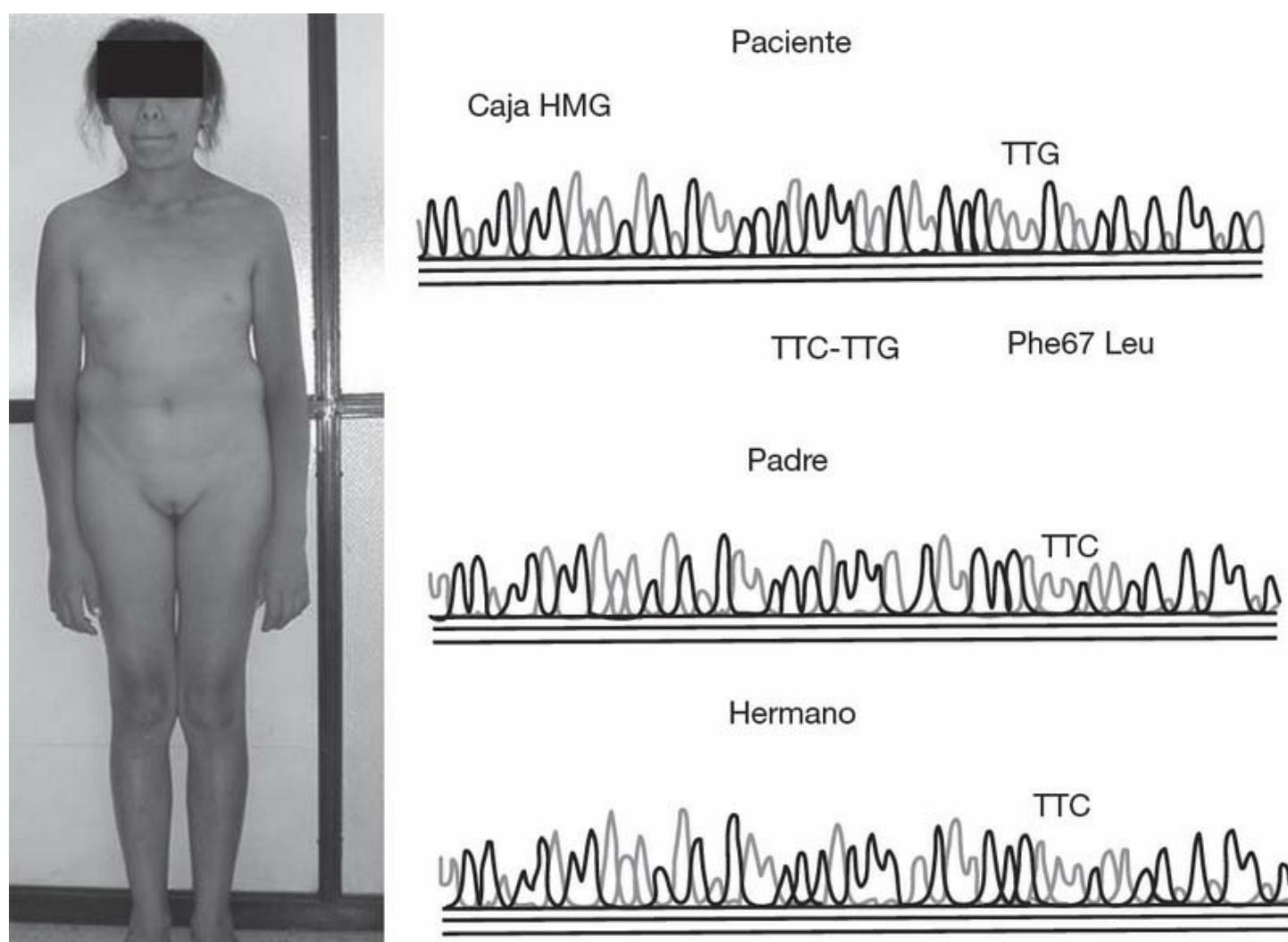


Figura 8-12. Disgenesia gonadal pura 46,XY fenotipo y secuenciación de gen SRY, el cual muestra una mutación.

El gonadoblastoma es un tumor benigno con elevado potencial de malignización, por lo que en pacientes 46,XY con estrías gonadales o testículos disgenéticos se indica la gonadectomía profiláctica.¹¹²

Los estudios moleculares realizados en pacientes con DGP 46,XY han permitido reconocer que el gen SRY se encuentra mutado en 15% de estos casos, de manera particular en las formas completas. La mayor parte de estas mutaciones son de tipo puntual y se localizan principalmente en la región del gen que codifica la caja HMG.¹¹³

Tratamiento de la disgenesia gonadal pura 46,XY

Una vez establecido el diagnóstico, en todos los casos deberá de procederse a una laparoscopia para extirpar los remanentes gonadales. Cabe señalar que a pesar del complemento cromosómico XY, estos individuos deberán permanecer con sexo de asignación femenino. Cuando existe ambigüedad genital, el sexo definitivo que debe asignarse al individuo dependerá de la edad del paciente, el sexo de asignación y de su identidad psicosexual, así como de los resultados de la evaluación psicológica. A partir de la adolescencia se deberá iniciar el tratamiento hormonal sustitutivo para inducir el desarrollo de las características sexuales secundarias y prevenir la presencia de osteoporosis. Se administrarán combinados orales (etinilestradiol, mestranol o estrógenos conjugados más una progestina sintética).

Síndrome de varón XX

Esta entidad se presenta en 1 de cada 20 000 a 25 000 recién nacidos masculinos. El cuadro clínico está caracterizado por fenotipo masculino, disminución del volumen testicular, azoospermia, ausencia de derivados müllerianos, talla menor al promedio para varones de la misma edad, ginecomastia (30%) y cariotipo 46,XX, en 10% de los casos se presenta ambigüedad genital.¹¹⁴ El fenotipo, los hallazgos endocrinológicos y la histología testicular son semejantes a lo observado en el SK; sin embargo, en los varones XX las proporciones esqueléticas son normales y no existen alteraciones en el desarrollo psicomotor. Los motivos más frecuentes de consulta son el desarrollo sexual secundario deficiente o infertilidad. La esteroidogénesis testicular parece deteriorarse a lo largo de la vida del paciente, lo que origina hipogonadismo hipergonadotrópico de inicio pospuberal.

El estudio molecular en estos pacientes muestra que alrededor de 90% de los varones XX portan en su genoma secuencias del cromosoma Y. Estas secuencias son variables pero siempre incluyen al gen SRY, lo que explica el desarrollo testicular.¹¹⁵ En la mayoría de los casos las secuencias del Y se encuentran traslocadas a un cromosoma X, por una recombinación anormal entre el X y el Y durante la meiosis paterna. No se identifican secuencias del cromosoma Y y se desconoce la causa del desarrollo testicular en el grupo de pacientes que presenta ambigüedad genital (10%) (figura 8-13).

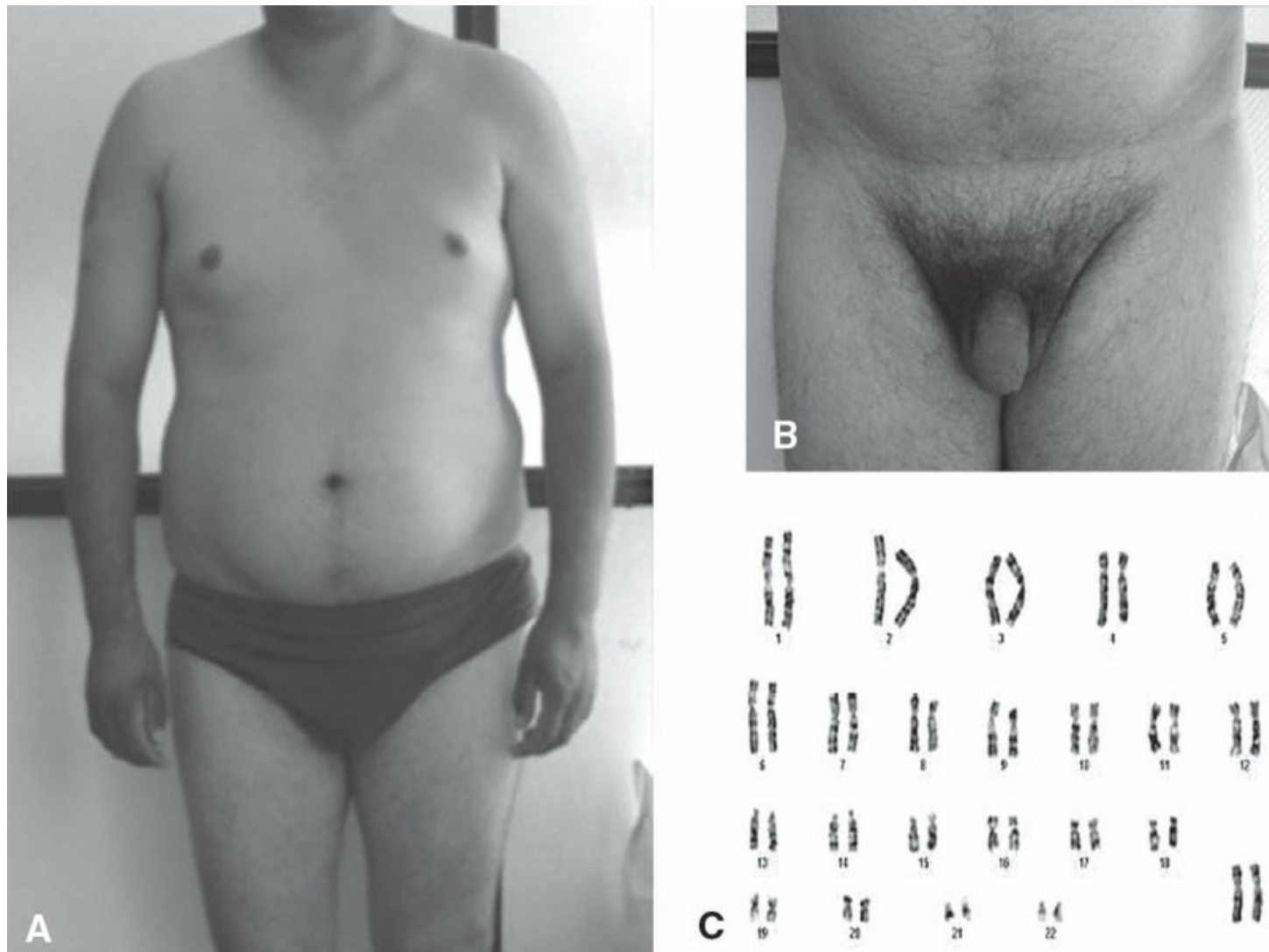


Figura 8-13. A-B) Fenotipo varón XX. C) Cariotipo.

La gran mayoría de los varones XX se presentan de manera esporádica, aunque hay casos en los que se han identificado dos o más afectados en una misma familia. Además, hay familias en que coexisten varones XX y hermafroditas verdaderos, lo que sugiere un origen genético común en ambas entidades. El estudio molecular de casos familiares de varones XX y de aquellos en que coexisten con hermafroditas verdaderos ha demostrado que estos individuos son negativos para el gen SRY.

Tratamiento del síndrome de varón XX

El manejo terapéutico de estos individuos debe ser quirúrgico cuando se presenta ginecomastia o hipospadias. La terapia sustitutiva a base de testosterona exógena deberá instituirse cuando las concentraciones séricas del andrógeno se encuentren por debajo de los valores de referencia para el adulto. Este tratamiento se lleva a cabo con testosterona intramuscular a intervalos bimensuales, la opción preferida es emplear el andrógeno en forma de enantato o de ciclopentilato.

Hermafroditismo verdadero

El hermafroditismo verdadero (HV) es un estado intersexual que se caracteriza por el desarrollo de tejido testicular y ovárico en un mismo individuo.¹¹⁶ Ambos tipos de órganos pueden coexistir en una sola gónada denominada ovotestes o de manera separada. El HV se clasifica en alternante (testículo de un lado y ovario del otro), unilateral (ovotestes de un lado y testículo u ovario del otro lado) y bilateral (ovotestes en ambos lados). La gónada que se observa con mayor frecuencia es el ovotestes, ya sea en forma terminoterminal (tejido ovárico y testicular bien delimitados) o imbricado. La localización de las gónadas también es variable, pueden situarse intrapélvicas, inguinales o labioescrotales, dependiendo de la cantidad de tejido ovárico y testicular presente.¹¹⁷ En la gran mayoría de los casos el ovario y la porción ovárica del ovotestes son funcionales y en la vida adulta puede presentarse incluso ovulación. Desde el punto de vista clínico hay ambigüedad genital y desarrollo variable de estructuras müllerianas y wolffianas. En la mayor parte de los casos el útero está presente.¹¹⁸ (figura 8-14).

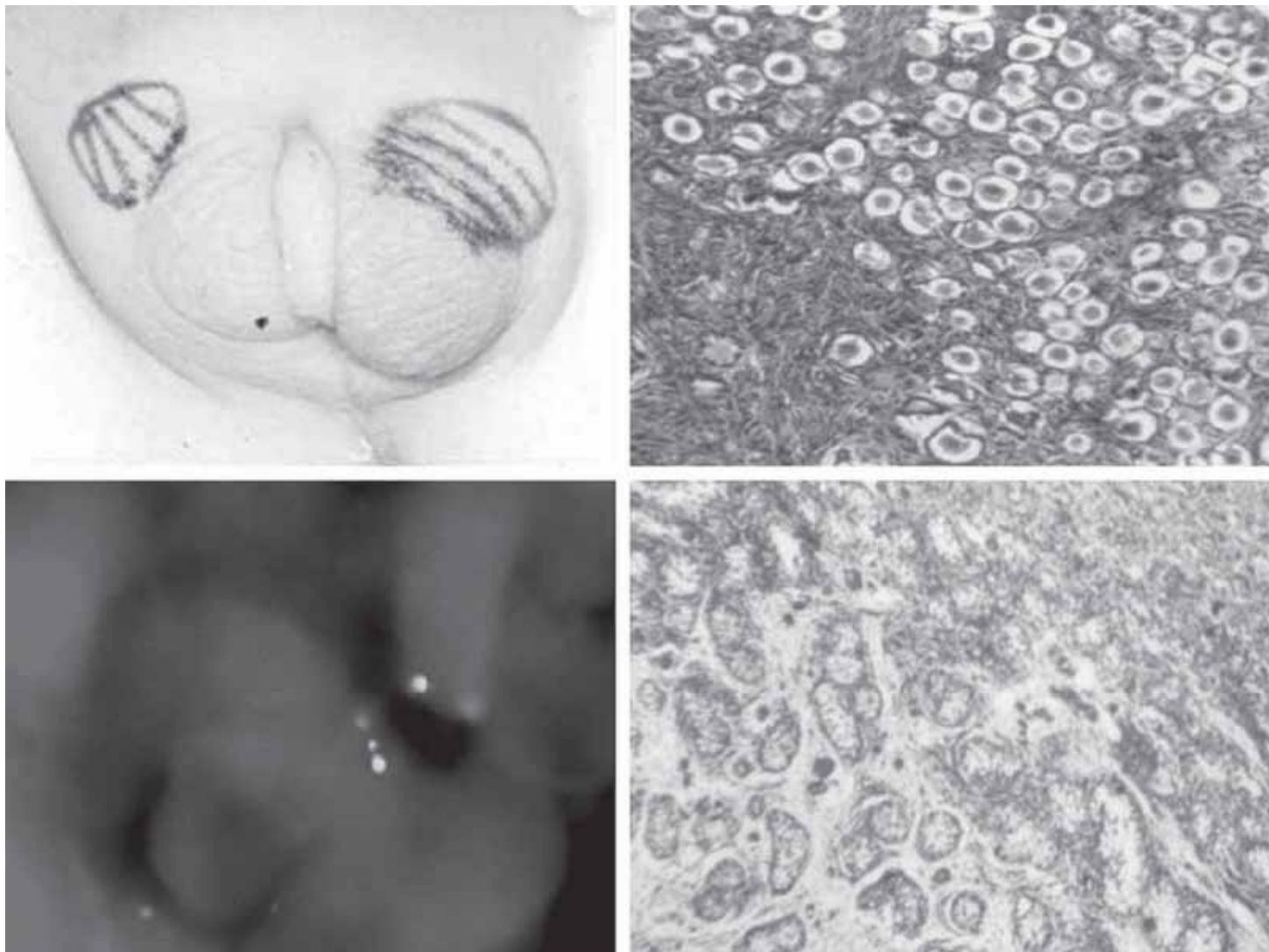


Figura 8-14. Hermafroditismo verdadero fenotipo genital, ovario y testículo FISH (del inglés, *Fluorescent in Situ Hybridization*) que muestra presencia del gen SRY ((Región Determinante del Sexo en el Cromosoma Y) en tejido gonadal.

El HV es una anomalía genéticamente heterogénea: 60% de los casos son 46,XX, 33% presentan 46,XX con una segunda línea celular con cromosoma Y normal o anormal u otros mosaicos, y el 7% restante es 46,XY. En los casos con cromosoma Y, este último explica la presencia de tejido testicular; sin embargo, aún no se ha logrado determinar la etiología en la mayoría de los casos con HV 46,XX. Estudios moleculares han revelado que 10% de los pacientes HV 46,XX presentan SRY en su genoma. De manera reciente se han propuesto varios mecanismos que conducen al desarrollo de tejido ovárico y testicular en un mismo individuo: 1) se identificaron mutaciones puntuales en la región codificante de SRY en tres casos esporádicos de HV con cariotipo 46,XY,¹¹⁹⁻¹²¹ 2) se reconoció una duplicación en 22q en un HV 46,XX-SRY negativo,¹²² 3) se han informado mosaicos para SRY en dos casos de HV 46,XX, SRY negativo en sangre periférica y positivo en tejido gonadal.^{123, 124}

Tratamiento del hermafroditismo verdadero

El tratamiento dependerá del fenotipo, la edad del paciente al momento del diagnóstico, la funcionalidad de las gónadas y el sexo de asignación e identidad del individuo afectado. La ambigüedad genital requerirá tratamiento quirúrgico específico. Asimismo, de ser necesario se dará tratamiento hormonal sustitutivo (siguiendo los lineamientos ya considerados). Cabe señalar que, de hacerse el diagnóstico en la vida adulta y encontrarse tejido testicular intraabdominal, es necesario extirparlo a fin de evitar su malignización.

ALTERACIONES DE LA DIFERENCIACIÓN FENOTÍPICA

Tales anomalías se caracterizan por congruencia entre el sexo cromosómico y gonadal de un individuo y discordancia con el fenotipo genital. Se dividen en dos grupos: los pseudohermafroditismos masculinos (SHM), en donde se observa cariotipo 46,XY, testículos funcionales y ambigüedad genital o fenotipo femenino. Los pseudohermafroditismos femeninos (SHF) presentan cariotipo 46,XX, ovarios y ambigüedad genital.

Alteraciones en el mecanismo de acción de los andrógenos

Ese grupo de defectos es la causa más frecuente de SHM. Los individuos afectados presentan cariotipo 46,XY, testículos bilaterales con producción normal de testosterona, pero existe deficiencia en el mecanismo de acción intracelular de los andrógenos. Estas alteraciones han sido divididas en dos grandes grupos, dependiendo de si el defecto molecular ocurre antes de la participación del receptor de andrógenos (nivel prerreceptor) o en el receptor mismo (nivel receptor).

Alteraciones a nivel prerreceptor

Deficiencia de 5 α -reductasa. La deficiencia de la enzima 5 α -reductasa impide la

transformación de T a 5 α -DHT a nivel periférico. La DHT es necesaria para la virilización de los genitales externos del feto masculino, por lo que las anomalías en su síntesis o acción se traducen al nacimiento en ambigüedad genital de grado variable, la cual depende de la gravedad del defecto. Los individuos afectados por lo general presentan hipospadias perineoescrotal con pseudovagina, pene pequeño y criptorquidia, por lo que en la mayoría de los casos el sexo de asignación al nacimiento es femenino. Al llegar la pubertad, la acción de la testosterona induce cambios en el tono de la voz, aumento de la masa muscular, incremento en el tamaño del falo y descenso testicular. Estos individuos no desarrollan ginecomastia ni efectos virilizantes dependientes de DHT (acné, vello facial y corporal, recesión temporal del cabello y desarrollo de la próstata y de las vesículas seminales). Los derivados de Wolff están presentes y no hay desarrollo de los müllerianos.^{125, 126}

Ante los cambios producidos por la testosterona durante la pubertad, los pacientes con sexo de asignación femenino por lo general presentan un cambio de identidad psicosexual, en forma espontánea. El diagnóstico se realiza determinando las concentraciones basales y pos-hCG de testosterona y DHT plasmáticas. El índice entre ambas hormonas no debe ser mayor de 15; sin embargo, el estudio molecular es el diagnóstico de certeza. La enfermedad se transmite con un patrón de herencia autosómico recesivo. El gen de la 5 α -reductasa está en 2p23 y en los últimos años se han identificado más de 30 mutaciones diferentes causantes de esta deficiencia enzimática.¹²⁷ (figura 8-15a).

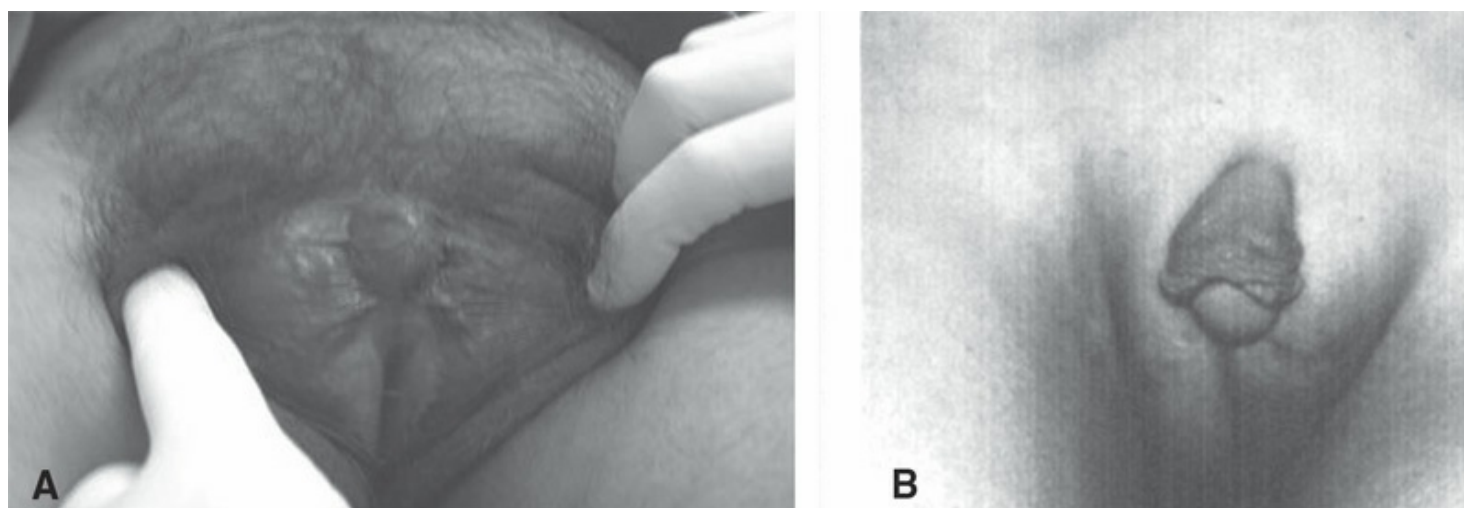


Figura 8-15. Pseudohermafroditismos masculinos, arriba forma parcial a la acción de los andrógenos, abajo deficiencia 5 α -reductasa.

Tratamiento de la deficiencia de 5 α -reductasa. En la mayoría de estos casos la ambigüedad genital se hace evidente en la pubertad, etapa en la que se presentan las modificaciones en la identidad psicosexual, y después de psicoterapia casi todos deciden ser varones. En los sujetos en los que el defecto enzimático es leve y desde la infancia el sexo de asignación e identidad son masculinos, la reparación quirúrgica deberá llevarse a cabo de inmediato. El tratamiento hormonal sustitutivo se realiza con dihidrotestosterona tópica o intramuscular con el fin de que se presente una virilización adecuada.

Alteraciones a nivel receptor

Este grupo de padecimientos se debe a mutaciones en el gen del receptor de andrógenos y se heredan en forma recesiva ligada al cromosoma X.

a) Insensibilidad completa a la acción de los andrógenos (ICAA). Esta entidad se considera la variedad más frecuente de SHM. Las pacientes presentan genitales externos femeninos y testículos bilaterales localizados en cavidad abdominal o en región inguinal. En la pubertad se observa desarrollo mamario y *habitus* exterior femenino, escasez o ausencia de vello axilar y púbico. El clítoris es pequeño, los labios mayores y menores son hipoplásicos y la vagina es corta y termina en fondo de saco. La insensibilidad de las células blanco a la acción de los andrógenos impide la diferenciación de los conductos wölffianos, en cambio, la acción de la HIM es normal, por lo que no existe útero, trompas de Falopio ni tercio superior de la vagina. La causa más frecuente de consulta en edad pediátrica es la hernia inguinal por la presencia de los testículos, mientras que en etapas más tardías las pacientes consultan por amenorrea primaria o esterilidad.¹²⁸ (figura 8-16).

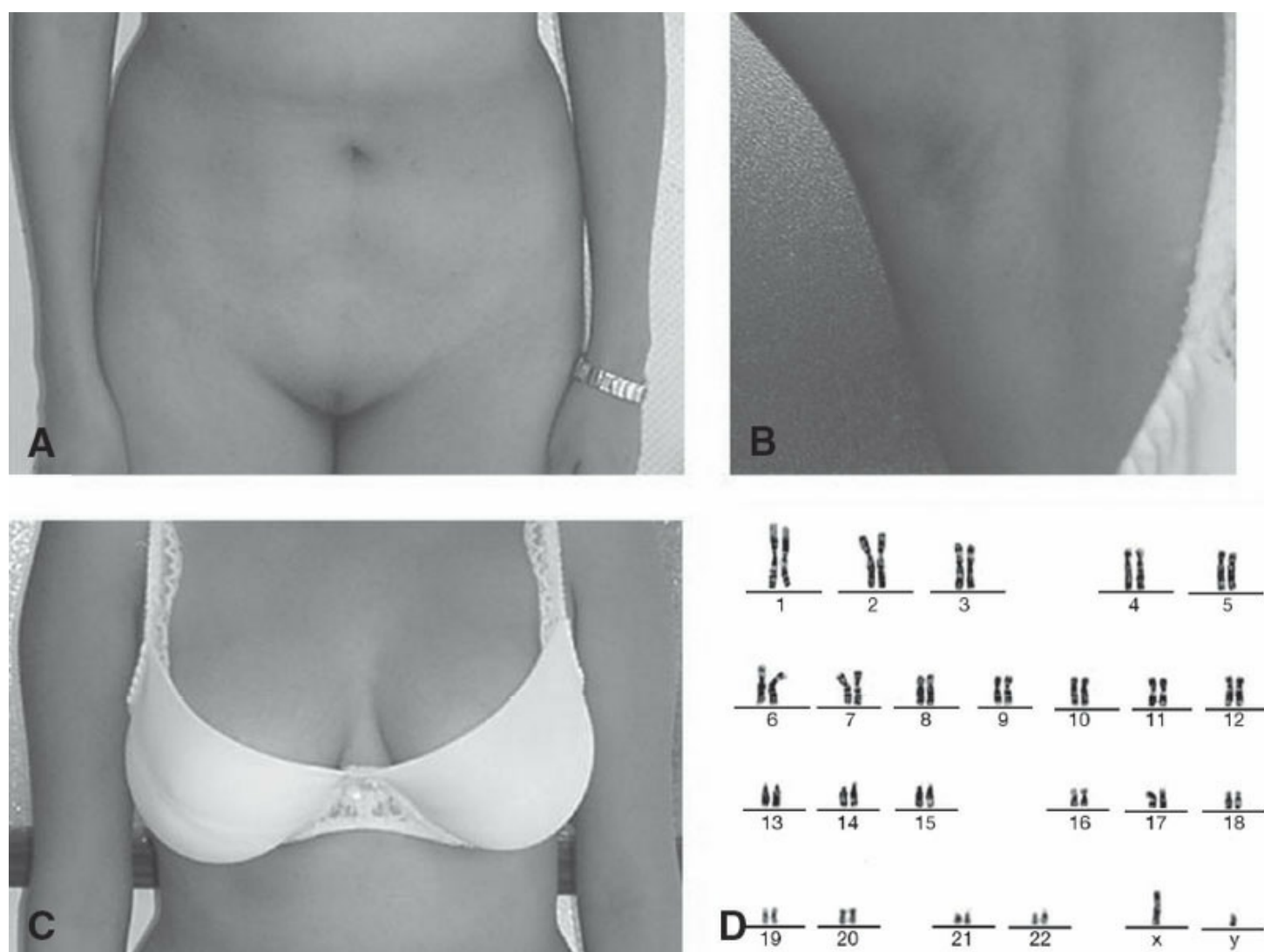


Figura 8-16. A-C) Fenotipo de síndrome de insensibilidad a la acción de los andrógenos.
D) Estudio citogenético 46,XY.

Los niveles circulantes de LH, T y E2 se encuentran moderadamente elevados comparados con los de varones adultos normales, en cambio los de FSH son normales o bajos. La administración de T exógena no induce efectos androgénicos ni anabólicos, lo que confirma la insensibilidad de los órganos blanco a la acción de los andrógenos. El estudio histológico del testículo muestra hiperplasia de las células de Leydig, túbulos seminíferos con detención completa de la espermatogénesis y escasas células de Sertoli y espermatogonias.

Tratamiento de la insensibilidad completa a la acción de los andrógenos. El tratamiento en estas pacientes es de tipo quirúrgico a fin de extirpar los testículos criptorquídicos debido a su posible malignización. En función de la ausencia del tercio superior de la vagina, se deberá llevar a cabo la ampliación de la misma para permitir una vida sexual normal. Después de la orquidectomía se iniciará tratamiento sustitutivo a base de combinados estrógeno-progestágeno con los esquemas ya señalados en este capítulo. En edades pediátricas no se encuentra indicada la remoción de las gónadas hasta después de la pubertad, esto a fin de que las pacientes tengan el desarrollo mamario de manera natural. Dado que el padecimiento se transmite en forma recesiva ligada al X, es necesario descartar el estado de portadoras en mujeres de la familia materna. Es importante recordar que la orientación psicosocial de estas pacientes es siempre femenina, por lo que la información respecto a su genotipo 46,XY deberá manejarse con cautela.

b) Insensibilidad parcial a la acción de los andrógenos (IPAA). Esta anomalía incluye a un grupo heterogéneo de pacientes con un amplio espectro clínico que varía desde un fenotipo femenino con desarrollo parcial de estructuras wolffianas, pseudovagina, labios mayores y menores hipodesarrollados, ginecomastia y discreto vello púbico y axilar, hasta un fenotipo masculino con datos de virilización incompleta, como hipospadias y ginecomastia. No hay derivados müllerianos y los wolffianos están siempre presentes, aunque su desarrollo está en función del grado de virilización. La criptorquidia es común y los testículos suelen ser pequeños. El perfil hormonal es semejante al de los sujetos con ICAA; sin embargo, la resistencia a los andrógenos es parcial. La infertilidad es una característica consistente y es resultado de espermatogénesis defectuosa o anomalías anatómicas en el sistema eyaculador.^{129, 130}

Tratamiento de la insensibilidad parcial a la acción de los andrógenos. Si el diagnóstico se realiza en los primeros meses de vida, es recomendable conferir sexo de asignación femenino y realizar las intervenciones quirúrgicas necesarias. En caso de que el paciente sea diagnosticado después de los 18 meses de edad, debe mantenerse el sexo masculino asignado. Cuando el diagnóstico tiene lugar después de la adolescencia, el tratamiento consistirá en reparar la ambigüedad genital y la ginecomastia. De cualquier modo los pacientes serán infértiles. De asignarse sexo femenino, es preciso administrar tratamiento hormonal sustitutivo (estrógenos + progestágenos) a partir de la adolescencia.(figura 8-15b).

Fisiopatología

Las hormonas esteroideas actúan a través de su unión con receptores específicos, los cuales son proteínas que por lo normal se encuentran en el citoplasma celular y que, unidas a una hormona esteroidea, se desplazan al núcleo, donde se unen a los promotores de genes hormonodependientes. La T y la DHT se unen a una proteína denominada receptor de andrógenos codificada por un gen de 8 exones localizado en Xq11-12. La estructura del gen del receptor de andrógenos se muestra en la figura 8-9.

Las mutaciones en los exones 2 y 3 del gen conducen en la mayoría de los casos a ICAA, aunque de manera ocasional se han descrito pacientes con IPAA y mutaciones en este segmento. Además, se han informado algunos casos de carcinoma infiltrante de mama debidos a mutaciones en esta región del gen. Parte del exón 4 codifica un dominio encargado de transferir el complejo andrógeno-receptor del citoplasma al núcleo.¹³¹ La mayoría de las mutaciones del receptor se localizan en el resto del exón 4 y en los exones 5 a 8, y conducen a formas completas o incompletas de resistencia a los andrógenos.¹³²

Deficiencias enzimáticas en la síntesis de testosterona

La deficiencia de alguna de las enzimas participantes en la vía metabólica de la testosterona se traduce en una síntesis deficiente de esta hormona, con la consecuente acumulación de sus precursores. Las deficiencias enzimáticas más frecuentemente relacionadas con SHM son: 20, 22-desmolasa, 3 β -hidroxiesteroide deshidrogenasa, 17 α -hidroxilasa, 17, 20-desmolasa y 17 β -oxo esteroide reductasa. Las tres primeras enzimas son indispensables también para la síntesis de glucocorticoides, por lo que su deficiencia genera hipersecreción de ACTH, que conduce a hiperplasia suprarrenal congénita. El grado de ambigüedad genital observado al nacimiento y la virilización puberal dependen de la gravedad de la deficiencia enzimática, por lo que puede encontrarse un amplio espectro fenotípico: desde hipospadias simple con o sin criptorquidia, hasta ambigüedad genital extrema. En estos individuos, los derivados de Müller no se desarrollan, los de Wölff son hipoplásicos y es factible observar ginecomastia.

El diagnóstico se realiza mediante la cuantificación de testosterona sérica y sus precursores. La histología testicular muestra hiperplasia de células de Leydig con ausencia o disminución en el número de las células germinales. En sujetos con las deficiencias enzimáticas mencionadas se han identificado diversas mutaciones puntuales, deleciones e inserciones en los genes que codifican para estas enzimas.

Tratamiento de las deficiencias en la síntesis de testosterona

El manejo de los pacientes que presentan bloqueos en la síntesis de testosterona incluye cirugía reparadora, la cual depende de la edad, sexo de asignación e identidad del sujeto. Si se presenta insuficiencia suprarrenal, debe manejarse como una urgencia médica.

Seudohermafroditismo femenino

Los pacientes con pseudohermafroditismo femenino (SHF) se caracterizan por tener complemento cromosómico 46,XX, ovarios bilaterales y grados variables de virilización de genitales externos. La virilización de fetos femeninos es debida a la presencia de andrógenos circulantes durante la vida intrauterina (al margen de su procedencia). Además, el grado de masculinización está relacionado con la concentración hormonal y la etapa de desarrollo embrionario en que ocurre la exposición. Sin embargo, aun cuando los andrógenos influyen en el desarrollo de estructuras genitales externas, el útero, las trompas y el tercio superior de la vagina son normales.

El origen de las hormonas virilizantes puede ser exógeno, materno o, más a menudo, fetal. El primer caso lo constituye la administración exógena de esteroides con efecto androgénico (andrógenos o progestinas) a mujeres con el propósito de tratar algunas complicaciones del embarazo; dado que estas hormonas pueden virilizar al embrión femenino, está contraindicada la administración de estos compuestos en el manejo de la amenaza del aborto o como prueba para establecer el diagnóstico de embarazo. Las hormonas virilizantes de origen materno quizá procedan de tumores ováricos o suprarrenales productores de andrógenos, coincidentes con el embarazo; en estos casos raros, las concentraciones elevadas de andrógenos atraviesan la barrera placentaria y virilizan al embrión femenino. Sin embargo, la causa más frecuente de SHF es la hiperplasia suprarrenal congénita.

Hiperplasia suprarrenal congénita

La hiperplasia suprarrenal congénita (HSC) es un grupo de padecimientos autosómicos recesivos que se manifiestan cuando existe deficiencia de cualquiera de las enzimas que participan en la ruta biosintética del cortisol. La disminución en la síntesis de cortisol y, por ende, de sus concentraciones circulantes, sobreestimula la producción y liberación de la hormona estimulante de la corteza suprarrenal de origen hipofisario (ACTH), lo que lleva a hiperplasia suprarrenal. Las consecuencias metabólicas y el cuadro clínico dependen del sitio del defecto enzimático, de la pérdida o insuficiencia de esteroides suprarrenales activos, así como de la acumulación de algunos metabolitos precursores del cortisol. Las HSC son originadas por deficiencias enzimáticas secundarias a mutaciones en los genes que codifican para 3 β -hidroxiesteroide deshidrogenasa, 21-hidroxilasa, 11-hidroxilasa, 17 β -hidroxilasa, las cuales participan en la síntesis de cortisol. Además, las mutaciones del gen Star que codifica a la proteína reguladora esteroideogénica aguda (Star), ocasionan hiperplasia suprarrenal lipoídica. No obstante, sólo tres de estas deficiencias (3 β -hidroxiesteroide deshidrogenasa, 21-hidroxilasa y 11 β -hidroxilasa) se traducen en SHF y, de ellas, la deficiencia de 21-hidroxilasa constituye más de 90% de todos los casos.^{133,134}

Deficiencia de 21-hidroxilasa. La deficiencia de esta enzima representa la causa más común de los bloqueos enzimáticos que producen HSC. Debido a su elevada frecuencia, a la gravedad del padecimiento y a la posibilidad de prevenir las complicaciones con un manejo temprano adecuado, ante un recién nacido con ambigüedad genital y cariotipo 46,XX siempre debe investigarse en primera instancia una HSC por deficiencia de 21-hidroxilasa.

El rasgo clínico característico es la virilización de los genitales externos en productos. El examen físico revela clitoromegalia y diversos grados de fusión de los labios mayores. En ocasiones, los pliegues labioescrotales se encuentran fusionados por completo y en casos extremos la uretra es del todo peneana, al tiempo que los ovarios y genitales internos son normales. Se han descrito tres variedades de deficiencia de 21-hidroxilasa.

En la primera, que corresponde a 25% de los casos, existe disminución en la síntesis de cortisol que estimula una sobreproducción elevada de ACTH, lo que lleva a una aparente normalidad en las concentraciones de cortisol sanguíneo. En este tipo de HSC (conocida como forma compensada o virilizante simple), los pacientes presentan pocos signos y manifestaciones clínicas de insuficiencia suprarrenal. Debido a que el aumento en la actividad androgénica inicia de manera temprana (semanas 6 a 10 de gestación), el producto femenino con deficiencia de 21-hidroxilasa presenta grados variables de ambigüedad genital caracterizada por clitoromegalia y fusión de los labios mayores. Por lo general el falo está retraído por una cuerda tendinosa y parcialmente oculto por un pliegue de piel redundante; por debajo del falo suele formarse un seno urogenital. En el producto masculino afectado no se observan anomalías en los genitales externos. La hipersecreción continua de andrógenos origina la aparición temprana de vello púbico (entre seis meses y dos años de edad), vello axilar (entre dos y cuatro años de edad) y vello facial (entre ocho y 14 años de edad) en individuos afectados de ambos sexos. Además, es factible observar acné, tono grave de la voz y erecciones. La edad ósea y la talla están avanzadas para la edad, también se presenta cierre prematuro de las epífisis, lo que conduce a talla baja. En estos casos las concentraciones de 17—OH progesterona y andrógenos (sobre todo β 4 androstendiona) se encuentran elevadas.¹³⁵

La segunda variedad de HSC por deficiencia de 21-hidroxilasa conocida como variante grave o perdedora de sal, ocurre en 75% de los casos. Se caracteriza por deficiencia de la actividad de 21-hidroxilasa en las zonas glomerular y fasciculada de la glándula suprarrenal, por lo que las anomalías genitales se asocian con pérdida urinaria de sodio. Al nacimiento, los individuos femeninos afectados presentan virilización importante, mientras que los genitales externos en el varón afectado son normales, aunque puede reconocerse cierto grado de hiperpigmentación en escroto y pezones. En pacientes de ambos sexos se observa insuficiencia suprarrenal aguda manifestada por hiponatremia, hipercalemia, acidosis, deshidratación, colapso vascular y muerte. En la mitad de los pacientes se presenta una primera crisis perdedora de sal entre los seis y 14 días de edad, tanto en hombres como en mujeres. Los sujetos afectados con la variante perdedora de sal presentan concentraciones circulantes bajas o no detectables de cortisol, así como de sus catabolitos urinarios. Las concentraciones de aldosterona en suero y orina se encuentran en niveles bajos sin respuesta a la privación de sal en la dieta. También en esta variante de la enfermedad es esencial la elevación de 17 α -OHP para establecer el diagnóstico.^{136, 137} (figura 8-17).



Figura 8-17. Hiperplasia suprarrenal congénita en recién nacido con cariotipo 46,XX.

El tercer tipo de deficiencia de 21-hidroxilasa se conoce como forma no clásica o de inicio tardío. Las mujeres afectadas no presentan ambigüedad genital, pero manifiestan datos de hiperandrogenismo, como pubarca precoz, maduración ósea acelerada, hirsutismo y anomalías menstruales, por lo que es necesario realizar el diagnóstico diferencial con el síndrome de ovarios poliquísticos. Aunque se había sugerido que los varones afectados por esta forma de deficiencia de 21-hidroxilasa no presentaban sintomatología, algunos individuos quizá exhiban desarrollo precoz de vello púbico y facial y crecimiento temprano del pene. En ocasiones se ha reconocido oligospermia y fertilidad disminuida. Los principales datos bioquímicos son la elevación plasmática de 17α -OHP y de androstendiona.

En 1977 se reconoció la estrecha relación entre la deficiencia de 21-hidroxilasa y los antígenos leucocitarios del complejo principal de histocompatibilidad (HMC). Los genes que codifican para los antígenos de este complejo se encuentran en 6p21, región donde se ha localizado el gen que codifica a la 21-hidroxilasa. La observación de que este gen segrega con los determinantes antigénicos del complejo HLA-B, sugirió el estudio de haplotipos del HMC en familias afectadas con la deficiencia de 21-hidroxilasa. Esto ha permitido establecer que cualquier miembro de una familia que comparta un haplotipo con

el sujeto afectado, es portador del gen mutado. La 21-hidroxilasa es un miembro de la superfamilia del citocromo P450 de monooxigenasas y está codificada por el gen CYP21B que está localizado, junto con el pseudogen CYP21A, en 6p21.3. Tanto el gen como el pseudogen tienen 3.1 kb y una homología de 98 % en sus 10 exones. Las diferencias de secuencia entre el gen funcional B y el pseudogen A son muy pequeñas y originan codones de terminación en el pseudogen haciendo que su producto, aunque se transcriba, no sea funcional. La mayoría de las mutaciones encontradas en el gen CYP21B en pacientes con deficiencia de 21-hidroxilasa son las mismas que se observan en el pseudogen.

Estos datos permiten concluir que las diferentes mutaciones son generadas por eventos de recombinación ilegítima entre el gen y el pseudogen, lo que da como resultado la transferencia de mutaciones deletéreas del pseudogen al gen funcional. La forma perdedora de sal de la enfermedad a menudo se asocia con deleciones o conversiones génicas capaces de abolir o reducir de manera importante la actividad de la 21-hidroxilasa. En cambio, los fenotipos virilizantes simples son secundarios a mutaciones puntuales o a heterocigosidad compuesta, que originan alteraciones funcionales de la enzima.

Las formas no clásicas se deben a mutaciones que sólo afectan de modo leve la función de la enzima; por otra parte, aunque el padecimiento se transmite de manera autosómica recesiva, existen casos en que uno de los padres no es heterocigoto. Ello implica que con cierta frecuencia se presenten mutaciones de novo en las células germinales parentales, mosaicismo germinal en uno de los padres o bien que se produzca una disomía uniparental.

Tratamiento de la hiperplasia suprarrenal congénita. El abordaje terapéutico de la HSC se enfoca en solucionar la deficiencia de cortisol, la pérdida de sal con su concomitante desequilibrio hidroelectrolítico, la sobreproducción de ACTH, el crecimiento acelerado y la ambigüedad genital. El tratamiento supresivo con glucocorticoides como la hidrocortisona o sus derivados sintéticos a dosis equivalentes de acuerdo con su potencia, reemplazará la disminución en la síntesis de glucocorticoides y suprimirá la producción de ACTH. Asimismo, se eliminan las alteraciones sobre el crecimiento y el desarrollo debidas al incremento en la síntesis de andrógenos. La administración de mineralocorticoides como la fluorohidrocortisona y cargas de sal corrige las anormalidades hidroelectrolíticas al normalizar la actividad de renina en el plasma en la HSC por deficiencia de 21-hidroxilasa, variedad perdedora de sal. La ambigüedad genital se corrige mediante cirugía con el fin de evitar alteraciones psicológicas graves. Aquellos pacientes en quienes el diagnóstico se establece en la infancia tardía o en la adolescencia, requieren apoyo psicológico.

En los casos en que se sospecha un producto afectado (padres portadores de mutación), procede realizar un diagnóstico prenatal de la deficiencia de 21-hidroxilasa e incluso es posible el tratamiento del producto femenino mediante la administración de dexametasona a la madre, idealmente desde antes de la sexta semana de gestación.¹³⁸

REFERENCIAS

1. Organización Panamericana de la Salud. *Promoción de la Salud Sexual, recomendaciones para la acción*. Antigua, Guatemala. 2000).
2. Ritter K., Terndrup A. (2002) *Handbook of affirmative psychotherapy with lesbians*

and gay men. The Guilford Press, p.31.

3. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (2000) American Psychiatric Association. DSM-IV-TR, 4a ed., Washington, D.C., p.582.

4. *Clasificación internacional de las enfermedades mentales*, décima revisión (CIEM-10)

5. **Cabaj, R.P., Stein T.S.** (1996) *Textbook of Homosexuality and Mental Health*. Washington DC. American Psychiatric Press.

6. **Money, J. et al.** (1957) Imprinting and the Establishment of Gender Role. *Archives of Neurology and Psychiatry*, 77:333-336.

7. **Money, J.** (1999) *Principles of developmental sexology*. The Continuum Publishing Company, pp.84-85.

8. **Pillard, R.C., Weinrich, J.D.** (1986) Evidence of familial nature of male homosexuality. *Archives of General Psychiatry*, 43:808-812.

9. **Bailey, J.M., Benishay, D.S.** (1993) Familial aggregation of female sexual orientation. *American Journal of Psychiatry*, 150:272-277.

10. **Kallmann, E. J.** (1952) Comparative twin studies on the genetic aspects of male homosexuality. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 115:283-298.

11. **Bailey, J.M., Pillard, R.C.** (1995) Genetics of human sexual orientation. *Annual Review of Sex Research*, 6:126-150.

12. **Bailey, J.M., Pillard, R.C., Neale M.C. et al.** (1993) Heritable Factors Influence Sexual Orientation in Women. *Archives of General Psychiatry*, 50.

13. **Kendler, K.S., Thornton, L., Gilman, S.E. et al.** (2000) Sexual Orientation in a US National Simple of Twin and Nontwin Sibling Pairs. *American Journal of Psychiatry*, 157:1843-1846.

14. **Macke, J.P., Hu, N., Hu, S. et al.** (1993) Sequence variation in the androgen receptor gene is not a common determinant of male sexual orientation. *American Journal of Human Genetics*, 53:844-852.

15. **Hamer D.H., Hu S., Magnuson V.L. et al.** (1993). A linkage between DNA markers on the X chromosome and male sexual orientation. *Science*, 261:321-327.

16. **Rice G., Anderson C., Risch N. et al.** (1999). Male homosexuality: absence of linkage to microsatellite markers at Xq28. *Science*, 284:665-667.

17. **Mustanski B.S., Dupree M.G., Nievergelt C.M. et al.** (2005). A genome wide scan of male sexual orientation. *Human Genetics*, 116(4):272-8, Mar.

18. **Meyer-Bahlburg H.F.L.** (1984) Psychoendocrine research on sexual orientation: Current status and future options. *Progress in Brain Research*, 61:375-398.

19. **Arnold A.P.** (2002) Concepts of genetic and hormonal induction of vertebrate sexual differentiation in the twentieth century, with special reference to the brain. En: Pfaff D.W., Arnold A.P., Etgen A. et al. (Eds) *Hormones, brain, and behavior*, Academic Press.

20. **Berenbaum S.A., Duck S.C., Bryk K.** (2000) Behavioral effects of prenatal versus postnatal androgen excess in children with 21-hydroxylase-deficient congenital adrenal hyperplasia. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 85:727-733.

21. **Dittmann R.W., Kappes M.E., Kappes M.H.** (1992) Sexual behavior in adolescent and adult females with congenital adrenal hyperplasia. *Psychoneuroendocrinology*, 17:153-170.

22. **Brown W.M., Hines M., Fane B.A. et al.** (2002b) Masculinized finger length

patterns in human males and females with congenital adrenal hyperplasia. *Hormones and Behavior*, 42:380-386.

23. McFadden D., Shubel E. (2002) Relative lengths of fingers and toes in human males and females. *Hormones and Behavior*, 42:492-500.

24. Brown W.M., Finn C.J., Cooke B.M. et al. (2002a) Differences in finger length ratios between self-identified “butch” and “femme” lesbians. *Archives of Sexual Behavior*, 31:123-127.

25. Rahman Q., Wilson G.D. (2003b) Sexual orientation and the 2nd to 4th finger length ratio: evidence for organizing effects of sex hormones or developmental instability? *Psychoneuroendocrinology*, 28:288-303.

26. Lippa R.A. (2003a) Are 2D:4D finger-length ratios related to sexual orientation? Yes for men, no for women. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85:179-188.

27. Williams T.J., Pepitone M.E., Christensen S.E. et al. (2000) Finger-length ratios and sexual orientation. *Nature*, 404:455-456.

28. Swaab D.F., Hofman M.A. (1990) An enlarged suprachiasmatic nucleus in homosexual men. *Brain Research*, 537:141-148.

29. LeVay S. (1991) A difference in hypothalamic structure between heterosexual and homosexual men. *Science*, 253:1034-1037.

30. Byne W., Tobet S., Mattiace L.A. et al. (2001) The interstitial nuclei of the human anterior hypothalamus: an investigation of variation with sex, sexual orientation, and HIV status. *Hormones and Behavior*, 40:86-92.

31. Allen L.S., Gorski R.A. (1992) Sexual orientation and the size of the anterior commissure in the human brain. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 89:7199-7202.

32. Fernández-Guasti A., Kruijver F., Fodor M. et al. (2000) Sex differences in the distribution of androgen receptors in the human hypothalamus. *Journal of Comparative Neurology*, 425:422-435.

33. McFadden D. (2002) Masculinization effects in the auditory system. *Archives of Sexual Behavior*, 31:99-111.

34. Rahman Q., Kumari V., Wilson, G.D. (2003) Sexual orientation-related differences in prepulse inhibition of the human startle response. *Behavioral Neuroscience*, 117(5):1096-1102.

35. Savic I., Berglund H., Lindstrom P. (2005) Brain response to putative pheromones in homosexual men. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*.

36. Coolidge F., Thede L., Young S. (2002) The heritability of gender identity disorder in a child and adolescent twin sample. *Behavior Genetics*, 32:251-257.

37. Greene R., Keverne E. (2000) The disparate maternal aunt – uncle ratio in male – transsexuals: An explanation invoking genomic imprinting. *Journal of Theoretical Biology*, 202:55-63.

38. Turan M. et al. (2000) Female to male transexual with 47 XXX karyotype. *Biological Psychiatry*, 48:1116-1117.

39. Sadeghi M., Fakhari A. (2000) Transexualism in females monozygotic twins: A case report. *Australian and New Zeland Journal of Psychiatry*, 34:862-864.

- 40. Futterweit W., Weiss R.A., Fagerstrom R.** (1986) Endocrine evaluation of forty female to male transsexuals: Increased frequency of polycystic ovarian disease in female transsexualism. *Archives of Sexual Behavior*, 15:69-77.
- 41. Dessens A.B., Cohen-Kettenis P.T., Mellenbergh G.H. et al.** (1999) Prenatal exposure to anticonvulsants and psychosexual development. *Archives of Sexual Behavior*, 28:31-44.
- 42. Meyer-Bahlburg H., Gruen R., New M. et al.** (1996) Gender change from female to male in classical congenital adrenal hyperplasia. *Hormones and Behavior*, 30:319-332.
- 43. Slijper F., Stenvert L., Drop M. et al.** (1998) Long term psychological evaluation of intersex children. *Archives of Sexual Behavior*, 27:125.
- 44. Zucker K.** (2002) Intersexuality and gender identity differentiation. *Journal of Pediatric Adolescent Gynecology*, 15:3-13.
- 45. Meyer-Bahlburgh H., Dolezal C. Baker S. et al.** (2006) Gender Development in Women with Congenital Adrenal Hyperplasia as a Function of Disorder Severity. *Archives of Sexual Behavior*. August 11.
- 46. Money J., Erhardt A.** (1972) *Man and woman, boy and girl: The dimorphism of gender identity from conception to maturity*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- 47. Bradley S., Oliver G., Chernick A. et al.** (1998) Experiment of nurture: Ablatio penis at 2 months, sex reassignment at 7 months and a psychosexual follow-up in young adulthood. *Pediatrics*, 102:1-5.
- 48. Ochoa, B.** (1998) Trauma of the external genitalia in children: Amputation of the penis and emasculation. *Journal of Urology*, 160:1116-1119.
- 49. Reiner W., Gearhart J.** (2004) Discordant sexual identity in some genetic males with cloacal extrophy assigned to female sex at birth. *New England Journal of Medicine*, 350:333-341.
- 50. Kruijver F., Zhou J., Pool C. et al.** (2000) Male to female transsexuals have female neuron numbers in a limbic nucleus. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 85:2034-2041.
- 51. Molo M., Rizzi L., Cantafio P. et al.** (2006) Characteristics of Brain Activity in patients UIT Gender Identity Disorder. *The Journal of Sexual Research*. Volume 43, No. 1, pp. 22.
- 52. Stoller R.** (1985) *Presentations of Gender*. Yale University Press.
- 53. Schore A.** (1994) *Affect Regulation and the Origin of The Self. The neurobiology of emotional development*. Lawrence Erlbaum Associate Publishers. USA.
- 54. Bonino L.** (1997) Desconstruyendo la “normalidad “ masculina. Apuntes para una “psicopatología” de género masculina. Conferencia dictada en Madrid en el ciclo de conferencias 96/97 de la Asociación Española de Clínica y Psicoterapia Psicoanalítica.
- 55. Kaufman M.** (1987) *Beyond Patriarchy*. Oxford University Press.
- 56. Lagarde M.** (1993) *Los cautiverios de las mujeres: madres, esposas, monjas, putas, presas y locas*. Colección Posgrado. Universidad Nacional Autónoma de México. 2a. ed. p.35.
- 57. Gooren L.** (2003) El transexualismo, una forma de intersexo. En: Becerra-Fernández A. *Transexualidad, la búsqueda de una identidad*. Ediciones Díaz de Santos, S.A. Madrid, pp.44-58.

58. **Brisson L.** (2002) *Sexual Ambivalence: Monsters* University of California Press, pp7
Livy, Roman History, I56,5
59. **Homero** (2000) *La Ilíada/La Odisea*. Traducido por Edimat Libros. La Ilíada, V385f.
60. **Homero** (2000) *La Ilíada/La Odisea*. Traducido por Edimat Libros. La Odisea, XI305-320.
61. **Platón** (1953) *Symposium*. Translated by Lamb W.R.M. Cambridge, Mass: Loeb Classical Library.
62. **Ovidio** (1971) *Metamorphoses*. Book IV, Translated by Miller F.J. Cambridge Mass: Loeb Classical Library.
63. **Hubaux J. and Leroy M.** (1939). *Le mythe du phenix dans les literatures grecque et latine*. Universite de Liege.
64. **Lao-Tsé.** (2004) *Tao-Te-Ching*. Translated by Kessinger Publishing.
65. **Wolff Ch.** (1987) *Hirschfeld Magnus: A Portrait of a Pioneer in Sexology*. Salem House Publishers.
66. **Preves S.** (2005) *Intersex and identity. The contested self*. Rutgers University Press, 15-20.
67. **Sandberg D.E., Meyer-Bahlburg H.F., Hensle T.W. et al.** (2001) Autor: Psychosocial Adaptation of Middle Cluldhooch Boys with Hypospadies after Genital Surgery J Pediatr Psychol, Dec;26(8):465-75.
68. **Minto C.L., Liao L.M., Woodhouse C.R. et al.** (2003) Autor the effect clitoral surgery on sexual ourcome in individuals. who have intersex conditions with ambiguous genitalia: a crossectional study. Lancet. Apr 12;361(9365):1252-1257.
69. **Schober J.M., Meyer-Bahlburg H.F., Ransley P.G.** (2004) Autor: Self-assessment of genital anatomy, sexual sensitivity and funcion in women: implications for genitoplasty Int. Sep;94(4):589-594.
70. **Wisniewski A., Migeon C.** (2000) Autor: Complete Androgen Insensitivity Syndrome: Long-Term Medical, Surgical, and Psychosexual butcome J. of Clinical Endocrinology and Metabolism Vol. (85) No.8 pp. 2664-2669.
71. **Migeon C., Wisniewski A.** (2002) Ambiguous Genitalia with Perineoscrotal Hypospadias in 46, xy Individuals: Long-term Medical, Surgical, and Psychosexual Outcome [http:// www.pediatrics.org/cgi/content/full/110/3/e3/](http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/110/3/e3/) Pediatrics 110.
72. **Goffman E.** (1963) *Stigma: notes on the management of spoiled identity*. Englewood Cliffs, N.J.:Prentice-Hall.
73. **Preves S.** (2005) *Intersex and identity. The contested self*. Rutgers University Press. 15-20.
74. Intersex Society of North America (2006) www.isna.org
75. **Cohen-Kettenis P.** (1999) Transsexualism: a review of etiology, diagnosis and treatment. J Psychosomatic Res; 46:315-333.
76. **Garaizabal C.** (2003) Algunos problemas diagnósticos de la transexualidad. En: Becerra-Fernández A. *Transexualidad, la búsqueda de una identidad*. Ediciones Díaz de Santos, Madrid, p.187-198.
77. **Levine S.** (1998) *The Standards of Care for Gender Identity Disorders*. (Fifth version), pp. 1-31. The Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association's.
78. **Kofman-Alfaro S. Merchant-Larios H., Pérez-Palacios G.** (1982) Diferenciación

sexual. Bases biológicas del dimorfismo sexual. *Rev Inv Clin* 34:349-359.

79. MacLaughlin D., Donahue P. et al. (2004) Sex determination and differentiation. *N Eng J Med*; 350:367-378.

80. Ford C., Jones K., Polani P. (1959) Sex chromosome anomaly in a case of gonadal sex dysgenesis (Turner's syndrome). *Lancet*, 213:711-714.

81. Gubbay J., Collingnan J., Koopman P. et al. (1990) A gene mapping to the sex-determining region of the mouse Y chromosome is a member of a novel family of embryonically expressed genes. *Nature* 346:245-250.

82. Sinclair A., Berta P., Palmer M. et al. (1990) A gene from the human sex determining region encodes a protein with homology to a conserved DNA-binding motif. *Nature* 77: 240-244.

83. Gubbay J., Collingnan J., Koopman P. et al. (1990) A gene mapping to the sex-determining region of the mouse Y chromosome is a member of a novel family of embryonically expressed genes. *Nature* 346:245-250.

84. Lovell-Badge R., Robertson E. (1990) XY female mice resulting from a heritable mutation in the murine primary testis determining gene, *Tdy Development* 109:635-646.

85. Morohasi K., Honda S., Inomata Y. et al. (1993) Activation of CYP11A and CYP11B gene promoters by steroidogenic cell-specific transcription factor, AdBP4. *Mol Endocrinol* 7:1196-1204.

86. Luo X., Ikeda Y., Parker K.L. (1994) A cell-specific nuclear receptor is essential for adrenal and gonadal development and sexual differentiation. *Cell*. May 20;77(4):481-490.

87. Kriedberg J., Sariola H., Loring J. et al. (1993) Wt-1 is required for early kidney development. *Cell* 174:679-691.

88. Reddy J., Licht J. (1996) The WT1 Wilms tumor suppressor gene: How much do we really know? *Biochem Biophys Acta* 1287:1-28.

89. Mc Laren A. (1995) Germ cells and germ cell sex. *Phil Trans R Soc Lond B* 322:3-9.

90. Huhtaniemi I. (1994) Fetal testis-a very special endocrine organ. *Eur J Endocrinol* 130:25-31.

91. Imperato-McGinley J., Gautier T. (1994) Male pseudohermaphroditism due to primary 5 α -reductase deficiency in man. En: Martínez-Mora *Intersexual States: Disorders of Sex Differentiation*. Barcelona, Doyma, 231-240.

92. Grumbach M.M., Conte F.A. (1998) Disorders of sex differentiation. En: *William's Textbook of Endocrinology*. WB Saunders, Philadelphia, 9^a ed., pp.1303-1425.

93. Held K.R., Kerber S., Kaminsky E. et al. (1992) Mosaicism in 45,X Turner syndrome: Does survival in early pregnancy depend on the presence of two sex chromosomes? *Hum Genet*; 88:288-294.

94. Grumbach M.M., Conte F.A. (1998) Disorders of sex differentiation. En: *William's Textbook of Endocrinology*. WB Saunders, Philadelphia, 9^a ed., pp.1303-1425.

95. López M., Canto P., Méndez J.P. et al. (1998) Frequency of Y chromosomal material in mexican patients with Ullrich-Turner syndrome. *Am J Med Genet* 78:120-124.

96. Lippe B. (1991) Turner syndrome. *Endocrinol Metab Clin North Am* 20:121-152.

97. Gotzsche C.O., Krag-Olsen B., Nielsen J. (1994) Prevalence of cardiovascular malformations and association with karyotypes in Turner syndrome. *Arch Dis Child* 71:433-436.

98. Grumbach M.M., Conte F.A. (1998) Disorders of sex differentiation. En: *William's Textbook of Endocrinology*. WB Saunders, Philadelphia, 9^a ed., pp.1303-1425.

99. Ayuso M.C., Bello M.J., Benitez J. et al. (1984) Two fertile Turner women in a family. *Clin Genet* 26:591-596.

100. Gravholt C.H., Juul S., Naeraa R.W. et al. (1998) Morbidity in Turner syndrome. *J Clin Epidemiol* 51:147-158.

101. Epstein C.J. (1990) Mechanisms leading to the phenotype of Turner syndrome. En: Rosenfeld R.G., Grumbach M.M. (Eds.) *Turner syndrome*. New York, Marcel Dekker, pp.13-28.

102. Zinn A.R., Ross J.L. (1998) Turner syndrome and haploinsufficiency. *Curr Opin Genet Dev* 8:322-327.

103. Ogata T., Matsuo N. (1995) Turner syndrome and female sex chromosome aberrations: deduction of the principal factors involved in the development of clinical features. *Hum Genet* 95:607-629.

104. Rosenfeld R.G., Tesch L.-G., Rodríguez Rigau L.J. (1994) Recommendations for diagnosis, treatment and management of individuals with Turner syndrome. *Endocrinologist* 4:351-358.

105. Rosenfeld R.G., Tesch L.-G., Rodríguez Rigau L.J. (1994) Recommendations for diagnosis, treatment and management of individuals with Turner syndrome. *Endocrinologist* 4:351-358.

106. Smyth C.M., Bremner W.J. (1998) Klinefelter syndrome. *Arch Inter Med* 158:1309-1314.

107. Jacobs P., Hassold T.J., Whittington E. (1998) Klinefelter's syndrome: an analysis of the origin of the additional sex chromosome using molecular probes. *Ann Hum Genet* 52:93-109.

108. Aguirre et al., 2006. Autor: Aguirre D, Nieto K. Lazos M. et al. (2006) Extragonadal Germ cell tumors are often associated with kline feiter. *Hum Pathol* 37: 477-480

109. Smyth C.M., Bremner W.J. (1998) Klinefelter syndrome. *Arch Inter Med* 158:1309-1314.

110. Swyer G.I. (1955) Male pseudohermaphroditism: A hitherto undescribed form. *Br Med J* 2:709-712.

111. Berkowitz G. (1992) Abnormalities of gonadal determination and differentiation. *Semin Perinatol* 16:289-298.

112. Page D.C. (1987) Hypothesis: a Y chromosomal gene causes gonadoblastoma in dysgenetic gonads. *Development (Suppl)* 101:151-153.

113. Wachtel S.S. (1994) *Molecular Genetics of Sex Determination*. Academic Press, Londres.

114. De la Chapelle A. (1981) Etiology of maleness in XX men. *Hum Genet* 58:105-116.

115. McElreavey K., Vilain E., Abbas N. et al. (1993) A regulatory cascade hypothesis for mammalian sex determination; SRY represses a negative regulator of male development. *Proc Natl Acad Sci USA*; 90:3368-3372.

116. Berkowitz G. (1992) Abnormalities of gonadal determination and differentiation. *Semin Perinatol* 16:289-298.

117. Van Niekerk W.A., Retief A.E. (1981) The gonads of human true hermaphrodites.

Hum Genet 58:117-122.

118. Berkowitz G. (1992) Abnormalities of gonadal determination and differentiation. *Semin Perinatol* 16:289-298.

119. Braun A., Kammerer S., Cleve H. (1993) True hermaphroditism in a 46,XY individual, caused by a postzygotic somatic point mutation in the male gonadal sex-findings in a sporadic case. *Am J Hum Genetic* 52:578-585.

120. Hiort O., Grams B., Klaubert G.T. (1995) True hermaphroditisms with 46,XY karyotype and a point mutation in the SRY gene. *J Pediatr* 126:1022.

121. Maler E., Leitner C., Lohrs U. et al. (2003) True hermaphroditism in a XY individual due to a familial point mutation of the SRY gene. *J Pediatr Endocrinol Metab* 16:575-80.

122. Aleck JA: Aging and sexual function in men. *Arch Sex Behav* 21:645:557-559.

123. Hadjiathanasiou C.G., Brauner R., Lortat-Jacob S. et al. (1994) True hermaphroditism: Genetic variants and clinical management. *J Pediatr* 125:738-744.

124. Inoue H., Numura M., Yanase T. et al. (1998) A rare case of 46, XX true hermaphroditism with hidden mosaicism with sex determining region y chromosome-bearing cells in the gonads. *Int Med* 37: 467-471.

125. Sinnecker G.H., Hiort O., Dibbelt L. et al. (1996) Phenotypic classification of male pseudohermaphroditism due to steroid 5 α -reductase 2 deficiency. *Am J Med Genet* 63:223-230.

126. Griffin J.E., McPhaul M.J., Russell D.W. et al. (1995) The androgen resistance syndromes: steroid 5 α -reductase 2 deficiency, testicular feminization, and related disorders. En: Scriver C.R., Beaudet A.L., Sly W.S. et al. *The Metabolic and Molecular Bases of Inherited diseases*. 7th Edition. McGraw Hill, Nueva York, pp. 2967-2998.

127. Méndez J.P., Ulloa-Aguirre A., Imperato-McGinley J. et al. (1995) Male pseudohermaphroditism due to primary 5 α -reductase deficiency: variation in gender identity reversal in seven Mexican patients from five different pedigrees. *J Endocrinol Invest* 18:205-213.

128. Quigley C.H., DeBellis A., Marschke K. et al. (1995) Androgen receptor defects: Historical, clinical, and molecular perspectives. *Endoc Rev* 16:271-321.

129. Quigley C.H., DeBellis A., Marschke K. et al. (1995) Androgen receptor defects: Historical, clinical, and molecular perspectives. *Endoc Rev* 16:271-321.

130. Ahamed S.F., Cheng L., Dovey J.R. et al. (2000) Phenotypic Features androgen receptor, binding and mutational analysis in 278 clinical cases reports as androgen insensitivity syndrome. *J Clin Endocr Metab* 86:658-665.

131. Gottlieb B., Beitel L., Lumbroso R. et al. (1999) Update of the androgen receptor gene mutations database. *Hum Mutat* 14:103-114.

132. Hiort O., Sinnecker G.H., Holterhus P. et al. (1996) The clinical and molecular spectrum of androgen insensitivity syndromes. *Am J Med Genet* 63:218-222.

133. Donohue P.A., Parker K., Migeon C.J. (1995) Congenital adrenal hyperplasia. En: Scriver C.R., Beaudet A.L., Sly W.S. et al. *The Metabolic and Molecular Bases of Inherited Diseases*. 7th Ed. McGraw Hill, Nueva York, pp. 2929-2966.

134. Perrin C. et al. (2000) Congenital hyperplasia due to 21-hydroxylase deficiency. *Endo Rev* 21:245-291.

- 135. New M.I.** (1995) Congenital adrenal hyperplasia. En: De Groot L. (Ed). *Endocrinology*, 3rd Ed., Philadelphia, WB Saunders, pp. 1813-1835.
- 136. Donohue P.A., Parker K., Migeon C.J.** (1995) Congenital adrenal hyperplasia. En: Scriver C.R., Beaudet A.L., Sly W.S. *et al. The Metabolic and Molecular Bases of Inherited Diseases*. 7th Ed. McGraw Hill, Nueva York, pp. 2929-2966.
- 137. Perrin C. et al.** (2000) Congenital hyperplasia due to 21-hydroxylase deficiency. *Endo Rev* 21:245-291.
- 138. Charmandari E., Merke D. et al.** (2004) Endocrinology and psychologic evaluation of 21-hydroxylase deficiency carriers and matched normal subjects: Evidence for physiologic and or psychology vulnerability to stress. *J Clin Endocrinol Metab* 2004;89:2228-2236.

LECTURAS RECOMENDADAS

- Brisson L.** (2002) *Sexual Ambivalence*. University of California Press.
- Colapinto J.** (2001) *As nature made him*. Harpercollins Publishers, NY.
- Domurat Dreger A.** (1998) *Hermaphrodites and the Medical Invention of the Sex*. Harvard University Press.
- Domurat Dreger A.** (1999) *Intersex in the age of Ethics*. University Publishing Group, Hagerstown, Maryland.
- Hadjiathanasiou CG, Brauner R, Lortat-Jacob S, Nivot S et al.** (1994). True hermaphroditism: Genetic variants and clinical management. *J Pediatr*. 125:738-744.

Biología de la reproductividad

Jaime Jasso Kamel

INTRODUCCIÓN

El fenómeno de la reproductividad hace referencia; tanto, a la posibilidad humana de producir individuos que en gran medida sean similares (que no iguales) a los que los produjeron, como las construcciones mentales que se provocan acerca de esta posibilidad.

En este capítulo se ofrece información sobre los procesos biológicos relacionados a la capacidad para la reproducción, así como los procesos psico-sociales relacionados al hecho reproductivo, se abordan problemas relacionados tanto a la infertilidad como al derecho que tiene la mujer a decidir en el caso de embarazos no deseados. Con una perspectiva de género se aborda desde la fisiología del ciclo menstrual hasta las modificaciones a la ley para la interrupción del embarazo.

FERTILIZACIÓN, IMPLANTACIÓN Y EMBARAZO

Una vez que se ha presentado la ovulación, el ovocito es capturado por la fimbria e inicia su viaje por la trompa de Falopio, al llegar al tercio externo de la trompa y con ayuda del tejido ciliar, el ovocito, prácticamente es barrido en dirección a la cavidad uterina, proceso que tarda menos de 24 horas. Si ha habido actividad coital, el ovocito encontrará a cientos de miles de espermatozoides que estarán listos para la **fertilización**; sólo uno de ellos lo logrará y para ello deberá pasar varias capas de células de la granulosa conocidas como **corona radiada** y llegar hasta la **zona pelúcida** del ovocito.

Al atravesar esta capa la superficie del ovocito se modifica, lo cual impide que otro espermatozoide penetre también, por último, atraviesa la **membrana celular del ovocito**. Una vez que el espermatozoide llega al citoplasma del ovocito, éste se convierte en **huevo** (o cigoto) y se forma el pronúcleo femenino, entonces se separa la cola del espermatozoide y aparece el pronúcleo masculino. A continuación ambos pronúcleos replican su DNA, se entremezclan los cromosomas paternos y maternos y se completa el número de cromosomas.

Todo este proceso da como resultado que se restablezca el número **diploide** de cromosomas (46), se determine el sexo cromosómico e inicie la segmentación.

Conforme el cigoto transita por la tuba uterina se segmenta de manera gradual, de dos células se divide en cuatro, después en ocho y así sucesivamente; con la división también inicia el desarrollo temprano para convertirse en embrión, a los tres días de la fertilización el cigoto cuenta con 12 a 16 células y recibe el nombre de **mórula**, entre el cuarto y quinto día de la fertilización ya será un **blastocisto**, el cual tendrá dos grupos celulares: uno interno llamado **macizo celular interno** que forma al embrión y otro en la periferia que

recibe el nombre de **macizo celular externo**, de donde se formará el trofoblasto.

Con el **trofoblasto**, el huevo entra en contacto con el endometrio donde se adhiere e invade para dar paso al proceso de implantación, a partir de este momento se considera el inicio de la gestación o embarazo (figura 9-1). Alrededor del octavo día de la implantación, el trofoblasto se divide en dos capas de células el **citotrofoblasto** y el **sincitiotrofoblasto** en la zona de implantación se forman espacios, donde el ahora citotrofoblasto se adhiere y permite que el blastocisto penetre de manera profunda en el endometrio.

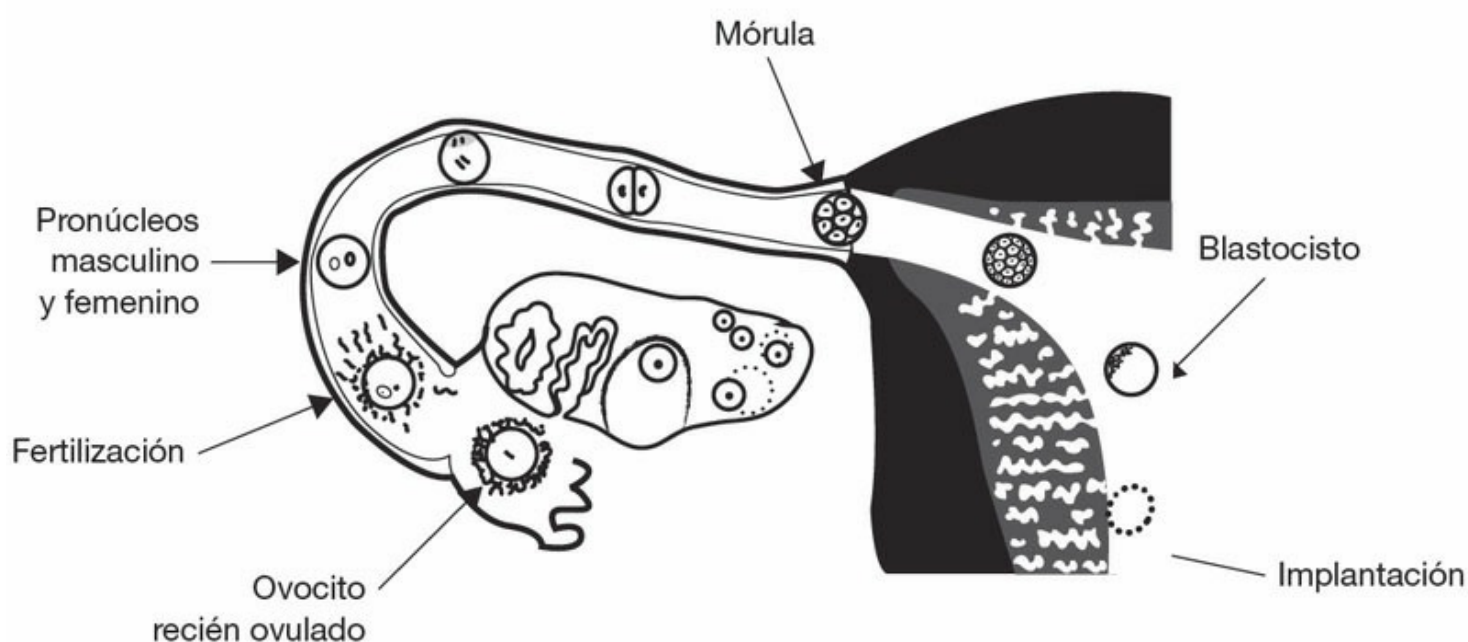


Figura 9-1. Primeros días del desarrollo humano.

Se forma la circulación útero-placentaria, alrededor del décimo día de la gestación el embrión está ya relacionado de manera íntima con la madre, el proceso gestacional durará alrededor de 40 semanas para terminar con el mecanismo del trabajo de parto y el nacimiento del nuevo individuo.

PSICOLOGÍA DE LA REPRODUCTIVIDAD

Uno de los paradigmas de la humanidad es que el crecimiento físico del individuo y la llegada de cierta madurez lleva implícita la reproducción, las presiones sociales tienen que ver con una fuerte influencia ancestral mezcla de conceptos religiosos, étnicos, guerreros, sociales y económicos, de manera tradicional, la reproducción está asociada con un sentimiento de trascendencia, de confirmación de la identidad sexual, de autoconocimiento a través de los propios hijos.

Tales conceptos cobran trascendencia cuando una pareja o una mujer sola ha llegado a la edad adulta y no ha tenido hijos, y si esto se relaciona con algún problema de fertilidad, el efecto psicológico es diferente tanto en lo personal como en la pareja, el entorno familiar y social, en una pareja infértil a menudo se observa ansiedad, depresión, pérdida de autoestima, disfunciones sexuales, distanciamiento de los amigos y seres queridos. También es causa frecuente de divorcios, separaciones y búsqueda de otra pareja para

comprobar la propia fertilidad, si en un momento dado la pareja infértil decide vivir sin hijos, la misma sociedad los califica de egoístas y faltos de visión a futuro.

En la actualidad, el desarrollo social de las parejas debe contemplar expectativas de trabajo, roles familiares, educativos, desarrollo económico, relación de pareja entre otros, cuando se coloca a la reproducción como la única motivación en la vida, todas las partes del desarrollo social y personal se trastornan, el individuo experimenta devaluación y la pareja se destruye.

SOCIOLOGÍA DE LA REPRODUCTIVIDAD

Existen tres determinantes de los cambios poblacionales que están relacionados de manera directa con la reproductividad: la fertilidad, la mortalidad y la migración. Con relación a la **fertilidad**, se toma en cuenta la edad de la menarquía y de la menopausia, en zonas tropicales esta última aparece a edades más tempranas; la llegada de la menopausia depende del estado nutricional, paridad y estado general de salud de la mujer, el lapso entre la aparición de la menarquía y la llegada de la menopausia oscila entre 30 y 40 años.

Existen variantes en cuanto a la **mortalidad**, en países desarrollados una mujer tiene en promedio dos hijos y su expectativa de vida es de 80 años; en naciones como Uganda, por otra parte, la mujer tiene en promedio siete hijos y su esperanza de vida es de sólo 40 años.

La **migración**, no obstante ser un proceso poco relacionado con la biología y muy ligado a la economía, incide de modo directo en la reproductividad. En el estudio de la migración se toman en cuenta dos factores: el primero se refiere a los eventos que la imponen y el segundo a los que la favorecen. Entre los primeros se cuentan las guerras, catástrofes naturales, hambrunas, persecuciones políticas o religiosas, depresión económica, falta de servicios públicos, alta tasa de desempleo, salarios bajos y desesperanza. Los factores que la alientan son justo aquellos que los satisfacen: libertad de credo, empleo, mayores salarios, mejor calidad de vida, servicios públicos, facilidades para educación, etc. Todo ello está implicado y permite entender la movilización social del campo a las ciudades o a otros países.

La población del planeta al tiempo del cambio de milenio llegó a más de 6 000 millones de habitantes y de seguir con la misma dinámica de crecimiento para el año 2100 habrá 19 000 millones de seres humanos. Esa cifra hace que cualquier persona se cuestione lo que ocurrirá con relación a la distribución de agua, alimentos, servicios de salud, justicia, equidad, educación, esparcimiento, ecología, vivienda, empleo, transporte, combate a la pobreza, democracia, libertad de tránsito, libertad de credo, etc. En México, según la encuesta nacional de alimentación y nutrición de 1996, 80% de todos los nacimientos ocurrieron entre la gente ubicada en el rango de la pobreza extrema, donde por razones obvias la morbilidad es más elevada y los servicios de salud menos eficientes. Según informes del Banco Mundial, 800 millones de humanos están en la pobreza extrema y, de ellos, 18 millones mueren al año por hambre.

La metodología anticonceptiva actual ha permitido una disminución en los índices de crecimiento poblacional en el área urbana, lo cual no ha sucedido con la misma eficacia en las áreas más pobres. Es deseable que de la misma forma en que se pone tanto interés en la globalización económica del planeta, también se busque en todos los sentidos la equidad de

la humanidad.

SÍNDROMES CLÍNICOS RELACIONADOS CON LA REPRODUCCIÓN

Se considera una **pareja infértil** cuando después de haber practicado el coito por vía vaginal durante un año, con una frecuencia mínima de dos o tres veces por semana y sin protección anticonceptiva, no ha ocurrido el embarazo.

En el caso de **esterilidad**, se concluye que después de haber efectuado el estudio de la pareja infértil no existe posibilidad para resolver la causa de infertilidad.

INFERTILIDAD

Existen varios tipos de infertilidad, a continuación se listan los más importantes.

- a) Infertilidad primaria.** Se considera este tipo de infertilidad cuando la pareja nunca ha logrado un embarazo después de haber practicado el coito vaginal durante un año, por lo menos 2 o 3 veces por semana y sin protección anticonceptiva.
- b) Infertilidad secundaria.** Es cuando la pareja que ha podido embarazarse en el pasado no logra después un nuevo embarazo, tras haber practicado el coito vaginal durante un año, por lo menos 2 o 3 veces por semana y sin protección anticonceptiva.
- c) Pérdida gestacional recurrente.** Cuando una pareja tiene la capacidad de lograr el embarazo pero la incapacidad de lograr hijos viables.

Consejería en infertilidad

La consejería en infertilidad debe incluir un proceso cuidadoso de análisis y comunicación personal entre el prestador de servicios y la pareja infértil.

La consejería debe proporcionar información, orientación y apoyo educativo a las parejas infértiles para esclarecer dudas, reducir temores y sentimientos de culpa, además de explicarles el plan a seguir, tiempos y costos. En el estudio de la infertilidad los temas a tratar desde la consejería son:

- Prevención de factores de riesgo.
- Criterios para iniciar el protocolo de estudio.
- Estudios básicos y complementarios.
- Esquemas de tratamiento.
- Pronóstico.
- Esquemas para abandono de tratamiento.

Es función de la consejería inicial individualizar el estudio con base en las condiciones biológicas, psicológicas y sociales y siempre como un problema de pareja, jerarquizar y optimizar (cómo, cuándo y por qué) la realización de los exámenes de laboratorio y

gabinete a fin de integrar el diagnóstico, posible tratamiento y (un aspecto fundamental) el pronóstico de éxito, con el propósito de eliminar expectativas irreales.

Entre los factores de riesgo más comunes que la consejería debe indagar se encuentran:

- Obesidad.
- Toxicomanías.
- Dependencia a los fármacos.
- Exposición a radiaciones y químicos .
- Enfermedades de transmisión sexual.
- Cirugía abdominal en mujeres.
- Una mujer mayor de 35 años.
- Hipertensión arterial.
- Diabetes.
- Tabaquismo, alcoholismo y otras toxicomanías.
- Antecedentes de abortos sépticos o partos complicados.

Asimismo, la consejería debe implementar de manera adecuada el protocolo de investigación de la pareja infértil; entre los aspectos más relevantes que aborda están los siguientes:

1. Historia clínica completa de la pareja que contenga especial cuidado en los temas de:
 - Antecedentes personales patológicos.
 - Antecedentes gineco-obstétricos.
 - Historia sexual.
 - Antecedentes andrológicos.
2. Exámenes básicos.
 - Citología cervicovaginal.
 - Biometría hemática.
 - Química sanguínea.
 - Examen VDRL (*Veneral Disease Research Laboratories*)
 - Perfil de TORCH.
 - Perfil hormonal.
 - Espermobioscopia y espermocultivo.
 - Histerosalpingografía.
 - Sonohisterosalpingografía.

Con estos estudios básicos en la mayoría de los casos es posible llegar a un diagnóstico o serán la base para practicar procedimientos complementarios, como:

- Laparoscopia.
- Histeroscopia.
- Biopsia testicular.

Una vez establecido el diagnóstico es factible establecer el plan terapéutico y su

pronóstico.

AVANCES EN REPRODUCCIÓN ASISTIDA

La medicina de la reproducción es el área de la medicina que se encarga del estudio de los factores relacionados con la reproducción y sus patologías, es esta disciplina la encargada de estudiar y tratar aquellos casos de infertilidad y esterilidad.

El estudio de la reproducción ha experimentado avances significativos en los últimos años, de tal suerte que lo que en otros tiempos se consideraba como esterilidad ahora es un padecimiento tratable, el estudio de fertilidad implica rutinas que obligan al estudio de los órganos involucrados en la reproducción, de modo que se estudian los factores ováricos, uterinos, tuboperitoneales y endometriosis; los factores cervicales y vaginales y, por supuesto, el factor masculino y coital.

De todos ellos se derivan los diferentes tratamientos que implicarán las técnicas de reproducción asistida, mismos que van desde la orientación de la técnica y tiempos coitales hasta la inseminación artificial, la fertilización *in vitro*, la inyección intracitoplasmática de espermatozoides, la donación de óvulos o de espermatozoides, el congelamiento de embriones, la maternidad subrogada e incluso la adopción. Como es evidente, esta faceta de la medicina ha mostrado avances importantes.

EMBARAZO NO DESEADO Y ABORTO COMO PROBLEMAS DE SALUD PÚBLICA

El aborto es un problema de salud pública y de justicia social. En países en desarrollo cada año ocurren alrededor de 585 000 muertes maternas (equivalente a una por minuto) por complicaciones del embarazo, parto y aborto; tan solo por este último se cuentan de 70 000 a 200 000 decesos.

Cuando una mujer muere en sus años fértiles, por lo general deja al menos dos hijos; las mujeres latinas dedican de 12 a 15 horas diarias a cubrir necesidades del hogar —como traer alimentos, agua y combustibles, además del cuidado de los menores—, por lo que cuando una madre muere, se pierde a la persona que estaba al cuidado principal de la familia y también una parte importante del ingreso económico familiar.

La experiencia mundial indica que el hecho de mantener políticas restrictivas en torno al aborto no lo previene, pero sí favorece sus complicaciones más frecuentes, como son el aborto incompleto, infecciones, hemorragias, laceración cervical, perforación uterina y lesión intraabdominal.

Estas mismas políticas hacen del aborto un problema de justicia social, ya que quien cuenta con mayores posibilidades económicas obtiene atención médica particular de muy bajo riesgo, en tanto que las mujeres con bajos recursos económicos se exponen a cualquier servicio que se le ofrezca, a tomar “pócimas abortivas”, muchas han llegado a introducir en su vagina ganchos de alambre. Todo ello en el mejor de los casos pone su salud reproductiva en riesgo de esterilidad definitiva y, en el peor escenario, llevan a que la mujer pague con su propia vida el intento de interrumpir un embarazo no deseado.

La legislación nacional en México define al aborto como: “La interrupción del embarazo antes de que el producto de la gestación cumpla 20 semanas y tenga un peso mayor de 500 gramos”.

En la cultura mexicana el tema del aborto despierta un sentimiento visceral de rechazo, vergüenza y desprecio en la población general. La razón principal de que ocurra esto es que el tema sólo se visualiza en un primer impacto desde el un punto de vista moral y religioso, y no como un problema que encierra en su más íntima entraña un verdadero conflicto médico y social. Algunos aspectos de tal problemática se muestran en el cuadro 9-1.

Cuadro 9-1. Premisas con relación al aborto
• El aborto se origina en el embarazo no deseado • El embarazo no deseado está aumentando en todo el mundo • La práctica del aborto es inevitable • Las complicaciones y la muerte por aborto sí son evitables • La mujer que decide abortar lo hace a pesar de todo • La prevención y tratamiento del aborto deben comenzar con el manejo integral del embarazo no deseado. • Ninguna mujer se embaraza para saber lo que significa abortar ¿Quiénes sufren un embarazo no deseado? • Mujeres a quienes les falla un método anticonceptivo • Víctimas de violencia sexual • Mujeres con un embarazo en principio deseado pero que por razones médicas o sociales se convierte en no deseado

La práctica del aborto es inevitable, prueba innegable de ello es que en el mundo ocurren alrededor de 70 000 muertes anuales de mujeres por complicaciones derivadas del aborto; pero lo significativo es que de esa cifra, a los países subdesarrollados corresponden 69 400 decesos, en agudo contraste con las 600 mujeres fallecidas en las naciones consideradas como desarrolladas. Además habría que sumar el hecho de que por cada mujer que ha perdido la vida, varias más sufren complicaciones o defectos a largo plazo.

La tercera parte de los abortos son efectuados en condiciones inseguras y en un clima social y legal adverso; de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, cuando una mujer busca interrumpir su embarazo en un ambiente no médico, la mortalidad es de alrededor de 1 000 mujeres fallecidas por cada millón de abortos, pero cuando la atención es especializada el índice se reduce a sólo 4 por millón.

Cifras no oficiales estiman que en México hay alrededor de 600 000 a 2 000 000 de abortos por año, de cada 3 abortos 2 son inducidos y uno es espontáneo, se calculan 2 500 abortos diarios, la mayoría en mujeres católicas, casadas.

COMPLICACIÓN DEL ABORTO

Las complicaciones del aborto se observan cuando se practica en condiciones no médicas, a continuación se describen los procedimientos más comunes y los de mayor riesgo.

Procedimientos abortivos no médicos más usados en México

- **Pociones y tés.** En la sección de hierbas de los mercados se encuentran con facilidad

mezclas de diferentes preparados para favorecer sangrados vaginales; el zoapatle, ruda y gobernadora son las más usadas.

- **Automanipos.** Introducción por vía vaginal de ganchos, alambres y agujas, lo que causa graves infecciones, laceraciones y perforaciones vaginales, uterinas o ambas.
- **Sondas intrauterinas.** Introducción de una sonda urinaria en la cavidad uterina hasta producir sangrado con la consecuencia de graves hemorragias, infecciones o ambas.
- **Cáusticos vaginales.** Tabletas de permanganato de potasio, o sosa cáustica, las cuales producen severos daños a útero, vagina, vejiga y recto.
- **Fármacos.** Altas dosis de medicamentos hormonales y prostaglandinas que producen abortos incompletos.
- **Traumatismos.** Algunas mujeres, en su intento de abortar, se provocan sentones, caídas y golpes contusos en el abdomen.
- **Manipos externas.** Masajes y presión sobre el fondo uterino, los cuales producen desprendimiento placentario con una muy alta tasa de mortalidad materna.

Procedimientos abortivos médicos más usados en México

Existen, por otra parte, procedimientos médicos efectuados por especialistas, que son los que ofrecen una morbilidad muy baja, mismos que se clasifican en: farmacológicos y mecánicos.

1) Farmacológicos. Se refieren al uso de mifiprestone, también conocido como *RU 486*, un medicamento que para mayor eficacia requiere la administración concomitante de una prostaglandina; la mezcla de ambos medicamentos le confiere una efectividad muy alta. Sin embargo, aun cuando está probado y aceptado como un medicamento eficaz, su uso implica vigilancia médica durante varios días, ya que es frecuente la posibilidad de abortos incompletos. El mifiprestone prácticamente no tiene uso clínico, ya que por razones políticas y morales es difícil encontrarlo en las farmacias de casi cualquier país del mundo.

2) Mecánicos. Aspiración manual endouterina, es un procedimiento que se practica con anestesia local y que permite la evacuación del útero en pocos minutos; está indicado hasta las 10 a 12 semanas de embarazo.

Existe también el legrado uterino instrumental, técnica que requiere anestesia general o bloqueo peridural y se indica para embarazos hasta de 14 a 16 semanas, además de que requiere hospitalización.

Los tratamientos médicos, como todo otro procedimiento, tienen indicaciones y contraindicaciones, pero en manos de personal médico entrenado son muy bajas las posibilidades de que se presenten complicaciones, secuelas o la muerte.

¿CAMBIARÁ ALGÚN DÍA EL PANORAMA?

Un ejemplo a seguir es lo que ha ocurrido en Holanda: ahí, el aborto es legal hasta la

semana 22 del embarazo y está regulado y financiado por el gobierno. La experiencia holandesa muestra cómo es posible enfrentar un problema añejo con soluciones sociales, lo cual no sólo resolvió las situaciones de morbilidad, además y contrario a lo que muchos esperarían, Holanda tiene la tasa de abortos más baja del mundo. Esto lo lograron cuando, junto con la puesta en marcha de sus clínicas de aborto, perfeccionaron los servicios de planificación familiar y de apoyo psicológico; en forma paralela, los holandeses implementaron un programa de educación sexual desde los primeros grados escolares.

Los tiempos cambian, la sociedad evoluciona y los problemas de salud derivados del embarazo no deseado persisten, no es posible continuar ocultando un problema de salud pública y justicia social tan importante actuando de manera visceral, pretendiendo ocultarlo y dejando que los años pasen y las mujeres en el mejor de los casos sufran consecuencias físicas a corto o largo plazo y en el peor de ellos mueran.

Si en verdad el deseo es reducir al mínimo la incidencia del aborto en México, es indispensable buscar un verdadero programa de salud sexual y reproductiva, así como implementar leyes que permitan y regulen la atención de la interrupción de embarazos no deseados.

En la Ciudad de México Distrito Federal el 26 de abril del 2007 se publica en la Gaceta oficial del Distrito Federal el Decreto por el que se reforma el Código Penal para el Distrito Federal donde deja de ser delito la interrupción del embarazo durante las primeras 12 semanas de gestación. La atención de la Salud Sexual y Reproductiva tiene carácter prioritario y el Gobierno se compromete a promover y aplica permanentemente y de manera intensiva políticas integrales tendientes a la educación y capacitación sobre la Salud Sexual, los derechos Reproductivos, así como la Paternidad y Maternidad responsables. Sus servicios de Planificación Familiar y anticoncepción tienen como principal objetivo reducir el índice de abortos, de esta forma la Ciudad de México se pone a la vanguardia en los derechos reproductivos de sus ciudadanos.

No hay duda de que al terminar con la clandestinidad también se pondrá fin a muchas complicaciones y muertes maternas innecesarias, además de dar paso a programas sociales y educativos que atiendan el derecho humano de alcanzar una verdadera salud sexual y reproductiva. Se ha gastado mucho tiempo discutiendo si el aborto es bueno o malo, si es correcto o incorrecto, pero ha llegado el momento de afrontar que el aborto es una realidad social mucho más antigua que una cierta moral religiosa de tan solo 2 000 años de edad.

LECTURAS RECOMENDADAS

Arnold A.P. (1980) Sexual difference in the brain. *Am Sci*, 68:165-173.

Behringer R.R., Finegold M.J., Cate R.L. (1994) Müllerian-inhibiting substance function during mammalian sexual development. *Cell*, 79:415.

Berta P., Hawkins J.R., Sinclair A.H. et al. (1990) Genetics evidence equates SRY and the testis-determining factor. *Nature*, 348:448-450.

Davis, H.P., Pick de Weiss, S. (1992) El aborto en las Américas. En: López G, Yunes, J Solís JA, Omran AR (eds.): *Salud Reproductiva en las Américas*, O.P.S., Washington, DC.

Eccles-Parsons J. (1991) Gender-roles socialization En: Barron R.I., Graziano W. *Social*

Psychology. Fort Worth: Holt Rinehart & Winston, Inc.

Fredka, T. Takin, L.C., Toro, O.L. (1989) Program document: Research Program for the prevention of unsafe induced abortion and its adverse consequences in Latinamerica and the Caribbeam, Center for Policy Studies. Working paper No. 3, The Population Council, México City.

Henshaw, S.K. (1990) Induced abortion: A world reiew, family planning perspectives. The Alan Guttmanchen Institute. New York:5.

Page D.C., Mosher R.S., Simpson E.M. et al. (1987) The sex determining region of the human Y chromosome encodes a zinc finger protein. *Cell*, 51:1091-1104.

Sadler T.W. (2001) *Embriología médica con orientación clínica*. 8a ed., caps. 4 y 5 60-108.

Sinclair H.A., Berta P., Palmer S.M. et al. (1990) A gene from the human sex-determining region encodes a protein with homology to a conserved DNA-binding notif. *Nature*, 346:240-244.



Síndromes clínicos relacionados con comportamiento sexual compulsivo

Rubén Hernández Serrano

Iván Arango de Montis

La discusión entre los términos “conducta sexual compulsiva” o “adicciones sexuales”, ha ocupado libros, trabajos científicos y páginas enteras de argumentos y postulados teóricos y prácticos —la mayoría de ellos empíricos— y basados en la clínica, durante ya muchos años.¹⁻⁸

Para complicar aún más el panorama, el término “impulsividad sexual” ha tomado mucha vigencia de manera reciente al aumentar en frecuencia e intensidad otras patologías colaterales, como el juego patológico, la adicción a las drogas y el alcohol, las compras patológicas, la adicción a Internet y las parafilias en general.⁹ O bien se han hecho mas evidentes y han “salido del closet”, o la tecnología de la información las ha hecho más notorias.

De igual forma, la discusión entre normalidad y “anormalidad” que rige los conceptos de tiempo y frecuencia y la definición de promiscuidad sexual continúan siendo arbitrarias, sin base o metodología científica para su concepción y sesgadas por los evidentes factores atávicos, morales y de juicios de valor que persisten en la sociedad contemporánea.

A modo de resumen de esta muy complicada materia cabe señalar, de manera fundamental, los siguientes hechos:

Desde 1983, Carnes, tomando como punto de partida enfoques diametralmente opuestos —como los que corresponden al psicoanálisis y sus versiones psicodinámicas más actuales y los enfoques cognitivo-conductuales—, incorporó conceptos de las teorías del aprendizaje y de la teoría general de sistemas para intentar definir los términos en referencia.

Tomó en consideración las tendencias típicamente adictivas y las entrelazó con fenómenos y eventos traumáticos y cataclísmicos en la persona, mismos que motivan la tendencia a la adicción, siguiendo el modelo característico de la dependencia al alcohol y las drogas, con sus claros fenómenos de abstinencia y tolerancia. Así, el sexo es la más importante necesidad para los adictos sexuales. Viven y sólo piensan en ello y para ello.

Scwartz y Brasted, atribuyeron el origen de la impulsividad sexual a un sistema de creencias del todo irracional que consiste en una pobre imagen de uno mismo, baja autoestima, expectativas poco realizables, temores y miedos anticipatorios y un sentimiento general de desesperanza y tristeza. La culpa y vergüenza están presentes, así como también dificultades y discordias maritales que conducen o exacerban las conductas sexuales adictivas.

Coleman, desarrolló el concepto de “conducta sexual compulsiva” en un intento de quitar el estigma que pesa sobre el fenómeno y señaló dos factores dinámicos: uno que predispone al individuo al uso compulsivo de sustancias o conductas como medio de aliviar el dolor emocional, y otro que conduce al individuo ya predispuesto a ciertos tipos de conductas sexuales como su modo preferido de aliviar el dolor y sufrimiento. Existe una

grave alteración de la intimidad y por lo general tiene lugar en personas que han experimentado abuso, negligencia o rechazo, lo cual les produce un intenso sentimiento de soledad.

Goodman propuso el término de “adicción sexual”, el cual corresponde a un patrón mal adaptado de conductas sexuales, mismo que conduce a alteraciones y a estrés significativo desde el punto de vista clínico, “manifestado por tres o más de los siguientes parámetros, que ocurren en cualquier tiempo durante un periodo no menor de 12 meses:

- 1) Tolerancia: aumento de la frecuencia e intensidad para lograr el efecto deseado. Disminución del efecto causado por el mismo nivel de intensidad.
- 2) Abstinencia: cambios psicofisiológicos demostrados, producidos al discontinuar la conducta sexual. Necesidad de producir la misma conducta sexual para mejorar o evitar el síndrome de abstinencia.
- 3) La conducta sexual se produce durante cada vez más tiempo y mayor intensidad.
- 4) Hay intentos conscientes por tratar de evitar o controlar la conducta sexual en cuestión.
- 5) Se invierte una gran cantidad de tiempo en la preparación, participación y recuperación de la conducta sexual específica.
- 6) Importantes actividades sociales, ocupacionales o recreacionales son eliminadas o reducidas como consecuencia de la conducta sexual.
- 7) La conducta sexual continúa, a pesar del conocimiento de que el problema psicológico y físico persiste o recurre, y que es causado o aumentado por la conducta sexual.”

Por último, Hernández, Devries y Parra, en diversos trabajos, han señalado la importancia de diferenciar fantasías, urgencias o conductas que se expresan de manera persistente y recurrente, constituyendo un problema serio para el paciente, quien lucha como un péndulo de manera obsesiva y compulsiva por no dejarse llevar por ellas ante las claras consecuencias sociales, éticas y legales que generan. La diferencia entre lo normal y anormal está dada por muchos factores de orden sociocultural y médico-legal, interfiriendo con la vida diaria de la persona.

El *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, 4a edición, Texto revisado (DSM-IV-TR) no establece criterios diagnósticos específicos para estas entidades clínicas, aunque pudieran ser incluidas en el rubro de trastornos sexuales no clasificados (302.9).¹⁰

Ya desde Krafft Ebing, en su famoso estudio sobre psicopatías sexuales, se producía el primer análisis científico de lo que hoy llamamos “parafilias”, conocidas en el pasado como “conductas sexuales desviadas” o “perversiones sexuales”, las cuales también hoy en día han crecido de manera vertiginosa en amplitud, frecuencia e intensidad.¹¹

A fin de distinguir entre conductas sexuales desviadas, adicción sexual e impulsividad sexual, es fundamental realizar la evaluación clínica de tres conceptos clásicos:

- 1) La planificación previa de actividades, que consume muchas horas.
- 2) La determinación de los riesgos en los cuales se involucra la persona y si el individuo cobra conciencia de ellos o no, si los asume como un juego psicológico muy dañino.
- 3) El placer que se obtiene de manera preferente o exclusiva y la participación consensual

o no de otras personas, lo que tarde o temprano conduce a problemas médico-legales.

Se estima que la incidencia de estas conductas esta en el orden, según Carnes, de entre 3 y 6 % de la población, y de acuerdo con Coleman en 5 %, aunque la cifra de delitos es significativamente alta.

Desde el punto de vista teórico, no hay consenso de cómo entender el problema, hace mucho tiempo que esta condición recibió nombres como “hipersexualidad”, “erotomanía”, “ninfomanía”, “satiriasis”, “conducta sexual compulsiva no parafilica”, “conducta sexual fuera de control” y, de manera más reciente, “conducta sexual compulsiva”, “adicción sexual”, “impulsividad sexual” o “trastornos relacionados con las parafilias”.

El planteamiento de dicha condición como una conducta sexual “compulsiva” señala la relación teórica que puede existir entre tales comportamientos sexuales y el **trastorno obsesivo compulsivo** (TOC), o bien, que las manifestaciones sexuales compulsivas son una manifestación clínica más del TOC. El cuestionamiento a dicha posición, sin embargo, surge al realizar un análisis de la comorbilidad o de la presentación formal del diagnóstico de TOC en pacientes con tales conductas sexuales y se encuentra que sólo en 14% de los pacientes es posible establecer el diagnóstico comórbido de TOC.¹² El TOC no representa el diagnóstico de trastorno por ansiedad más frecuente. Los pacientes con TOC por lo general evitan las situaciones de riesgo mientras que los pacientes con trastornos relacionados a las parafilias buscan el riesgo y las sensaciones relacionadas. Este fenómeno ha sido asociado con los trastornos vinculados a la impulsividad más que a aquellos relacionados con la obsesividad-compulsividad.

Las consideraciones que proponen entender la conducta sexual fuera de control como una manifestación de un fenómeno adictivo, han encontrado un eco significativo sobre todo por las modalidades terapéuticas implementadas desde esta perspectiva, en particular, los programas terapéuticos centrados en la filosofía de 12 pasos (como la propuesta por los grupos de Alcohólicos Anónimos). Sin embargo, uno de los cuestionamientos más rigurosos hacia esta perspectiva es que en la especie humana hay una serie de conductas apetitivas sobre las que descansa la supervivencia de la especie (la conducta sexual, alimentaria, la ingesta de líquidos y el sueño), las cuales son moduladas por extensas redes neurales en el sistema nervioso central y que, como fenómenos fisiológicos que son, implican cierta periodicidad, apetencia y saciedad.

Los apetitos humanos se pueden desinhibir en distintas condiciones psiquiátricas o neurológicas (trastornos del estado de ánimo, esquizofrenia o lesiones cerebrales) y, en la especie humana, la percepción de la privación de cualquiera de tales conductas apetitivas (sexual, alimentaria, de ingesta de líquidos y de sueño) genera representaciones mentales (pensamientos, imágenes y fantasías) y conductas dirigidas a mitigar la condición de privación. La aplicación del modelo de adicción a las conductas apetitivas que de manera inherente implican momentos de privación acompañados de representaciones mentales y conductas que buscan la saciedad, suele generar confusión. La misma dificultad teórica encuentra la clasificación de otras condiciones que relacionan la conducta impulsiva con conductas apetitivas, como es el caso de considerar a la bulimia nervosa como un trastorno adictivo.

Otra perspectiva implica la clasificación y nomenclatura de estas condiciones como

“trastornos relacionados a las parafilias” para las cuales la definición operativa ha sido propuesta por Martin Kafka:¹³

- a) Un periodo de por lo menos seis meses en que se presentan de manera recurrente e insistente fantasías sexuales, urgencia sexual o conductas sexuales culturalmente sancionadas que aumentan en frecuencia e intensidad, al punto de interferir de manera sustancial en la expresión de la capacidad para la actividad sexual afectiva y recíproca.
- b) Estas fantasías, urgencias o actividades sexuales causan malestar clínicamente significativo y deterioro en el área social, ocupacional o en otras áreas importantes del funcionamiento.
- c) Estas fantasías, urgencias o actividades sexuales no ocurren exclusivamente durante un episodio de otro trastorno psiquiátrico primario (manía, hipomanía), al abuso de sustancias psicoactivas (alcohol, cocaína o anfetaminas) o a una condición médica general.

Los trastornos relacionados con las parafilias son condiciones vinculadas con ellas de alguna manera pero, con la distinción fundamental de que constituyen expresiones excesivas de conductas heterosexuales u homosexuales toleradas desde el punto de vista social. De modo que la diferencia principal entre las parafilias y los trastornos relacionados con ellas estriba en que estos últimos son conductas toleradas por la sociedad en general.

Las convergencias entre ambas condiciones se sustentan con diversos datos: las parafilias, por ejemplo, tienen una ocurrencia hombre:mujer de 20:1, en tanto que los trastornos relacionados con las parafilias también son una condición sobre todo masculina, pero con un índice mucho menor (5:1). Ambas condiciones por lo general inician durante la adolescencia, y los pacientes de una y otra describen su conducta sexual como obligatoria, repetitiva y estereotipada; en ambas hay fantasías que generan excitación sexual, urgencias y conductas sexuales que consumen tiempo para el desarrollo de otras áreas de funcionamiento psicosocial.¹⁴ Asimismo, en ambas condiciones las conductas llegan a ser tanto egodistónicas como egosintónicas y aumenta la probabilidad de que se presenten durante periodos de intensificación del estrés.

Los trastornos relacionados con las parafilias son los siguientes:

1. Masturbación compulsiva. En esta condición, la masturbación es la principal descarga sexual (por lo general, al menos una vez al día) incluso en el contexto de una relación estable. En un estudio reportado, la masturbación compulsiva llegó a tener una prevalencia de 70% en una muestra de 206 hombres con trastornos relacionados con las parafilias.¹⁵ En la mayoría de los casos no se presenta de forma aislada y está acompañada por lo menos con malestar y deterioro psicosocial. En algunas ocasiones se asocia con abrasiones o lesiones genitales y, de manera estadísticamente significativa, con todas las otras formas de trastornos relacionados con las parafilias, excepto con la promiscuidad prolongada; de hecho, fue posible establecer un vínculo significativo entre ella y todos los trastornos parafílicos —de manera particular con la escatología telefónica—. En los hombres con parafilias o con trastornos relacionados con las parafilias, la masturbación es la descarga sexual más común a lo largo de la vida, al

margen del estatus marital.¹⁶

2. Promiscuidad prolongada. Se presenta en personas con orientación heterosexual, bisexual u homosexual e implica un patrón repetitivo y persistente de conquistas sexuales, encuentros de “una sola noche”, búsqueda de parejas sexuales, relaciones sexuales repetidas breves o prolongadas, poligamia secuencial, consumo de sexo servicio.

La promiscuidad prolongada ha sido reportada hasta en 50% de las personas que solicitan tratamiento asociado por una conducta parafílica por un trastorno relacionado con las parafilias, y a menudo está acompañada de diseminación de enfermedades de transmisión sexual y con la disrupción del vínculo de pareja.¹⁷ Existen circunstancias en las que se requiere hacer una evaluación cuidadosa del diagnóstico, por ejemplo, las personas que se dedican al trabajo sexual tienen múltiples parejas sexuales, pero cuando la motivación primaria de la conducta no es sexual (sino, quizá, la obtención de dinero para sobrevivir la miseria y la pobreza, la explotación por el comercio y la esclavitud sexual) no debe realizarse un diagnóstico de promiscuidad prolongada.

3. Dependencia a la pornografía. Es la presencia de un patrón repetitivo y persistente de dependencia a materiales pornográficos (revistas, vídeos, pornografía en internet). Así como la promiscuidad prolongada, la dependencia a la pornografía se ha documentado en 50% de los casos de una muestra y se relaciona de manera significativa con la masturbación compulsiva y la dependencia al sexo telefónico. En el estudio referido, la dependencia a la pornografía también encontró un vínculo importante con la presencia de sadismo sexual y masoquismo, aunque no alcanzó una asociación significativa desde el punto de vista estadístico con otras parafilias. Otra de las observaciones realizadas es que en las personas con dependencia a la pornografía disminuye el interés sexual por la pareja, si es que se encuentran en una relación estable. Desde la perspectiva clínica, algunos autores sugieren que cuando la dependencia a la pornografía está acompañada de excitación sexual por personas prepúberes, debe realizarse el diagnóstico de dependencia a la pornografía y pedofilia.¹⁸

4. Dependencia al sexo telefónico. Es la dependencia persistente y repetitiva a las líneas telefónicas de contenido sexual, misma que implica un importante consumo de tiempo y endeudamiento. En una muestra ya referida, la dependencia al sexo telefónico se presenta en 25% de los casos y está vinculada con deudas sustanciales y bloqueos de servicios telefónicos. Mostró un vínculo significativo con la masturbación compulsiva, la dependencia a la pornografía, la promiscuidad prolongada y la escatología telefónica.

5. Dependencia al cybersexo. Consiste en el uso repetido y persistente (que consume tiempo para el desarrollo en otras áreas de funcionamiento psicosocial) de internet en grupos de interacción virtual en los que se actúa o planea la actuación de la conducta sexual. Los estudios en dichas poblaciones sugieren la necesidad de discriminar entre distintos tipos de usuarios de internet. Hasta ahora parece ser que los hombres recurren con mayor frecuencia a sitios en los que se busca pornografía especializada. Una de las líneas de investigación va dirigida a identificar cuáles pueden ser los motivadores principales en la dependencia al cybersexo, las mujeres que buscan acceder a una relación o contacto como factor primario y que terminan teniendo actividad sexual como factor secundario son un grupo distinto al de los hombres que buscan como factor

primario la excitación genital.¹⁹⁻²⁰

En los hombres o mujeres que tienen como motivación principal la búsqueda de pornografía, algunos autores han sugerido entender la dependencia al cybersexo como una variante de la dependencia a la pornografía, con lo que se mantendría la categoría de dependencia al cybersexo como un rubro que implica la conducta sexual explícita acompañada de comunicación interpersonal. Se ha reportado que las personas con ese tipo de conducta se conectan al internet en busca de cybersexo por lo menos entre 1 y 2 horas al día, es decir, entre 11 y 12 por semana.

6. Incompatibilidad grave del deseo sexual. Implica la afiliación romántica persistente en la cual el deseo sexual excesivo de uno de los miembros de la pareja genera demandas sexuales en el otro (habiendo documentado que el otro miembro de la pareja no tiene una disfunción sexual como trastorno por deseo sexual hipoactivo) que interfiere de manera significativa con la capacidad para sostener una relación. En un estudio con personas con trastornos relacionados con las parafilias se encontró este tipo de conducta en 12% de la muestra, asociada con disfunción en el vínculo de pareja y, de manera significativa, con la ocurrencia de masturbación compulsiva. La mayoría de hombres o mujeres que presentan esta condición demandan actividad sexual una o más veces al día y la pareja afectada se siente explotada y enojada. La incompatibilidad grave en el deseo sexual a menudo está acompañada de la búsqueda de psicoterapia de pareja y es un factor importante en el rompimiento y separación de la misma.

7. Trastorno relacionado con las parafilias, no especificado. En este rubro podría clasificarse la asistencia a “*strip clubs*”, el acoso sexual, la trasgresión a los límites profesionales, fantasías sexuales que consumen tiempo que son experimentadas como egodistónicas pero que no siempre se acompañan de conductas sexuales o genitales explícitas. Esta categoría incluye las condiciones que todavía no han sido validadas de manera empírica; habría que considerar cuáles son las motivaciones para la ejecución de la conducta, sobre todo si la motivación principal es la evitación de la condición de soledad o de estados afectivos de tipo depresivo. A decir de Kafka, sería difícil, incluir dichas condiciones en el rubro de trastornos relacionados con las parafilias.

Además de los señalamientos sostenidos para comprender las conductas mencionadas como “trastornos relacionados con las parafilias”, hay otras aproximaciones teóricas que persisten en la proposición de la multicausalidad en los procesos fisiopatológicos relacionados con el comportamiento. Otro investigador, Coleman, plantea que tales conductas no siempre son egodistónicas (como en el caso del TOC clásico) o pueden entenderse en función de un impulso hipersexual generalizado o como consecuencia de comportamientos no regulados de búsqueda de placer. Sin embargo, la nomenclatura para dichas condiciones permite suponer que la comprensión de su naturaleza subyace en la perspectiva del espectro compulsivo o relacionado con los trastornos de ansiedad.

Coleman propone los siguientes criterios para la conducta sexual compulsiva no parafílica.²¹

A) Conductas, urgencia o fantasías que provocan intensa excitación sexual y que influyen en una de las siguientes:

1. Búsqueda compulsiva de parejas sexuales.
 2. Fijación compulsiva en una pareja inalcanzable.
 3. Autoerotismo compulsivo.
 4. Uso compulsivo del Internet para propósitos sexuales.
 5. Uso compulsivo de material sexualmente explícito (erótica).
 6. Compulsión por relaciones amorosas múltiples.
 7. Sexualidad compulsiva en una relación.
- B) Las fantasías, urgencias o conductas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, ocupacional o en otras áreas importantes del funcionamiento.
- C) No son ocasionadas por otra condición médica, uso o abuso de sustancias, o atribuibles a cualquier otro diagnóstico en Eje I, II (trastornos de la personalidad o retraso mental) o trastornos en el desarrollo. Habrán de considerarse las normas para género, orientación sexual y distintos grupos socioculturales.
- D) Duración mínima de 6 meses.

CONSIDERACIONES ETIOLÓGICAS: NEUROANATOMÍA

Desde la perspectiva neuroanatómica o neurofuncional, se ha propuesto que hay alteraciones en la comunicación de distintas vías neuronales que comunican al lóbulo frontal con el temporal.

En relación con las alteraciones del lóbulo frontal, habría que retomar el hecho de que esta estructura cerebral, entre muchas otras funciones, se encarga del funcionamiento ejecutivo, como la inhibición de respuestas, la planeación, y la modulación verbal del comportamiento. Las lesiones del lóbulo frontal están vinculadas con alteraciones en el control de los impulsos que incluyen las conductas hipersexuales.²²

Los lóbulos temporales también han sido considerados al intentar explicar la conducta sexual con características compulsivas. Se ha vinculado a estas estructuras con el desarrollo de manifestaciones clínicas de hipersexualidad o con el desarrollo de conductas parafílicas, como el caso de conductas fetichistas o pedófilas. Una de las características clínicas reportadas en la conducta sexual compulsiva es que se asemeja a estados alterados de conciencia o “similares a la fuga”. De hecho, las publicaciones de Money y Lamerz refieren que tal vez exista una correlación entre las alteraciones de la actividad eléctrica en regiones corticales asociadas desde el punto de vista funcional con el sistema límbico, las cuales quizá expliquen los síntomas de tipo obsesivo o estados de “fuga” (estados alterados de conciencia).

Otra de las evidencias que vinculan a los lóbulos temporales con manifestaciones clínicas relacionadas con la conducta sexual impulsiva desde la perspectiva de la conducta hipersexual, se documenta en el síndrome de Kluver-Bucy. En esta condición, las lesiones en el lóbulo temporal se manifiestan con incremento en las conductas sexuales de búsqueda y desinhibición. De igual manera, existen reportes en los que se establece un vínculo entre las conductas pedófilas con alteraciones en el lóbulo temporal, en el cerebro medio o en las áreas adyacentes al hipotálamo, estructuras en las que una lesión puede desencadenar estados de hipersexualidad que desenmascaren orientaciones sexuales de tipo parafílico.²³

PROCESOS NEUROQUÍMICOS

Desde la perspectiva neuroquímica se han estudiado los aspectos que tienen que ver con los procesos neuroquímicos relacionados con la conducta sexual.

Una de las líneas de observación ha sido el estudio de los niveles de testosterona en pacientes que presentan ya sea un trastorno de tipo parafílico o uno relacionado con las parafilias. Los estudios no han sido concluyentes al respecto de las anormalidades en las concentraciones de testosterona, sin embargo, lo que sí se ha reportado con un poco más de consistencia es la eficacia que tiene el tratamiento con antiandrógenos para disminuir el deseo sexual, ya sea en pacientes con urgencias parafílicas o no parafílicas. De cualquier manera, la testosterona se relaciona con muchos otros sistemas de neurotransmisión, por lo que la disminución en sus niveles circulantes puede incidir sobre el deseo o la urgencia sexual por medio del efecto que tiene sobre otras vías de neurotransmisión.²⁴

En vista de la asociación que existe entre la conducta sexual de tipo compulsivo y el antecedente de traumas repetidos en la infancia, se ha propuesto una liga teórica entre la fenomenología del **trastorno por estrés postraumático** (TPEPT) y la conducta sexual referida, sobre todo en lo referente a los estados de hiperactivación amigdalina y desregulación autonómica. Van der Kolk, ha demostrado como los pacientes con TPEPT tienen una pobre tolerancia a los estados de excitación/alertamiento, condición que interfiere con el procesamiento y las respuestas cognitivas a estímulos que generan estrés y que participa en que se genere una respuesta condicionada a la estimulación sensorial, en la que se responde con una descarga psicomotora o con conductas de retirada. Desde esta perspectiva, se ha propuesto entender la conducta sexual compulsiva como una respuesta inapropiada o exagerada a una amenaza percibida. En dicha respuesta a la amenaza percibida participan neurotransmisores que también modulan la respuesta sexual, como noradrenalina, serotonina y dopamina.²⁵

Se ha propuesto que las alteraciones adrenérgicas en la conducta sexual compulsiva están implicadas en los procesos neuroquímicos en la medida en que se hace la hipótesis de que en las personas con conducta sexual compulsiva podrían presentarse fenómenos similares a los que ocurren en la neurofisiología del TPEPT y el efecto que puede tener la hiperactivación de éste sistema de neurotransmisión con el deterioro y la disminución del volumen neuronal en el hipocampo, una de las estructuras fundamentales en la mediación de la relación de la memoria con el afecto.²⁶

La participación de los sistemas serotoninérgicos en la fisiopatología de la conducta sexual compulsiva se infiere de manera fundamental a partir del efecto que tienen sobre la conducta sexual los medicamentos que modulan este sistema de neurotransmisión, sobre todo los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS).²⁷

Otras moléculas candidatas a ocupar un lugar en la neurofisiología de la conducta sexual compulsiva son los opioides endógenos, es decir, las endorfinas y las encefalinas. Se ha determinado su participación en distintas fases de la respuesta sexual y de la inducción de la sensación de calma después de que hay un aumento en la producción neuronal de ellos. En los pacientes que son expuestos de nueva cuenta a situaciones traumáticas —como es el caso del Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT)—, se observa un incremento en la producción de endorfina la cual, de manera paradójica, provoca una sensación de calma, es

decir, una que intenta modular y reducir la ansiedad asociada con tal re-exposición. Sin embargo, cuando pasa el efecto ansiolítico propio de la actividad opiácea aparecen los síntomas de supresión a opiáceos (incremento de la ansiedad, hiperreactividad, incremento en la agresividad) y se establece un ciclo en el que se observa un sustento biológico para la reexperimentación del trauma en busca de un estado posterior de calma transitoria. Algunos autores han propuesto que este proceso es parte del ciclo neuroquímico que explica la perpetuación y repetición de la conducta sexual compulsiva. De hecho, tal hipótesis cobra mayor sentido con los reportes de caso en que pacientes que sufrían conducta sexual compulsiva fueron tratados con fármacos que antagonizan el efecto de los opiáceos endógenos, como la naltrexona.²⁸

OTRAS PROPUESTAS TEÓRICAS

Existen otros autores que plantean que, además de las variables mencionadas, habría que considerar la relación que este tipo de conducta sexual, al que prefieren llamar “conducta sexual fuera de control”, guarda con el afecto y la ansiedad.

Bancroft, por ejemplo, ha planteado que la excitación sexual depende del balance entre los sistemas neurales de excitación e inhibición sexual y que los individuos presentan una alta variabilidad.²⁹ Propone que los sistemas neurales asociados con la inhibición sexual (p. ej., *locus ceruleus* y núcleo paragigantocelular) sirven a la especie desde una perspectiva evolutivo-adaptativa cuando:

1. Se percibe una situación sexual como amenazante y la inhibición sexual facilita la evitación de la situación amenazante.
2. La amenaza percibida no es de carácter sexual pero demanda una respuesta de evitación, para la cual se requiere de la inhibición de patrones conductuales distractores, como la ingesta de alimentos o la actividad sexual.
3. Cuando la respuesta sexual (p. ej., la eyaculación masculina) inhibe estados de excitación sexual para asegurar que la búsqueda de placer sexual no se convierte en un patrón conductual excesivo (que resulte en una reducción de la capacidad reproductiva o en una preocupación mal-adaptativa por la búsqueda de recompensas sexuales).
4. Cuando la conducta sexual y reproductiva se inhibe en condiciones de estrés crónico (que en algunas especies sociales tiene el efecto de reducir la sobrepoblación por medio de la inhibición selectiva de la conducta reproductiva en aquellos individuos que, por estar ubicados en los estratos más bajos de la jerarquía social, son más susceptibles al estrés crónico).

Bancroft, propone que es necesario considerar que el aumento en el interés sexual puede indicar un incremento en el deseo sexual o la necesidad de contacto personal y de la validación por otra persona. Desde esa perspectiva, la conducta sexual fuera de control guarda relación con una disminución de la actividad de los sistemas de inhibición que en el contexto de situaciones de ansiedad, la conducta sexual “fuera de control” representa un medio para obtener una reducción transitoria de la ansiedad a través del orgasmo. En tales casos —en donde la conducta sexual se exacerba en estados de ansiedad— se requiere de la

presencia de un hipofuncionamiento de los sistemas de inhibición junto a un hiperfuncionamiento de los sistemas de excitación sexual; fenómeno que ha sido llamado de “transferencia de excitación” (efecto paradójico de la ansiedad sobre la estimulación sexual, es decir, la facilitación de la excitación en situaciones de ansiedad, la hiperactivación autonómica asociada con la ansiedad se incorpora a la respuesta sexual frente a estímulos sexuales en aquellos individuos con baja inhibición de la respuesta sexual).³⁰

DIAGNÓSTICO

En la actualidad es básico utilizar las escalas de diagnóstico a fin de establecer con claridad algunos comportamientos dudosos y, sobre todo, establecer una adecuada comparación con diferentes culturas ante las cuales pudieran existir variaciones importantes.

Entre los instrumentos más útiles se encuentran el *Handbook of Sexuality Related Measures* (*Manual de medidas relacionadas con la sexualidad*).³¹ También son valiosas las pruebas psicológicas reconocidas como el Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (MMPI)* y las muy variadas y diversas escalas de personalidad, calidad de vida y satisfacción sexual disponibles en el mercado.³²

De igual manera, las pruebas de *biofeedback* y los estudios de falometría y diferentes polígrafos pueden ser útiles no sólo en el diagnóstico sino también en el tratamiento y la evaluación de resultados.

TRATAMIENTO

La gran mayoría de estas personas no reciben tratamiento, bien porque se niegan a hacerlo al considerar que no tienen ningún tipo de patología o porque no existen ni los centros especializados ni los profesionales debidamente entrenados para ello.

Se ha implementado el tratamiento farmacológico (lo que ha sido llamado por algunos “castración química”) con el uso de antiandrógenos, en particular la flutamida. Procedimiento que es violatorio de la Declaración de Derechos Sexuales de la Asociación Mundial de Sexología.³³

Los ISRS han sido utilizados también con éxitos parciales: fluoxetina, sertralina, paroxetina, venlafaxina, fluvoxamina, mirtazapina, citalopram y duloxetina pueden ser utilizados en dosis ajustadas a cada individuo. Asimismo el médico puede utilizar medicación ansiolítica (sin olvidar el factor dependencia), en particular las benzodiazepinas.

Y, por supuesto, el tratamiento integral debe incluir algún tipo de psicoterapia. Algunas modalidades que han sido implementadas en esta clase de padecimientos son: 1) psicoterapia cognitivo-conductual, 2) terapia de grupo (en muchas ocasiones con el mismo modelo de 12 pasos de los grupos de Alcohólicos Anónimos), 3) terapia familiar, 4) terapia marital y 5) terapia sexual. En la obra de Mezzich y Hernández se presenta una revisión completa de los modelos terapéuticos convenientes.³⁴

REFERENCIAS

1. **Carnes, P.** (1983) *Out of the Shadows: Understanding Sexual Addiction*. Minneapolis. CompCare.
2. **Schwartz, M.F., Brasted W.S.** (1985) Sexual Addiction. *Med Asp Human Sexuality* 19:103-107.
3. **Coleman, E.** (1986) Sexual compulsión vs. sexual addiction: The debate continues. *SIECUS Report* p. 7-11.
4. **Coleman, E.** (1992) Is Your Patient Suffering from Compulsive Sexual Behavior? *Psychiatric Ann* 22:320-325.
5. **Goodman, A.** (1998) *Sexual Addiction. An integrated Approach*. Int University Press., Madison.
6. **Hernández, S.R., Parra, C.A.** (1998) *Violence*. Universidad Central Venezuela. Caracas.
7. **Parra, C.A., DeVries, R., Hernández, S.R.** (2005) *Sex and Drugs*, XIII World Congress Psychiatry. Cairo.
8. **Mezzich J.E., Hernandez S.R.** (2006) *Psychiatry and Sexual Health: An Integrative Approach*. WPA Sexual Health Educational Program. Rowman Littlefield, New York.
9. Raymond N, Coleman E.,miner M. "Psychiatric comorbidity and compulsive/impulsive trends in compulsive sexual behavior". *Comprehensive Psychiatry* 2003, 44(5):370-80.
10. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (2000) American Psychiatric Association. DSM-IV-TR, 4a ed., Washington, D.C.
11. **Krafft, E. R.** (1886) *Psychopathia Sexuales*. Stein and Day. New York.
12. **Kafka, M.P., Prentky, R.A.** (1998) Attention deficit hyperactivity disorder in males with paraphilias and paraphilia related disorders: A comorbidity study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59:388–396.
13. **Kafka, M.** (2001) The paraphilia related disorders: a proposal for a unified classification of Nonparaphilic Hypersexuality Disorders. *Sexual Addiction and Compulsivity*, 8:227-239.
14. **Black, D.W., Kehrberg, L.L.D., Flumerfelt, D.L. et al.** (1997) Characteristics of 36 subjects reporting compulsive sexual behavior. *American Journal of Psychiatry*, 154:243–249.
15. **Kafka, M.P., Hennen, J.** (1999) The paraphilia-related disorders: An empirical investigation of nonparaphilic hypersexuality disorders in 206 outpatient males. *Journal of Sex and Marital Therapy* 25:305–319.
16. **Kafka, M.P.** (1997) Hypersexual desire in males: an operational definition and clinical implications for men with paraphilias and paraphilia-related disorders. *Archives of Sexual Behavior*, 26:505–526.
17. **Kafka, M.P., Hennen, J.** (1999) The paraphilia-related disorders: An empirical investigation of nonparaphilic hypersexuality disorders in 206 outpatient males. *Journal of Sex and Marital Therapy* 25:305–319.
18. **Kafka, M.** (2001) The paraphilia related disorders: a proposal for a unified classification of Nonparaphilic Hypersexuality Disorders. *Sexual Addiction and*

Compulsivity, 8:227-239.

19. Cooper, A., Delmonico, D.D., Burg, R. (2000) Cybersex users, abusers, and compulsives: New findings and implications. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 7:5–29.

20. Cooper, A., Scherer, C.R., Boies, S.C. et al. (1999) Sexuality on the Internet: From sexual exploration to pathological expression. *Professional Psychology*, 30:154–164.

21. Coleman, E. (2005) *Neuroanatomical and neurotransmitter dysfunction and compulsive sexual behavior*. En: Shibley, J. *Biological Substrates of Human Sexuality*. Edited by American Psychological Association. Washington D.C. pp.147-169.

22. Elliott M.L., Biever L.S. (1996) Head injury and sexual dysfunction. *Brain Injury*, 10:703-717.)

23. Mendez M., Chow T., Ringman J. et al. (2000) Pedophilia and temporal lobe disturbances. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 12(1),71-76.

24. Bradford, J. (2000) Treatment of sexual deviation using a pharmacological approach. *Journal of Sex Research* 37:248-257.

25. Van der Kolk (1988) The Trauma Spectrum: The interaction of social and biological and social events in the genesis of the trauma response. *Journal of Traumatic Stress* 1:273-290.

26. Davidson, R., Jackson, D., Kalin, N. (2000) Emotion, plasticity, context, and regulation: perspectives from affective neuroscience. *Psychological Bulletin*, 126:890-909.

27. Federoff, J. (1993) Serotonergic drug treatment of deviant sexual interests. *Annals of Sex Research*, 6:105-121.

28. Coleman, E. (2005) *Neuroanatomical and Neurotransmitter Dysfunction and Compulsive Sexual Behavior*. En: Shibley J. *Biological Substrates of Human Sexuality*. American Psychological Association. Ed. USA.

29. Bancroft, J., Jensen, E. (2000) The dual control model of male sexual response: A theoretical approach to centrally mediated erectile dysfunction. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews* 24:571-579.

30. Bancroft, J., Vukadinovic, Z. (2004) Sexual Addiction, Sexual Compulsivity, Sexual Impulsivity, or What?, Toward a Theoretical Model. *The Journal of Sex Research* 41(3):225-234.

31. Davis C., Yarber W. et al. (1998) *Handbook of Sexuality related measures*. Sega Pub.

32. Butcher, J.N. (2004). *Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota-2 (MMPI-2)*, Adaptación al español: Gómez-Maqueo E. Lucio, Editorial El Manual Moderno S.A. de C.V.

33. World Association for Sexual Health (1997) *Valencia Declaration*. Hong Kong 1999. www.worldsexology.org

34. Mezzich, J.E., Hernández, S.R. (2006) *Psiquiatría y salud sexual: un enfoque integral*. www.rowmanlittlefield.com

* Obra publicada y distribuida por Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.	Regresar



Síndromes clínicos relacionados con violencia y victimización

Ruth González Serratos

PODER, GÉNERO, VIOLENCIA/AGRESIÓN

La violencia sexual es un problema que ocurre en una comunidad en la cual se encuentra tanto el victimario como la víctima, por tanto, atañe a todos los miembros de la sociedad tanto entender como atender y prevenir dicho fenómeno.¹

Ser un hombre en nuestra cultura significa no sólo poseer un pene, también habría que añadir a la anatomía: ser de ascendencia europea, heterosexual, joven, rico y musculoso. Así, el pene es ligado de inmediato con racismo, sexismo, heterosexismo y “cualidades” como ser racional, de inteligencia superior, lógico, inflexible, frío y sin emociones. Pero, sobre todo, mantenerse y mantener en control a personas y situaciones bajo su poder, esto quiere decir tomar las decisiones y obtener lo que uno quiere sin importar el costo.

La violencia sexual es una expresión de la disparidad de poderes entre los géneros. El varón utiliza la sexualidad como arma de sometimiento y de poder manifiesto contra quienes considera inferiores a él (mujeres, niñas y niños). Al violentar sexualmente a otros hombres, les señala su inferioridad respecto a él y su demérito social, ya que cuando el hombre victimiza a otro hombre lo “mujeriza”, es decir, que desde las perspectivas real o simbólica siempre se viola a una mujer.²

SÍNDROMES CLÍNICOS POSTERIORES AL ABUSO SEXUAL EN LA NIÑEZ

Hay dos variables sobre las cuales se cimienta la organización familiar, a saber: poder y género. El poder es vertical y se aplica según el género. Las leyes de la familia están inscritas en los ejes de jerarquía, disciplina, obediencia, verticalidad, respeto y castigo; así, tenemos que “la mujer obedece y respeta al marido”, “el padre es el jefe de familia”, “el padre mantiene el hogar”, “el padre es el que impone la ley”.³

El patriarcado está definido como “el proceso de utilización del sistema de la supremacía masculina encontrada en la familia tradicional como paradigma del orden universal”.⁴ De ahí que la violencia doméstica como problema de género esté articulada a los diferentes sistemas sociales que estructuran la complejidad de dicha relación.

Abuso sexual a infantes y género

El dominio y el control de un género sobre otro demuestra de manera elocuente el lugar subordinado y quebrantado que se pretende para las mujeres adultas y los infantes al despojarlos de su integridad y obtener como trofeo la tan valorada “honra sexual”, centro de la jurisdicción masculina sobre sus subordinados y parte fundamental de los sistemas de prestigio social. La sexualidad es utilizada como un instrumento que marca de

modo impresionante la imposición de poder y la ira sobre otro ser al cual se deshumaniza, degrada y despoja de sus capacidades de libre elección sobre su cuerpo, así como del ejercicio de su sexualidad. Aunado a lo anterior se rompe y corrompe la seguridad, la confianza, el autoconcepto y la esencial libertad interna de un ser humano.⁵

La fuerza física y el hábito del infante a obedecer a los adultos en ocasiones aseguran la complacencia, ya que los infantes a menudo obedecen a los adultos con un mínimo de coerción.⁶ El poder sobre los infantes confiere a los adultos fuerza y dominio sobre ellos, ya que la cultura considera que los menores son propiedad de los adultos; por otra parte, los niños necesitan y quieren ser aceptados, amados y acariciados. Tal combinación dentro y fuera de la familia, hace que los abusadores tomen ventaja de esos requerimientos infantiles e impongan su dominio.⁷

Funk puntualiza que el abuso sexual es la sexualización del desbalance de poder. B.SOTRP, la organización que él preside, plantea la premisa de que la conducta de violencia sexual es una extensión de una conducta masculina altamente normalizada, es parte del continuo de una conducta masculina exitosa que avala los estereotipos masculinos.⁸ Hopper, agrega que lo anterior desemboca en la alta probabilidad de violentar en el terreno sexual a mujeres e infantes.⁹

En la cultura occidental predominante, a los infantes se les demuestra que existe un amo, el cual es un varón que revela su poder a través de maltratar, humillar y degradar a sus víctimas. A la madre del infante se le hace patente que el hombre es dueño tanto de ella como de su progenie y que él dispone de manera poderosa de la servidumbre sexual tanto de ella como de sus descendientes.¹⁰

Conceptos de abuso sexual infantil

El primer paso para el entendimiento de un problema es nombrarlo, de ahí que en los últimos años se han propuesto varios términos al respecto: asalto sexual, violación infantil, perturbación infantil, y mal uso sexual; sin embargo, todos ellos tienen una carga valorativa, además de ser conceptos utilizados con un fin sobre todo de orden político y moral más que en función de un análisis teórico y empírico del problema. Es a partir de esto que el estudio del abuso sexual adquiere importancia social, política y, en consecuencia, académica.

En el presente capítulo se conceptúa como abuso sexual “a todo hecho en el que se involucra una actividad sexual inapropiada para la edad del infante (niña o niño), se le pida que guarde el secreto sobre dicha actividad y/o se le hace percibir que si lo relata provocará algo malo a sí mismo, al perpetrador y/o a la familia. Estos actos sexuales provocan sentimientos de confusión emocional, miedo y en ocasiones de placer, sin embargo, este tipo de experiencias son consideradas extrañas y desagradables para el infante. El abuso sexual incluye: la desnudez, la exposición a material sexualmente explícito, el tocamiento corporal, la masturbación, el sexo oral, anal y/o genital, el exhibicionismo, las insinuaciones sexuales, conductas sugestivas, el presenciar como abusan sexualmente de otro infante, la exposición a actos sexuales entre adultos, la prostitución, la pornografía infantil, etc.”¹¹

Concepto de incesto

Hay autores que mencionan que el incesto y el abuso sexual son conceptos semejantes, pero en realidad no son lo mismo, mientras que conciben al abuso sexual como relaciones sexuales entre un adulto y un niño, en donde existe un desbalance de poder, además de ser un evento sin consentimiento mutuo; el incesto es definido como contacto sexual entre miembros de una familia y parientes, incluyendo aquellos de la familia inmediata y mediata.¹²

Cabe decir, entonces, que la actividad sexual entre miembros de una familia de edades similares, sin que exista entre ellos un desbalance de poder y habiendo acuerdo mutuo, es un tipo de incesto en el cual no hay abuso sexual; asimismo, el contacto sexual entre un adulto extraño y un infante es abuso sexual sin que haya incesto, pues no existen lazos sanguíneos ni vínculos afectivos entre ambos.^{13,14}

Desde el punto de vista psicológico, el término “incesto” no puede limitarse a tomar en cuenta los lazos sanguíneos, ya que para entender su trascendencia real, es necesario visualizar más allá y centrar la atención profesional en los vínculos emocionales y afectivos que existen entre la víctima y su victimario.¹⁵ Esta nueva concepción del incesto considera que existen repercusiones a dos niveles: el trauma sexual por un desbalance de poder y la profanación de la confianza y los límites del infante.

Para el infante, el impacto emocional no tiene que ver con el parentesco genético, sino con la violación de la confianza por parte de alguien a quien ama dentro del ámbito donde se supondría más seguro: su propio hogar. Así, desde el punto de vista psicodinámico, el incesto es un abuso sexual en el cual, más que corromper la liga de la consanguinidad, lo que se altera es el vínculo de confianza de la víctima hacia su medio ambiente y sus relaciones interpersonales.

Concepto de sobrevivientes

El secreto elimina toda posibilidad de intervención, lo cual hace posible que el abuso continúe por largo tiempo. Las razones que llevan a un infante a guardar el secreto suelen ser de carácter multifactorial; sin embargo, Blume analiza algunos de los factores que hacen que el abuso sexual e incesto no sean revelados: amenaza, daño físico, decir “nadie te creerá”.¹⁶

Los efectos posteriores no son síntomas patológicos, son mecanismos que permiten al infante adaptarse al medio en el cual se ve obligado a vivir, de ahí que se considera como sobrevivientes a “todos los adolescentes y/o adultos que se vieron involucrados en abuso sexual y/o incesto durante la infancia, independientemente de quien o quienes hayan sido los abusadores y que no hayan recibido psicoterapia específica para la violencia sexual sufrida”.¹⁷

De acuerdo con los datos obtenidos en la investigación realizada en el Programa de Atención Integral a Víctimas y Sobrevivientes de Abuso Sexual (PAIVSAS) en el 2002, con una muestra de 100 niños y niñas, se encontró que las circunstancias bajo las cuales se llevaba a cabo la violencia sexual a infantes fueron las que se muestran en el cuadro 11-1.¹⁸

Cuadro 11-1. Circunstancias bajo las cuales ocurre la violencia sexual hacia infantes, según datos del PAIVSAS

Edad de la víctima Media 5.7 años	Porcentaje
4 años	10%
5 años	23%
6 años	20%
7 años	15%
8 años	8%
9 años	8%
Género de la víctima	Porcentaje
Femenino	77%
Masculino	33%
El victimario pidió a la víctima que no contara lo sucedido	Porcentaje
Sí	75%
No	25%
Hubo amenazas	Porcentaje
Sí	70%
No	30%
Tipo de amenazas	Porcentaje
Golpes	55%
Muerte	20%
Lastimar a otros	10%
Maltrato físico relacionado con el abuso	Porcentaje
Sí	70%
No	30%
Tipo de contacto	Porcentaje
Tocamiento general del cuerpo	27%
Tocamiento genital	40%
Penetración	25%
Contacto oral-genital	8%
Contacto anal-genital	10%
Exhibicionismo	10%
Lugar de abordaje	Porcentaje
Casa de la víctima	35%
Casa del victimario	20%
Casa de otro familiar	15%
Escuela	8%
Lugar de ataque	Porcentaje
Casa de la víctima	45%
Casa del victimario	12%
Casa de otro familiar	10%
Abuso	Porcentaje
Individual	75%
Tumultuario	25%
Género del victimario	Porcentaje
Varones	95%
Mujeres	5%
Conocido por la víctima	Porcentaje
Sí	100%
El victimario tenía aspecto confiable	Porcentaje
Sí	100%

Relación del victimario con la víctima	Porcentaje
Padre	15%
Padrastro	4%
Hermano	19%
Primo	18%
Tío	16%
Abuelo	7%
Vecino	8%
Cuidador	2%
Amigo	8%
Edad del victimario Rango 6 a 60 años	
Promedio: 19 años	Porcentaje
14 años o menos	20%
15 años	12%
21 años	15%
30 años	10%

De las cifras aquí presentadas por el PAIVSAS se deriva que el victimario es en un 95% del género masculino, conocido de la víctima en todos los casos; los porcentajes de abuso perpetrado por el hermano mayor (19%), el padre biológico (15%) y el padrastro (4%) suman un 19% de violencia por parte de la figura paternal; los primos representan 18% y los tíos 16%, la edad promedio de los victimarios es de 19 años.

Las víctimas tienen una edad promedio de 5.7 años; son niñas en 77%; recibieron amenazas 70% y maltrato físico con relación al abuso en 70% de los casos; fueron tocadas en sus genitales 40% y con penetración por cavidad 25%. El abuso se llevó a cabo en casa de la víctima 45% de las ocasiones, del victimario 12% y en 25% participó más de un victimario.

Al considerar los datos anteriores es evidente la sensación de impotencia, confusión, captura y degradación que sufre una criatura y las consecuencias que se plasman a corto y largo plazo en su desarrollo psicoemocional y social.

Pornografía infantil

Finkelhor, (1984) analiza el papel que han tenido las feministas en la denuncia de la liga que existe entre pornografía y prostitución infantil.¹⁹ Aunque queda claro que la pornografía representa, en el fondo, hostilidad hacia quien aparece como objeto sexual, hay personas que pretenden que no representa “más que una representación de la vida sexual infantil”.²⁰ No hay duda de que el material exhibido en la pornografía infantil nada tiene que ver con el desarrollo de los infantes y sí con la brutalidad y la deshumanización de los infantes obligados a participar en estas degradantes actividades. Lo que aparece en la pornografía está modelado para el gusto del consumidor. En EUA se etiqueta este material con una leyenda que reza, “sólo para adultos” o “se recomienda la guía de los padres”.

Funk cuestiona: ¿esas leyendas reparan el daño emocional y físico?, ¿dan protección a las y los infantes utilizados en la producción pornográfica?

En Inglaterra una asociación, ahora inexistente, llamada “Intercambio británico de información pedofílica” argumentaba que los infantes tenían derecho a una vida sexual activa y a una educación sexual temprana, que los menores de 16 años tenían la capacidad de consentir y que la represión sexual de niños y niñas era más dañina que el tener sexo con adultos.²¹ “Para que el consentimiento ocurra de verdad, son necesarias dos condiciones: la persona debe saber a lo que está consintiendo y debe tener total libertad para poder decir ‘sí’ o ‘no’”.²²

La pornografía infantil está relacionada con la pornografía en que se utilizan mujeres adultas, ya que a estas últimas se les infantiliza (muestran inocencia, ingenuidad, obediencia, etc.) en el papel pornográfico que desempeñan. Wheeler señala que estos dos estilos de pornografía se encuentran enlazados por la identificación de infantes con mujeres y de mujeres con infantes.²³

Por último, la sociedad occidental moderna hace ver a las pequeñas como adultas y a las adultas como niñas. Lo anterior llena la necesidad, como dicen Brvermanet y colaboradores, de encontrar objetos sexuales sumisos, dependientes, sin agresividad ni demandas propias. Una mujer adulta requiere en la relación sexual de compromiso, independencia y equidad.

Consecuencias en los infantes

Las consecuencias de la violencia sexual en los infantes deben ser abordadas en varios rubros: en la conducta, en el aspecto psicosomático, en el área somática y de tipo legal.

Consecuencias en la conducta

En el instrumento para explorar síndrome postraumático en infantes se profundiza sobre las posibles alteraciones en hábitos, en el sueño, en el desempeño escolar y en la alimentación. De manera específica se indaga sobre el miedo y las demandas de afectos.

Alteraciones generales de la conducta

El PAIVSAS se encuentra, en cuanto a la investigación del síndrome postraumático, en una fase de procesamiento de datos, sin embargo, es posible adelantar algunos datos preliminares.

El instrumento de síndrome postraumático para infantes que están o han estado en situación de violencia sexual se aplica en la primera entrevista. Los datos presentados en el cuadro 11-2 muestran la intensidad de aquellos síntomas que puntuaron en siete o más en una escala del 0 al 10, así como la frecuencia en aquellos que obtuvieron un mínimo de 20% en la muestra. Más adelante se abordan las correspondientes consecuencias en la conducta y el área psicosomática.

Cuadro 11-2. Resultados del instrumento de síndrome postraumático del PAIVSAS. ²⁴	
RANGO DE EDADES DE 2 A 14 AÑOS N= 100 50 género femenino / 50 género masculino	
Alteraciones en los hábitos	Porcentaje
Alteraciones en los hábitos escolares	40%
Alteraciones generales	Porcentaje
Berrinches	60%
Desobediencia	40%
Querer hablar como bebé	30%
Rebeldía	30%
Agresivo verbalmente	30%
Romper objetos	30%
Mentir	30%
Onicofagia	30%
Aislamiento	20%
Enuresis	20%
Agresivo físicamente	20%
Alteraciones del sueño	Porcentaje
No poder dormir sin compañía	50%
Dormir con los padres o la madre	40%
Miedos	Porcentaje
A que la madre se enoje	70%
A ser violentado	60%
A estar solo	60%
A la oscuridad	60%
A ir a un lugar específico	40%
A que la madre sea violentada	40%
A los adultos en general	30%
A algún hombre específico	30%
A salir a jugar	20%
Escuela	Porcentaje
Falta de atención	50%
Falta de concentración	50%
Falta de realización de tareas	50%
Baja en calificaciones	40%
Mala conducta	30%
Aislamiento	30%
Demandas de afectos	Porcentaje
Demanda de más cariño	40%
Llanto	40%
Demanda de cumplir sus caprichos	30%
No poder separarse de la madre	20%
Alimentación	Porcentaje
Aumento de peso	30%
Picar la comida	20%
Dolor de estómago	20%

Como es evidente, la vida emocional e interpersonal de los infantes se ve afectada en gran manera. Los miedos, la ira y la tristeza dan lugar a una amplia gama de trastornos afectivos, conductuales y psicosomáticos.

Infantes reactivos sexualmente

Russ Ervin Funk, señala que una de las preocupaciones de los adultos es la conducta sexual de los infantes.²⁵ Les parece confuso determinar cuándo se trata de un desarrollo psicosexual normal y en qué ocasiones constituye una actividad sexual que deba preocuparlos. La propuesta de Funk para diferenciar lo anterior incluye sólo a infantes de 3 a 13 años, esto es porque antes de los tres años es difícil señalar que exista “reactividad sexual” y después de los 13 se requiere de otro tipo de evaluación, por tanto, este concepto de “reactividad sexual” no incluye a los adolescentes.

Entre las conductas adecuadas del desarrollo psicosexual de infantes se encuentran las siguientes:

- Conductas exploratorias con infantes de la misma edad, talla y nivel de desarrollo.
- Conductas mutuas, espontáneas y voluntarias que son parte de la relación global de los infantes.
- Dichas conductas están limitadas en tipo y frecuencia a un periodo.
- El juego sexual es balanceado en el tipo e intensidad entre los participantes.
- Como resultado puede haber una sensación de desconcierto, pero los sentimientos de miedo, vergüenza o ansiedad son poco comunes en el juego sexual.
- No hay compulsión durante el juego ni conducta compulsiva de búsqueda de la interacción sexual.

En el PAIVSAS se han registrado victimarios desde los 6 años de edad; de hecho, 20% de los victimarios en esa muestra son menores de 15 años.²⁶ A continuación se listan algunas características de reactividad observadas en el PAIVSAS en menores victimarios.

- Conductas **no mutuas**.
- Diferentes edades o niveles de desarrollo.
- El infante está más involucrado en el área sexual que en otros aspectos de su desarrollo psicosocial.
- Infantes que saben más de sexualidad que lo correspondiente a su edad y desarrollo.
- Continúa involucrándose en conductas sexuales a pesar de que los padres o cuidadores lo han confrontado y desalentado al respecto.
- Los infantes parecen incapaces de detener la(s) conducta(s) sexualizada(s).
- Su conducta sexual hace sentir incómodos a otros infantes.
- Parecen no entender que las personas tienen el derecho a ser tocadas en algunas partes y en otras no.
- Inicia conductas sexualizadas con adolescentes o adultos. Esto sugiere que este tipo de conductas las ha aprendido de adultos u otros infantes.
- La conducta sexual se asocia con miedo, ansiedad, culpa y vergüenza.
- Contacto sexual con animales.
- Sexualizar objetos no sexuales.
- Expresa ira en un sentido sexual con coerción, fuerza, manipulación o amenazas.
- Justifica su actividad sexual. En el juego sexual los infantes rara vez tienen la necesidad

de justificar su conducta.

Consecuencias a largo plazo del abuso sexual en la infancia

El PAIVSAS aplica un instrumento específico para sobrevivientes de abuso sexual en la infancia durante la primera cita con el sobreviviente, lo cual persigue dos objetivos: el primero es evaluar el síndrome postraumático con fines psicoterapéuticos y de investigación del mismo. El segundo consiste en aplicar el mismo instrumento al finalizar el proceso terapéutico para evaluar la modificación de dicho síndrome. Algunos datos de inicio del síndrome más relevantes y que puntuaron con más de 70% se muestran en el cuadro 11-3.²⁷

Cuadro 11-3. Síndrome postraumático en sobrevivientes de violencia sexual en la infancia	
N= 150 (100 mujeres y 50 hombres) Edades rango: 24 a 53 años	
Autoimagen	Porcentaje
Mala imagen corporal (sensación de fealdad)	85.3%
Sensación de no ser uno mismo	74%
Sexualidad	Porcentaje
Dificultad para integrar sexualidad con emociones	73.4%
Sentirse sucia sexualmente	73.3%
Autoconcepto	Porcentaje
Autodevaluación	90%
Sensación de ser diferente a los demás	88%
Vergüenza	87.3%
Sensación de inadecuación	86.7%
Sensación de tener un secreto horrible	86%
Capacidad limitada para ser feliz	86%
Necesidad de ser perfectamente bueno	85.7%
Sensación de estar marcado	84.7%
Sensación de parecer tonto	80.7%
Desconfianza para creer en la felicidad	75.3%
Relaciones interpersonales	Porcentaje
Enojo constante	91.3%
Necesidad de controlar	86.7%
Incapacidad para decir “no”	86.7%
Incapacidad para confiar en los demás	84.7%
Miedo de perder el control	84%
Incapacidad para establecer límites a los demás	82.7%
Estar muy pendiente de lo que uno expresa en palabras	83.3%
Miedo a estar solo	82%
Ser en general reservado, callado	80.7%
Miedo a que sea revelado su secreto	80%
No estar muy consciente del medio que lo rodea	80%
Terror al abandono	78.7%
Facilidad para sobrecogerse	77.3%
Creación de relaciones fantasiosas	77.3%
Patrón de relación con personas de mucho mayor edad	77.3%
Urgencia de contar su secreto	76.7%
Necesidad de ser poderosa(o)	76%
	76%
Ansiedad de ser observada(o)	72%
Hacer automáticamente lo que los demás desean	72%
Aversión a ser tocado	
Depresión	Porcentaje
Depresión (síntoma)	97.3%
Culpa	90%
Falta de cuidado de la salud propia	85.3%
Entrar en crisis fácilmente	82%
Rabia	72.7%
Miedo a la propia ira	71.3%
Síntomas psicósomáticos	Porcentaje
Sensación de adormecimiento mental asociada con algún recuerdo, emoción o situación particular	81.3%
Bloqueo de la memoria en la infancia	
Flashs de memoria (<i>flashbacks</i>)	78.7%
Dolor de cabeza	78%
	76%

Trastornos generales de la conducta		Porcentaje
Pesadillas		81.3%
Conducta compulsiva		74.7%
Terror en la noche a ser asaltada(o)		74.7%
Temor en la noche a ser atrapada(o)		74%
Extrema privacidad para usar el baño		73.3%
Aquí sólo se han presentado los datos más relevantes. Es notable la modificación a largo plazo de la vida de un sobreviviente de violencia sexual en la infancia, en casi todas las áreas de su psiquismo y de sus relaciones interpersonales.		

Sobrevivencia al abuso sexual

En el cuadro 11-4 se presentan particularidades que denotan coincidencia con los datos recabados en infantes que estaban sufriendo de abuso sexual o que lo habían vivido de manera reciente. Hay cifras que son ligeramente distintas y en este rubro, como ya se señaló, tendría que averiguarse si los detalles **circunstanciales** son en realidad diferentes. En esta estadística se agregan rubros como: sensaciones de despersonalización (60%), de irrealidad (30%), de muerte inminente (45%) y recuerdos parciales 90%, datos que evidencian la intensidad del trauma vivido. Asimismo, se presenta nota de las consecuencias sobre la vida sexual de estas personas: 20% no ha restablecido su vida sexual y 65% padece de disfunciones del desempeño sexual. La depresión como síndrome se encuentra en 35% y 30% vive en una situación de violencia doméstica.

Cuadro 11-4. Sobrevivientes de abuso sexual en la infancia.²⁸

N = 150 Rango de edad 12 a 55 años	
Género de la víctima	
Femenino	Porcentaje 75%
Masculino	25%
Edad de la víctima al iniciar el abuso	Porcentaje
No sabe	8%
4 años	10%
5 años	19%
6 años	17%
El victimario amenazó a la víctima	Porcentaje
Sí	60%
No	40%
Tipo de amenazas	Porcentaje
Golpes	40%
Muerte	15%
El victimario maltrató a la víctima	Porcentaje
Sí	55%
No	45%
DURANTE EL ATAQUE	
Sensación de despersonalización	Porcentaje
Sí	60%
No	40%
Sensación de irrealidad	Porcentaje
Sí	30%
No	70%
Sensación de muerte inminente	Porcentaje
Sí	45%
No	55%
¿Conserva recuerdos parciales?	Porcentaje
Sí	90%
No	10%
Tipo de contacto	Porcentaje
Tocamiento general del cuerpo	45%
Tocamiento genital	30%
Penetración	30%
Exhibicionismo	12%
Contacto oral- genital	10%
Contacto genital- anal	12%
Lugar de abordaje	Porcentaje
Casa del infante	55%
Casa del victimario	25%
Casa de otro familiar	10%
Lugar del ataque	Porcentaje
Casa del infante	60%
Casa victimario	30%

Tipo de abuso	Porcentaje
Individual	70%
Tumultuario	30%
Género del victimario	Porcentaje
Masculino	87%
Femenino	13%
Relación con el victimario	Porcentaje
Padrastro	5%
Padre	15%
Hermano	20%
Tío	18%
Primo	20%
Vecino	10%
Edad del victimario	Porcentaje
Rango 6 a 65 años (promedio: 33 años)	
12 años	17%
14 años	15%
19 años	14%
22 años	14%
31 años	10%
33 años	8%
Conocido por la víctima	Porcentaje
Sí	84%
No	16%
El victimario tenía aspecto confiable	Porcentaje
Sí	90%
No	10%
El victimario estaba alcoholizado	Porcentaje
Sí	10%
No	90%
La sobreviviente reestableció su vida sexual	Porcentaje
Sí	80%
No	20%
Dificultades sexuales	Porcentaje
Sí	65%
Anorgasmia	30%
Vaginismo	20%
Disminución del deseo	25%
No	35%
Diagnóstico secundario	Porcentaje
Depresión	35%
Violencia actual	30%

Frecuencia del fenómeno del abuso sexual infantil

Uno de los problemas para hacer una cuantificación precisa de la prevalencia del abuso sexual infantil, es que no existe un solo concepto universal sobre dicho fenómeno, por lo cual las cifras pueden variar de un autor a otro, dependiendo de qué conductas de abuso sexual estén incluidas en la investigación.

Otra dificultad es el estudio de infantes que están o estuvieron de manera reciente en situación de abuso sexual y, por otra parte, el de sobrevivientes en edad adulta que sufrieron dicha situación en su infancia. En la experiencia de la autora de este capítulo, la mayor parte de los datos en ambas situaciones coinciden, sin embargo, los que no concuerdan todavía plantean la interrogante de si se trata en efecto de datos discrepantes o de artefactos en la memoria de estos sobrevivientes.

En su reflexión del abuso sexual como problema social, Finkelhor plantea los datos de diferentes agencias en cuanto a casos reportados en EUA y concluye que 10% de todas las

niñas y 2% de todos los niños llegarán a sufrir abuso sexual, alrededor de 210 000 casos nuevos por año. También refiere que sólo 1 de cada 5 casos acudieron a recibir atención profesional en EUA.²⁹

En México se requiere de investigación profesional que permita contar con cifras confiables sobre prevalencia, entorno circunstancial del fenómeno, síndrome postraumático y porcentaje atendido bajo modelos psicoterapéuticos de eficacia comprobada.

SÍNDROMES CLÍNICOS POSTERIORES AL ACOSO SEXUAL

Los términos de “acoso sexual” y “hostigamiento sexual” se refieren al mismo tipo de conducta sexual depredadora, sin embargo, se acostumbra utilizar el segundo para el ámbito en el cual quien hostiga detenta una posición de autoridad (laboral, escolar) sobre quien es hostigado. El acoso se referiría al ámbito en el cual dichas relaciones de mando no están dadas.

Cooper define al hostigamiento como “cualquier comportamiento que resulte ofensivo, incómodo o humillante y que niegue a una persona la dignidad y el respeto al que tiene derecho”.³⁰ Así, se trata de conductas intimidantes que expresan poder y que son manifiestas a través de comportamientos sexuales, entre los que se encuentran miradas, palabras, bromas, solicitar favores sexuales, así como tocamientos no provocados ni deseados. Esto abarca un espectro que va de lo sutil hasta la exigencia a través de la imposición.

Para Marie-France Hirigoyen, la relación de acoso se relaciona en una primera fase de seducción perversa y una segunda de violencia manifiesta.³¹ El seductor no ataca de manera frontal, más bien, falsea la realidad y opera por sorpresa y en secreto. Hirigoyen subdivide el dominio en tres aspectos:

- 1) Una acción de apropiación mediante el desposeimiento del otro.
- 2) Una acción de dominación que mantiene al otro en un estado de sumisión y dependencia.
- 3) Una acción de discriminación que pretende marcar al otro.

En el hostigamiento se emplean tácticas de “premio-castigo”, aunadas a la amenaza o, de hecho, hacer difíciles las condiciones de estadio de trabajo.

El *Working Women United Institute* en EUA realizó una encuesta en mujeres trabajadoras y encontró que 78% habían sufrido hostigamiento con consecuencias físicas o emocionales como producto de la experiencia vivida.³² El acoso y el hostigamiento atañe a ambos géneros, pero la mayoría de los casos están relacionados con mujeres atacadas. Dicha situación se debe a que por lo general los hombres tienen un rol dominante, a menudo mantienen una visión negativa y degradada de las mujeres quienes, en el caso del hostigamiento, son vulnerables y fáciles de explotar en sentido económico.

Las víctimas se sienten desconcertadas y temerosas, están tan intimidadas y vulnerables que a pesar de sentir repugnancia intentan ignorar la violencia lo cual, desde el punto de

vista del agresor, suele ser interpretado como aceptación y, según MacKinnon, tiene el efecto de intensificar en un 75% los avances violentos. La posición abierta de la víctima es tomada por quien acosa como un reto y la declinación gentil como una aceptación.

El victimario pretende que la víctima se sienta halagada con sus avances y, si ésta se queja, aquél a menudo argumenta que es una exageración, que la víctima lo propició, que está loca, que es una descocada, que es lesbiana y que está tratando de causar problemas en el trabajo o la escuela.

Las consecuencias del trastorno postraumático son similares al fenómeno de la violación, ya que el acoso y el hostigamiento constituyen una manera de violar a una persona.

En el inicio de la conducta violenta, la víctima por lo general se siente confundida, tiene miedo, se mantiene alerta y presenta síntomas somáticos de estrés como trastornos del sueño, del apetito, sobresalto, irritabilidad, pérdida de la concentración, dolores de cabeza y corporales, más adelante se autoculpa y se aísla socialmente.

En un estudio estadounidense, entre 25 y 30% de las estudiantes confesaban haber sido víctimas al menos de un incidente de acoso sexual en la universidad.³³ En el estudio del *Working Women United Institute*, 78% se sintió enojada, 48% percibió “malestar”, 27% se sintió sola, impotente o enloquecida y 25% experimentó culpa. Lyn Wehrli explica que después de la violencia sexual las mujeres se sienten humilladas, intimidadas, asustadas, dañadas en el ámbito económico, avergonzadas, frustradas y con un colapso emocional.³⁴

Como es evidente, el acoso y el hostigamiento sexual han llegado a constituir un problema “normalizado” debido a la aceptación de los privilegios del poder.

SÍNDROMES CLÍNICOS POSTERIORES A LA VIOLACIÓN

El abordaje de este apartado está planteado desde la perspectiva de género, ya que en violencia sexual se dramatizan las diferencias de las relaciones sociales intergénero e intragénero. La sexualidad es utilizada como instrumento que marca de manera impresionante la imposición de poder y la ira sobre otro ser al cual se deshumaniza y degrada, despojándola(o) de sus capacidades de libre elección sobre su cuerpo y el ejercicio de su sexualidad. Aunado a lo anterior se rompe y corrompe la seguridad, la confianza, el autoconcepto y la esencial libertad de un ser humano.³⁵

Funk reflexiona acerca de que la violación sexual es un crimen de odio, ya que una clase de personas (hombres) mantienen una clase de dominación sobre otros (mujeres).³⁶ El impacto que produce el asalto sexual a hombres y mujeres, en particular a estas últimas como clase, es similar al que se observa en sobrevivientes de otros tipos de crímenes de violencia. A las mujeres se les ataca justo porque son mujeres.

En cuanto a los hombres que son violados, el violador “mujeriza” a su víctima; al perpetrar la violación sexual coloca, dentro de los sistemas patriarcales de poder, a la víctima en lo más bajo de su escala social; ser “maricón”, “afeminado”, es decir, mujer. Por tanto desde esta visión de género se viola siempre —de hecho o de manera simbólica— a una mujer.³⁷

La violación es parte de un *continuum* de conductas que son consideradas como “normales” en el comportamiento, las actitudes y las creencias masculinas. Tal *continuum* no es secuencial, mezcla diferentes conductas sustentadas en creencias y actitudes de

supremacía masculina y de ver a las mujeres como objetos deshumanizados cuya función es servir y complacer, de manera subordinada al hombre. Dichas conductas incluyen, según Liz Nelly , que los hombres:³⁸

- Controlan las caricias íntimas.
- Controlan la interacción sexual.
- Tienen la expectativa de tener actividad sexual y actúan esa expectativa sin preguntar primero.
- Se refieren a las mujeres como “putas” o “prostitutas”.
- Compran o usan pornografía.
- Limitan las elecciones sexuales de las mujeres.
- Ignoran cuando las mujeres dicen “no”.
- En las calles los varones silban, acosan, miran de modo intrusivo y tocan a las mujeres.
- Presionan y manipulan a las mujeres para obtener actividad sexual.
- Usan la fuerza para tener actividad sexual.

PREVALENCIA

Las estadísticas mundiales sugieren que la coerción sexual es común en la vida de las mujeres. En EUA se sugiere que 1 de cada 7 mujeres será víctima de violación con penetración; los datos de EUA son similares a los de Canadá, Nueva Zelanda y Reino Unido. En todos estos estudios se utilizó el mismo instrumento de evaluación.³⁹

CONCEPTO DE VIOLACIÓN

La violación se caracteriza por ser un delito que degrada, deshumaniza y transgrede el Yo de la víctima. Se entiende por violación sexual a “cualquier hecho que sobrepone los límites corporales y psicológicos de la persona. Es una acción forzada en la cual hay o no penetración vaginal, anal u oral del pene o cualquier otro sustituto del mismo, con carencia de consentimiento. Este tipo de violencia da como resultado un rompimiento del equilibrio físico, emocional, social y sexual del individuo”.⁴⁰

Burguess y Holmstrom llegaron a la conclusión de que la violación se comete de manera fundamental por dos motivaciones: poder e ira.⁴¹ En la violación por poder el violentador intimida a su víctima por medio de la amenaza de daño corporal, uso de armas, fuerza corporal, etc. El agresor pretende cerciorarse de su fuerza, identidad e idoneidad sexual.⁴² En la violación por ira, el violador se ensaña con la víctima y manifiesta rabia y odio. Las causas se encuentran en el odio general hacia todas las mujeres y, en ocasiones, la venganza y el odio personal hacia la víctima.⁴³ En la experiencia profesional de la autora de este capítulo, en la mayoría de los casos se mezclan ambas motivaciones, sin embargo, en alrededor de 25% de los ataques se observan motivaciones puras de poder o ira.

En otro rubro, la violación también se clasifica en: a) asalto por desconocido, lo cual ocurre por un extraño que quizá esté acechando a su víctima o que la elige al azar y b) la violación por confianza o bajo manipulación psicológica, en este tipo de violencia existe un

conocimiento previo entre el asaltante y la víctima. El violentador tal vez utilice el engaño y la manipulación emocional o tan solo asalte sexualmente con violencia a su presa. El texto de González-Serratos demostró que 49.7% de los violadores en los casos estudiados por ella eran conocidos por la víctima.⁴⁴ En cuanto a las circunstancias en las cuales se comete este acto de violencia, el cuadro 11-5 muestra los datos obtenidos por el PAIVSAS.

Cuadro 11-5. Datos de la circunstancialidad en que ocurre la violación sexual a adolescentes, adultos y adultas recabados por el PAIVSAS.⁴⁵	
Casos de violación sexual de 1994 a 2001 Violación sexual a adultas (os) N = 155 Programa de atención Integral a víctimas y sobrevivientes de agresión sexual	
Edad de la víctima	Porcentaje
Media 25.10	
14 años	2.6%
15 años	3.2%
16 años	3.9%
17 años	5.8%
18 años	7.1%
19 años	4.5%
20 años	8.4%
21 años	7.1%
22 años	4.5%
23 años	9.7 %
24 años	5.8%
25 años	1.9%
26 años	3.2%
27 años	3.9%
28 años	2.6%
29 años	3.2%
30 años	1.3%
31 años	1.3%
32 años	2.6%
33 años	0.6%
34 años	1.9%
35 años	0.6%
36 años	5.8%
37 años	1.3%
38 años	1.3%
39 años	0.6%
40 años	0.6%
41 años	0.6%
42 años	1.3%
43 años	1.3%
44 años	0.6%
45 años	0.6%
Género de la víctima	Porcentaje
Femenino	94.2%
Masculino	5.8%
Día de la violación	Porcentaje
Lunes	8.4%
Martes	6.5%
Miércoles	5.8%
Jueves	7.7%
Viernes	18.7%

Sábado	13.5%
Domingo	12.9%
No recuerda	17.4%
Sin dato	9%
Mes de la violación	
Enero	11%
Febrero	5.8%
Marzo	6.5%
Abril	9%
Mayo	10.3%
Junio	7.1%
Julio	5.2%
Agosto	6.5%
Septiembre	3.2%
Octubre	6.5%
Noviembre	9%
Diciembre	5.8%
No recuerda	10.3%
Sin dato	3.9%
Hora de la violación	
02:00 a.m.	3.9%
03:00 a.m.	1.9%
04:00 a.m.	2.6%
05:00 a.m.	0.6%
06:00 a.m.	2.6%
07:00 a.m.	2.6%
08:00 a.m.	0.6%
09:00 a.m.	1.3%
10:00 a.m.	2.6%
11:00 a.m.	2.6%
12:00 a.m.	3.2%
13:00 p.m.	3.2%
14:00 p.m.	1.3%
15:00 p.m.	3.9%
16:00 p.m.	3.2
17:00 p.m.	4.5%
18:00 p.m.	4.5%
19:00 p.m.	6.5%
20:00 p.m.	8.4%
21:00 p.m.	7.7%
22:00 p.m.	5.2%
23:00 p.m.	2.6%
24:00 p.m.	1.3%
No recuerda	1.3%
Sin dato	10.3%
Antecedentes de abuso sexual infantil	
Sí	28.4%
No	71%
Sin dato	0.6%
Género del victimario	
Masculino	98.7%
Femenino	0.6%
Ambos	0.6%

Conocido de la víctima		Porcentaje
Sí		49.7%
No		50.3%
Relación con el victimario		Porcentaje
Novio		11.6%
Conocido casual		6.5%
Conocido de vista		5.8%
Amigo		5.8%
Compañero		4.5%
Esposo		2.6%
Amigo de la familia		2.6%
Médico		1.9%
Novio y amigo		1.9%
Profesor		1.3%
Vecino		1.3%
Jefe		0.6%
Padre		0.6%
Padraastro		0.6%
Hermano		0.6%
Primo		0.6%
Ex pareja		0.6%
Desconocido		50.3%
Ocupación del victimario		Porcentaje
Estudiante		9%
Empleado		5.8%
Chofer		5.8%
Taxista		4.5%
Médico		3.2%
Empleado		3.2%
Obrero		2.6%
Maestro		3.2%
Comerciante		1.3%
Guía de turistas		1.3%
Judicial		1.3%
Reportero		1.3%
Mecánico		1.3%
Campesino		1.3%
Intérprete		0.6%
Gestor		0.6%
Pasante		0.6%
Contador		0.6%
No sabe		45.2%
Sin dato		7.1%
Edad del victimario (promedio 33.6 años)		Porcentaje
16 años		1.3%
17 años		3.2%
18 años		1.9%
19 años		1.3%
20 años		7.1%
21 años		2.6%
22 años		6.5%
23 años		3.2%
24 años		2.6%
25 años		13.5%
26 años		5.2%
27 años		2.6%

28 años	2.6%
29 años	3.2%
30 años	8.4%
31 años	3.9%
32 años	1.9%
33 años	0.6%
34 años	1.3%
35 años	3.9%
36 años	1.3%
37 años	0.6%
38 años	1.9%
39 años	5.2%
40 años	0.6%
41 años	0.6%
42 años	2.6%
43 años	0.6%
44 años	0.6%
No recuerda	3.2%
Sin dato	5.8%
¿El victimario tenía un aspecto confiable?	Porcentaje
Sí	56.8%
¿El victimario estaba alcoholizado?	Porcentaje
Sí	17.4%
¿El victimario estaba drogado?	Porcentaje
Sí	13.5%
¿Se realizó denuncia?	Porcentaje
Sí	29%
No	69.7%
Sin dato	1.3%
¿Recibió atención médica?	Porcentaje
Sí	56.8%
No	41.3%
Sin dato	1.9%
Edad del primer coito	Porcentaje
10 años	0.6%
11 años	0.6%
12 años	3.9%
13 años	9.7%
14 años	10.3%
15 años	9%
16 años	12.9%
17 años	5.2%
18 años	11.6%
19 años	7.7%
20 años	1.9%
21 años	3.2%
22 años	5.2%
23 años	3.2%
24 años	1.9%
25 años	4.5%
26 años	0.6%
27 años	

28 años	0.6%
Sin dato	0.6%
No ha tenido	4.5%
	3.9%
¿El primer coito ocurrió con violencia sexual?	
Sí	Porcentaje
No	40.6%
Sin dato	54.8%
	4.5%
Recuerdos parciales	
Sí	Porcentaje
No	64.5%
No recuerda o no puede especificar	31%
Sin dato	2.6%
	1.9%
Sensación de irrealidad	
Sí	Porcentaje
	67.7%
Sensación de despersonalización	
Sí	Porcentaje
	59.4%
Sensación de muerte inminente	
Sí	Porcentaje
	69.7%
Amenazas	
Sí	Porcentaje
	56.1%
Tipo de amenazas	
Muerte	Porcentaje
Golpes	38.7%
Lastimar a otros	5.2%
Heridas	6.5%
Reprobarla	0.6%
	1.3%
Maltrato físico	
Sí	Porcentaje
	65.8%
Momento del maltrato	
Antes	Porcentaje
Durante	16.8%
Antes y después	15.5%
Durante y después	14.8%
Antes, durante y después	1.9%
	16.8%
¿Existió lesión física?	
Sí	Porcentaje
	24.5%
¿Existió otro tipo de maltrato?	
Humillaciones	Porcentaje
Insultos	14.2%
Ambos	12.9%
No recuerda	34.8%
No	2.6%
	35.5%
Armas	
Pistola	Porcentaje
Arma punzocortante	22.6%
No	17.4%

No recuerda	51.0%
Sin dato	4.5%
Trastornos de la erección del victimario	4.5%
Sí	Porcentaje 12.3%
Eyacuación precoz	Porcentaje
Sí	10.3%
Incapacidad eyaculatoria	Porcentaje
Sí	5.8%
Tipo de contacto	Porcentaje
Vaginal	52.3%
Intento de penetración	5.8%
Vaginal y oral	3.9%
Anal, vaginal y oral	3.9%
Vaginal y digital	3.2%
Vaginal, anal y <i>fellatio</i>	3.2%
<i>Fellatio</i>	2.6%
Presenciar violación	1.3%
Lugar de abordaje	Porcentaje
Calle	29.7%
Casa de la víctima	12.9%
Campo	9.7%
Casa del victimador	7.7%
Microbús	5.2%
Casa amiga	3.2%
Auto del victimador	2.6%
Consultorio médico	2.6%
Escuela	2.6%
Metro	1.9%
Otros	20%
Sin dato	19%
Lugar de abordaje conocido	Porcentaje
Sí	80%
No	18.7%
Sin dato	1.3%
Tipo de lugar de abordaje	Porcentaje
Abierto	47.7%
Cerrado	51.6%
Sin dato	0.6%
Tipo de lugar de abordaje	Porcentaje
Rural	18.1%
Urbano	80%
Sin dato	1.9%
Lugar de ataque	Porcentaje
Casa de la víctima	15.5%
Había estado ahí	34.2%
No lo conocía	43.2%
Lugar de trabajo	0.6%
Casa de familia	0.6%
Sin dato	

Lugar del ataque conocido SÍ No No recuerda Tipo de lugar de ataque Abierto Cerrado Sin dato	5.8% Porcentaje 52.3% 45.2% 2.6% Porcentaje 34.2% 64.5% 1.3%
Tipo de lugar de ataque Rural Urbano Sin dato Tipo de violación Individual Tumultuaria ¿La víctima adquirió una ETS? SÍ Embarazo por violación SÍ	Porcentaje 21.9% 73.5% 4.5% Porcentaje 71% 29% Porcentaje 14.2% Porcentaje 15.5%
Aborto SÍ ¿Reestableció su vida sexual? No ¿Tiene dificultades sexuales? SÍ Diagnóstico secundario ETS Embarazo Violencia doméstica Depresión Traumas múltiples Anorgasmia Disminución del deseo Posible embarazo Dispaurenia	Porcentaje 4.5% Porcentaje 59.4% Porcentaje 30.3% Porcentaje 10.3% 7.7% 7.7% 5.8% 5.2% 3.2% 2.6% 1.9% 0.6%

Consecuencias de la violación

Las víctimas de violación presentan reacciones específicas al acto violento, Burgess y Holmstrom llamaron a esto “síndrome de trauma por violación”, el cual se divide en tres etapas:⁴⁶

- 1) Fase de impacto** o de reacción inmediata, la cual tiene una duración de entre unos cuantos días a varias semanas. Se manifiesta por un estado de gran ansiedad,

desorganización, confusión, choque y desconfianza. A menudo los patrones del sueño están alterados, hay disturbios en los patrones alimentarios y reacciones emocionales ante la sensación de muerte inminente durante el ataque. Expresan sentimientos de humillación, miedo, culpa, vergüenza, aturdimiento y deseos de venganza. Si no hay una atención psicológica idónea se evoluciona hacia un periodo intermedio en el que hay una gran resistencia por parte de la víctima a ser ayudada y a hablar de lo sucedido, se esfuerza por olvidar el ataque y su reacción es de silencio. Sin embargo, el trauma no se ha resuelto y tiempo después aparecen más síntomas.

2) Fase postraumática, si la víctima no ha recibido atención especializada durante la primera fase, a largo plazo quizá se presenten cambios en el estilo de vida, mismo que se caracteriza por un nivel mínimo de funcionamiento social. A largo plazo se presentan sueños repetitivos y pesadillas, fobias y dificultades en las relaciones interpersonales y erótico-afectivas.

En cuanto a los síntomas psicosomáticos, una muestra de 95 mujeres y 5 hombres que sufrieron violación mostró que los síntomas más relevantes en cuanto a frecuencia e intensidad fueron disnea, dolor abdominal, dolor muscular, cefalea y taquicardia. Es importante señalar el hallazgo de que en la tercera etapa se presentaban, con mayor intensidad, vómito, dolor abdominal, disnea, hipotensión y cefalea en comparación con la primera etapa. Esto significa que los síntomas se agravan con el paso del tiempo si no se recibe tratamiento emocional especializado en violencia sexual.⁴⁷

3) Fase de resolución. Cuando la víctima ha recibido una adecuada intervención psicoterapéutica enfocada a la situación particular de la violencia sexual padecida se ha observado, entre otros resultados fundamentales de este tipo de tratamiento, que la autoestima y sensación de ganancia de poder del individuo se incrementan, asimismo, el estado de victimización es detenido y, con el tiempo, eliminado. La persona está lista para incorporar el hecho a su vida como una experiencia que le ha permitido conocer, como en toda crisis, sus recursos extraordinarios. No obstante lo anterior, quedan a largo plazo cicatrices como la desconfianza en las relaciones interpersonales.

Heise menciona que cuando la violencia sexual ocurre en etapas tempranas, sobre todo en las mujeres, sus efectos son más profundos y prolongados. También puntualizó que la violación y la violencia doméstica son causa significativa de discapacidad y muerte en mujeres en edad productiva. La misma autora refiere que en Bangladesh 84% de las víctimas sufrieron lesiones serias, pérdida del conocimiento, enfermedad mental o muerte después de ser violadas.⁴⁸ Los síntomas en 50 a 60% de las víctimas, en general, experimentan miedo a la actividad sexual, trastornos del deseo y de la excitación. En un estudio realizado en EUA, se halló que las víctimas de violación eran nueve veces más propensas a suicidarse que la población que no había sido victimizada.

El asalto sexual a la pareja íntima merece un comentario aparte, ya que genera enorme preocupación pues parece que es la forma de asalto sexual más frecuente y la menos denunciada tanto en el ámbito legal como en el social.^{49, 50}

Con la expresión “asalto sexual por la pareja íntima” se alude a aquel ataque que perpetran hacia las mujeres compañeros íntimos actuales o pasados: novios, ex novios, esposos, ex esposos, amantes, ex amantes, convivientes y ex convivientes. Abarca las

siguientes conductas: exigir relaciones sexuales cuando la mujer está enferma, desnutrida, amamantando, en cuarentena o en cualquier situación inadecuada para sostenerlas; exigir actos sexuales que le desagraden o le duelen; infectarlas con alguna enfermedad de transmisión sexual (ETS); manipularla en lo emocional o económico para obtener actividad sexual; sujetarla, amenazarla, aventarla o golpearla; criticar sus necesidades sexuales, su desempeño sexual o su cuerpo, compararla en cuanto a aspectos sexuales; obligarla a usar determinada ropa o a ver o actuar pornografía; impedirle u obligarle a usar anticonceptivos, a que se embarace o no, a que aborte o no.

El Instituto Nacional de las Mujeres en México (INMUJERES), el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) y el Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias (CRIM) realizaron una investigación sobre violencia de género en las parejas mexicanas en 2003, misma que fue publicada en noviembre de 2004. Ahí se entrevistó a 34 184 mujeres de 15 años y más, con pareja residente en el hogar en una muestra representativa rural/urbano para 11 Estados de la República Mexicana. Se encontró una prevalencia total de violencia de género hacia las mujeres de 44% y de violencia sexual un 78%.

A lo anterior se debe agregar que 44% padece de dos tipos de violencia distintas, una de las cuales es la de tipo psicológico y 25 de cada 1 000 sufren cuatro tipos de violencia: física, sexual, psicológica y económica.

La violencia sexual se presenta de manera mayoritaria en el ámbito rural. El riesgo de las cuatro violencias es mayor entre las mujeres cuyas parejas trabajan, así como en aquellas que trabajan fuera de casa. La violencia sexual tiene lugar en mujeres con poder de decisión intermedio, en otras que tienen alto nivel de participación en el trabajo del hogar, con parejas que tienen baja participación en el trabajo del hogar. Las mujeres que inician de manera temprana (antes de los 15 años) una relación de noviazgo, así como las que se unen antes de los 25 años, tienen más riesgo de violencia de género.

Violación a hombres

En una muestra de 155 víctimas adultas de violación sexual, 5.8% fueron personas del género masculino.⁵¹ Existe muy poco trabajo de investigación y clínico al respecto de la victimización sexual de los hombres. Son violados siempre por otros varones que, en la mayoría de los casos, son heterosexuales. Las víctimas son sobre todo homosexuales y bisexuales.^{52, 53}

En el trabajo clínico, en la experiencia profesional de la autora de este capítulo, es que las víctimas piden ayuda de manera tardía, aunque haya habido lesiones físicas, ya que por lo general son sometidos a violencia física extrema, lo cual se agrega a su estado postraumático. En el caso de los heterosexuales, surgen dudas acerca de resultar “atractivo” para otros hombres, lo cual los conduce a cuestionar su heterosexualidad; es frecuente que la demanda psicoterapéutica central consista en reafirmar esta condición. Es deseable que en el futuro cercano se implementen modelos de intervención y protocolos de investigación al respecto de esta modalidad.

PSICOTERAPIA DIRIGIDA A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

La psicoterapia específica para estos casos se aborda en tres etapas: inicio, translaboración y final del proceso. Los modelos aquí expuestos están basados en la intervención psicoterapéutica cognitivo-conductual.⁵⁴ Los objetivos psicoterapéuticos generales para las diferentes modalidades de violencia sexual son los siguientes:

1. Reorganización de la estructura del Yo que ha sido rota e invadida.
2. Recuperación del control sobre los límites yóicos.
3. Recobrar el control sobre los límites corporales.
4. Reorganización la autoimagen.
5. Trabajar sobre el autoconcepto.
6. Análisis de las reacciones poder-género.
7. Manejo de la sensación de autoculparse.
8. Recuperación y utilización de las relaciones en el entorno familiar.
9. Recuperación y utilización de la red social.
10. Orientación médica.
11. Orientación legal.

Técnicas empleadas:

- Establecimiento de límites (comunicación).
- Trabajo corporal de la autoimagen.
- Trabajo de autoconcepto.
- Información sobre la situación emocional por la que atraviesa la persona.
- Colocar la responsabilidad de la violencia sexual en quien la tiene.
- Evaluación y, en su caso, intervención en el entorno familiar.
- Evaluación y, en su caso, intervención en la red social.

Psicoterapia individual dirigida a víctimas adultas de violación, hostigamiento y acoso sexuales

Se agrega a los objetivos y técnicas anteriores:

1ª fase posviolación, acoso y hostigamiento sexuales.

Objetivos:

1. Recuperación del trastorno por estrés postraumático (TEPT).
2. Garantizar la seguridad de la víctima.
3. Garantizar el bienestar físico de la víctima (tratamiento médico).
4. Informar sobre sus derechos legales y, en caso de denuncia, apoyarla.
5. Trabajo psicoterapéutico con la familia o pareja, en caso necesario.
6. Revisión de las relaciones interpersonales de género.
7. Manejo psicofarmacológico (si se requiere).

8. Recuperación del estilo habitual de vida al plazo más breve posible.
9. Elevar el autoconcepto de la víctima.

Técnicas a utilizar:

- Técnica de conformación y manejo de estrés.
- Relajación.
- Procuración de la expresión de afectos.
- Expresión de la agresión.
- Aclaración de las dudas sobre violación como fenómeno social.
- Asegurar que la víctima duerma y coma bien.
- Reestructuración paso a paso y recuperación de su vida cotidiana.⁵⁵
- Concentrarse en el aquí y ahora.
- Mantenerse en calma y atención.
- No controlar a la víctima.
- Preguntar primero aspectos generales y después abordar lo particular del hecho.
- Apoyar a las defensas adaptativas.
- El rol psicoterapéutico es activo.⁵⁶

En la 2a fase del trastorno postrumático por violación sexual no piden ayuda ya que desean intensamente olvidar el ataque. Utilizan mecanismos de defensa de negación y represión. El trauma no se resuelve y con el tiempo pasan a 3a fase.

3ª fase en violación, acoso y hostigamiento sexuales, se agrega:

1. Abordaje a posibles fobias.
2. Abordaje a posibles disfunciones sexuales.
3. Revisión de las relaciones de pareja y familiar.
4. Información acerca de la violación.
5. Incorporar el hecho traumático a su vida dando un sentido de crecimiento y autoconocimiento a través de la resolución de crisis.

Técnicas a emplear:

- Desensibilización de las fobias.
- Tratamiento de las disfunciones sexuales.
- Evaluación del diagnóstico familiar.
- Evaluación de las relaciones de género.
- Evaluación e interacción, si es necesario, en las relaciones de pareja que han ocurrido después de la violación.

Cabe aclarar que, con base a estos objetivos, se elaborará un plan terapéutico individual de acuerdo con la historia clínica específica, al examen mental y al instrumento de medición del TEPT específico para violación sexual. Este modelo se aplica tanto a mujeres como a

hombres víctimas de violación, acoso u hostigamiento sexuales. A todos los pacientes se les evalúa a los 6 y 18 meses después de concluido su tratamiento.

Psicoterapia a víctimas de abuso sexual infantil

En la intervención psicoterapéutica con infantes que han sufrido abuso sexual se plantean los siguientes objetivos, técnicas y niveles psicoterapéuticos. Es importante aclarar que los niveles tienen un delineamiento arbitrario y que con frecuencia llegan a traslaparse y adaptarse al nivel de desarrollo del infante.

Mientras más inmediato sea implementado el tratamiento, mejor, esto a fin de evitar las graves consecuencias que el trastorno postraumático proyecta hacia la misma infancia y la adultez; debe involucrar a la familia y a la comunidad del infante en el tratamiento. En el tratamiento de infantes que han sufrido abuso sexual, a los objetivos generales expuestos con anterioridad se agregan:

1. Reestructuración del entorno familiar.
2. Reestructuración de las relaciones con el género del victimario.
3. Reestructuración de la confianza en su entorno.
4. De acuerdo con la etapa del desarrollo, brindar información sobre sexualidad humana.
5. Valorar la posibilidad de infecciones de transmisión sexual.
6. Valorar en infantes del género femenino la posibilidad de embarazo.
7. Tratamiento de los síntomas específicos que presenta cada víctima.
8. Trabajo psicoterapéutico con la madre o adulto responsable del infante.

A dichas técnicas generales se agrega:

- Casita de juego (la mayoría de los abusos se cometen en el hogar).
- Juego con muñecos sexuados (la repetición de la[s] escena[s] de abuso permite que ocurra una catarsis en el menor y aportan información al terapeuta).
- *Punching bag* o costal para golpear (la descarga de la agresión permitida en el entorno terapéutico la valida y permite el desalojo de los sentimientos).
- Juegos con títeres de *role-playing*.
- Relajación.
- Juegos corporales.
- Juegos de autoconcepto.
- Juegos en general que permiten establecer *rapport* con el menor, así como el tratamiento de síntomas específicos.
- Explicar al infante “Los derechos de los niños”.⁵⁷

El cuadro 11-6 muestra el modelo de intervención individual en infantes que han padecido o están sufriendo abuso sexual.

Cuadro 11-6. Modelo de intervención individual en infantes que han padecido o padecen abuso sexual.⁵⁸

NIVEL 1: EVALUACIÓN		
Recepción Datos y síntomas: • Confirmación del abuso • Revelación parcial • Presencia de malestares físicos y emocionales	Rapport Datos y síntomas: • Manejo de angustia • Desarrollo de confianza • Desarrollo de comunicación	Exploración observacional Datos y síntomas: • Comportamiento general del niño en relación con: a) La terapia b) La dinámica familiar c) El trauma del abuso
Objetivos: Explorar los datos referentes a: • Datos de identificación • Aspectos circunstanciales • Características del abuso • Red social • Presencia de signos y síntomas psicosomáticos o emocionales	Objetivos: Promover una dinámica de confianza, afirmación y conocimiento entre el menor y la terapeuta	Objetivos: A través de la observación e interacción con el niño, el terapeuta identificará los siguientes aspectos • Conciencia del motivo de la terapia • Actitud hacia el terapeuta • Actitud hacia la dinámica familiar • Percepción con respecto a la crisis
NIVEL 2: PROCESAMIENTO DEL TRAUMA		
Dominio cognoscitivo Datos y síntomas: • Exposición del abuso sexual y o maltrato (uso de muñecos anatómicamente completos)	Dominio emocional Datos y síntomas: • Expresión de sentimientos	Reestructuración Datos y síntomas: • El incremento de nuevas habilidades, perspectivas y opciones de vida a través del aprendizaje, resultado de la crisis provocado por el abuso
Objetivos: • Establecer y facilitar la comunicación con respecto al evento el abuso sexual • Ayudar a la víctima a que perciba correctamente la situación de: - Desbalance de poder - Responsabilidad del agresor - Diferencia entre consentir y tolerar - Intencionalidad - Posibles resultados	Objetivos: • Que la víctima sea capaz de identificar y expresar sentimientos reprimidos, como: - Miedo - Ira - Vergüenza - Culpa • Que la víctima identifique y exprese sus sentimientos para con: - El agresor - Las personas responsables de su cuidado	Objetivos: • Que la víctima: - Identifique las habilidades del Yo en el enfrentamiento de la crisis - Obtenga un significado a partir de la victimización - Cree experiencias emocionales correctivas - Busque alternativas propias en el manejo de la crisis
NIVEL 3: EMPODERAMIENTO		
Cuerpo Datos y síntomas: • Reconstrucción de la imagen corporal y recuperación del cuerpo como un espacio individual, grato y seguro	Autoestima y autoconcepto Datos y síntomas: • Desarrollo de una adecuada autoestima y autoconcepto, centrándolos en el potencial del Sí mismo y no en la victimización	Relaciones interpersonales Datos y síntomas: • Trabajo con red social • Identificación de puntos y áreas de apoyo para la víctima
Objetivos: • Concientización corporal e integración de genitales • Concepción del cuerpo como - Un receptor de sensaciones - Un instrumento para el crecimiento personal - Un sistema limpio, útil y sano • Concepto de placer	Objetivos: • Valía personal como ser humano • Concepto de seres humanos dignos • Manejo adecuado de los límites en relación con las capacidades personales y las relaciones interpersonales • Fortalecimiento de la identidad femenina o masculina • Revisión de roles de género y fomento de actitudes y comportamientos de equidad • Búsqueda de alternativas en el cumplimiento de los derechos de los niños	Objetivos: • Desarrollo de un concepto propio de confianza, respeto y amor • Fomento de alianzas positivas con la madre o el padre, cuidadores o personas no agresoras en las cuales la víctima confíe

Intervención psicoterapéutica para sobrevivientes de abuso sexual infantil

En esta modalidad de psicoterapia, la autora de este capítulo y su equipo de trabajo proponen dos modelos: uno individual para mujeres u hombres sobrevivientes y otro de tipo grupal para mujeres sobrevivientes, ambos fueron evaluados y comparados para las pacientes del género femenino.

En el caso de la intervención individual se elabora un plan terapéutico de acuerdo con la historia clínica específica para sobrevivientes de abuso sexual infantil, el examen mental y los resultados de la aplicación del instrumento para evaluar el desorden postraumático. Se utilizan de 14 a 18 sesiones de una hora una vez por semana. También se indican ejercicios “tareas” para realizar fuera de la sesión.

En la psicoterapia grupal se aplican las mismas evaluaciones. El terapeuta conforma grupos de cinco a seis pacientes. Participa una terapeuta, una co-terapeuta y una cámara de Gessell abre la posibilidad de que haya varios observadores. En este modelo se realizan 16 sesiones de dos horas una vez a la semana, con un programa escrito de antemano para las sesiones y las tareas en casa.

Al terminar la psicoterapia, tanto individual como grupal, se aplica el instrumento para medir la posible modificación del desorden postraumático durante el tratamiento. En ambas modalidades, los objetivos agregados a las metas generales ya indicadas son:

1. Manejo de la polaridad.
2. Manejo del vínculo con la madre.
3. Trabajo con la ira hacia el victimario.
4. Manejo de síntomas específicos, emocionales, conductuales y sexuales.
 - Se suman a las técnicas generales ya mencionadas las siguientes ejercicios de comunicación.
 - Entendimiento y control de *flashbacks*.
 - Análisis y evaluación de los roles de género.
 - Análisis y evaluación de la calidad del vínculo con la madre.
 - Trabajo con *punching bag* (costal para golpear) y cartas para el victimario.
 - Relajación.
 - Técnicas de confrontación y manejo de estrés.
 - Tratamiento de síntomas específicos de tipo emocional.
 - Terapia sexual en caso necesario.
 - Revisión de las relaciones interpersonales intergénero y con el otro género.
 - Reestructuración del (de la) niño(a) que vive internamente y que resultó lesionado(a).⁵⁹

En el caso de los grupos, se agrega:

- Biblioterapia.
- Ejercicios corporales.
- Ejercicios de sexualidad.

- Proyecto de vida futura.
- En ambas situaciones se evalúa a los pacientes a los 6 y 18 meses de concluido su tratamiento. Los resultados de la comparación ante ambos modelos se muestran en el cuadro 11-7.

Cuadro 11-7. Cuadro comparativo entre los modelos de grupo e individual de psicoterapia para sobrevivientes de abuso sexual infantil.⁶⁰				
	TERAPIA DE GRUPO		TERAPIA INDIVIDUAL	
Áreas	Síntomas que se modificaron	Síntomas que no se modificaron	Síntomas que se modificaron	Síntomas que no se modificaron
Relaciones interpersonales	80%	20%	84%	16%
Depresión	60%	40%	66%	33%
Autoimagen	81.9%	18.1%	72%	27.2%
Psicosomáticos	100%	0%	77.7%	22.2%
Autoconcepto	95%	5%	90%	10%
Trastornos generales de la conducta	92.5%	7.4%	70%	30%
Sexualidad	83%	17%	71%	29%
Totales	84.6%	15.3%	75.9%	24.1%
	TERAPIA DE GRUPO		TERAPIA INDIVIDUAL	
Áreas	Síntomas que desaparecieron		Síntomas que desaparecieron	
Relaciones interpersonales	55%		9.5%	
Depresión	50%		16%	
Autoimagen	55%		0%	
Psicosomáticos	54%		11%	
Autoconcepto	50%		10%	
Trastornos generales de la conducta	48%		0%	
Sexualidad	53%		40%	
Porcentaje total	52.1%		12.3%	
Promedio general por área	Terapia de grupo		Terapia individual	
1. Autoestima	7.7%		5.2%	
2. Cuerpo	7.9%		5.8%	
3. Culpa	3.1%		4.6%	
4. Ira	6.2%		6%	
5. Fuerza del Yo	7.8%		6.1%	
6. Insight	8.1%		6.2%	
7. Empoderamiento:	8%		6.3%	
	6.9%		5.7%	

Como queda evidente en el cuadro 11-7, la psicoterapia grupal resultó superior —aunque no de manera significativa— a la modalidad individual para modificar los síntomas de casi todas las áreas, excepto relaciones interpersonales y depresión, la desaparición de síntomas y la calificación de mejora de los aspectos evaluados también son superiores en el proceso grupal.

FOBIA CLÍNICA CENTRADA EN LA SEXUALIDAD

EROTOFOBIA RELACIONADA CON VIOLENCIA SEXUAL

Los criterios para diagnosticar una fobia según el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, 4a edición (DSM-IV) son:⁶¹

- A. Miedo marcado y persistente que es excesivo o irracional, causado por la presencia o la anticipación de un objeto específico o una situación.
- B. La exposición al estímulo temido provoca una respuesta inmediata de ansiedad que puede tomar la forma de crisis de angustia.
- C. El paciente reconoce que el miedo es exagerado o irracional.
- D. La situación fóbica es evitada o tolerada con ansiedad intensa.
- E. La evitación, la anticipación ansiosa, o el malestar en las situaciones temidas interfiere con el funcionamiento o causa marcada aflicción.
- F. En individuos menores de 18 años la duración debe de ser de al menos seis meses.
- G. Los síntomas no son causados por algún otro desorden mental.

A lo anterior debe agregarse el diagnóstico de desorden postraumático:⁶²

- A. Ocurre cuando un individuo ha sido expuesto a un evento traumático que está fuera de las experiencias humanas habituales.
- B. El paciente reexperimenta de modo persistente el evento a través de pensamientos intrusivos, pesadillas, revivir la situación (*flashbacks*) o intensa desazón al ser expuesto a una situación que recuerda el evento.
- C. El paciente tiene sensaciones de desprendimiento, disociación, adormecimiento mental.
- D. Un estado de alerta generalizada que persiste después del evento traumático, caracterizado por pobre concentración, hipervigilancia, estados de respuesta exagerada, insomnio o irritabilidad.
- E. Los síntomas se presentan por lo menos durante un mes.
- F. Los síntomas causan una significativa congoja, o discapacitan el funcionamiento ocupacional o social.

Dado lo anterior, es fácil deducir que las fobias centradas en la sexualidad forman parte del cortejo clínico que ocurre en las situaciones posteriores a un ataque sexual. El cuadro 11-8 muestra algunos hallazgos relacionados con fobias presentes en menores y adultos sobrevivientes de abuso sexual infantil.

Cuadro 11-8. Fobias centradas en la sexualidad observadas en infantes y adultos sobrevivientes de abuso sexual infantil. ⁶³		
Menores	Porcentaje	
Miedos		
A ser agredido	60%	
A estar solo	60%	
A la noche	60%	
A la oscuridad	60%	
A los hombres	40%	
A ir a un lugar específico	40%	
A estar en un lugar específico	40%	
A los adultos en general	30%	
A algún hombre específico	30%	
Adultos sobrevivientes de abuso sexual infantil		
	Mujeres	Hombres
Manipular la imagen corporal para evitar la atención sexual	70%	46%
Fuerte aversión a un acto sexual en particular	60%	46%
Sexualidad impersonal	42%	48%
Aversión al examen ginecológico	59%	—
Evitación de la interacción sexual	63%	61%
Parar la actividad sexual una vez iniciada	43%	54%
Sentirse violada(o) en todas las actividades sexuales	39%	33%

Es interesante señalar que las personas adultas sobrevivientes al abuso sexual infantil refirieron padecer fobias en un 63.3% en comparación con un grupo control.⁶⁴ No debe olvidarse que 40.6% de las mujeres violadas mayores de 14 años manifestó que el primer coito ocurrió con una violación y que 30.3% reportó dificultades sexuales posteriores a la violación. Aunado a lo anterior, 14.2% presentó infecciones de transmisión sexual 14.2% y 15.5% resultaron embarazadas. Estas circunstancias tienen una alta probabilidad de conducir a conductas de evitación y anticipatorias de la reexperimentación de una vivencia sexual violenta ocurrida en el pasado.

HOMOFOBIA

El heterosexismo cumple una función de supremacía para las personas heterosexuales que se asumen superiores y capaces de “cambiar” a quienes no lo son. Llegan a castigar a homosexuales, lesbianas y bisexuales, en ataques que con frecuencia presentan victimización sexual de parte de los heterosexuales hacia quienes no lo son, con el pretexto de “corregirlos”. Tales victimizaciones, que son crímenes de odio, ocurren porque “los otros” se han salido de la norma patriarcal de mantener a los hombres en una posición de control y poder.

Es frecuente que a las mujeres feministas se les etiquete de “lesbianas” como una forma de debilitar su posición ideológica y con la idea de, desde el machismo, proferir un insulto. Cuando una mujer es identificada como lesbiana o feminista, se le hace objeto de acoso sexual y se pretende “curarla” a través de la violación por un macho, “para que aprenda y sepa lo que es un hombre”.

Los roles tradicionales se definen como “ser todo un hombre” o “ser toda una mujer”, salirse de la conducta (aunque sólo sea de manera mínima) de esos estereotipos, crea una respuesta social patriarcal violenta que busca regresar al cauce prescrito.

Uno de los grandes mitos es que los homosexuales abusan sexualmente de los niños, este argumento de discriminación laboral y social está basado en un prejuicio, ya que la

evidencia internacional indica que son los varones heterosexuales quienes con mayor frecuencia abusan de niños y niñas. En ese caso, la amenaza real más probable para los menores en este sentido serían los hombres heterosexuales.^{65, 66}

Una explicación para definir al crimen de odio es “la violencia motivada por el prejuicio hacia un grupo en particular, al cual se presume pertenece la víctima. El crimen de odio se dirige por lo general hacia un conjunto de personas como grupo social, la víctima individual rara vez es significativa para el perpetrador y a menudo es desconocido para él o ella”.⁶⁷

Tal situación plantea un problema a las numerosas situaciones cotidianas de la vida real de ataques de odio hacia mujeres, de racismo y de incidentes antihomosexuales, en los cuales las víctimas sí son conocidas para el perpetrador (compañeros de trabajo, escuela, vecinos, pacientes, amigos). El factor social sobre el que se debe hacer énfasis es sobre la especificidad de la diferenciación de la desventaja en las relaciones de poder.

Es un hecho que muchos niños usan términos homofóbicos aun antes de comprender el significado de qué es la homosexualidad, de modo que el ser homosexual o no existe en la dinámica interna de los grupos masculinos como un estereotipo de la cultura de pares, más allá de los prejuicios contra los homosexuales. Es importante subrayar que el código homofóbico aparece en el lenguaje antes de la pubertad y lleva a una evitación fóbica de la homosexualidad antes de tener idea de qué es aquello a lo que se le tiene fobia.

Tal homofobia temprana echa raíces de manera temprana en el género y tiene un particular impacto en la imagen de masculinidad autorizada desde el punto de vista social, así como en corresponder a esa imagen y en ser aceptado por el grupo de compañeros. Al parecer, la homofobia se constituye en una forma precedente de la formación de la conducta de la identidad adulta de los hombres, según concluye David Plummer.⁶⁸

En los crímenes de odio se debe tomar en cuenta el eje del género. El odio masculino opera en el feminicidio y en contra de los homosexuales y lesbianas, a quienes se disciplina por no ceñirse a los patrones habituales de expresión sexual dictados por el poder heterosexista masculino. A modo de símil, el racismo está construido sobre elementos de celos, rivalidad y construcción colonialista de los privilegios masculinos. No hay duda de que es preciso cuestionar con seriedad este entrenamiento destructivo de la educación de la masculinidad.

SÍNDROMES CLÍNICOS RELACIONADOS CON LA PARTICIPACIÓN EN AMENAZAS O ACTOS VIOLENTOS CENTRADOS EN EL SEXO O LA SEXUALIDAD

La frecuencia de la comisión de actos violentos de índole sexual es tan alta que no se ha sido posible establecer un síndrome particular o un perfil del victimario sexual. Swift señala que Groth en 1979 estimó que en violación a adultas y adultos hay una cifra negra de 90%, mientras que la *Metropolitan Organization to Counter Sexual Assault* (MOCSA) reportó en 1980 que de cada 1 000 casos de violación sólo 2 terminaron en un proceso de encarcelamiento.⁶⁹ Finkelhor hizo un estimado de 210 000 casos nuevos por año de violencia sexual contra infantes.⁷⁰ Groth, analizó los dos tipos de violentadores sexuales de

infantes, los resultados que obtuvo se muestran en el cuadro 11-9.

Cuadro 11-9. Los dos tipos de violentadores sexuales, según Groth. ⁷¹	
Tipología de los individuos pedofílicos Fijación 1. Orientación sexual primaria hacia menores 2. El interés pedofílico inicia en la adolescencia 3. Carece de factor precipitante, como estrés o malestar subjetivo 4. Interés persistente/conducta compulsiva 5. Ofensa planeada y premeditada 6. El ofensor se identifica con la víctima y ajusta su conducta al nivel de la criatura o adopta un rol paternal con la víctima 7. Principalmente víctimas masculinas 8. Poco o ningún contacto sexual con personas de su edad, el ofensor puede ser soltero o estar casado “por conveniencia” 9. A menudo sin historia previa de uso de alcohol o drogas 10. Inmadurez caracterológica/pobres relaciones sociales con pares 11. Resolución maladaptativa de los problemas de la vida	Regresivos 1. Orientación sexual primaria con personas de su edad 2. El interés pedofílico emerge en la adultez 3. A menudo el precipitador es el estrés 4. Se involucra en más de un episodio de abuso sexual 5. La ofensiva inicial suele ser impulsiva, no premeditada 6. El ofensor reemplaza una relación adulta conflictiva y en el incesto abandona su rol parental 7. Las víctimas por lo general son femeninas 8. El contacto sexual con menores coexiste con el que mantiene con personas de su edad. El ofensor a menudo está casado o vive en unión libre 9. Hay más casos relacionados con alcohol 10. Un estilo de vida más tradicional pero con relaciones poco desarrolladas con pares 11. Intentos maladaptados de resolución del estrés cotidiano

Groth también señala que la sexualidad entre pares adultos requiere de negociación, reciprocidad, mutualidad, así como compartir un compromiso y enfrentar inseguridad. El victimario se gratifica sexualmente con infantes, pues no se enfrenta a las demandas que implica la responsabilidad adulta. Enfatiza que no está motivado por un deseo primario sexual, más bien, se trata de una conducta sexual al servicio de necesidades no sexuales. Es un mal uso del poder para no enfrentar una relación adulta, con la competencia, adecuación, identidad e intimidad que conlleva.

Así, Groth plantea cuatro características fundamentales del victimario, las cuales comparten las particularidades adjudicadas al machismo:⁷²

1. Se experimenta a sí mismo como una víctima desvalida de las fuerzas externas, más que como una persona en control de sí misma y de su vida.
2. Experimenta un sentimiento de soledad, separación y aislamiento de los demás.
3. Tiene un estado subyacente de miedo, vacío y depresión, con baja autoestima y autoconfianza. Es hipersensible a la crítica, a ser rebajado y al rechazo.
4. Esta falta de seguridad y comodidad consigo mismo le lleva a tener habilidades deficientes para la empatía y sustituye la fantasía por la realidad.

Groth y La Fontaine consideran que 30% de los victimarios sexuales sufrieron violencia sexual en su infancia.⁷³ Coleman lo considera como un antecedente para cometer violencia sexual en la edad adulta, ya que refiere que muchos (sin precisar cuántos) victimarios tienen este historial previo.⁷⁴ No obstante, las niñas sufren tres veces más violencia sexual en su infancia y son ofensoras en un 5% en la adultez; la lógica del abuso sexual como antecedente a manifestar una conducta sexual violenta en la adultez conduciría a que las

mayores perpetradoras fueran mujeres, pero no es así. Al parecer, la educación recibida por los miembros del género masculino, en la cual hay una sexualización del poder y una normalización de la violencia son factores de mayor peso.⁷⁵

David Finkelhor propone un modelo de condiciones previas necesarias para que el abuso sexual ocurra; tales factores se cruzan con otros de tipo individual y sociocultural. Las cuatro precondiciones se muestran en el cuadro 11-10.⁷⁶

Cuadro 11-10. Modelo de Finkelhor de precondiciones a que un individuo cometa abuso sexual	
I. Factores relacionados con la motivación de abusar sexualmente	
En esta precondición, los factores sociales y culturales de una masculinidad dominante y poderosa; el uso de pornografía infantil y la tendencia a sexualizar las necesidades emocionales son niveles de explicación que se entrelazan con el factor.	
II. Factores que disminuyen las inhibiciones internas	
En esta precondición se plantea de nuevo que la pornografía infantil desempeña un papel de explicación, así como la falta de habilidad para identificar las necesidades de los menores, la ideología patriarcal y las prerrogativas del padre.	
III. Factores que predisponen a disminuir las inhibiciones externas	
En esta precondición destacan la desigualdad de la mujer y la ideología de la santidad de la familia.	
IV. Factores que predisponen a vencer la resistencia de los infantes	
Los factores sociales y culturales se refieren a la posición de indefensión social en la infancia y el escaso acceso a la educación sexual de los menores.	

Los escasos estudios realizados sobre violentadores sexuales se refieren a aquellos que han sido encarcelados, dada la baja frecuencia en que esto ocurre y que dichos delincuentes no representan a la población de depredadores sexuales, es imposible afirmar con base en tales estudios cuáles son (si las tienen) sus características particulares.

Gebhard intentó agrupar en categorías a los individuos que cometen violaciones y describió a cinco grandes grupos de varones:⁷⁷

- 1) con defectos en los procesos intelectuales o del pensamiento (deficientes mentales, psicóticos y personas muy intoxicadas con alcohol o drogas);
- 2) con defectos de aprendizaje o de interrelación social;
- 3) con trastornos en el desarrollo de la personalidad (amorales, sociópatas);
- 4) con neurosis o ciertos modelos de conducta desviante; y
- 5) normales.

No deja de sorprender esta categorización pues, en realidad, comprende a cualquier hombre.

Hite realizó en EUA una encuesta anónima en la que planteó preguntas sobre la sexualidad de los hombres. En ellas incluyó cuestionamientos como la violación, pagar a las mujeres por la relación sexual y la pornografía.⁷⁸ De acuerdo con su análisis de datos, encontró que como antecedente referente al sexo/coito, las respuestas se habían dado de manera tradicional, en el sentido de ser éste el símbolo fundamental de la dominación y apropiación masculina de las mujeres (al margen de si el varón lo percibe o no en un momento dado). El continuo de esta ideología lo representan el pago por sexo, comprar a la mujer a través de la pornografía, el acoso y el hostigamiento sexuales.

Diane Scually señaló que la mitad de los violadores crecieron en familias donde no hubo abuso de ningún tipo, 66% reportó no haber sufrido ningún tipo de violencia física y 91% negó haber sido objeto de algún tipo de abuso sexual.⁷⁹

Las preguntas en la encuesta de Shere Hite al respecto de la violación consistían en: “¿Ha violado usted alguna vez a una mujer?, en caso negativo, ¿ha deseado alguna vez violar a una mujer?, ¿por qué?”. El resultado fue el siguiente: “La mayoría de los hombres nunca habían violado a una mujer, pero habían deseado hacerlo en relación con sentimientos de ira por haber sido rechazados y con la idea de ‘¿qué derecho tiene ella de rechazarme?’”. Algunos hombres habían violado a alguna o varias mujeres y muchos otros contestaron que nunca violarían a una mujer. La mayoría de los hombres respondió de manera afirmativa a la pregunta de si habían presionado a mujeres para tener relaciones sexuales.

¿Por qué los hombres agraden sexualmente? En cuanto al infante, el victimario se procura una relación impuesta en la que el desbalance de poder permite al depredador moldear una interacción sin demandas, equidad, acuerdos, mutualidad y así por el estilo, en un marco doméstico de esclavitud que incluye lo sexual.

Debe recordarse que está presente la ira, el poder y el sadismo en las amenazas y las lesiones físicas a las mujeres, a quienes se infantiliza puesto que se les cancelan los derechos de libre elección sobre sus cuerpos. No es la “lujuria” lo que mueve a estos agresores, sino la cólera, la falta de autoestima, el deseo de “poner a una mujer en su sitio”. Violan porque se perciben como los dueños, como quienes detentan el poder, aquellos que tienen privilegios masculinos. A los varones que son violados se les “mujeriza”, se les envía al último rincón de la escala social junto con las mujeres y los niños, se le compacta en el basurero a donde va la basura de lo odiado: la misoginia y la homofobia.

PATRONES DE COMPORTAMIENTO SEXUAL DE RIESGO QUE EXPONEN AL INDIVIDUO Y A OTROS A CONTRAER ITS

Haber sufrido violencia sexual en la infancia condiciona conductas de alto riesgo, en general, según una investigación, de 47 y 75% para mujeres y hombres, respectivamente.⁸⁰ Asimismo, el uso de sustancias y el abuso sexual en la infancia tienen una fuerte correlación.⁸¹ Bartholow y colaboradores, así como Zierler y colaboradores informaron incrementos en el consumo de alcohol, marihuana y cocaína de hasta 44 veces más al inicio de la adolescencia, también en ese periodo se duplicó el abuso de sustancias inyectables.⁸² Ramos-Lira demostró la misma asociación entre violencia sexual y uso de sustancias en población mexicana.⁸³ Mantenerse sobrio es una conducta recomendada de autoprotección que permite el razonamiento y la toma de decisiones adecuadas en las relaciones interpersonales.

Los hombres que sufrieron abuso sexual presentan mayores dificultades para controlar sus impulsos y tienen mayor probabilidad de perpetrar actos sexuales coercitivos contra otras personas; esto se acentúa en aquellos que fueron abusados a más temprana edad o que recibieron abuso crónico. Asimismo, los varones que fueron objeto de abuso sexual durante

su infancia, suelen ser más propensos a involucrarse en relaciones sexuales de alto riesgo, como las que involucran prostituirse y sexo anal sin protección. Además, suelen tener más parejas sexuales, usan con menos frecuencia condones, aumenta la probabilidad de que contraigan infecciones de transmisión sexual y que su pareja tenga un embarazo no deseado.^{84, 85} Diversos estudios reportan que los hombres que sufrieron abuso sexual en la infancia muestran una mayor incidencia en la tasa de infección por VIH.

En cuanto a las mujeres, las sobrevivientes de violación enfrentan el riesgo de sufrir una infección de transmisión sexual. En una muestra de 155 mujeres violadas, 10.3% adquirió una ETS.⁸⁶

En Bangkok, Tailandia, según lo encontrado por Archavanitlaui y Pramuatratana en un centro de apoyo a víctimas de violación, 10% de sus clientes habían contraído una infección de transmisión sexual como consecuencia del ataque sexual (. Según el reporte de Dattel de 1992, casi una docena de mujeres y el doble de niños habían contraído VIH a través de una violación y de abusos sexuales en la infancia.⁸⁷

La victimización temprana conduce a conductas de alto riesgo en las mujeres,⁸⁸ 75% de ellas abusa de drogas y alcohol, sexo sin protección, con múltiples parejas, prostitución y embarazo adolescente.⁸⁹ En una muestra de 100 mujeres supervivientes de violencia sexual en la infancia, se encontró que 42% de ellas mantenían relaciones sexuales impersonales, 20% sexo “promiscuo” con extraños y 56% confundían o traslapaban sexo, dominancia, agresión y violencia.

En el Estado de Washington, Debra Boyer y David Fine en 1992, descubrieron una conexión significativa en una muestra de 535 madres adolescentes entre abuso sexual infantil y embarazo adolescente. Comparadas con adolescentes que no habían experimentado abuso sexual en la infancia, las adolescentes que sí habían sido víctimas iniciaron su vida coital más temprano, usaban menos métodos anticonceptivos y tenían una mayor propensión al uso de alcohol y drogas. Además, aumentaba la incidencia de que hubieran sido golpeadas por un compañero íntimo, así como de cambiar sexo por dinero, drogas o por un lugar para dormir.

El promedio nacional, en EUA, de la primera relación sexual se ubica en 16.2 años de edad, pero en mujeres que sufrieron abuso durante su infancia el promedio se ubicó en 13.8 años. En la primera relación sexual 49% de las mujeres abusadas utilizó un método anticonceptivo, sus pares, en comparación lo usaron en un 58%.

Es claro que la violencia sexual modifica en hombres y mujeres la conducta de autoprotección y deja en un estado de indefensión, pues suma los efectos virulentos de la propia violencia y las consecuencias del estado inerte que se produce en la situación postraumática.

ASPECTOS LEGALES

En este apartado no se pretende hacer una exposición minuciosa acerca de la evolución en la legislación en la República Mexicana acerca de los llamados “delitos sexuales”.

En 1989, se lanzó una convocatoria para llevar a cabo un foro de Consulta popular sobre delitos sexuales. A partir de un hecho impulsado por los grupos organizados de mujeres, se han obtenido los siguientes cambios:

- Las penas corporales aumentaron, por lo cual los violadores no alcanzan la libertad bajo fianza.
- Se incluye la violación equiparada.
- Cambia la denominación de “atentado al pudor” por delitos contra la libertad y el normal desarrollo psicosexual.
- En el estupro se elimina “pero cuando el delincuente se case con la mujer ofendida cesará toda acción para perseguirlo”.
- Queda incluida como violación la cópula con una persona “sea cual fuere su sexo”.
- Se equipara la violación de infantes menores de 12 años con personas “que no están en condiciones de acceder voluntariamente o de resistirse”.
- Queda tipificada la violación tumultuaria y aumenta la pena corporal de 8 a 20 años.
- Suben las penas si el delito lo comete una ascendiente contra un descendiente o por quienes ocupan en la familia una situación de autoridad.
- Fue ampliado el concepto de hostigamiento sexual, se incluye el campo laboral, docente, doméstico o cualquier otro con prisión de 1 a 3 años.
- Se incluye como delito el obligar a alguien a observar actos sexuales sin el propósito de llegar a la cópula o a ejercer dichos actos. En esta situación se impondrán de 1 a 4 años de prisión, si hay violencia física se aumenta hasta una mitad de la pena. Aumenta de 2 a 5 años si la víctima o a quien se obligó a observar es menor de 12 años.
- Aumentaron en general las penas corporales en los diferentes delitos sexuales.
- Hay pena corporal de 5 a 6 años cuando se contagia a sabiendas de un “mal venéreo incurable” y de 3 días a 3 años de prisión y multa cuando ésta sea curable.
- El Senado de la República aceptó públicamente la existencia de la violación hacia las mujeres en la relación conyugal.

La batalla en la optimización de las leyes apenas inicia. La congruencia debe responder con especialistas de formación universitaria en derecho, medicina, psicología, enfermería y trabajo social para que las leyes sean aplicadas de una manera favorable a las víctimas.

REFERENCIAS

1. **González-Serratos, S.R.** (2004a) La violencia sexual al menor. En: *La violencia en México: Explotación sexual de niñas, niños y adolescentes*. México. Libro electrónico del Programa Universitario de Investigación en Salud PUIS, UNAM.
2. **González-Serratos, S.R.** (1997) *Revisión teórica y aportaciones de investigación del fenómeno de violación en adultos, abuso sexual a menores y sobrevivientes al abuso sexual en la infancia*. PUEG, UNAM, México.
3. **Corsi, J.** (1995) *Violencia masculina en la pareja*. México, Paidós. Declaración de los derechos de los niños. Nueva York: ONU.
4. **Funk, R.** (1997) *Responding to Child Sexual Abuse: A Community Development Model*. Manuscrito inédito, Baltimore: The Sexual Center.
5. **González-Serratos, S.R., Meléndez, Z., Rosas, L. et al.** (1997) *Revisión teórica y aportaciones de investigación del fenómeno de: Violación en adultos, abuso sexual a*

menores y sobrevivientes al abuso sexual en la infancia. Publicación en proceso. Antología de la sexualidad. Programa Universitario de Estudios de Género (PUEG), UNAM.

6. La Fontaine, J. (1990) *Child Sexual Abuse*. Gran Bretaña: Polity Press.

7. Bear E., Dimock P. (1989) *Adult's Molested as Children: A Survivor's Manual for Women & Men*. Ascw. Safer Society Press.

8. Funk, R. (1993) *Stopping rape. A Challenge for men. New Theory and Research*. Philadelphia, PA.

9. Funk, R. (1997) *Responding to Child Sexual Abuse: A Community Development Model*. Manuscrito inédito, Baltimore: The Sexual Center.

10. González-Serratos, S.R., Meléndez, Z., Rosas, L. et al. (1997) *Revisión teórica y aportaciones de investigación del fenómeno de: Violación en adultos, abuso sexual a menores y sobrevivientes al abuso sexual en la infancia*. Publicación en proceso. Antología de la sexualidad. Programa Universitario de Estudios de Género (PUEG), UNAM.

11. González-Serratos, S.R. (1995) *Reporte preliminar de algunos aspectos de la investigación en sobrevivientes de abuso sexual en la infancia*. El Colegio de México. México, D.F.

12. Finkelhor, D. (1980) *Abuso sexual al menor*. México, Pax-Mex.

13. Blume S. (1990) *Secret Survivors Uncovering Incest and its Aftereffect in Women*. New York: Whilley.

14. González-Serratos, S.R. (1995) *Reporte preliminar de algunos aspectos de la investigación en sobrevivientes de abuso sexual en la infancia*. El Colegio de México. México, D.F.

15. González-Serratos, S.R. (1999) *Reporte final. Comparación de psicoterapia de grupo vs. psicoterapia individual en mujeres sobrevivientes de abuso sexual y/o incesto en la infancia*. Financiado por el Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer (PIEM) del Colegio de México.

16. Blume, S. (1990) *Secret Survivors Uncovering Incest and its Aftereffect in Women*. New York: Whilley.

17. González-Serratos, S.R. (1995) *Reporte preliminar de algunos aspectos de la investigación en sobrevivientes de abuso sexual en la infancia*. El Colegio de México. México, D.F.

18. González-Serratos, S.R. (2004a) La violencia sexual al menor. En: *La violencia en México: Explotación sexual de niñas, niños y adolescentes*. México. Libro electrónico del Programa Universitario de Investigación en Salud PUIS, UNAM, pp. 8-10.

19. Finkelhor, D. (1984) *Child Sexual Abuse*. New Theory and Research. New York, Free Press.

20. Funk, R. (1998) *The Best Kept Secret: Sexual Abuse of Children*. McGraw-Hill, Inc. U.S.A.

21. La Fontaine, J. (1990) *Child Sexual Abuse*. Gran Bretaña: Polity Press.

22. Finkelhor, D. (1984) *Child Sexual Abuse*. New Theory and Research. New York, Free Press.

23. Wheeler, H. (1985) *Pornography and Rape a Feminist Perspective*. En: Burgess, A.W. *A rape and sexual assault*. New York Garland Publishing. Inc.

24. González-Serratos, S.R. (2004a) La violencia sexual al menor. En: *La violencia en*

México: *Explotación sexual de niñas, niños y adolescentes*. México. Libro electrónico del Programa Universitario de Investigación en Salud PUIS, UNAM, pp. 18-20.

25. Funk, R. (1997) *Responding to Child Sexual Abuse: A Community Development Model*. Manuscrito inédito, Baltimore: The Sexual Center.

26. González-Serratos, S.R. (2002a) *Reporte preliminar de síndrome postraumático en abuso sexual a menores*. PAIVSAS. Facultad de Psicología de la UNAM. México D.F.

27. González-Serratos, S.R. (2004a) La violencia sexual al menor. En: *La violencia en México: Explotación sexual de niñas, niños y adolescentes*. México. Libro electrónico del Programa Universitario de Investigación en Salud PUIS, UNAM, pp. 21-22.

28. González-Serratos, S.R. (2004a) La violencia sexual al menor. En: *La violencia en México: Explotación sexual de niñas, niños y adolescentes*. México. Libro electrónico del Programa Universitario de Investigación en Salud PUIS, UNAM, pp. 11-14.

29. Finkelhor, D. (1984) *Child Sexual Abuse. New Theory and Research*. New York, Free Press.

30. Cooper, J. (2001) *Hostigamiento sexual y discriminación. Una guía para la investigación y resolución de casos en el ámbito laboral*. Programa Universitario de Estudios de Género.U.N.A.M. México D.F.

31. Irigoyen, M.F. (1999) *El acoso moral. El maltrato psicológico en la vida cotidiana*. Paidós. Buenos Aires.

32. MacKinnon, C. (1979) *Sexual Harassment of Working Women*. New Haven and London, Yale University Press. United States of America.

33. Irigoyen, M.F. (1999) *El acoso moral. El maltrato psicológico en la vida cotidiana*. Paidós. Buenos Aires.

34. MacKinnon, C. (1979) *Sexual Harassment of Working Women*. New Haven and London, Yale University Press. United States of America.

35. González-Serratos, S.R., Meléndez, Z., Rosas, L. et al. (1997) *Revisión teórica y aportaciones de investigación del fenómeno de: Violación en adultos, abuso sexual a menores y sobrevivientes al abuso sexual en la infancia*. Publicación en proceso. Antología de la sexualidad. Programa Universitario de Estudios de Género (PUEG), UNAM.

36. Funk, R. (1993) *Stopping rape.A Challenge for Men*.New Theory and Research. Philadelphia, PA.

37. González-Serratos, S.R., Meléndez, Z., Rosas, L. et al. (1997) *Revisión teórica y aportaciones de investigación del fenómeno de: Violación en adultos, abuso sexual a menores y sobrevivientes al abuso sexual en la infancia*. Publicación en proceso.Antología de la sexualidad. Programa Universitario de Estudios de Género (PUEG), UNAM.

38. Funk, R. (1993) *Stopping rape.A Challenge for Men*.New Theory and Research. Philadelphia, PA.

39. Heise, L. et al. (1994) *Violencia contra la mujer. La carga oculta de la salud*.Washington, D.C.

40. González-Serratos, S.R., Meléndez Z., Rosas L. et al. (1997) *Revisión teórica y aportaciones de investigación del fenómeno de: Violación en adultos, abuso sexual a menores y sobrevivientes al abuso sexual en la infancia*. Publicación en proceso. Antología de la sexualidad. Programa Universitario de Estudios de Género (PUEG), UNAM.

41. Burgess, A.W., Holmstrom, C. (1980) Rape typology and the coping behavior of

rape victims. En: McCombie Sh. *The Rape Crisis Intervention Handbook*. New York: Plenum Press.

42. González-Serratos, S.R. (2001d) *Asalto sexual por la pareja íntima*. Trabajo presentado en el Congreso de la FEMESS.

43. González-Serratos, S.R. (2001) [Reporte de investigación del Programa de Atención Integral a Víctimas y Sobrevivientes de Agresión Sexual.] Datos no publicados.

44. Burgess, A.W., Holmstrom, C. (1974) *Rape victims of crisis*. Bowie MD. Robert I. Brady Co.

45. González-Serratos, S.R., Delgado, A.K., Díaz, H.A. (2001c) *Síntomas psicósomáticos en violación sexual*. Trabajo presentado en el Congreso de la FEMESS.

46. Heise, L. et al. (1994) *Violencia contra la mujer. La carga oculta de la salud*. Washington, D.C.

47. Doe, J. (1999) *Sexual Assault by Intimate Partners*. Massachusetts Coalition Against Sexual Assault and Domestic Violence. The U.S. Department of Health and Human Services. U.S.A.

48. González-Serratos, S.R. (2001d) *Asalto sexual por la pareja íntima*. Trabajo presentado en el Congreso de la FEMESS.

49. González-Serratos, S.R. (2001b) [Casuística de violación sexual a adultas y adultos atendidos en PAIVSAS. Reporte de investigación del Programa de Atención Integral a Víctimas y Sobrevivientes de Agresión Sexual.] Datos no publicados.

50. Funk, R. (1993) *Stopping rape. A Challenge for Men*. New Theory and Research. Philadelphia, PA.

51. King, B.M. (1982) Male sexual assault in the community. En: King B.M. *Male victims of sexual assault*. New York: Oxford University Press.

52. Kaplan, H., Sadock, B. (1998) *Sinopsis de Psiquiatría*. Editorial Médica Panamericana. Madrid, España.

53. González-Serratos, S.R. (1996) *Esbozo del tratamiento psicológico en agresión sexual*. Facultad de Psicología, UNAM.

54. McCombie, Sh. (1980) *The Rape Crisis Intervention Handbook*. New York, USA: Plenum Press.

55. González-Serratos, S.R. (1996) *Esbozo del tratamiento psicológico en agresión sexual*. Facultad de Psicología, UNAM.

56. González-Serratos, S.R., Meléndez, Z. (2001) Intervención en abuso sexual a menores: Una perspectiva de género. *Revista Psiquiatría*, Vol. 17, Núm. 3 septiembre-diciembre.

57. González-Serratos, S.R. (1999) *Reporte final. Comparación de psicoterapia de grupo vs. psicoterapia individual en mujeres sobrevivientes de abuso sexual y/o incesto en la infancia*. Financiado por el Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer (PIEM) del Colegio de México.

58. González-Serratos, S.R. (1999) *Reporte final. Comparación de psicoterapia de grupo vs. psicoterapia individual en mujeres sobrevivientes de abuso sexual y/o incesto en la infancia*. Financiado por el Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer (PIEM) del Colegio de México.

59. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (2000) American

Psychiatric Association. DSM-IV-TR, 4a ed., Washington, D.C.

60. Hahn, R., Reist C., Albers, L. (2000) *Psychiatry. Current Clinical Strategies* Publishing. U.S.A.

61. González-Serratos, S.R. (2004b) Comparación de Psicoterapia de Grupo vs. Psicoterapia Individual en Mujeres Sobrevivientes de Abuso Sexual y/o Incesto en la Infancia. Violencia contra las mujeres en contextos urbanos y rurales. Marta Torres Compl.

62. González-Serratos, S.R., Rosas, L. (1996a) Incesto. No publicado.

63. Groth, N.A., Birnbaum, H.J. (1980) The rapist. Motivations for sexual violence. En: McCombie Sh. *The Rape Crisis Intervention Handbook*. New York: Plenum Press.

64. Funk, R. (1993) *Stopping rape. A Challenge for men.* New Theory and Research. Philadelphia, PA.

65. Tomsen, S. (2001) *Hate crimes and masculinity: new crime, new responses and some familiar patterns*. Australian Institute of Criminology.

66. Plummer, D. (2000) The quest for modern manhood: masculine stereotypes, peer culture and the social significance of homophobia. *Journal of Adolescence*. The Association for Professional in Services for Adolescents.

67. Swift, C. (1985) The prevention of rape. En: Burgess A.W. *A rape and sexual assault*. New York, Garland Publishing. Inc. Cap. 25.

68. Finkelhor, D. (1984) *Child Sexual Abuse*. New Theory and Research. New York, Free Press.

69. Sgroi, M.D. (1982) *Handbook of Clinical Intervention in Child Sexual Abuse*. New York. The Free Press, p. 217.

70. Cazés, D. (1994) *La dimensión social del género. Posibilidades de vida para las mujeres y hombres en el patriarcado*. *Antología de la Sexualidad Humana*. (I) 355-386 México, CONAPO.

71. La Fontaine, J. (1990) *Child Sexual Abuse*. Gran Bretaña: Polity Press.

72. Coleman, E. (1994) *Delincuentes sexuales: métodos de prevención y tratamiento*. *Antología de la Sexualidad Humana* (III) 315-337 México, CONAPO.

73. Funk, R. (1997) *Responding to Child Sexual Abuse: A Community Development Model*. Manuscrito inédito, Baltimore: The Sexual Center.

74. Finkelhor, D. (1984) *Child Sexual Abuse*. New Theory and Research. New York, Free Press.

75. Kolodny, R.C., Masters, W., Johnson, V. (1983). *Tratado de Medicina Sexual*. España. Ed. Salvat.

76. Hite, S. (1981) *El informe Hite sobre la sexualidad masculina*. España. Plaza Janés.

77. Funk, R. (1993) *Stopping rape. A Challenge for men.* New Theory and Research. Philadelphia, PA.

78. González-Serratos, S.R. (2004b) Comparación de Psicoterapia de Grupo vs. Psicoterapia Individual en Mujeres Sobrevivientes de Abuso Sexual y/o Incesto en la Infancia. Violencia contra las mujeres en contextos urbanos y rurales. Marta Torres Compl.

79. Hamson, et al. (1998). En: Holmes W., Slap G. *Sexual Abuse of Boys*. Vol 280, No. 21.

80. Holmes, W., Slap, G. (1998) *Sexual Abuse of Boys*. Vol 280, No. 21.

81. Ramos-Lira, L. (2001) Violencia sexual y problemas asociados en una muestra de

usuarios de un centro de salud. Salud Pública de México V43N3 pp 182-191 Cuernavaca.

82. Burgess, A.W., Hartman, C.R., McCormack, A. (1987) Abused to abuser: antecedents of socially deviant behaviors. *Am J Psychiatry*, 144:1431-1436.

83. Holmes W., Slap G. (1998) *Sexual Abuse of Boys*. Vol 280, No. 21.

84. González-Serratos, S.R. (2001b) [Casuística de violación sexual a adultas y adultos atendidos en PAIVSAS. Reporte de investigación del Programa de Atención Integral a Víctimas y Sobrevivientes de Agresión Sexual.] Datos no publicados.

85. Heise, L. et al. (1994) *Violencia contra la mujer. La carga oculta de la salud*. Washington, D.C.

86. González-Serratos, S.R. (2006) [Casuística y trastorno postraumático en sobrevivientes de abuso sexual a mujeres y hombres. Programa de Atención Integral a Víctimas y Sobrevivientes de Agresión Sexual.] Datos no publicados.

87. Heise, L. et al. (1994) *Violencia contra la mujer. La carga oculta de la salud*. Washington, D.C.

88. González-Serratos, S.R. (2004b) Comparación de Psicoterapia de Grupo vs. Psicoterapia Individual en Mujeres Sobrevivientes de Abuso Sexual y/o Incesto en la Infancia. Violencia contra las mujeres en contextos urbanos y rurales. Marta Torres Compl.

89. Heise, L. et al. (1994) *Violencia contra la mujer. La carga oculta de la salud*. Washington, D.C.



Síndromes clínicos relacionados con las infecciones de transmisión sexual

*Tirso Clemades Pérez de Corcho,
Verónica Fonte Avalos,
Matilde Ruiz Rodríguez*

INTRODUCCIÓN

En la actualidad es difícil determinar la incidencia real de las enfermedades de transmisión sexual (ITS) en los seres humanos, debido a la disparidad que existe en la obtención de datos epidemiológicos en los distintos países, pero lo cierto es que constituyen como grupo un problema de salud de proporciones epidémicas, con consecuencias notables en la salud sexual, reproductiva y general de quienes las padecen.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), 350 millones de personas en el mundo padecen cada año una ITS curable, entre las cuales el mayor impacto se observa en hombres y mujeres de países en desarrollo. La pobreza, la cultura, un difícil acceso a servicios de atención y tratamiento, así como la información y conocimientos insuficientes sobre la sexualidad humana son factores que contribuyen a una mayor diseminación de este tipo de infecciones.¹

Se ha identificado una tendencia actual en los países desarrollados hacia la disminución de las formas agudas de las ITS (infecciones gonocócicas, chancro blando, etc.), mientras que han aumentado aquellas que tienen una evolución insidiosa (p. ej., aquellas que involucran a *Chlamydia* o al virus del papiloma humano). La gravedad de las complicaciones —como esterilidad, displasias cervicales, infecciones neonatales, etc.— y su índice de frecuencia a menudo están relacionadas a la benignidad de las manifestaciones clínicas iniciales, situación que propicia que los pacientes no consulten de manera temprana a los médicos, con lo que aumenta el tiempo de exposición de los individuos y de sus parejas sexuales al agente patógeno.

El índice de transmisión también depende del sitio de inoculación; la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) por ejemplo, ha puesto de manifiesto un mayor riesgo de transmisión durante las relaciones anogenitales. Por otra parte, las localizaciones extragenitales de ITS se acompañan de síndromes clínicos atípicos que llegan a retrasar el establecimiento de un diagnóstico preciso.

Al considerar algunos factores favorecedores del surgimiento de ITS, se ha establecido una relación entre el abuso de drogas de administración inyectable (en particular por vía intravenosa) como favorecedoras de la transmisión directa de virus como el VIH, y los virus de hepatitis B y C (VHB y VHC); así como también el consumo de alcohol, la contracepción o el uso inadecuado del preservativo.

La población más afectada por las ITS es la de los adolescentes, son también ellos los más vulnerables en cuanto a las complicaciones que la presencia de tales condiciones genera.

Todo lo señalado obliga a implementar —después de conocer con más detalle aspectos

epidemiológicos, fisiopatogénicos, de comportamiento sexual y de tratamiento— una política de salud preventiva, basada en una mayor educación sexual que incluya, por ejemplo, campañas informativas sobre el uso del preservativo y formas más seguras de tener las relaciones sexuales, y que también incluya la detección precoz de las ITS más frecuentes en cada grupo humano.

Así, en la tarea de brindar una atención temprana y efectiva a las personas afectadas por esta problemática, en los últimos años la OMS ha sugerido utilizar la estrategia conocida como “manejo sindromático de caso” para con ello realizar un diagnóstico (“sindromático”) y tratamiento oportuno en estas personas.²

INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS)

DEFINICIÓN

Hace algunos años las infecciones de transmisión sexual (ITS) eran conocidas como enfermedades venéreas y más tarde como enfermedades de transmisión sexual (ETS). No obstante, en la actualidad el término más comúnmente aceptado y utilizado es el de ITS.

El término de “enfermedades venéreas” fue utilizado en un principio para referirse a infecciones como: sífilis, gonorrea, chancroide (chancro blando), granuloma inguinal y linfogranuloma venéreo. En cambio, a partir del decenio de 1980-1989, con la aparición del VIH comenzaron a ser reconocidos nuevos microorganismos causantes de enfermedades sexualmente transmitidas, por lo que en esos momentos se hizo más frecuente el término de ETS para referirse a todas las enfermedades infecciosas cuyo mecanismo de transmisión eran las relaciones sexuales. Sin embargo, desde agosto de 1998, por acuerdo de la OMS, se decidió comenzar a utilizar el término de infecciones de transmisión sexual (ITS).

Las ITS son aquellas infecciones adquiridas por la transmisión de un microorganismo durante las relaciones sexuales, sobre todo cuando existe intercambio de fluidos corporales durante una penetración vaginal, anal u oral desprotegida. Sin embargo, es factible que algunas ITS sean transmitidas sin que exista penetración, en ocasiones sólo basta la fricción cuerpo con cuerpo, esto ocurre, por ejemplo, con la escabiasis (sarna), la pediculosis del pubis, los moluscos contagiosos y otros.

Hasta la fecha se conocen más de 25 microorganismos que son transmitidos por vía sexual y que son responsables de una gran variedad de síndromes clínicos.³

DIFERENCIAS ENTRE UNA ITS Y UNA INFECCIÓN GENITAL

Es importante aclarar que no toda infección en la región genital se debe considerar como una ITS, por ejemplo, quizá una mujer presente un síndrome de secreción o flujo vaginal por alteraciones en el pH de su vagina, como suele ocurrir cuando se utilizan lavados vaginales de manera frecuente e indiscriminada o anticonceptivos hormonales e incluso si padece alguna enfermedad endocrina como diabetes. En estas circunstancias es probable que la mujer desarrolle una infección clasificada como un síndrome de secreción vaginal;

sin embargo, no debe clasificarse como una ITS, sino como una “infección genital”, pues en este caso la infección se ha presentado sin que exista una relación sexual que causara dicha infección.

Así, tanto las ITS como algunas de las infecciones genitales producen el mismo tipo de síndromes clínicos, por tanto, las pruebas diagnósticas individuales y los datos aportados por la persona afectada son importantes para proponer tratamientos adecuados, llevar a cabo una notificación del caso y alcanzar un mayor control de este tipo de infecciones en la población. Los síndromes clínicos más frecuentes se presentan en el cuadro 12-1; en tanto que el cuadro 12-2 muestra los agentes infecciosos de las ITS más comunes.

Cuadro 12-1. Principales síndromes clínicos	
Ulcerativo	
	Sífilis (primaria)
	Herpes simple
	Chancro blando o chancroide
	Linfogranuloma venéreo
	Granuloma inguinal o donovanosis
	Infección por citomegalovirus
Exudado/flujo/secretión vaginal	
	Gonorrea o blenorragia
	Clamidiasis
	Candidiasis
	Tricomoniasis
	Vaginosis bacteriana
	Herpes simple
Exudado/flujo/secretión uretral	
	Uretritis gonocócica
	Uretritis no gonocócica
Exudado/flujo/secretión anorrectal	
	Gonorrea
	Clamidiasis
	Herpes simple
	Condilomas acuminados
	Linfogranuloma venéreo
Dolor abdominal bajo (EPI)*	
	Gonorrea
	Clamidiasis
	Infección por otras bacterias
Tumoraciones	
	Condilomas acuminados
	Condilomas planos
	Molusco contagioso
Otras ITS	
	Infección por VIH
	Hepatitis A, B, C
	Ectoparasitosis: escabiasis (sarna), pediculosis del pubis (piojos púbicos)
	Parasitosis intestinal: amebiasis, giardiasis, oxiuriasis, etc.
	Infección por virus Epstein Barr
	Infección por virus herpes humano tipo 8
*Este síndrome forma parte de la enfermedad pélvica inflamatoria (EPI).	

Cuadro 12-2. Causas de los principales síndromes de ITS	
Síndrome e infección	Agente causal
Úlcerativo Sífilis (primaria) Herpes simple Chancro blando Linfogranuloma venéreo Granuloma inguinal Infección por citomegalovirus	<i>Treponema pallidum</i> Virus herpes simple I y II <i>Haemophilus ducreyi</i> <i>Chlamydia trachomatis</i> (L-1, L-2, L-3) <i>Calymmatobacterium granulomatis</i> Citomegalovirus (CMV)
Exudado/flujo/ secreción vaginal Gonorrea Clamidiasis Candidiasis Tricomoniasis Herpes simple Vaginosis bacteriana	<i>Neisseria gonorrhoeae</i> <i>Chlamydia trachomatis</i> (D, E, F, G, H, I, J, K) <i>Candida albicans</i> <i>Trichomonas vaginalis</i> Virus herpes simple I y II <i>Gardnerella vaginalis</i> <i>Tricomonas vaginalis</i> <i>Mycoplasma hominis</i> Agentes anaerobios (Bacteroides, <i>mobiluncus</i> y estreptococos)
Exudado/flujo/ secreción uretral Uretritis gonocócica Uretritis no gonocócica	<i>Neisseria gonorrhoeae</i> <i>Chlamydia trachomatis</i> (D, E, F, G, H, I, J, K) <i>Ureaplasma urealyticum</i> <i>Mycoplasma hominis</i> Otros agentes anaerobios
Exudado/flujo/ secreción anorrectal Gonorrea Clamidiasis Herpes simple Condilomas acuminados Linfogranuloma venéreo	<i>Neisseria gonorrhoeae</i> <i>Chlamydia trachomatis</i> (D, E, F, G, H, I, J, K) Virus herpes simple I y II Virus del papiloma humano (VPH) <i>Chlamydia trachomatis</i> (L-1, L-2, L-3)
Dolor abdominal bajo (EPI) Gonorrea Clamidiasis Otros gérmenes	<i>Neisseria gonorrhoeae</i> <i>Chlamydia trachomatis</i> <i>Ureaplasma urealyticum</i> <i>Mycoplasma hominis</i> <i>Streptococcus</i> Anaerobios
Tumoraciones Condilomas acuminados Condilomas planos Molusco contagioso	Virus del papiloma humano (VPH) Virus del papiloma humano (VPH) <i>Treponema pallidum</i> (Secundarismo sifilítico) Virus del <i>Molluscum contagiosum</i>

MANEJO SINDROMÁTICO DE CASOS DE ITS

Definición

El manejo sindromático de casos de ITS se basa en la detección de un síndrome. Entendiéndose por síndrome al conjunto de síntomas y signos asociados con un grupo de microorganismos específicos.

Tal manejo depende del uso de diagramas de flujo o flujogramas clínicos. De este modo, el médico realiza el diagnóstico sindromático en la persona afectada y brinda tratamiento tomando como base estos síndromes y no una infección en particular, de esa manera se logra una atención temprana y efectiva desde la primera visita. El objetivo de lo anterior es

que, incluso si el paciente ya no regresa con el médico, se asegure la curación clínica y se rompa la cadena de transmisión. Las características principales del manejo sindromático de caso de ITS se presentan en el cuadro 12-3.

Cuadro 12-3. Características principales del manejo sindromático de casos de ITS ^{2,3}
• Clasifica los principales agentes causales con base en los síndromes clínicos que pueden originar • El manejo de los diagramas de flujo ayuda a identificar las causas del síndrome • Se proporciona tratamiento oportuno y efectivo a las personas afectadas • Permite que las parejas de los usuarios también reciban información y tratamiento para reducir los riesgos

Otros abordajes para el diagnóstico de las ITS son:

- **Manejo etiológico.** Es la forma adecuada de ofrecer una atención médica a una persona aquejada por una ITS, se apoya en exámenes de laboratorios para identificar el agente causal. Sin embargo, ante un caso de ITS el médico no siempre cuenta con un laboratorio donde exista personal capacitado, material y equipos requeridos para obtener un diagnóstico preciso en cada caso. Estos servicios por lo general están disponibles en unidades de segundo y tercer nivel de atención de salud. En cambio, este manejo debe ser utilizado para confirmar los agentes etiológicos, cuando el tratamiento prescrito a partir del manejo sindromático no ha tenido éxito.
- **Manejo clínico.** Se sustenta en el conocimiento y la experiencia clínica del médico, lo que le permite identificar signos típicos en ITS específicas. Sin embargo, la sensibilidad y especificidad de este manejo es baja, cuando se compara con el manejo etiológico, pues no permite identificar ITS si éstas se presentan de manera mixta y requieren ser tratadas de manera simultánea.

Principales flujogramas clínicos

Los flujogramas diseñados para el manejo sindromático de las ITS son una guía que permitirá al proveedor de servicios de salud tomar una serie de decisiones y acciones adecuadas, donde cada acción o decisión está contenida en una figura geométrica (un paso específico), con una o dos rutas que dirigen a la siguiente figura (siguiente paso), lo que implica el tomar otra decisión o realizar una acción en un corto tiempo, para con ello atender de forma oportuna y eficaz a las personas con ITS.

Tales flujogramas, diagramas de flujo o algoritmos, se diseñan según los recursos disponibles, como estudios de laboratorio, personal de salud entrenado en el tema y así por el estilo, además de la frecuencia con que se presentan ciertas ITS en una localidad, región o en un país determinado.

Así, a continuación se analizan algunos de los flujogramas diseñados para México por el Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/sida (CENSIDA).⁴ Las figuras 12-1 a 12-4 presentan varios diagramas de flujo para diferentes ITS.

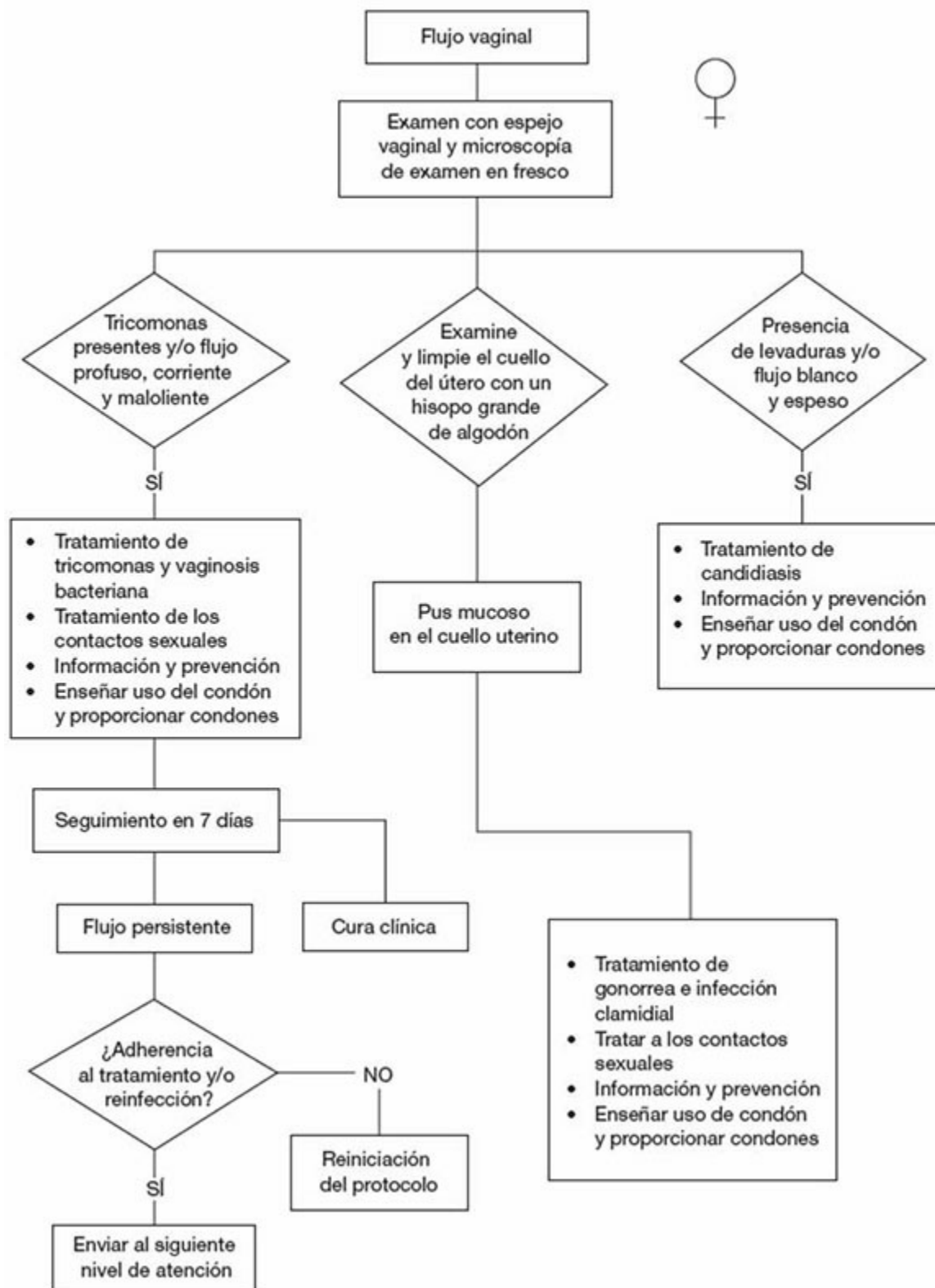


Figura 12-1. Flujograma del síndrome de exudado/flujo/secreción vaginal.

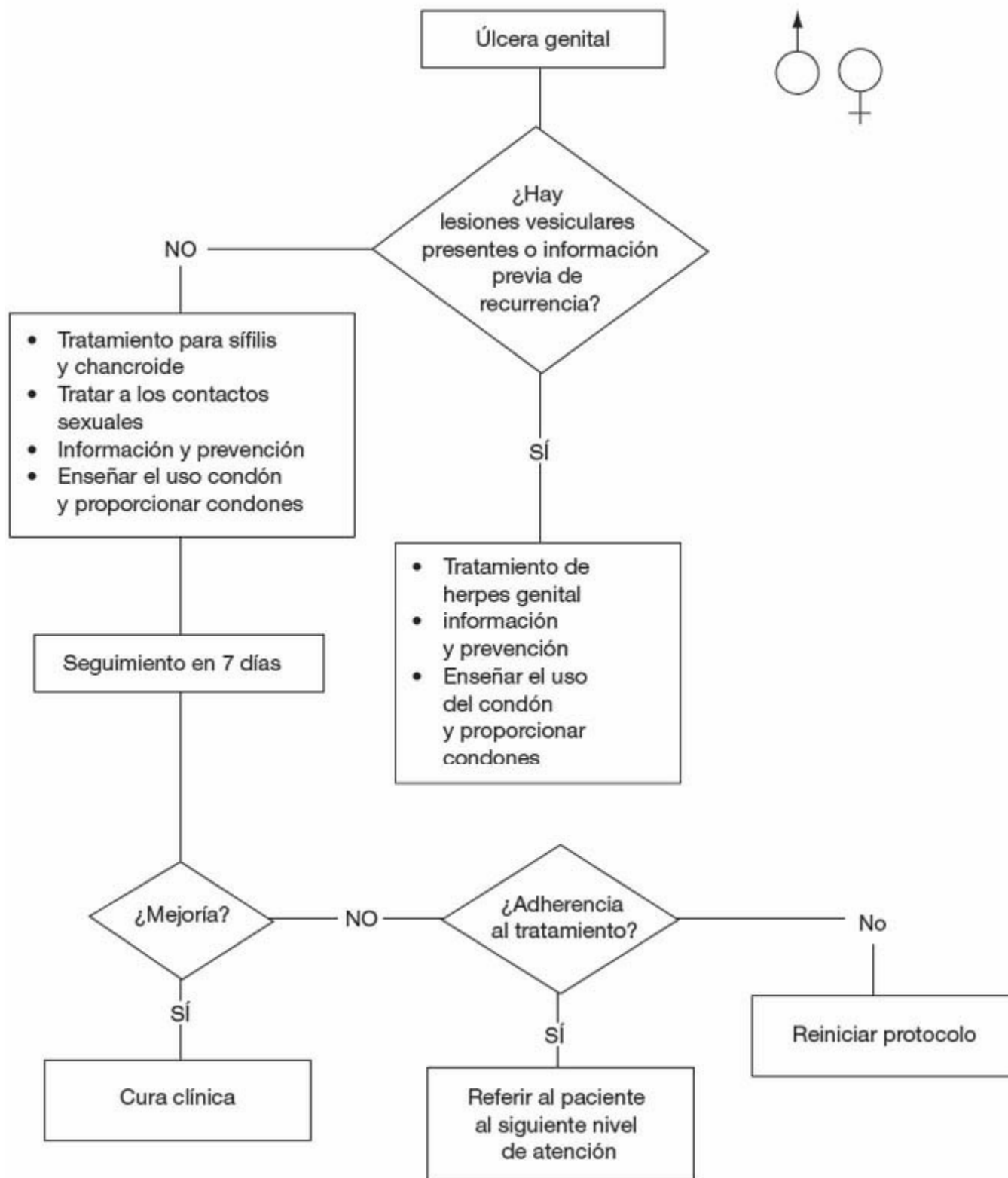


Figura 12-2. Flujograma del síndrome ulcerativo.

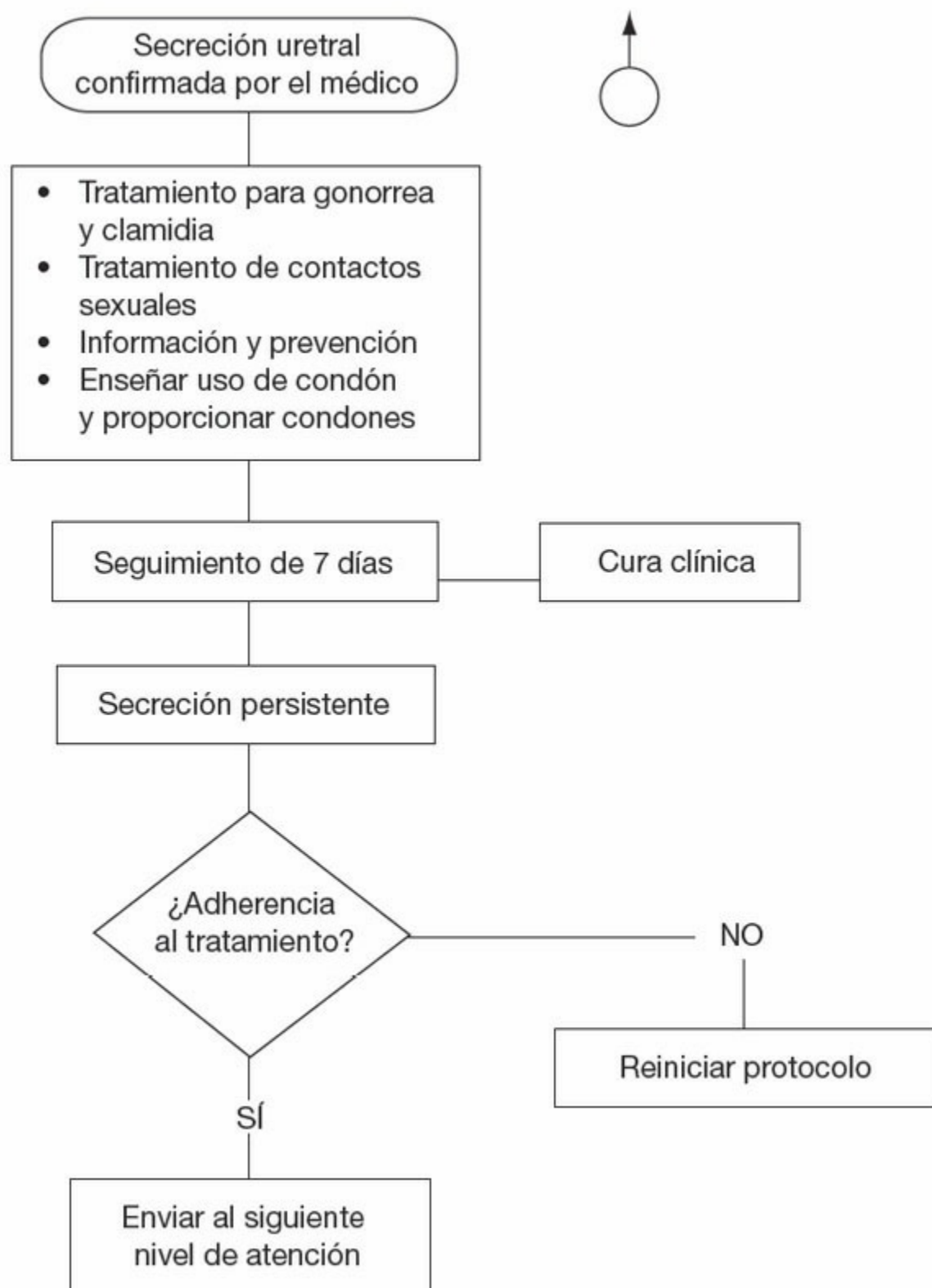


Figura 12-3. Flujograma para síndrome de exudado/flujo/secretión uretral.

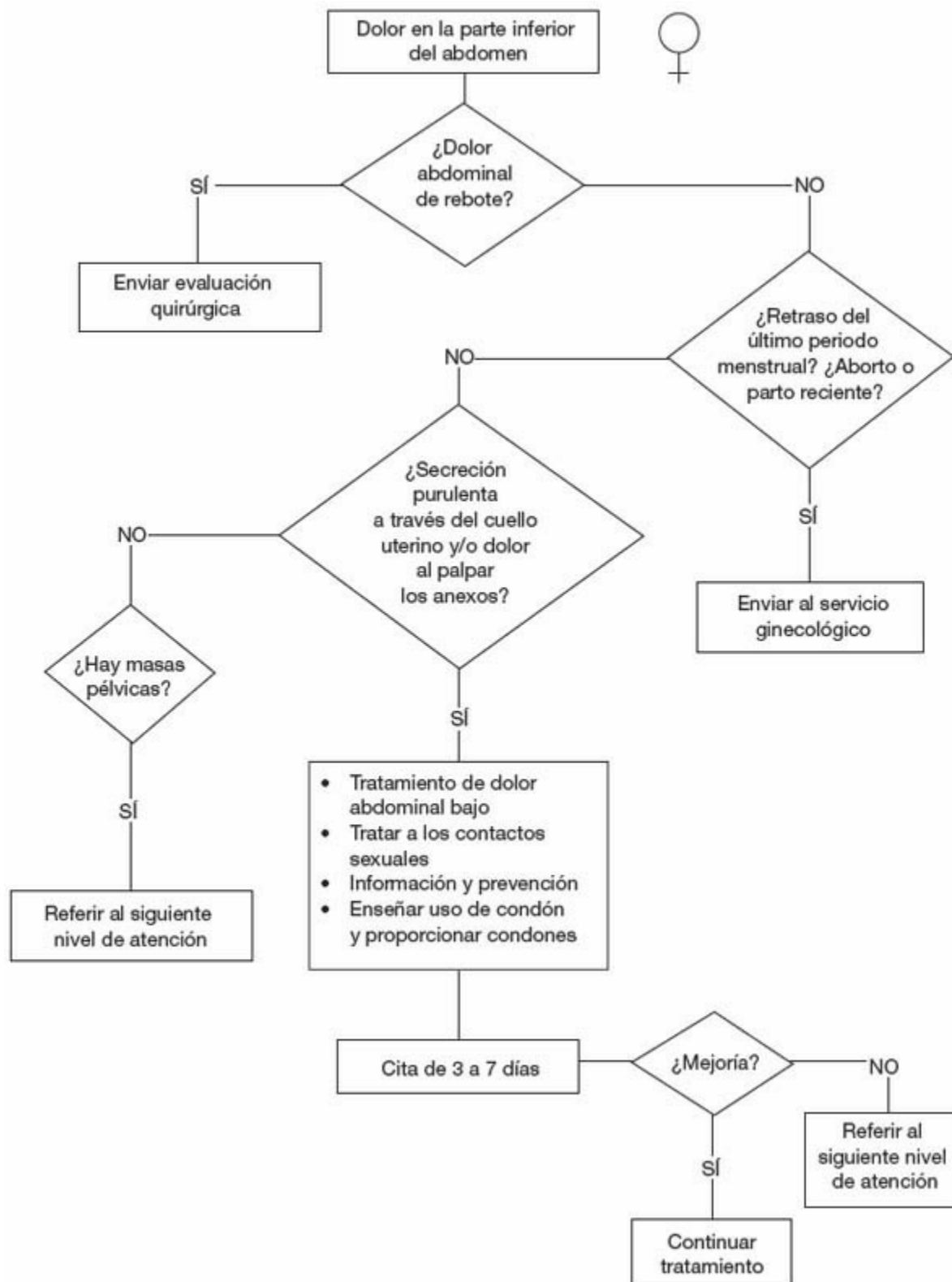


Figura 12-4. Flujograma para síndrome de dolor abdominal bajo.

ITS MÁS FRECUENTES, ASOCIADAS CON LOS PRINCIPALES SÍNDROMES CLÍNICOS

SÍNDROME ULCERATIVO

El humano es el único ser que ha logrado sublimar el mero acto de reproducción, el acto sexual, en un acto de placer y amor. Por desgracia, aunado a este último siempre han

existido múltiples infecciones que se transmiten por esta vía.

Nota de la Editorial: En terminología relacionada con el VIH: actualización 2006, OPS. Se describe como “Recomendación: usar el término “sida” con mesura sólo para referirse a la etapa avanzada de la enfermedad por VIH. Cuando sea necesario utilizar el término “sida” se escribirá en minúsculas en español.

Con los cambios económicos y sociales, así como con la liberación sexual y la aparición de nuevas infecciones, como el VIH, las ITS han presentado un repunte en las últimas décadas.

La importancia de las ITS que se manifiestan con úlceras a nivel genital, oral y rectal, radica no sólo en las repercusiones que pueden causar a nivel físico, psicológico y de pareja, sino en que justo por tener una solución de continuidad, son una puerta de entrada para otras ITS como el VIH. Es por ello que en esta sección se hablará de ellas. Es importante conocerlas y pensar en ellas a fin de diagnosticarlas, tratarlas y prevenirlas, así como para orientar y dar apoyo al paciente y a su pareja.⁵

Herpes simple

La infección por el virus del herpes simple (VHS) afecta piel y mucosas, se caracteriza por vesículas que curan de manera espontánea y tienden a recidivar, no dejan inmunidad por lo que la infección dura toda la vida; es producida por dos serotipos: VHS-1 y VHS-2.

En términos generales la mayoría de los casos que se presentan por arriba de la cintura se deben al VHS-1 y los que se presentan por debajo, al VHS-2. El herpes simple es la causa más común de úlceras genitales en países desarrollados.

Epidemiología

No se tienen datos precisos sobre la incidencia y prevalencia de esta infección, ya que muchos pacientes no consultan al médico, porque no les produce grandes molestias o por ser una ITS; otro factor importante es que en muchos países no es una infección de control epidemiológico, por lo que no es obligatorio su reporte.

Sin embargo, en países desarrollados como EUA, se estima que cada año hay cerca de medio millón de casos nuevos de herpes genital, y se encuentran afectadas alrededor de 50 millones de personas entre los 15 y 75 años de edad. En México se desconoce la cifra exacta pero se piensa que pudiera ser mayor, dada la falta de educación sexual en la población sexualmente activa.

Afecta a todas las razas y a ambos sexos, se presenta a cualquier edad, aunque es poco frecuente antes de los cuatro meses de vida. La edad promedio de inicio de herpes genital es entre 20 y 25 años.

El VHS-1 por lo general afecta el rostro, mientras que el VHS-2 lo hace con los genitales, aunque ambos se pueden encontrar en cualquier parte del cuerpo. Sin embargo, se ha presentado un incremento de herpes genital producido por VHS-1, de hecho, parece que en la actualidad más de 30% de los casos de primoinfección son consecuencia de esta variedad, no se ha determinado hasta qué punto ha influido la práctica del contacto orogenital, pero las parejas sin tienen inmunidad contra VHS-1 y que sostienen contacto

orogenital con una pareja que tiene herpes labial, tienen riesgo elevado de desarrollar herpes genital por VHS-1. Aunque ambos serotipos son causantes de herpes genital, el VSH-2 tiene el doble de posibilidades de reactivarse, con un promedio de 8 a 10 recurrencias.

La localización oral es la más común, pero ha ocurrido un incremento en los casos de herpes genital en los últimos años, quizá debido a la mayor libertad sexual y a que hay personas que tienen más de un compañero sexual.

En la mayoría de los casos el herpes genital sólo produce lesiones a nivel local, pero su importancia radica en que al producir soluciones de continuidad puede ser la puerta de entrada para otras ITS. Cuando se presenta en mujeres embarazadas, las principales complicaciones son aborto espontáneo, trabajo de parto prematuro, retraso en el crecimiento intrauterino e infección neonatal.

Etiopatogenia

El virus del herpes simple (VHS-1 y 2) pertenece a la familia de los *Herpesviridae*, compuesta entre otros por el virus de la varicela-zoster (VHH-3), Epstein-Barr (VHH-4), citomegalovirus (VHH-5), virus de la roséola infantil (VHH-6), virus herpético humano 7 (VHH-7) y virus herpético humano tipo 8 (VHH-8) asociado con sarcoma de Kaposi.

Es un virus compuesto por una doble cadena de DNA, con un núcleo central o core de 100 nm envuelto por una estructura proteica icosaédrica formada por 162 capsómeros llamada cápside la cual, a su vez, está rodeada por un tegumento amorfo y fibroso, una estructura única de los virus herpéticos. Por último, la capa más externa tiene estructura trilaminar cubierta por antígenos de superficie.

Los VHS tienen un genoma que codifica más de 50 polipéptidos, 9 de los cuales son glucoproteínas específicas que permiten distinguir el VHS-1 del VHS-2. Se dice que en general aquellas personas que tienen anticuerpos para VHS-1 no presentan lesiones genitales.

El ciclo de vida del virus del herpes tiene tres etapas: infección y reproducción, latencia y transformación celular. El virus se introduce a una persona susceptible por contacto directo, se fija a la célula blanco, penetra por fusión de membrana y se dirige al núcleo, en donde el DNA se separa de la cápside para penetrar al núcleo celular; ahí inicia, mediante el RNA de la célula, la síntesis de proteínas estructurales del virus que es ensamblado en el núcleo y recubierto por la membrana nuclear mediante un proceso similar a la gemación. Una vez listos los viriones maduros se liberan al exterior, produciendo lisis y muerte celular durante el proceso de replicación. Después el virus se disemina, al parecer por vía extracelular e intracelular, un proceso que se lleva a cabo en 5 a 6 horas.

Durante la fase inicial de la infección, el virus se replica tanto en las células de los ganglios como en el resto del tejido nervioso contiguo, y se disemina a los tejidos blandos en forma centrífuga por medio de los nervios periféricos. A pesar de que existe replicación viral, por lo general esta fase es subclínica, pero este tipo de diseminación del virus podría explicar por qué en algunos pacientes durante esta fase presentan grandes áreas involucradas. A partir de la inoculación en la piel o mucosas, el virus se extiende a través de los nervios sensoriales en vía retrógrada hacia los ganglios neuronales, donde permanecerá latente, por mecanismos aún no bien descifrados. Durante esta fase el

microorganismo permanece sin multiplicarse, por lo que no es susceptible a la acción de los antivirales que actúan sobre la síntesis del DNA.

No se conoce con exactitud el mecanismo de reactivación, pero se sabe que existe un efecto desencadenante, que casi siempre sucede después de un cuadro febril, estrés emocional o físico, menstruación, relaciones sexuales, traumatismos leves o calor, entre otros.

La respuesta inmunológica del huésped es compleja, se desconoce cómo funcionan los anticuerpos para prevenir las reactivaciones ya que no dejan inmunidad, pero son más altos en sujetos con recidivas frecuentes, en cambio, la inmunidad mediada por células es muy importante, ya que los individuos que tienen deficiencias a este nivel quizá desarrollen infecciones más extensas, persistentes o destructivas.

Sigue en discusión el poder oncogénico de estos virus, pero se ha visto que las mujeres con herpes genital presentan mayor incidencia de cáncer cervicouterino, y los hombres con papulosis bowenoide tienen mayor incidencia de herpes genital que el resto de la población.

Cuadro clínico

La infección por virus del herpes simple se clasifica en:

- 1) Estomatitis: gingivoestomatitis herpética, herpes labial.
- 2) Genital: vulvovaginitis y balanitis herpética.
- 3) Otros: proctitis herpética y herpes perianal, panadizo herpético, queratoconjuntivitis, herpes diseminado y eccema herpético.

Las características clínicas y la evolución de la infección dependen del estado inmunitario del paciente.

- 1) **Estomatitis (gingivoestomatitis herpética primaria aguda).** Es una forma clínica rara, alrededor de 1 % de las primoinfecciones por VHS-1 y VHS-2 se presentan como infección visible, con síntomas agudos, estas infecciones predominan sobre todo en niños pequeños, aunque también se han observado en adultos.

Los casos leves se manifiestan con múltiples úlceras superficiales, pequeñas y puntiformes que afectan las superficies de las mucosas orales queratinizantes y no queratinizantes, quizá aparezcan sólo en encías o afecten varios sitios, como piel peribucal y labios. Pero en los casos graves, estas úlceras tienden a confluir, dando lugar a la formación de úlceras de mayor tamaño con bordes irregulares, rodeadas de un halo eritematoso, con fondo blanco, y por lo general están acompañadas de fiebre, linfadenopatía y dificultad para masticar y deglutir alimentos. Estas molestias duran entre dos y cuatro días, aunque los síntomas generales llegan a extenderse hasta 10 días. En pacientes inmunocomprometidos la gingivoestomatitis suele ser más intensa, las úlceras son de mayor tamaño y más profundas; asimismo, personas en etapas terminales de sida presentan úlceras tan profundas que tienen centro friable y necrótico, además de que resultan muy dolorosas.

El **herpes oral** quizá haga recidiva en labios (herpes labial recidivante) o en la cavidad

oral (herpes intraoral recidivante). Ambos por lo general están asociados con tratamiento dental reciente, y se presentan como un acúmulo de úlceras pequeñas, que cuando se presentan en mucosas se manifiestan como úlceras, ya que en estos sitios rara vez se forman vesículas visibles.

El herpes labial recidivante es la forma más frecuente de herpes recidivante, también conocida como “fuegos” o “fogazos”. Se estima que afecta alrededor de 20 % de los pacientes con infección primaria. Suele presentarse al igual que en otras localizaciones, posterior a un cuadro de infección aguda de vías respiratorias superiores, de exposición al Sol, fiebre, etc.

El herpes intraoral recidivante es mucho más raro que la presentación labial, suele ocurrir después de un tratamiento dental o por la infiltración de anestésico en el área. La zona que con mayor frecuencia resulta afectada es el paladar duro sobre los agujeros palatinos mayores, aunque también se ha observado en encía libre o fija, sobre todo en la encía del maxilar superior y las caras laterales de la lengua. Al igual que en las otras presentaciones de herpes, las úlceras en los pacientes inmunosuprimidos suelen ser más profundas y grandes, acompañadas de adenopatía y fiebre, lo que hace pensar en una forma primaria aguda que se ha prolongado.

2) Herpes genital. La mayoría de los pacientes (50 a 75%) con esta afección tienen síntomas premonitorios 24 h antes, como sensación de ardor o quemadura y prurito leve; después aparecen las vesículas que, por lo general, están agrupadas en racimos, sobre una base eritematosa, estas vesículas a veces pueden transformarse en pústulas, las cuales se rompen con facilidad dejando úlceras húmedas, superficiales de fondo blanco o grisáceo, de forma redondeada u oval y costras melicéricas, las cuales se acompañan de ardor y prurito leve. Las úlceras curan de forma espontánea sin dejar cicatriz, sólo manchas hipopigmentadas que desaparecen con el tiempo. En algunos casos hay adenopatía regional unilateral o bilateral, dolorosa y síntomas generales.

En el varón, las lesiones aparecen en glande, cuerpo del pene, prepucio, escroto, periné y ano. En la mujer, en el monte de Venus, labios mayores y menores, clítoris, cérvix y periné. En una primoinfección por lo general las lesiones se disponen de forma bilateral. En las mujeres es factible también dolor inguinal o vulvar, secreción vaginal y disuria leve; puede haber también cervicitis, salpingitis y endometritis. Los varones en ocasiones presentan prostatitis y en quienes practican la penetración anal quizá haya lesiones anales y rectales acompañadas de tenesmo y descarga rectal mucoide.

La evolución es aguda y el proceso se resuelve en una o dos semanas; a veces sucede una sola vez, pero en la mayoría de los casos la regla es la recidiva, sobre todo cuando depende de VHS-2. Tales recurrencias a menudo ocurren entre tres y ocho veces durante el primer año, después del cual se van espaciando hasta ser raras.

El primer brote suele ser más grave, con eritema, edema y hasta necrosis; dura más tiempo, entre dos a seis semanas, y se acompaña de síntomas locales más intensos y sintomatología general como fiebre, malestar general y cefalea.

La tasa de recurrencias de VHS-1 es de 55%, mientras que la de VHS-2 es de 90%. El número de recidivas y su gravedad varían de un paciente a otro, por lo general son de menor duración (una semana promedio) e intensidad: se presentan con mayor frecuencia en

el hombre con dos a tres lesiones, las mujeres refieren sólo irritación vulvar; los síntomas generales están ausentes o son leves y casi no hay adenopatías.

3) Otros tipos de infección por virus del herpes. El **panadizo herpético** aparece en los dedos, en los niños se adquiere por autoinoculación de infección bucal y en adultos casi siempre es por contacto digitogenital durante las relaciones sexuales, por lo que el virus al que más se asocia en la infancia es al VHS-1 y en la edad adulta a VHS-2. Sin embargo, antes de que se utilizaran de forma rutinaria los guantes, se presentaba de forma común en los trabajadores de la salud. El cuadro clínico es similar, hay aumento de volumen del dedo, con eritema y sobre éste múltiples vesículas agrupadas que al romperse dejan úlceras o exulceraciones cubiertas de costras melicéricas. Suele acompañarse de dolor pulsátil, fiebre alta y linfadenopatía regional. Debe recomendarse limitar el contacto, ya que las lesiones a este nivel suelen ser contagiosas.

Es factible que se presente infección por herpes simple en cualquier parte del cuerpo. Así, el **herpes neonatal** se presenta por inoculación del virus durante el parto o ruptura prematura de membranas, es una forma rara y por lo general grave, en la que el herpes está diseminado y está acompañado de fiebre, síntomas generales y afección a diversos órganos (como sistema nervioso central [SNC], hígado, bazo o pulmón). Es importante que las pacientes embarazadas con herpes genital le den aviso a su médico, ya es posible evitar el contagio al producto mediante una cesárea o con tratamiento preventivo con aciclovir.

Infección por VIH y herpes genital. En los pacientes con VIH se observan úlceras en la piel más grandes, que afectan sobre todo la región anogenital, son más dolorosas y tardan más tiempo en sanar. Tienden a extenderse a tejidos más profundos con afección de vísceras y producen neumonía, esofagitis, hepatitis y encefalitis. En pacientes con sida y una úlcera crónica en genitales, el médico debe pensar en herpes o citomegalovirus hasta no demostrar lo contrario.

Las lesiones en pacientes con VIH son mayores, más dolorosas y tardan más tiempo en sanar que en pacientes inmunocompetentes.

Diagnóstico

El diagnóstico es básicamente clínico, casi siempre, las vesículas agrupadas sobre una base eritematosa o úlceras pequeñas con la misma disposición, precedidas de ardor y prurito, así como la historia de recurrencia, son suficientes para efectuarlo.

Cuando la clínica no es suficiente, sobre todo en dermatología, se utiliza con frecuencia el **citodiagnóstico de Tzanck**, en el que se realiza una impronta de las lesiones, teñidas con Giemsa. Este estudio muestra células gigantes multinucleadas, con cuerpos de inclusión intranucleares. Se trata de una técnica barata y fácil de realizar, que se puede hacer prácticamente en cualquier institución en México, pero con el inconveniente de que se requiere de experiencia para verla y que no distingue entre VHS-1 y VHS-2 o con el virus de la varicela zóster.

La **biopsia**, por otra parte, se debe obtener de manera ideal a partir de una vesícula intacta. Al microscopio se observan los efectos citopáticos del virus, como degeneración vacuolar, células epiteliales multinucleadas e inclusiones nucleares.

Debido a que el VHS-2 tiene mayor número de recidivas, sería importante saber qué serotipo tiene el paciente, por eso se han desarrollado diversas pruebas de serología para detectar anticuerpos específicos para cada uno de ellos, las cuales tienen una sensibilidad que varía entre 80 y 90% (los falsos negativos se ven al inicio de la infección) y una especificidad de 96%; sin embargo, éstas no se realizan de forma rutinaria en la práctica en México.

El cultivo de tejidos en medio celular es el método más sensible y específico, para lo cual se debe de tomar material de las lesiones recientes, ya que la sensibilidad disminuye cuando éstas evolucionan hacia la curación. Es factible detectar antígenos del VHS en los cultivos virales con anticuerpos específicos por medio de la inmunofluorescencia directa, aunque no siempre es posible hacer la diferencia entre VHS-1 y VHS-2. Sin embargo, en la práctica son pocas las veces que este tipo de pruebas diagnósticas se realizan.

Es necesario realizar el diagnóstico diferencial con sífilis temprana, herpes zoster e infección de Beçhet pero, sobre todo, con estomatitis aftosa recurrente.

Tratamiento

Como parte del tratamiento, el paciente debe recibir información sobre la historia natural de la infección debido a su carácter recidivante, al alto nivel de transmisibilidad y la posibilidad de sobreinfección por otras ITS, en especial VIH. También es importante alertar a la mujer en edad reproductiva sobre la posibilidad de herpes perinatal, para que ella informe a su ginecólogo.

No existe ningún tratamiento para la erradicación del virus durante su fase latente, los antivirales tópicos o sistémicos no inciden en el riesgo, frecuencia o gravedad de las recurrencias una vez terminado el tratamiento. Son útiles sólo para acortar el tiempo de duración del cuadro y disminuir la sintomatología.

Tratamiento local. Existen múltiples estudios que comparan la efectividad y tolerancia de diversos antivirales tópicos, con resultados variables entre sí, pero el que en general resulta mejor es el aciclovir al 5% en crema, el cual es útil sólo si se aplica desde la fase prodrómica cada dos horas, con pocos beneficios clínicos, por lo que no se recomienda su uso. Sin embargo, aún hay recursos para disminuir la sintomatología, en el caso de lesiones genitales se recomienda hacer fomentos secantes fríos con agua de manzanilla o subacetato de aluminio dos veces al día, con la subsiguiente aplicación de polvos secantes con base de talco y óxido de zinc. En gingivostomatitis herpética una opción es hacer enjuagues antisépticos y, para disminuir las molestias, colutorios de hidróxido de aluminio y magnesio con BENADRYL® (Clorhidrato de difenhidramina Guaifenesina) antes de las comidas.

A fin de evitar las recurrencias de herpes labial se sugiere el uso de protectores solares, ya que gran parte de las recidivas se asocian con exposición solar. Por otra parte, es importante dar tratamiento profiláctico en quienes el herpes labial esté vinculado con eritema polimorfo o pacientes que van a participar en un trasplante.

Queda contraindicado el uso de esteroides, ya que no sólo carecen de utilidad, sino que pueden extender el cuadro; en cambio, no debe olvidarse agregar un analgésico, como ácido acetilsalicílico o paracetamol, para los pacientes que presenten dolor.

Tratamiento sistémico. En términos generales, los antivirales inhiben la síntesis del

DNA viral, con lo que impiden su replicación (cuadro 12-4).

Cuadro 12-4. Tratamiento del herpes genital			
	Aciclovir	Famciclovir	Valaciclovir
Primer episodio	400 mg 1 x 3/7 a 10 días 200 mg 1 x 5/7 a 10 días	250 mg 1 x 3/7 a 10 días	1 g 1 x 2/7 a 10 días
RECURRENCIAS			
Tx del episodio	400 mg 1 x 3/5 días 200 mg 1 x 5/5 días 800 mg 1 x 2/5 días	125 mg 1 x 2/5 días	500 mg 1 x 2/3 a 5 días 1g 1 x 2/5 días
Tx del episodio en VIH	400 mg 1 x 3/5 a 10 días 200 mg 1 x 2/5 a 10 días	500 mg 1 x 2/5 a 10 días	1 g 1 x 2/5 a 10 días
Tx supresor	400 mg 1 x 2/día	250 mg 1 x 2/día	500 mg a 1 g 1 x 1/día
Tx supresor en VIH	400 a 800 mg 2 o 3/día	500mg 1 x 2/día	500 mg 1 x 2/día
Tx: tratamiento			

El tratamiento de la primoinfección incluye 200 mg de aciclovir VO, cinco veces al día, 250 mg famciclovir VO, cada ocho horas o 1 g de valaciclovir VO cada 12 horas, todos por un periodo de 7 a 10 días.

En cuanto a las recurrencias, se debe iniciar el tratamiento durante el periodo prodrómico con los mismos antivirales, pero en diferentes esquemas: 200 mg de aciclovir, cinco veces al día, 400 mg tres veces al día u 800 mg cada 12 horas, por cinco días; 250 mg de famciclovir cada 12 horas por cinco días y 500 mg de valaciclovir cada 12 horas o 1 g cada 24 horas por cinco días.

Cuando el paciente presenta seis o más recurrencias al año, se sugiere iniciar una terapia supresora con 400 mg de aciclovir cada 12 horas durante seis meses, 500 mg de valaciclovir cada 24 horas o 250 mg de famciclovir cada 12 horas por un año.

En cuanto a VIH y herpes genital, mientras más disminuye el conteo de CD4 y empeora la inmunosupresión, las recurrencias aumentan en gravedad y frecuencia, por lo que se deberá dar tratamiento durante los episodios o de forma supresora, si las recidivas son frecuentes. Cuando se confirma herpes genital resistente a aciclovir, el foscarnet a dosis de 40 mg/kg IV cada ocho horas hasta la resolución es el tratamiento indicado. Sin embargo, no debe olvidarse que en algunas ocasiones este medicamento provoca úlceras genitales.

Prevención

Los pacientes con herpes no deben tener relaciones sexuales mientras las lesiones estén presentes y seis días después a su desaparición, ya que durante este tiempo aún hay liberación de virus en algunos casos.

Sífilis

Es una infección sistémica, de evolución subaguda o crónica, que cursa con periodos asintomáticos, ocasionada por una espiroqueta, *Treponema pallidum*.

Epidemiología

La sífilis es una infección de distribución mundial, al parecer de origen americano, que presentó, con la aparición de la penicilina, una tendencia a la baja, sobre todo en países desarrollados. En EUA la sífilis primaria y secundaria tenían una incidencia de 75 por 100 000 habitantes en 1940 y disminuyó de forma notable a 4 por 100 000 en 1950 con el uso de la penicilina. Sin embargo, a partir del decenio de 1980-1989 se ha notado de nuevo un incremento tanto en el número de sífilis primaria y secundaria como en la sífilis congénita, de manera particular en los países desarrollados.

Los factores a los que se ha atribuido el incremento de la sífilis, así como de otras ITS en los últimos años, son el uso de drogas como la cocaína y el *crack*, el intercambio de relaciones sexuales por drogas, múltiples compañeros sexuales, cambios en las conductas sexuales y el trabajo sexual. Se ha observado que las mujeres que dan a luz recién nacidos con sífilis por lo general padecen alguna otra ITS, no llevaron un control prenatal adecuado, a menudo madres solteras y adolescentes.

En México, según datos de la Secretaría de Salud, la tasa de sífilis ha ido disminuyendo de 240 por 100 000 habitantes en el decenio de 1940-1949 a 2.1 por 100 000 en 1997. En más de 80 % de los casos esta población tiene vida sexual activa, los grupos más afectados son solteros de ambos sexos entre 15 y 25 años, estudiantes, personas que viajan con frecuencia o quienes se dedican al trabajo sexual.

Cuadro clínico

La historia natural de la sífilis fue descrita gracias al esquema realizado por Morgan basado en un estudio hecho en Noruega por Boeck y colaboradores a finales del siglo XVIII, quienes siguieron por más de 30 años a casi 2 000 pacientes con sífilis. Este esquema fue modificado por Latapí y resume todas las posibilidades de la infección por sífilis.

***Esquema de Morgan.** La línea gruesa horizontal marca el horizonte clínico y separa a la sífilis sintomática de la asintomática o latente, y la línea gruesa vertical determina la separación entre la sífilis temprana, antes de los dos años, y la sífilis tardía, después de ese periodo (figura 12-5).

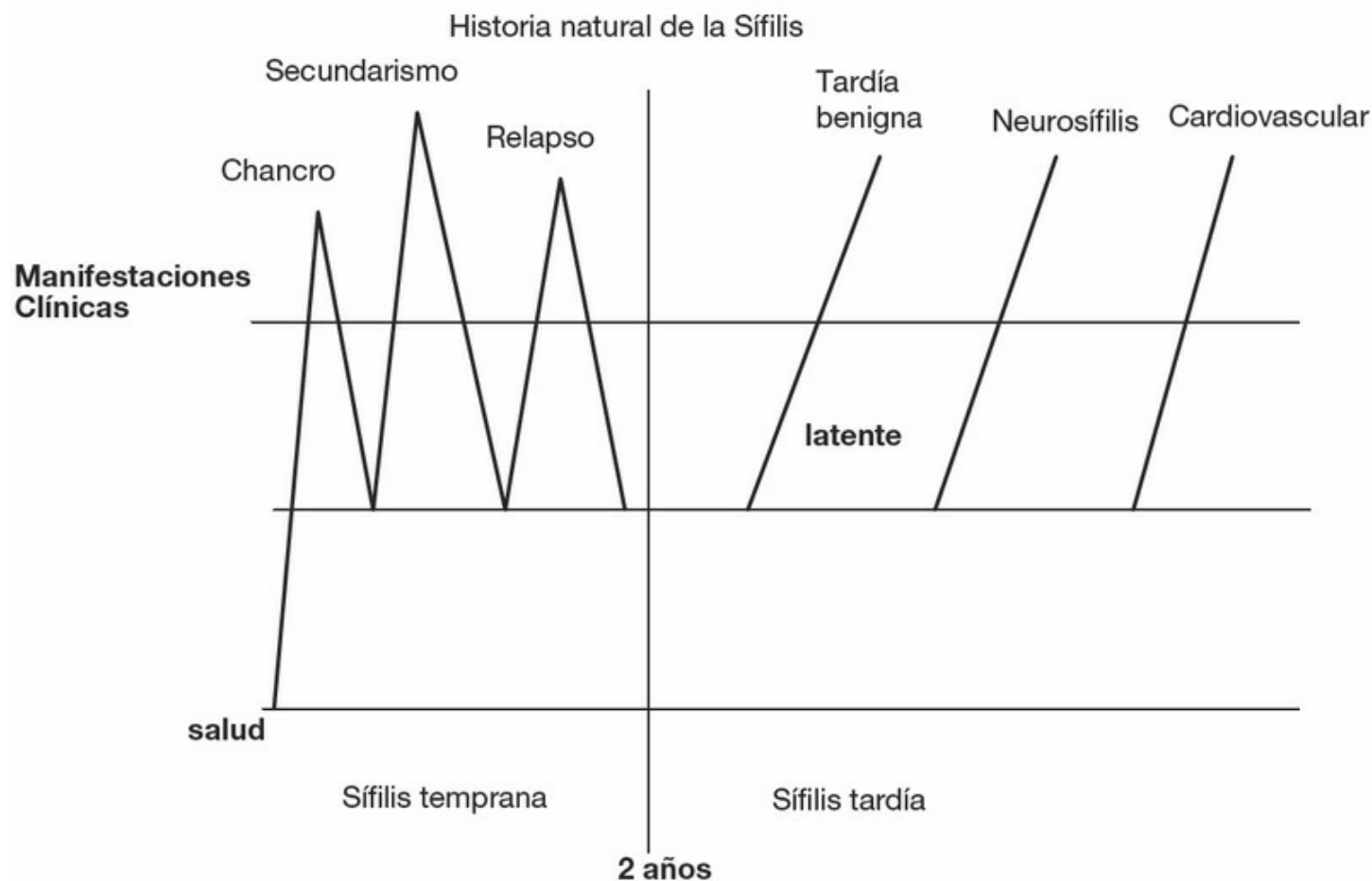


Figura 12-5. Esquema de Morgan.

La infección inicia con la introducción del *T. pallidum* que se transmite por contacto directo de las mucosas o por la piel si existe solución de continuidad; el microorganismo se disemina en horas por el sistema linfático y hematógeno. Después de un periodo de incubación de dos a tres semanas aparece la primera manifestación clínica: el chancro duro o chancro sifilítico, que tiene una duración de tres a seis semanas y desaparece de manera espontánea.

En la mayoría de los casos el paciente permanece asintomático durante dos a tres meses después del chancro, hasta que inicia un periodo llamado secundarismo; sin embargo, en casi un tercio de los pacientes el chancro perdura hasta el secundarismo, lo que conocemos como primosecundarismo. Durante este periodo se presentan manifestaciones en piel y anexos, mucosas y órganos, la infección es muy contagiosa y presenta también curación espontánea en algunas semanas.

Antes de los dos años, sobre todo si se ha dado tratamiento inadecuado, los pacientes pueden presentar de nuevo una forma limitada de secundarismo, a la cual se le da el nombre de relapso, recaída o secundarismo tardío.

A partir de los dos años, las condiciones inmunitarias del paciente determinarán la evolución de la sífilis hacia la curación espontánea (1/3), sífilis latente (1/3) o sintomática (1/3). De estos pacientes, algunos tendrán sífilis tardía benigna con manifestaciones en piel, ganglios o huesos, las cuales tienden a ser limitadas y no infectantes, pero destructivas y no resolutivas; otros tendrán sífilis cardiovascular, con aortitis, aneurismas o miocarditis, y los

demás presentarán lesiones en SNC o neurosífilis, la cual puede dar manifestaciones meningovasculares o parenquimatosas (tabes dorsal, neuritis óptica, parálisis general progresiva).

Chancro. El chancro aparece en el sitio de inoculación, por lo general en genitales, periné o ano, pero también se presenta, dependiendo de las prácticas sexuales, en la boca u otros sitios, lo que dificulta el diagnóstico, pues pocas veces se piensa en esa posibilidad.

Cuando el chancro es característico, inicia como una pápula que se erosiona con rapidez, formando una úlcera de tamaño variable (2 cm), por lo común única, no dolorosa, de superficie limpia y bordes precisos, sin datos de inflamación, con base indurada (47 a 92%) que al palparla da la impresión de un “botón engastado en la piel”. Suele estar acompañada de adenomegalias, duras, no dolorosas, ni supurativas, las cuales pueden ser unilaterales o bilaterales y con frecuencia hay también un ganglio de mayor tamaño que los demás, conocido como “ganglio satélite”.

En el varón es común observar el chancro en el surco balanoprepucial, pero también es factible que aparezca en el prepucio o en la base del pene; en la mujer suele observarse en la cara interna de los labios vaginales. En pacientes que practican la penetración anal es común que estén en la región anorrectal y quizá se manifieste como una fisura anal sin induración de la base, acompañada de dolor y sangrado al defecar. También es posible que se atiendan chancros atípicos, múltiples, inflamatorios y dolorosos acompañados de adenopatía inflamatoria, por lo que debe demostrarse el treponema por campo oscuro para el diagnóstico.

El chancro aparece dos a tres semanas después de la inoculación del treponema y tiende a desaparecer de manera espontánea en tres a seis semanas sin dejar cicatriz, por lo que puede pasar inadvertido cuando se encuentra en sitios poco visibles como vagina, recto o meato urinario. Además, una mínima cantidad de penicilina en ocasiones hace desaparecer el chancro.

En algunas ocasiones, cuando por alguna otra razón el paciente recibe tratamiento antibiótico durante el periodo de incubación, el chancro no llega a formarse y los pacientes presentan “sífilis decapitada”, la cual permanece asintomática hasta el secundarismo.

Secundarismo. Aunque desde la inoculación el treponema penetra al torrente sanguíneo, las manifestaciones sistémicas de la infección aparecen hasta seis semanas o seis meses después. Llegan a afectarse piel, ganglios, anexos cutáneos y mucosas, además de observarse síntomas generales.

En la piel, a las manifestaciones cutáneas del secundarismo se les llama, de forma incorrecta, “sífilides”, pues están habitadas y el término “ide” habla de lesiones a distancia por sensibilización.

Las lesiones secundarias pueden durar desde semanas hasta un año si el paciente no recibe tratamiento y, en 20% de los casos, hay recaídas durante el primer año. Un 80% de los pacientes tienen lesiones en piel y mucosas. Las sífilides pueden presentar casi cualquier lesión elemental dermatológica, excepto vesículas o ampollas, las cuales sólo se ven en recién nacidos con sífilis.

Las sífilides se clasifican según su morfología en cinco grupos básicos, aunque existen más variedades en función de su presentación morfológica.

- 1) Sifílida maculosa o roséola sifilítica. Es una de las primeras en aparecer, se trata de una erupción macular con lesiones lenticulares rosadas, asintomáticas y de aparición súbita que predominan en tronco, cuello y raíz de miembros, aunque no afecta la cara. Desaparecen en dos a cuatro semanas y en ocasiones dejan manchas hipocrómicas residuales en cuello (“collar de Venus”). Se diagnostican poco, tal vez porque se confunden con algún exantema viral.
- 2) Sifílida papulosa. Esta variedad por lo general afecta palmas y plantas, en donde son firmes, induradas, de color rojo cobrizo y a menudo están rodeadas de un collar de escama fina (collar de Biette). También se presentan en piel cabelluda, frente y área de implantación del pelo, surcos nasogenianos, nasolabiales y fosita mentoniana y caras internas de extremidades superiores, cara anterior y posterior de tronco, axilas y región anogenital. Las pápulas pueden ser escasas o múltiples, aisladas o confluentes, de color rojo pálido, induradas y siempre asintomáticas. Cuando la pápula, que es la lesión fundamental de las sifíides, se combina con otras lesiones da lugar a otras variedades.
- 3) Sifílida papulocostrosa. Es la manifestación más notoria, se ve sobre todo en el sitio de implantación del pelo (corona venérea), piel cabelluda, nariz y región perioral. Las pápulas se encuentran cubiertas por costras melicéricas, lesiones muy infectantes, pues son ricas en treponemas. En la piel cabelluda quizá se confundan con foliculitis (sifíides foliculares) y en cara, con impétigo, sólo que en el impétigo no hay pápulas, tan solo costras y erosiones secundarias a las vesículas.
- 4) Sifílida papuloescamosa o psoriasiforme. Las pápulas están cubiertas por escama blanquecina de aspecto psoriasiforme, pero la psoriasis no tiene pápulas y se presenta sobre todo en salientes óseas.
- 5) Sifílida papuloerosiva o condilomas planos. Se observa en sitios húmedos y calientes, como en límites de piel y mucosas de región anogenital y en pliegues. Son pápulas que se erosionan, pero como están en sitios húmedos no forman costra. Al igual que el resto de las sifíides resultan asintomáticas e infectantes. Debe hacerse el diagnóstico diferencial con condilomas acuminados, que son neoformaciones vegetantes, producidas por el virus del papiloma humano (VPH).

Todas las sifíides desaparecen de forma espontánea en dos a tres semanas y nunca producen prurito.

Hay anexos cutáneos que se manifiestan con afección del pelo, lo que produce alopecia en “mordidas de ratón” en regiones occipital y temporal, y cejas. Esta alopecia quizá sea la única manifestación o esté asociada con lesiones cutáneas, aunque no siempre aparece. En las uñas tal vez se observe onixis y perionixis sin características particulares.

En las mucosas son placas blanquecinas de 1 a 2 cm que aparecen en el piso de la boca, base de la lengua, pilares y velo del paladar hasta faringe y laringe. Se acompañan de dolor sobre todo al deglutir y quizá se confundan con lesiones por candida o amigdalitis. En los ganglios (nódulos), por otra parte, tal vez se observe poliadenopatía no dolorosa, que se palpa con facilidad a nivel de la nuca, las ingles y en regiones epitrocleares.

Las manifestaciones generales incluyen, junto con las lesiones cutáneas, febrícula vespertina, astenia y adinamia, aunque en ocasiones tales manifestaciones pueden ser intensas, con malestar general y artralgias, acompañadas de hepatomegalia y

esplenomegalia, periostitis, artritis y afección del sistema nervioso con neuroretinitis, neuritis del VIII nervio craneal, irritabilidad y convulsiones, que al igual que el resto de las manifestaciones del secundarismo desaparecen en semanas sin dejar datos.

Relapso. Ocurre sobre todo en pacientes que han recibido tratamiento de forma inadecuada y se manifiesta como un secundarismo limitado, con pocas lesiones, sin sintomatología asociada y de menor duración, por lo que se confunden con procesos banales.

Sífilis tardía benigna

A pesar de no recibir tratamiento, sólo 30% de los pacientes desarrollará sífilis tardía sintomática o sífilis terciaria, la cual aparece dos a 20 años después de la inoculación. De este porcentaje afectado sólo 15% presentará la forma benigna, con lesiones en piel, ganglios o huesos.

Durante esta etapa la lesión fundamental es el nódulo que en ocasiones evoluciona a goma, se reblandece y necrosa, dando lugar a extensas áreas de destrucción tisular que no tienden a la curación espontánea. Ya no son diseminadas como en el secundarismo, sino localizadas y asimétricas, y no tienen una topografía específica. Quizá sean placas anulares o circulares rodeadas de nódulos pequeños o úlceras profundas como en sacabocado.

En los huesos hay periostitis y gomas destructivas muy dolorosas. Tales lesiones en ocasiones se confunden con procesos granulomatosos como tuberculosis o micosis profundas o con alguna neoplasia.

Sífilis prenatal

La sífilis prenatal o neonatal se adquiere durante la gestación, a partir del cuarto mes, ya que antes el treponema no logra atravesar la placenta; cuando hay infección de ésta lo que se producen son abortos.

Si el producto es infectado durante el embarazo hay la posibilidad de diferentes desenlaces: el producto nace muerto con evidencia de sífilis; hay parto prematuro con el producto enfermo, mismo que casi siempre muere al nacer; el bebé nace a tiempo con manifestaciones de sífilis o nace sano en apariencia con sífilis prenatal latente, pero desarrollará sífilis prenatal tardía. La sífilis prenatal se divide también en temprana y tardía.

Diagnóstico

La sífilis, junto con la tuberculosis, es una infección que semeja a múltiples padecimientos de cualquier aparato o sistema, lo que le ha dado el sobrenombre de la “gran imitadora”. Debido a ello, aun cuando la clínica sea orientadora, es indispensable comprobar la existencia del treponema, ya sea mediante la visualización del mismo en campo oscuro o por la determinación de anticuerpos en el suero del paciente.

El campo oscuro se utiliza para el diagnóstico en la sífilis temprana, ya que el treponema es abundante, sobre todo en el chancro, los condilomas planos o sífilides papuloerosivas, las placas mucosas y las lesiones periorificiales de la sífilis perinatal, así como en el cordón umbilical.

Las reacciones serológicas, por otra parte, se clasifican en no treponémicas (o reagínicas)

y treponémicas. Las no treponémicas buscan anticuerpos no específicos llamados reaginas, la más utilizada hasta la fecha es el VDRL (*Venereal Disease Research Laboratories*) cuantitativo, en la cual se usa un antígeno compuesto por cardiolipina, colesterol y lecitina. Esta prueba tiene alta sensibilidad, pero muy poca especificidad, ya que un gran número de infecciones arroja falsos positivos. Para que esta prueba se considere positiva es necesario un índice alto (títulos mayores de 1:4) y persistente. Se trata de un estudio sencillo y barato, que se hace positivo 10 a 20 días después de la aparición del chancro y permanece así durante todo el padecimiento, incluso en los casos de latencia. Los títulos suelen relacionarse con la actividad de la infección, de modo que durante el secundarismo la titulación es alta, alcanzando cifras de 1:120 o más, tres meses después del tratamiento la curva inicia su descenso, por lo que también es útil para evaluar la respuesta al mismo.

En contraparte, las reacciones treponémicas son más específicas, ya que son sensibles a anticuerpos contra antígenos treponémicos, en México se utiliza la FTAabs (*Fluorescent Treponemic Antibodies absorbed*), en la que los anticuerpos del suero del enfermo se unen a antígenos de treponemas no patógenos, los cuales se visualizan por inmunofluorescencia. Dicha reacción es más sensible que el VDRL, inicia antes y perdura después del tratamiento, por lo que se utiliza sobre todo en casos dudosos en que el VDRL es negativo, aunque no es útil para valorar la respuesta al tratamiento.

El diagnóstico de la neurosífilis a menudo es difícil de realizar, por lo que se necesita realizar VDRL y citoquímico del líquido cefalorraquídeo (LCR).

Tratamiento

Sífilis primaria, secundaria y latente temprana. Como desde su aparición, el tratamiento de elección continúa siendo la penicilina; existen diversos esquemas útiles. Si se usa penicilina procaínica se recomienda usar 1.2 millones de UI, IM cada 24 h por 20 días, si es penicilina benzatínica se aplican 2.4 millones de UI, IM, en una sola dosis, es recomendable administrar 1.2 millones en cada glúteo.

Si el paciente es alérgico a la penicilina, otras alternativas son doxiciclina 100 mg VO cada 12 h, o tetraciclina 500 mg VO cada 6 h durante 30 días. Otra opción es la ceftriaxona, 250 mg IM por 14 días o azitromicina 500 mg/día. Para las mujeres embarazadas se utiliza eritromicina 500 mg cada 6 h durante 15 días. En personas con VIH el tratamiento recomendado es penicilina benzatínica 2.4 millones de UI, IM, una vez por semana a completar tres semanas.

En algunos casos, cuando la sífilis está activa, los pacientes presentan unas 2 a 8 h después de la primera dosis de penicilina la reacción “paradójica” de Jarish Herxheimer: exacerbación de los síntomas, ataque al estado general y fiebre, debido a la destrucción masiva de treponemas y la liberación de proestanoides. En general no es grave ni amerita suspender el tratamiento, pero en las mujeres embarazadas puede producir parto prematuro o sufrimiento fetal, por lo que se administra de forma preventiva prednisona 0.5mg/kg/día durante 25 días a partir del inicio del tratamiento.

Sífilis tardía no neurológica. En estos casos se administra penicilina benzatínica, 2.4 millones de unidades IM por semana, durante 3 a 4 sem; si el paciente es alérgico, 500 mg de tetraciclina cada 6 h o 200 mg de doxiciclina al día por cuatro semanas. Se deben realizar controles de VDRL cuantitativo a los 6 y 12 meses y si los títulos no disminuyen

debe sospecharse neurosífilis o mal apego al tratamiento.

Neurosífilis. El tratamiento de la neurosífilis requiere hospitalización del paciente ya que se utiliza penicilina cristalina, de 12 a 24 millones de unidades IV al día, en perfusión, durante 14 días. Si por alguna razón no es posible hospitalizar al paciente se sugiere utilizar ceftriaxona 1 g IM al día durante 14 días. En estos pacientes se debe realizar control con VDRL cada tres meses durante el primer año, además de examen de LCR cada 6 meses hasta que el citoquímico sea normal.

Cuando los síntomas clínicos no desaparecen o recurren, si los títulos de anticuerpos no treponémicos (VDRL; prueba rápida de detección de anticuerpos reagínicos en plasma, *rapid plasma reagin* [RPR]) aumentan cuatro veces o no son menores de 1:8 en un año; si no hay mejoría en el LCR en 6 meses o no es normal en 2 años, es preciso administrar de nuevo el tratamiento.

En los pacientes con lesiones tardías, se recomienda iniciar el tratamiento antibiótico a dosis bajas, para evitar la cicatrización brusca con fibrosis que pudiera producir daño a órganos importantes e incluso la muerte. Esta reacción se conoce como paradoja terapéutica.

Sífilis durante el embarazo. El hecho de que una mujer esté embarazada no cambia su categorización en la sífilis; sin embargo, deberán incluirse sólo la penicilina, eritromicina o ceftriaxona a las dosis habituales, evitando las tetraciclinas.

Linfogranuloma venéreo

El linfogranuloma venéreo (LGV) es una infección sistémica, de transmisión sexual, causada por los serotipos L1, L2 y L3 de la *Chlamydia trachomatis*. Está presente en todo el mundo, pero prevalece en los trópicos de Asia, África, el Caribe y Golfo de México.

Predomina en el hombre; sin embargo, las formas crónicas y destructivas son más frecuentes en las mujeres, quizá porque en ellas las manifestaciones iniciales pasan inadvertidas y por su diseminación a través de los tejidos hacia órganos vecinos, en particular el recto, y no sólo por vía linfática. Es raro que los hombres no consulten al médico, pues por lo general cursan con manifestaciones inguinales muy inflamatorias y dolorosas.

Se afectan con mayor frecuencia, al igual que en otras ITS, aquellos que tienen mayor actividad sexual, los adolescentes y adultos jóvenes y personas de nivel socioeconómico bajo.

Fisiopatología

Los serotipos L1, L2 y L3 de la *Chlamydia trachomatis* afectan sobre todo el folículo linfoide, produciendo un trombo y perilinfangitis. El ganglio linfático es invadido por neutrófilos y macrófagos, formando granulomas y microabscesos estrellados, que son una característica histológica del LGV.

Cuadro clínico

El LGV se clasifica en tres etapas. La **primera etapa** ocurre entre 3 y 12 días después de la

inoculación, cuando aparece la lesión primaria, que puede iniciar como pápula, vesícula herpetiforme o pequeña erosión, dura poco y es asintomática, por lo que rara vez es vista por el médico, ya que pocos pacientes lo consultan.

En el hombre afecta glande, surcos balanoprepuciales, escroto y uretra; y en la mujer la cara interna de los labios, la pared posterior de la vagina y el cuello del útero. En ocasiones hay también manifestaciones de uretritis, cervicitis o como una infección rectal, diarrea sanguinolenta y tenesmo.

En la **segunda etapa**, la fase linfogranulomatosa aparece después de dos a seis semanas de la lesión primaria, aunque en algunos casos en que la primera etapa dura más de lo común, coinciden ambas. Debido a que el tejido de choque es el folículo linfoide, esta etapa se caracteriza por adenitis inguinal, a menudo unilateral. Inicia con síntomas de inflamación local, aumento de volumen, a la exploración se palpa un ganglio duro, un tanto engastado en la piel, que en la mayoría de los casos no es doloroso o sólo un poco al caminar o a la palpación. Quizá también haya fiebre y malestar general; con el paso de los días el resto de los ganglios de la zona sufren los mismos cambios y tienden a confluir, debido a la periadenitis, formando una gran masa que afecta los ganglios femorales.

El proceso infeccioso e inflamatorio se extiende por contigüidad a la piel, la cual se observa rojiza y edematosa, hasta que se adhiere a los ganglios y se torna eritematoviolácea; después se reblandece y abre al exterior formando una fístula que no cicatriza o bubón, que al estar atravesado por el ligamento inguinal toma la forma de un reloj de arena (lo que se conoce como “signo del surco”), dato característico de la infección. Este bubón muestra lesiones en diferentes etapas. Dura varias semanas y a diferencia del granuloma inguinal o el chancroide, no es autoinoculable.

Por último, la **tercera etapa** es la fase más destructiva de la infección, por lo general no llega a presentarse, pues sólo ocurre por falta de tratamiento adecuado en las fases tempranas de la infección. Aquí aparece proctitis, estenosis rectal, abscesos perineales, fístulas y edema genital graves, la mayoría de las veces en mujeres, quienes pueden presentar en algunos casos el síndrome genito-ano-rectal (debido a la distribución linfática de esas regiones), en donde se forman úlceras induradas con base fibrosa y bordes mal definidos, túneles de los labios y clítoris, edema y cicatrices estenosantes de recto y vagina.

Diagnóstico

El diagnóstico debe comprobarse mediante el examen directo del exudado de las lesiones o del pus extraído por punción del bubón, en los cuales (mediante la tensión de Giemsa) es posible observar las inclusiones intracitoplasmáticas. La mayoría de las veces la biopsia aporta pocos datos y la prueba de fijación del complemento tiene una sensibilidad de 70 a 80% cuando hay titulaciones mayores de 1:64. El método más sensible y específico es la titulación de anticuerpos fluorescentes de las pruebas ELISA (*Enzyme-Linked Immunosorbent Assay*) y reacción en cadena de la polimerasa (PCR, del inglés *polimerase chain reaction*), para lo cual se requieren células epiteliales infectadas.

El cultivo de la *Chlamydia* en células de mamíferos es una técnica que se usa poco, ya que es costosa y requiere de mucha experiencia.

Diagnóstico diferencial. La lesión inicial tiene menor tamaño que el chancro sifilítico, carece de base indurada y es más dolorosa. El examen de campo oscuro y el VDRL son

negativos.

El herpes genital es recurrente, acompañado de prurito y ardor, más que de dolor, las lesiones son vesículas o erosiones secundarias a vesículas, agrupadas en racimo sobre una base eritematosa.

En el chancroide por lo general se observan úlceras múltiples con base necrótica, blanda y purulenta, muy dolorosas y autoinoculables, también cursa con adenopatía inguinal unilateral, pero no hay signo del reloj. En el frotis se hace evidente el bacilo Ducrey.

En el granuloma inguinal lo más importante es que las úlceras tienen bordes acordonados irregulares y crecimiento rápido; son dolorosas pero no se acompañan de adenopatía. A la histología se ven los cuerpos de Donovan.

Tratamiento

En la infección no complicada se recomienda utilizar 500 mg de tetraciclina cada 6 h, doxiciclina 100 mg cada 12 h o eritromicina 500 mg cada 6 h durante 21 días. También es factible dar una dosis única de 1 g de azitromicina.

En las mujeres con infección pélvica inflamatoria se recomienda alargar el tratamiento de dos a tres semanas. Si están embarazadas se prefiere usar amoxiciclina 500 mg cada 8 h por 7 a 10 días. Las complicaciones requieren además un tratamiento quirúrgico.

Granuloma inguinal

El granuloma inguinal (GI) o donovanosis es una infección crónica, granulomatosa, que afecta la región anogenital y la ingle, producida por un cocobacilo gramnegativo llamado *Calymmatobacterium granulomatis*, que por lo general se adquiere vía contacto sexual y se caracteriza por úlceras destructivas y poco dolorosas.

Epidemiología

Se presenta con mayor frecuencia en países subtropicales y tropicales como Brasil, India, el sudeste de China, la costa Occidental de África y las Indias Occidentales. Predomina en varones en una proporción de 2.5 a 1. Debido a que no siempre se presenta la infección en la pareja sexual, se asume que la infección no es sólo por contacto sexual, de modo que se cree que existen dos vías de transmisión, por contacto sexual anorrectal o por contacto con secreciones contaminadas con heces, ya que se cree que el *Calymmatobacterium granulomatis* pertenece a la familia *Enterobacteriaceae* que reside en el intestino.

Cuadro clínico

Tiene un periodo de incubación de 3 a 40 días, e inicia con una pápula firme o nódulo no tan firme que crece con rapidez y forma una úlcera de bordes bien definidos, lisos y elevados, su fondo tiene tejido granulomatoso, eritematoso, que sangra con facilidad. Es una úlcera poco dolorosa y en general no se acompaña de adenopatía. En la mujer se presenta sobre todo en labios mayores y menores, así como en el pubis; en el hombre en pene, periné, pubis y región perianal, sobre todo en varones que mantienen relaciones homosexuales.

La lesión llega a ulcerarse, crecer, hacerse más profunda y diseminarse por autoinoculación. Al paso del tiempo, debido a su cronicidad, se fibrosa y desarrolla hiperplasia epitelal vegetante.

A diferencia del linfogranuloma venéreo, cuando hay afección inguinal, ésta inicia en la región periganglionar formando una lesión granulomatosa llamada pseudobubón, la cual se necrosa y úlcera. Si el paciente no recibe tratamiento, presentará progresión lenta, con extensión irregular e intermitente de las lesiones, hasta formar con los años cicatrices queloides y elefantiasis de genitales externos o fístulas rectovaginales o vesiculovaginales; además, en los jóvenes puede desarrollarse en la úlcera un carcinoma epidermoide. También se ha reportado 3% de lesiones extragenitales, sobre todo en el rostro.

Diagnóstico

El diagnóstico de granuloma inguinal se hace con la demostración del *C. granulomatis* en el interior de las células, llamados también cuerpos de Donovan, histiocitos que miden alrededor de 20 micras y tienen núcleo excéntrico y uno o varios bacilos aglomerados dentro del citoplasma; son visibles tanto en frotis como en tejidos con tinciones especiales como Giemsa, Wrigth o Warthin Starry.

En el estudio histopatológico se observa un denso infiltrado inflamatorio dado sobre todo por macrófagos y algunas áreas de neutrófilos, que con el tiempo se transformarán en tejido de granulación y fibrosis, acompañados de hiperplasia pseudoepiteliomatosa y abscesos intraepidérmicos.

Tratamiento

Debido a que el *C. granulomatis* es un bacilo intracelular, es preciso utilizar un antibiótico soluble en lípidos que tenga grandes concentraciones en el interior de la célula, como el trimetoprim con sulfametoxazol o la tetraciclina. El trimetoprim con sulfametoxazol 160/800 se administra cada 12 horas por 15 días y la tetraciclina 500 mg cada 6 h durante 3 semanas. En mujeres embarazadas se utiliza eritromicina 500 mg cada 6 h por 2 semanas. Para aquellos pacientes poco apegados al tratamiento o con baja respuesta a los antibióticos convencionales se recomienda el uso de 1 g semanal de azitromicina, 1 g de ceftriaxona diario o norfloxacin, los cuales se continúan al menos hasta que las lesiones hayan cicatrizado.

Chancroide

Chancroide, chancro blando o infección de Ducrey, es una infección genital, poco frecuente en México, causada por el *Haemophilus ducreyi*, que se caracteriza por úlceras genitales muy dolorosas.

Epidemiología

Es una infección de distribución mundial, que tiene mayor incidencia en climas cálidos, predomina en puertos de Europa, América Latina, Asia y África. En México se reportaron

alrededor de 1 000 casos en el 2003. En la mayoría de los casos se asocia con mala higiene, pobreza y drogadicción. En EUA más de 10 % de los casos están vinculados con coinfección con *T. pallidum* o VHS. El chancroide, como otras ITS ulcerativas, es un cofactor en la transmisión del VIH.

Su mayor incidencia ocurre entre los 25 y 30 años de edad y se presenta casi de manera exclusiva en hombres; se cree que la mujer es más bien portadora.

Cuadro clínico

Después de un periodo de incubación de 24 a 48 h promedio (1 a 12 días), aparecen pápulas únicas o múltiples que evolucionan en horas a pústulas y se ulceran, formando el chancro blando, constituido por úlceras circulares u ovaladas, poco profundas, de bordes irregulares rodeadas de un halo eritematoso, el fondo de la úlcera puede ser sucio o tener abundante tejido de granulación que sangra con facilidad. De manera característica las lesiones son muy dolorosas.

En el hombre es evidente en el frenillo, prepucio, surco balanoprepucial y glande; cuando se afecta el prepucio es común que se encuentre edema importante del mismo. Si llega a presentarse en la mujer, afecta labios, vestíbulo, clítoris, pared vaginal y, por extensión, introito, cérvix y región perianal. Al menos 50% de los pacientes tienen adenopatía inguinal, a menudo unilateral, muy inflamatoria con la formación de un absceso luctuante o bubón, el cual aparece 7 a 10 días después del chancro.

Al igual que en el LGV, la piel que recubre al absceso está roja y delgada, por lo que con frecuencia forma fístulas, este proceso puede extenderse por autoinoculación, pero como es una infección local, no se acompaña de manifestaciones sistémicas. Cuando el proceso es muy extenso da lugar a fimosis, estenosis o fístulas uretrales.

Existe una variedad llamada chancro fagedénico, en donde la lesión se extiende hacia la región púbica, escroto y periné, formando un chancroide gigante en la que hay destrucción rápida de los genitales externos y olor fétido, por sobreinfección con espiroquetas.

Diagnóstico

Es indispensable hacer diagnóstico diferencial con aquellas lesiones que producen úlceras en genitales, como sífilis, LGV, herpes simple y granuloma inguinal. Debe recolectarse secreción del bubón a fin de realizar tinción de Gram y cultivo.

En la tinción de Gram se observa el cocobacilo gramnegativo, pleomórfico en conglomerados que semejan un “banco de peces”; aunque es un método sencillo, no siempre es de utilidad, pues suele haber contaminación. El cultivo requiere de medios especiales que tengan factor X y se inocula en agar chocolate solo o con vancomicina para evitar formas contaminantes; se inocula a 33 °C durante 72 h, que es lo que tarda en crecer la colonia, para evaluar su morfología. Miden 0.5 cm de diámetro, son planas, lisas y translúcidas. Además, es factible realizar pruebas bioquímicas, es catalasa negativa, oxidasa positiva y reduce los nitratos.

Tratamiento

Aunque estudios *in vitro* han demostrado que el *H. ductreyi* es susceptible a múltiples

antibióticos, estudios más recientes demuestran *in vivo* resistencias antimicrobianas a las tetraciclinas, ampicilina, cloranfenicol, sulfonamidas y kanamicina, por lo que se recomienda el uso de ciprofloxacina 500 mg c/12 h VO u ofloxacina 400 mg c/12 h por 3 días, eritromicina 500 mg VO c/6 h por 7 días, azitromicina 1 g VO o ceftriaxona 250 mg IM en dosis única.

Citomegalovirus

El citomegalovirus (CMV) tiene una distribución mundial, afecta a cerca de 50 % de la población de adultos mayores de 40 años, con mayor incidencia en poblaciones de bajo nivel socioeconómico.

El CMV pertenece a la familia de los *Herpesviridae*, por lo que comparte, con el resto de los virus herpes, el ser una infección de por vida con periodos de latencia. A menudo es asintomático en pacientes inmunocompetentes; ese factor y su propiedad de latencia, así como el periodo tan largo en el que se excreta en los fluidos corporales, le dan un alto grado de transmisibilidad.

La importancia del CMV radica en las complicaciones que produce en los pacientes inmunocomprometidos, principalmente por VIH, o durante la etapa perinatal; sin embargo, en la mayoría de los casos la clínica es poco orientadora, por lo que rara vez se diagnostica.

El CMV llega a diseminarse de forma intermitente a partir de fluidos corporales (orina, semen, lágrimas y saliva) de personas infectadas. La transmisión puede ocurrir de persona a persona por contacto cercano, por transfusión sanguínea, por transplante de órganos o por vía sexual.

En personas sin alteraciones del sistema inmunológico permanece latente por muchos años, pero en inmunosuprimidos es causa frecuente de neumonía, infección intestinal, del SNC, retinitis y úlceras anogenitales u orales crónicas.

Epidemiología

El CMV tiene distribución mundial, en México hay una seroprevalencia mayor a 90%. Se ha encontrado la asociación con virus del papiloma humano, en especial VPH-16, como oncogenes en el carcinoma cervicouterino.

Al parecer, las recurrencias del CMV están influenciadas por la edad de la primera relación sexual, el total de años de vida sexual activa y el tiempo de relaciones sexuales antes del primer embarazo.

El riesgo de infección por CMV, al igual que el VHS, es inversamente proporcional a la cuenta de CD4, por reactivación del virus en personas con depresión del sistema inmunológico. Algunos estudios muestran que alrededor de 90% de los pacientes con sida tienen evidencia de infección por CMV y en 10% de ellos es la causa de muerte.

Cuadro clínico

En la mayoría de los casos, la infección por CMV es asintomática, pero en los pacientes inmunosuprimidos o con alguna otra ITS, como hepatitis B o VIH, produce sintomatología similar a una mononucleosis infecciosa, con adenopatía, fiebre y ataque al estado general.

Cuando el estado inmunológico del paciente está muy deteriorado, hay impacto en el sistema digestivo, la retina (con ceguera), pulmones y SNC. En aquellos pacientes con VIH en estadios avanzados en quienes se ve una úlcera genital o rectal, crónica y dolorosa, debe descartarse el CMV, ya que después del VHS es la principal causa de úlceras. En muchas ocasiones ambos virus son responsables de las úlceras.

Diagnóstico

La mayor de las veces la infección por CMV no se diagnostica, ya que cuando son sintomáticas tienden a confundirse con cuadros febriles banales. Es factible detectar la infección mediante serología, también se pueden realizar cultivos de tejido afectado y, aunque son muy específicos, se realizan pocas veces debido a la dificultad que implica. Debe sospecharse CMV en úlceras crónicas de pacientes con VIH, sobre todo cuando el conteo de CD-4 es menor a 100 células/ μ L.

Tratamiento

En pacientes con inmunidad normal, prácticamente no produce sintomatología, por lo que es innecesario dar tratamiento. Debido a que las complicaciones de CMV en personas con SIDA están asociadas con el conteo de CD4, es indispensable no omitir en ellos la terapia con antirretrovirales. Para el manejo específico de la infección por CMV en estos pacientes, es recomendable implementar algunas de las estrategias que se describen en el cuadro 12-5.

Cuadro 12-5. Medicamentos para la infección por CMV			
Nombre genérico	Vía de administración	Inducción	Mantenimiento
Valanciclovir	VO	900 mg c/12 h por 21 días	900 mg c/24 h
	IV	5 mg/kg/12 h por 14 o más días	5 a 10 mg/kg/24 h por 14 o más días
	VO	5 mg/kg/12 h por 14 o más días	1 g c/8 h
Ganciclovir	Dispositivo de liberación intraocular (vitraser)	Cada 6 meses, puede ser acompañado o no de 1 g VO c/8 h	220 días
	Inyección intraocular	200 a 400 μ g 2 a 3 veces/semana por 2 a 3 semanas	200 a 400 μ g una vez/semana
Foscarnet	IV, catéter central	90 mg/kg/12 h por 14 días o más	90 mg/kg/24 h
	Inyección intravítrea	2 400 μ g 2 veces/sem	2 400 μ g una vez/semana

Diagnóstico diferencial de úlceras genitales

El herpes genital es la más común de las ITS que se caracterizan por úlceras, el carácter recidivante de las lesiones, así como la presencia de síntomas premonitorios al menos 24

horas antes son indicativos de ella. Y aunque muchas veces no es posible ver las vesículas, lo que orienta al diagnóstico es la presencia de exulceraciones circulares agrupadas, de fondo limpio, sobre una base eritematosa, acompañadas de ardor o prurito, que tienden a resolver de forma espontánea en algunos días sin dejar cicatriz y que en la mayoría de los casos no se asocia adenopatía.

El clínico debe indagar por chancro sifilítico al observar úlcera en genitales, de base indurada y fondo limpio sin datos de inflamación, por completo asintomática, así como el antecedente de una lesión de estas características que haya desaparecido de forma espontánea o con la aplicación de algún antibiótico tópico. A diferencia de ésta, el chancroide se presenta con varias úlceras de bordes irregulares, fondo sucio y base no indurada que de manera característica son muy dolorosas y están acompañadas de adenopatía unilateral inflamatoria que tiende a producir un absceso y también resulta muy dolorosa.

Si un paciente presenta una úlcera de bordes bien definidos, elevados y con fondo que sangra con facilidad, algo dolorosa y sin adenopatía, la primera posibilidad es granuloma inguinal. En cambio, si hay una úlcera o exulceración pequeña, asintomática, que desaparece de forma espontánea en pocos días, acompañada de adenopatía unilateral poco dolorosa o asintomática, con el característico signo del reloj, la primera presunción es LGV. No debe olvidarse que el paciente inmunosuprimido, sobre todo si tiene sida, llega a presentar formas atípicas de estas infecciones, por lo que cuando vemos un paciente con estas características es importante recordar que: 1) muchas veces la úlcera es producida por más de un agente infeccioso, 2) el principal causante de las úlceras crónicas a nivel genital es el herpes simple, pero debe descartarse el CMV, 3) algunos antivirales utilizados para el tratamiento del herpes llegan a producir úlceras a nivel genital.

Asimismo, es importante tener en cuenta que existen patologías —sobre todo de carácter autoinmunitario, como la estomatitis aftosa recurrente y la infección de Behçet— que se caracterizan por úlceras orales y genitales.

A fin de facilitar el diagnóstico diferencial de las ITS que se manifiestan con úlceras, el cuadro 12-6 muestra las principales características de las infecciones durante la presentación de las úlceras.

Cuadro 12-6. Diagnóstico diferencial de úlceras genitales					
Infección	Herpes simple	Sífilis	Linfogranuloma venéreo	Chancroide	Granuloma inguinal
Incubación	2 a 7 días	2 a 4 semanas	3 a 12 días	1 a 12 días	3 a 40 d
Lesión primaria	Vesículas agrupadas	Pápula única	Pápula pústula o vesícula	Pápulas múltiples	Pápula firme
Úlceras					
Profundidad	Superficial	Superficial o profunda	Superficial o profunda	Poco profundas	Profunda
Diámetro	1 a 3 mm	5 a 15 mm	2 a 10 mm	2 a más de 20 mm	5 mm a 1 cm
Bordes	Precisos, eritematosa	Precisos, elevados, sin inflamación	Eritematosos	Irregulares con halo eritematoso	Bien definidos, como en sacabocado

Fondo	Blanco o amarillento	Limpio		Sucio o con tejido de granulación, sangrado fácil	Eritema y tejido de granulación, sangrado fácil
Induración	No	Base indurada	Firme en ocasiones	No	No
Sintomatología	Ardor o prurito	No dolorosa	Asintomática	Muy dolorosa	Poco dolorosa
Evolución	Resolución espontánea	Resolución espontánea	Resolución espontánea	Progresión	Progresión lenta
Duración	5 a 10 días	2 a 6 semanas	2 a 3 semanas		
Linfadenopatía					
	No	Dura, no dolorosa	Unilateral, “reloj de arena” dolorosa, supura	Inguinal, muy dolorosa; puede supurar	Sin adenopatía; lesiones periganglionares
Autoinoculación	—	No	No	Sí	Sí
Diagnóstico					
	Tzanck: células gigantes multinucleadas	Campo oscuro	Tinción de Gram: cocobacilo grampositivo “banco de peces”		Cuerpos de Donovan

SÍNDROME DE EXUDADO/FLUJO/SECRECIÓN

Dentro de este síndrome se abordarán las ITS relacionadas, a su vez, con el síndrome de exudado/flujo/secreción vaginal, uretral y rectal.

Exudado/ flujo/ secreción vaginal

Es importante aclarar que el flujo o secreción vaginal “normal” (fisiológico), es de cantidad variable, como suele observarse antes y después de la ovulación, relación sexual, embarazo y lactancia, por lo que un cambio en esta secreción o flujo puede estar relacionado con alguna infección, con la posibilidad de cambiar en cantidad, olor y color, además de acompañarse de prurito, disuria, dolor abdominal bajo o inflamación genital. De forma esquemática, las ITS responsables de este síndrome, se dividen en las que se transmiten sólo por vía sexual —entre las que se cuentan gonorrea vaginal, clamidiasis vaginal y tricomoniasis vaginal— y las que presentan otra posibilidad de vía de transmisión —vaginosis bacteriana, micosis vaginal—.

Gonorrea vaginal

La gonorrea o blenorragia es una ITS sexual muy conocida en la historia de la humanidad y aún vigente. Conocida desde la antigüedad, hay referencias a ella en los antiguos manuscritos chinos y el Antiguo Testamento bíblico, y debe su nombre a Galeno, quien en 130 d. C. introdujo el término “gonorrea”, del griego *gonorroia*. Corresponde a Neisser haber aislado en 1879 el germen que conocemos por su nombre.⁶

La población más afectada es la que se encuentra entre los 18 a 25 años; la prevalencia de la infección es de 5% en los grupos de jóvenes sexualmente activos. La infección no confiere inmunidad, por lo que son frecuentes las infecciones repetidas. En general se cree que 2% de las mujeres con actividad sexual alberga *Neisseria gonorrhoeae*; sin embargo, es difícil obtener datos precisos, porque esta infección llega a presentarse en forma asintomática hasta en 70% de las mujeres y en forma silenciosa en 2% de los hombres.⁷

Estos datos implican un grave problema epidemiológico y justifican los esfuerzos para identificar y tratar a los individuos afectados con el fin de limitar la propagación de la infección.

La *Neisseria gonorrhoeae* es un diplococo aerobio gramnegativo cuyo único huésped natural es el ser humano. El gonococo es muy sensible a los agentes químicos y físicos, a la temperatura y la desecación, y no sobrevive mucho tiempo fuera del organismo. La transmisión de la infección se produce por contacto sexual, con excepción de la oftalmoblenorrea del recién nacido, en que el contagio se verifica en el momento del parto durante el paso a través del canal vaginal infectado, así como de la vulvovaginitis que se observa en las niñas producida por contacto con ropa de cama contaminada por individuos infectados.⁸

Cuadro clínico. El periodo de incubación de la infección comprende entre 2 y 10 días. En las formas declaradas, se observa una vulvovaginitis de intensidad variable con flujo vaginal amarillo verdoso, purulento. Es rara la uretrocervicitis y llega a observarse secreción purulenta del endocervix y de las glándulas de Skene. La afección de las glándulas de Bartholin en ocasiones es el primer signo de la infección, la cual se manifiesta por tumefacción dolorosa. La infección se propaga en sentido ascendente, dando lugar a salpingitis y peritonitis pélvica; tales complicaciones se definen en conjunto como “infección pélvica inflamatoria” (EPI).

Diagnóstico. El adecuado diagnóstico debe seguir los pasos listados a continuación: 1) Examen microscópico del gonococo (diplococo gramnegativo), el cual se basa en el examen directo de la secreción cervicovaginal. 2) Examen bacteriológico con tinción rápida con azul de Löffler (azul de metileno alcalino). 3) Tinción de Gram en donde aparecen diplococos gramnegativos semejantes a granos de café, algunas veces intraleucocitarios, en otros casos adheridos a la superficie celular. 4) Cultivo en medio de agar chocolate o de Tallen-Martin. 5) Inmunofluorescencia, que se efectúa sobre un frotis de secreción tomado del paciente (método rápido) o sobre un extendido de material cultivado (método retardado). 6) Detección mediante PCR.⁹

Tratamiento. Desde hace alrededor de 15 años se ha observado un aumento en la resistencia de esta bacteria a determinados antibióticos (lactaminas: cepas productoras de penicilinas o tetraciclinas). El tratamiento que se recomienda en la actualidad para las infecciones no complicadas (genitales o extragenitales) es el siguiente: cefixima 400 mg VO (dosis única), o bien, ceftriaxona 250 mg IM (dosis única), o bien, ciprofloxacina 500 mg por vía oral (dosis única), o bien, ofloxacina 400 mg VO en dosis única.

La coexistencia de otras infecciones como la vaginosis bacteriana o la candidiasis vulvovaginal obliga a su tratamiento oportuno, ya que de no tratarse se ocasiona persistencia de la sintomatología. Es imperativo también el tratamiento a los compañeros sexuales con un régimen antibiótico similar.²⁵

Clamidiasis vaginal

En el contexto de las ITS, esta infección constituye un serio problema, el cual todavía está fuera del conocimiento de muchos pacientes y de algunos médicos. Sólo en los últimos años, al disponer de medios diagnósticos oportunos, ha sido evidente cómo la infección por *Chlamydia*, después de haberse manifestado como patología de la córnea y la conjuntiva

hasta los primeros años del siglo XX en Europa y todavía hoy en los países del tercer mundo (tracoma), se extendió hacia su manifestación a nivel genital, sobre todo en años recientes.¹⁰ Algunos datos epidemiológicos relevantes son:

- 1) La incidencia de las infecciones genitales por *Chlamydia* en las adolescentes es a todas luces superior a la de las mujeres adultas (9 a 25% frente a 4 a 12%).
- 2) La frecuencia de las formas asintomáticas puede alcanzar 80%.
- 3) Los factores de riesgo que se asocian con la infección por *Chlamydia* son el consumo de tabaco, los antecedentes de infecciones por *Chlamydia* (recidivas o recontaminaciones), pareja sexual reciente (más que el número de parejas) y la ectopia cervical.¹¹

Chlamydia trachomatis es una bacteria intracelular obligatoria, es decir, que sólo se multiplica en el interior del citoplasma de ciertas células, lo cual explica que la transmisión de *C. trachomatis* sea por contacto sexual o de madre a hijo durante el parto. Se conocen 15 serotipos diferentes, 8 de los cuales producen infecciones sexuales habituales. Ante la disminución o desaparición de otras formas clínicas y localizaciones extragenitales

(otitis, faringitis y neumopatías), la infección por *Chlamydia* tiende a predominar como responsable de infecciones genitourinarias, anexitis y pelviperitonitis.

Cuadro clínico. La fisiología particular de la *Chlamydia* (bacteria parásita intracelular obligatoria) explica la benignidad de los síntomas clínicos iniciales, entre los cuales está el desarrollo de cervicitis discreta. En la mujer, la infección por *Chlamydia* a menudo es asintomática (70% de los casos). La localización primaria se encuentra a nivel del epitelio cilíndrico endocervical.

El epitelio glandular aparece hipertrofiado, con grandes papilas congestionadas, hemorrágicas y recubiertas por moco adherente. Sin embargo, esto sólo sucede en algunas ocasiones, se ha reportado un epitelio normal en 50% de los pacientes y de ectopia sólo en 7.5% de los casos positivos para *Chlamydia*. Por otra parte, sólo 10% de los pacientes manifiestan cervicitis y vulvovaginitis subaguda con flujo vaginal blanco amarillento, prurito, ardor y en ocasiones dispareunia.

A partir de una cervicitis, la *Chlamydia* logra alcanzar al endometrio; en consecuencia, se producirá una anexitis, es decir, un cuadro de EPI que pudiera llegar a generar esterilidad. Por fortuna sólo 25% de los casos de infección cervical conduce a anexitis.

Diagnóstico. A fin de establecer un diagnóstico certero, es preciso cumplir con los pasos siguientes: 1) El cultivo se realiza en células de McCoy o Hela 229 tratadas. Es la única técnica que detecta organismos vivos pero su realización es delicada; se realiza con muestras de endocérnix y en la pareja (hombre) de uretra pero no con orina. Un resultado negativo no descarta la infección. 2) Las técnicas directas de inmunoenzimología utilizan uno o varios anticuerpos monoclonales. Su sensibilidad y especificidad son inferiores a las del cultivo y variables, según la técnica empleada. 3) La amplificación génica permite el diagnóstico de la infección con un material de muestra mínimo; dichas pruebas se basan en una reacción enzimática (polimerasa, ligasa, etc.), que multiplica hasta millones de veces un fragmento génico. Existen varias técnicas: PCR, LCR (*ligase chain reaction*), TMA (*translated mediated amplification*), etc. con una sensibilidad equivalente a la del cultivo

pero sobre todo muy fáciles de emplear.

Tratamiento. Las opciones para el médico son las siguientes: azitrocina 1 g por vía oral (dosis única); doxiciclina 100 mg VO dos veces al día durante 7 días, o bien, ofloxacina 300 mg VO durante 7 días, o levofloxacina 500 mg VO durante 7 días, o bien, eritromicina 500 mg VO cuatro veces al día durante 7 días.

Tricomoniasis vaginal

La tricomoniasis vaginal es causada por *Trichomona vaginalis*, un protozoo flagelado anaerobio productor de una inflamación purulenta sui generis, de presentación frecuente en la patología del tracto genital inferior. Su periodo de incubación es de tres a 28 días. Se reproducen de manera longitudinal y se alimentan del exudado y de las células del epitelio, al cual se adhieren con facilidad. Se cree que estos protozoarios podrían competir con los lactobacilos por la utilización del glucógeno, con lo que obstaculizarían la síntesis del ácido láctico y contribuirían a aumentar el pH. El protozoo no tiene mitocondrias pero posee organelos (hidrosomas) capaces de liberar hidrógeno gaseoso, lo cual confiere el característico aspecto espumoso del exudado. El protozoo es capaz de sobrevivir al exterior y se ha aislado del agua de piscinas y de agua no clorada, por tanto, la transmisión puede ser no sexual.

Cuadro clínico. De forma habitual aparece una inflamación vaginal acompañada por una secreción líquida y espumosa, con frecuencia fétida. La secreción generada por el proceso infeccioso suele ser abundante, de color amarillo verdoso y está acompañada de eritema con intenso prurito, ardor y dispareunia. La exploración vaginal o la introducción del espejo vaginal llegan a ocasionar dolor. El pH suele ser superior a 5.5 (5.5 a 6.5 en promedio). La infección interesa al epitelio pavimentoso pero no así al glandular. Si la inflamación es intensa, sobre el cérvix se observa un aspecto llamado colpitis macular o cervicitis “en fresa”, en el que hay manchas múltiples redondeadas, rojas, irregulares, yodo-negativas, cada una de las cuales resulta de la confluencia de varios puntos rojos y sobresalen de la mucosa indemne pero hiperémica o sobre una mucosa diseminada de puntos rojos.

La menor susceptibilidad del compañero sexual (hombre) a la infección declarada por *T. vaginalis* se atribuye al alto nivel de iones de cinc que se encuentran de manera normal en el líquido prostático. Pocas veces la *Trichomona* determina una balanopostitis caracterizada por la presencia de manchas eritematosas, vesículas o ulceraciones y es poco probable que sea causa de uretritis; *T. vaginalis* se ha encontrado en 2% de hombres portadores de uretritis no gonocócica. La infección asintomática o incluso la colonización prostática (por lo habitual también asintomática) son factibles, pero no suelen diagnosticarse de manera inmediata. La tricomoniasis en el hombre llega a provocar estenosis uretral, anomalías de la movilidad de los espermatozoides, vesículas y homospermia. Se ha observado reinfección por colonización del protozoo en los miembros de una pareja, situación que hace difícil la erradicación. Para un diagnóstico de la pareja siempre es necesario examinar el líquido seminal en busca del protozoo.

Diagnóstico. Hay tres factores a considerar para realizar un diagnóstico apropiado: 1) Examen en fresco, con observación microscópica de la secreción genital diluida en una gota de suero fisiológico, lo cual permite identificar los parásitos móviles. 2) Preparados de

tinciones: May-Grunwald-Giemsa, acridina naranja o Papanicolaou, donde se pueden observar formaciones ovoides en forma de pera, flageladas; permiten observar también el asostilo y el “ojo”. 3) El cultivo no es necesario ya que la sensibilidad y la especificidad de los exámenes directos son suficientes.

Tratamiento. El tratamiento de la vaginitis por *Trichomona* se puede resumir como sigue: 1) metronidazol 250 mg VO 3 veces al día por 7 días, o 2) metronidazol 500 mg VO dos veces al día por 5 días, o 3) metronidazol 1 g VO en dos dosis por 2 días, y por último 4) metronidazol 2 g VO en dosis única.

Debe tratarse de manera simultánea a la pareja sexual. Como el fármaco atraviesa la barrera placentaria no debe utilizarse durante el primer trimestre del embarazo; en las mujeres que amamantan se utilizan dosis únicas y se suspende la lactancia por 24 horas. Llegan a presentarse efectos colaterales con el uso concomitante de alcohol.¹²

Vaginosis bacteriana

La denominación actual de este síndrome fue propuesta por Westrom y colaboradores en 1984. El nombre de la vaginosis bacteriana es el último en una larga lista de diferentes denominaciones desde 1892 (vaginitis inespecífica, vaginitis por *Haemophilus vaginalis*, vaginitis por *Corynebacterium*, vaginitis por *Gardnerella*, etc.).

En la actualidad, la vaginosis bacteriana se define como un síndrome clínico relacionado con la sustitución de la flora lactobacilar normal de la vagina por una flora anaerobia. El término “vaginosis” indica que no existe una reacción inflamatoria en este síndrome (ausencia de polimorfonucleares), lo que la distingue de las vaginitis.¹³ Los gérmenes implicados con más frecuencia en las vaginosis son: *Gardnerella vaginalis*, peptoestreptococos, bacteroides, *Eubacterium*, *Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma urealyticum* y *Mobiluncus*.

Cuadro clínico. Las pacientes con vaginosis bacteriana a menudo presentan la queja de secreciones vaginales demasiado abundantes, fétidas y nauseabundas (olor “a pescado”). El ardor o el prurito aparecen con frecuencia variable. El cérvix, lo mismo que la vagina y la vulva, muestran a menudo un aspecto normal y no existe un cuadro patognomónico.

En cambio, los compañeros sexuales de las mujeres con vaginosis bacteriana suelen ser asintomático; sin embargo, se ha podido aislar *Gardnerella vaginalis* en infecciones urinarias en hombres y también en casos de corioamnioitis.

Diagnóstico. Los criterios diagnósticos de la vaginosis bacteriana son los siguientes: 1) olor vaginal “a pescado” de la secreción vaginal, en especial después del coito. 2) secreciones vaginales de color grisáceo y que cubren con una capa muy delgada las paredes vaginales. 3) Microscopia de las secreciones vaginales que revela aumento del número de células índice (*clue cells*) y ausencia notable de leucocitos. En los casos graves se observan las células índice hasta en 20% de la muestra.¹⁴ 4) La añadidura de hidróxido de potasio (KOH) a las secreciones vaginales (*sniff-test*) despide un olor fétido.

La presencia de tres de estos criterios es suficiente para establecer el diagnóstico de vaginosis; para algunos autores es suficiente cuando la prueba de *sniff-test* es positiva y ante la presencia de células índice.

Tratamiento. De manera ideal, el tratamiento de la vaginosis bacteriana debe inhibir el crecimiento de las bacterias anaerobias, pero no de los lactobacilos vaginales. Son eficaces

los siguientes esquemas.

Metronidazol, antibiótico con actividad excelente contra los microorganismos anaerobios pero deficiente contra los lactobacilos, es el fármaco de elección para vaginosis bacteriana. Dosis: 1) 500 mg VO dos veces al día durante 7 días, o bien, 2) administración intravaginal en gel al 0.75%, un aplicador por 7 días, o bien, 3) dosis única de 2 g por vía oral. La tasa global de curación va de 75 a 84% con los esquemas anteriores.

Clindamicina, es otra opción, misma que resulta eficaz en los siguientes esquemas: 1) un aplicador (5 g) intravaginal de crema al 2% a la hora de acostarse durante 7 días, o bien, 2) cápsulas de 300 mg VO dos veces al día por 7 días, o bien, 3) un óvulo de 100 mg por vía vaginal al acostarse durante tres días.

Es recomendable el tratamiento combinado tanto intravaginal como por vía oral para lograr una tasa mayor de curación. Siempre es conveniente el tratamiento al compañero sexual masculino para mejorar la eficacia terapéutica.¹⁵

Micosis vaginal

Las micosis vulvovaginales son una de las causas más frecuentes de consulta ginecológica: alrededor de 75% de las mujeres presentan durante su vida sexual al menos una micosis vaginal. La especie *Candida albicans* es de fácil hallazgo en la flora vaginal, es un germen habitual o exclusivo del ser humano y coloniza tracto gastrointestinal, vagina y piel. La difusión de la *Candida* hacia la vagina puede provenir del recto o de focos cutáneos, así como también por contacto sexual o a través de fomites.¹⁶ Cuando la micosis se presenta como un episodio aislado, no plantea problema alguno de diagnóstico o de tratamiento. No ocurre lo mismo con las micosis recurrentes, cuyos mecanismos fisiopatológicos comienzan a ser dilucidados.¹⁷

Cuadro clínico. Los síntomas clínicos de la micosis vaginal son bien conocidos: se suele tratar de una vulvovaginitis de aparición brusca, asociada con flujo vaginal blanco, espeso y consistencia “cremosa” acompañado de prurito vulvar. Quizá haya dolor vaginal, dispareunia, eritema con ardor e irritación vulvar que a veces se extiende hasta el ano. En ocasiones se observa disuria por contacto de la orina con el epitelio vulvar y vestibular inflamado.

A la exploración física de la vulva y de la vagina se encuentran lesiones eritematosas, secas y maculares, a menudo con lesiones por rascado. Con frecuencia el orificio vulvar y vaginal se encuentran recubiertos por seudomembranas blancuzcas adheridas a la mucosa. El cérvix esta enrojecido y presenta vascularidad aumentada y con la seudomembrana.

Diagnóstico. La micosis vaginal refleja un trastorno del ecosistema vaginal. La colonización micótica es el resultado de ciertas características biológicas muy particulares de la levadura y de condiciones locales favorables. El diagnóstico adecuado debe cumplir los siguientes pasos: 1) el examen microscópico de la secreción diluida en solución fisiológica que revela presencia de blastosporas y micelios con pseudohifas. 2) La prueba de Papanicolaou, que tiene una precisión diagnóstica moderada (alrededor de 25%). 3) Con la coloración de Gram se evidencian hifas y esporas grampositivas. 4) El examen de cultivo representa el método diagnóstico más sensible y seguro en medio Sabouraud o en medio de Nickerson. El cultivo puede identificar el tipo de levadura en 24 a 48 h (*Candida albicans* en 85 a 90% de los casos, pero también *Torulopsis glabrata*, *Candida stellatoidea*,

tropicalis, pseudotropicalis, krusei, etc.).¹⁸

Los factores que predisponen a las recidivas de la infección son uso de antibióticos que induce cambio en la flora vaginal, embarazo, tratamiento con estrógenos o anticonceptivos orales, disvitaminosis, alteraciones inmunitarias (uso de corticosteroides, terapéutica antiblástica, etc.), vestimentas y diabetes. Mediante un mecanismo que se conoce como resistencia a la colonización, los lactobacilos impiden la proliferación de los hongos oportunistas.¹⁹

En el compañero sexual (hombre) la *Candida albicans* determina una balanopostitis. La infección se manifiesta con manchas eritematosas, pequeñas, aterciopeladas, lúcidas, localizadas en el glande y prepucio y acompañadas por descamación y prurito. La aparición de manchas eritematosas y pruriginosas en el glande, poco después de la relación sexual, es típica de la infección por *Candida*.

Más de 80% de las parejas sexuales de mujeres con infección con *Candida albicans* resultan positivas en el cultivo (de cavidad bucal, recto o semen). Esta observación ubica a la infección por *Candida albicans* entre las ITS.²⁰

Tratamiento. En el tratamiento se han usado los imidazoles locales, los cuales logran en la mayoría de los casos un alivio de la sintomatología. Las formas de acción prolongada de los derivados imidazólicos (fenticonazol o econazol) se adaptan bien a esta patología, por su rápida acción y la comodidad de tratamiento, siendo útiles en recidivas.²¹

- 1) Butoconazol, crema al 2%, 5 g por vía intravaginal durante 3 días.
- 2) Clotrimazol:
 - a. Crema al 1%, 5 g por vía intravaginal durante 7 a 14 días.
 - b. Comprimidos de aplicación intravaginal, 100 mg durante 7 días.
- 3) Miconazol:
 - a. Crema al 2%, 5 g por vía intravaginal durante 7 días.
 - b. Óvulos vaginales, 200 mg durante 3 días.
- 4) Nistatina, tabletas vaginales, 100 000 unidades durante 14 días.
- 5) Ticonazol, crema al 6.5%, 5 g, por vía intravaginal en dosis única.
- 6) Terconazol:
 - a. Crema al 0.4%, 5 g por vía intravaginal durante 7 días.
 - b. Óvulos vaginales, 80 mg durante 3 días.
- 7) Fluconazol, cápsulas de 150 mg en dosis única, cada semana, por 4 semanas.

EXUDADO/FLUJO/SECRECIÓN URETRAL

El agente etiológico específico clásico de la uretritis aguda es *Neisseria gonorrhoeae*; la inflamación uretral de todas las otras causas en conjunto se denomina uretritis no gonocócica (UNG).²² Como sucede con la gonorrea, la mayoría de los casos de uretritis no gonocócica se adquiere por vía sexual. En EUA y también en la mayoría de los países desarrollados, la UNG es más frecuente que la gonorrea. Sin embargo, en algunas regiones subdesarrolladas la gonorrea explica 80% de los casos de uretritis aguda. Como sucede con muchas de las ITS, la uretritis gonocócica y la UNG tienen mayor incidencia durante ciertas épocas del año, lo cual se piensa es el resultado del aumento estacional de la

actividad sexual. En comparación con los gonococos, los microorganismos que producen UNG son relativamente menos prevalentes (*Chlamydia trachomatis*, *Ureaplasma urealyticum*, *Mycoplasma hominis*, *Trichomona vaginalis*).²³

Si bien el espectro clínico de la gonorrea difiere de la UNG, existe una superposición suficiente como para que un diagnóstico exacto se deba basar sobre todo en el examen de la muestra uretral. De los hombres que adquieren gonorrea uretral, 75% desarrolla síntomas dentro de los primeros 4 días y 80% a 90% dentro de las 2 semanas siguientes. El periodo de incubación de la UNG es mucho más variable y a menudo más prolongado (por lo general entre 7 y 14 días). La secreción uretral es descrita como purulenta en 75% de los pacientes con gonorrea, pero sólo en 11 a 33% de los pacientes con UNG. Si bien una secreción purulenta proveniente del meato urinario, obtenida sin comprimir la uretra, se correlaciona de manera importante con el diagnóstico de gonorrea, también se observa en 4% de los pacientes con UNG. En un 50% de las pacientes con UNG hay una secreción mucopurulenta consistente en un líquido turbio o en un líquido mucoide con manchas purulentas, dato que sólo exhibe 25% de los pacientes con gonorrea sintomática. La secreción es por completo clara y moderadamente viscosa en 10 a 50% de los pacientes con UNG, sobre todo en los que muestran un mínimo de síntomas, pero sólo en 4% de los pacientes sintomáticos con gonorrea. Un diagnóstico basado sobre las características clínicas de la secreción uretral es poco confiable e identifica de modo acertado el trastorno causal sólo en 73% de todos los casos, aun bajo circunstancias óptimas. El examen microscópico siempre debe formar parte de la evaluación inicial. La combinación de disuria y leucorrea se asocia con gonorrea, mientras que la aparición de una sin la otra se observa más en UNG. El malestar uretral puede imitar a la uretritis en hombres y mujeres, y conduce a la polaquiuria y urgencia urinaria.

Tan grande es la superposición clínica entre la uretritis gonocócica y la UNG, que no se debe efectuar un diagnóstico sólo sobre datos clínicos. La tinción de Gram del material de la secreción uretral pone en evidencia diplococos intracelulares gramnegativos típicos en 95% de los pacientes con uretritis gonocócica y a los microorganismos correspondientes en 97% de los casos de UNG. La sensibilidad del cultivo en el caso de *N. gonorrhoeae* es de menos de 100%, en parte porque algunos gonococos son inhibidos por las concentraciones de vancomicina utilizadas en los medios seleccionados. La posibilidad de aislar al microorganismo se reduce más cuando el paciente ha recibido terapia reciente con antibióticos.

No existe duda que los microorganismos responsables de las uretritis se transmiten por vía sexual, de modo que el padecimiento se presenta sobre todo durante las edades de actividad sexual pico y en grupos con alta prevalencia de otras ITS.²⁴ La prevalencia de la infección uretral es lo bastante alta como para justificar su tratamiento sobre los datos epidemiológicos, aun cuando los pacientes sean asintomáticos. Muchos episodios de UNG recurrente se controlan sólo mediante el tratamiento del compañero sexual asintomático del paciente infectado.

Las complicaciones más frecuentes que se han reportado en pacientes con uretritis gonocócica son la infección persistente crónica, epididimitis, estrechez uretral e infertilidad; mientras que las complicaciones relacionadas con la uretritis no gonocócica, en particular las originadas por *Clamydia trachomatis*, son epididimitis, prostatitis, proctitis y

síndrome de Reiter.

El tratamiento es el mismo ya mencionado en las infecciones por *Neisseria gonorrhoeae* y *Chlamydia trachomatis*, y siempre debe ser dirigido a ambos miembros de la pareja y con esquemas similares de antibioticoterapia.²⁵

EXUDADO/FLUJO/SECRECIÓN ANORRECTAL

Síndrome que se presenta en personas que tienen prácticas de penetración anal por inoculación directa de microorganismos durante las relaciones sexuales, o bien, como llega a ocurrir en mujeres con gonorrea, por la contaminación perianal de secreciones vulvovaginales.²⁶

Las ITS que de manera fundamental cursan con este síndrome son la gonorrea y la clamidiasis anorrectal,^{27, 28} aunque también se puede presentar en caso de que existan condilomas acuminados, lesiones de LGV o de herpes simple en el canal anorrectal.²⁹⁻³¹

El síntoma principal (que es el que le da nombre a este síndrome) es la secreción o descarga anorrectal, muchas veces referido como sensación de ano húmedo, que mancha la ropa interior; esa secreción puede ser purulenta, mucosa, acuosa o una combinación en su aspecto y suele tener un olor muy fétido. Por lo general se acompaña de proctitis, prurito por irritación secundaria a la humedad. Además es factible que haya tenesmo rectal, ardor o dolor a la defecación y, en ocasiones, se observa fiebre y adenopatías inguinales.³²

Diagnóstico. El diagnóstico de este síndrome se realiza por la simple inspección anal, pero en caso que se requiera precisar la etiología se sugiere realizar las pruebas diagnósticas específicas para detectar *N. gonorrhoeae* como, tinción de Gram, cultivo y pruebas de sensibilidad antimicrobiana y para *C. trachomatis* las pruebas de elección son tinción de Giemsa, ELISA, cultivo de la secreción en células de McCoy o Hela 229 tratadas, u otras pruebas que permitan realizar el diagnóstico etiológico de este síndrome.

Es importante mencionar otras patologías que llegan a dar origen a secreción anorrectal, que aunque no son ITS deben tenerse en cuenta para hacer el diagnóstico diferencial, entre ellas se encuentran la fístula perianal, las hemorroides internas en prolapso, las neoplasias anorrectales, los abscesos perianales o rectales, la enfermedad de Crohn y la fisura anal.^{33, 34}

Tratamiento. Para el tratamiento de este síndrome se recomienda utilizar estrategias, dependiendo del microorganismo o infección específica que se sospeche o se constate a través de las pruebas diagnósticas.

Los regímenes recomendados para gonorrea anorrectal son ceftriaxona 250 mg IM en dosis única o cefixima 400 mg VO en dosis única. Los regímenes alternativos son la administración de espectinomicina 2 g IM en dosis única o de cefalosporinas en dosis única, ya sea ceftizoxima 500 mg IM, cefoxitina 2 g IM más probenecid 1 g VO o cefotaxima 500 mg IM.

Asimismo es factible administrar fluoroquinolonas, como ofloxacina 400 mg VO en dosis única, levofloxacina 250 mg VO en dosis única o ciprofloxacina 500 mg VO en dosis única.

En cuanto a los regímenes recomendados para clamidiasis anorrectal, las opciones son azitromicina 1 g VO en dosis única o doxiciclina 100 mg cada 12 h por 7 días. Los regímenes alternativos están conformados por macrólidos: eritromicina base 500 mg VO

cada 6 horas por 7 días, eritromicina etilsuccinato 800 mg VO cada 6 horas por 7 días; también se recomiendan las fluoroquinolonas, como ofloxacin 400 mg cada 12 h por 7 días o levofloxacin 500 mg cada 24 h por 7 días.

En caso que este síndrome sea originado por la presencia de herpes simple, LGV o condilomas acuminados en el canal anorrectal, se recomienda realizar el tratamiento específico, ya descrito, cuando se abordaron dichas infecciones dentro del síndrome ulcerativo y de tumoraciones, de manera respectiva.

Es importante mencionar, por otra parte, que las guías de tratamiento de ITS del Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés) de EUA recomiendan no utilizar fluoroquinolonas en personas con infección gonocócica no complicada que viven o han adquirido la infección en Asia, islas del Pacífico (incluyendo Hawai) y California, por la alta incidencia de resistencia de *N. gonorrhoeae* a estos medicamentos en dichas áreas geográficas.³⁵ También el CDC recientemente ha notado un incremento de esta resistencia de *N. gonorrhoeae* en HSH (Hombres que tienen sexo con hombres), por lo que no recomienda las fluoroquinolonas como primera línea de tratamiento en estos pacientes.³⁶

SÍNDROME DE DOLOR EN LA PARTE BAJA DEL ABDOMEN EN LA MUJER

Las afecciones de las vías genitourinarias se encuentran entre los trastornos más frecuentes de dolor en la parte baja del abdomen por los cuales las pacientes solicitan atención a los ginecólogos. Al comprender la fisiopatología de estas infecciones los médicos contarán con un criterio eficaz para hacer un diagnóstico diferencial e instituir un tratamiento apropiado para estos trastornos y reducir secuelas a largo plazo.

Se han tratado hasta este momento las ITS de manera específica y derivado de ello se tratará una de las complicaciones más frecuentes que originan dolor pélvico agudo y crónico.

Enfermedad pélvica inflamatoria

La enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) constituye una afección común en la mujer con actividad sexual, que agrupa varias entidades clínicas correspondientes a la evolución de un proceso genital, que comienza por una cervicitis, seguida por una endometritis y después de una salpingitis. En ausencia de un diagnóstico y tratamiento tempranos, la evolución prosigue hacia secuelas tubáricas inflamatorias que provocan embarazos ectópicos, esterilidad e incluso dolores pélvicos crónicos.³⁷

El costo médico, social y económico de tales afecciones es considerable. Las ITS —en particular las infecciones gonocócicas y sobre todo clamídicas— son las causas principales de estas salpingitis, en forma aislada o asociadas, e incluso en simbiosis, con una infección polimicrobiana por bacterias aerobias, anaerobias o aerobias facultativas. La incidencia de salpingitis aumenta entre los 15 y 25 años, la cual disminuye después, según los trabajos iniciales de Westrom y varios estudios ulteriores.

Fisiopatología

La patogénesis de las infecciones gonocócicas y clamidiales en la EPI aún no ha sido del todo dilucidada. Ciertas cepas de gonococos, llamadas infectantes, tienen la capacidad de adherirse a receptores de membrana de las células epiteliales uretrales y endocervicales por las proteínas de superficie de sus membranas externas y, sobre todo, por sus pili.

Esa propiedad del gonococo para invadir el epitelio cilíndrico endocervical podría explicarse en función de la elaboración de proteasas, la acción antifagocitaria de los pili y un fenómeno de resistencia a ciertas enzimas intracelulares. El gonococo se propagaría por contigüidad, a partir del endocérnix hacia el útero y las trompas de Falopio por infección progresiva de las mucosas.

Se estima que de 10 a 20% de las mujeres con gonococia desarrollan en un momento dado una salpingitis, casi siempre durante la primera parte del ciclo menstrual. Las salpingitis por *C. trachomatis* se deben a los serotipos D, E, F, G, H, I, J y K, ocho serotipos diferentes, también responsables de conjuntivitis y uretritis. El germen penetra por endocitosis, gracias a una proteína específica de adhesión que es un glucosaminoglucano y se replica en el interior de la célula de acuerdo con un ciclo complejo que dura de 48 a 72 horas.³⁸

Cuadro clínico

La salpingitis aguda es el único cuadro que posee una sintomatología clara. Se trata casi siempre de una mujer joven que consulta por un dolor de localización habitual en hipogastrio y fosas ilíacas. En 30% de los casos, es unilateral y quizá se acompañe de dispareunia. En ocasiones resulta engañoso, pseudoapendicular si se localiza en la fosa ilíaca derecha, o pseudovesicular debido a una perihepatitis asociada (síndrome de Fitz-Hugh-Curtis). Los signos de irritación peritoneal a menudo son discretos y se limitan a algunas náuseas.

Los otros signos que pueden asociarse son inconstantes: leucorrea en 50% de los casos, fiebre superior o igual a 38° C en 48% de las pacientes, metrorragias en 40% (que traducen la existencia de una endometritis) y, por último, signos urinarios en 20% de las enfermas.

La anamnesis debe buscar los factores de riesgo típicos de las ITS: antecedente de ITS o de salpingitis, uretritis en la pareja sexual, multiplicidad de compañeros sexuales, edad inferior a 25 años, factores que puedan modificar la conducta sexual (etilismo, toxicomanías).

También debe indagarse acerca del método anticonceptivo empleado, en particular a la luz de que, según varios estudios, la píldora reduce el riesgo de salpingitis aguda y el DIU duplica o triplica el riesgo de salpingitis, al menos durante el primer año posterior a su colocación.³⁹

Cuando se ha realizado una interrupción voluntaria del embarazo, el riesgo de salpingitis se eleva de manera notable, lo cual es habitual en caso de clamidiasis cervical no tratada en el momento de la intervención quirúrgica.

En la exploración abdominal de la paciente quizá haya dolor o una resistencia hipogástrica o ilíaca, y más rara vez, una contractura en caso de una pelviperitonitis. El

examen vaginal tal vez muestre vaginitis o cervicitis con un exudado turbio o purulento procedente del endocérvix. A veces, los signos de cervicitis son más discretos, visibles sólo en la colposcopia o en un examen directo macroscópico con pequeño aumento que muestra más de cinco polimorfonucleares por campo. La palpación pélvica a menudo provoca dolor en uno o en ambos fondos de saco laterales vaginales. También es dolorosa la movilización uterina, en la mitad de los casos existe una masa lateral al útero o bien una masa en los anexos.

Las salpingitis gonocócicas presentan un cuadro sintomático que suele ser grave, con la tríada típica: fiebre, dolor pélvico agudo y leucorrea mucopurulenta. Se distinguen de las salpingitis por *Chlamydia* que suelen ser poco llamativas e incluso a veces por completo asintomáticas, de evolución subaguda o crónica, y que provocan una destrucción tubárica con pocos síntomas.

Diagnóstico

Análisis de laboratorio de rutina. Sólo en 45% de los casos, la biometría hemática muestra una hiperleucocitosis con polinucleosis y en 75% de los casos una velocidad de sedimentación globular superior a 15 mm en la primera hora. También es factible determinar otros marcadores bioquímicos de inflamación, como la proteína c reactiva.

Dentro de los estudios de ITS deben solicitarse otras serologías: *Treponema pallidum* *Haemagglutination assay* (TPHA), VDRL, serología para VIH-1 y 2, AgHB y anticuerpo antiVHC.

Análisis bacteriológicos. El diagnóstico bacteriológico de las salpingitis por *Chlamydia* puede realizarse ya sea de forma directa mediante técnicas de detección del germen (la PCR tiende a sustituir el cultivo celular por su elevada sensibilidad y su rapidez) o de forma indirecta por detección y titulación de los anticuerpos anti-*Chlamydia* por microinmunofluorescencia o por inmunoenzimología (ELISA). Sólo la presencia transitoria de IgM o la existencia de una concentración de IgG o de IgA progresiva (diferencia de dos diluciones como mínimo) permiten confirmar la infección por *Chlamydia trachomatis*.

Ecografía. Suele ser normal en la fase inicial aguda. En la fase supurativa avanzada puede mostrar una colección en anexos (absceso tubo ovárico).

Laparoscopia. Ningún signo es del todo específico de las infecciones uteroanexiales agudas; se admite que la certeza clínica no sobrepasa el 65% de los casos. La laparoscopia está indicada en casos de duda diagnóstica o de fracaso de una antibioticoterapia de prueba al cabo de 48 horas. Si el caso lo justifica (nulípara, mujer joven de menos de 25 años, esterilidad, sospecha de absceso tubo-ovárico) se puede practicar un estudio funcional. La laparoscopia puede cumplir con tres objetivos: diagnóstico, precisión bacteriológica y tratamiento.²⁴

Tratamiento

En la paciente con manejo externo es factible implementar dos tipos de tratamiento. En el régimen A se administra: 1) ofloxacina 400 mg VO, dos veces al día durante 14 días, o 2) levofloxacina 500 mg VO una vez al día durante 14 días, con opción de metronidazol 500 mg VO cada 12 h durante 14 días.⁴⁰

El régimen B incluye: 1) cefoxitina 2 g IM, más probenecid 1 g VO de manera concurrente, o 2) ceftriaxona 250 mg IM (o cefalosporina equivalente), más doxiciclina 100 mg VO dos veces al día durante 14 días, con opción de metronidazol 500 mg VO cada 12 h durante 14 días.

Si se trata de una paciente hospitalizada también hay dos opciones de tratamiento: en el régimen A se administra; 1) cefoxitina 2 g IV cada seis horas o 2) cefotetán 2 g IV cada 12 h, más doxiciclina 100 mg vía endovenosa u oral cada 12 horas. En el régimen B se indica: 1) clindamicina 900 mg IV cada 8 h, más gentamicina dosis de carga IV o IM (2mg/kg de peso corporal), seguida por una dosis de sostén (1.5mg/kg) cada 8 horas.

SÍNDROME DE TUMORACIONES

El síndrome de tumoraciones en las ITS incluye a aquellas lesiones referentes al molusco contagioso, así como a los condilomas planos y acuminados.

Es importante mencionar que estas lesiones no necesariamente se circunscriben a la región genital, por lo que los proveedores de servicios de salud deben estar al tanto de que este síndrome quizá esté presente en regiones como ano, periné e incluso en zonas mucho más distantes de los genitales, como cuello, axilas, rostro y demás, como suele ocurrir con el molusco contagioso.

Condilomas acuminados

Dicha infección, también conocida como verrugas anogenitales, “crestas”, papilomas venéreos o verrugas venéreas, es causada por los virus del papiloma humano (VPH), del que se han reconocido a la fecha más de 130 tipos; estos virus pertenecen al género *Papillomavirus* de la familia *Papovaviridae*.⁴¹

En la actualidad, la infección por el VPH tiene una importancia capital para la comunidad médica y científica debido al potencial oncogénico de algunos de sus genotipos, mismo que aunado a una serie de factores como aspectos epidemiológicos aún no claros, amplio espectro de las manifestaciones clínicas, complejidad de su tratamiento y frecuentes recidivas de las lesiones que se producen en las personas afectadas, dificultan un adecuado abordaje de esta infección.

Los VPH son virus epidermotropos con afinidad y capacidad de infectar cualquier tipo de epitelio escamoso. A partir del momento de la infección, la cual ocurre durante una relación sexual desprotegida, se establece un periodo de incubación variable, que va de seis semanas a dos años —aunque este dato no ha quedado del todo establecido— y, más tarde, aparecen las lesiones clínicas o subclínicas de la infección.⁴²

Los VPH se relacionan con el cáncer cervical hasta en 90%, sobre todo los tipos 16, 18, 31, 33, 35, 45, 51, 52, 56, 58 y 66. Además, en los últimos años se ha notado, en varones, un incremento en la aparición de cáncer de pene, y también esos VPH están asociados hasta en un 70% con el cáncer anal en varones homosexuales, de modo que se ha considerado que es un posible agente causal a los tipos 16 y 18 de estos virus.⁴³⁻⁴⁵

Manifestaciones clínicas

La infección por VPH tiene una gran variedad de manifestaciones clínicas, subclínicas y latentes. La manifestación clínica más común es el condiloma o verruga, el cual comienza por una elevación de pequeño tamaño, de color carne, crece con rapidez y da lugar a vegetaciones en forma de “cresta de gallo” o grandes masas en forma de “coliflor”.

Tales condilomas pueden ser filiformes, aislados o agrupados en grandes masas con apariencia vegetantes, variables en tamaño que llegan a crecer hasta alcanzar el tamaño de un huevo de gallina e incluso más grandes. Se les ha observado sésiles o pediculados y en ocasiones están cubiertos por una secreción semipurulenta que despiden un olor muy desagradable.

En la mujer tales condilomas quizá aparezcan alrededor del clítoris, labios mayores y menores, para luego extenderse al periné y los márgenes del ano. En cambio, en el hombre suelen aparecer en el pene a nivel del frenillo, surco balanoprepucial, mucosa del glande, prepucio y uretra; aunque también pueden aparecer en escroto, perineo, pubis, márgenes del ano e incluso en el canal anal y recto.

Las manifestaciones subclínicas son imposibles de constatar a la simple inspección, pues por lo general son lesiones en placa y múltiples, que requieren de la prueba del ácido acético para ser apreciadas. La fase latente de la infección es prácticamente asintomática y sólo es posible constatarla por medio de estudios de laboratorio.

Diagnóstico

El diagnóstico de la infección por VPH por lo general es clínico, a través de la inspección de las lesiones; sin embargo, debido a que existen también manifestaciones subclínicas y latentes, es importante que el proveedor de servicios de salud sepa que en la actualidad están disponibles una serie de técnicas diagnósticas que permiten realizar un diagnóstico oportuno y eficaz de esta infección, para de esta manera prevenir el cáncer genital o anal asociado con el VPH.

Dentro de las técnicas diagnósticas actuales para la detección del VPH se encuentran la citología, colposcopia e histopatología, microscopia electrónica, detección del DNA viral mediante la PCR y la detección del antígeno (Ag) viral.

Tratamiento

En la actualidad no hay disponible algún tratamiento específico que permita la erradicación del VPH; sin embargo, ya se cuenta con una vacuna para prevenir esta infección, aunque por ahora sólo previene los tipos 6, 11, 16 y 18 del VPH, por lo que la educación sexual, aunada a prácticas sexuales más seguras y protegidas, continúan representando las principales estrategias de prevención. Tal vacuna para el VPH, recombinante y tetravalente, debe ser aplicada por vía IM, en la región deltoidea del brazo o en la zona anterolateral y superior del muslo, en tres dosis de acuerdo con el siguiente esquema: 0, 2 y 6 meses.⁴⁷

El principal objetivo del tratamiento de los condilomas es la destrucción de las lesiones, para así evitar complicaciones, como el desarrollo de neoplasias. Ahora bien, es importante mencionar que la eliminación de las lesiones no cura de la infección, aunque sí la controla. Para conseguir este objetivo existe una amplia gama de opciones terapéuticas, la elección

de una estrategia específica dependerá del sitio de la lesión y de la extensión de la misma, de este modo, el médico elegirá alguna de las siguientes estrategias:

Autoaplicación por la persona afectada: 1) podofilotoxina al 5% en crema, aplicada dos veces al día por tres días, seguidos de cuatro días de descanso y repetición del ciclo por cuatro ocasiones, o 2) imiquimod al 5% en crema, aplicado tres veces a la semana por 16 semanas.

Procedimiento por el médico (con experiencia en este manejo): 1) crioterapia con nitrógeno líquido aplicar cada una o dos semanas; 2) podofilina al 10-25% aplicado una vez a la semana y recomendar lavado de la zona de dos a cuatro horas después de la aplicación; 3) ácido tricloroacético al 80-90% aplicado una vez a la semana; 4) remoción quirúrgica: electrocirugía o extirpación quirúrgica. Otras alternativas son la cirugía láser o aplicación de interferón intralesional.

Condilomas planos

Los condilomas planos, como ya se mencionó en las causas de los principales síndromes de ITS, pueden ser originados por dos microorganismos específicos: *Treponema pallidum* y VPH. En el caso de este último, así como origina condilomas acuminados, algunos de sus subtipos dan lugar a la aparición de los condilomas planos. En cambio, el *Treponema pallidum* propicia la aparición de este tipo de condilomas dentro de las manifestaciones del secundarismo sífilítico.

Manifestación clínica

La característica principal de este tipo de condiloma, como su nombre lo indica, es que tiene un aspecto plano, es decir, comienza como una pequeña pápula que crece extendiéndose hacia los lados y alcanza un tamaño muy variable, desde unos pocos milímetros hasta algunos centímetros. Son lesiones que tienen una superficie lisa, una base ancha y, en ocasiones, son exudativas. Todas estas características lo diferencian del condiloma acuminado. Los condilomas planos, al margen del sexo de los pacientes, suelen aparecer en la cavidad oral, genitales, ano y piel cercana a estas zonas.

Diagnóstico

Al igual que en los condilomas acuminados, el diagnóstico se establece por la inspección de las lesiones, pero es de suma importancia que ante este tipo de condiloma el médico sugiera a la persona realizarse una serología para sífilis (VDRL) a fin de descartar o establecer la presencia de esta entidad, si el análisis es negativo (no reactivo) se confirma la existencia de VPH.

Tratamiento

Si se constata la presencia de *Treponema pallidum* y se sospecha que los condilomas son parte del secundarismo sífilítico, entonces el paciente debe recibir tratamiento específico para sífilis, con el cual deben desaparecer las lesiones; de lo contrario se sospecha la etiología por VPH y es necesario proceder con el tratamiento local ya descrito para los

condilomas acuminados.

Molusco contagioso

Dicha infección también se conoce con el nombre de molusco sebáceo o epiteloma contagioso y es producida por el virus del *molluscum contagiosum* (VMC), un virus DNA que pertenece al género *Molluscipoxvirus* de la familia de los *poxviridae*. Hasta la actualidad se conocen cuatro subtipos del VMC: VMC I, VMC II, VMC III y VMC IV.⁴⁶

El periodo de incubación es de tres semanas a tres meses. En personas con VIH el VMC quizá permanezca en fase de latencia varios años y la persona manifiesta las lesiones de esta infección en un momento de inmunodepresión severa.

El VMC se transmite con facilidad a través de las relaciones sexuales y las alteraciones en la integridad cutánea aumentan el riesgo de adquirir la infección.

Manifestación clínica

El molusco contagioso se caracteriza por la presencia de pequeños tumores con umbilicación central en la piel de cualquier parte del cuerpo, aunque es más frecuente en el rostro, cuello y piel cercana a los genitales y al ano. Son lesiones en forma de elevaciones papuloides, semiesféricas, de superficie lisa, de color perlado, opalino o semejante al de la piel vecina; pueden ser únicas o múltiples. En el centro de las lesiones existe una depresión, de la que brota una masa caseosa al ser exprimida.

Las lesiones miden de 3 a 6 mm, aunque en personas con VIH estos pequeños tumores llegan a ser mucho más grandes e incluso comprometen a grandes áreas de la piel o se comportan como una infección persistente. Sin embargo, en personas inmunocompetentes la infección suele tener un curso benigno y sin complicaciones.⁴⁷

Diagnóstico

El diagnóstico de esta infección es de manera principal clínico, ya que las lesiones son fáciles de reconocer a la simple inspección al constatarse las pequeñas tumoraciones, perladas, que presentan una depresión central. No obstante, la comprobación del diagnóstico se realiza a través estudios moleculares, de la microscopia óptica y electrónica.

Tratamiento

El tratamiento del molusco contagioso es muy similar al que se utiliza para tratar los condilomas y consiste en la destrucción de las lesiones, los pequeños tumores; esto se logra a través de los siguientes esquemas:

Autoaplicación por la persona afectada: 1) ácido salicílico al 27% en gel, aplicado una vez al día hasta que desaparezcan las lesiones; 2) podofilotoxina al 5% en crema, aplicado dos veces al día por tres días, seguidos de cuatro días de descanso y repetir el ciclo hasta que remitan las lesiones; 3) imiquimod al 5% en crema, aplicado tres veces a la semana.

Procedimiento por médico (con experiencia en este manejo) sería a) crioterapia con nitrógeno líquido aplicar cada una o dos semanas; b) remoción quirúrgica: electrocirugía; c) extirpación mecánica con cureta pequeña o aguja.

INFECCIONES ASINTOMÁTICAS DE TRANSMISIÓN SEXUAL

Varias de las infecciones ya descritas llegan a presentar un comportamiento asintomático; sin embargo, esta sección sólo aborda infecciones aún no consideradas. En ellas, a pesar de que por lo general tienen un curso asintomático, los microorganismos que las producen son transmitidos con gran facilidad por vía sexual; así que deben ser tomadas en consideración por los proveedores de servicios de salud, pues sus estadios crónicos o la coexistencia con ciertos estados morbosos y de inmunodeficiencia son capaces de ocasionar graves enfermedades en la población.

INFECCIÓN POR VIRUS DE LA HEPATITIS A, B Y C

Los virus de la hepatitis A, B y C son virus hepatotropos, esto es, tienen como órgano blanco al hígado. Cualquiera de estos tres virus llega a ser transmitido a través de las relaciones sexuales desprotegidas (aunque existen otras vías de contagio para estos virus, quedan fuera del espectro de interés de este texto).

Infección por el virus de hepatitis A

Se estima que cada año ocurren 1.4 millones de casos de infección por el virus de la hepatitis A (VHA) en todo el mundo y México es considerado como una zona endémica moderada de esta infección.

El VHA es un virus RNA, perteneciente al género hepatovirus de la familia picornavirus, tiene una distribución lineal y está constituido por 7.5 Kilobases (Kb). El VHA se reproduce en el hígado y llega a estar presente, además de en el hígado, en bilis, sangre y heces fecales de una persona infectada, por lo que el contacto sexual oral-anal (“*analingus*”) transmite con facilidad el VHA.

La infección por VHA se considera en general una infección benigna y la mayoría de quienes se infectan alcanzan una recuperación absoluta o presentan formas asintomáticas de la infección. Sin embargo, hay quienes llegan a desarrollar la forma sintomática e incluso formas graves como la hepatitis fulminante, que es más frecuente en adultos, ancianos y personas con hepatopatía previa, muchas veces por coinfección con otros virus hepatotropos.^{48, 49}

Infección por el virus de hepatitis B

Se calcula que cerca de 350 millones de personas están infectadas por el virus de hepatitis B (VHB) en todo el mundo. La mayoría de ellas viven en Asia. También se estima que cada año mueren entre 250 000 y 270 000 individuos por complicaciones de esta infección, cuyas principales consecuencias son el desarrollo de cirrosis y de carcinoma hepatocelular.

En EUA se calcula que existen 1 250 000 de personas infectadas por VHB en estadio crónico. En México existe una prevalencia de 0.44%, según el Centro Nacional de Transfusión Sanguínea, en estudios realizados a donadores, por lo que de acuerdo con estos datos, México se encuentra entre los países de baja prevalencia de infección por VHB (< 2%).⁵⁰ Sin embargo, varios expertos opinan que estos datos están sesgados, pues por desgracia, en México como en muchos países del mundo no existen programas de detección temprana y voluntaria de esta infección.

El VHB, a diferencia del VHA, es un virus DNA, que pertenece a la familia de los hepadnavirus; su genoma está constituido por 3.2 Kb y tiene una distribución circular.

Infección por el virus de hepatitis C

Según datos del CDC, en la actualidad 3.9 millones de personas están infectadas por el VHC y, de ellas, se estima que unas 2.7 millones padecen la infección crónica. Además, se calcula que cada año morirán de 8 000 a 10 000 personas por hepatopatías crónicas como las relacionadas con VHC y se espera que en la próxima década estas cifras se multipliquen por cuatro.⁵¹ El VHC es un virus RNA de cadena sencilla, similar a los flavivirus y está constituido por 9.4 Kb y tiene una distribución lineal.

Antes de 1992 la principal causa de transmisión de la infección por VHC eran las transfusiones de sangre, pero a partir de entonces existen programas de detección de este virus en donadores. Sin embargo, en la actualidad, las principales causas son compartir agujas o jeringas no esterilizadas, sobre todo en usuarios de drogas inyectables, la exposición ocupacional y en los últimos años ha aumentado de manera considerable la transmisión materno-fetal y sexual; siendo esta última la que es de interés central aquí, pues es de capital importancia considerarla como una ITS que puede ser transmitida cuando no se sostienen relaciones sexuales seguras y protegidas, y sobre todo porque en su fase aguda esta infección suele ser asintomática. De modo que el VHC llega a permanecer en el organismo humano por varios años hasta que se desarrolla la hepatitis crónica o una complicación de ésta, que es por lo general cuando el paciente se acerca a los servicios de salud.

La cirrosis y el carcinoma hepatocelular son las complicaciones más significativas de esta infección. Es por ello que la prevención y la atención de las personas con esta infección en el estadio asintomático revisten una gran importancia para prevenir o disminuir la morbilidad asociada con el VHC.

Diagnóstico

Se puede diagnosticar la infección por VHA mediante la presencia de anticuerpos: anti-VHA IgM y anti-VHA IgG; donde los anticuerpos de tipo IgM implican infección reciente o fase aguda de la infección, mientras que los del tipo IgG son detectados de forma indefinida, una vez superada la fase aguda de la infección.

Las personas con anticuerpos contra VHA son inmunes a la reinfección por este virus, no obstante, sí es posible que contraigan otros virus de hepatitis; por otra parte, el VHA no

causa infección a largo plazo (crónica), sólo provoca infección aguda, que en algunas ocasiones cursa de manera asintomática.

El VHB, por otra parte, es un virus muy pequeño, la complejidad de su genoma ha permitido —con los adelantos tecnológicos actuales— identificar múltiples marcadores serológicos, tanto antígenos como anticuerpos y, además, es factible cuantificar el DNA viral a través de la PCR, que es un marcador directo de la replicación viral (cuadro 12-7).

Cuadro 12-7. Marcadores serológicos		
Marcador	Nombre	Interpretación
HBsAg	Antígeno de superficie	Replicación activa del virus
HBeAg	Antígeno e	Replicación activa del virus
HBcAg	Antígeno core	Replicación viral, sólo se constata en hepatocitos (a través de biopsia)
Anti-HBs	Anticuerpo anti-antígeno de superficie	Evidencia de seroconversión junto con anti-HBe
Anti-HBe	Anticuerpo anti-antígeno e	Evidencia de seroconversión junto con anti-HBs
Anti-HBc	Anticuerpo anti-antígeno core	IgM: se encuentra en fase aguda IgG: significa memoria inmunológica
DNA viral	DNA viral	Replicación activa del virus

En la actualidad, aún es la detección del antígeno de superficie (HBsAg) —conocido en el pasado como antígeno australiano— el estudio serológico que confirma el diagnóstico de la infección por VHB, tanto en fase aguda como crónica de la infección. De modo que este estudio tiene una capital importancia para la detección de la infección en personas asintomáticas (en fase aguda o crónica).

El resto de los marcadores desempeña una función importante en la valoración de una persona portadora de VHB, pues orientan al médico sobre el momento de la infección en que se encuentra el paciente, lo que abre la posibilidad de tomar medidas y estrategias terapéuticas específicas que permitan prevenir o reducir el daño hepático crónico —mismo que si no se previene con el tiempo llega a desencadenar en carcinoma hepatocelular.

El diagnóstico de la infección por VHC se realiza a través de la detección serológica de anticuerpos a esta infección (anti-VHC). En el pasado existían dos pruebas para realizarlo: el inmunoensayo enzimático (EIA) y la conocida como prueba de segunda generación de anticuerpos del VHC (anti-VHC). En la actualidad ya se dispone de una prueba de tercera generación para la detección de estos anticuerpos, la cual tiene una mejor sensibilidad y especificidad; sin embargo, debido a que se han reportado falsos positivos en donadores voluntarios de sangre sin factores de riesgo para VHC, se recomienda realizar un análisis de inmunotransferencia recombinante o bien una prueba de detección (cualitativa) del RNA de VHC mediante PCR a fin de confirmar el diagnóstico.

Una vez confirmado el diagnóstico de VHC, el siguiente paso es conocer la cantidad de virus circulante, para ello es preciso solicitar una prueba de RNA de VHC por PCR cuantitativa, si el resultado es superior al nivel de detección, lo conducente es realizar un estudio de genotipo para VHC, a modo de valorar el éxito del tratamiento, pues se ha observado que personas con genotipos 1 tienen una menor posibilidad de conseguir respuestas virológicas sostenidas (esto es, cargas virales por debajo de los niveles de

detección del ARV viral sostenida) en comparación con pacientes que tienen otros genotipos virales del VHC.

Profilaxis

Es de capital importancia prevenir el contagio por vía sexual de la infección por los virus de la hepatitis A, B y C, lo cual se logra modificando las prácticas de riesgo y mediante relaciones sexuales seguras y protegidas.

Además, en la actualidad existen vacunas disponibles contra el VHA y VHB que son muy efectivas e inocuas, y que previenen la infección de estos virus específicos; sin embargo, para el VHC aún no existe vacuna disponible, por lo que son la información y la educación sexual las únicas herramientas existentes para evitar su diseminación.

La vacuna contra VHA se administra en dos dosis separadas de 6 a 12 meses de intervalo entre sí, con lo que se logra una protección duradera, hasta de 20 años después de la inmunización.

También a modo de prevenir la hepatitis A es factible emplear inmunoglobulina (Ig), con lo cual se logra una inmunización pasiva, la cual se puede administrar después de la exposición tan pronto como sea posible o durante la fase inicial del periodo de incubación. De esta manera, la Ig evita la aparición de la hepatitis A clínicamente manifiesta. Así, en algunos casos la Ig no aborta la infección sino que, al atenuarla, la hace asintomática. La Ig sólo debe ser recomendada en personas que han estado expuestas al VHA y la dosis recomendada es de 0.02 mL/kg IM.^{52, 53}

La vacuna contra el VHB requiere de 2 o 3 dosis (dependiendo del fabricante) que se administran IM (en el deltoides, no en los glúteos). No se sabe con exactitud cuánto dura la protección de la vacuna, pero se ha demostrado que 80 o 90 % de las personas inmunocompetentes vacunadas conservan tasas de protección durante al menos cinco años, y de 60 a 80 % durante 10 años.⁵⁴

En las personas no vacunadas que han sido expuestas al VHB por contacto sexual se recomienda realizar profilaxis posexposición mediante una combinación de inmunoglobulina antihepatitis B (IgHB) y de vacuna contra la hepatitis B con el propósito de conseguir una inmunidad duradera y aprovechar la posible eficacia de la vacuna para atenuar la enfermedad clínica. En estos casos debe administrarse una dosis única IM de 0.06 mL/kg de IgHB antes de que hayan transcurrido 14 días desde la exposición, seguido de un esquema completo de vacunación.

Tratamiento

En la actualidad aún no existe un tratamiento medicamentoso específico para erradicar al VHA o controlar la infección por este virus.

Ocurre algo similar en cuanto al VHB, pues es difícil lograr la erradicación del VHB en las personas infectadas, debido a la complejidad de su replicación y de la imposibilidad de eliminar el DNA viral de los reservorios extrahepáticos, por ello el objetivo del tratamiento va encaminado a evitar la progresión de la infección, lo cual se logra al negativizar el

antígeno e del VHB (HBeAg), disminuir por debajo del nivel de detección la carga viral del VHB (DNA de VHB por PCR) y al obtenerse valores dentro de límites normales de la alanino-aminotransferasa (ALT). De modo que la duración del tratamiento es muy variable, pues depende del tiempo que tome conseguir estos objetivos.

Existen hasta el momento varios medicamentos recomendados para el tratamiento de la infección crónica por VHB:⁵⁰

- Interferón: 5 a 10 millones de UI 3 veces/semana por vía subcutánea.
- Lamivudina: 100 o 150 mg cada 24 horas VO.
- Adefovir: 10 mg cada 24 horas VO.
- Entecavir: 0.5 mg cada 24 horas VO (para pacientes sin historia de tratamiento previo con nucleósidos) y 1 mg cada 24 horas VO (para pacientes con historia de tratamiento previo con nucleósidos).
- Emtricitabina: 200 mg cada 24 horas VO.
- Tenofovir: 300 mg cada 24 horas VO.

Cabe destacar que algunos de estos medicamentos (lamivudina, emtricitabina y tenofovir) son utilizados como antirretrovirales en el tratamiento de la infección por VIH, de modo que si la persona presenta la coinfección de VHB y VIH, se recomienda que alguno de estos medicamentos forme parte de su esquema de tratamiento antirretroviral, siempre y cuando no hayan demostrado resistencia ante alguna de las dos infecciones.

Por último, el objetivo del tratamiento de la infección por VHC (al igual que con la infección por VHB) es evitar las complicaciones, dada la imposibilidad de erradicar por completo el VHC. A fin de lograrlo se han utilizado interferones estándares como monoterapia, sin embargo, en la actualidad la estrategia más recomendada es la biterapia mediante interferón α pegilado en combinación con ribavirina.⁵⁶

Existen en el mercado dos tipos de interferones alfa pegilados: el peginterferón α -2b, cuya dosis es 0.5 o 1 μ g/kg de peso corporal, y el peginterferón α -2a, cuya dosis es de 180 μ g; ambos se aplican de manera subcutánea una vez por semana.

En cuanto a la ribavirina, se utiliza de acuerdo con el peso de la persona una dosis de 1 000 a 1 200 mg al día, VO, dividida en dos dosis (cada 12 h), pero en pacientes con genotipo diferente al 1 se sugiere utilizar una dosis de 400 mg cada 12 h, VO (es decir, 800 mg/día).

Se recomienda que tanto el tratamiento de VHC como el de VHB sean prescritos y monitoreados por médicos con experiencia en el manejo de estas infecciones.

INFECCIÓN POR EL VIRUS DE EPSTEIN-BARR

La infección por el virus de Epstein-Barr (VEB) tiene una distribución a nivel mundial; por lo general se adquiere durante la infancia o en adultos jóvenes por el contacto con secreciones bucales. De modo que la transferencia de saliva durante el beso en la boca en adultos jóvenes es su principal vía de contagio.

El VEB es un virus DNA, que pertenece a la familia *Herpesviridae*, también se le conoce como virus herpético humano 4 (VHH-4) y se han identificado dos variedades: VEB-1 y

VEB-2.

El VEB es el responsable de la enfermedad conocida como mononucleosis infecciosa, sin embargo, en algunas personas esta infección pasa inadvertida y la persona se convierte en portadora asintomática de la infección por el resto de su vida, aunque varios años después aparezcan algunas complicaciones.

Así, esta infección se ha asociado con la aparición de algunas neoplasias en los seres humanos, por ejemplo, se cree que cerca de 15 % de los casos de linfoma de Burkitt en EUA y 90 % de los mismos en África están relacionados con el VEB. De igual manera, hay una asociación establecida entre VEB y carcinoma nasofaríngeo y la enfermedad de Hodgkin. Y en personas con infección por VIH el VEB origina leucoplasia vellosa bucal y linfomas en el SNC.⁵⁷

La prueba diagnóstica más utilizada para establecer el diagnóstico de VEB es la detección de anticuerpos específicos para este virus; también se han utilizado otros estudios para este cometido, como la detección de DNA, RNA o proteínas del VEB, así como la detección del DNA viral mediante PCR en LCR, pero estas pruebas no deben ser utilizadas de rutina en la población abierta, sólo se sugiere realizarlas cuando hay sospecha de alguna de las complicaciones ya mencionadas, pues de lo contrario no tiene ninguna utilidad conocer el diagnóstico de infección por VEB, pues se cree que más de 90 % de las personas en edad adulta han sido infectadas y poseen anticuerpos contra este virus.⁵⁸

Hasta el momento no existe un tratamiento específico para erradicar esta infección y las medidas terapéuticas actuales van encaminadas a atender las complicaciones. En las personas con VIH y VHB, por ejemplo, al recibir el tratamiento antirretroviral altamente activo para el control del VIH se previenen, controlan o incluso llegan a desaparecer las complicaciones que ocasiona este virus.⁵⁹

INFECCIÓN POR EL VIRUS HERPÉTICO HUMANO TIPO 8

El virus herpes humano tipo 8 (VHH-8) al parecer no se encuentra diseminado de manera general en la población general. Fue detectado por primera vez en 1994 en personas con sida que presentaban sarcoma de Kaposi, por ello en un inicio se le denominó “virus herpes asociado a sarcoma de Kaposi”. El VHH-8 es un virus DNA, que pertenece al género *Rhadinovirus*, de la familia *Herpesviridae*.

Ha quedado demostrado que se transmite a través de las relaciones sexuales desprotegidas y se le ha aislado en el semen de varones infectados.

Se cree que el VHH-8 permanece en el cuerpo de manera asintomática por mucho tiempo y que con el tiempo llega a manifestarse a través de alguna enfermedad o neoplasia. Así, se le ha asociado con la génesis de sarcomas de Kaposi, linfomas de las cavidades serosas, enfermedad de Castleman multicéntrica, otros tipos de sarcomas y así por el estilo.^{60,61}

INFECCIÓN POR EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA

Desde el decenio de los 1980-1989, los investigadores reconocieron que un número

considerable de personas presentaban enfermedades e infecciones raras, con el común denominador de presentar un sistema inmunológico dañado. En 1983, fue aislado un nuevo agente: el virus de inmunodeficiencia humana, VIH.

En la actualidad, el Programa de las Naciones Unidas contra el sida (ONUSIDA) estima que:

- Existen 39.5 millones de personas viviendo con la infección por VIH en todo el mundo, de los cuales 2.3 millones son personas menores de 15 años.
- Cada día ocurren 11 000 nuevos casos de infección por VIH en el mundo.
- Alrededor de la mitad de las personas que se infectan a diario están ubicadas entre los 15 y 24 años de edad.
- Se calcula que para el 2020 habrán fallecido por VIH 68 millones de personas.

Aunque es cierto que esta infección afecta de manera principal a varones homosexuales, han ocurrido grandes e importantes cambios en cuanto al comportamiento de la pandemia del VIH, a saber:

- **Heterosexualización creciente.** En el pasado afectó —lo que aún continúa siendo cierto— a varones homosexuales, pero el aumento de casos en mujeres y niños demuestra que la transmisión heterosexual empieza a adquirir una mayor importancia.
- **Control de la transmisión sanguínea del VIH.** Gracias a los programas de selección de donadores sanguíneos, la prohibición del comercio de la sangre y la aplicación de la prueba de detección a productos sanguíneos, con la consecuente eliminación de los productos contaminados, ha resultado exitosa en la reducción del número de casos por transmisión sanguínea.
- **Ruralización progresiva.** Se empieza a notar un desplazamiento de la infección del VIH de las grandes ciudades a las áreas rurales y semirurales. En México, los movimientos migratorios entre ciudades y poblaciones, además de aquellos hombres y mujeres trabajadores que van y vienen de EUA, contribuyen a la mayor diseminación del VIH, por lo que es importante introducir medidas de prevención en los hábitos sexuales de los migrantes.⁶²

Definición

El VIH es el virus que causa el sida; existen dos variedades: VIH-1 y VIH-2. El VIH-1 es el más conocido y el responsable de la mayoría de los casos de sida en el mundo, en cambio el VIH-2 es más frecuente en el Continente Africano, aunque se han reportado algunos casos de infección por este último en Europa y América. Ambos virus generan la misma sintomatología y se detectan por las mismas pruebas diagnósticas.

En la patogénesis de la infección por VIH un aspecto significativo es la destrucción de linfocitos cooperadores CD4, que trae consigo la pérdida de la competencia del sistema inmunológico. En este proceso intervienen factores virales, tanto de tropismo como de variación viral, así como factores relacionados con el huésped que son básicos para que se produzca el efecto final de destrucción linfocitaria; que conduce a un estado de

vulnerabilidad ante distintos microorganismos capaces de provocar enfermedades oportunistas.⁶³

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

Vías de transmisión

El VIH sólo sobrevive en los fluidos corporales dentro de un ser humano vivo. Una vez que la sangre y otros fluidos corporales están fuera del cuerpo, el VIH subsiste sólo unos pocos segundos. De igual manera, el VIH no se transmite por contacto casual (es decir, tocar a alguien que está infectado o cosas que esa persona haya utilizado ni al compartir utensilios para comer o beber ni tras usar los mismos retretes o agua para lavarse).

Dado que el VIH se encuentra tanto en algunas células constituyentes del organismo — como las de la sangre y en secreciones o fluidos genitales de las personas infectadas—, se adquiere por **transmisión sexual**, al tener relaciones sexuales sin protección o no seguras; por **transmisión sanguínea**, cuando se transfunde sangre o sus derivados infectados con VIH, tras usar jeringas o agujas no desechables o no esterilizadas, en trasplantes de órganos contaminados y por **transmisión vertical**, es decir, de una madre infectada a su hijo, durante el embarazo, parto o amamantamiento.

Diagnóstico

Las pruebas más utilizadas para establecer el diagnóstico de VIH en una persona asintomática se basan en la detección de los anticuerpos al VIH, la más conocida es la de ELISA, que se utiliza para el escrutinio inicial, mientras que para confirmar el diagnóstico se suele emplear la prueba llamada *Western blot*. Deben aplicarse unos tres meses después del momento en que ocurrió el riesgo de infección, para dejar pasar el llamado “periodo de ventana”. Si tales pruebas son realizadas antes de ese periodo, el resultado quizá sea negativo, pues se necesita que el organismo reaccione ante la infección por VIH mediante la producción de anticuerpos específicos.

Existen además otras pruebas que permiten realizar el diagnóstico de esta infección, como la detección del antígeno P24, RNA de VIH por PCR cualitativa, cultivo de virus, entre otras.

Asimismo, hay disponibles pruebas rápidas, las más utilizadas son la OraSure® y la OraQuick® para el diagnóstico de la infección por el VIH en saliva, y la Hema-Strip® y Determine® para el diagnóstico en sangre. En caso de resultar alguna de estas pruebas rápidas positivas debe ser confirmada también con la Western blot; en realidad sólo deben

utilizarse cuando es muy urgente conocer el diagnóstico de VIH a fin de adoptar alguna conducta terapéutica, como sucede en mujeres embarazadas cuando están cerca del término de su embarazo y es apremiante conocer el diagnóstico para prescribir la profilaxis perinatal.

Se recomienda que la persona que desee conocer su diagnóstico por infección de VIH reciba apoyo emocional (consejería) antes y después del estudio, al margen del resultado obtenido. Tal apoyo debe impartirlo un proveedor de servicios de salud con experiencia en este proceso, pues por desgracia la infección por VIH todavía conlleva mucho miedo, estigma y discriminación, de modo que es imprescindible que la persona se sienta acompañada en este proceso a fin de reducir el impacto psicológico del resultado del análisis. En México, se requiere del consentimiento informado del usuario para realizar las pruebas de detección de la infección por VIH.

Con el propósito de establecer el diagnóstico de VIH se debe considerar que tanto las pruebas de tamizaje (ELISA o pruebas rápidas) como la de Western blot resulten positivas, o bien, si dos pruebas rápidas o de ELISA son positivas, realizadas en momentos diferentes y con muestras del mismo paciente, independientes del intervalo de tiempo entre ellas en una persona con cuadro clínico sugestivo de infección por VIH.

En cambio, debe descartarse el diagnóstico de VIH cuando la prueba de ELISA, prueba rápida o la Western blot arrojan un resultado negativo.

Y se considera indeterminado el resultado cuando alguna de las pruebas de tamizaje es positiva pero el Western blot reporta una sola banda de positividad. En este caso, se recomienda repetir las mismas pruebas de 3 a 6 meses después del escrutinio inicial, o bien realizar una prueba de RNA de VIH por PCR cualitativa.

En estas pruebas de diagnóstico el porcentaje de falsos positivos es muy bajo, pues en algunos estudios se ha reportado en 0.0007%, de manera fundamental en pacientes con insuficiencia renal, linfomas no Hodgkin, enfermedades autoinmunitarias, cirrosis biliar primaria, hepatitis alcohólica, mieloma múltiple, vacunación reciente contra influenza, transferencia pasiva de anticuerpos por transfusiones múltiples, pruebas positivas para sífilis (VDRL o RPR), etc. Sin embargo, los falsos negativos y los resultados indeterminados por lo general se presentan cuando la prueba tuvo lugar durante el “periodo de ventana” o en fases muy avanzadas de la infección y, con menor frecuencia, en personas con transferencia pasiva de anticuerpos, tratamientos inmunosupresores, enfermedades autoinmunitarias, infección por VIH del grupo O, en casos donde hay presencia de polvo de guantes agregado durante el procedimiento de las muestras, etcétera.^{64, 65}

Estigma y discriminación que afectan a las personas con VIH

Es muy frecuente que las personas con VIH sean estigmatizadas, marginadas y discriminadas por el simple hecho de haber adquirido el VIH. Así, de acuerdo con la Comisión Nacional de Derechos Humanos de México, la discriminación relacionada con VIH tiene las siguientes consecuencias sociales:

- Afecta la capacidad de las personas para aprender e informarse sobre la pandemia y, por tanto, disminuye su capacidad de respuesta ante el reto que representa prevenir la

infección por VIH.

- Aleja a la población de los lugares en donde se proporciona información relacionada con el VIH.
- Difunde los mitos que existen alrededor de la pandemia y propicia el miedo injustificado respecto a una posible transmisión por el contacto casual con personas ya infectadas.
- Refuerza la idea errónea de que el sida es una enfermedad exclusiva de determinados grupos sociales, como drogadictos intravenosos, homosexuales y trabajadores sexuales. A partir de este razonamiento, se piensa que quien no pertenece a dichos grupos no corre el riesgo de infectarse.
- Fomenta la intolerancia hacia determinados grupos sociales que de manera equivocada han sido percibidos como representantes de la enfermedad. En este sentido, es frecuente que las personas, en lugar de adoptar las medidas necesarias para prevenir la infección, pretendan encontrar supuestos responsables de la evolución de la pandemia.
- Propicia una división de la sociedad, en donde existe un aparente enfrentamiento entre los derechos de la mayoría no infectada y los derechos de las personas afectadas por el virus.
- Daña a los familiares y a quienes rodean a las personas con VIH, dificultando que estas últimas reciban muestras de apoyo.
- Evita que la sociedad acepte la necesidad de establecer una responsabilidad compartida para enfrentar con éxito la pandemia del VIH.

SIDA

El sida es la enfermedad ocasionada por el VIH. Cuando la infección por VIH progresa a tal grado que provoca un deterioro significativo del sistema inmunológico, aparecen las enfermedades oportunistas, las cuales quizá tarden en aparecer desde unos meses hasta más de 10 años después de la infección inicial y quizá sean ligeras, moderadas o graves, lo que depende sobre todo de las características del virus infectante y de algunos factores relacionados con el huésped.

En la actualidad se reconoce que el curso de la infección por VIH está caracterizado por episodios de enfermedad que quizá estén seguidos por una recuperación y periodos asintomáticos, pero para definir que una persona tiene sida se utiliza la correlación de las enfermedades oportunistas con la cuenta de linfocitos T-CD4 obtenida en el estudio de laboratorio, conocido como conteo linfocitario. Ahí, una persona con un conteo de linfocitos T-CD4 menos de 200 células/ μ L es considerada en etapa sida, aunque se encuentre asintomática. Sin embargo, de no contarse con este estudio la presencia de una o varias de las siguientes enfermedades, conocidas como marcadores de sida, en un adolescente o adulto infectado con VIH es suficiente para establecer un diagnóstico (clínico) de sida :⁶⁶

- Candidiasis oroesofágica, traqueal o bronquial.
- Coccidiomicosis diseminada o extrapulmonar.
- Carcinoma cervical invasor.

- Criptococosis extrapulmonar.
- Criptosporidiasis intestinal crónica.
- Coriorretinitis por CMV o cualquier otra infección por CMV (con excepción de hígado, bazo y ganglios linfáticos).
- Encefalopatía por VIH.
- Herpes simple: úlceras mucocutáneas (más de un mes de duración) o bronquitis, neumonía o esofagitis.
- Histoplasmosis diseminada o extrapulmonar.
- Isosporidiasis intestinal crónica.
- Sarcoma de Kaposi.
- Linfoma de Burkitt.
- Linfoma inmunoblástico.
- Linfoma primario del cerebro.
- Infección por complejo *Mycobacterium avium-intracellulare* (MAC) o *Mycobacterium kansasii* extrapulmonares.
- Tuberculosis pulmonar o extrapulmonar.
- Infección por otras micobacterias (diseminadas o extrapulmonares).
- Neumonía por *Pneumocystis jirovecii*.
- Neumonía recurrente (dos o más episodios en 1 año).
- Leucoencefalopatía multifocal progresiva.
- Bacteriemia recurrente por *Salmonella*.
- Síndrome de desgaste asociado con VIH.
- Toxoplasmosis cerebral.

Pruebas de monitoreo

Son varias las pruebas que se recomiendan realizar en una persona con infección por el VIH, siendo las más importantes la carga viral de VIH y el conteo linfocitario que incluya la subpoblación de linfocitos CD3, CD4 y CD8. Estos exámenes permiten determinar en qué momento de la infección se encuentra la persona para así establecer el tratamiento antirretroviral oportuno.

También existen otros estudios de laboratorio que deben considerarse en toda persona con infección por VIH, con el propósito de efectuar una valoración integral del caso, por ejemplo, biometría hemática, química sanguínea, pruebas de función hepática completas, perfil de lípidos, examen general de orina, VDRL, serología para hepatitis B, C y toxoplasmosis, radiografía de tórax, citología vaginal y anal, derivado proteico purificado (PPD, por sus siglas en inglés), baciloscopias y pruebas de embarazo en caso de ser necesarias.

Tratamiento

Aún no existe una cura para la infección por VIH. Sin embargo, cada vez hay disponibles nuevos medicamentos antirretrovirales que prometen una mayor y mejor calidad de vida

para las personas afectadas.

Hay dos tipos de tratamientos para el VIH: el primer grupo es un conjunto de medicamentos que se utilizan para tratar las enfermedades oportunistas; el segundo lo conforma una serie de medicamentos antirretrovirales que tratan la infección por el VIH en sí misma. Los primeros deben ser administrados cuando se presenta cualquier enfermedad oportunista: retinitis por citomegalovirus, toxoplasmosis o neumonía por *pneumocistis jirovecci*. En cambio, los antirretrovirales se emplean en una combinación de tres o más fármacos. A esto se le llama terapia antirretroviral combinada o tratamiento antirretroviral altamente activo (TARAA).

De acuerdo con investigaciones recientes se sugiere un inicio más tardío de esta terapia de lo que se hacía en el pasado, además de tomar en cuenta los estados clínico (presencia o no de enfermedades oportunistas), inmunológico (conteo de linfocitos T-CD4) y virológico (carga viral de VIH), además del compromiso que la persona con VIH manifieste para apearse al tratamiento propuesto por el médico —este último aspecto resulta muy importante. El objetivo del TARAA es:

- Disminuir la carga viral, que es la cantidad de virus que tiene en la sangre una persona infectada con VIH.
- Mejorar el sistema inmunitario, en especial elevando la cantidad de linfocitos T-CD4.

Es recomendable que la prescripción del tratamiento antirretroviral sea realizada por médicos con experiencia en este manejo, esto a fin de disminuir las fallas terapéuticas y los efectos tóxicos de estos fármacos; aunado a que los criterios y estrategias de manejo de estos medicamentos se modifican con relativa frecuencia.

El cuadro 12-8 lista los antirretrovirales disponibles en México; las dosis incluidas son las recomendadas para adultos y adolescentes mayores de 13 años de edad.⁶⁷

Cuadro 12-8. Antirretrovirales disponibles en México Inhibidores de la transcriptasa reversa análogos a nucleósidos		
Nombre genérico	Presentación	Posología
Abacavir	Tabletas 300 mg	300 mg c/12 h VO
Didanosina	Tabletas 100 mg	>60 kg: 200 mg c/12 h VO <60 kg: 125 mg c/12 h VO
Didanosina EC	Cápsulas 250 y 400 mg	>60 kg: 400 mg c/24 h VO <60 kg: 250 mg c/24 h VO
Emtricitabina	Cápsulas 200 mg	200 mg c/24 h VO
Lamivudina	Tabletas 150 mg	150 mg c/12 h VO
Estavudina	Cápsulas 15 y 40 mg	>60 kg: 40 mg c/12 h VO <60 kg: 30 mg c/12 h VO
Tenofovir*	Tabletas 300 mg	300 mg c/24 h VO
Zidovudina	Tabletas 250 mg	250 o 300 mg c/12 h VO
Combinaciones en tableta única		
Lamivudina/zidovudina	Tabletas 150/300 mg	150/300 mg c/12 h VO
Abacavir/lamivudina	Tabletas 600/300 mg	600/300 mg c/24 h VO
Tenofovir/emtricitabina	Tabletas 300/200 mg	300/200 mg c/24 h VO
Zidovudina/lamivudina/abacavir	Tabletas 300/150/300 mg	300/150/300 mg c/12 h VO

* Es análogo nucleótido		
Inhibidores de la transcriptasa reversa no nucleósidos		
Nombre genérico	Presentación	Posología
Efavirenz	Cápsulas 600 mg	600 mg C/24 h
Nevirapina	Tabletas 200 mg	200 mg c/24 h por 14 días, después, 200 mg c/12 h
Inhibidores de proteasa		
Nombre genérico	Presentación	Posología
Amprenavir	Cápsulas 150 mg	600 mg + ritonavir 100 mg c/12 h VO
Atazanavir	Cápsulas 150 mg	300 mg + ritonavir 100 mg c/24 h VO
Fosamprenavir	Tabletas 700 mg	700 mg + ritonavir 100 mg c/12 h VO
Indinavir	Cápsulas 400 mg	800 mg + ritonavir 100 mg c/12 h VO
Lopinavir/ritonavir	Cápsulas 133.3/33.3 mg	400/100 mg c/12 h VO
Nelfinavir	Tabletas 250 mg	1250 mg c/12 h VO
Saquinavir (cápsulas de gel blando)	Cápsulas 200 mg	1000 mg + ritonavir 100 mg c/12 h VO
Tipranavir	Cápsulas 250 mg	500 mg + ritonavir 200 mg c/12 h VO
Inhibidores de fusión		
Nombre genérico	Presentación	Posología
Enfuvirtide	Ampolleta 90 mg/ml	90 mg c/12 h SC

IMPACTO DE LAS ITS EN LA SALUD SEXUAL

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) “el término ‘salud sexual’ se refiere a la experiencia del proceso continuo de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad”.⁶⁸

De modo que cualquier ITS que presente una persona, traerá aparejada un desequilibrio en este proceso lo que, a su vez, generará angustia, tensión o conflicto, que la mayoría de las veces están en correspondencia con las creencias y prejuicios que prevalecen sobre las sexualidad y las ITS.

Así, gran parte de las creencias y prejuicios sobre la sexualidad y las ITS ya existen en la sociedad desde hace mucho tiempo. Luego de nacer, durante la infancia y a lo largo de toda la vida de una persona se van integrando, desarrollando y reforzando; conformando la estructura conductual del individuo a través de la influencia de la familia, los amigos, la escuela, la religión, los medios de comunicación y todos los demás actores de la sociedad. Llega el momento en que esas creencias llevan a la persona a pensar y actuar de cierto modo en relación con su sexualidad y las ITS.

De manera que en una persona que contrae una ITS, antes de sugerirle que efectúe algún cambio en la conducta que pone en riesgo su salud sexual, es vital revisar y analizar de qué creencia procede esa conducta de riesgo, dado que esa es la manera más eficaz de lograr un verdadero cambio significativo, tal como lo ilustra la figura 12-6.

Figura 12-6. Pirámide de la estructura conductual.⁶⁹

Por otra parte, si se analiza la teoría de los cuatro holones de Rubio sobre los componentes de la sexualidad y la relacionamos con las ITS,⁷⁰ es evidente que tanto la reproductividad, el género, el erotismo, así como el vínculo afectivo, deben de estar en total armonía en una persona a fin de que ella logre enfrentar la problemática que involucra a las

ITS. Así, por ejemplo, un individuo que no consigue procrear por padecer de esterilidad como consecuencia de haber tenido una ITS (clamidiasis o gonorrea genital), debe conocer que la reproductividad de los seres humanos no se limita a los eventos biológicos de la concepción, el embarazo y el parto, sino que es una dimensión humana mucho más compleja y sofisticada, de modo que quizá pueda optar por ocuparse del crecimiento de otros, ya sea desde el punto de vista biológico, emocional o espiritual.

Del mismo modo, si alguien se entera que tiene VIH o cualquier otra ITS con un curso crónico, su mejor opción es integrar esta nueva condición o experiencia a su vida, al tiempo que evita odiarse, rechazarse o tenerse lástima. Esa nueva condición representa una gran oportunidad para vivir la vida de otra manera, pues muchas veces de manera súbita la persona se da cuenta que no ha vivido lo que quería ni como quería, de que le faltan muchas cosas aún por hacer, de que ha vivido en función de otros y que es tiempo de tomar las riendas de su propia vida, asumiendo la voluntad de vivir para, con ello, dar dirección consciente a su propio camino de crecimiento emocional y espiritual.⁷¹

PREVENCIÓN DE LAS ITS

La educación sexual es y seguirá siendo la mejor estrategia para la prevención de las ITS. En teoría, conociendo cómo se transmiten (y cómo no lo hacen) las ITS será posible evitar que las personas continúen contagiándose.

Así, cabe decir que las ITS que se transmiten por **vía sexual** se evitarán si la persona:

- Explora relaciones sexuales más seguras.
- Practica relaciones sexuales protegidas.

En tanto que las infecciones como VIH, VHB, VHC, entre otras, que también se transmiten por los **productos sanguíneos contaminados** serán controladas mediante:

- Exigir sangre segura. Si es necesario que alguien reciba una transfusión sanguínea, confirmar que la sangre en cuestión tenga la etiqueta de “sangre segura”.
- Evitar el uso o el compartir agujas, jeringas o instrumentos punzocortantes que no estén bien esterilizados. Cuidar que las jeringas que se utilizan en la toma de muestras de sangre, aplicación de vacunas y otros medicamentos sean desechables, que estén nuevas, siempre dentro de su paquete original cerrado.

En cuanto a la **transmisión vertical**, la recomendación es que:

- Las mujeres que desean embarazarse deben, con base en consejería o información previa, realizarse al menos la prueba de detección de anticuerpos al VIH y para sífilis, con lo que conocerán su situación serológica. En caso de obtener un resultado positivo es indispensable recibir atención especializada al respecto.
- En el caso de mujeres embarazadas que se saben portadoras del VIH, deben buscar recibir servicios de salud en donde tengan acceso a los medicamentos antirretrovirales. Estudios recientes han demostrado que algunos de dichos fármacos reducen de modo

considerable la posibilidad de transmisión del VIH de la mujer embarazada a su hijo.

- La transmisión del VIH mediante amamantamiento al recién nacido es evitable si se comprueba la situación de la madre con la aplicación de la prueba de anticuerpos al VIH, o tan solo si la mujer no amamanta al bebé, lo cual dependerá de evaluar la existencia de otras enfermedades infecciosas, de los índices de desnutrición en cada región en particular y de la disponibilidad de leche enlatada, además de sus posibles riesgos. Se calcula que alrededor de 5 a 20% de los hijos de mujeres con VIH serán infectados durante la lactancia.⁷²

RELACIONES SEXUALES SEGURAS Y PROTEGIDAS

A fin de prevenir las ITS, es de capital importancia cumplir con dos estrategias específicas:

1) Relaciones sexuales más seguras. El objetivo de las relaciones sexuales más seguras es evitar el intercambio de fluidos corporales, como semen, líquido preeyaculatorio, sangre y fluidos vaginales, entre una persona y otra durante las relaciones sexuales. Existe una gran variedad de prácticas sexuales más seguras, mismas que el médico debe recomendar a sus pacientes para lograr este cometido, por ejemplo:

- Dar y recibir caricias cuerpo a cuerpo con ropa o sin ésta.
- Estimularse los órganos sexuales en pareja.
- Emplear juguetes sexuales sin intercambiarlos.
- Ver vídeos sexualmente explícitos.
- Escuchar grabaciones con altos contenidos eróticos.
- Leer revistas, novelas y cuentos eróticos.
- Frotar los cuerpos con ropa y sin ella.
- Bailar desnudos.
- Bañarse juntos.
- Dar y recibir masajes.
- Dar y recibir besos en labios y cuerpos.
- Mirarse a uno mismo desnudo o mirar a los otros también desnudos.
- Simular la penetración entre las piernas, las axilas o detrás de las rodillas.
- Disfrutar los olores del cuerpo.
- Contar historias eróticas por teléfono.
- Dibujar cuerpos desnudos.
- Empezar un juego divertido empleando palabras en doble sentido.
- Y todo lo que con imaginación y creatividad resulte en disfrute sexual seguro para los participantes.

2) Relaciones sexuales protegidas. Las relaciones sexuales protegidas, en el campo de las ITS, surgen como una respuesta a la necesidad de reducir el riesgo de infecciones cuando se desea tener una penetración durante las relaciones sexuales.

Existen tres tipos de penetración, el riesgo de infección depende de cuál se practique:

- **Penetración anal.** Es el contacto del pene con el ano. Es la práctica de mayor riesgo porque con facilidad llegan a producirse lesiones en paredes del ano y recto que favorecen la entrada o salida de microorganismos. En estas áreas existe una gran concentración de células que posibilitan la entrada del VIH y otras ITS. Es requisito indispensable para que ocurra una ITS, lo siguiente: que no se esté utilizando un condón (preservativo) y que haya presencia de semen, líquido preeyaculatorio o sangre de una o ambas partes.
- **Penetración vaginal.** Es el contacto entre pene y vagina. El semen y en menor medida los fluidos vaginales de personas infectadas contienen una gran concentración de VIH que permiten el contagio. Las lesiones tanto en pene como en vagina son puertas de entrada y de salida para varios microorganismos que se transmiten vía sexual. Es requisito indispensable para que ocurra una ITS por este tipo de penetración: que no se emplee condón y haya presencia de semen, fluidos vaginales u otros fluidos genitales de una u otra parte.
- **Penetración oral.** Existe un solo estudio que documenta el riesgo de infección por VIH vía relaciones sexuales orales; aunque menor que en los otros dos tipos de penetraciones, el riesgo existe. Las lesiones en labios, paladar, encías y garganta son puertas de entrada o de salida de varios microorganismos que se transmiten por vía sexual; asimismo, estos microorganismos pueden entrar por el glande y la uretra del pene. Es requisito indispensable para que ocurra una ITS por este tipo de penetración: ausencia de condón y presencia de semen, líquido preeyaculatorio, sangre o lesiones en la boca. En tanto se dificulte encontrar y poner en práctica maneras de evitar la penetración, cabe decir que los métodos de barrera, como los condones, desempeñan una función esencial en la prevención de las ITS.

CONDONES

Los condones (o preservativos) funcionan como una barrera: están hechos de tejido de animales, de resina sintética, de látex y de poliuretano, siendo estos tres últimos muy efectivos tanto para prevenir embarazos no planeados como contagio de ITS. No se debe eyacular más de una vez en un condón, después de eyacular es preciso utilizar un nuevo condón si se desea realizar otra penetración. Asimismo, debe evitarse estirar, inflar o punzar los condones, al margen del material con que estén fabricados.

Existe un tipo de condón para los hombres (conocido como “condón masculino”), otro para mujeres (llamado “condón femenino”) y uno más que tanto hombres como mujeres pueden utilizar de manera indistinta (“condón unisex”).

Condón masculino. Está hecho de hule látex o de poliuterano. Cubre el cuerpo del pene desde la punta hasta la base del mismo. Debe colocarse cuando el pene esté erecto y retirarse antes de que la erección desaparezca, poco después de eyacular. Este método de barrera que ayuda en la prevención de la infección por VIH y de otras ITS es, con mucho, el más común de los tres. Las siguientes recomendaciones sobre cómo usarlo son necesarias a fin de que el condón brinde la máxima protección posible:

- Es importante verificar la fecha de fabricación y de caducidad.

- Antes de abrir el condón es necesario corroborar tanto la fecha de fabricación, misma que por lo general viene marcada con las iniciales MFG, MDF, FAB o ELAB, como la fecha de caducidad, la cual quizá esté indicada con la abreviatura CAD o EXP. Si la fecha de caducidad ya pasó, debe desecharse el condón porque no brindará la protección adecuada.
- Según los fabricantes, los condones de látex tienen una vida de cinco años, pero es más seguro confiar sólo en los tres primeros años después de su fabricación, sobre todo debido a cualquier circunstancia que con el tiempo pudiera haber afectado al condón.
- Verificar que el empaque esté bien cerrado y en buenas condiciones.
- Sacar con cuidado el condón del paquete, sin usar tijeras, dientes ni las uñas de los dedos.
- Colocar el condón en la punta del pene erecto, sujetándolo con la yema de los dedos, dejando un pequeño espacio para que sea depositado el semen, en tanto que con la otra mano se desenrolla el condón hasta la base del pene. Es mejor evitar que se formen burbujas de aire.
- Se debe poner suficiente lubricante adicional; en los condones de látex sólo es posible usar lubricantes a base de agua.
- Una vez que haya ocurrido la eyaculación es importante retirarse con cuidado antes de que el pene pierda la erección, esto a fin de evitar que el semen se derrame y entre en contacto con la pareja. Al momento de concluir la penetración, se debe sujetar el condón desde la base, presionando hacia el cuerpo del pene, de tal manera que el semen no escurra.
- Para quitar el condón del pene debe deslizarse de manera cuidadosa, quizá anudándolo por la parte abierta.
- El condón debe ser desechado.

Condón femenino. Está hecho de poliuterano y cubre el cuello del cérvix de manera externa y el interior de la vagina. Debe insertarse antes que ocurra la penetración. Es un método que depende del control de las mujeres. Las siguientes recomendaciones sobre cómo usarlo son de utilidad:

- Al igual que con el condón masculino, es importante verificar las fechas de fabricación y caducidad.
- Comprobar que el empaque esté bien cerrado y en buenas condiciones.
- Abrir el paquete de manera cuidadosa.
- El condón tiene dos anillos: uno pequeño y otro grande. Debe sujetarse el anillo pequeño con los dedos pulgar, índice y medio. Para algunas mujeres, este anillo resulta molesto, por lo que deciden quitarlo.
- Buscar una posición cómoda. Elegir entre permanecer recostada, sentada con las rodillas separadas o de pie, con un pie colocado sobre un banco. El anillo pequeño debe ser comprimido y colocado en el interior de la vagina, empujándolo hacia adentro con los dedos; para ello resulta útil meter un dedo en el interior del condón y empujar el anillo pequeño dentro, tanto como sea posible.
- Asegurarse de que el anillo externo quede fuera del cuerpo; este anillo debe quedar

sujeto en la vulva cuando el pene esté dentro del condón.

- Cuidar que el pene entre dentro del condón.
- Después que el hombre haya eyaculado, debe retirarse el condón con cuidado, torciendo el anillo externo y jalándolo hacia afuera, cuidando que el semen no se derrame.
- Debe desecharse el condón.

Condón unisex. Es un producto hecho de resina sintética. Tanto en mujeres como en hombres se coloca y cubre de igual manera que un condón “femenino” o “masculino”, respectivamente.

Al igual que en los condones “masculino” y “femenino”, es importante verificar las fechas de fabricación y caducidad, así como que el empaque esté bien cerrado y en buenas condiciones.

Para su correcta utilización se recomienda que antes de usarlo el varón seque el pene para garantizar que se adhiera y evitar que se rompa; es factible usar cualquier tipo de lubricante con este condón. Después de eyacular se debe secar el pene y utilizar un nuevo condón si se desea realizar otra penetración.

NEGOCIACIÓN DE LAS RELACIONES SEXUALES

Es importante que las personas consideren que cuando se decide tener relaciones sexuales es preciso establecer una negociación previa de cuándo, dónde y cómo será esa relación. Esto no debe posponerse para el momento mismo de la relación sexual, pues el entusiasmo y la excitación quizá bloqueen el buen juicio. De modo que es adecuado buscar el mejor momento para establecer esa negociación.

Por “negociación” aquí se alude al intercambio de puntos de vista con la pareja, con la finalidad de llegar a un acuerdo acerca de lo que se desea hacer juntos. Sin embargo, para negociar es fundamental que ambas personas tengan disposición y deseos de llegar a un arreglo.

De este modo, la negociación sobre los términos en que se tendrán las relaciones sexuales ayuda a las personas a resolver problemas, proponer soluciones y plantear el uso del condón, así como sentirse tomados en cuenta. A fin de llevar a cabo una buena negociación sobre los términos en que ocurrirá la relación sexual —lo cual incluye el uso del condón—, es indispensable que ambos tengan una **comunicación clara y directa** con la otra persona involucrada en la relación sexual. Tal comunicación clara y directa (conocida también como comunicación asertiva) sirve para expresar ideas, sentimientos, necesidades, así como para defender los derechos humanos, incluyendo los derechos sexuales y reproductivos. Algunas pautas útiles para comunicarse de manera clara y directa, y establecer una adecuada negociación son:

- Buscar el momento oportuno para hablar.
- Mirar a los ojos a la otra persona.
- Comunicarse con firmeza, pero con tranquilidad.
- No tartamudear ni hacer silencios muy prolongados.
- Hablar sólo de lo que le preocupa a la persona, evitando responder a expresiones

ofensivas y contestar sólo a los comentarios objetivos de la otra persona.

- Aprender a escuchar y exigir ser escuchado, ya que es la única manera de llegar a un acuerdo satisfactorio.

Aprender a negociar es muy importante en la vida en general y es factible desarrollar esta habilidad si uno conoce sus propias necesidades, si es capaz de expresarlas, si escucha a los demás y, sobre todo, si uno sabe qué está dispuesto a dar y qué pedir a cambio.

A través de una buena negociación es posible proponer el uso del condón y los términos en los que ocurrirá la relación sexual para, de esa forma, prevenir las ITS. Además, a partir de una buena negociación se hará evidente qué es lo que la otra persona espera y qué es lo que uno puede y quiere dar. Todo ello permitirá que se alcance claridad y derivará en una sensación de bienestar con lo que uno hace.

PREVENCIÓN DEL VIH Y OTRAS ITS DESPUÉS DE UNA VIOLACIÓN SEXUAL

Después de una violación sexual, la persona afectada debe acudir lo antes posible (dentro de las primeras 72 horas), de preferencia a un centro especializado en VIH e ITS para recibir atención y tratamiento profiláctico, tanto para VIH como para otras ITS.

En México, estos centros se encuentran en cada Estado de la República Mexicana, para lo cual es conveniente que las personas se informen en los **Programas Estatales de VIH**, adscritos a la Secretaría de Salud de cada Estado en particular.

Así, en estos centros se realizarán a la persona afectada pruebas serológicas de ITS, de manera principal para:

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

En la profilaxis del VIH después de una violación sexual se recomienda utilizar el llamado “esquema básico” de antirretrovirales para la profilaxis posexposición, que consiste en prescribir una biterapia a base de lamivudina/zidovudina, pero en caso que se constate un mayor riesgo de infección VIH —quizá debido a la presencia de desgarros ocurridos durante la penetración— la opción es el llamado “esquema expandido”, que consiste en una combinación de lamivudina/zidovudina más un tercer medicamento, en este caso un inhibidor de la proteasa, que puede ser indinavir o nelfinavir a las dosis que se muestran en el cuadro 12-9. Cualquiera de los dos esquemas que se seleccione debe prescribirse sólo por cuatro semanas de duración. Por otra parte, los tratamientos que se emplean con mayor frecuencia para la profilaxis de otras ITS se muestran en el cuadro 12-10.^{73, 74}

Cuadro 12-9. Profilaxis para VIH		
Nombre genérico	Presentación	Posología
Esquema básico		
Lamivudina/zidovudina	Tabletas 150/300 mg	150/300 mg c/12 h VO
Esquema expandido		
Lamivudina/zidovudina	Tabletas 150/300 mg	150/300 mg c/12 h VO
+		
Indinavir	Cápsulas 400 mg	800 mg c/8 h VO
o		
Nelfinavir	Tabletas 250 mg	750 mg c/8 h VO

Cuadro 12-10. Profilaxis para otras ITS		
Microorganismo	Nombre genérico	Presentación y posología
<i>Chlamydia</i>	Azitromicina	Tabletas 500 mg
	o	1 g dosis única VO
<i>Trachomatis</i>	Doxiciclina*	Cápsulas 100 mg 100 mg c/12 h por 7 días VO
<i>Treponema pallidum</i> y <i>Neisseria gonorrhoeae</i>	Ceftriaxona	Ampolleta 500 mg 250 mg dosis única IM
<i>Trichomona vaginalis</i> Giardia lamblia y Entamoeba histolytica	Metronidazol**	Tabletas 500 mg 2 g dosis única VO
*Contraindicado en mujeres embarazadas.		
**Contraindicado en primer trimestre del embarazo.		

También se sugiere hacer profilaxis para las hepatitis A y B; con este fin es recomendable aplicar las vacunas correspondientes para prevenir cada infección en particular, las cuales se pueden combinar con la administración de inmunoglobulina (consulte las secciones sobre infección por VHA y VHB, en este mismo capítulo), todo ellos a fin de actuar mucho más rápido para evitar o atenuar la infección.

REFERENCIAS

1. **Clemades T.** (2003) VIH/SIDA e infecciones de transmisión sexual. En: *Hablemos de salud sexual*. México: AMSSAC/ AMES/SSA, 131-156.
2. World Health Organization. *Guidelines for the Management of Sexually Transmitted infections*. Enero 2001.
3. **Clemades T.** (2003) VIH/SIDA e infecciones de transmisión sexual. En: *Hablemos de salud sexual*. México: AMSSAC/ AMES/SSA, 131-156
4. **Cruz C., Egremy G., Ramos U.** (2004) *Manual para capacitadores en el manejo sindromático de las infecciones de transmisión sexual*. México: CONASIDA (Trabajo original publicado en 1999).
5. **Casanova G. et al.** (2004) *Infecciones de transmisión sexual*. Ed. Alfil, 1a ed., México.
6. **Neisser A.L.** (2002) Enfermedades de Transmisión Sexual. En: *Clínicas de Ginecología y Obstetricia de Norteamérica, Temas actuales*. Editorial Interamericana, México, D.F.
7. **Mandell G.L., Benett J.E., Dolin R.** (2002) Infecciones infecciosas y sus agentes etiológicos. En: *Infecciones infecciosas. Principios y práctica*. 5a ed. Editorial Médica Panamericana, Buenos Aires.

8. **Ghione M., De Palo G.** (2000) Infecciones no virales. En: *Colposcopía y patología del tracto genital inferior*. 2a ed. Editorial Médica Panamericana, Buenos Aires.
9. **Bohbot J.M., Zana J., Monsonego J.** (1999) Maladies Sexuellement transmissibles. Encycl. Méd. Chir. (Elsevier, Paris-France) *Gynécologie*, 360-A-10:14.
10. **Ghione M., De Palo G.** (2000) Infecciones no virales. En: *Colposcopía y patología del tracto genital inferior*. 2a ed. Editorial Médica Panamericana, Buenos Aires.
11. **Bohbot J.M., Zana J., Monsonego J.** (1999) Maladies Sexuellement transmissibles. Encycl. Méd. Chir. (Elsevier, Paris-France) *Gynécologie*, 360-A-10:14.
12. **Ghione M., De Palo G.** (2000) Infecciones no virales. En: *Colposcopía y patología del tracto genital inferior*. 2a ed. Editorial Médica Panamericana, Buenos Aires.
13. **Bohbot J.M., Zana J., Monsonego J.** (1999) Maladies Sexuellement transmissibles. Encycl. Méd. Chir. (Elsevier, Paris-France) *Gynécologie*, 360-A-10:14.
14. **Clemades T.** (2003) VIH/SIDA e infecciones de transmisión sexual. En: *Hablemos de salud sexual*. México: AMSSAC/ AMES/SSA, 131-156.
15. *The Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines* (2002) Center for Disease Control and Prevention, Washington, D.C.
16. *Enfermedades de Transmisión Sexual* (2002) Clínicas de Ginecología y Obstetricia de Norteamérica, Temas actuales. Editorial Interamericana, México, D.F.
17. **Bohbot J.M., Zana J., Monsonego J.** (1999) Maladies Sexuellement transmissibles. Encycl. Méd. Chir. (Elsevier, Paris-France) *Gynécologie*, 360-A-10:14.
18. **Berek J.S.** (2002) Infecciones genitourinarias e infecciones de transmisión sexual. En: *Ginecología de Novak*, 13a ed. McGraw Hill, México, D.F.
19. **Ghione M., De Palo G.** (2000) Infecciones no virales. En: *Colposcopía y patología del tracto genital inferior*. 2a ed. Editorial Médica Panamericana, Buenos Aires.
20. **Mandell G.L., Benett J.E., Dolin R.** (2002) Infecciones infecciosas y sus agentes etiológicos. En: *Infecciones infecciosas. Principios y práctica*. 5a ed. Editorial Médica Panamericana, Buenos Aires.
21. *The Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines* (2002) Center for Disease Control and Prevention, Washington, D.C.
22. **Mandell G.L., Benett J.E., Dolin R.** (2002) Infecciones infecciosas y sus agentes etiológicos. En: *Infecciones infecciosas. Principios y práctica*. 5a ed. Editorial Médica Panamericana, Buenos Aires.
23. *Enfermedades de Transmisión Sexual* (2002) Clínicas de Ginecología y Obstetricia de Norteamérica, Temas actuales. Editorial Interamericana, México, D.F.
24. **Telzak E.E., Chiasson M.A., Bevier P.J. et al.** (1993) HIV 1 Seroconversion in Patients with and without Genital Ulcer Disease. *Annals of Internal Medicine*, 119:1181-1186.
25. *The Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines* (2002) Center for Disease Control and Prevention, Washington, D.C.
26. **Karl E.M.** (2006) Diagnosis and Treatment of Neisseria gonorrhoeae Infections. *American Family Physician*, 73(10):1779-1784.
27. **Geisler W.M. et al.** (2002) Epidemiology of Anorectal Chlamydial and Gonococcal Infections. Among Men Having Sex With Men in Seattle. Utilizing Serovar and Auxotype Strain Typing. *Sexually Transmitted Diseases*, 29(4):189-195.

28. **Grover D., Prime K.P., Prince M.V. et al.** (2006) Rectal gonorrhoea in men -is microscopy still a useful tool? *International Journal of STD & AIDS*, 17(4):277-279.
29. Infectious disease surveillance update (2004) *The Lancet Infectious Diseases*, 4:720.
30. **Nicholas J.F.** (1997) Infectious Diseases in Dermatology. Genital Ulcer Infections in the Female Patient and the Vaginitides. *Dermatologic Clinics*, 15(2): 233-246.
31. **Holland-Hall C.** (2006) Sexually Transmitted Infections: Screening, Syndromes, and Symptoms. *Prim Care Clin Office Pract*, 33:433-454.
32. **Suzanne M., David V.** (1999) Office Management of Common Anorectal Problems. *Primary Care Clin in Office Pract*, 26(1): 81-100.
33. **Richens J.** (2004) ABC of sexually transmitted infections. Main presentations of sexually transmitted infections in men. *BMJ*, 328:1251-1253.
34. Sociedad venezolana de coloproctología (2007) *Dolor, sangramiento y secreción anal*. Recuperado el 17 de marzo de 2007, de <http://www.svcop.org.ve/problemas.php>.
35. **Workowski K.A., Levine W.C.** (2002) *Sexually transmitted diseases treatment guidelines 2002*. Centers for Disease Control and Prevention. MMWR Recomm Rep, 51(RR-6)1-78. Recuperado el 14 de septiembre de 2005, de <http://www.cdc.gov/std/treatment/>
36. Centers for Disease Control and Prevention (2004) *Increases in fluoroquinolone-resistant Neisseria gonorrhoeae among men who have sex with men - United States, 2003, and revised recommendations for gonorrhea treatment, 2004*. MMWR Morb Mortal Wkly Rep, 53:335-338.
37. **Berek J.S.** (2002) Infecciones genitourinarias e infecciones de transmisión sexual. En: *Ginecología de Novak*, 13a ed. McGraw Hill, México, D.F.
38. **Bohbot J.M., Zana J., Monsonego J.** (1999) Maladies Sexuellement transmissibles. *Encycl. Méd. Chir. (Elsevier, Paris-France) Gynécologie*, 360-A-10:14.
39. **Ghione M., De Palo G.** (2000) Infecciones no virales. En: *Colposcopia y patología del tracto genital inferior*. 2a ed. Editorial Médica Panamericana, Buenos Aires.
40. *The Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines* (2002). Center for Disease Control and Prevention, Washington, D.C.
41. **Cruz C., Egremy G., Ramos U.** (2004) *Manual para capacitadores en el manejo sindromático de las infecciones de transmisión sexual*. México: CONASIDA (Trabajo original publicado en 1999).
42. **Pare A.A., Gottesman L.** (1997) Anorectal Diseases. *Gastroenterology Clinics*, 26(2):367-376.
43. **Cruz C., Egremy G., Ramos U.** (2004) *Manual para capacitadores en el manejo sindromático de las infecciones de transmisión sexual*. México: CONASIDA (Trabajo original publicado en 1999).
44. **Villanueva P., Díaz P., Guido M. et al.** (2002) Prevalencia de virus de papiloma humano de alto riesgo en el epitelio anal de hombres VIH positivos. *Rev de Bioquímica*. Asociación Mexicana de Bioquímica Clínica, AC. 27(4).
45. **Chin-Hong P.V., Vittinghoff E., Cranston R.D. et al.** (2004) Age-Specific Prevalence of Anal Human Papillomavirus Infection in HIV-Negative Sexually Active Men Who Have Sex with Men: The explore Study. *The Journal of Infectious Diseases*, 190:2070-2076.

- 46. Hanson D., Diven D.G.** (2003) Molluscum Contagiosum. *Dermatology Online Journal*, 9(2):2. Recuperado el 17 marzo de 2007, de <http://dermatology.cdlib.org/92/reviews/molluscum/diven.html>
- 47. Braunwald E., Fauci A.S., Kasper D.L. et al.** (2002) Molusco contagioso En: *Harrison. Principios de medicina interna*. Ed. McGraw-Hill Interamericana, 15a ed. México, Vol. 1:1316.
- 48. Uribe M., Vargas F.** (2005) *Problemas clínicos en hepatología*. Ed. Masson Doyma México.
- 49. Dienstag J.L., Isselbacher K.J.** (2002) Hepatitis viral aguda. En: *Harrison. Principios de medicina interna*. Ed. McGraw-Hill Interamericana, 15a edición. México, Vol. 2:2011-2030.
- 50. Uribe M., Vargas F.** (2005) *Problemas clínicos en hepatología*. Ed. Masson Doyma México.
- 51. Dieterich D.** (2006) Estrategias en el manejo de la coinfección con VHC/VIH. En: *Hepatitis C. Guía de manejo 2006*. Ed. Thomson PLM, 7-21.
- 52. Dienstag J.L., Isselbacher K.J.** (2002) Hepatitis viral aguda. En: *Harrison. Principios de medicina interna*. Ed. McGraw-Hill Interamericana, 15a edición. México, Vol. 2:2011-2030.
- 53. Merck Sharp & Dohme.** *Vacuna contra la hepatitis A*. Recuperado el 18 de marzo de 2007, de <http://www.msd.com.mx/msdmexico/hcp/products/vaqta/tevaqta2.html>
- 54. Dienstag J.L., Isselbacher K.J.** (2002) Hepatitis viral aguda. En: *Harrison. Principios de medicina interna*. Ed. McGraw-Hill Interamericana, 15a edición. México, Vol. 2:2011-2030.
- 55. Uribe M., Vargas F.** (2005) *Problemas clínicos en hepatología*. Ed. Masson Doyma México.
- 56. Uribe M., Vargas F.** (2005) *Problemas clínicos en hepatología*. Ed. Masson Doyma México.
- 57. Cohen J.I.** (2002) Infecciones causadas por el virus de Epstein-Barr. En: *Harrison. Principios de medicina interna*. Ed. McGraw-Hill Interamericana, 15a ed. México, Vol. 1:1307-1310.
- 58. Centers for Disease Control and Prevention** (2007) *Epstein-Barr virus and Infectious Mononucleosis*. Recuperado el 21 de marzo de 2007, de <http://www.cdc.gov/ncidod/diseases/ebv.htm>
- 59. Fodor M.** (2002) Cáncer y sida. En: *Sida*. Ed. Mediterráneo, 3a ed. Chile, 176-205.
- 60. Kreft A., Weber A., Springer E. et al.** (2007) Bone Marrow Findings in Multicentric Castleman Disease in HIV-negative Patients. *Am J Surg Pathol*, 31(3):398-402.
- 61. Hirsch M.S.** (2002) Citomegalovirus y virus herpéticos humanos tipos 6, 7 y 8. En: *Harrison. Principios de medicina interna*. Ed. McGraw-Hill Interamericana, 15a ed. México, 1:1311-1315.
- 62. Clemades T.** (2007) Información complementaria para preparar el tema 3. En: *Manual de capacitación en ITS para promotoras de salud*. México: MEXFAM, 121-131.
- 63. Granade T.C., Parekh B.S., Tih P.M. et al.** (2005) Evaluation of Rapid Prenatal Human Immunodeficiency Virus Testing in Rural Cameroon. *Clin Diagn Lab Immunol* (7):855-860.

- 64. Álvarez C., Calva J.J., Flisser A. et al.** (2000) Interpretación y manejo de las pruebas de detección del VIH. En: *Guía para la atención médica de pacientes con infección por VIH/SIDA en consulta externa y hospitales*. 4a ed., México: CONASIDA, 19-22.
- 65. Treviño S.C.** (2005) Diagnóstico y monitorización de la infección por el VIH. En: *Manual para la atención del paciente con VIH/SIDA*. Publicaciones Permanyer. Barcelona, 31-38.
- 66. Clemades T.** (2007) Información complementaria para preparar el tema 3. En: *Manual de capacitación en ITS para promotoras de salud*. México: MEXFAM, 121-131.
- 67. Soto L.E., Méndez J., Hernández G. et al.** (2006) *Guía de manejo antirretroviral de las personas que viven con el VIH/SIDA*. 2a ed. México: CONASIDA, 2005-2006.
- 68.** Organización Panamericana de la Salud & Asociación Mundial de Sexología (2007) Promoción de la Salud Sexual: recomendaciones para la acción. En: *Actas de una reunión de consulta*. Guatemala. Recuperado el 26 de marzo de 2007, de http://www.paho.org/Spanish/HCP/HCA/salud_sexual.pdf
- 69. Clemades T.** (2007) Información complementaria para preparar el tema 3. En: *Manual de capacitación en ITS para promotoras de salud*. México: MEXFAM, 121-131.
- 70. Rubio E.** (2003) Panorama de la sexualidad y la salud sexual. En: *Hablemos de salud sexual*. México: AMSSAC/AMES/SSA, 5-26.
- 71. Abrego L., De Caso L.E., García P. et al.** (2000) Impacto psicosocial del SIDA. En: *Guía para la atención psicológica de personas que viven con el VIH/SIDA*. 2a ed. México: CONASIDA, 11-14.
- 72. Soto L.E., Méndez J., Hernández G. et al.** (2006) *Guía de manejo antirretroviral de las personas que viven con el VIH/SIDA*. 2a ed. México: CONASIDA, 2005-2006.
- 73. Soto L.E., Méndez J., Hernández G. et al.** (2006) *Guía de manejo antirretroviral de las personas que viven con el VIH/SIDA*. 2a ed. México: CONASIDA, 2005-2006.
- 74. Pedrosa L., Ramos U., Ortiz L. et al.** (2005) *Atención médica a personas violadas*. 2a ed. México: Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva.



Síndromes clínicos relacionados con diferentes trastornos y condiciones

Eva Marcela Cárdenas Godínez

Existen diversas condiciones médicas que alteran la función sexual en algunas de sus fases. Los trastornos sexuales agrupados en esta categoría sindrómica pueden corresponder a cualquiera de las fases de la respuesta sexual y debe haber la evidencia de que los síntomas aparecieron después de algún trastorno que no es en primera instancia de naturaleza sexual. Algunas de las enfermedades médicas y trastornos que con gran frecuencia llevan a un deterioro de la función sexual son la diabetes mellitus (DM), padecimientos cardiovasculares, hipertensión, hipogonadismo, enfermedad vascular cerebral, enfermedad de Parkinson, trauma perineal o de la médula espinal, procesos neoplásicos, trastorno depresivo mayor y otros trastornos de ansiedad, el uso de una gran gama de medicamentos y el abuso de sustancias, incluyendo la nicotina, entre otros.

SÍNDROMES CLÍNICOS POSTERIORES A LA DISCAPACIDAD O ENFERMEDAD

ENDOCRINOPATÍAS

Una de las pandemias que representa un problema creciente de salud pública es la diabetes mellitus (DM). En este padecimiento hay una alteración de la insulina y del paso de la glucosa al interior de algunos tipos celulares, que trae consigo una serie de complicaciones de corto y largo plazo. La Organización Mundial de la Salud estima que para el 2025 existirán 333 millones de personas con DM; México ocupa el noveno lugar de diabetes en el mundo, con 400 000 nuevos casos por año. Las complicaciones a largo plazo incluyen daño degenerativo en los pequeños vasos sanguíneos y en nervios periféricos y autonómicos que llegan a interferir en la función sexual.

El efecto de esta endocrinopatía en la función sexual difiere entre hombres y mujeres. La disfunción sexual ocasionada por la DM incluye diversos cambios fisiopatológicos, desde cambios psicológicos, de la secreción de andrógenos, en la actividad de los nervios periféricos, la función de las células endoteliales y de la actividad del músculo liso.¹ Por una parte, existe una relación plausible entre, los daños endoteliales y la neuropatía como complicaciones de largo plazo y, por la otra, la disfunción sexual en hombres. Sin embargo, ni la edad, la duración del diagnóstico de la diabetes, el control glicémico o las complicaciones de largo plazo predicen la disfunción sexual en mujeres así como lo hacen en hombres.

Diversos trabajos de investigación sobre la disfunción eréctil en hombres diabéticos se enfocan en la función del GMP cíclico (cGMP) y el óxido nítrico (NO); niveles bajos de NO han sido asociados con disfunción eréctil. Para que ocurra la erección del pene es necesario que un gran flujo sanguíneo llegue a los cuerpos cavernosos lo cual depende, a su

vez, de la presión con la que llega la sangre, la relajación del árbol arterial y del músculo liso cavernoso. Hay estudios con microscopia electrónica que evidencian los cambios en el tejido cavernoso y se ha encontrado aumento del depósito de colágeno endotelial, adelgazamiento de la lámina basal y pérdida de células endoteliales.² En un estudio transversal con 240 adultos con DM tipo 1 realizado en el Instituto de Estudios para la Familia y la Sexualidad, se buscó la prevalencia de disfunción sexual en hombres y mujeres diabéticos, la prevalencia de disfunción sexual fue de 27% en mujeres y 22% en hombres.³ No hubo diferencias en los tipos de disfunción sexual entre géneros; sin embargo, en varones los predictores más importantes para la disfunción sexual fueron una mayor edad y presencia de complicaciones de la diabetes, mientras que para las mujeres estuvieron relacionados con la depresión como padecimiento comórbido.

En otro estudio de prevalencia de disfunción eréctil realizado en Jordania en 988 hombres con diabetes, se encontró una prevalencia de 62%.⁴ La prevalencia y gravedad aumentaron con la edad, el índice llegó hasta 91% en los varones mayores de 70 años. La edad, el control glicémico, la comorbilidad con hipertensión, coronariopatía, neuropatía y retinopatía diabética fueron factores de riesgo independientes para la disfunción eréctil. Como algunos autores lo han mencionado, el control glicémico es un predictor de la disfunción eréctil en hombres con DM. Romeo y colaboradores aplicaron el IIEF-5 (*Internacional Index of Erectile Function*, versión de 5 reactivos) a 78 hombres con DM con una edad promedio de 62 años en un centro médico de la Administración de Veteranos (Veterans Affairs Medical Center) en EUA y encontraron que el puntaje de la escala era inversamente proporcional al porcentaje de hemoglobina glucosilada.⁵

Hay pocos estudios sobre los efectos que tiene la diabetes en la función sexual femenina. En las mujeres un equivalente a la erección peniana es la lubricación vaginal y la tumescencia vulvar; sin embargo, no es esta fase de la respuesta sexual la que con más frecuencia se ve alterada en las mujeres con diabetes. Las infecciones vaginales frecuentes ocasionan dispareunia y alteraciones en la lubricación vaginal, lo que llega a provocar disminución del deseo sexual. En diferentes estudios realizados por Schreiner-Engel y colaboradores se han comparado las alteraciones sexuales entre mujeres con diabetes mellitus tipo 1 y tipo 2.⁶ El hecho de que la edad de inicio en la diabetes tipo 1 sea más temprana, alrededor de los 17 años de edad, propicia que la elección del compañero sea en busca de cualidades que incluyan mayor apoyo, disposición y una mejor preparación para enfrentar un padecimiento crónico; sin embargo, en una mujer con diabetes mellitus tipo 2 (con una edad de presentación mayor de la tipo 1), la elección del compañero no fue dirigida a este propósito y por lo general ella no está preparada para enfrentarlo, lo que ocasiona más disfunción en la relación de pareja y baja autoestima. Tales factores psicológicos se reflejan en la ocurrencia de alteraciones sexuales como deseo sexual hipoactivo, disminución de la lubricación vaginal, dispareunia y disfunción orgásmica femenina.

Las implicaciones de la diabetes en la sexualidad no sólo comprenden al acto sexual, sino que también el aspecto reproductivo de la sexualidad, como disminución de la fertilidad, aborto espontáneo, óbitos y productos macrosómicos. Una gran cantidad de varones con DM se encuentran en edad reproductiva y el tratamiento puede afectar la fertilidad.⁷ Los tratamientos mecánicos presentan la posibilidad de disminuir la frecuencia eyaculatoria y,

por ende, la calidad espermática, así como un efecto negativo de los inhibidores de la fosfodiesterasa sobre la calidad espermática y el desarrollo temprano del embrión. Hay técnicas de inyección espermática intracitoplasmática que llegan a ser útiles en hombres con problemas de fertilidad, en los que la motilidad de los espermatozoides y el volumen eyaculatorio están afectados.

En un estudio aleatorizado, transversal y abierto con 4 262 pacientes con DM y disfunción eréctil en 14 países europeos, Buvat y colaboradores evaluaron la eficacia del tratamiento con tadalafil; 57.2 % prefirió tomarlo a libre demanda contra un 42.8 % que lo tomaron tres veces por semana.⁸

No existen muchos estudios acerca del tratamiento de la disfunción sexual en mujeres con diabetes. El tratamiento en este caso se basa sobre todo en aliviar síntomas como sequedad vaginal con lubricantes, tratar de manera oportuna infecciones vaginales y fomentar que la pareja explore nuevas maneras de disfrutar su sexualidad adaptándose a sus limitaciones. El hipogonadismo y la disminución de la testosterona son otros factores contribuyentes a la disfunción sexual en hombres con DM.

Las hormonas tiroideas tienen una función fundamental en la regulación del organismo y su disfunción puede ocasionar una gran variedad de signos físicos y mentales, desde síntomas ansiosos hasta cuadros psicóticos que desde el punto de vista clínico sería indistinguibles de cuadros psicóticos por otras causas. Debido a lo anterior, es de esperarse que la **disfunción tiroidea** traiga consigo también alteraciones de la función sexual. Carani y colaboradores realizaron un estudio en 2005 sobre la prevalencia de disfunción sexual en personas con hipotiroidismo e hipertiroidismo: incluyeron 48 hombres con cualquiera de estos diagnósticos y buscaron síntomas sexuales. En los individuos con hipertiroidismo encontraron una prevalencia de deseo sexual hipoactivo de 17.7%, eyaculación retardada 2.9%, eyaculación prematura 50% y disfunción eréctil de 14.7%. En los individuos con hipotiroidismo la prevalencia de deseo sexual hipoactivo, eyaculación retardada y disfunción eréctil fue de 64.3%, mientras que para eyaculación prematura fue de 7.1%.⁹

El incremento de los valores de prolactina **hiperprolactinemia**, se refleja de manera directa en la disminución de la secreción por pulsos de la hormona luteinizante (LH), que en el varón es la responsable de la producción de testosterona por los testículos. El decremento de LH ocasiona disfunción eréctil, sin embargo no es el único factor involucrado en el mecanismo de la erección y de ahí la dificultad de que esa teoría explique de un modo amplio y satisfactorio las alteraciones de la función sexual. De acuerdo con la compilación de una gran cantidad de series a ese respecto, se ha encontrado una prevalencia de la disfunción eréctil de 1 a 5% en adenoma hipofisario; asimismo, 40% de los individuos mejoraron la función sexual después del tratamiento con bromocriptina.¹⁰

En otro estudio se determinó de manera sistemática la prolactina sérica en pacientes con disminución del deseo sexual (sin disfunción eréctil), anorgasmia y eyaculación prematura, pero no se encontró ningún hallazgo de hiperprolactinemia en las dos últimas condiciones.¹¹ Por otra parte, Johri y colaboradores tampoco encontraron diferencias en los niveles séricos de prolactina en relación con el punteo de nivel de deseo sexual reportado con la escala Sexual Desire Domain del Internacional Index of Erectile Function, de 136 pacientes con disfunción eréctil con hiperprolactinemia leve o grave tuvieron criterios para una disfunción eréctil severa según la escala (más de 10 puntos en el Sexual Desire

Domain).¹²

PADECIMIENTOS CARDIOVASCULARES

El efecto de las **patologías cardiovasculares** sobre la disfunción eréctil es muy evidente: en un estudio reciente, 99% de los hombres con cardiopatía tratada, que además tenían el antecedente de tabaquismo, presentaron disfunción eréctil ajustada para la edad.¹³ La disfunción eréctil puede ser un marcador inicial de riesgo previo a la aparición clínica de enfermedades cardiovasculares.¹⁴

El **infarto agudo del miocardio** (IAM) es un padecimiento cardiovascular y su relación con disfunción sexual es alta. Existen diversos estudios que recogen evidencia acerca de la disfunción sexual secundaria a un evento como el infarto del miocardio y la isquemia cardíaca. Después de haber sufrido un IAM, hay una notable disminución de la actividad sexual, con una prevalencia de 10 a 45% de disfunción eréctil.¹⁵ La erección es un evento hemodinámico y es de suponer que alteraciones en las funciones hemodinámicas alterarán también la erección. En un estudio con 58 pacientes con disfunción eréctil, se encontró que hasta 24.1% tenían isquemia cardíaca,¹⁶ lo que representa riesgo de infarto del miocardio durante la actividad sexual, pues se incrementan las demandas de flujo sanguíneo cardíacas. En otro estudio que incluyó a 914 hombres entre 45 y 59 años, se midió la frecuencia en las relaciones sexuales, desde menos de una vez al mes hasta dos o más veces por semana, en busca del riesgo de presentar isquemia al miocardio. Según la frecuencia de las relaciones sexuales, alta, intermedia y baja, la aparición de cualquier evento isquémico cardíaco fue de 7.4, 6.2 y 9.1% respectivamente, mientras que para infarto al miocardio fue 3.5, 2.5 y 3.1%, de manera respectiva.¹⁷ La frecuencia de las relaciones sexuales no tuvo relación con la presentación del primer evento isquémico cardíaco y quizá exista cierto efecto protector para eventos coronarios fatales.

No hay gran evidencia del impacto sobre la sexualidad en personas con **hipertensión arterial**. Es factible pensar que son tres los factores que podrían causar problemas sexuales en la hipertensión: 1) el efecto directo de la enfermedad sobre la función sexual, 2) el impacto de los fármacos antihipertensivos sobre la función sexual y 3) las secuelas psicológicas de la enfermedad.¹⁸ El flujo de sangre se ve alterado y por consecuencia, se deteriora la dinámica vascular necesaria para que ocurra la erección. Sin embargo el impacto del factor psicológico es innegable: un varón que experimenta cifras elevadas de tensión arterial quizá abrigue el temor de que durante la relación sexual sufra de alguna crisis hipertensiva con resultados fatales, sobre todo si además de este padecimiento ha tenido angina de pecho, ya sea durante ejercicio físico sexual o no sexual. La muerte súbita por actividad sexual en personas con hipertensión arterial muestra índices bajos: un estudio realizado en Japón encontró un índice de 0.6% y la mayoría de estos individuos se encontraban en una relación extramarital.¹⁹

Es imprescindible que el clínico esté atento al impacto que produce la hipertensión para la vida sexual del paciente, explorar esta área ofrece alternativas de otros fármacos antihipertensivos que tengan menores efectos en la función sexual o tratamientos para disminuir tales secuelas; por otra parte, si se omite interrogar sobre los aspectos sexuales, ese ámbito queda bajo llave y se pierde la oportunidad de que mejore la calidad de vida de

los individuos con hipertensión y disfunción sexual asociada.

El tratamiento de la disfunción sexual bajo este contexto es controvertido. Algunos estudios ciegos reportan pequeñas diferencias en la alteración de la función sexual entre placebo y antihipertensivos, mientras que otros han encontrado una correlación significativa entre su uso con la aparición de alteraciones sexuales. Evidencias recientes sugieren que el losartán y los antagonistas de la angiotensina II no tienen una vinculación típica con la disfunción sexual, sino que la impactan de manera positiva, mejoran la función eréctil, la satisfacción sexual y la frecuencia de la actividad sexual, así como la calidad de vida de los pacientes, esto quizá debido a su habilidad de bloquear la angiotensina II, misma que desde hace poco ha sido reconocida como un importante mediador de la detumescencia en la disfunción eréctil.²⁰

Como en muchas áreas de la sexualidad femenina, los efectos de la hipertensión y la disfunción sexual en las mujeres es algo inexplorado, incluso las guías recientes de algoritmos de manejo para hipertensión ignoran o tocan de modo superficial lo concerniente a disfunción sexual y sólo subrayan la necesidad de dirigir más atención en este tema.²¹

Es frecuente que se presente depresión después de sufrir un **evento vascular cerebral** (EVC) y que esto, a su vez, ocasione algún tipo de disfunción sexual; sin embargo, existen otras condiciones bajo estas circunstancias que también conllevan alteraciones de la función sexual: en un estudio realizado en Corea, se buscó la relación entre la incontinencia afectiva posterior a un EVC y la disminución de la actividad sexual, dicha investigación incluyó a 70 hombres sin depresión, sexualmente activos, después de tres meses del primer EVC, con un seguimiento a 55 de ellos por dos años.²² Se les aplicó un cuestionario estandarizado para determinar la incontinencia emocional (consistente en llanto o risa excesiva e inapropiada) y la actividad sexual, donde se tomaron en cuenta el deseo sexual, frecuencia de coitos y función eréctil. A tres meses del EVC, 24 pacientes (34%) presentaban incontinencia emocional; 49, 65 y 26% presentaban disminución del deseo sexual, de la frecuencia coital y disfunción eréctil, respectivamente, estos síntomas se encontraron 2 años después del EVC: 44% disminución del deseo sexual, 49 % disminución de la frecuencia coital y 20% disfunción eréctil ($p < 0.05$). La frecuencia del coito mostró una disminución importante después del EVC ($p < 0.05$), mientras que la presencia de incontinencia emocional y la disminución de la frecuencia del coito antes del EVC estuvieron relacionadas de modo significativo con la disfunción eréctil tres meses después del EVC ($p < 0.05$). Aquellos pacientes que presentaron incontinencia emocional tres meses después del EVC tuvieron una ocurrencia mayor de disminución en la libido, de la frecuencia coital y de disfunción eréctil dos años posteriores al EVC.

En otro estudio acerca de la disfunción sexual posterior a un EVC realizado en el departamento de psiquiatría de la Universidad de Iowa, se incluyeron 75 hombres y 25 mujeres²³ el 58.6% de los hombres y 44% de las mujeres informaron disminución de la satisfacción sexual después del EVC 26.6% de hombres y 24% de mujeres con disminución del deseo sexual. Dichos pacientes tenían más síntomas depresivos y mayor disfunción de sus actividades diarias, sobre todo en los hombres y por razones poco claras las lesiones en el hemisferio izquierdo tuvieron un papel más importante en la disfunción sexual.²⁴

Un estudio prospectivo a 6 meses valoró el impacto del EVC en el deseo sexual, la excitación sexual, la frecuencia coital y la satisfacción sexual en 50 pacientes, (38 hombres, 12 mujeres de 32 a 65 años y sus parejas).²⁵ Todos los aspectos de la sexualidad analizados —como libido, frecuencia de coitos, erección, eyaculación, lubricación vaginal, orgasmo y satisfacción sexual— mostraron una disminución después de la ocurrencia del EVC. La disfunción sexual estuvo relacionada de manera significativa ($p < 0.05$) con la presencia del hemisíndrome sensorial. Después de seis meses del EVC, 28% de los pacientes dejaron de tener actividad sexual. La conclusión de esta investigación, al igual que lo encontrado por muchos otros autores, es que la etiología de la disfunción sexual después de un EVC resulta multifactorial, tanto por factores de origen orgánico como psicológico.

En contraste, a pesar de que la disminución de la actividad sexual es más común después de un EVC, la hipersexualidad también llega a presentarse. Monga y colaboradores reportaron tres casos de pacientes (un hombre de 53 años, y dos mujeres de 47 y 55 años) que habían sufrido infarto cerebral temporal demostrado por tomografía axial computada y actividad epileptiforme posterior al mismo.²⁶ El varón presentó aumento del deseo sexual, la frecuencia coital y tendencia al priapismo; las dos mujeres tuvieron conductas sexuales desinhibidas, labilidad emocional e hiperfagia. Hallazgos similares se han encontrado también en estudios experimentales con animales y en pacientes sin infarto cerebral con presencia de epilepsia del lóbulo temporal.

CÁNCER

Uno de los principales problemas de salud pública —por el que según estadísticas de la OMS fallecen cada año más de seis millones de personas— es el cáncer, pese a los avances tecnológicos y científicos a ese respecto. La OMS calcula que para el año 2025 se presentarán 15.5 millones de nuevos casos. Las estadísticas mexicanas de los servicios de salud reportan a las causas oncológicas como la segunda causa de muerte en el país, sólo detrás de las enfermedades cardiovasculares. De acuerdo con el Registro Histopatológico de Neoplasias Malignas de 1998, el cáncer cérvico uterino ocupó el primer lugar con 22 000 casos por año, le siguieron 11 139 de carcinoma de mama, 6 146 de cáncer de próstata, y 4 594 de ganglios linfáticos en la población general.

Los procesos neoplásicos tienen un impacto importante en la sexualidad, tanto por los efectos físicos como psicológicos de la patología y de los fármacos encaminados a su tratamiento. Existe un riesgo de 13.4% de presentar cáncer de mama en el curso de la vida en las mujeres de la población general, y se estimaba que para el 2005, 60 000 mujeres entre los 20 y 50 años desarrollarían cáncer de mama.²⁷ Uno de los principales aspectos implicados en el cáncer de mama es la alteración de la autoimagen, por los tratamientos utilizados tanto quirúrgicos, radiológicos y quimioterapéuticos, y mientras a menor edad ocurra la enfermedad, las implicaciones psicosociales son mayores, por los efectos secundarios y la disminución en la esperanza de vida. Los senos son un símbolo de feminidad y sexualidad, el impacto del cáncer de mama y la mastectomía en estos ámbitos suele ser devastador sobre las mujeres que lo sufren. En ocasiones, una mastectomía es el factor precipitante de un divorcio o de problemas y rupturas de pareja; sin embargo, la salud mental, la satisfacción de la relación de pareja y la vida sexual previas son mejores

predictores de la satisfacción sexual posterior al diagnóstico de cáncer y de mastectomía. En una revisión sobre el impacto del cáncer de mama en la sexualidad femenina, se encontró que no hay una prevalencia elevada de disfunción sexual, a pesar de ser un evento estresante en sentido emocional y que las mujeres que tuvieron un riesgo mayor tenían desde antes relaciones conflictivas, poca capacidad de adaptación psicológica o problemas sexuales.²⁸ La conservación de las mamas tiene un impacto importante en la calidad de vida y las pacientes que no son sometidas a mastectomía tienen pensamientos más positivos sobre su apariencia desnuda que aquellas en quienes sí se realizó la intervención quirúrgica. Como muchos autores lo mencionan, los factores maritales y psicológicos son cruciales en la presencia de disfunción sexual en las mujeres con cáncer de mama.²⁹⁻³¹

Deben tenerse en cuenta los factores de riesgo premórbidos, pues como ya se mencionó sólo una minoría de parejas sufren disfunción sexual después de haber enfrentado el cáncer de mama y quienes sí la presentan por lo general tienen una historia de disfunción sexual previa al cáncer.³² La falla ovárica llega a ocurrir en 89% de las pacientes con cáncer de mama tratadas con quimioterapia, además, quienes tienen estadios avanzados y metástasis con frecuencia requieren ooforectomía, lo cual conduce a una reducción de los estrógenos circulantes, con atrofia vaginal y dispareunia. Dado que los ovarios son sitios productores de testosterona, esta última tiende a disminuir, lo cual en ocasiones condiciona disminución del deseo sexual y alteraciones en la capacidad para alcanzar el orgasmo. La edad de exposición al tratamiento se relaciona de manera directa con la gravedad de la disfunción sexual, las mujeres que continúan menstruando después del tratamiento presentan menos alteraciones sexuales. El tamoxifén (utilizado como tratamiento hormonal para el cáncer de mama) ocasiona atrofia vaginal y disminución del deseo sexual. Diversos factores contribuyen para que exista una disfunción sexual en pacientes con cáncer de mama, de hecho, los factores no hormonales (como fatiga, náuseas, preocupaciones acerca de la fertilidad, mortalidad, impacto en la economía del individuo y sus familias) desempeñan una función importante en la presencia de este tipo de trastornos sexuales. Muchas mujeres temen que su capacidad sexual se vea comprometida por el cáncer de mama y que su compañero en secreto desee abandonarla para estar con alguien sana.

Los hombres que sufren de **cáncer testicular** enfrentan cambios importantes de la fertilidad, la autoestima y la sexualidad. En 1997, Arai y colaboradores llevaron a cabo un estudio sobre la sexualidad y la fertilidad en los sobrevivientes a largo plazo de cáncer testicular, en el cual reclutaron a 126 pacientes que no tuvieron evidencia de enfermedad por un año.³³ Todos los pacientes habían recibido tratamiento antineoplásico, con monoterapia o multimodal. Consideraron cuatro grupos de tratamiento: 1) quimioterapia combinada con cisplatino como base y resección de nódulos retroperitoneal es 2) quimioterapia combinada, 3) radioterapia infradiafragmática y 4) terapia de seguimiento. Los resultados sobre la función sexual señalaron que entre 20 y 30% de los hombres reportaron pérdida importante del deseo sexual en todos los grupos. Aunque no hubo una correlación significativa desde el punto de vista estadístico, la disminución del potencial de erección fue mayor entre el grupo de hombres de mayor edad que recibieron radioterapia, lo cual quizá reflejó la relación con la edad, más que el efecto de la terapia utilizada. En este mismo grupo de radioterapia se encontró reducción de la intensidad del orgasmo y eyaculación prematura (40%). Los varones bajo quimioterapia más disección de nódulos

linfáticos retroperitoneales informaron una mayor disminución del volumen del semen en la eyaculación; de ellos, 74% tuvieron eyaculaciones secas. Sin embargo, la mayoría de los pacientes no reportaron cambios en la satisfacción sexual. Estudios controlados indican que la disfunción sexual después del tratamiento del cáncer testicular persiste por más de dos años,³⁴ sin embargo, como ocurre con muchos de los temas relacionados a la sexualidad, hacen falta mejores evidencias de estudios controlados para determinar el impacto del cáncer testicular, la modalidad de tratamiento y las reacciones psicológicas de ambos.

En el *Michigan Urology Center* (EUA), se evaluó a 896 pacientes con **cáncer de próstata** in situ sobrevivientes a tratamiento y la asociación entre la motivación sexual y los tipos de terapia para disfunción eréctil.³⁵ Los pacientes que participaron en el estudio habían sido sometidos a alguno de los siguientes tratamientos: braquiterapia, radioterapia o prostatectomía radical. Además fueron clasificados por el tipo de tratamiento para el cáncer de próstata, la motivación sexual y el tipo de terapia para la disfunción eréctil. Se encontró que la calidad de las erecciones no fue diferente entre los pacientes con tratamiento para la disfunción y los que no lo recibían; 30% de los pacientes con cáncer de próstata utilizaban medicamentos para disfunción eréctil, contra 13 de los controles. Algunos de los pacientes se mostraron indiferentes antes los síntomas de disfunción eréctil y no buscaron tratamiento, de los cuales 48% fueron tratados con braquiterapia, 61% con radioterapia y 23% con prostatectomía radical ($p < 0.01$).

Hay varios estudios que han revisado la incidencia de disfunciones sexuales en hombres con **cáncer colorrectal**. En un estudio con 91 pacientes sometidos a resección radical curativa de cáncer rectal en Turquía, se determinó la incidencia y los tipos de disfunción sexual que presentaban. Fue utilizada una escala autoaplicable para medir la función eréctil y dividieron a los participantes en dos grupos: uno con pacientes tratados con resección curativa radical sin disección sistemática extendida de nodos linfáticos y otro con disección sistemática extendida de nodos linfáticos.³⁶ Los hallazgos fueron una función sexual posoperatoria disminuida en ambos grupos ($p < 0.05$), sin diferencias entre cada uno de los grupos. La conclusión fue que no hay un efecto aditivo en la incidencia de la disfunción sexual en los pacientes con o sin disección linfática y que la ansiedad ante el hecho de presentar una enfermedad maligna y la presencia de colostomía tienen un papel importante en la disfunción sexual de estos varones.

A pesar de que se han introducido técnicas quirúrgicas menos cruentas, hay una gran incidencia de problemas vesicales y sexuales secundarios al tratamiento del cáncer colorrectal, entre las principales alteraciones sexuales se encuentran la disfunción eréctil y la eyaculación retrógrada.³⁷ En 2005, Heriot y colaboradores encontraron que la radioterapia tiene efectos adversos en la habilidad para alcanzar y mantener una erección, lograr el orgasmo y permanecer sexualmente activo, en comparación con pacientes que sólo son sometidos a cirugía ($p < 0.05$) y la disfunción sexual es más frecuente mientras mayor es la edad del sujeto ($p < 0.001$).³⁸

En cuanto a estudios hechos en población femenina con cáncer rectal, Hendren y colaboradores reclutaron a todos los pacientes sometidos a cirugía rectal curativa entre 1980 y 2003, en el Departamento de Cirugía del Hospital de Mount Sinaí, en Toronto, Ontario (Canadá);³⁹ 81 pacientes fueron mujeres, de las cuales 32% tenían una vida sexual activa después de la cirugía, comparadas con 61% de mujeres con actividad sexual antes de

la cirugía ($p < 0.04$); 29% mencionaron que la cirugía había empeorado su vida sexual. Los problemas específicos en las mujeres fueron disminución del deseo sexual (41%), decremento en la excitación (29%), alteraciones en la lubricación (56%), trastorno orgásmico (35%) y dispareunia (46%). Concluyeron, al igual que muchos otros autores, que los problemas sexuales posteriores a la cirugía curativa de cáncer rectal son comunes, multifactoriales, poco discutidos y poco tratados.

El **cáncer cérvico uterino** ocupa el primer lugar entre las causas de muerte por cáncer de las mujeres en México. Las alteraciones de la función sexual que se encuentran sobre todo después del tratamiento con radioterapia son disminución de la excitación, trastornos del orgasmo, disminución del deseo sexual y síndromes dolorosos sexuales; algunos tratamientos propuestos son la terapia de estimulación del clítoris con accesorios vibratorios, lo cual mejora la coloración y la elasticidad vaginales, disminuye el sangrado y la ulceración.⁴⁰

A pesar de que abunda la literatura relacionada con las intervenciones terapéuticas encaminadas a mejorar la disfunción sexual en pacientes con cáncer, hay pocos resultados provenientes de estudios clínicos controlados, se requiere más información para obtener estrategias y criterios de intervención, además de criterios apropiados para los resultados y los diseños de investigación.⁴¹

NEFROPATÍAS

Como se ha revisado parte de una función sexual plena es un estado físico y mental saludable. Las nefropatías no son la excepción en cuanto a la comorbilidad con disfunciones sexuales se refiere. Los trastornos más comunes incluyen disfunción eréctil, alteraciones menstruales, disminución del deseo sexual y alteraciones en la fertilidad en ambos sexos; tales efectos tienen un origen sobre todo orgánico, como aquellos relacionados con la uremia y otras condiciones comórbidas que aparecen en los pacientes con enfermedades renales crónicas; la fatigabilidad y los factores psicosociales contribuyen también en gran manera. El eje hipotálamo-hipófisis-gonadal se altera incluso antes de la diálisis y empeora después de que esta última se implementa.⁴²

Hay diferencias por género en la presencia de alteraciones en las hormonas sexuales. En los hombres con uremia la disfunción gonadal es más prominente, mientras que en las mujeres el eje hipotálamo-hipófisis-gonadal es el que se muestra más afectado. El tratamiento debe ir dirigido primero a que las condiciones del tratamiento de la nefropatía sean óptimas, corregir la anemia si existe y controlar con vitamina D el hiperparatiroidismo secundario cuando está presente. El sildenafil es un fármaco de elección para muchos nefrólogos experimentados como tratamiento para la disfunción eréctil, y si sólo se presenta la disminución del deseo sexual también debe considerarse el uso de testosterona en hombres. En las mujeres con uremia es preciso dar un seguimiento ginecológico regular para detectar cualquier complicación potencial de la terapia estrogénica, deben advertírseles que eviten el embarazo durante la diálisis. El trasplante renal exitoso quizá disminuya de manera sustancial la disfunción sexual asociada con el padecimiento renal crónico.^{43,44,45} En el departamento de Urología del Hospital General de Shenyang, en China, se investigaron los efectos del trasplante renal en la función sexual y se halló que al

anastomosar las arterias ilíacas externas del receptor a las arterias renales del donador la función sexual mejora, lo que significa que las anastomosis con las arterias ilíacas internas llegan a afectar de manera directa la función sexual.⁴⁶

EPILEPSIA

Es frecuente que no se exploren síntomas sexuales en pacientes con epilepsia. La disfunción sexual en epilepsia se ve alterada y no sólo (como ya se mencionó) con hipersexualidad.⁴⁷ Además de la disfunción sexual que llega a presentarse en personas que sufren de epilepsia, otro factor que contribuye a esto es la incidencia de depresión. Es frecuente que un paciente depresivo muestre disminución del deseo sexual; sin embargo, no es muy clara su asociación con la epilepsia, quizá la acción de los fármacos encaminados al tratamiento de la epilepsia —los cuales disminuyen los niveles circulantes de hormonas sexuales— constituya un factor importante para las alteraciones sexuales.

En las mujeres, la pérdida o disminución del deseo sexual y la dificultad para alcanzar el orgasmo es la forma más común de disfunción sexual en la epilepsia, pero no hay tratamientos farmacológicos aprobados para su tratamiento. Se han utilizado terapias de reemplazo estrogénico cuando no existen contraindicaciones propias de su uso o lubricantes vaginales para aliviar la sequedad vaginal relacionada con la falta de deseo sexual. La eyaculación prematura, así como la disfunción eréctil en los hombres son las principales disfunciones sexuales observadas. Los fármacos de elección son los inhibidores de la fosfodiesterasa tipo 5 en la disfunción eréctil y, aunque se utilizan con éxito los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS) y las cremas anestésicas para la eyaculación prematura, estos fármacos no están aprobados como tratamientos específicos para este propósito.

Otras opciones terapéuticas en hombres que se encuentran tomando medicamentos antiepilépticos son el uso de inhibidores de aromatasa y testosterona, pero esto aún se encuentra bajo investigación.⁴⁸ Bone y colaboradores, realizaron una revisión sobre la disfunción sexual en hombres con epilepsia, ellos encontraron que se ha reportado una prevalencia de disfunción sexual en la población general de hombres sanos de hasta un 10%, mientras que en los hombres con epilepsia llega a ser del 40 al 70%.⁴⁹ La causa es multifactorial; sin embargo, hay tres factores principales: 1) la epilepsia por sí misma, 2) los fármacos antiepilépticos y 3) las comorbilidades psiquiátricas. Así, por ejemplo, los medicamentos antiepilépticos que ocasionan inducción de la actividad de las enzimas hepáticas, aceleran el metabolismo de los esteroides sexuales (carbamacepina y fenitoina); otros, como el valproato, inhibidor enzimático y con alta afinidad de unión a proteínas, aumenta los niveles séricos de andrógenos. Si estos fármacos ocasionan serias alteraciones sexuales, debe pensarse en utilizar alguno con menos efectos secundarios, como el cambio de carbamacepina por oxcarbacepina y, en ocasiones, la disfunción eréctil secundaria al uso de carbamacepina es resuelta. Si un cambio de fármaco no resuelve la disfunción sexual, una opción es considerar tratamientos con terapia androgénica o bromocriptina. Incluso la testosterona quizá no sólo resulte benéfica en el tratamiento de la disfunción sexual inducida por antiepilépticos, sino que además reduce la frecuencia de las crisis convulsivas. El sildenafil es también otro tratamiento de elección, sin importar el tipo de disfunción

sexual de que se trate.

Como muchos otros autores han mencionado, el origen multifactorial de la disfunción sexual en personas con epilepsia es indudable y cabe resaltar las complicaciones psicosociales asociadas con estos disturbios que se reflejan en la salud reproductiva y la sexualidad, este problema debe investigarse a fondo. Muchos de los pacientes con epilepsia la sufren desde una edad temprana y quizá el punto comparativo de actividad y funcionamiento sexual no sea evaluado de manera correcta por el propio individuo, pues tal vez su actividad sexual nunca fue la de un adulto promedio.⁵⁰ Se estima que de 30 a 60% de las mujeres con epilepsia sufren trastorno del deseo sexual, falta de lubricación vaginal, dispareunia y vaginismo. En un estudio clínico con 57 mujeres con epilepsia en edad reproductiva, en la Ciudad de Nueva York, se encontró que la disfunción sexual es más común en mujeres con epilepsia parcial, que reciben fenitoína y que tiene bajos niveles de estradiol y dehidroepiandrosterona.⁵¹ El tratamiento propuesto para la disfunción sexual asociada con epilepsia es, por lo general, el que se señala en las guías estándar para el manejo de las disfunciones sexuales, en las mujeres no hay fármacos aprobados para este propósito y se utilizan los estrógenos orales o lubricantes vaginales. En hombres, los inhibidores de la fosfodiesterasa tipo 5 son ahora la primera línea de tratamiento, así como los ISRS o cremas tópicas anestésicas para retrasar la eyaculación en trastornos por eyaculación prematura.⁵²

ESCLEROSIS MÚLTIPLE

Son múltiples las alteraciones sexuales que es posible observar en las personas que sufren de esclerosis múltiple, entre algunas se encuentra la disminución del deseo sexual, sensaciones genitales displacenteras por las alteraciones del sistema nervioso, disminución de la frecuencia de la actividad sexual, alteraciones en la calidad del orgasmo, disfunción eréctil, falta de lubricación vaginal, disminución de la turgencia vaginal y vulvar, así como disminución del tono de los músculos perineos. Como ocurre en otros padecimientos que no son en primera instancia de tipo sexual, los clínicos omiten explorar a fondo los síntomas sexuales, a pesar de ser una parte importante en la vida de los individuos y contribuir a percibir una mejor calidad de vida y una mayor autoestima. Los cambios cognitivos quizá sean interpretados por la pareja como pérdida del interés, el temblor y la espasticidad tal vez hagan pensar al paciente en el riesgo de lastimar al otro, lo que en ocasiones trae consigo disminución del deseo sexual y repercute en la calidad de la relación de pareja.⁵³ La frecuencia reportada de disfunción sexual en la esclerosis múltiple llega a ser tan alta como 77% en los hombres y 56% en las mujeres.

En un estudio realizado en el Centro de Esclerosis Múltiple de Israel, se examinaron las quejas más frecuentes sobre la actividad sexual, la gravedad de la disfunción sexual y su correlación con las variables psicológicas, neurológicas y radiológicas. Participaron en el estudio 41 pacientes con esclerosis múltiple, de los cuales 32 eran mujeres y 9 hombres, con una edad promedio de 34 años; todos habían estado libres de medicamentos en las últimas cuatro semanas y eran pacientes ambulatorios. Utilizaron un cuestionario autoaplicable que incluía reactivos sobre la disminución del deseo sexual, alteraciones en la fase de excitación, disfunción eréctil, eyaculación prematura y anorgasmia. En los

resultados reportaron que 50.5% de las mujeres y 55.5% de los hombres tenían al menos una disfunción sexual, la más frecuente de ellas era la disminución del deseo sexual para ambos sexos. Las mujeres reportaron una mayor gravedad en la disfunción sexual que los varones. No encontraron una correlación significativa entre la edad, la duración de la enfermedad, el puntaje de la escala de Krutzke (versión de 1983), *Expanded Disability Status Scale* (EDSS) o la ansiedad. Encontraron una correlación significativa entre la presencia de disfunción sexual y la severidad de la depresión, entre la anorgasmia y las anomalías de la médula espinal y las alteraciones piramidales.⁵⁴

Los fármacos utilizados en el tratamiento de la esclerosis múltiple, como los anticolinérgicos y antimuscarínicos, también interfieren en el funcionamiento sexual.⁵⁵ El que muchos pacientes tengan una libido abolida o disminuida no significa que cese la expresión de su erotismo, hay vías intactas que pueden estimularse para conseguir una respuesta sexual y es necesario que se enseñe a los pacientes con estos problemas a encontrar nuevas formas para continuar una vida sexual exitosa.⁵⁶

Existen muchas técnicas para mejorar el placer sexual, como los ejercicios pélvicos de Kegel, que consisten en contracciones de los músculos perineales, para mejorar el control sobre ellos e incrementar el tono, lo que permite una mayor sensibilidad en el acto sexual. El uso de lubricantes vaginales alivia la sequedad vaginal y las posturas que no representen un gasto importante de energía pueden ser otras técnicas que ayuden a las mujeres a tener una vida sexual más confortable. Los varones, en quienes la disfunción eréctil es la más frecuente de las disfunciones sexuales, también hay alternativas de tratamiento. Se recomienda realizar evaluaciones clínicas y practicar estudios de gabinete como el ultrasonido doppler peniano o la prueba de tumescencia peniana nocturna, para así ofrecer mejores alternativas de tratamiento. Los inhibidores de la fosfodiesterasa-5 como el sildenafil, tadalafil y vardenafil son una opción en estos pacientes, si se siguen las consideraciones propias de los fármacos. El vardenafil y el sildenafil no deben utilizarse más de una vez al día y el tadalafil ha reportado ser eficaz hasta por 36 horas. Debe tenerse mucha atención en las condiciones cardiovasculares y en pacientes que se encuentran recibiendo nitrato, pues llega a ocurrir hipotensión, infarto miocárdico, EVC o incluso la muerte.⁵⁷

DISLIPIDEMIAS

Existen modelos animales para investigar la relación que existe entre las dislipidemias y la disfunción eréctil. En el Centro de Investigación Clínica de la Universidad de Inha, Corea, se realizó un estudio que evaluaba la expresión de factores angiogénicos que en potencia podrían involucrarse en la homeostasis del pene, en un modelo de disfunción sexual en ratas con hipercolesterolemia. Los resultados demostraron que la presión arterial intracavernosa fue significativamente menor en ratas con hipercolesterolemia que en las sanas ($p < 0.01$) y en el estudio por RT-PCR (*Reverse transcriptase polymerase chain reaction*) hubo una expresión más baja del gen del factor de crecimiento vascular endotelial, de la angiopoyetina-1 y 2 y, de modo significativo, de la expresión de la proteína del factor de crecimiento vascular endotelial y de la sintetasa del óxido nítrico fosfoendotelial en ratas con hipercolesterolemia en comparación con los controles. Como

conclusión de ese estudio, la regulación a la baja de la expresión de factores angiogénicos y la señal de las moléculas *downstream*, así como la disminución del contenido endotelial de los cuerpos cavernosos en las ratas con hipercolesterolemia llega a desempeñar una función muy importante en el deterioro de la función eréctil.⁵⁸ En otro estudio, también en ratas, de la Universidad Nacional de Singapur, se determinó que después de la administración de fructosa al 10% aumentaban los niveles de triglicéridos cuatro veces más de lo normal, lo que condicionaba una alteración en el comportamiento copulatorio, con prolongación de la monta, de la intromisión y la latencia eyaculatoria, así como una disminución de la presión intracavernosa en respuesta al estímulo eléctrico nervioso, en comparación con los grupos de ratas sin elevaciones de triglicéridos, lo que llevó a los autores a concluir que los triglicéridos tienen un fuerte impacto en la disfunción eréctil, en especial la hipertrigliceridemia.⁵⁹

LESIONES DE LA MÉDULA ESPINAL

La disfunción sexual es común en personas que han sufrido lesiones de la médula espinal. En las mujeres se presenta con mayor frecuencia dificultad para alcanzar la excitación sexual genital, para lo que se han desarrollado tratamientos de estimulación genital. El uso de estimulación vibratoria del clítoris aumenta la excitación genital; sin embargo, no hay diferencias significativas desde el punto de vista estadístico en comparación con la estimulación manual.⁶⁰ Hay estudios que respaldan la hipótesis de que el sistema nervioso simpático regula la vasocongestión genital psicogénica, y el orgasmo es una respuesta refleja del sistema nervioso autónomo.⁶¹ La lubricación vaginal psicogénica se mantiene con la sensación de pinchazos en los dermatomos T11-L2, la lubricación refleja ocurre en las mujeres con lesiones de neurona motora superior que afecta a segmentos sacros, por lo que la estimulación eléctrica llega a ser una herramienta valiosa en la mejora de la respuesta sexual, así como vesical e intestinal.⁶²

En lo que se refiere a los varones, un número sustancial de sujetos jóvenes que han sufrido lesiones de la médula espinal ven afectado, su funcionamiento sexual aun que, por lo demás, son sanos y activos. La disfunción eréctil es una consecuencia común y algunos estudios han demostrado que el sildenafil es un fármaco útil para el tratamiento de la disfunción sexual por diferentes etiologías. En una revisión sobre el tema se encontró que 94% de los pacientes en tratamiento con sildenafil mejoran la función eréctil y la habilidad para llevar a cabo una relación sexual y más de 72% de los intentos de coito son exitosos; desde luego que la respuesta al fármaco es mejor si la lesión de la médula espinal es incompleta.⁶³

SÍNDROMES CLÍNICOS POSTERIORES A UNA ENFERMEDAD MENTAL

Existe una directa relación entre trastornos psiquiátricos y disfunciones sexuales, y los encargados de la salud mental deben tener en cuenta dicha asociación. Sin embargo, la mayor parte de la literatura hace referencia a las alteraciones de la función sexual

secundaria al tratamiento farmacológico de los padecimientos mentales, aspecto que se considera en el apartado sobre síndromes sexuales posteriores a medicación.

Es indudable que existen alteraciones de la función sexual en personas que padecen **esquizofrenia**. Sería sorprendente que ante todos los cambios cognitivos, conductuales y del afecto, la función sexual permaneciera sin cambios, y no sólo en lo que respecta a la función sexual en su aspecto físico, sino también a lo relacionado con el desarrollo de las relaciones.

Las mujeres con esquizofrenia presentan mayor disfunción sexual antes y después del primer episodio psicótico y 60% de los individuos con esquizofrenia nunca han experimentado un orgasmo y presentan incidencia alta de abuso sexual durante la infancia.⁶⁴ En un estudio de casos y controles se incluyó a 98 personas con diagnóstico de esquizofrenia y 81 controles sanos, y se les aplicó la escala autoaplicable *self-completed gender specific questionnaire*. Se encontró que más pacientes que sujetos control presentaban disminución de la actividad sexual y menor frecuencia en la masturbación (27%), así como más de una disfunción sexual (82 contra 38%). Los sujetos varones con esquizofrenia exhibieron más dificultades para mantener una erección (36 contra 6%) y mostraron eyaculación prematura en mayor porcentaje (35 contra 3%). En cuanto a la satisfacción y la intensidad del orgasmo, 33% de los sujetos con esquizofrenia se sintieron insatisfechos en comparación con 3% de los controles. En las mujeres, 96% de las pacientes tuvieron al menos una disfunción sexual y mostraron tendencia a disfrutar menos del acto sexual (46%).⁶⁵

El contenido de las ideas delirantes o las alucinaciones con frecuencia son sexuales. Como en otros padecimientos, la disminución de la calidad de la función sexual repercute de manera directa con la calidad de vida global del individuo y su apego farmacológico. En una revisión realizada en la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, Argentina, se encontró que hay un alto porcentaje de disfunciones sexuales en sujetos con esquizofrenia: en mujeres 28 a 40% y en hombres 40 a 60%, con diferentes etiologías, no sólo secundarias a la propia enfermedad, sino a la edad (35-41%) y a los efectos secundarios de los medicamentos (26 a 36%); 32% de la muestra reportó tener relaciones sexuales al menos una vez al mes y menos de 5% dijo tener una pareja estable.⁶⁶

En varones con esquizofrenia no se observan diferencias significativas de la disfunción sexual en relación con la gravedad de la enfermedad, y quienes presentan disfunción sexual tienen una menor calidad de vida global, tienden a mostrar una menor frecuencia una pareja sexual estable y la relación de pareja es menos satisfactoria.⁶⁷

La frecuencia de las disfunciones sexuales es significativamente más alta en pacientes con niveles elevados de prolactina secundaria al uso de antipsicóticos, y las principales alteraciones son la disfunción eréctil y la disminución del deseo sexual.⁶⁸ En conclusión, es alta la presencia de alteraciones sexuales en pacientes con esquizofrenia y aún hacen falta estudios dirigidos a dar un tratamiento apropiado a esta condición comórbida.

La pérdida del deseo sexual afecta de 25 a 75% de los pacientes con **depresión unipolar**, y su prevalencia parece estar ligada a la gravedad de este padecimiento; los trastornos en la excitación son relativamente comunes también, sin diferencias en el género, de los que alrededor de 25% experimentan problemas con la erección o la lubricación.⁶⁹ En 1967, Beck ya había descrito que dentro de la fenomenología de la depresión hay pérdida del

deseo sexual y que esto tal vez estaba asociado con la fatigabilidad, la pérdida del apetito, de peso e insomnio, y dedujo que estas alteraciones sexuales tenían bases más físicas que psicológicas.⁷⁰ Muchos autores coinciden en que la disminución del deseo sexual afecta de manera desproporcionada a los pacientes con depresión; otro problema es que, además, el tratamiento antidepresivo tiene efectos deletéreos en la sexualidad de los pacientes y en algunos casos ha sido el motivo del abandono al tratamiento, pues llegan a resultar más importantes los problemas sexuales que los síntomas depresivos.⁷¹ De manera sorprendente, la mayoría de los estudios sobre la disfunción sexual en la depresión van encaminados a los efectos de los antidepresivos, de modo que hace falta investigación sobre la fisiopatología sexual en los pacientes deprimidos no tratados.

Los efectos de los **trastornos de ansiedad** en la sexualidad son diversos y frecuentes, aquí no se abordará el tema relacionado con el abuso sexual, la ansiedad y su repercusión en el funcionamiento sexual, más bien, el enfoque consistirá en revisar las disfunciones sexuales que más a menudo se presentan en los trastornos de ansiedad. Los síntomas de ansiedad flotante tienen una relación directa con la presencia de disfunción eréctil y a menudo se encuentran problemas relacionales y estresores de vida.⁷² Se han realizado estudios de electrofisiología para medir la respuesta eléctrica vaginal en mujeres con ansiedad, con el hallazgo de que está disminuida de manera inversamente proporcional a la intensidad de los síntomas ansiosos, lo cual permite señalar que el sistema nervioso simpático influye sobre la excitación sexual y mecanismos de interferencia cognitiva asociados con la ansiedad.⁷³

Los pacientes con **trastorno obsesivo-compulsivo** son otro grupo importante dentro de los desórdenes mentales. A pesar de que con frecuencia refieren poca satisfacción sexual, hay muy pocos estudios dirigidos a explorar aspectos sexuales en este tipo de pacientes, fuera del contenido sexual de las obsesiones. En un estudio realizado en el Departamento de Psiquiatría del Instituto de Neurociencias Rudolf Magnus, en los Países Bajos, fue realizada una comparación entre pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo y controles sanos de la apreciación subjetiva de la sexualidad y el funcionamiento sexual. Los pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo reportaron más disgusto sexual ($p < 0.001$), menos deseo sexual ($p < 0.001$), menor excitación sexual ($p < 0.001$) y orgasmos menos satisfactorios ($p < 0.001$) que los controles. Los autores de esta investigación señalan que tales alteraciones de la función sexual no son atribuibles a la medicación ni a las ideas obsesivas de contaminación.⁷⁴

SÍNDROMES CLÍNICOS POSTERIORES A LA MEDICACIÓN U OTRAS INTERVENCIONES MÉDICAS Y QUIRÚRGICAS

Como ya se mencionó, una gran variedad de fármacos inducen disfunción sexual. Entre los efectos secundarios de algunos fármacos en la sexualidad femenina se encuentran los siguientes: 1) alteraciones en el deseo (como hiposexualidad, inhibición del deseo, aversión al sexo, hipersexualidad, angustia o fobia sexuales) y tendencias a manifestar comportamientos, pensamientos o rutinas obsesivo-compulsivas (como masturbación

excesiva o limpieza excesiva en el sexo), 2) trastornos de la lubricación, 3) trastornos orgásmicos (p. ej., inhibición orgásmica, anorgasmia, disminución del número de orgasmos, percepción alterada del orgasmo, anestesia del orgasmo y orgasmo espontáneo), 4) dispareunia (entre los que caben dolor en el momento del coito, dolor después del coito y orgasmo doloroso), 5) desórdenes menstruales (dismenorrea, menorragia y amenorrea), 6) hipertrofia clitorídea, 7) infertilidad por disminución de la frecuencia ovulatoria, descenso en la calidad del óvulo e hipofertilidad, 8) trastornos mamarios (galactorrea, ginecomastia, dolor e hipersensibilidad) y 9) parafilias.⁷⁵

En varones, algunos fármacos llegan a ocasionar también una gran variedad de alteraciones en su sexualidad: 1) alteraciones en el deseo sexual (hiposexualidad, inhibición del deseo, aversión, hipersexualidad, fobia o angustia, síntomas obsesivo-compulsivos), 2) anormalidades de la erección (p. ej., incapacidad o dificultad para obtener o mantener una erección, disminución de la firmeza de la erección, eyaculación con pene flácido o semiflácido, erección dolorosa, enfermedad de Peyronie, priapismo y disminución o ausencia de las erecciones nocturnas y matutinas), 3) infertilidad debida a malformaciones o disminución de la espermatogénesis, merma en la motilidad espermática, hipogonadismo y atrofia testicular; 4) trastornos del orgasmo y la eyaculación (como incompetencia eyaculatoria, retardo o inhibición de la eyaculación, eyaculación sin orgasmo, orgasmo sin eyaculación, eyaculación retrógrada, disminución del volumen eyaculatorio, eyaculación anestésica, orgasmo espontáneo, eyaculación dolorosa y eyaculación prematura), 5) dispareunia, al igual que en las mujeres dolor durante el acto sexual, dolor posterior al coito y durante la eyaculación —las dos últimas categorías son iguales a las encontradas en mujeres—, 6) trastornos mamarios y 7) parafilias.

Crenshaw recomienda dar ciertos pasos para identificar las disfunciones sexuales secundarias al uso de medicamentos, que no están descritas de manera específica en la farmacología sexual: en el primero recomienda buscar el medicamento que toma el paciente en la guía de fármacos disponible para el país en que se vive. Después, es necesario identificar la serie de efectos sexuales secundarios indirectos atribuidos al fármaco, por ejemplo, síntomas depresivos. En tercer lugar es preciso resaltar, mediante exploración, los efectos sexuales directos de la sustancia en el paciente. A continuación deben buscarse los mecanismos de acción del fármaco y si su mecanismo de acción interfiere con la fisiología conocida de la respuesta sexual. El clínico determina a través de la revisión de bibliografía si los efectos del fármaco son negativos o positivos para la función sexual, además de identificar si hay especificaciones para el género y, por último, es importante que revise las semejanzas con cualesquier sustancia que sí se encuentre referida en las guías de farmacología sexual.

Hay diversos estudios que determinan la presencia de disfunción sexual en personas que toman antipsicóticos y es un aspecto en el que los clínicos han depositado mayor interés. En ocasiones es difícil obtener una historia sexual en algunos pacientes crónicos que toman antipsicóticos, de hecho, quizá esto resulte incómodo para ellos. Desde 1961 se han establecido efectos sexuales ocasionados por antipsicóticos, como eyaculación retardada, disminución del deseo sexual, disfunción eréctil, eyaculación retrograda, eyaculación dolorosa, priapismo, relatado del orgasmo, amenorrea y galactorrea.⁷⁶ La elevación de la prolactina secundaria al bloqueo de dopamina como mecanismo de acción de los

antipsicóticos parece ser la responsable de la disfunción sexual secundaria a estos fármacos. Además, se ha planteado la hipótesis de que el bloqueo de receptores adrenérgicos sea la causa de la inhibición de la eyaculación, el orgasmo o el priapismo. La principal alteración sobre la función sexual de los antipsicóticos típicos son problemas en la eyaculación en hombres y del orgasmo en mujeres. Algunos investigadores han utilizado con éxito la tioridazina en el abordaje de la eyaculación prematura, debido a sus efectos en retardar el orgasmo. Estudios aislados han informado mejoría de la función eréctil con tioridazina, trifluoperazina, tiotixina y mesoridazina. También se ha utilizado la flufenazina en ofensores sexuales por sus efectos en la disminución del deseo sexual.

En cuanto a los antipsicóticos atípicos, la olanzapina, la clozapina y la quetiapina son fármacos que tienen pocos efectos secundarios y mínimo riesgo de elevación de la prolactina, por lo que se podría decir que son fármacos seguros en lo que a efectos sexuales se refiere. No es así el caso de la risperidona: en un estudio multicéntrico se encontró una incidencia de disfunción sexual como sigue: haloperidol 25%, risperidona 8%, olanzapina 2% y clozapina 0%; sin embargo, no todas las series clínicas han concluido que los efectos sexuales de los antipsicóticos atípicos sean mucho menores que los de los antipsicóticos típicos.⁷⁷

En cuanto a los ansiolíticos y en particular las benzodiacepinas, que son las más utilizadas, se ha encontrado una prevalancia alta de disfunciones sexuales asociadas. Las principales son la disfunción eréctil, la eyaculación retardada y en las mujeres retraso del orgasmo. Por citar algunas benzodiacepinas asociadas con más frecuencia se encuentra el alprazolam, clordiazepóxido, clonacepam, cloracepato, diacepam y loracepam. Los ISRS, administrados como tratamiento para la ansiedad, también forman parte de la lista de fármacos que ocasionan alteraciones en la función sexual; más adelante se abunda al respecto. Si es mayor el beneficio de continuar los ansiolíticos, la recomendación es que disminuir la dosis, cuando la gravedad del padecimiento lo permita, considerar el uso de inhibidores de la fosfodiesterasa o de buspirona. En muchos estudios se ha investigado el efecto sexual de los antipsicóticos típicos. Así, por ejemplo, en 2002 Smith y colaboradores elaboraron su investigación con 101 pacientes que recibían antipsicóticos típicos, 57 controles normales y 55 controles atendidos en la clínica de disfunción sexual. Encontraron que 45% de los pacientes bajo antipsicóticos, 17% de los controles sanos y 61% de los hombres tratados en la clínica de disfunción sexual tuvieron disfunción. En su estudio se repitió lo que han encontrado varios investigadores: los antipsicóticos típicos causan niveles altos de disfunción sexual, sobre todo disminución del deseo sexual, alteración de la eyaculación, así como disfunción eréctil en varones, mientras que observaron disminución del deseo sexual, alteraciones en la fase de excitación y disfunción orgásmica en mujeres.

En pacientes con depresión, como ya se explicó, hay alteraciones en la función sexual; sin embargo, estos síntomas llegan a incrementarse o persistir con los antidepresivos, ya que tienen una importante asociación con alteraciones de la función sexual. No sólo el deseo sexual hipoactivo o la pérdida del deseo sexual son efectos de estos medicamentos en la sexualidad, hay reportes de casos que han encontrado con frecuencia disfunción eréctil, alteraciones de la excitación, orgasmo y eyaculación retardada e incluso anorgasmia. Los grupos de antidepresivos citados en diferentes series y reportes de casos son: 1)

heterocíclicos (amitriptilina, amoxapina, clomipramina, desimipramina, doxepina, imipramina, nortriptilina, protriptilina, trimipramina y trazodona); 2) inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO) (isocarboxazida, fenelzina y tranilcipromina); 3) ISRS (citalopram, escitalopram, fluoxetina, fluvoxamina, paroxetina y sertralina) y 4) en la categoría de “otros” se hallan, nefazodona, reboxetina y venlafaxina. Sin embargo, hay diferencias notables en la intensidad y tipo de disfunción sexual que se presentan con cada uno de ellos. El bupropión, la mirtazapina, la moclobemida, la nafazodona y la reboxetina muestran con mucha menor frecuencia tal capacidad de inducir alteraciones de la función sexual.⁷⁹

La evidencia disponible sugiere que los fármacos antihipertensivos que actúan de manera central como agentes simpaticolíticos, antagonistas beta-adrenérgicos y diuréticos interfieren de manera potencial la función sexual.⁸⁰ Los antagonistas de los canales de calcio y los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (ECA) parecen ser neutrales respecto de este punto, además de que han sido observados efectos dependientes de la dosis. En el Departamento de Urología de la Universidad de Columbia, en Nueva York, se realizó una investigación sobre la actividad, el comportamiento, las disfunciones y la satisfacción sexual en mujeres con hipertensión;⁸¹ en ella incluyeron a 77 mujeres con una edad media de 60.4 años, con diagnóstico de hipertensión arterial, de las que 81.3% tenían una pareja sexual, 42.6% sufrían alguna disfunción sexual sin tratamiento (de entre ellas 70.9% mostraban una evolución de más de cinco años y 41.7% con una duración de más de 10 años), 5.3% apenas habían iniciado la actividad sexual, 36.6% refirieron menor actividad sexual que el deseo que experimentaban y 54.8% mencionaron que su actividad sexual era muy importante.

En un estudio realizado en el Instituto de Farmacoepidemiología, en Valladolid, España, exploró la asociación entre el uso de estatinas y la disfunción eréctil.⁸² Obtuvieron los datos de los sistemas de monitoreo de fármacos de España y Francia. Encontraron 38 casos de hombres que eran tratados con estatinas y presentaban disfunción eréctil, en el sistema de bases de datos del sistema de farmacovigilancia de España. En 93% de ellos ese efecto secundario desapareció después de discontinuar el medicamento, 16 pacientes tenían otro tratamiento concomitante. En Francia se encontraron 37 casos, 85% de ellos dejaron de presentar el efecto secundario después de suspender la estatina. No encontraron diferencias en el potencial de inducir disfunción eréctil entre las diferentes de estatinas.

El consumo de sustancias afecta también la respuesta sexual humana. Aunque en cantidades pequeñas tiene efectos desinhibidores y favorece la expresión de emociones, los usuarios habituales con patrones de abuso o dependencia ven mermada de manera importante su función sexual. Un episodio de intoxicación aguda de alcohol produce disfunción eréctil lo que, a su vez, genera ansiedad de desempeño y promueve el uso de más cantidades de alcohol para mitigar la ansiedad que se experimenta.⁸³ Las mujeres que consumen grandes cantidades de alcohol tienen también altos índices de pérdida del interés sexual y del orgasmo. Los individuos con dependencia al alcohol, además de presentar una alta prevalencia de disfunción eréctil, muestran menos satisfacción en las relaciones sexuales, disminución del deseo sexual, daños permanentes de la función gonadal y problemas maritales. Todo ello redunda en el deterioro de las relaciones interpersonales y se acrecentan los factores psicológicos que, una vez más, están ligados de manera íntima.⁸⁴

El uso de opioides llega a generar disfunción eréctil, eyaculación retardada, disminución de los niveles plasmáticos de testosterona y gonadotropinas, y pérdida del deseo sexual. Esta última alteración de la función sexual se encuentra en usuarios crónicos de cocaína. En lo que respecta al uso de *cannabis*, no hay suficiente evidencia de las alteraciones a largo plazo que pudiera ocasionar; datos contradictorios señalan que es factible encontrar una disminución en la espermatogénesis en hombres y descenso de gonadotropinas en mujeres, además de una incidencia de disfunción eréctil en 20% de usuarios cotidianos de esta sustancia;⁸⁴ hay un reporte de caso de un hombre con dependencia a *cannabis* que presentó infarto de la arteria cerebral posterior en el primer episodio de cefalea coital.⁸⁵

TRASTORNOS COLORRECTALES

El sexo anal es una práctica que, si bien difiere entre las sociedades, es común en casi todas las culturas. Se realizó un estudio en la Escuela de Medicina de la Universidad de Minnesota acerca de la anodispareunia en varones homosexuales, ahí se propone que la anodispareunia es un problema para una proporción significativa de este segmento de la población, que 25% de los hombres con anodispareunia tendrán algunas de las causas ya reportadas en la literatura, como alteraciones de la lubricación, tamaño del pene, estimulación anal digital previa, factores psicológicos y excitación sexual, y que reportarían una negación social mayor hacia la homosexualidad y menos expresión abierta de la misma. Encontraron que de una muestra con 404 hombres identificados como homosexuales, 14% informó anodispareunia frecuente y grave, y la prevalencia es igual que la dispareunia que ocurre en mujeres.⁸⁶

SÍNDROMES CLÍNICOS POSTERIORES A OTROS TRASTORNOS

Como en todos los esfuerzos por clasificar, tarea de por sí inherente al ser humano, es necesario dar cabida a esas entidades que no es posible englobarse en categorías específicas. Es por eso que esta clasificación incluye síndromes clínicos que se presentan posteriores a otras causas.

Aunque la **obesidad** bien podría enmarcarse entre las enfermedades físicas o mentales en los trastornos de conducta alimentaria, la razón para considerarla de manera separada es por las múltiples connotaciones culturales y sociales, además de las implicaciones físicas y psicológicas que esta enfermedad acarrea.

El crecimiento en la prevalencia de la obesidad es ya un problema de salud pública mundial, la OMS calcula más de 300 millones de personas en el mundo con este padecimiento. México está ubicado en segundo lugar a nivel mundial, con una prevalencia de 24.4% según la OMS, sólo después de EUA. De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud (ENSA) la distribución en México es la siguiente: en el norte 66%, centro 63.3%, sur 58.4% y el Distrito Federal 62.7%. La obesidad, además de tener todas las implicaciones de salud ya bien conocidas, representa un problema estético en quienes la padecen, lo que impacta de manera directa en la autoimagen. En este contexto es innegable la connotación

sexual de la comida.

Diversos autores proponen que los problemas de la conducta alimentaria suponen métodos de evitar una sexualidad normal. Algunos padecimientos endocrinos y neurológicos llegan a ocasionar obesidad; sin embargo, aunque ello es una posibilidad de cierta frecuencia, el origen multifactorial de la obesidad es la teoría causal más aceptada. La obesidad en edades tempranas es un predictor fuerte para el desarrollo de la enfermedad en la adultez. Los modelos sociales estigmatizan el sobrepeso, considerando a las personas que lo sufren como poco atractivas. El estereotipo acerca del peso y la figura corporal ha cambiado de modo radical en los últimos 50 años.

En los varones la obesidad supone una disminución de los niveles de testosterona y un incremento de estrógenos; sin embargo, también disminuye la globulina transportadora de hormonas, por lo que es poco frecuente que aun bajo esas condiciones los niveles de testosterona libre sean tan bajos que evidencien la disminución de la testosterona.⁸⁷

En un estudio acerca de la asociación entre la obesidad, la satisfacción sexual y el abuso sexual realizado en una muestra de 2 810 sujetos, agrupados por edad (18 a 49 y 50 a 74 años), género y peso (normal, sobrepeso y obesidad), se encontró que el grupo de sujetos obesos de más edad presentó una mayor disminución del deseo sexual en comparación con los de peso normal (OR 2.44; CI 95%). En el grupo de edad de 18 a 49 años, los varones experimentaron baja satisfacción con su vida sexual y no hubo diferencias significativas entre géneros.⁸⁸ El aumento en la actividad física está asociado con un menor riesgo de presentar disfunción eréctil, ha sido demostrado que un tercio de los pacientes con obesidad y disfunción eréctil recuperan su actividad sexual después de dos años de adoptar estilos de vida saludables, con ejercicio regular y reducción de peso.⁸⁹

En el último decenio ha habido un creciente interés por investigar la relación que existe entre el **montar bicicleta** y la disfunción eréctil. Huang y colaboradores, realizaron una revisión de las investigaciones que existen sobre los efectos del ciclismo y la disfunción eréctil, pues habían realizado estudios previos acerca de que los pacientes con este problema a menudo tenían la historia de traumatismo contuso peniano relacionado con montar en bicicleta.⁹⁰ Encontraron que los primeros informes de disfunción eréctil relacionada con trauma perineal aludían a hombres que montaban a caballo, quienes notaron que eso les impedía presentar una erección suficiente para conseguir el coito. Algunos reportes de casos sobre ciclistas profesionales indicaron la presencia de disminución de la tumescencia peniana en quienes habían participado en competencias de ciclismo extenuantes, en viajes de hasta dos días. Además, efectuaron una revisión de los hallazgos de Solomon y Cappa, mismos que reportaron cambios en la sensibilidad del pene y la función eréctil en participantes de 55 años de edad después de montar en bicicleta fija por 12 minutos a diario, además de que la disfunción eréctil progresó a estadios más severos después de un año de la práctica de tal ejercicio. También se incluyeron estudios observacionales como el de Weiss,⁹² en donde 81% de los participantes presentaron parestesias en el pene después de un *tour* ciclista de 804 km; Andersen y Bovim,⁹³ incluyeron a 260 atletas del *tour* anual de ciclismo de Noruega: 21% experimentó hipoestesia o entumecimiento después de la carrera, en 10 de ellos persistieron los síntomas hasta por una semana; la disfunción eréctil perduró en 13% de los ciclistas hasta por meses y quedó establecida una correlación entre la distancia recorrida y el tiempo que

permanecieron montando la bicicleta con sensación de entumecimiento peniano. Los estudios mecánico-patológicos implementados en esta revisión proponen que la presión ejercida al montar en la silla de la bicicleta disminuye el flujo sanguíneo hacia el pene y en algunos casos esto induce una disfunción eréctil vasculogénica. La presión sanguínea perineal decrece de manera sustancial después de 5 minutos de montar en bicicleta, lo cual es más significativo en personas con mayor peso, mientras que la presión sanguínea braquial y maleolar permanecen dentro de los límites normales. En lo que respecta a la conducción nerviosa, hay estudios que demuestran disminución en la sensibilidad del glande después de practicar una hora de ciclismo.

No ha sido estudiada a fondo la función sexual en mujeres que han llegado a la **menopausia**, a pesar del incremento de esta población, por el aumento en la esperanza de vida gracias a los avances científicos de todas las áreas. Las mujeres en la posmenopausia experimentan más disminución del deseo sexual que aquellas que están en la perimenopausia, quienes tienen más prevalencia en alteraciones de la excitación, la lubricación, el orgasmo, la satisfacción o el dolor.⁹⁴ La edad es un factor primario y determinante en la reducción del deseo sexual; sin embargo, no hay duda de que los cambios hormonales contribuyen a las disfunciones sexuales.

La disminución de los estrógenos circulantes trae como consecuencia una reducción de la lubricación vaginal que, con una disminución continua está vinculada con cambios en la vasculatura de los órganos genitales, los músculos y el sistema urogenital, así como alteraciones en el humor, el sueño, las funciones cognitivas y la función sexual; la testosterona y los andrógenos comienzan a disminuir desde la tercera década de la vida, lo que llega a exacerbar las alteraciones de la función sexual que se van presentando en algunas mujeres; dichos efectos se pronuncian aún más después de una ooforectomía bilateral, lo que representa la pérdida de 50% de la testosterona circulante.

Dichos cambios contribuyen a la disminución de la autoestima, de la respuesta y el deseo sexual.⁹⁵ Dennerstein y colaboradores determinaron la prevalencia del deseo sexual hipoactivo en mujeres con menopausia quirúrgica, menopausia natural y en premenopausia en mujeres residentes de Francia, Alemania, Italia e Inglaterra.⁹⁶ Encontraron que una gran porción de mujeres con menopausia quirúrgica tenían menor deseo sexual que aquellas en premenopausia o menopausia natural ($p < 0.02$), y que la mengua del deseo sexual se asocia con la disminución del funcionamiento en otros aspectos de la respuesta sexual —como excitación, orgasmo y satisfacción sexual—. Ésta es una condición que repercute en la satisfacción de la relación de pareja y acarrea estados emocionales negativos.

Una forma de tratamiento para esta entidad son los parches de testosterona. Simon y colaboradores, en un estudio clínico, multicéntrico, controlado y aleatorizado, encontraron que después de la semana 24 de la aplicación de parches con testosterona que liberan 300 mcg/día, hubo incrementos de la frecuencia de la actividad sexual satisfactoria, además de aumento en el deseo sexual y la disminución del estrés relacionado con esta actividad.⁹⁷ Sin restar importancia a todos los cambios hormonales y los tratamientos de reemplazo hormonal, en realidad son los factores psicológicos, la relación de pareja y el funcionamiento previo los elementos implicados cruciales en la respuesta sexual femenina durante la menopausia.

Es controversial el término de “andropausia”. Hay especulación en cuanto a que los

hombres experimentan una disminución de la fertilidad, la virilidad y los niveles androgénicos conforme avanza la edad; sin embargo, es sabido que con la edad aumenta la frecuencia de enfermedades que afectan la función sexual (p. ej., hipertensión, diabetes, neoplasias y el uso de fármacos, entre otras), por lo que es difícil separar las alteraciones sexuales propias de la edad y las secundarias a dichos trastornos y enfermedades físicas. La testosterona desempeña una función fundamental no sólo en la función eréctil: la testosterona exógena, por ejemplo, aumenta de manera significativa la frecuencia de la actividad sexual y la conducta de masturbación, así como la erección nocturna; sin embargo, no modifica la respuesta a la estimulación sexual visual.

Estudios recientes demuestran que hay un beneficio con la terapia de reemplazo hormonal en hombres con niveles bajos de testosterona, sobre todo para los huesos, los músculos y la función psicosexual; sin embargo, han sido documentados muchos efectos a corto plazo y hacen falta más estudios sobre los efectos a largo plazo del uso de terapia de reemplazo hormonal.⁹⁸

Resultan muy interesantes los hallazgos sobre factores no relacionados con trastornos físicos o mentales que contribuyen a que se presenten alteraciones de la función sexual. En Japón la prevalencia de disminución del deseo sexual es mucho más baja que en otros países, ya que las mujeres japonesas no perciben la disminución del deseo sexual como algo anormal y debido a que no lo consideran un problema tampoco se muestran preocupadas ante dicha situación.⁹⁹ Esto permite entender que el factor étnico nunca debe dejarse de lado. No existen suficientes estudios relacionados con la etnia de los sujetos y sus disfunciones sexuales, de modo que resulta difícil asegurar si se trata o no de un factor crucial en la aparición de los trastornos sexuales. La edad, la educación y el estatus socioeconómico han sido ligados también a problemas del funcionamiento sexual: mujeres con menores ingresos económicos y problemas financieros tienden a experimentar disminución en el deseo sexual y la excitación, muestran menor satisfacción sexual tanto física como emocional en comparación con las mujeres estables desde el punto de vista financiero.¹⁰⁰ Laumann y colaboradores reportaron que las mujeres con mayor educación y mayor edad presentaban menos problemas sexuales, además de que mayores niveles de estrés, emociones negativas y conflictos económicos y sociales repercutían en un aumento en la prevalencia de disfunciones sexuales.¹⁰¹

El reconocimiento de las distintas condiciones que llegan a afectar la sexualidad del ser humano es de fundamental importancia si lo que se pretende es participar en procesos educativos o de intervención clínica. Sólo la inclusión de las distintas variables involucradas en un fenómeno tan complejo como la sexualidad permite realizar abordajes integrales.

Una vez más se hace evidente la necesidad de efectuar un trabajo multidisciplinario, el cual demanda la convergencia de distintos conocimientos teórico-clínicos puestos al servicio de la mejoría en la calidad de vida de las personas.

REFERENCIAS

1. Lue T.F., Basson R., Rosen R. et al. (2004) *Sexual Medicine: sexual dysfunctions in men and women*. Paris, Francia: 2nd International Consultation on Sexual Dysfunctions.

2. **Mersdorf A., Goldsmith P.C., Diederichs W. et al.** (1991) Ultrastructural changes in impotent penile tissue: a comparison of 65 patients. *Journal of Urology*. 145:749-758.
3. **Enzlin P., Mathieu C., Van Den Cruel A. et al.** (2003) Prevalence and predictors of sexual dysfunction in patients with type 1 diabetes. *Diabetes Care*. 26:409-414.
4. **Khatib F.A., Jarrah N.S., Shegem N.S. et al.** (2006) Sexual dysfunction among Jordanian men with diabetes. *Saudi Medical Journal* 27:351-356.
5. **Romeo J.H., Seftel A.D., Madhun Z.T. et al.** (2000) Sexual function in men with diabetes type 2 association with glycemic control. *Journal of Urology*. 163:788-791.
6. **Shreiner-Engel P., Schiavi R.C., Vietorisz D. et al.** (1985) The differential impact of diabetes type on female sexuality. *Journal of Psychosomatic Research*. 31:23-33.
7. **Glenn D.R., McClure N., Lewis S.E.** (2003) The hidden impact of diabetes on male sexual dysfunction and fertility. *Human Fertility* 6:174-179.
8. **Buvat J., van Ahlen H., Schmitt H. et al.** (2006) Efficacy and safety of two dosing regimens of tadalafil and patterns of sexual activity in men with diabetes mellitus and erectile dysfunction: Scheduled use vs. on-demand regimen valuation (SURE) study in 14 European countries. *Journal of Sexual Medicine*. 3:512-520.
9. **Carani C., Isidori A.M., Granata A. et al.** (2005) Multicenter study on the prevalence of sexual symptoms in male hypo- and hyperthyroid patients. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*. 90:6472-6479.
10. **Lue T.F., Basson R., Rosen R. et al.** (2004) *Sexual Medicine: sexual dysfunctions in men and women*. Paris, Francia: 2nd International Consultation on Sexual Dysfunctions.
11. **Buvat J., van Ahlen H., Schmitt H. et al.** (2006) Efficacy and safety of two dosing regimens of tadalafil and patterns of sexual activity in men with diabetes mellitus and erectile dysfunction: Scheduled use vs. on-demand regimen valuation (SURE) study in 14 European countries. *Journal of Sexual Medicine*. 3:512-520.
12. **Johri A.M., Heaton J.P.W., Morales A.** (2001) Severe erectile dysfunction is a marker for hyperprolactinemia. *International Journal of Impotence Research*. 13:176-182.
13. **Feldman H.A., Goldstein I., Hatzichristou D.G. et al.** (1994) Impotence and its medical and psychosocial correlates: results of the Massachusetts Male Aging Study. *Journal of Urology*. 151:54-61.
14. **Doumas M., Douma S.** (2006) Sexual dysfunction in essential hypertension: myth or reality? *Journal of Clinical Hypertension*. 8:269-274.
15. **Bancroft J.** (1995) *Human sexuality and its problems*. Londres, Inglaterra: Churchill Livingstone.
16. **Kawanishi Y., Lee K.S., Kimura K. et al.** (2001) Screening of ischemic heart disease with cavernous artery blood flow in erectile dysfunctional patients. *International Journal of Impotence Research*. 13:100-103.
17. **Ebrahim S., May M., Ben Shlomo Y. et al.** (2002) Sexual intercourse and risk of ischaemic stroke and coronary heart disease: the Caerphilly study. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 56:99-102.
18. **Bancroft J.** (1995) *Human sexuality and its problems*. Londres, Inglaterra: Churchill Livingstone.
19. **Ueno M.** (1963) The so-called coition death. *Japanese Journal of Legal Medicine*. 17:333-340.

20. **Ferrario C.M., Levy P.** (2002) Sexual dysfunction in patients with hypertension: implications for therapy. *Journal of Clinical Hypertension*. 4:424-432.
21. **Doumas M., Douma S.** (2006) Sexual dysfunction in essential hypertension: myth or reality? *Journal of Clinical Hypertension*. 8:269-274.
22. **Choi-Kwon S., Kim J.S.** (2002) Poststroke emotional incontinence and decreased sexual activity. *Cerebrovascular Diseases*. 13:31-37.
23. **Kimura M., Murata Y., Shimoda K. et al.** (2001) Sexual dysfunction following stroke. *Comprehensive Psychiatry*. 42:217-222.
24. **Marinkovic S., Badlani G.** (2001) Voiding and sexual dysfunction after cerebrovascular accidents. *Journal of Urology*. 165:359-370.
25. **Korpelainen J.T., Kauhanen M.L., Kemola H. et al.** (1998) Sexual dysfunction in stroke patients. *Acta Neurológica Scandinávica*. 98:400-405.
26. **Monga T.N., Monga M., Raina M.S. et al.** (1986) Hypersexuality in stroke. *Archives of physical medicine and rehabilitation*. 67:415-417.
27. **Bakewell R.T., Volker D.L.** (2005) Sexual dysfunction related to the treatment of young women with breast cancer. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. 9:697-702.
28. **Schover L.R.** (1991) The impact of breast cancer on sexuality, body image and intimate relationships. *CA: A Cancer Journal for Clinician*. 41:112-120.
29. **Schover L.R.** (1991) The impact of breast cancer on sexuality, body image and intimate relationships. *CA: A Cancer Journal for Clinician*. 41:112-120.
30. **Northouse L.L.** (1994) Breast cancer in younger women: Effects on interpersonal and family relations. *Journal of the National Cancer Institute Monographs*. 16:183-190.
31. **Lichtman R.R., Taylor S.E., Wood J.V.** (1987) Social support and marital adjustment after breast cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, 5:47-74.
32. **Anllo L.M.** (2000) Sexual Life After Breast Cancer. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 26:241-248.
33. **Arai Y., Kawakita M., Okada Y. et al.** (1997) Sexuality and fertility in long-term survivors of testicular cancer. *Journal of Clinical Oncology*. 15:1444-1448.
34. **Nazareth I., Lewin J., King M.** (2001) Sexual dysfunction after treatment for testicular cancer: a systematic review. *Journal of Psychosomatic Research*. 51:735-743.
35. **Miller D.C., Wei J.T., Dunn R.L. et al.** (2006) Use of medications or devices for erectil dysfunction among long-term prostate cancer treatment survivors: potential influence of sexual motivation and/or indifference. *Journal of Urology*. 68:166-171.
36. **Col C., Hasdemir O., Yalcin E. et al.** (2006) Sexual dysfunction after curative radical resection of rectal cancer in men: the role of extended systematic lymph-node dissection. *Medical Science Monitor*. 12(2).
37. **Gogenur I., Wittendorff H.E., Colstrup H. et al.** (2005) Complications after treatment of colorectal cancer, with special focus on stomas, urological conditions and sexual dysfunction. *Ugeskr Laeger*. 167:4272-4275.
38. **Heriot A.G., Tekkis P.P., Fazio V.W. et al.** (2005) Adjuvant radiotherapy is associated with increased sexual dysfunction in male patients undergoing resection for rectal cancer: a predictive model. *Annals of Surgery*. 242:502-510.
39. **Hendren S.K., O'Connor B.I., Liu M. et al.** (2005) Prevalence of male and female sexual dysfunction is high following surgery for rectal cancer. *Annals Surgery*. 242:212-

40. Schroder M., Mell L.K., Hurteau J.A. et al. (2005) Clitoral therapy device for treatment of sexual dysfunction in irradiated cervical cancer patients. *International Journal of Radiation Oncology, Biology, Physics*. 61:1078-1086.

41. Shell J.A. (2002) Evidence-based practice for symptom management in adults with cancer: sexual dysfunction. *Oncology Nursing Forum*. 29:53-56.

42. Palmer B.F. (2003) Sexual dysfunction in men and women with chronic kidney disease and end-stage kidney disease. *Advances Renal Replace Therapy*. 10:48-60.

43. Palmer B.F. (2003) Sexual dysfunction in men and women with chronic kidney disease and end-stage kidney disease. *Advances Renal Replace Therapy*. 10:48-60.

44. Wang S.L., Zhang Y.F., Huang C.B. et al. (2003) Investigation of sexual function in male kidney transplant recipients. *Zhonghua Nan Ke Xue*. 9:358-360.

45. Kurella M., Butterly D.W., Smith S.R. (2003) Post transplant erythrocytosis in hypercalcemic renal transplant recipients. *American journal of transplantation: official journal of the American Society of Transplantation and the American Society of Transplant Surgeons*. 3:873-877.

46. Fan O., Liu J., Xiang J. et al. (2005) Effects of the second renal transplantation on the sexual function of kidney recipients. *Zhonghua Nan Ke Xue*. 11:508-510.

47. Fishman O., Ettinger AB, Callanan M. (2006). Sexual dysfunction in patients with epilepsy: communication strategies and assessment tools. *CNS Spectrums*. 11:38-45.

48. Stimmel G.L., Gutierrez M.A. (2006) Pharmacologic treatment strategies for sexual dysfunction in patients with epilepsy and depression. *CNS Spectrums*. 11:31-7.

49. Bone B., Janszky J. (2006) Epilepsy and male sexual dysfunction: etiology, diagnosis and therapy. *Ideggyógyászati szemle*. 59:148-152.

50. Montouris G., Morris G.L. III (2005) Reproductive and sexual dysfunction in men with epilepsy. *Epilepsy & behavior: E&B*. 7, Suppl 2:7-14.

51. Morrell M.J., Flynn K.L., Done S. et al. (2005) Sexual dysfunction, sex steroid hormone abnormalities, and depression in women with epilepsy treated with antiepileptic drugs. *Epilepsy & behavior: E&B*. 6:360-365.

52. Stimmel G.L., Gutierrez M.A. (2006) Pharmacologic treatment strategies for sexual dysfunction in patients with epilepsy and depression. *CNS Spectrums*. 11:31-37.

53. Cassidy D. (2004) *Introduction to Multiple Sclerosis Nursing Care: Sexuality*. Nuevo México, EUA: National Multiple Sclerosis Society.

54. Barak, Y. (1996). Sexual dysfunction in Relapsing-Remitting Multiples Sclerosis: Magnetic Imaging. Clinical, and Psychological Correlates. *Journal of Psychiatric Neurosciences*. 21:255-58

55. Cassidy D. (2004) *Introduction to Multiple Sclerosis Nursing Care: Sexuality*. Nuevo México, EUA: National Multiple Sclerosis Society.

56. Foley F.W., Werner M. (2000) Sexuality. En: Kalb R.C. (ed.) *Multiple Sclerosis: The questions you have, the answers you need* (281-310). New York, EUA: Demos.

57. Schoen M. (2003) Erectile dysfunction: Straight answers about treatment options. *Nursing Spectrum*. 2:18-20.

58. Ryu J.K., Shin H.Y., Song S.U. et al. (2006) Downregulation of angiogenic factors and their downstream target molecules affects the deterioration of erectile function in a rat

model of hypercholesterolemia. *Journal of Urology*. 67:1329-1334.

59. Srilatha B., Adaikan P.G. (2006) Characterization of hypertriglyceridemia-induced erectile dysfunction. *Journal of Urology*. 67:642-646.

60. Sipski M.L., Alexander C.J., Gomez-Marín O. et al. (2005) Effects of vibratory stimulation on sexual response in women with spinal cord injury. *Journal of Rehabilitation Research and Development*. 42:609-616.

61. Sipski M.L., Arenas A. (2006) Female sexual function after spinal cord injury. *Brain Research*. 152:441-447.

62. Sipski M.L. (2001) Sexual response in women with spinal cord injury: neurologic pathways and recommendations for the use of electrical stimulation. *Journal of Spinal Cord Medicine*. 24:155-158.

63. Derry F., Hultling C., Seftel A.D. et al. (2002) Efficacy and safety of sildenafil citrate (Viagra) in men with erectile dysfunction and spinal cord injury: a review. *Journal of Urology*. 60:49-57.

64. Bancroft J. (1995) *Human sexuality and its problems*. Londres, Inglaterra: Churchill Livingstone.

65. MacDonald S., Halliday J., MacEwan T. et al. (2003) Nithsdale Schizophrenia Surveys 24: sexual dysfunction. Case-control study. *British Journal of Psychiatry*. 182:50-56.

66. Gabay P.M., Fernandez B.M., Roldan E. (2006) Sexual behavior in patients with schizophrenia: a review of the literature and survey in patients attending a rehabilitation program. *Vertex*. 17:136-144.

67. Olfson M., Uttaro T., Carson W.H. et al. (2005) Male sexual dysfunction and quality of life in schizophrenia. *Journal of Clinical Psychiatry*. 66:331-338.

68. Dossenbach M., Hodge A., Anders M. et al. (2005) Prevalence of sexual dysfunction in patients with schizophrenia: international variation and underestimation. *International Journal of Neuropsychopharmacol.* 8:195-201.

69. Williams K., Reynolds M.F. (2006) Sexual dysfunction in major depression. *CNS Spectrum*. 11:19-23.

70. Bancroft J. (1995) *Human sexuality and its problems*. Londres, Inglaterra: Churchill Livingstone.

71. Phillips R.L. Jr., Slaughter J.R. (2000). Depression and Sexual desire. *American Family Physician*. 62(4):782-786.

72. Corona G., Mannucci E., Petrone L. et al. (2006) Psycho-biological correlates of free-floating anxiety symptoms in male patients with sexual dysfunctions. *Journal of Andrology*. 27:86-93.

73. Bradford A., Meston C.M. (2005) The impact of anxiety on sexual arousal in women. *Behavior Research Therapy*. 44:1067-1077.

74. Vulink N.C., Denys D., Bus L. et al. (2006) Sexual pleasure in women with obsessive-compulsive disorder? *Journal of Affective Disorders*. 91:19-25.

75. Crenshaw T.L., Goldberg J.P. (1996) *Sexual Pharmacology: Drugs that affect sexual function*. New York, RUA:W.W. Norton & Company.

76. Segraves R.T., Balon R. (2003) *Sexual Pharmacology Fast Facts*. New York, EUA:W.W. Norton & Company.

77. Taylor, R. and Balon, R. Sexual Pharmacology. FastFacts-2003. W.W Norton and Company. NY. USA.

78. Smith S.M., O'Keane V., Murray R. (2002) Sexual dysfunction in patients taking conventional antipsychotic medication. British Journal of Psychiatry. 181:49-55.

79. Taylor, R. and Balon, R. Sexual Pharmacology. FastFacts-2003. W.W Norton and Company. NY. USA.

80. Dusing, R. (2005). Sexual dysfunction in male patients with hypertension: influence of antihypertensive drugs. Drugs. 65, 773-786

81. Bouchardt M. Bouchardt T., Anastasiadis A.G., Kiss A.J., Baer L, Pawar R.V. de la Taille A., Shabsigh A., Ghafar M.A., Shabsigh R. (2002). Sexual dysfunction in common and overlooked in females patients with hypertension. Journal of Sexual & Marital Therapy. 28(1):17-26.

82. Carvajal A., Macias D., Sainz M. et al. (2006) HMG CoA reductase inhibitors and impotence: two case series from the Spanish and French drug monitoring systems. Drug Safety. 29:143-149.

83. Masters W.H., Johnson V.E. (1970) *Human sexual inadequacy*. Churchill, Inglaterra.

84. Bancroft J. (1995) *Human sexuality and its problems*. Londres, Inglaterra: Churchill Livingstone.

85. Álvaro L.C., Iriondo I., Villaverde F.J. (2002) Sexual headache and stroke in a heavy cannabis smoker. Headache. 42:224-226.

86. Damon W., Rosser R.S. (2005) Anodyspareunia in Men Who Have Sex with Men: Prevalence, Predictors, Consequences and the Development of DSM Diagnostic Criteria. Journal of Sex & Marital Therapy. 31:129-141.

87. Bancroft J. (1995) *Human sexuality and its problems*. Londres, Inglaterra: Churchill Livingstone.

88. Adolfsson B., Elofsson S., Rössner S., Undén A.L. (2004). Are Sexual Dissatisfaction and Sexual Abuse Associated with Obesity? A Population-Based Study. Obesity Research 12:1702-1709.

89. Esposito K., Giugliano D. (2005) Obesity, the metabolic syndrome, and sexual dysfunction. International Journal of Impotence Research. Sep-Oct; 17(5):391-398.

90. Huang V., Munarriz R., Goldstein I. (2005) Bicycle Riding and Erectile Dysfunction: An Increase in Interest (and Concern). Journal of Sexual Medicine. 205-109.

91. Solomon S., Cappa K.G. (1987) Impotence and bicycling. A seldom-reported connection. Postgraduate Medicine. 99:100-102.

92. Weiss B.D. (1985). Non traumatic injuries in amateur long distance bicyclists. The American Journal of Sports Medicine. 13(3):187-192.

93. Andersen K.V., Bovim G. (1997) Impotence and nerve entrapment in long distance amateur cyclists. Acta Neurologica Scandinavica. 95:233-240.

94. Kim J.H., Moon H.S. (2006). Health perception, body image, sexual function and depression in menopausal women according to menopausal stages. Taehan Kanbo Hakhoe Chi. 36(3):449-456.

95. Graziottin A., Leiblum S.R. (2005) Biological and psychosocial pathophysiology of female sexual dysfunction during the menopausal transition. Journal of Sexual Medicine.

2:133-145.

96. Dennerstein L., Koochaki P., Barton I. et al. (2006) Hypoactive Sexual Desire Disorder in Menopausal Women: A Survey of Western European Women. *Journal of Sexual Medicine*. 3:212-222.

97. Simon J. Braunstein G., Nachtigall L., Utlan W. Katz M., Miller S., Waldbaum A., Bouchard C., Derzkoc., Buch A., Rodenberg C., Lucas J., Davis S., Testosterone patch increases sexual activity and desire in surgically menopausal women with hypoactive sexual desire disorder. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*. 90(9):5226-5233.

98. Wespes E., Schulman C.C. (2002) Male andropause: myth, reality, and treatment. *International Journal of Impotence Research*. 14:93-98.

99. Kameya Y. (2001) How Japanese culture affects the sexual functions of normal females. *Journal of Sexual & Marital Therapy*, 27:151-152.

100. Cain V.S., Johannes C.B., Avis N.E. et al., (2003) Sexual functioning and practices in a multiethnic study of midlife women: Baseline results from SWAN. *The Journal of Sexual Research*, 40:266-276.

101. Laumann E.O., Paik A., Rosen R.C. (1999) Sexual dysfunction in the United States: Prevalence and predictors. *The Journal of the American Medical Association*. 281:537-544.

102. Phanjoo A.L. (2000) Sexual dysfunction in old age. *Advances in Psychiatric Treatment*. 6:270-277.

103. Bancroft J. (1995) *Human sexuality and its problems*. Londres, Inglaterra: Churchill Livingstone.

104. Camacho M.E., Reyes-Ortiz C.A. (2005) Sexual dysfunction in the elderly: age or disease? *International Journal of Impotence Research*. 17:52-56.

105. Banjoo A.L. (2000) Sexual dysfunction in old age. *Advances in Psychiatric Treatment*. 6:270-277.

LECTURAS RECOMENDADAS

Barak, Y. (1996). Sexual dysfunction in Relapsin-Remitting Multiple Sclerosis: Magnetic Imaging, Clinical, and Psychological Correlates. *Journal of Psychiatric Neurosciences*, 21, 255-58.

Buvat, J. (2003). Hyperprolactinemia and sexual function in men: a short review. *International Journal of Impotence Research* 15, 373-377.

Ganz, P. A. (1999). Predictors of Sexual Health in Women After a Breast Cancer diagnosis. *Journal of Clinical Oncology*. 17, 2371-2380.

Khatib, F.A., Jarrah, N.S., Shegem, N.S., Bateiha, A.M., et al. (2006). Sexual dysfunction among Jordanian men with diabetes. *Saudi Medical Journal*. 27, 351-356.

Romeo, J.H., Seftel, A.D., Madhun, Z.T., Aron, D.C. (2000). Sexual function in men with diabetes type 2 association with glycemic control. *Journal of Urology*. 163, 788-791.

Shreiner-Engel, P., Schiavi, R.C., Vietorisz, D., Eichel, J. et al. (1985). The differential impact of diabetes type on female sexuality. *Journal of Psychosomatic Reserch*. 31, 23-33.

Wang, S.L., Zhang, Y.F., Huang, C.B., Fan, M.Q., et. al. (2003). Investigation of sexual function in male kidney transplant recipients. *Zhonghua Nan Ke Xue*. 9, 358-60.



Salud y enfermedad sexual geriátricas

Claudia Fouilloux Morales

“Sin la ternura, un vínculo profundo y una capacidad real de diálogo, la sexualidad acabará muriendo en la pareja anciana como en la joven.”
Adela Herrera Pérez

En las distintas etapas del ciclo vital el concepto de salud sexual va cobrando significados diferentes para la mayoría de las personas. Así, Maslow describe la salud sexual geriátrica como “la expresión psicológica de emociones y compromiso que requiere la mayor cantidad y calidad de comunicación entre compañeros, en una relación de confianza, amor, compañía y placer, con o sin coito”.

Visto de esta manera, en la vejez el concepto de sexualidad se basa de manera fundamental en una optimización de la **calidad** de la relación, más que en la cantidad de tales relaciones. Este concepto debe entenderse en forma amplia, integrando el papel que desempeña la personalidad, el género, la intimidad, los pensamientos, sentimientos, valores, afinidades, intereses, deseos, la salud en general, la disponibilidad de un(a) compañero(a) sano(a), las actitudes hacia los otros y de parte de ellos, el nivel de educación, el nivel social, las creencias sexuales, la actitud sexual y las prácticas sexuales previas, el grado de satisfacción con la vida, etcétera.

Entre los factores implicados en las modificaciones del patrón sexual es indudable que el proceso de envejecimiento desempeña una función importante. El tema de la influencia del envejecimiento sobre las actividades sexuales se ha vuelto un asunto de este siglo. El ser humano ha enfrentado en forma súbita a una prolongación de su vida con escasos conocimientos de su capacidad fisiológica y un patrón cultural donde se integran rígidos conceptos sobre la sexualidad, transmitidos de otras generaciones y que muchas veces resultan falsos. La idea de que la sexualidad es un proceso que ocurre durante toda la vida es contraria al pensamiento de algunas personas mayores, sus hijos y los profesionales que atienden su salud. Como resultado de esto, el tópico de la sexualidad en la vejez se evita con frecuencia y, cuando es discutido, está lleno de mitos y creencias erróneas que las personas hacen suyos o bien los minimizan o ignoran. Si para las personas en general es difícil imaginar la sexualidad de los padres, ni qué decir de la de los abuelos, de hecho, una mayoría abrumadora piensa que ni siquiera existe.

Este capítulo intentará responder a muchas de las preguntas que en esta edad mujeres y hombres se plantean con respecto a su sexualidad, pero que la mayoría de las ocasiones no son discutidas con sus médicos. Algunas de ellas son: ¿Qué cambios pueden producirse con el envejecimiento en la respuesta sexual? Estos cambios, ¿justifican siempre que se produzca una disminución del interés sexual? ¿Cuáles son los problemas de salud o las enfermedades que llegan a obstaculizar la sexualidad en la senectud? ¿El climaterio se asocia con una disminución del interés sexual? ¿Es la disfunción eréctil una consecuencia inevitable del envejecimiento? ¿Qué factores psicológicos podrían obstaculizar el disfrute de una adecuada sexualidad en la vejez? ¿Cómo es posible ayudar a las personas mayores a

disfrutar más de su sexualidad?

Con el envejecimiento ocurren cambios anatomofisiológicos en relación con los órganos sexuales y el funcionamiento sexual. Sin embargo, las necesidades de interacción, intimidad y afecto de una persona no terminan a ninguna edad. Es más, el interés por la actividad sexual es un indicador de la calidad de vida. Todo lo anterior dificulta el trato o la discusión de los problemas sexuales en la ancianidad,, agregado a que la vejez tiene esa categoría evanescente que nunca nos incluye, viejos son siempre los otros y el límite se va corriendo a medida que los años nos atrapan.

INVESTIGACIONES DE LA SEXUALIDAD DEL ANCIANO

Como ya se mencionó, el número de publicaciones relativas a investigaciones sobre la sexualidad en los ancianos sólo comenzó a tomar cierta importancia en los últimos años. Pocos estudios epidemiológicos han indagado en relación con este tema, algunos de ellos, muy iniciales, contribuyeron al rechazo de la sexualidad en el anciano y otros, por el contrario, han cambiado la visión de lo que es la sexualidad en la vejez. Entre ellos destacan los siguientes:

- 1) von Krafft-Ebing, famoso estudioso de sexología de fines del siglo XIX, consideraba la sexualidad del anciano como una “perversión” por el hecho de no ser dirigida a fines reproductivos.¹
- 2) Kinsey, eminente investigador de la sexualidad, dedicó sólo dos páginas de su libro al tema de la actividad sexual en el anciano, resumiendo que con la edad se produce una disminución de tal actividad, encontrando sexualmente activos a sólo 33% de los varones mayores de 70 años.²
- 3) McCary reportó que con el aumento de los años la frecuencia de participación de las mujeres en la relación sexual iba en decremento.³
- 4) Eric Pfeiffer, conductor del Centro para el Estudio del Envejecimiento y Desarrollo Humano de la Universidad de Duke, en EUA, encontró que 48% de las mujeres entrevistadas y a quienes se les proporcionó seguimiento durante un periodo de 15 años, habían detenido su actividad sexual cuando sus maridos se encontraban muy enfermos, se volvían “impotentes” o morían. Encontró que 76% de los varones y 27% de las mujeres mayores de 65 años mantenían actividad sexual.⁴
- 5) Morley encontró que alrededor de los 60 años de edad, 70 % de los varones eran sexualmente activos y que 30% de un grupo de sujetos sanos de 80 años, mantenía actividad coital semanal.⁵
- 6) Diokno, demostró una disminución de la frecuencia de las relaciones sexuales con la edad, encontrando una diferencia significativa a favor de los ancianos casados (73% activos) frente a los no casados (55 % activos), así como del sexo masculino frente al femenino.
- 7) Ribera, analiza la frecuencia de relaciones sexuales (coito) en mayores de 65 años, de los cuales un tercio estaban institucionalizados. Concluyó que 17.1% de los varones y 4.7% de las mujeres mantenían actividad sexual.
- 8) Padma-Nathan y colaboradores reportaron en 1991 un cambio en el tipo de colágena

presente en el tejido cavernoso, de uno flexible y elástico a uno más rígido y menos distensible. La pérdida de la elasticidad corporal afecta en forma adversa la hemodinámica eréctil. La pérdida de la distensión provoca una falla de los mecanismos venooclusivos; la subtúnica y las venas emisarias no son comprimidas y la fuga venosa puede dar como resultado fallas en la erección.

- 9) El *Massachusetts Male Aging Study* fue una investigación epidemiológica realizada en una población de varones entre 40 y 70 años, en la cual se encontró algún grado de disfunción eréctil en 52% de ellos, demostrando que es un trastorno dependiente de la edad, ya que en este rango de edad las probabilidades de tener una impotencia completa se triplicó (de 5.1% a 15%), se duplicó la de impotencia moderada (de 17% a 34%), mientras que permaneció constante la de tener una impotencia leve (17%). Para la edad de 70 años sólo 32% de la población investigada estaba del todo libre de algún grado de disfunción eréctil.⁹
- 10) Masters y Johnson, pusieron de manifiesto que no existe un límite cronológico para una correcta respuesta genital pero, con el paso de los años, tanto en el hombre como en la mujer se observa una respuesta más lenta al estímulo sexual, que a menudo se ve acompañado por un aumento del deseo, salvo en los casos que ello se deba a una enfermedad física. Estos autores también citan algunos casos de mujeres de más de 60 años, que a pesar del adelgazamiento de las paredes vaginales y la reducción de los labios mayores, responden con expansión y lubricación como en la mujer premenopáusicas. Estas mujeres practicaban una actividad sexual regular, plena, una o dos veces por semana y mostraban interés sexual sostenido.
- 11) Kaiser realiza una revisión de los diferentes trabajos publicados hasta el momento sobre este tema. Entre ellos destaca el trabajo llevado a cabo por Pfeiffer y su grupo, quienes encontraron que 95% de los hombres de edades comprendidas entre los 46 y 50 años, mantenían relaciones sexuales una vez a la semana y que esta cifra descendía a 28% en los varones de 66 a 71 años. En el caso de personas casadas, 53% de los individuos de 60 años y 24% de los mayores de 76 años tenían actividad sexual. En este mismo reporte se citan las investigaciones de Bretchneider, las cuales reportaron que 63% de los hombres y 30% de las mujeres de 80 años y mayores eran activos sexualmente; la actividad sexual más frecuente eran las caricias y tocamientos seguidos del coito, en tanto que 74% de los hombres y 42% de las mujeres practicaban la masturbación. Las mujeres con actividad sexual tendían a haber tenido más parejas sexuales y mayor nivel de actividad sexual en su juventud (dato que también se ha confirmado con los hombres).
- 12) En 1995, Schiavi y Rehman, realizaron un estudio en hombres de entre 45 y 74 años con relaciones sexuales estables. Los datos obtenidos mostraron que la edad correlacionó de manera significativa y de forma inversa con el deseo y con la actividad sexual, pero no así con el grado de satisfacción obtenido en las relaciones sexuales. Observaron que una proporción de sujetos en el grupo de mayor edad permanecía con actividad sexual y tenía coito de manera regular aun en presencia de una marcada disminución de su capacidad eréctil medida por tumescencia peneana nocturna. Lo anterior lleva a recalcar la importancia que los factores psicológicos y de relación tienen en la actividad sexual y el deseo, y no sólo aquello relacionado con los cambios

anatómicos y fisiológicos producidos por el envejecimiento. Después de una cuidadosa revisión de la literatura, Schiavi reportó, que asociados con la edad, ocurren en general: una disminución de la frecuencia de la conducta sexual y en menor proporción, decremento en el interés sexual, así como aumento en la prevalencia de disfunciones sexuales. Los cambios en el varón son más graduales que en la mujer. También percibió amplias diferencias individuales en la actividad sexual dentro de los distintos grupos de edad y las evaluaciones prospectivas mostraron que algunos individuos incluso mejoran su conducta sexual con el avance de la edad. Como ya se explicó, los efectos de la salud, los medicamentos y la psicopatología son factores relacionados con cambios en la actividad sexual, pero el mecanismo psicobiológico mediante el cual estos cambios son provocados aún no se conoce con exactitud.

- 13) El estudio longitudinal de envejecimiento de Baltimore demostró en hombres sanos 8, 25, 55 y 75% de disfunción eréctil a los 55, 65, 75 y 80 años de edad respectivamente, además de que reportó una disminución global en la frecuencia de las relaciones sexuales, con 62% de varones mayores de 60 años con actividad sexual.
- 14) Dello reportó como resultado de su investigación una serie de factores que se relacionaba de manera positiva con la actividad sexual, a saber: ser varón, estar casado, tener menor edad, mayor nivel educacional, buen funcionamiento social y no sufrir deterioro cognitivo. Por otra parte, factores como la edad, el nivel educacional o el funcionamiento social pierden importancia con respecto al interés sexual, que se mantiene de manera más constante que la actividad sexual, incluso a edades muy avanzadas.

En la mayoría de los estudios epidemiológicos se demuestra con claridad que la frecuencia de las relaciones sexuales disminuye con la edad y algunos señalan que tal declinar es mayor en las mujeres que en los hombres. Se destaca un dato relevante: “la actividad sexual existe en los ancianos y en algunos casos es más la norma que la excepción”; sin embargo, la mayoría de las investigaciones evalúan la sexualidad del anciano de una forma cuantitativa (frecuencia de las relaciones completas, cantidad de orgasmos, etc.), sin considerar los aspectos cualitativos.

FACTORES PSICOSOCIALES QUE INTERFIEREN CON LA RESPUESTA SEXUAL

Muchos factores psicosociales llegan a interferir con un adecuado disfrute de las relaciones sexuales en la vejez, algunos de ellos son los siguientes:

- Los hombres quizá abriguen el temor de que la impotencia se convierta en un problema más común a medida que van envejeciendo. La excesiva preocupación por la posibilidad de volverse “impotentes” en ocasiones genera un estrés suficiente para producir problemas de erección al hacer que se despliegue una exagerada atención sobre el desempeño durante el acto sexual, la cual suele ir acompañada de sentimientos de aprensión o ansiedad ante la posibilidad de que la erección sea difícil o imposible. Otra

situación vinculada con este factor es que la persona piense que los problemas de la erección son algo “normal” en la última etapa de la vida y no busque la ayuda médica adecuada.

- Cuando algunas mujeres experimentan los cambios físicos normales asociados con el paso del tiempo —un cuerpo menos firme, canas, arrugas— llegan a sentirse menos atractivas para el sexo opuesto, lo que despierta dudas en cuanto a expresar su interés sexual, de modo que manifiestan menos conductas de seducción, disminuye la frecuencia de inicio de interacciones de tipo sexual, descuidan su arreglo personal y así por el estilo. Tales conductas entonces favorecen el cumplimiento de las expectativas creadas por estas mujeres, un mecanismo conocido como “profecía autocumplida”, en el que la persona propicia aquello que cree va a ocurrir.
- Mantener estándares y metas de belleza física juvenil en ocasiones interfiere con la forma de disfrutar del sexo tanto de hombres como de mujeres, aunque es probable que esto ocurra de forma especial en el caso de las mujeres, ya que la sociedad occidental moderna ejerce mayor presión en ellas para cumplir metas de belleza física.
- De acuerdo con estudios epidemiológicos, el hecho de perder a la pareja es uno de los factores determinantes de mayor peso del cese de la actividad sexual. A esto se suma que la interrupción prolongada de la vida sexual de un sujeto de mayor edad, dificulta la recuperación posterior de la misma. Obtener placer con otra pareja a menudo resulta difícil, en especial cuando la convivencia con la persona fallecida fue satisfactoria o prolongada. Un estudio longitudinal de la Universidad de Duke, informó que 90% de las mujeres viudas cesaban sus relaciones sexuales a partir del fallecimiento de su esposo. La formación de nuevas parejas en la edad madura suele ser mal vista. Términos despectivos como “el viejo verde” y “la viuda alegre” encuadran estas ideas. Todos estos mitos y prejuicios sociales castigan al anciano, privándole de su derecho a mantener su actividad sexual satisfactoria. Más aún, debido al aumento en la longevidad de la población, es cada vez más probable que los ancianos se casen con parejas que desde el punto de vista sexual no resultan muy adecuadas, por ejemplo, algunas mujeres en la senectud contraen nuevas nupcias con hombres de mayor edad, transformándose en “esposas cuidadoras”, asimismo, entre los hombres ancianos no es poco común el matrimonio con mujeres mucho más jóvenes.
- Es frecuente que los ancianos tengan que abandonar su domicilio habitual, ya sea por problemas médicos o por incapacidad importante, de modo que son trasladados al domicilio de familiares o incluso ingresan en residencias o instituciones. Cuando esto ocurre, como mínimo pierden la privacidad e intimidad y muchas veces son inhibidas o incluso prohibidas las conductas autoeróticas o las relaciones sexuales de pareja. Tal situación se agrava más cuando la pareja es separada con la intención de repartir las cargas del cuidado entre los miembros de la familia, sin pensar siquiera que exista una necesidad sexual. Todo lo anterior se evitaría si existiera un reconocimiento social generalizado de la necesidad sexual, para así intentar, junto con los ancianos y sus familias, encontrar la mejor solución en el momento que se decida un cambio de domicilio.
- Atribuir cualquier problema que surja en las relaciones sexuales al hecho de que “se es mayor”, lo cual también provoca que no sea identificada la causa real del problema y

complica encontrar soluciones adecuadas.

- Algunas creencias erróneas también contribuyen a obstaculizar el disfrute de una adecuada sexualidad en la vejez: “La vejez está asociada de manera inevitable con declive del interés sexual”. “La menopausia disminuye el interés sexual”. “Es de mal gusto que las personas mayores tengan intereses sexuales”. “La sexualidad es cosa de jóvenes”. “El sexo es, básicamente el coito; otro tipo de interacción sexual no es tan placentera”. “La actividad sexual debilita a las personas, por tanto, en la vejez quizá no sea saludable”. “Las personas mayores ya no necesitan tanto como los jóvenes el mantener relaciones sexuales”. “Las mujeres por lo general están menos interesadas en el sexo que los hombres y tienen menos necesidades sexuales que ellos lo cual, por supuesto, se acentúa en la vejez”.

CAMBIOS EN LA RESPUESTA SEXUAL

A menudo son aceptadas como normales en el anciano ciertas modificaciones en el patrón sexual considerado como estándar (en función de lo que ocurre con el adulto joven), a saber: disminución del número de coitos y aumento proporcional de otras actividades sexuales como aproximaciones físicas, caricias, ratos de intimidad emocional, de complicidad, relaciones de compañía y conductas autoeróticas.

Kinsey y otros investigadores demostraron que la masturbación es bastante común entre los ancianos (un poco menor que en los jóvenes).¹⁵ En algunos trabajos recientes Morley reporta que la masturbación es la actividad sexual más frecuente en los varones mayores de 80 años; 40 a 50% de las mujeres independientes mayores de 60 años la practican y hasta 8% de ellas tienen actividad autoerótica al menos una vez por semana.¹⁶

Tal frecuencia de la masturbación se relaciona con la alta incidencia de convivir con una pareja incapacitada o de viudez lo cual, unido al rechazo social que existe hacia el establecimiento de una nueva pareja, son factores que suelen propiciar la satisfacción sexual mediante esta práctica.

Los cambios propios de la edad afectan todas las fases de la respuesta sexual, tanto en hombres como en mujeres (cuadro 14-1), pero no alteran la capacidad para disfrutar de la actividad sexual.

Cuadro 14-1. Cambios sexuales fisiológicos en la senectud		
Generales Todos experimentan pérdida o disminución de: • Elasticidad de la piel • Grasa subcutánea • Tono muscular • Capacidades sensoriales • Rubor sexual y erección del pezón • Intensidad de la respuesta sexual	En el hombre • Reducción de la sensibilidad del pene • Mayor dificultad para obtener y mantener la erección • Se acorta o se pierde la etapa de inevitabilidad eyaculatoria • Pérdida de la fuerza eyaculatoria (disminución de las contracciones prostáticas, uretrales, bulbocavernosas e isquiocavernosas) • Menor volumen de esperma o incluso orgasmo sin eyaculación • Desaparición rápida de la erección después del orgasmo • Alargamiento del periodo refractario	En la mujer • Disminución de las hormonas circulantes • Reducción del tamaño de la vulva y la vagina • Atrofia vaginal • Adelgazamiento de las paredes vaginales • Disminución de la lubricación vaginal • Menor variabilidad del tamaño de la vagina durante el coito • Disminución en la duración e intensidad del orgasmo • Orgasmos dolorosos en algunos casos • Disminución rápida de la excitación después del orgasmo

Factores hormonales

La testosterona desempeña una función secundaria en la reducción de la capacidad sexual, de modo que son mucho más importantes las vías monoaminérgicas del sistema nervioso central (SNC), que al estar alteradas en el envejecimiento, serán menos sensibilizadas por los andrógenos.

En relación con los bajos niveles de testosterona, desde 1990 hay consenso de que la disminución paulatina, aunque no global de esta hormona en hombres sanos, está asociada con el envejecimiento, tal como había sido anticipado por Vermeulen en 1972 y corroborado por el *Massachusetts Male Aging Study*, que destacó un mayor descenso de la testosterona libre que la total.^{17,18}

Estudios en varones de 50 a 80 años reportan cifras variables de hipogonadismo, 11.4% en Austria, 19.7% en Seattle y 19.1% en Atlanta. En varones con edades alrededor de los 75 años, Vermeulen diagnosticó 30% de hipogonadismo. Al separar a los pacientes por grupos de edad, Harman encontró 20, 30 y 50% de hipogonadismo a los 60, 70 y 80 años de edad respectivamente al medir testosterona total. Con base en estudios que determinaban testosterona libre, las cifras de hipogonadismo vinculado con el envejecimiento fueron de 30 y 80% a los 60 y 80 años de edad, de manera respectiva.

Dentro de los síntomas de hipogonadismo en el hombre mayor destacan disminución de la libido y mayor frecuencia de disfunción eréctil, ambos síntomas influidos por variables como salud general, enfermedades sistémicas, utilización de fármacos, situación psicosocial y de pareja, etc., los cuales deben ser considerados antes de atribuirlos a la testosterona.

La función eréctil depende de factores psicológicos, neurológicos, vasculares, adecuada función endotelial, liberación de neurotransmisores (óxido nítrico) en un cuerpo cavernoso cuyos tejidos sean sanos, por lo cual la testosterona no desempeña un rol exclusivo. En los pacientes con testosterona baja debe evaluarse de manera integral la función eréctil, ya que el hipogonadismo llega a ser concomitante con ella y no siempre es la causa de la disfunción.

EFECTO DE LAS PATOLOGÍAS MÉDICAS E INCAPACIDAD

Los pacientes ancianos sufren de enfermedades físicas con más frecuencia que sus contrapartes jóvenes y muestran una tendencia a tomar más medicamentos, así que también aumenta el riesgo de desarrollar disfunción sexual. Las enfermedades llegan a afectar el funcionamiento fisiológico (como la diabetes) o hacen el coito más difícil o atemorizante

(como en la artritis o en la enfermedad obstructiva crónica) o bien afectan el interés sexual por un deterioro general en la salud. Cualquier trastorno agudo o crónico que se manifieste en el ámbito de la mente o del cuerpo, que actúe reduciendo las condiciones generales del sujeto o la eficiencia de su economía orgánica, puede asociarse con el descenso o ausencia del deseo y la excitación sexuales. Toda perturbación física o mental, aguda o crónica, tiene el potencial de complicar —y de hecho lo hace— la capacidad de respuesta sexual del individuo.

Trastornos cardiovasculares

El **infarto agudo del miocardio** es a menudo percibido por los pacientes como una contraindicación absoluta para la actividad sexual. Los médicos a menudo advierten a su convaleciente posinfartado que “tomen con calma” la práctica sexual, sin especificar a qué se refieren. El consumo de oxígeno durante el coito equivale a caminar deprisa una cuadra o subir dos tramos de escaleras; el ritmo cardíaco sube a 90 o 150 pulsaciones, con un promedio de 120, es decir, algo similar a un esfuerzo físico moderado. En general, los individuos posinfartados deberían ser instruidos y motivados a retomar sus actividades usuales dentro de las 8 a 12 semanas siguientes, si no existe falla cardíaca congestiva o arritmia grave. Lo mismo que ocurre en aquellos con angina, el médico puede prescribir nitroglicerina 10 minutos antes de iniciar la actividad sexual; desde luego, como se comenta más adelante, esto tiene contraindicaciones con la toma de medicamentos como los inhibidores de la fosfodiesterasa-5. A pesar de la confianza en sus médicos, algunos pacientes o sus esposas tienen miedo de continuar con esta actividad: cerca de 40% la reducen de manera permanente y alrededor de 10% se abstienen en forma absoluta. (Bonner).

En varones con **hipertensión arterial**, la incidencia de disfunción eréctil producida por la misma enfermedad o por efecto secundario de medicamentos es de 15%. Algunos fármacos antihipertensivos tienen efecto adverso sobre la función sexual, por lo que esto se debe tener en cuenta a la hora de seleccionar un tratamiento. En el caso de hipertensión arterial leve o moderada no se debe restringir la actividad sexual.

Trastornos endocrinos

La **diabetes mellitus** es el más común de los trastornos endocrinos asociados con disfunción eréctil, a menudo altera el funcionamiento sexual en los hombres por cambios arterioescleróticos y neuropatía autonómica. La probabilidad de disfunción eréctil es tres veces mayor en varones con diabetes que en quienes no la padecen; en investigaciones con pacientes diabéticos se ha encontrado una alta prevalencia de esta disfunción de 35 a 50 y hasta 75%. El grado de falla en el funcionamiento sexual está asociado con la duración de la diabetes, sin embargo, la incidencia de disfunción eréctil en los diabéticos se incrementa cuando la edad supera los 50 años. El inicio de esta disfunción con frecuencia ocurre dentro de los 10 años siguientes al diagnóstico de diabetes. Zemel reportó que 40 a 80% de los pacientes con diabetes e hipertensión presentaron disfunción sexual, pero piensa que esto

es debido en parte a los medicamentos. El control de la hiperglucemia en ocasiones mejora la neuropatía, aunque no tiene efecto sobre los cambios vasculares que terminan afectando a grandes y pequeños vasos. Una vez establecida la disfunción eréctil es prácticamente irreversible, por lo cual la intervención psicológica en estos pacientes se hace muy necesaria. Parece haber una correlación positiva entre disfunción en la erección y el número de episodios de cetoacidosis y coma. En las mujeres con diabetes por lo general el funcionamiento sexual permanece intacto, a menos que ocurra una patología vascular periférica extensa.

El **hipotiroidismo** es un problema endocrinológico hasta cierto punto común en los pacientes ancianos; tiende a disminuir el deseo y la potencia sexuales. Si se corrige con prontitud no hay mucha repercusión sobre la función sexual, pero si es crónico no se nota mucha mejoría a pesar de un tratamiento adecuado. Las alteraciones sexuales son secundarias a cambios hormonales (prolactina, estrógenos).

Trastornos respiratorios

La **enfermedad pulmonar obstructiva crónica** (EPOC) tiene el potencial de afectar el funcionamiento sexual de muchas maneras. Algunos datos indican que el grado de daño fisiológico no se correlaciona con el grado de deterioro sexual, sin embargo, otros datos sugieren que la EPOC por sí misma llega a causar disfunción sexual. La disminución de testosterona en el suero consecuencia de la hipoxia afecta la función sexual en algunos hombres. Además de las alteraciones fisiológicas, el incremento en la frecuencia respiratoria que acompaña a la actividad sexual quizá sea percibido como disnea y ocasione angustia. Algunos pacientes con EPOC muestran cierto grado de reversibilidad y experimentan broncoespasmo inducido por ejercicio durante el coito; a menudo esto se evita mediante inhalar un agente beta-adrenérgico. En la mayoría de los casos la dificultad en las relaciones sexuales depende del grado de disnea, hipoxia y tratamientos farmacológicos como los corticoides.

Trastornos neurológicos

La **enfermedad vascular cerebral**, con sus limitaciones físicas resultantes, llega a provocar rechazo por la pareja, o restringida expresión o desempeño. Este padecimiento se asocia con depresión, la cual baja el interés sexual. En ocasiones la arteriosclerosis en la bifurcación de la arteria femoral o la arteria profunda del pene impide la erección.

Algunos de los síntomas mayores de la **enfermedad de Parkinson** impactan de manera nociva sobre la sexualidad; esto incluye problemas en los movimientos de coordinación, depresión, psicosis y demencia. Asimismo, la libido quizá se muestre disminuida porque parece ser que la dopamina está relacionada con la regulación del deseo sexual; sin embargo, algunos pacientes tratados con levodopa, experimentan un incremento en el interés sexual que se correlaciona con los picos en sangre de este fármaco. El más común de los problemas sexuales en pacientes con enfermedad de Parkinson es la dificultad en alcanzar y mantener una erección, así como la eyaculación retardada, tal vez relacionadas

con algunos efectos sobre el SNC por la deficiencia de dopamina. La rigidez, bradicinesia y pérdida de los reflejos posturales característicos de la enfermedad de Parkinson suelen limitar de manera considerable la actividad física asociada con el coito.

El **síndrome de Shy-Drager** (una enfermedad degenerativa de las células del cuerno lateral y los ganglios basales involucrados con las neuronas motoras autonómicas) tiene efectos directos sobre las funciones del sistema nervioso autonómico y a menudo causa pérdida de la libido y disfunción eréctil.

En periodos moderados y avanzados de la enfermedad, la **demencia** se ve acompañada de problemas de hipersexualidad o hiposexualidad, lo cual se atribuye a la alteración de la liberación de neurotransmisores (somatostatina, acetilcolina, TSH, GH) a nivel hipotalámico. Los ancianos con cualquier forma o grado de incapacidad mental plantean problemas específicos: la hipersexualidad no es rara y tiene el potencial de producir daños irreparables al propio individuo u otras personas; quizá ocurran comportamientos inadecuados en público (exhibición de genitales, tocamientos, masturbación) que resultan molestos u ofensivos, sobre todo cuando tienen lugar dentro de las instituciones o residencias. Debido a ello es muy importante que el médico pregunte de manera expresa por estas conductas, ya que muchas veces las familias ocultan estos síntomas, lo cual retrasa la intervención médica. No obstante, es esencial mantener presente que aun los ancianos con cierto grado de incapacidad mental conservan la capacidad para sentir placer.

Trastornos reumatológicos

La prevalencia de problemas sexuales en los adultos con diferentes tipos de **artritis** ha sido reportada entre 50 a 66%; muchas limitaciones sexuales relacionadas con artritis son debidas a barreras mecánicas. Las articulaciones involucradas quizá estén afectadas de tal manera que las posiciones sexuales convencionales (como la del “misionero”) sean difíciles o imposibles de realizar. En ocasiones el dolor es tan intenso que el paciente es incapaz de centrarse en otras actividades, incluyendo las sexuales. Aun cuando el dolor no tenga un matiz tan serio, el paciente o su pareja tal vez abriguen algún miedo de que los movimientos y las presiones durante la relación sexual lo agudicen y debido a ello evitan el coito. La premedicación con analgésicos y el adiestramiento en diferentes posiciones sin duda son de gran ayuda para estas personas. Algunos medicamentos (AINES, antipalúdicos) utilizados para tratar los trastornos reumatológicos llegan a producir disfunción eréctil.

Varios tipos de artritis están vinculados con otros aspectos sistémicos que pueden inhibir la sexualidad, por ejemplo, el **síndrome de Sjögren** está asociado con vaginitis atrófica, y en los hombres, el **síndrome de Reiter** y el **síndrome de Behçet** a menudo se acompañan de balanitis. A menudo las úlceras genitales del síndrome de Behçet representan una limitación estética al coito y otras actividades sexuales.

Trastornos renales y del tracto urinario

En enfermedad renal aguda y crónica los hombres llegan a mostrar una mayor incidencia

de disfunción sexual que las mujeres,. En ambos sexos, la fatiga, el letargo y los efectos de la enfermedad crónica llegan a ocasionar una disminución del interés sexual y el deseo. La **uremia** parece estar correlacionada con la disminución en la frecuencia del coito, la erección en los hombres y el orgasmo en las mujeres. La **insuficiencia renal crónica** produce alteraciones en la sexualidad secundarias a alteraciones hormonales (FSH, LH, estradiol, prolactina, testosterona).

Las **infecciones del tracto urinario** son más comunes en las mujeres y durante la senectud quizá estén relacionadas con atrofia vaginal, mayor laxitud de las paredes y disminución de la lubricación por déficit estrogénico. La infección urinaria también ocasiona dispareunia. Cuando hay **incontinencia urinaria** no ocurre un deterioro en la sexualidad *per se*, pero 45% de los ancianos incontinentes relatan malestar durante el coito.

TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS

En la **depresión**, uno de los síntomas es la anhedonia, misma que provoca desinterés en la vida sexual o en cualquier situación que produzca placer, por lo cual es causa frecuente de disminución del deseo sexual. A esto se suma el uso de medicamentos que afectan la función sexual, los cuales llegan a generar disfunción en cualquiera de las fases de la respuesta sexual, pero sus efectos secundarios más frecuentes son la baja de deseo y retraso en la eyaculación. Algunos clínicos han utilizado este último efecto en forma terapéutica para tratar la eyaculación precoz, sin embargo, en el anciano ya existe un retraso en la eyaculación.

Algunos **trastornos psicóticos** en el anciano llegan a producir alteraciones en la esfera sexual (hipersexualidad, desviaciones sexuales) que requieren de un tratamiento especializado. Asimismo, el **alcoholismo y otras adicciones** en el anciano (lo mismo que en el individuo joven) pueden ser origen de disfunciones sexuales.

Trastornos oncológicos

El cáncer tiene el potencial de provocar disfunción por sí mismo (dependiendo de la localización del tumor) o bien, es probable que la disfunción sea secundaria a los tratamientos farmacológicos o los fenómenos secundarios a la enfermedad oncológica (depresión, ansiedad).

Intervenciones quirúrgicas

La incidencia reportada de fallas en la erección consecutivas a la **resección transuretral de la próstata** varía de 4 a 12%, lo que parece ser mucho menor que las cifras encontradas cuando se realiza la intervención tradicional perineal, pero aún así, esto debiera ser notificado a los pacientes que serán sometidos a esta cirugía (incluso cuando se piensa que, en mucho, esta disfunción es de origen psicógeno). Además de la prostatectomía, todos los procedimientos quirúrgicos que involucran a la pelvis tienen el potencial de alterar la innervación o la vascularización que llega a los genitales. Si intervenciones quirúrgicas

como la **mastectomía**, **histerectomía**, **salpingoclasia**, **orquiectomía**, **colostomía**, **cistostomía** y otras semejantes son percibidas como mutilación y “algo” que desfigura, a menudo tienen el efecto de disminuir o incluso anular la búsqueda sexual, pues el paciente se siente poco atractivo para su pareja.

Muchos pacientes intervenidos con cirugía pélvica o genital, creen que experimentarán de manera inevitable una reducción o cese de actividad sexual, incluso después de la recuperación. Tal idea equivocada por lo general requiere la asistencia activa del médico para aclarar esas infundadas expectativas y lograr que el paciente retome su vida sexual en forma satisfactoria.

Además de los efectos fisiológicos específicos de la enfermedad sobre la sexualidad, estos problemas conllevan efectos psicológicos del padecimiento en general. El trastorno suele producir pérdida del vigor, a menudo acelera el deterioro físico y el envejecimiento en general, y a menudo daña en forma grave la sensación del individuo de totalidad e integridad corporal. Cuando el letargo y la fatiga causan en el anciano pérdida de interés en el coito, la intervención del médico con el paciente y su pareja quizá promueva otras formas de expresión de la sexualidad en la intimidad que satisfagan a ambos.

Fármacos

Más de 20% de los medicamentos que se prescriben de manera habitual en la medicina geriátrica ocasionan disfunción sexual, en particular disfunción eréctil (cuadro 14-2).

Cuadro 14-2. Efecto de medicamentos y otras sustancias sobre la función sexual

Medicamento o sustancia	Efecto observado	
Antihipertensivos	Falla en la erección Probable alteración en el deseo y el orgasmo	
Antipsicóticos (clorpromazina, sulpiride, haloperidol y flufenazina)	Disminución de la libido y fallas en la erección	Probable mecanismo Depleción de neurotransmisores en SNC (metildopa) Depleción periférica de neurotransmisores (reserpina, guanetidina) Bloqueo beta (propranolol, pindolol, atenolol, metoprolol) Bloqueo alfa (prazocin)
Antipsicóticos (clorpromazina, perfenazina, trifluoperazina)	Alteraciones en la eyaculación y el orgasmo	Elevados niveles de prolactina por antagonismo de los receptores dopaminérgicos en hipófisis e hipotálamo Sedación, parkinsonismo y retardo psicomotor
Antipsicóticos (clorpromazina, flufenazina, clozapina)	Priapismo	Actividad anticolinérgica y bloqueo alfa adrenérgico Actividad anticolinérgica
Antidepresivos (tricíclicos, ISRS, ISRS y noradrenalina)	Retardo y menor intensidad del orgasmo Falla en la erección Probable disminución de la libido	Mayor actividad serotoninérgica que tiene efecto inhibitorio
Antidepresivos (trazodona)	Priapismo	
Carbonato de litio	Disminución de la libido Falla en la erección	
Ansiolíticos (clordacepóxido, loracepam, alprazolam)	Eyaculación retardada	Inhibición de ATPasa sodio/potasio Elevación del estrógeno y reducción de testosterona
Digoxina	Disminución de la libido Falla en la erección	Aumenta el metabolismo hepático de los andrógenos
Clofibrato	Disminución de la libido Falla en la erección	Actividad antiandrogénica por elevación de la prolactina
Bloqueadores histaminérgicos (cimetidina)	Disminución de la libido Falla en la erección	Antagonismo del receptor dopaminérgico en SNC
Metoclopramida	Disminución de la libido Falla en la erección	Incremento en la inducción de la enzimas hepáticas que aumenta el metabolismo de los andrógenos
Anticonvulsivantes	Falla en la erección Probable disminución de la libido	Alteración del nivel de testosterona en relación con la dosis Depresión de SNC Efectos crónicos debidos a daño neurológico y alteraciones endocrinas
Opioides	Disminución de la libido Falla en la erección	Vasoconstricción, daño endotelial y flujo sanguíneo reducido
Alcohol	Disminución de la libido Falla en la erección Eyaculación retardada	
Tabaco	Falla en la erección	

MANEJO DE LAS DISFUNCIONES

Son pocas las parejas que acuden a las consultas de terapia sexual dedicadas de manera específica a los ancianos, en esta edad, el mayor porcentaje son hombres que asisten en busca de ayuda para los problemas de erección. Sin embargo, hay parejas con más de 30 o 40 años de casados en que la mujer ha ocultado durante este tiempo alguna disfunción sexual, como disminución del deseo o ausencia de orgasmo.

Los capítulos referentes a las disfunciones sexuales abordan su tratamiento, por lo que aquí sólo se harán algunas consideraciones sobre cómo ayudar a las personas mayores a disfrutar más de su sexualidad. Los siguientes puntos sugieren líneas de intervención útiles para el clínico:

- Luchar contra los obstáculos que impiden o dificultan a las personas mayores el hablar sobre el tema.
- Favorecer la comunicación e intercambio de opiniones sobre la sexualidad y la expresión de la problemática que la persona pudiera llegar a padecer en este momento

de su vida.

- No crear nuevas exigencias que contradigan los deseos o creencias religiosas del individuo.
- Proporcionar información sobre los cambios que ocurren con el envejecimiento y quizá ocasionarán modificaciones en la forma de experimentar la sexualidad.
- Dar información sobre los factores fisiológicos y psicológicos que inciden en el inicio y mantenimiento de disfunciones o dificultades sexuales, así como de las vías existentes para su posible manejo.
- Facilitar que las personas se reconcilien con su figura corporal y acepten los cambios que supone el proceso de envejecimiento, modificando las normas de belleza propias de la juventud basadas en criterios físicos y estéticos, por nuevos estándares más realistas y alcanzables, aquellos que se fundamentan en los valores de la comunicación, el afecto, la intimidad y la sensualidad.
- Promover una visión de la sexualidad creativa.
- Favorecer la creación de redes sociales adecuadas, con personas de su edad.
- Intervenir en cualquier área problemática de la pareja, de salud, el estrés y la depresión, que afectan de forma significativa la vida sexual.

HOMOSEXUALIDAD EN LA VEJEZ

Si la vejez acarrea en muchos casos un problema de discriminación, lo es aún más en quienes tienen una orientación homosexual. A menudo el grupo de individuos homosexuales permanece escondido pues recibe adjetivos de ilegal, inmoral, pecaminoso, equivocado o contranatural. Ser homosexual y haber llegado a etapas tardías de la vida con el deseo de ejercer la sexualidad es para muchos una doble razón para experimentar vergüenza. Los cambios sociales en las formas de percibir la homosexualidad —esto es, de manera más pública y abierta y con mayor aceptación colectiva— quizá resulten difíciles de asimilar por parte de quienes se han acostumbrado a vivir toda su vida en el secreto y la negación de sí mismos.

Los hombres homosexuales de edad avanzada han sido estigmatizados como solitarios, depresivos, compulsivos en sus conductas sexuales y con una vida en la que carecen del apoyo de su familia y amigos; por otro lado, las lesbianas son señaladas en su vejez como despojadas de atractivo, solitarias y sin emociones. Es poca la investigación realizada con ambos grupos y los resultados disponibles muestran que los problemas del envejecimiento en varones y mujeres homosexuales son, en primera instancia, los mismos que sufren la mayoría de los adultos que envejecen: soledad, cuidados de salud, empleo, alojamiento y cuidados a largo término. No obstante lo anterior, hay una serie de problemas específicos que deben enfrentar las personas homosexuales. En el caso de las mujeres, una dificultad es encontrarse en mayor riesgo frente a enfermedades como cáncer de mama y de útero ya que, además de que muchas de ellas no tienen el antecedente de haber amamantado, con frecuencia están reticentes para acudir al especialista pues dicen sentirse humilladas y maltratadas por sus médicos ginecólogos. En el caso de los varones, uno de los problemas específicos es la mayor incidencia de sida, el cual se ha convertido en una enfermedad crónica que requiere de cuidados especiales. Hombres y mujeres tienen mayores

dificultades para ser aceptados en residencias de ancianos y si consiguen el ingreso a menudo su integración se dificulta en varias maneras, desde los temas de conversación que giran en torno a hijos y nietos hasta en el esfuerzo por mantener oculta su orientación sexual.

CONCLUSIONES

Lo que toda persona debe saber acerca de la sexualidad en la vejez es que: 1) a cierta edad la actividad sexual por lo general disminuye, sin embargo, el interés y las habilidades sexuales permanecen inalteradas. 2) Si la sexualidad es constante a través de la vida, los cambios biológicos asociados con el envejecimiento son menos pronunciados y, por tanto, la sexualidad se ve menos afectada. 3) Entender que la sexualidad es normal y natural en la vejez, de hecho, constituye un paso importante en la realización de la propia sexualidad. 4) El coito no debe ser la meta final de las relaciones sexuales, las parejas deben aprender a comunicar sus sentimientos e impulsos sexuales a través de formas de expresión diferentes, que incluyan intimidad, como el tomarse de las manos, besarse, la masturbación en pareja y el sexo oral. 5) Es factible que la actividad sexual continúe más allá de la octava década de la vida. 6) La “salud sexual” beneficia la salud general en la vejez. 7) Cuando hay alguna duda de que algún padecimiento o la toma de cierto medicamento interfiera con la función sexual, es preciso consultar con el médico.

En resumen, la información sobre los cambios sexuales vinculados con el proceso de envejecimiento, así como las diferentes opciones de tratamiento, deben formar parte de los conocimientos que todo médico ponga en práctica al tratar con personas de edad avanzada, a fin de que el paciente esté en posición de conocer y discutir no sólo con su médico, sino también con su pareja. La sexualidad es y ha sido una de las áreas del comportamiento humano más desconocida y en la que aún predomina muchas veces la anécdota sobre el conocimiento científico. Y si esto es cierto a cualquier edad, lo es más todavía en personas de edad avanzada. Las creencias y conceptos erróneos se manifiestan incluso en las historias clínicas, donde no se recogen datos sobre la actividad sexual.

En una sociedad que envejece de manera progresiva, la sexualidad debe permanecer en una dimensión afectiva, sentimental y relacional durante todo el curso de la existencia, en el respeto del cuerpo y de los aspectos peculiares presentes en cada fase de la vida.

Según Erikson, “la edad adulta tardía es también una época para jugar, para rescatar una cualidad infantil esencial, para la creatividad. El tiempo para la procreación ha pasado, pero la creación puede tener lugar todavía. Aun cuando las funciones del cuerpo se debiliten y la energía sexual llegue a disminuir, las personas pueden disfrutar una experiencia enriquecida, corporal y mentalmente”.

No hay duda de que una sexualidad activa sólo tiene consecuencias positivas, pues así el adulto mayor se siente apreciado, comprendido por su pareja, todavía querido y deseado, libre y capaz de expresar afecto, así como de recibirlo, lo que conlleva un fortalecimiento del vínculo de la pareja, de la autoestima de ambos y, en general, produce un sentimiento de vitalidad.

REFERENCIAS

1. **von Krafft-Ebing** (1990). La sexualidad negli anziani, in anziani, Ruolo, Famiglia, Institución. Quaderni di Terapia Familiare, 79-86.
2. **Kinsey A., Pomeroy W., Martin C.** (1948) Age and sexual outlet. En: Kinsey A., Pomeroy W., Martin C. (Eds) *Sexual Behavior in the Human Male*. Philadelphia, PA, WB Saunders, 218-262.
3. **McCary JL** (1968). McCary's human sexuality. Wadsworth Pub Co., Belmont, Calif. P. 187-192.
4. **Pfeiffer E., Verwoerd A., Wang H.S.** (1968) Sexual behavior in aged men and women. I Observations on 254 community volunteers. Arch Gen Psychiat 19:753-758.
5. **Morley J.E., Kaiser F.E.** (1989) Sexual function with advancing age. Med Clin North Am 73:1483-1495.
6. **Diokno A.C., Brown M.B., Herzog R.** (1990) Sexual function in the elderly. Arch Intern Med 150:197-200.
7. **Ribera D., Reig A.** (1991) Comportamiento sexual en ancianos. Rev Esp Geriatric Gerontol 26:234-242.
8. **Padma-Nathan H., Boyd S.D., Cheung D.** (1991) The biochemical effect of aging, diabetes and ischaemia on corporal and tunical collagen. J Urol 145:324A.
9. **Feldman H.A., Goldstein I., Hatzichristou D.G.** (1994) Impotence and its medical and psychosocial correlates: Results of the Massachusetts male aging study. J Urol 154-161.
10. **Masters W.H., Johnson V.E.** (1981) Sex and the aging process. J Am Geriatr Soc 29:385-390.
11. **Kaiser F.E.** (1996) Sexuality in the elderly. Urol Clin North Am, 23:99-109.
12. **Schiavi R.C., Rehman J.** (1995) Sexuality and aging. Urol Clin North Am 22,4:711-725.
13. Estudio longitudinal de envejecimiento de Baltimore (1998) Ferrini RL, Barret-Connor E (1998). Sex hormones and age: a cross - sectional study of testosterone and estradiol and their bioavailable fractions in community-dwelling men. Am J Epidemiol 147: 750 -754.
14. **Dello M** (1998) Sexual Feelings and sexual life in an Italian sample of 335 elderly 65 to 106 year olds. Arch Geron Geriatr; suppl 6:155-162.
15. **Kinsey A., Pomeroy W., Martin C.** (1948) Age and sexual outlet. En: Kinsey A., Pomeroy W., Martin C. (Eds) *Sexual Behavior in the Human Male*. Philadelphia, PA, WB Saunders, 218-262.
16. **Morley J.E., Kaiser F.E.** (1989) Sexual function with advancing age. Med Clin North Am 73:1483-1495.
17. **Vermeulen A., Rubens R., Verdonck L.** (1972) Testosterone secretion and metabolism in male senescence. J Clin Endocrinol Metab 34:730-735.
18. **Feldman H.A., Goldstein I., Hatzichristou D.G.** (1994) Impotence and its medical and psychosocial correlates: Results of the Massachusetts male aging study. J Urol 154-161.
19. **Harman S.M., Metter E.J., Tobin J.D. et al.** (2001) Longitudinal effects of aging on

serum total and free testosterone levels in healthy men. J Clin Endocrinol Metab 86:724-731.

20. Zemel P. (1988) Sexual dysfunction in the diabetic patient with hypertension. Am J Cardiol 61:27.

LECTURAS RECOMENDADAS

Ardila A. (1986) La Vejez: Neuropsicología del Fenómeno del Envejecimiento. Medellín:Prensa Creativa.

Bolt JW, Evans C, Marsahall UR.(1986) Sexual dysfunction after prostatectomy. Br J Urol 58:319-324.

Bonner EJ, Gendel ES. (1987). Sexual counseling for the elderly patient after myocardial infarction. Med Asp Hum Sex 21:100-108.

BrandtKD, Potts MK. (1987). Arthritis in the elderly: assessment and management of sexual problems. Med Asp Hum Sex 21:57-64.

Butler RN, Lewis MI, Hoffman E, Whitehead ED. (1994) Love and sex after 60: How physical changes affect intimate expression. Geriatrics 49: 20-7.

Capodieci S (1990) La sexualidad negli anziani, in anziani, Ruolo, Famiglia, Istituzioni. Quaderni di Terapia Familiare, 79-86

Comfort A, Dial LK. (1991) Sexuality and aging an overview. Clin Geriatr Med 7: 1-9.

Deacon N, Minichiello A, Plummer M. (1995). Sexuality and Older People: Revisiting the Assumptions. Educational Gerontology, 21, 497-513.

Devoto E. (2000) Aspectos psicoendocrinos de la conducta sexual En: Jadresic A, Ojeda C, Pérez G, ed. Psiconeuroendocrinología. Santiago: Publicaciones Técnicas Mediterráneo, 51 - 63.

Ferrini RL, Barret-Connor E. (1998). Sex hormones and age: a cross - sectional study of testosterone and estradiol and their bioavailable fractions in community-dwelling men. Am J Epidemiol 147: 750 -754.

Gooren LJG. (1996). The age-related decline of androgen levels in men: clinically significant? British J Urology 78:763-768.

Gray A, Feldman HA, McKinlay JB, Longcope C. (1991). Age, disease and changing sex hormone levels in middle-age men: results of the Massachusetts male aging study. J Clin Endocrinol Metab 73:1016-1025.

Gupta K. (1990) Sexual dysfunction in elderly women. Clin Geriatr Med 6:197-203.

Harman SM, Blackman MR. (1994). Male menopause, myth or menace? Endocrinologist 4:212 - 217.

Hazzard WR. (1990): The sex differential in longevity. In: *Principles of Geriatric Medicine and Gerontology*. New York: McGraw-Hill.

Herrera A (2003) Sexualidad en la vejez ¿Mito o realidad?. Rev Chil Obstet ginecol 68 (2): 150-162.

Hillman JL, Stricker N. (1994).A linkage of knowledge and attitudes toward elderly sexuality: not necessarily a uniform relationship. Gerontologist, 34:256-260.

Hodson, DS, Skeen P. (1994). Sexuality and aging: The hammerlock of myths. The Journal of Applied Gerontology, 13:219-235.

- Kaiser FE, Viosca SP, Morley JE.** (1988) Impotence and aging: Clinical and hormonal factors. *J Am Geriatr Soc* 36:511-519.
- Kaplan HS.** (1990). Sex, intimacy, and the aging process. *J Am Acad Psychoan*, 18:185-205.
- Katznelson L.** (1999). Neuroendocrine aspects of testosterone insufficiency with aging. *Endocrinologist* 9:190-196.
- Keller JM.** (1993) Sexuality in later life. *Reviews in Clinicas Gerontology* 3:309-314.
- Kennedy GJ, Haque M, Zarankow B.** (1997). Human sexuality in late life. *Int J Ment Health*, 26:35-46.
- King M.** (2001) Aging and Male Sexuality. *Am J Psychiatry*, 158:154- 155.
- Kingsberg SA.** (2002). The impact of aging on sexual function in women and their partners. *Arch Sex Behav* 31(5):431-437.
- Leiblum SR, Bachmann GA, Kemman E.** (1983) Vaginal atrophy in postmenopausal women. *JAMA* 6:249.
- Lewy JA.** (1994): Sexuality and aging. In: Hazzard WR, Bierman LR, Bless JP (eds.): *Principles of Geriatric Medicine and Gerontology*. New York: McGraw-Hill, 115-24.
- Lopicollo J.** (1991): Counseling and therapy for sexual problems in the elderly. *Clin Geriatr Med* 7: 161-79.
- Ludeman N.** (1981). The sexuality of the older person: review of the literature. *Gerontologist*. 21:203-208.
- Majercsik E** (2005) hierarchy of Needs of Geriatric Patients. *Gerontology* 51:170-173
- Masters WH, Johnson VE.** (1967). Respuesta sexual geriátrica. En: WH Masters y VE Johnson *Respuesta Sexual Humana*. Inter-médica. Buenos Aires, 200-242.
- Mayeux R.** (1987). The psychiatric and sexual complications of Parkinson's disease. *Med Asp Hum Sex* 21:68-73.
- McCary JL.** (1967) McCary's human sexuality. Wadsworth Pub Co, Belmont, Calif. P. 187-192
- Mooradian, AD.** (1991). Geriatric sexuality and chronic diseases. *Clinics in Geriatric Medicine*, 7:113-131.
- Morales A, Heaton JPW, Carson CC.** (2000). Andropause: a misnomer for a true clinical entity. *J Urol*, 705 -712.
- Morley JE, Charlton E, Patrick P, Kaiser FE et al.:** (2000). Validation of a screening questionnaire for androgen deficiency in aging males. *Metabolism* 49:1239-1242.
- Morley JE, Kaiser FE, Perry HM, Patrick P et al.:** (1997). Longitudinal changes in testosterone, luteinizing hormone and follicle-stimulating hormone in healthy older men. *Metabolism* 46:410-413.
- Morley JE, Kaiser FE.** (2003) Female Sexuality. *Med Clin North Am*. 87:1077-1090.
- Persson S.** (1990). Sexuality in a 70-year-old Urban Population. *J Psychosom Res*, 24:335-342.
- Pfeiffer E, Davis GC.** (1972) Determinants of sexual behavior in middle and old age. *J Am Geriatr Soc* 20:151-158.
- Pfeiffer E, Davis GC.** (1989) Sexual behavior in aged men and women. *Arch Gen Psychiatry* 19:753.
- Pfeiffer E, Verwoerdt A, Davis GS.** (1972). Sexual behavior on middle life. *Am J*

Psychiatry 128,10:1262-1267.

Roughan PA, Kaiser FE, Morley JE. (1993): Sexuality and the older woman. Clin Geriatr Med 1: 87-106.

Rowland LD, Greenleaf WJ, Dorfman LJ. (1993). Aging and sexual function in men. Arch Sex Behav 22:545-557.

Schiavi RC. (1992). Normal aging and the evaluation of sexual dysfunction. Psychiatr Med 10:217-225.

Schiavi RC, Rehman J. (1995). Sexuality and aging. Urol Clin North Am 22(4):711-725.

Schiavi RC, Schreiner-Engel P. (1990) Mandeli J. Healthy aging and male sexual functioning. Am J Psychiatry 147:766-771.

T'Sjoen G, Goemaere S, De Meyere M, Kaufman JM. (2004) Perception of males' aging symptoms, health and well-being in elderly community-dwelling men is not related to circulating androgen levels. Psychoneuroendocrinol 29:201-214.

Tenover J. (2003). Declining testicular function in aging men. Int J Impot Res 15: 3 - 8.

Thienhaus, O.J. (1988). Practical overview of sexual function and advancing age. Geriatrics, 43:63-67.

Thompson WL. (1986). Sexual problems in chronic respiratory disease. Postgrad Med 79:41-46.

Ugarte F, Barroso J. (2001) Prevalencia de disfunción eréctil en México y factores de riesgo asociados. Rev Mex Urol 61:2, 63-76

Vermeulen A. (2001). Androgen replacement therapy in the aging male. A critical evaluation. J Clin Endocrinol Metab 86:2380-2390.

Warner JP, Wright L, Blanchardx M, King M. (2003). The psychological health and quality of life of older lesbians and gay men. Int J Ger Psychiat 18(8):754-755.

Wiley H, Bortz A. (1996) Sexuality and aging? usual and successful. J Gerontology 51A, March, 142-146.

Winn L, Newton M. (1982). Sexuality and Aging: A Study of 106 Cultures. Arch Sex Behav, 11:283-298.



Instrumentos clinimétricos para la investigación en sexualidad humana

Nadine Terrein Roccatti

En las Ciencias de la Salud se ha observado una creciente necesidad de evaluar los aspectos cognitivos de la experiencia personal con respecto a la salud, es decir, los elementos que los pacientes reportan acerca de sus síntomas. Muchos de estos signos o síntomas resultan ser subjetivos, pues están relacionados con grados o frecuencias de aparición.

Es indispensable contar con parámetros sencillos que ayuden a distinguir los niveles normales de los que resultan patológicos con un alto grado de precisión y un criterio estandarizado que permita el diagnóstico rápido, e incluso el autodiagnóstico y búsqueda de la atención adecuada.

A través de la construcción de instrumentos que preguntan al paciente en forma clara y precisa algunos aspectos relativos a la frecuencia de la ocurrencia de ciertos eventos, así como la presencia de ciertas manifestaciones relacionadas con síndromes específicos, es posible diferenciar con un alto grado de confiabilidad a los individuos que lo padecen de quienes no. Lo anterior resulta beneficioso tanto en el consultorio médico, en la vida cotidiana de las personas (con la finalidad de un autodiagnóstico que oriente hacia la atención especializada), como en la investigación.

La sexualidad es una parte fundamental del ser humano y se expresa en todas sus actividades, las visibles (como la conducta) y las no visibles (como el pensamiento y las fantasías). La conducta sexual se considera un aspecto íntimo de la persona y por lo general se manifiesta en lugares privados que dificultan su medición, tanto para la investigación como para el diagnóstico. Esto hace necesario el desarrollo y uso de instrumentos para obtener información precisa, real y honesta acerca de la sexualidad de las personas, misma que resulte útil en la investigación y el diagnóstico.

En particular, la investigación en sexualidad ha demostrado la utilidad de contar con instrumentos precisos que manifiesten, por ejemplo, el grado en que es posible que mejore la funcionalidad erótica con el uso de tratamientos específicos.

La construcción misma de los diversos instrumentos tiene la finalidad de esclarecer los elementos del erotismo que influyen en su funcionamiento global. Un ejemplo específico ha sido la necesidad de comprender los procesos presentes en el erotismo femenino a fin de desarrollar opciones de tratamiento farmacológico eficientes.

Además de los instrumentos de diagnóstico clínico, en sexualidad se cuenta con una gran cantidad de opciones para medir diversos aspectos de la misma, en todas sus manifestaciones. Desde las actitudes hacia el aborto, las manifestaciones de feminidad y masculinidad, el amor y formas de elección de pareja, hasta las expresiones eróticas, la conducta sexual y uso de métodos de sexo seguro, tienen alguna escala para ser medidos.¹ Tal es el caso del coeficiente sexual,² mismo que se muestra en la figura 15-1, del Índice Internacional de la Función Erétil (IIEF, por sus siglas en inglés).³

Medición del "coeficiente sexual"

☒ Marque las respuestas según las siguientes categorías, basado en su vida sexual de los últimos seis meses.

	☐ 1 punto Nunca	☐ 2 puntos Raras veces	☐ 3 puntos Algunas veces	☐ 4 puntos La mayoría de las veces	☐ 5 puntos Siempre
PREGUNTA	RESPUESTA				
1 ¿Está su libido lo suficientemente alta para estimularlo a iniciar una relación sexual?	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
2 ¿Considera que su poder de seducción es suficiente para seducir a su pareja en la cama y satisfacer la relación sexual?	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
3 ¿Considera que el juego anticipatorio es estimulante y satisfactorio para usted y su pareja?	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
4 ¿La satisfacción sexual y la capacidad para llegar al orgasmo de su pareja influyen en su desempeño sexual?	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
5 ¿Puede mantener una erección adecuada para poder completar el acto sexual con un orgasmo satisfactorio?	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
6 ¿Después del estímulo sexual, su erección es lo suficientemente rígida para asegurar el acto sexual con un orgasmo satisfactorio?	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
7 ¿Puede mantener firmemente una erección durante el acto sexual?	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
8 ¿Puede controlar la eyaculación de modo tal que el acto sexual se prolongue tanto como usted lo desea?	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
9 ¿Puede alcanzar el orgasmo y el clímax durante el acto sexual?	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
10 ¿Su rendimiento sexual lo estimula a ser más audaz en la cama, por ejemplo, a probar posiciones diferentes o a disfrutar del sexo con más frecuencia?	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐

RESULTADOS Para obtener su puntaje sume los puntos de las respuestas seleccionadas y multiplique el resultado por dos

80 a 100 puntos Vida sentimental apasionada: Me siento muy satisfecho sexualmente y disfruto al máximo de mi vida sexual.	60 a 80 puntos Vida sentimental cálida: Disfruto del sexo, pero podría mejorarse.	40 a 60 puntos Vida sentimental tibia: Estoy preocupado porque mi goce sexual podría ser mejor.	20 a 40 puntos Vida sentimental decepcionante: Siento que mi vida sexual no me da suficientes satisfacciones.	0 a 20 puntos Vida sentimental frustrante: Me preocupa que mi actividad sexual no sea un aspecto preponderante o que le otorgue placer a mi vida.

FUENTE DRA. CARMITA ARDO

CLARIN

Figura 15-1. Coeficiente Sexual.

Este capítulo aborda los pasos para desarrollar un instrumento así como los aspectos del mismo que deben considerarse antes de su aplicación; su proceso de elaboración se lleva a cabo en diversas etapas. Inicia con la necesidad específica de desarrollarlo. El primer paso es la planeación, es decir, el planteamiento de los objetivos y el desarrollo de la tabla de especificaciones simplificarán la laboriosa redacción de los reactivos. Antes de la aplicación es necesario decidir el formato adecuado para la prueba. Después del pilotaje del instrumento, se analizan los reactivos, eliminando los que sesgan la medición que se

pretende realizar. Tras una aplicación a un grupo representativo de la población meta, se establecen la confiabilidad, validez y estandarización de una prueba (figura 15-2).

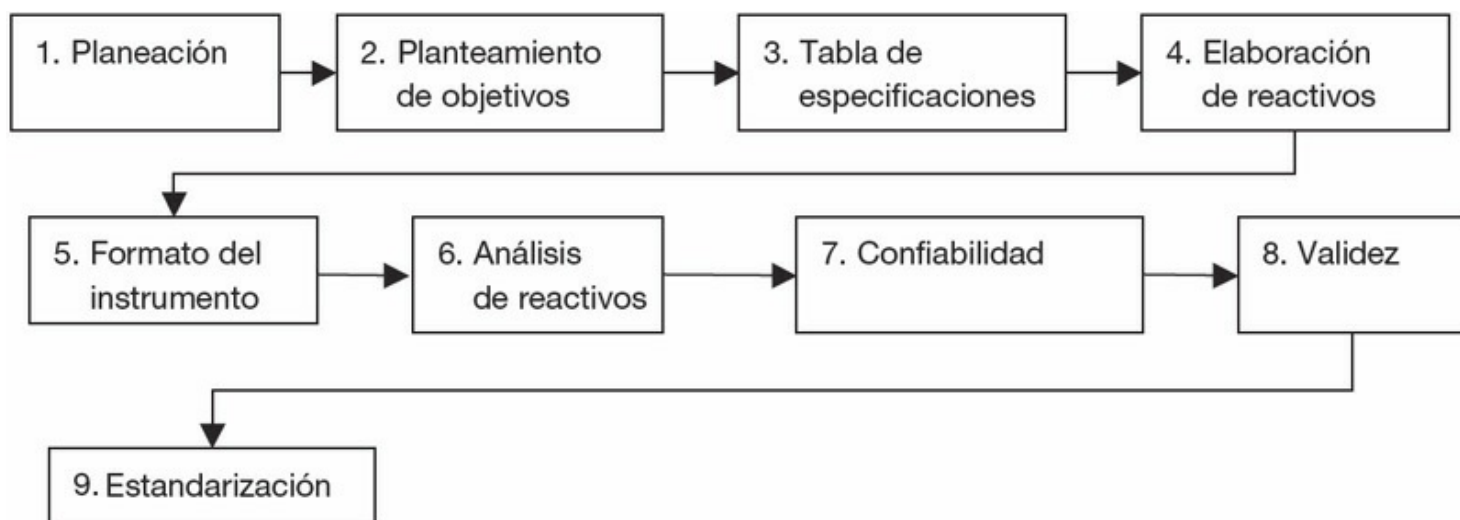


Figura 15-2. Etapas de la elaboración de instrumentos.

Según Hogan, existen tres fuentes para obtener los temas de los instrumentos de medición:⁴ en primer lugar se considera la necesidad práctica como el origen de la construcción de un cuestionario. Un ejemplo de este motivo se encuentra en elaborarlo a partir de una investigación que pretende probar el éxito de alguna intervención (fármaco, tratamiento, taller, etc.) sobre una condición particular (p. ej., función sexual), que requiere de una forma precisa de medir los cambios de la función sexual en un ambiente natural (esto es, a través de un cuestionario) que permita realizar una comparación previa/posterior a dicha intervención.

La segunda fuente de temas para la construcción de instrumentos es el fundamento teórico. Se trata de la necesidad de comprobar y medir la aplicación clínica de una teoría. Existen diversas teorías acerca del desarrollo de la sexualidad que requieren de una comprobación práctica, un ejemplo de ello es la teoría sistémica de la sexualidad.⁵

La adaptación y revisión de instrumentos ya existentes es la tercera fuente de temas; en ocasiones se requiere de escalas que han sido desarrolladas y probadas en otros países o incluso en idiomas diferentes. Siempre es importante adaptar los instrumentos a la población con la que se utilizarán.

PLANEACIÓN

Una vez que se cuenta con un tema de importancia que justifica su elaboración, la primera etapa en la construcción de instrumentos clinimétricos es la planeación, misma que exige especificar los temas y subtemas, el tipo de preguntas, los formatos o esquemas de los reactivos y pruebas, las circunstancias en las que se aplicará, así como el modo en que se calificará y evaluará la prueba.

Para elaborar un instrumento, es muy importante el dominio teórico del tema, lo cual

facilita el planteamiento de los objetivos y, por ende, la redacción de los reactivos. Asimismo, el conocimiento del objeto de estudio permite tener claro el sentido de las preguntas. En ocasiones, se sugiere un método cualitativo de acercamiento a las personas que se verán involucradas en la evaluación. A través de entrevistas a profundidad o de grupos focales es posible conocer los efectos del objeto que se espera medir.

Es importante también determinar el tipo de preguntas que deberán elaborarse: quizá se elijan preguntas con respuesta dicotómica, de opción múltiple, de formato Likert o bien de diferencial semántico. La diferencia radica en el tipo de información que se desea recabar. Si lo que se espera medir es el nivel de conocimiento acerca de un tema particular, una excelente opción es emplear preguntas con respuesta de opción múltiple; cuando la intención es medir la actitud hacia un objeto, las mejores alternativas son el formato Likert o el diferencial semántico, pues permiten medir una mayor variabilidad en las respuestas; las preguntas de respuesta dicotómica resultan útiles cuando se necesita conocer la presencia o ausencia de algún fenómeno.

La definición de los formatos o esquemas de los reactivos y pruebas que se utilizarán tiene que ver con la presentación de las pruebas. Las posibilidades son: preguntas y opciones de respuesta en forma de texto, el uso de tablas con la pregunta y las opciones de respuesta en un mismo renglón, o bien un cuadernillo de preguntas con hoja de respuestas aparte.

Precisar las circunstancias en que será aplicada la prueba implica establecer el espacio ideal (o real) en que se llevará a cabo, el momento idóneo, la duración de la prueba (esto depende de nivel de profundidad y de la sensibilidad requerida), así como el modo en que debe implementarse. También aquí se define si puede ser autoadministrada o si es preciso contar con un aplicador que posea alguna experiencia en particular. También es importante definir si el sujeto mismo anotará sus respuestas o si es necesario que el aplicador lo haga, si es posible aplicar la prueba en grupo o de manera individual.

Finalmente se debe pensar en la forma de calificación, si habrá una sola calificación o puede dividirse en subescalas. Asimismo, es necesario determinar la manera en que habrán de interpretarse los puntajes que arroje el instrumento.

PLANTEAMIENTO DE OBJETIVOS

La definición de los objetivos de un instrumento permite orientar los esfuerzos de la construcción del mismo, por tanto, es necesario especificar la finalidad de la prueba de manera clara, precisando el qué, el cómo, el cuándo y a quién. Es importante delimitar los constructos (o variables) que pretenden medirse a partir del cuestionario, tal definición parte de los aspectos teóricos y concluye en condiciones operacionales, es decir qué y cómo se va a medir.

También es indispensable contar con un conocimiento completo del grupo meta de aplicación, ya que la escala debe redactarse en términos que sean adecuados al mismo. Una vez que estos aspectos han quedado definidos con claridad, se han establecido las condiciones óptimas para plantear la tabla de especificaciones.

TABLA DE ESPECIFICACIONES

La tabla de especificaciones se elabora a partir de la revisión teórica y de la delimitación y definición operacional de las variables. Consiste en la organización de la información mediante separar los temas y subtemas, y combinándolos con los aspectos de la conducta que desean medirse. En cada celda se especifica el peso concreto (en número de reactivos) de cada aspecto a evaluar, tal como se muestra en el cuadro 15-1.⁶

Cuadro 15-1. Ejemplo de las celdas en la tabla de especificaciones			
		Objetivos de contenido (áreas y subáreas)	
Objetivos conductuales		Conciencia	Apropiación
	Deseo	(Subtemas y cantidad de reactivos) Se percata que siente deseo 2 reactivos	Conoce y sabe provocar su propio deseo 2 reactivos
	Exitación	Se percata de los cambios corporales de la exitación 2 reactivos	Provoca su cuerpo para sentir exitación 2 reactivos
	Orgasmo	Describe las sensaciones del orgasmo 2 reactivos	Siente el orgasmo cuando se lo propone 2 reactivos

ELABORACIÓN DE REACTIVOS

Un reactivo consta de cuatro partes:

- 1) Estímulo. Es la base, quizá sea una pregunta, una imagen con pregunta oral o un aparato con una instrucción verbal. El estímulo provocará la respuesta del sujeto, por lo que debe ser planteado de forma correcta, además de ser comprensible y claro.
- 2) Formato de respuesta. Depende del tipo de preguntas, en el caso de las preguntas de opción múltiple, es muy importante la redacción de cada una de las opciones.
- 3) Condiciones que rigen la respuesta. Es necesario redactar las instrucciones que expliciten las condiciones en las que será respondido el (o los) reactivo(s), además de los modos en que se registrarán las respuestas
- 4) Procedimiento para calificar. Es necesario explicitar el valor que se otorgará a cada respuesta o la manera en que se integra la puntuación.

Se recomienda redactar una cantidad mayor de reactivos a los deseados en la prueba final (alrededor del doble), de manera que al realizar el análisis, sea posible conservar la cantidad suficiente para el propósito del instrumento.

REGLAS PARA LA ELABORACIÓN DE REACTIVOS

Al redactar los reactivos debe considerarse que el contenido sea específico, manifestando un solo tipo de comportamiento mental, es decir, que cada uno de ellos contenga una sola pregunta. Es recomendable evitar la información demasiado específica o muy general, así como los reactivos fundados en opiniones.

Resulta innecesario incluir reactivos engañosos, pues provocan confusión y enojo en los participantes. De igual modo, es importante evitar preguntar lo mismo de diferentes maneras. Cada reactivo debe medir un aspecto diferente del fenómeno de manera específica.

Es muy importante que los reactivos sean redactados de forma correcta desde el punto de vista gramatical, así como cuidar la apropiada ortografía. El nivel de vocabulario debe mantenerse con sencillez en función del grupo al que está dirigido el instrumento. Es necesario hacer un uso moderado de mayúsculas y evitar los formatos demasiado “cargados” para la vista (subrayado, cursivas o negritas). A fin de asegurarse de que los reactivos estén redactados de manera correcta, es útil solicitar que sean leídos y juzgados en función de su claridad y entendimiento por algunas personas del grupo meta.

Con el objetivo de facilitar las respuestas es conveniente que los formatos sean sencillos, con hojas balanceadas (que la cantidad de información en cada hoja se distribuya de manera equilibrada) y que los reactivos se formen en posición vertical en vez de horizontal. Asimismo, es útil reducir al mínimo la cantidad de lectura en cada reactivo, no deben exceder 20 palabras. Resulta provechoso asegurarse de que las instrucciones sean claras y que la idea central esté incluida en el reactivo.

Existen algunas palabras que es preciso evitar al redactar las preguntas, de manera que el enunciado sea siempre parcial, a saber: “todos”, “nunca”, “siempre”; asimismo, a fin de vigilar la claridad y comprensión de los reactivos, deben prescindirse las formas negativas, las palabras “no” y “excepto”, de modo que las ideas estén planteadas de forma positiva o afirmativa.

Al redactar las opciones se debe mantener la homogeneidad, evitar las opciones graciosas o dar indicios sobre la respuesta correcta. También resulta indispensable cuidar la coherencia gramatical con respecto a la pregunta y prescindir de opciones como “ninguna de las anteriores”, “todas las anteriores” o “no sé”. Al igual que los reactivos, es importante que sean redactadas en forma positiva o afirmativa. El cuadro 15-2 muestra algunas reglas para la redacción adecuada de reactivos.

Cuadro 15-2. Reglas de redacción de reactivos

1. Basar cada reactivo en un contenido específico y un tipo de comportamiento mental (una sola pregunta por reactivo)
2. Hacer que el contenido específico de los reactivos se mantenga independiente el uno del otro (no preguntar lo mismo de manera diferente)
3. Evitar información demasiado específica o muy general
4. Enfocar cada reactivo en un solo comportamiento y no en una serie de ellos
5. Evitar los reactivos fundados en opiniones
6. No incluir reactivos engañosos
7. Evitar formatos de V/F (verdadero/falso) y los de opción múltiple complejos (hojas balanceadas)
8. Formar el reactivo en posición vertical y no horizontal
9. Distribuir los reactivos al azar
10. Editar y probar todos los reactivos
11. Hacer que el nivel de vocabulario mantenga sencillez de acuerdo con el grupo estudiado
12. Emplear de manera correcta la gramática, puntuación, ortografía y mayúsculas
13. Reducir al mínimo la cantidad de lectura en cada reactivo (menos de 20 palabras)
14. Utilizar una pregunta o enunciado parcial en la interrogante con que abre el reactivo (evitar palabras como “todos”, “nunca”, “siempre”)
15. Asegurarse que las instrucciones sean claras
16. Incluir la idea central
17. Formular la interrogante en forma positiva, evitar “no” y “excepto”

Redacción de opciones

18. Mantener la homogeneidad
19. Evitar opciones graciosas
20. Evitar dar indicios sobre la respuesta correcta
21. Evitar opciones como: “ninguna de las anteriores”, “todas las anteriores” o “no sé”
22. Plantear en forma positiva

FORMATO DEL INSTRUMENTO

Una vez elaborados los reactivos se hace necesario establecer el formato del instrumento. La presentación invitará al participante a responder el cuestionario, al tiempo que muestra la seriedad del mismo, por lo que debe ser cuidada.

El formato de la prueba tiene dos opciones de publicación: ya sea colocar las preguntas y respuestas en el mismo formato o valerse de un cuadernillo de preguntas con una hoja de respuestas independiente. Ambas formas tienen ventajas y desventajas, de modo que usar una u otra es decisión del investigador. La opción en la que pregunta y respuesta se encuentran en la misma página tiene la ventaja de facilitar al participante leer y contestar los cuestionarios; la desventaja surge al momento de calificar la prueba, pues el calificador se ve obligado a revisar cada hoja para recolectar la información. Entre las ventajas del cuadernillo está la posibilidad de usar el mismo cuadernillo con diferentes participantes, así como la facilidad para el calificador para ubicar y contabilizar las respuestas, además, este formato facilita el uso de celdas ópticas para calificación a través de la computadora; la principal desventaja estriba en una mayor dificultad para el participante al responder, lo que propicia que cometa errores de llenado de manera más frecuente.

En todos los casos, es importante asegurarse que el formato no sugiera la respuesta correcta o más adecuada. Dentro del formato del instrumento se consideran las instrucciones. La prueba contiene instrucciones tanto para el aplicador como para el participante.

El aplicador requiere instrucciones claras sobre cuáles son las indicaciones que debe dar al participante, cómo disponer el salón (o espacio físico para la aplicación), la forma en que han de distribuirse los materiales y la manera de registrar el tiempo y el procedimiento para calificar. Se consideran las posibles preguntas o problemas que pudieran surgir y el modo en que deben ser manejadas. También es necesario explicar aquí si el aplicador puede o no sondear las respuestas ambiguas, el método para registrar las respuestas y el límite de tiempo para resolver la prueba.

En cuanto al participante, las instrucciones se le proporcionan en una hoja aparte o en la primera hoja de la prueba (al principio), en ellas se le debe indicar el modo de elección de respuesta, la manera de marcarla, los límites de tiempo y la forma en que puede contestar cuando no esté seguro. Además en ellas se presenta un reactivo de muestra. Debe incluirse el objetivo de la prueba, qué mide y para qué. Asimismo, es importante que anuncie cómo

y cuándo se darán los resultados, esto es de especial relevancia en las pruebas de aplicación grupal.

ANÁLISIS DE REACTIVOS

Con los reactivos y los formatos decididos, el investigador procede a la aplicación de los mismos. Es recomendable realizar una primera aplicación informal para asegurarse que el instrumento es comprensible. Resulta útil emplear una revisión de jueces que califiquen los reactivos en dos sentidos: claridad y grado en que es medido el objeto de estudio. Esto permitirá una primera depuración de los reactivos.

Esta valoración debe ser realizada por un número impar de jueces (3 o 5) que permita elegir los reactivos con el número mayor de acuerdo (2 de 3 o 3 de 5), o bien rechazar aquellos que tengan el número mayor de desacuerdo. Para el análisis de los reactivos es conveniente efectuar una aplicación piloto a un número superior a 30 sujetos con las características del grupo meta o a una muestra representativa de la población a la que se dirige la prueba. Una vez que el investigador cuenta con los datos de la aplicación piloto, debe realizar los análisis estadísticos que se resumen en el cuadro 15-3.

Cuadro 15-3. Análisis estadísticos de reactivos	
Análisis descriptivo: Media, mediana, moda, rango, desviación estándar Análisis de distractores Índice de discriminación $Id = p_a - p_b$ Índice de correlación reactivo-total corregida	
Baja	0 a .3
Media	.31 a .7
Alta	.71 a 1

Dificultad del reactivo. Es la proporción de examinados que responden de manera correcta. Es un valor p .

Discriminación del reactivo. Se espera que los reactivos diferencien a las personas que tienen más de quienes tienen menos del rasgo que uno desea medir. A fin de determinar este índice, cabe utilizar un método externo con dos grupos extremos (p. ej., personas con disfunción y sin disfunción sexual). También es factible recurrir a un método interno, de modo que a través de la puntuación total de la prueba la muestra es dividida en dos grupos (altos y bajos).

El **índice de discriminación** del reactivo se utiliza para las pruebas de opción múltiple, es igual a la resta de la proporción de respuestas correctas para el grupo alto con la proporción de respuestas correctas para el grupo bajo: $Id = p_a - p_b$.

Análisis descriptivo. Con el propósito de descartar los reactivos que no son útiles para los fines de la prueba, el primer paso será el análisis descriptivo de cada reactivo, mismo que considera la media, la desviación estándar, el rango, la frecuencia de cada opción de respuesta.

Se eliminarán del posterior análisis aquellos reactivos que muestren un sesgo en la respuesta, que todos respondieron lo mismo o respuestas muy semejantes (es decir, cuando la desviación estándar resulta inferior a 1).

Análisis de distractores. Este análisis revisa cómo se comporta cada opción, la frecuencia de respuesta. Si algún distractor no es elegido por nadie, significa que no sirve y debe ser eliminado de las opciones de respuesta o bien modificado.

Índice de correlación reactivo-total corregido. Es una correlación entre las respuestas dadas al reactivo en cuestión y el puntaje total de la prueba cuando éste no es incluido. Se espera que una persona responda a cada reactivo de manera muy similar al total de sus respuestas, de modo que debe encontrarse una correlación positiva en este caso. Las correlaciones son consideradas de la siguiente forma:

De 0 a .3 es baja

De .31 a .7 es media

De .71 a 1 es alta

CONFIABILIDAD

La confiabilidad de un instrumento estriba en la consistencia de la medición, la replicabilidad y la fiabilidad de sus resultados. Así, la consistencia de la medición implica que las respuestas corresponden entre sí, es decir, que si una persona tiene, por ejemplo, una disfunción eréctil, responderá de manera similar a todas las preguntas del IIEF. La replicabilidad significa que el instrumento garantiza que al aplicarse en varias ocasiones a la misma población bajo las mismas condiciones, se obtendrán resultados similares en todas las veces. Por último, la fiabilidad tiene que ver con la posibilidad de tomar decisiones a partir de una prueba (así, por ejemplo, de acuerdo con el resultado del IIEF se decide si ha de implementarse o no algún tratamiento para la disfunción eréctil).

Puntuación verdadera. La puntuación verdadera corresponde a una hipótesis de perfección en el tipo de preguntas, las condiciones de aplicación y las respuestas del participante. Es factible calcularla a partir de la siguiente fórmula:

$$P_v = P_o - P_e$$

donde P_v es la puntuación verdadera, P_o la puntuación observada y P_e la puntuación de error.

La confiabilidad es una proporción de la puntuación verdadera entre la puntuación observada:

$$r = P_v / P_o$$

este análisis estadístico se obtiene con la aplicación a una muestra representativa de la

población meta del instrumento.

Es factible obtener la confiabilidad mediante las siguientes pruebas estadísticas:

- *Test-retest*. es una prueba de correlación entre una primera y una segunda aplicación.
- Entre calificadores. Es la correlación de las calificaciones otorgadas entre dos o más calificadores.
- De forma alterna. Se elaboran dos formas de la misma prueba, las cuales deben ser similares y aplicarse al mismo tiempo. De este modo se correlacionan entre sí las calificaciones de la primera y segunda formas.
- De consistencia interna. Se trata de la correlación entre las respuestas a cada reactivo y el total de las respuestas. Es posible calcularla de las siguientes maneras
 - División por mitades: se divide el cuestionario en dos partes iguales (pares y nones) y se correlacionan los resultados de ambas.
 - Kuder-Richardson: es una prueba estadística específica para reactivos con sólo dos opciones de respuesta.
 - Alfa de Cronbach: índice de correlación entre cada reactivo y la prueba total. Su fórmula es la siguiente:

$$\alpha = \frac{\kappa}{\kappa-1} \left(1 - \frac{\sum S_i^2}{S_x^2}\right)$$

donde κ es la cantidad de reactivos, $\sum S_i^2$ es la suma de las varianzas de las calificaciones de los reactivos y S_x^2 es la varianza de las calificaciones de la prueba (Brown, 1999)

VALIDEZ

Es el grado en que una prueba mide lo que debe medir. La pregunta acerca de la validez de un cuestionario, en realidad busca conocer el grado en que una puntuación mide o predice algún fenómeno. Hay cuatro tipos de validez: de contenido, de criterio, convergente y discriminante, y la de constructo.

Validez de contenido. Este tipo de validez se refiere a la relación que se establece entre el instrumento y un cuerpo teórico o un área del conocimiento. Es factible evaluarla a través del juicio de expertos o bien con la revisión de la tabla de especificaciones (ambos ya mencionados).

Validez de criterio. Establece un vínculo entre la prueba y algún criterio de referencia:

- a. Predictiva. El resultado de la prueba debe correlacionar con un evento futuro (p. ej., se esperaría que una prueba que mida la actitud hacia el uso del condón prediga el uso del mismo en las relaciones sexuales del individuo evaluado).
- b. Concurrente. El resultado de la prueba debe correlacionar con un evento actual, quizá

sea la calificación en alguna otra prueba que represente un estándar de medida. Se comparan dos medidas y el criterio puede ser:

- Criterio externo y realista. Por ejemplo, la calificación que realiza el clínico de la función sexual del paciente. La correlación arroja un **coeficiente de validez**.
- Contrastes del grupo, es decir, se cuenta con un grupo que tiene el rasgo a ser medido y un grupo que no lo presenta. Se realiza una correlación de Pearson o una prueba t para comparar las medias de los grupos. Este contraste es conocido como **validez discriminante**.
- Otra prueba (correlación).

Validez de constructo. Este tipo de validez arroja la estructura interna estadística del instrumento. La manera en que la varianza se explica a través de la relación entre los reactivos, configurando subescalas. Se espera que estas subescalas estadísticas correspondan a la construcción teórica del cuestionario. La prueba estadística que se recomienda para reportar la validez de constructo es el análisis factorial.

ESTANDARIZACIÓN

La estandarización permite fijar parámetros de interpretación de la prueba dentro de la normalidad estadística. A partir de la media y la desviación estándar es posible identificar a los puntajes que se encuentran a 2 desviaciones estándar o más de la media, quedando estos puntajes como significativamente diferentes del resto de la población. En el caso de los cuestionarios para medir la función erótica de las personas, los puntajes que se encuentran a dos desviaciones estándar de la media quizá indiquen la presencia de alguna disfunción.

Una de las ventajas de la estandarización es la posibilidad de comparar los resultados obtenidos con los de otras investigaciones similares, ya que los parámetros de comparación son los mismos. A fin de realizar la estandarización de una prueba es necesario definir los **grupos normativos**, mismos que pueden ser calculados con:

- Normas de los usuarios, con la información que se va agregando con las aplicaciones del instrumento se realizan las pruebas estadísticas de estandarización.
- Normas de subgrupos, la estandarización se realiza en grupos delimitados por alguna característica común (sexo, raza, ocupación, religión, etc.).
- Normas locales, la estandarización es realizada con un grupo representativo de la población de una región específica de manera que, por ejemplo, son válidos para la Ciudad de México y no lo son para la ciudad de Guadalajara.
- Normas institucionales, la estandarización se realiza con grupos representativos de la población de una institución en particular, de manera que sólo es válida para las personas de esa institución. (p. ej., universidades)

La estandarización puede llevarse a cabo a partir de las normas estadísticas o bien a partir

de criterios.

Cuando está basada en **normas estadísticas**, se realiza a partir de los parámetros de distribución de los puntajes dentro de un grupo específico; tales parámetros se reportan en forma de percentiles, puntuaciones z , puntuaciones t , estaninas, etc.

1. Percentiles. Los casos se dividen en porcentajes y se reporta un percentil que se refiere al punto en la escala por debajo del cual se ubica un porcentaje específico de los casos del grupo normativo.
2. Puntuaciones z . Es una distribución con media igual a cero y desviación estándar igual a 1, de manera que los puntajes naturales se convierten de la siguiente manera:

$$z = (X - M) / DE$$

3. Puntuaciones t . Son como las puntuaciones z , en esta ocasión la distribución tiene una media igual a 50 y una desviación estándar igual a 10:

$$t = 10 \frac{(X - M)}{DE} + 50$$

4. Estaninas. Al igual que la distribución de puntuaciones t , las estaninas tienen una media igual a 5 y una desviación estándar igual a 2, obteniendo una distribución que va del 1 al 9:

$$\text{estanina} = 2 \frac{(X - M)}{DE} + 5$$

Otro tipo de normas son las *normas por grado y edad*, son normas de desarrollo. Solamente son válidas mientras el rasgo se desarrolla en la población pertinente, p. ej. la edad mental, las equivalencias de grado, las pruebas basadas en las teorías de desarrollo, la estatura y el peso en la infancia.

En lo referente a la estandarización **basada en criterios**, se trata de criterios de ejecución, los cuales establecen un marco de referencia para interpretar la prueba, mismos que quedan definidos de acuerdo con las necesidades específicas de su uso. Un ejemplo de ello son los criterios de aprobación/reprobación de las pruebas de ingreso a las universidades, pues cada una fija su propio criterio de calificación.

ASPECTOS QUE DEBEN CONSIDERARSE ANTES DE USAR UN INSTRUMENTO

Las pruebas clinimétricas han sido diseñadas para un objetivo particular así como para una población específica. Antes de usar una prueba, el investigador o el clínico debe asegurarse de leer con cuidado las instrucciones que la acompañan. Asimismo, es importante que esclarezca si las personas con quienes usará la prueba corresponden con el grupo para el cual fue diseñado el instrumento en primera instancia. Lo anterior permite llevar a cabo el procedimiento de aplicación de la misma manera en todas las ocasiones, es decir, de una forma estandarizada.⁷

Cuando un instrumento ha sido diseñado para personas adultas, el resultado de su uso en adolescentes no será válido en tanto los reactivos no resulten adecuados para este grupo. Por otra parte, la estandarización fue hecha para adultos, de manera que los resultados obtenidos no pueden ser comparados con los parámetros que publica la prueba.

En ocasiones es necesario adaptar alguna prueba a la población requerida, cuando eso ocurre deben revisarse los reactivos, aplicarse a una muestra representativa que permita establecer nuevos estándares del instrumento. Los análisis estadísticos de confiabilidad, validez y estandarización deberán repetirse.

En caso de contar con una prueba en un idioma diferente, se requiere de un proceso de traducción y retraducción previo a las aplicaciones. Los reactivos son traducidos al idioma que se usará, una vez en esta nueva lengua son traducidos de nuevo al idioma original con la finalidad de asegurarse que no hayan perdido el sentido original. Tras este procedimiento, el siguiente paso es aplicar y proceder a los análisis estadísticos de confiabilidad, validez y estandarización.

DERECHOS DE QUIENES RESPONDEN

La ética, tanto en la investigación como en la práctica clínica es de suma importancia, en especial cuando se aborda un tema tan íntimo como lo es la sexualidad. De manera que se debe siempre escuchar a la persona, evitar emitir juicios acerca de ella por los resultados de una prueba y atender las quejas de salud que pueda expresar, al margen de las calificaciones en los diversos instrumentos disponibles o los que se desarrollan.

La siguiente es una lista propuesta por Cohen y Swerdlik de algunos de los derechos específicos de las personas que responden a las pruebas:⁸

1. Derecho a dar un consentimiento informado por escrito con:
 - a. Propósito general de la prueba
 - b. Razón específica que se persigue con su aplicación en este caso
 - c. Tipo general de instrumento
2. Derecho a ser informado de los hallazgos de la prueba
3. Derecho a que no se viole la privacidad
4. Derecho a la clasificación menos estigmatizadora
5. Derecho a que los hallazgos se mantengan confidenciales

INSTRUMENTOS PARA EVALUAR LA FUNCIÓN SEXUAL

A continuación se presentan algunas de las escalas existentes y sus instrucciones de aplicación y calificación: el Índice internacional de función eréctil-5 (*International Index of Erectile Function-5* [IIEF-5]), desarrollado por Rosen;⁹ el Inventario breve de funcionamiento sexual (*Brief Sexual Function Inventory* [BSFI]), desarrollado por O’Leary y colaboradores;¹⁰ una traducción del *Female Sexual Function Inventory* (FSFI)¹¹ y el Cuestionario de Funcionamiento Sexual del Hospital General de Massachussets (MGH) elaborado por Labbate y colaboradores.¹²

Índice internacional de función eréctil-5 (IIEF-5)

El IIEF-5 es la presentación de las preguntas que evalúan de manera específica la función eréctil. Su objetivo es lograr un diagnóstico válido y cómodo para el paciente con tal disfunción. Los reactivos fueron elaborados en escala tipo Likert, que va de 0 (no tuvo la experiencia) a 5 (casi siempre o no tuvo los problemas) (cuadro 15-4).

Cuadro 15-4. Índice internacional de función eréctil-5 (IIEF-5)				
Identificación			Fecha	
Cada pregunta tiene cinco respuestas posibles. Marque con un círculo aquella que mejor describa su situación en los últimos 6 meses. Por favor, asegúrese que escoge una única respuesta para cada pregunta.				
1. <i>¿Cómo clasificaría su confianza en poder conseguir y mantener una erección?</i>				
Muy baja	Baja	Moderada	Alta	Muy alta
2. <i>Cuando tuvo erecciones con la estimulación sexual, ¿con qué frecuencia sus erecciones fueron suficientemente rígidas para la penetración?</i> ☐ No he tenido actividad sexual ☐ Nunca / casi nunca ☐ Pocas veces (menos de la mitad de las veces) ☐ A veces (aproximadamente la mitad de las veces) ☐ La mayoría de las veces (mucho más de la mitad de las veces) ☐ Casi siempre / siempre 3. <i>Durante el acto sexual, ¿con qué frecuencia fue capaz de mantener la erección después de haber penetrado a su pareja?</i> ☐ No he realizado el acto sexual ☐ Nunca / casi nunca ☐ Pocas veces (menos de la mitad de las veces) ☐ A veces (aproximadamente la mitad de las veces) ☐ La mayoría de las veces (mucho más de la mitad de las veces) ☐ Casi siempre / siempre 4. <i>Durante el acto sexual, ¿qué grado de dificultad tuvo para mantener la erección hasta el final del acto sexual?</i> ☐ No he realizado el acto sexual ☐ Extremadamente difícil ☐ Muy difícil ☐ Difícil ☐ Ligeramente difícil ☐ No difícil 5. <i>Cuando intentó el acto sexual, ¿con qué frecuencia fue satisfactorio para usted?</i> ☐ No he realizado el acto sexual ☐ Nunca / casi nunca ☐ Pocas veces (menos de la mitad de las veces) ☐ A veces (aproximadamente la mitad de las veces) ☐ La mayoría de las veces (mucho más de la mitad de las veces) ☐ Casi siempre / siempre				
* Acto sexual: se define como la penetración de la pareja. * Estimulación sexual: incluye situaciones como juegos amorosos con una pareja o mirar fotos eróticas, etcétera. TOTAL:				
Traducido y modificado: Development and evaluation of an abridged, 5 item version of the International Index of Erectile Function (IIEF-5) as a diagnostic tool for erectile dysfunction. Rc Rosen, J.C. Cappelleri, M.D. Smith, J. Lipsley G BM Perce. International J. Impotence Research. 1999;11:319-326.				

La escala es autoaplicable y contiene un pequeño glosario con los términos que se utilizan en los reactivos. El marco de referencia son las últimas cuatro semanas. La puntuación oscila entre 1 y 30, con los siguientes puntos de corte:

6 a 10, disfunción eréctil grave,
11 a 16, disfunción eréctil moderada,
17 a 25, disfunción eréctil leve
26 a 30, sin disfunción eréctil.

Propiedades psicométricas. La confiabilidad obtenida a través del alfa de Cronbach del IIEF fue, en todas las subescalas, mayor a .73; sobre la validez de constructo, el análisis de componentes principales reveló 5 factores del IIEF completo, del cual se presenta el factor de función eréctil (cinco reactivos referentes a la función eréctil).

Inventario breve de funcionamiento sexual

El BSFI (del inglés, *Brief Sexual Function Inventory*) es un cuestionario diseñado inicialmente para pacientes sometidos a tratamiento por cáncer de próstata con el objetivo de proporcionar una rápida evaluación del funcionamiento sexual habitual en los varones (cuadro 15-5). El BSFI explora diferentes aspectos de la actividad sexual: impulso sexual, erección, eyaculación y satisfacción global.

Cuadro 15-5. Inventario breve de funcionamiento sexual (BSFI)				
Identificación			Fecha	
1. Durante los últimos 30 días, ¿cuántos días ha experimentado impulsos sexuales?				
Ningún día	Pocos días	Algunos días	La mayoría de los días	Casi todos los días
2. Durante los últimos 30 días, ¿cómo valoraría su nivel de impulso sexual?				
Nulo	Bajo	Medio	Medio-Alto	Alto
3. Durante los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia tuvo erecciones completas o parciales tras ser estimulado sexualmente de cualquier modo?				
Nunca	Pocas veces	Bastantes veces	Casi siempre	Siempre
4. Durante los últimos 30 días, cuando tuvo erecciones, ¿con qué frecuencia fueron lo bastante firmes como para llevar a cabo un coito?				
Nunca	Pocas veces	Bastantes veces	Casi siempre	Siempre
5. ¿Cuánta dificultad ha tenido, durante los últimos 30 días, para conseguir una erección?				
No he tenido erecciones	Mucha dificultad	Alguna dificultad	Poca dificultad	Ninguna dificultad
6. Durante los últimos 30 días, ¿cuánta dificultad tuvo para eyacular tras haber sido estimulado sexualmente?				
No he tenido estímulo sexual en los últimos 30 días	Mucha dificultad	Alguna dificultad	Poca dificultad	Ninguna dificultad
7. En los últimos 30 días, ¿en qué medida consideró problemática la cantidad de semen que usted eyaculó?				
No he tenido eyaculación en los últimos 30 días	Muy problemática	Moderadamente problemática	Poco problemática	No problemática
8. En los últimos 30 días, ¿en qué medida ha considerado como problemática la falta de actividad sexual?				
Muy problemática	Moderadamente problemática	Poco problemática	Muy poco problemática	Nada problemática
9. En los últimos 30 días, ¿en qué medida consideró problemática su capacidad para alcanzar y mantener la erección?				
Muy problemática	Moderadamente problemática	Poco problemática	Muy poco problemática	Nada problemática
10. En los últimos 30 días, ¿en qué medida consideró su eyaculación como problemática?				
Muy problemática	Moderadamente problemática	Poco problemática	Muy poco problemática	Nada problemática
11. En conjunto, durante los últimos 30 días, ¿cuán satisfecho se ha sentido con su vida sexual?				
Muy insatisfecho	Bastante insatisfecho	Ni satisfecho ni insatisfecho	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
IMPULSO SEXUAL:		ERECCIÓN:	EYACULACIÓN:	SATISFACCIÓN:

Traducido y modificado de O'Leary MP, *et al*: A brief male sexual function inventory for urology. Urology 1995 Nov; 46(5):697-706.

Consta de 11 reactivos con respuestas mediante una escala tipo Likert de 5 grados (0 a 4 puntos). El BSFI asigna puntos a cada una de las subescalas que se derivan del mismo: impulso sexual (0 a 12 puntos), erección (0 a 16 puntos), eyaculación (0 a 12 puntos) y satisfacción global con la sexualidad (0 a 4 puntos).

Propiedades psicométricas. El alfa de Cronbach (análisis de confiabilidad) obtenido para los diferentes dominios del BSFI han sido: impulso sexual (0.85 a 0.90), erección (0.90 a 0.95) y eyaculación (0.60 a 0.65). Los coeficiente de correlación intraclases (CCI) obtenido en la prueba test-retest, administrada con 7 días de diferencia, fue de 0.85 a 0.90 para el impulso sexual, 0.80 a 0.85 para la erección y 0.75 a 0.80 para la eyaculación.

En cuanto a la validez discriminante, el cuestionario mostró un adecuado poder, estadísticamente significativo, en los dominios de erección y satisfacción sexual, entre pacientes con disfunción sexual y sin ella.

Inventario de Función Sexual Femenina (FSFI)

El FSFI es un cuestionario autoadministrado. La paciente debe responder a 19 preguntas diferentes y seleccionar en cada reactivo una de las 6 respuestas posibles que mejor describa su situación durante las últimas cuatro semanas (una respuesta de 0 indica que no ha habido actividad sexual, una de 1 indica el mayor y una de 5 el menor deterioro funcional) ver cuadro 15-6.

Cuadro 15-6. Female Sexual Function Inventory (FSFI)	
Identificación	Fecha
<i>Marque la respuesta que mejor describa su situación en las últimas 4 semanas. Por favor, asegúrese que escoge una única respuesta para cada pregunta.</i>	
1. Durante las últimas cuatro semanas, ¿con qué frecuencia ha sentido deseo sexual o interés por el sexo? ☐ Casi nunca o nunca ☐ En algunos momentos ☐ Buena parte del tiempo ☐ La mayor parte del tiempo ☐ Casi siempre o siempre	
2. Durante las últimas cuatro semanas, ¿cómo calificaría su nivel de deseo sexual o interés por el sexo? ☐ Muy bajo o nulo ☐ Bajo ☐ Moderado ☐ Alto ☐ Muy alto	
3. Durante las últimas cuatro semanas, ¿con qué frecuencia ha sentido excitación sexual durante la estimulación sexual o el acto sexual? ☐ No he tenido actividad sexual ☐ Nunca/casi nunca ☐ Pocas veces (menos de la mitad de las veces) ☐ A veces (aproximadamente la mitad de las veces) ☐ La mayoría de las veces (mucho más de la mitad de las veces) ☐ Casi siempre/siempre	
4. Durante las últimas cuatro semanas, ¿cómo calificaría su nivel de excitación sexual durante la estimulación sexual o el acto sexual? ☐ No he tenido actividad sexual ☐ Muy bajo o nulo ☐ Bajo ☐ Moderado ☐ Alto ☐ Muy alto	
5. Durante las últimas cuatro semanas, ¿cómo calificaría la confianza que ha tenido usted en excitarse sexualmente durante la estimulación sexual o el acto sexual? ☐ No he tenido actividad sexual ☐ Muy baja o ninguna confianza ☐ Confianza baja ☐ Confianza moderada ☐ Confianza alta ☐ Confianza muy alta	
6. Durante las últimas cuatro semanas, ¿con qué frecuencia se ha sentido satisfecha con el nivel de excitación sexual alcanzado durante la estimulación sexual o el acto sexual? ☐ No he tenido actividad sexual ☐ Nunca/casi nunca ☐ Pocas veces (menos de la mitad de las veces) ☐ A veces (aproximadamente la mitad de las veces) ☐ La mayoría de las veces (mucho más de la mitad de las veces) ☐ Casi siempre/siempre	

7. Durante las últimas cuatro semanas ¿con qué frecuencia ha conseguido lubricar (humedecer) su vagina durante la actividad sexual o el acto sexual?

- ☐ No he tenido actividad sexual
- ☐ Nunca/casi nunca
- ☐ Pocas veces (menos de la mitad de las veces)
- ☐ A veces (aproximadamente la mitad de las veces)
- ☐ La mayoría de las veces (mucho más de la mitad de las veces)
- ☐ Casi siempre/siempre

8. Durante las últimas cuatro semanas, ¿en qué medida le ha resultado difícil conseguir lubricar (humedecer) su vagina durante la actividad sexual o el acto sexual?

- ☐ No he tenido actividad sexual
- ☐ Extremadamente difícil o imposible
- ☐ Muy difícil
- ☐ Difícil
- ☐ Ligeramente difícil
- ☐ Nada difícil

9. Durante las últimas cuatro semanas, ¿con qué frecuencia ha conseguido mantener la lubricación (humedad) de su vagina hasta terminar la actividad sexual o el acto sexual?

- ☐ No he tenido actividad sexual
- ☐ Nunca/casi nunca
- ☐ Pocas veces (menos de la mitad de las veces)
- ☐ A veces (aproximadamente la mitad de las veces)
- ☐ La mayoría de las veces (mucho más de la mitad de las veces)
- ☐ Casi siempre/siempre

10. Durante las últimas cuatro semanas, ¿en qué medida le ha resultado difícil mantener la lubricación (humedad) de su vagina hasta completar la actividad sexual o el acto sexual?

- ☐ No he tenido actividad sexual
- ☐ Extremadamente difícil o imposible
- ☐ Muy difícil
- ☐ Difícil
- ☐ Ligeramente difícil
- ☐ Nada difícil

11. Durante las últimas cuatro semanas, cuando ha tenido estimulación sexual o ha realizado el acto sexual, ¿con qué frecuencia ha alcanzado el orgasmo?

- ☐ No he tenido actividad sexual
- ☐ Nunca/casi nunca
- ☐ Pocas veces (menos de la mitad de las veces)
- ☐ A veces (aproximadamente la mitad de las veces)
- ☐ La mayoría de las veces (mucho más de la mitad de las veces)
- ☐ Casi siempre/siempre

12. Durante las últimas cuatro semanas, cuando usted ha tenido estimulación sexual o ha realizado el acto sexual ¿en qué medida le ha resultado difícil alcanzar el orgasmo?

- ☐ No he tenido actividad sexual
- ☐ Extremadamente difícil o imposible
- ☐ Muy difícil
- ☐ Difícil
- ☐ Ligeramente difícil
- ☐ Nada difícil

13. Durante las últimas cuatro semanas, ¿en qué medida se ha sentido satisfecha con su capacidad para alcanzar el orgasmo durante la actividad sexual o el acto sexual?

- ☐ No he tenido actividad sexual
- ☐ Muy insatisfecha
- ☐ Moderadamente insatisfecha
- ☐ Ni satisfecha ni insatisfecha
- ☐ Moderadamente satisfecha
- ☐ Muy satisfecha

14. Durante las últimas cuatro semanas, ¿en qué medida se ha sentido satisfecha con el nivel de sintonía emocional alcanzado entre usted y su pareja durante la actividad sexual?

- ☐ No he tenido actividad sexual
- ☐ Muy insatisfecha
- ☐ Moderadamente insatisfecha
- ☐ Ni satisfecha ni insatisfecha
- ☐ Moderadamente satisfecha
- ☐ Muy satisfecha

15. Durante las últimas cuatro semanas, ¿en qué medida se ha sentido satisfecha con la relación sexual con su pareja?

- ☐ Muy insatisfecha
- ☐ Moderadamente insatisfecha
- ☐ Ni satisfecha ni insatisfecha
- ☐ Moderadamente satisfecha
- ☐ Muy satisfecha

16. Durante las últimas cuatro semanas ¿en qué medida se ha sentido satisfecha con su vida sexual en general?

- ☐ Muy insatisfecha
- ☐ Moderadamente insatisfecha
- ☐ Ni satisfecha ni insatisfecha
- ☐ Moderadamente satisfecha
- ☐ Muy satisfecha

17. Durante las últimas cuatro semanas ¿con qué frecuencia ha sentido dolor o incomodidad durante la penetración vaginal?

- ☐ No he intentado el acto sexual
- ☐ Casi siempre/siempre
- ☐ La mayoría de las veces (mucho más de la mitad de las veces)
- ☐ A veces (aproximadamente la mitad de las veces)
- ☐ A veces (aproximadamente la mitad de las veces)
- ☐ La mayoría de las veces (mucho más de la mitad de las veces)
- ☐ Casi siempre/siempre

18. Durante las últimas cuatro semanas ¿con qué frecuencia ha sentido dolor o incomodidad tras la penetración vaginal?

- ☐ No he intentado el acto sexual
- ☐ Casi siempre/siempre
- ☐ La mayoría de las veces (mucho más de la mitad de las veces)
- ☐ A veces (aproximadamente la mitad de las veces)
- ☐ Pocas veces (menos de la mitad de las veces)
- ☐ Casi nunca/ nunca

19. Durante las últimas cuatro semanas ¿cómo calificaría el grado de dolor o incomodidad que ha sentido durante o después de la penetración vaginal?

- ☐ No he intentado el acto sexual

☐ Muy alto ☐ Alto ☐ Moderado ☐ Bajo ☐ Muy bajo o ninguno	
Acto sexual: se define como la penetración de la pareja. Estimulación sexual: incluye situaciones como juegos amorosos con una pareja o mirar fotos eróticas, etcétera. Actividad sexual: incluye el acto sexual, caricias, juegos anteriores al acto y la masturbación. Excitación sexual: fase inicial de la respuesta sexual que en la mujer se caracteriza por el inicio de la lubricación vaginal, la dilatación de la parte superior de la vagina y el aumento de tamaño del clítoris y los senos.	
Dominio Deseo:	Dominio Excitación:
Dominio Lubricación:	Dominio Orgasmo:
Dominio Satisfacción:	Dominio Dolor:
TOTAL:	
Tomado de Rosen RC, Brown C, Heiman J, Leiblum S, Meston C, Shabsigh R, Ferguson D, D'Agostino R, JR. (2000). The Female Sexual Function Index (FSFI): A Multidimensional Self-Report Instrument for the Assessment of Female Sexual Function. Journal of Sex & Marital Therapy 26. Pp. 191-208.	

La puntuación total de la prueba oscila entre 4 y 95 puntos. El dominio Deseo puntúa un mínimo de 2 y un máximo de 10, Excitación un mínimo de 0 y un máximo de 20, Lubricación un mínimo de 0 y un máximo de 20, Orgasmo un mínimo de 0 y un máximo de 15, Satisfacción un mínimo de 2 y un máximo de 15 y Dolor tiene un mínimo de 0 y un máximo de 15.

Propiedades psicométricas. El FSFI no ha sido traducido al español ni aplicado a una muestra representativa de mujeres mexicanas, por lo que los datos que se presentan a continuación son válidos para la población estudiada por Rosen. Se aplicó el cuestionario a una muestra de 259 mujeres voluntarias (128 con diagnóstico de trastorno de la excitación sexual según criterios del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, cuarta edición [DSM-IV] y 131 sanas que eran el grupo control).

La confiabilidad medida mediante el alfa de Cronbach fue mayor de 0.82 para los seis dominios y para la escala en su conjunto y la fiabilidad test-retest analizada con el coeficiente de correlación de Pearson fue elevada en todos los dominios y en la puntuación total ($r = 0.79$ a 0.88).

La validez discriminante se estableció al comparar las respuestas medias del grupo de mujeres con alguna disfunción con el grupo control, las diferencias más altas entre los grupos fueron para los dominios de Excitación y Lubricación, la puntuación total de la escala fue de 19.2 ± 6.63 para el grupo de pacientes diagnosticadas y de 30.5 ± 5.29 para el grupo control. La validez divergente se estableció comparando el FSFI con el Test de satisfacción marital de Locke-Wallas, la correlación se determinó mediante r de Pearson y fue moderada para el grupo control ($r = 0.53$) y muy baja para el grupo de enfermas ($r = 0.22$).

Cuestionario de funcionamiento sexual del Hospital General de Massachussets (MGH)

El Cuestionario de funcionamiento sexual del Hospital General de Massachussets (MGH)

ha sido diseñado con el objeto de disponer de un instrumento fácil y rápido de administrar que permita una adecuada detección de la disfunción sexual (cuadro 15-7).

Cuadro 15-7. Cuestionario de funcionamiento sexual del Hospital General de Massachussets (MGH)							
Identificación		Fecha					
<i>Por favor, responda a todas las preguntas marcando la respuesta correcta o la respuesta que le parece a usted más adecuada en su caso (considere como “normal” el periodo previo de su vida, cuando estuvo más satisfecho con su funcionamiento sexual).</i> A: Más de lo normal B: Normal C: Mínimamente disminuido D: Moderadamente disminuido E: Marcadamente disminuido F: Totalmente disminuido							
		A	B	C	D	E	F
1. ¿Cómo ha estado su interés sexual durante el último mes?							
2. ¿Cómo ha estado su capacidad para conseguir estimulación o excitación sexual en el último mes?							
3. ¿Cómo ha estado su capacidad para conseguir el orgasmo en el último mes?							
4. (Sólo para hombres) ¿Cómo ha estado su capacidad para conseguir y mantener una erección en el último mes?							
5. ¿Cómo calificaría su satisfacción sexual global en el último mes?							
Interés:		Excitación:		Orgasmo:	Erección:	Satisfacción global:	
(Reproducido con autorización de: Maurizio Fava, M.D., Vice Chair, Department of Psychiatry Director, Depression Clinical and Research Program Massachusetts General Hospital Professor of Psychiatry Harvard Medical School).							

Se trata de un cuestionario autoadministrado de cinco reactivos, que explora el mismo número de áreas de funcionamiento sexual: interés, excitación, orgasmo, erección y satisfacción global. Cada reactivo es valorado mediante una escala de 6 posibles respuestas (desde mayor funcionamiento que lo normal hasta ausencia total), que puntúan entre 1 y 6. El espacio temporal que debe explorarse es el último mes.

El MGH proporciona una puntuación de satisfacción general y otras cuatro por el resto de áreas exploradas. El punto de corte sugerido por los autores para cada resultado es:

$x < 2$: normal
 $x > 2$: disfuncional

Los autores del MGH recogen una serie de limitaciones de su estudio como son el impacto del consumo de fármacos o tabaco y la influencia del nivel cultural en el grado de satisfacción sexual, aunque este último factor no parece influir en el adecuado llenado del cuestionario. No obstante, el instrumento resulta indicado para la detección de disfunción sexual en varones.

Propiedades psicométricas. El estudio de la validez concurrente se llevó a cabo con el *Changes in Sexual Functioning Questionnaire-4* (CSFQ-4), con los siguientes resultados: interés ($r = -0.37$), excitación ($r = -0.53$), orgasmo ($r = -0.35$) y satisfacción general ($r = -0.49$).

Los niveles de sensibilidad y especificidad para cada subescala son: Deseo/Interés (S: 0.62; E: 0.71), Deseo/Frecuencia (S: 0.82; E: 0.77), Orgasmo (S: 0.72; E: 0.74), Excitación/Erección (S: 0.71; E: 0.77) y Funcionamiento sexual general (S: 0.60; E: 0.81).

REFERENCIAS

1. **Davis C.M., Yarber W.L., Bauserman R. et al.** (1998) *Handbook of sexuality-related measures*. Thousand Oaks: SAGE.
2. Atajo. Avizora: Noticias. Periodismo para Pensar. *Sexualidad humana-Satisfacción sexual-Cómo medirla* (s/f). Recuperado el 22 de Julio de 2006 de http://www.avizora.com/atajo/secciones/textos/0011_sexualidad_humana_satisfaccion_sex
3. **Rosen R.C., Riley A., Wagner G. et al.** (1997) The international index of erectile function (IIEF): a multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction. *Urology* 49:822-830.
4. **Hogan T.P.** (2004) *Pruebas psicológicas*. Una introducción práctica. El Manual Moderno, México.
5. **Rubio E.** (1998) Introducción al estudio de la sexualidad. En *Antología de la sexualidad humana*. 2a ed. México: Conapo. (Trabajo original publicado en 1994.)
6. **Hernández Sampieri R. et al.** (1998) *Metodología de la investigación*. McGraw-Hill, México.
7. **Anastasy A., Urbina S.** (1998) *Tests psicológicos*. Prentice Hall, México.
8. **Cohen R.J., Swerdlik M.E.** (2001) *Pruebas y evaluación psicológicas*. México: McGraw-Hill.
9. **Rosen R.C., Riley A., Wagner G. et al.** (1997) The international index of erectile function (IIEF): a multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction. *Urology* 49:822-830.
10. **O'Leary M.P., Fowler F.J., Lenderking W.R. et al.** (1995) A brief male sexual function inventory for urology. *Urology*. 46:697-706.
11. **Rosen R.C., Brown C., Heiman J. et al.** (2000) The Female Sexual Function Index (FSFI): A Multidimensional Self-Report Instrument for the Assessment of Female Sexual Function. *Journal of Sex & Marital Therapy* 26:191-208.
12. **Bobes J., G-Portilla M.P., Bascarán M.T. et al.** (2002) *Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica*. Barcelona: Psiquiatría Editores.

LECTURAS RECOMENDADAS

Aiken L. (2003) *Tests Psicológicos y Evaluación*. Prentice Hall, México.
Manual de estilo de publicaciones de la American Psychological Association (2002)

American Psychological Association. El Manual Moderno, México.

Brown F. (1999) *Principios de la medición en psicología y educación*. El Manual Moderno, México.

Brugmann G.A., Castaño A.D.A., Cicero F.M.A. et al. (1990) *Código ético del psicólogo*. 2a ed. Trillas, México.

Cappelleri J.C., Rosen R.C., Smith M.D. et al. (1999) Some developments on the international index of erectile function (IIEF). (1):179-190.

Coolican H. (1996) *Métodos de investigación y estadística en psicología*. El Manual Moderno, México.

Kerlinger F. (2002) *Investigación del comportamiento. Métodos de Investigación en Ciencias Sociales*. McGraw-Hill, México.

Morales M.L. (1990) *Psicometría aplicada*. Trillas, México.

Nunnally J. (1995) *Teoría psicométrica*. McGraw-Hill, México.



Eusebio Rubio Auriolés

INTRODUCCIÓN

La psicoterapia sexual es el nombre de una serie de procedimientos que tienen por objetivo la modificación y remoción de los procesos psicológicos que generan problemas sexuales. Como su nombre indica, se inscribe en el marco de las psicoterapias, compartiendo con ellas muchos aspectos en común, pero diferenciándose en varias de sus técnicas específicas y en el hecho de que el énfasis del trabajo se centra en la sexualidad.

La serie de técnicas agrupadas bajo este rubro se originaron en el tratamiento de las disfunciones sexuales y continúan como las condiciones clínicas para las cuales la psicoterapia sexual resulta utilizada con más frecuencia. Con los años, el uso de estas técnicas se ha extendido a otros problemas sexuales y, de la misma forma, el arsenal del psicoterapeuta sexual ha sido enriquecido con estrategias que tienen utilidad en el tratamiento de otros problemas de esta naturaleza, como las parafilias, los problemas consecuencia de la violencia sexual, la conducta sexual compulsiva y los problemas de identidad sexual. Este capítulo aborda las estrategias de psicoterapia sexual utilizadas en el tratamiento de las disfunciones sexuales, pero deja fuera de las consideraciones —por motivos de espacio y de estructura de esta obra— las estrategias de psicoterapia empleadas en otros problemas sexuales.

BREVE PANORAMA HISTÓRICO

La psicoterapia sexual surge de la decisión de tratar las disfunciones sexuales de manera directa. Aunque esta idea quizá resulte obvia hoy en día, cuando fueron publicados los trabajos seminales de Masters y Johnson el concepto era revolucionario.^{1,2}

Durante la primera mitad del siglo XX existió un consenso casi total entre los profesionales de la salud en el sentido de que los problemas de funcionamiento sexual —ahora llamados disfunciones sexuales—, resultaban del fracaso del aparato psíquico en lograr un desarrollo adecuado. Consistente con esa visión, el tratamiento de los problemas de funcionalidad sexual se consideraba parte de los tratamientos generales dirigidos a la reestructuración de la personalidad. La primera mitad del siglo XX vio como las estrategias del psicoanálisis se volvían más y más populares hasta que hacia el decenio de 1950-1959 la predominancia del psicoanálisis era incuestionable. Fue esta visión de la salud mental la que alimentó la idea de que el tratamiento de los problemas como los fracasos de la erección o la incapacidad de lograr el orgasmo debían centrarse en los conflictos inconscientes del desarrollo de la persona.

La publicación de la obra de Masters y Johnson *Incompatibilidad sexual humana* en 1970 y su posterior difusión tanto en ámbitos científicos como del público general, generó un gran impacto en los puntos de vista prevalecientes. Aunque los porcentajes de éxito

reportados en su libro inicial han sido cuestionados por varios autores,³ lo que quedó muy claro es que había pacientes a quienes era factible ofrecer una solución a sus disfunciones sexuales en un marco temporal de semanas y no de años, como ocurría con el psicoanálisis. Además, aunque prevalecía la visión psicoanalítica, también lo era el pesimismo sobre las posibilidades de recuperación de la disfuncionalidad sexual con el tratamiento psicoanalítico.

TERAPIA SEXUAL DE MASTERS Y JOHNSON

William H. Masters fue un ginecólogo estadounidense que desde joven se interesó en las cuestiones relacionadas con la actividad sexual; su interés inicial se centró en la investigación de la fisiología coital. Sorprendido por lo poco que se sabía con certidumbre acerca de lo que le sucedía al cuerpo cuando una pareja humana copulaba, inició sus investigaciones con el objetivo de lograr una mejor comprensión de esta función. El interés de William Masters en las implicaciones reproductivas de los cambios fisiológicos durante la cópula es evidente en sus textos publicados en 1966 bajo el título *Respuesta sexual humana*; poco tiempo después de haber iniciado sus investigaciones contrató a la que fuera primero su ayudante de laboratorio, luego coautora y por último su esposa hasta poco antes de su muerte, Virginia Johnson.

Masters y Johnson iniciaron sus investigaciones fisiológicas contratando trabajadores sexuales (hombres y mujeres); sin embargo, temprano en su proyecto decidieron no usar los datos fisiológicos obtenidos con ellos sino, más bien, reclutar voluntarios de la comunidad en donde vivían. No obstante, de manera explícita reconocen que las entrevistas con este primer grupo de trabajadores sexuales les dieron muchas pistas que después se convirtieron en las técnicas de tratamiento que aplicaron en su programa.

Aunque nunca lo explican del todo, es muy posible que la observación directa de 382 mujeres y 312 hombres en actividad sexual, durante alrededor de 10 000 ciclos de respuesta sexual, les haya brindado la oportunidad de presenciar también el fracaso de algunos de sus voluntarios en el logro de la excitación sexual o el orgasmo. Este punto de vista: lo que sucede “en el momento” de la interacción sexual, con toda probabilidad les permitió observar de manera muy directa y clara lo que ocurría a las personas preocupadas por su desempeño, distraídas por la posibilidad de fracasar y sin la necesaria disposición al placer y abandono relativo de la realidad circundante que caracteriza a un encuentro sexual pleno y placentero.

Lo que resulta claro es que para 1959, Masters y Johnson decidieron abrir su programa para el tratamiento de disfunciones sexuales y en 1970 hicieron público su esquema de tratamiento para las disfunciones sexuales. La publicación del libro *Inadecuación sexual humana* fue un reto en el desarrollo del campo de la psicoterapia sexual a pesar de que sus autores no eran psicoterapeutas.

La terapia sexual de Masters y Johnson consistía en una serie de paquetes de intervención organizada de acuerdo con las grandes categorías de disfuncionalidad sexual humana. Todos estos paquetes de intervención estaban enumerados en un inicio para ser aplicados durante 15 días continuos de intervención terapéutica. A fin de lograr este tipo de

intervención intensiva de corto plazo, Masters y Johnson pedían a sus posibles pacientes aislarse por completo de sus actividades de rutina y de manera literal dedicar dos semanas completas al tratamiento. La rutina era hospedarse en un hotel cercano a la clínica y tener citas todos los días con el equipo de terapeutas.

Además del marco temporal restringido a estos 15 días de intervención, Masters y Johnson, sólo atendían a parejas. Definieron a la pareja como la unidad terapéutica y la consulta que se les brindaba era siempre con un equipo de co-terapeutas conformado por un varón y una mujer. Durante un breve periodo inicial, cuando el varón acudía a tratamiento pero no tenía pareja, le era ofrecida una pareja sustituta, alguien con cierto nivel de entrenamiento en la implementación de las técnicas de tratamiento pero que actuaría como una pareja provisional sustitutiva y pagada. Estos intentos iniciales de sustituir a la pareja ausente con una “pareja subrogada” (como después llegó a conocerse el término), se suspendieron en la institución de Masters y Johnson ante la aparición de demandas legales.

En cualquier caso, el hecho fue que el uso de las estrategias propuestas por Masters y Johnson, que a modo de síntesis pueden resumirse como la suma de condiciones psicofisiológicas necesarias para un buen desempeño sexual, conseguía resolver una proporción importante de los problemas que hasta antes de la aparición de estas publicaciones eran de difícil o imposible resolución.

El paquete terapéutico usado y propuesto por Masters y Johnson consistía en dos días iniciales dedicados a la toma detallada de una historia clínica del problema sexual que hacía acudir a la pareja. La recolección de los datos históricos del problema iniciaba con una entrevista realizada por los dos terapeutas a los dos miembros de la pareja y luego la mujer era entrevistada por el terapeuta hombre y el hombre por la terapeuta mujer. Después de dos días dedicados a la toma de historia clínica, la pareja en tratamiento recibía sugerencias para realizar una secuencia de experiencias diseñadas con el propósito de reproducir las condiciones en las que el funcionamiento adecuado había sido detectado en las observaciones fisiológicas previas.

Una gran cantidad de las técnicas usadas en la actualidad se derivan de modo directo de las propuestas de Masters y Johnson. Resulta, pues, indispensable reconocer su importancia en el desarrollo del campo actual de la psicoterapia sexual. Muchas de las ideas usadas de Masters y Johnson han permanecido vigentes a través de la aplicación de las técnicas propuestas por ellos, como la técnica de focalización sensorial, la estrategia de prohibir el coito, la importancia del abordaje del problema en pareja, así como el uso de un programa de relajación propuesto para el caso del vaginismo y de reentrenamiento del reflejo eyaculatorio para tratar la eyaculación precoz. Todas estas técnicas han influido sobre la forma de pensar de la mayoría de los terapeutas sexuales actuales a la hora de diseñar de estrategias. Otros aspectos de sus estrategias no han corrido con la misma suerte: el uso de un equipo de co-terapeutas en el que uno debe ser hombre y la otra mujer ha caído en el desuso por la simple razón económica de que la estrategia duplica los costos de la atención, al margen de sus posibles ventajas terapéuticas; el requisito de atender a la pareja como tal se ha flexibilizado ante la realidad de que un número importante de personas no tienen pareja, no la quieren acompañandoles en la consulta, o les es imposible acudir con ella al tratamiento.

MODELO DE TERAPIA SEXUAL DE HELEN KAPLAN

Helen Singer Kaplan fue médico psiquiatra con entrenamiento en psicoanálisis, dueña de un gran poder de síntesis y de conceptualización de lo que Masters y Johnson habían probado y anunciado al mundo científico: el tratamiento directo de las funciones sexuales abre nuevas posibilidades de ayuda a muchos pacientes que en el pasado no tenían alternativas de mejoría. Observó, aprendió e integró los aportes de Masters y Johnson en un marco teórico que resultaba mucho más familiar a los profesionales de la salud mental de su tiempo.

Los aportes de Helen Singer Kaplan, se pueden dividir en dos tipos: por una parte, la concepción de la respuesta sexual humana incluyendo tres dimensiones concurrentes pero independientes que se traducen en las fases de deseo, excitación y orgasmo (ese modelo de pensamiento, publicado en 1979, tuvo un impacto muy importante en la clasificación de las disfunciones sexuales que se puede ver hasta nuestros días, ya que hasta la actualidad las disfunciones sexuales se clasifican en los grupos de deseo, excitación y orgasmo y los problemas que caracterizan por dolor).⁴ Por otra parte, Kaplan propuso un modelo de intervención psicoterapéutica que consideraba los diversos niveles de causalidad psicogénica y los diversos tipos de intervención.

La concepción que hizo Kaplan de los mecanismos psicogénicos causales de la disfunción sexual, integró los conocimientos clásicos del psicoanálisis con las aportaciones de Masters y Johnson y algunos otros autores que para esos años habían producido avances importantes en la intervención en parejas disfuncionales.⁵ Para esta autora existen cuatro tipos de mecanismos causales y cada uno de ellos requiere de un tipo de intervención psicoterapéutica diferente:

- 1) Los mecanismos inmediatos, término que alude a la serie de procesos mentales identificados por Masters y Johnson, los cuales pueden ser definidos como los procesos mentales que operan en el aquí y ahora, mismos que cuentan con la capacidad de interferir o inhibir los reflejos de la respuesta sexual. Procesos como la angustia de desempeño, la autoobservación o el fracaso en la concentración erótica en el momento de la interacción sexual, son ejemplos de estos procesos causales. La serie de tareas de conducta erótica/sensorial diseñadas por Masters y Johnson resultan, según Kaplan, muy eficaces para remover y eliminar las causas inmediatas de disfunción sexual.
- 2) Las causas aprendidas de disfunción sexual incluyen todos los procesos de aprendizaje necesarios para una buena respuesta sexual y que llegan a ocurrir en forma inadecuada. Las dos circunstancias clínicas en que estos procesos de aprendizaje se muestran con mayor claridad son la eyaculación precoz primaria y la anorgasmia primaria. Kaplan propone, en el primero, que hay deficiencias en los procesos de aprendizaje que permiten el logro del control eyaculatorio y, en el segundo, el descubrimiento de las sensaciones y tipo de estimulación conducente al orgasmo femenino.
- 3) Las causas intrapsíquicas resultantes de la presencia de conflictos no conscientes en el individuo y que se producen durante su desarrollo psicosexual. La culpa inconsciente para el placer sexual es quizá el común denominador de ese tipo de procesos. Pueden ser

resultado de la educación restrictiva ante la sexualidad, del proceso de la resolución saludable de los vínculos primarios con los progenitores o de experiencias traumáticas durante el desarrollo. Tales causas requieren el uso de técnicas psicoterapéuticas más tradicionales como la búsqueda de *insight*, la interpretación y confrontación para lograr su apropiado abordaje.

- 4) Las causas diádicas son el resultado de la dinámica de la pareja. Con frecuencia, los procesos de interrelación de las parejas llevan al desarrollo de diversos niveles de hostilidad y resentimiento que con relativa facilidad se traducen en fallas en el funcionamiento sexual. El abordaje de este tipo de causas de disfunción sexual requería entonces de la intervención en la interacción de la pareja para lograr la reducción o desaparición de los niveles de agresión, hostilidad y resentimiento.

El modelo psicoterapéutico que Kaplan propone implica el abordaje directo de la disfuncionalidad sexual, intentando la modificación de las causas inmediatas y de aprendizaje en un primer momento terapéutico. De acuerdo con el avance del proceso, el terapeuta debe decidir en qué momento las diversas resistencias que surjan ameriten que el enfoque del tratamiento cambie de los mecanismos inmediatos y de aprendizaje a los mecanismos intrapsíquicos profundos o, en su caso, a los mecanismos diádicos que quizá estén impidiendo el progreso terapéutico. La interacción en estos otros niveles debería ser limitada, en el sentido de que cuando el trabajo en esos niveles más profundos de conciencia (intrapsíquicas y diádicas) permitiera de nuevo el avance en los niveles inmediatos y de aprendizaje, entonces el tratamiento se reorienta hacia este último tipo de mecanismos hasta lograr la resolución de la disfunción sexual.^{6, 7}

PSICOTERAPIA SEXUAL HOLÓNICA ESTRUCTURAL ESTRATÉGICA

Durante el decenio de 1980-1989, Rubio (autor de este capítulo) desarrolló un modelo teórico de la sexualidad humana, denominado modelo holónico de la sexualidad humana.⁸⁻

¹¹ Su aplicación terapéutica recibe el nombre de “psicoterapia sexual holónica estructural estratégica” y ha sido desarrollada tanto por Rubio como por el equipo de trabajo de la Asociación Mexicana para la Salud Sexual, desde hace casi 20 años. Esta sección ofrece una breve descripción de este modelo de intervención y las consideraciones subsiguientes se realizan desde su óptica.

Modelo de los cuatro holones sexuales

Mientras que los mitos sobre la sexualidad han dado paso al miedo y a la culpa, la verdad de la sexualidad da paso al erotismo.

En la misma lógica de educación por género, las mujeres son concebidas como infantes también en el terreno de la sexualidad; su erotismo tiene que ser “descubierto” y

despertado” por el otro y no por ella misma. La satisfacción sexual femenina se *significa* en función del otro; su cumplimiento pasa por la guía y la satisfacción masculinas.

Los hombres se autoestiman sexualmente y eróticamente, conocen bien sus genitales y las sensaciones de ellos, aunque el resto de su cuerpo-también por educación de género- se hayan anestesiado. Ellos pueden hablar del tema, ellas no. Las mujeres no exploran su psicoerotismo, la mayoría de las veces inician este aprendizaje en la psicoterapia sexual, en el consultorio.

Aquellas mujeres que se salen de este modelo educativo represivo, suelen ser ignoradas o excluidas del grupo social y familiar al que pertenecen, quitándoles significación de pertenencia y borrando su historia. La otra manera la que actúa la sociedad es castigándolas si expresan su erotismo en lo privado, que es finalmente lo público. Una mujer bisexual, lesbiana, transgénica, o bigénica, está absolutamente excluida de la sociedad y es castigada severamente con términos despectivos y peyorativos como “puta”, “ninfomaniaca”, “adicta sexual”, “perversa”, “destroza-familias”, “perdida”, y lo que es peor, la mujer en efecto introyecta la represión sexual de tal manera que su respuesta sexual humana es castigada con la represión o la manifestación de ésta, cargando culpas.

El deseo es un proceso del condicionamiento, de un conocimiento de sí mismo que está en la conformación del aprendizaje en la sociedad a la que se pertenece y ésta puede ser como en la mayoría de los casos, represora.

Esta represión del erotismo se ha ido conformando a través de la historia de la humanidad, una de las bases culturales fundacionales, el pensamiento judeocristiano, justificó la manifestación de la sexualidad sólo en función de la necesidad de la reproducción, anulando la expresión erótica de la respuesta sexual humana del placer, castigándola. Sólo se le dio significado a la sexualidad para hacer familia, para reproducir la especie, de ahí que se podía.

La sexualidad humana en este modelo es entendida como el resultado de la integración, a través de la interacción y experiencias que se producen por las potencialidades humanas de: a) reproducción, b) diferenciación sexual, c) formación de vínculos afectivos interpersonales y d) experiencia de placer en el encuentro erótico.

Cada una de las potencialidades humanas que se organizan en lo sexual con el desarrollo del individuo, producen una serie de experiencias que van conformando los significados y equivalencias, así como una forma particular de entender al mundo en estas cuatro dimensiones. La serie de ideas, atributos de las causas, significados y equivalencias asociados con las experiencias producto de las potencialidades sexuales, origina las estructuras sexuales, es decir, los cuatro holones sexuales: reproductividad, género, vinculación afectiva interpersonal y erotismo.

A fin de ilustrar las aplicaciones en psicoterapia del modelo holónico de la sexualidad humana, es útil recurrir a una representación gráfica del mismo. La figura 16-1 utiliza un círculo para representar cada holón y líneas de interconexión para indicar las interacciones entre cada uno de ellos.

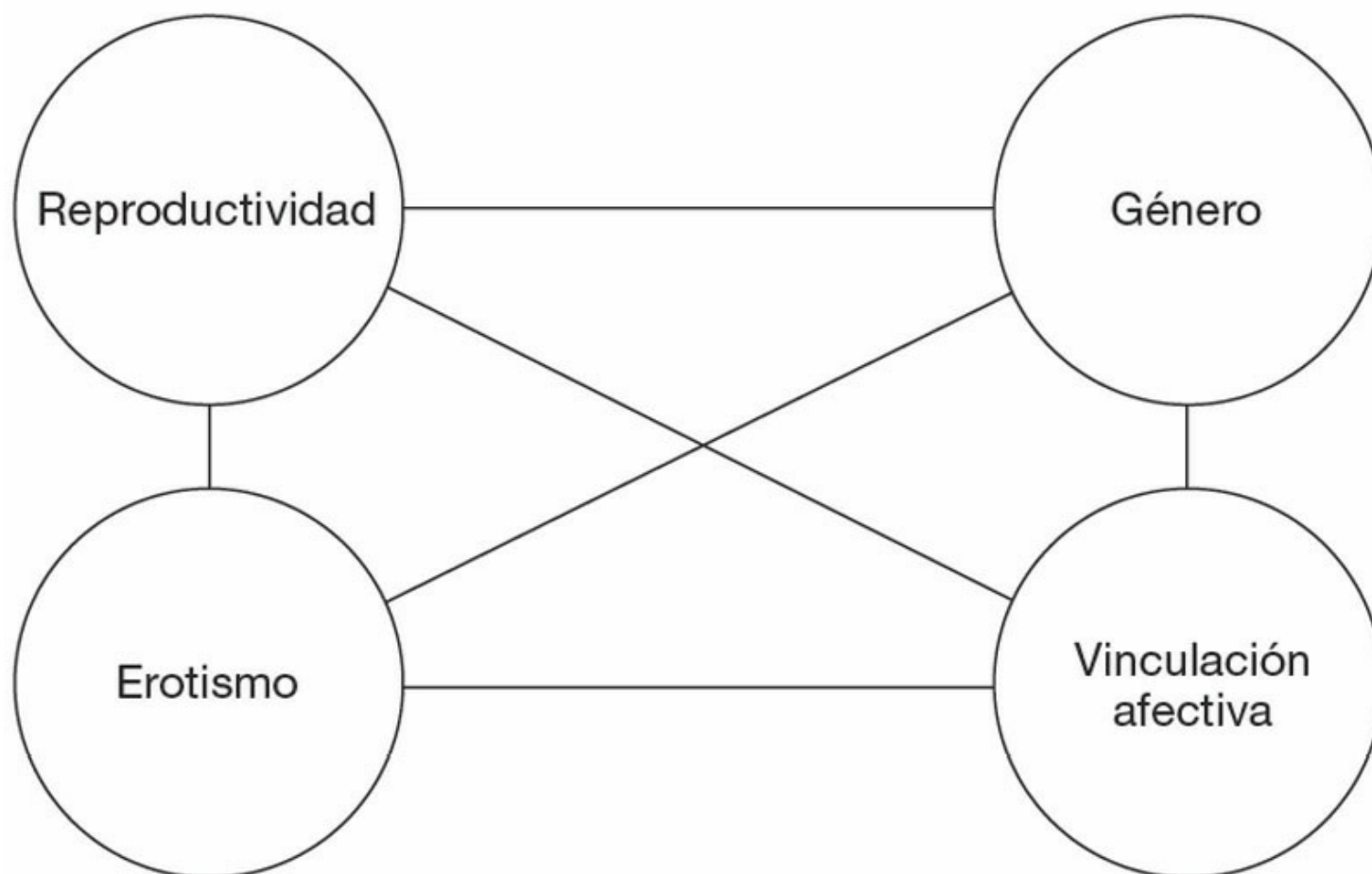


Figura 16-1. Representación esquemática del modelo de los cuatro holones sexuales.

La representación de los holones sexuales como círculos de diámetro igual y con las líneas de interacción entre todos ellos, corresponde a la **estructura** con la que se concibe a la sexualidad. Representados así, la suposición fundamental es que el crecimiento y la integración de los cuatro componentes del sistema fue armónica, balanceada y que se ha logrado una integración entre todos ellos. Desde luego, tal supuesto representa una situación ideal y no es lo que ocurre con mayor frecuencia en la práctica clínica.

Hipótesis de estructura sexual

A fin de representar las diversas formas en que el proceso de integración sexual tiene lugar, deben esclarecerse los diversos patrones de organización del sistema sexual mediante identificar las características del mismo que con mayor frecuencia están presentes en las personas que desarrollan problemáticas sexuales, en particular disfunciones. Dos de las dimensiones en las que la estructura sexual se organiza son de particular relevancia en la práctica de la psicoterapia sexual: el nivel de desarrollo de cada holón y la presencia de conflicto entre los diversos componentes del sistema sexual.

El **nivel de desarrollo de los holones sexuales** alude al grado de organización y complejidad de cada uno de ellos. Es factible traducir casi de manera directa el concepto de desarrollo a la posibilidad de expresión de cada holón, lo cual se logra mediante observar cómo cada uno de ellos se ha manifestado en el desarrollo de un individuo, a fin de

elaborar una hipótesis sobre su nivel de desarrollo.

Un holón desarrollado se expresa, en tanto que si se halla poco desarrollado no lo hará o bien su expresión resulta muy tímida. Así, por ejemplo, el holón del erotismo suele expresarse en las vivencias eróticas del individuo, por lo cual, si hay un déficit en su desarrollo, entonces las vivencias eróticas serán poco frecuentes o incluso ausentes en la historia de vida de la persona. Lo mismo aplica a cada uno de los cuatro holones. Cuando hay un desarrollo vincular adecuado, la persona desarrolla vínculos secundarios a lo largo de su vida, cuando tal desarrollo es incompleto, el individuo desarrolla pocos o ningún vínculo secundario y a menudo los sustituye con la permanencia de los vínculos primarios (parentales).

El **conflicto** es quizá una de las dimensiones psicológicas identificadas con mayor frecuencia: existe un conflicto cuando hay fuerzas que trabajan en sentido opuesto entre sí. En el caso de la estructura sexual, se presenta cuando alguna de las estructuras se manifiesta en una expresión (función) que se contrapone a otra expresión de alguna parte de la misma estructura. Como la estructura sexual es compleja y tiene complejidades tanto a nivel de cada uno de sus componentes (holones) como entre cada uno de ellos y entre la totalidad sexual y el resto de elementos que conforman al individuo, ocurre que el conflicto llega a ocurrir en cada uno de estos niveles. La identificación del nivel en que tiene lugar el conflicto repercute en el actuar del clínico, de modo que es importante diferenciar si los conflictos observados ocurren en el nivel de cada holón sexual, el nivel inter-holón sexual, o bien entre los elementos de la sexualidad y algún otro factor del sistema del individuo.

La identificación del conflicto en la persona que consulta por un problema sexual se realiza cuando hay expresiones de las potencialidades sexuales que tienen un objetivo que se contrapone. La más clara expresión de conflicto sexual ocurre cuando en el holón erótico las estructuras biológicas impulsan a la experiencia del placer, mientras que las estructuras resultantes de la construcción mental se expresan en una emoción de culpa ante el placer sexual. En la práctica clínica la identificación del conflicto requiere de la identificación del deseo por la actividad erótica, acompañado de la emoción culpígena.

Los conflictos sexuales; sin embargo, no se limitan a la dimensión placentera del erotismo. Así quizá las estructuras sexuales del género contengan componentes que se expresen en la emoción de desconfianza ante la cercanía de un individuo de determinado género, por ejemplo, considere a un varón que se acerca a una mujer: quizá la mujer en cuestión no tenga problemas para experimentar placer erótico (es decir, logra masturbarse sin problema) pero que, al interactuar con un hombre, los significados presentes en su holón del género que conciernen al sexo masculino hagan imposible la proximidad sin sufrir angustia, porque lo masculino le transmite una sensación de peligro o amenaza.

En la práctica de la psicoterapia sexual, la identificación tanto del nivel de desarrollo como del conflicto se realiza al estudiar tanto la manera en que las potencialidades sexuales de la persona son expresadas al momento de la evaluación del consultante, como la forma en que dichas expresiones se hacen presentes a lo largo de la vida de la persona mediante analizar el desarrollo sexual. Un holón desarrollado es identificado por la expresión de la potencialidad de la función, un holón no desarrollado carece de expresión en la función (o no lo hace con la intensidad y frecuencia esperada para el grado de desarrollo de la persona) y esa potencialidad parece estar ausente en el individuo.

El conflicto se manifiesta por la expresión de funciones (vivencias) que se expresan en sentidos contrapuestos. En función de la expresión contrapuesta, el conflicto quizá sea:

- 1) identificado como perteneciente al mismo holón (misma potencialidad expresada, como en el caso de la expresión del deseo sexual acompañado de culpa intensa por experimentarlo);
- 2) de dos holones que se expresan en sentido contrapuesto (lo que sucede con la expresión de deseo de placer sexual contrapuesta con el temor de experimentarlo con alguien que tiene características de género percibidas como peligrosas), por último,
- 3) tal vez la función sexual integral se contraponga con alguna otra estructura del individuo (como en el conflicto entre la expresión sexual y una necesidad obsesiva de control) en cuyo caso cabe concebirlo como un conflicto entre el sistema sexual y el sistema general de la personalidad del individuo.

Esas dos dimensiones de la estructura sexual son representadas de manera gráfica a fin de que el “mapeo” de las interacciones de la estructura sexual de una persona sea utilizado en el trabajo psicoterapéutico. El nivel de desarrollo es ilustrado en el modelo de los cuatro holones sexuales con el tamaño relativo de los círculos que representan los holones. El conflicto es representado como líneas de interacción que unen a los holones o se encuentran dentro de ellos, las flechas contrapuestas indican la calidad conflictiva de las interacciones. La figura 16-2 representa un holón erótico poco desarrollado (como suele ocurrir en la historia de las personas con relativo poco acceso a las experiencias de desarrollo) con un conflicto en el holón erótico por la presencia de disfunción del erotismo (manifestada por la experiencia de deseo sexual acompañada de la emoción culpígena por ese mismo deseo) y un conflicto entre género y erotismo (como a menudo sucede en una mujer con una imagen masculina poco confiable). Tal abstracción de lo que pasa en la estructura sexual de una persona es denominada **hipótesis de estructura sexual**.

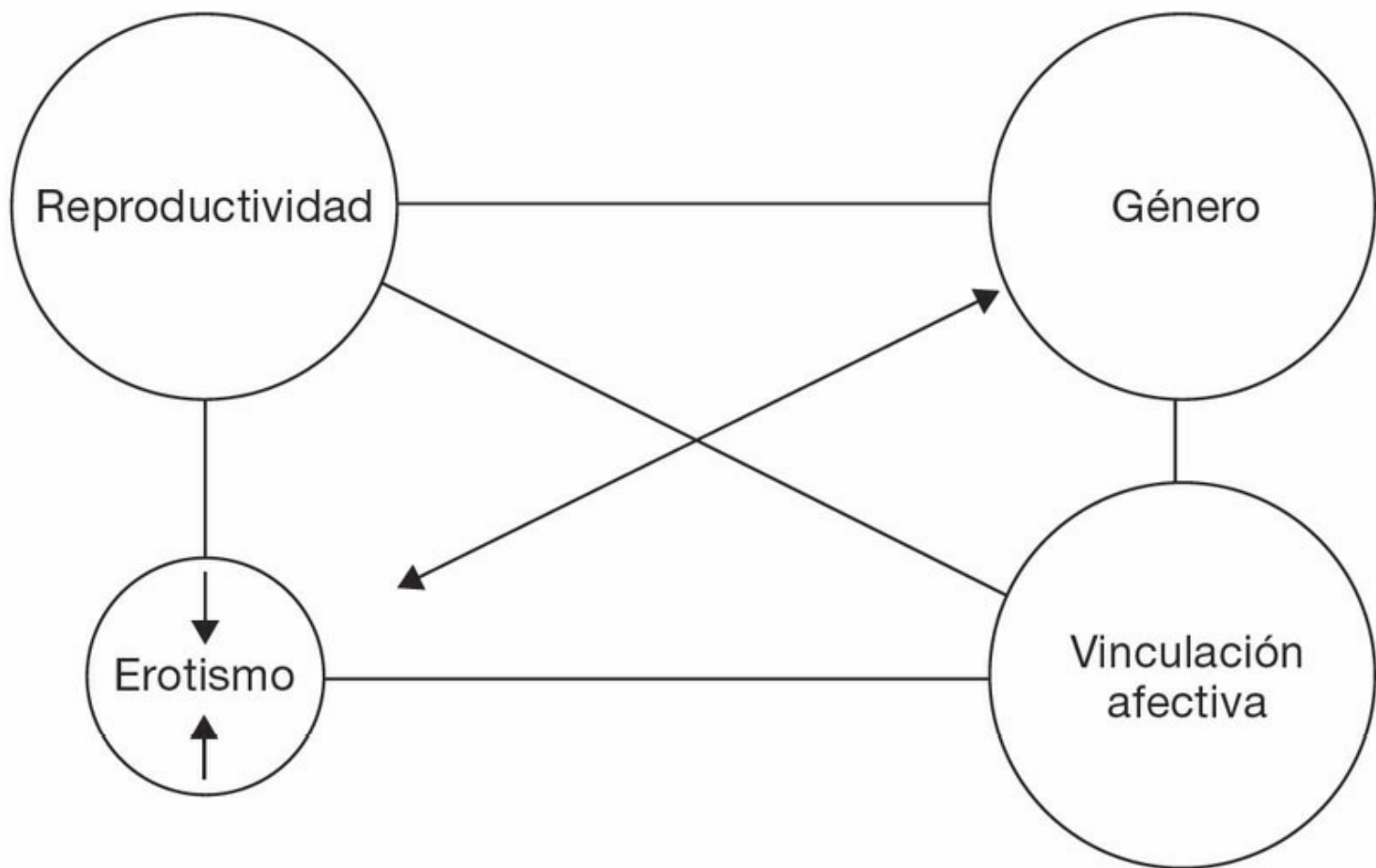


Figura 16-2. Representación esquemática de la hipótesis de estructura sexual.

Experiencia psicoterapéutica

El Modelo estructural de la sexualidad propone que las expresiones disfuncionales de la vida sexual son el resultado de la organización particular de la estructura sexual de la persona. Cuando existe un factor biológico (p. ej., la recién descubierta importancia de la disfunción endotelial presente en el síndrome metabólico), la imposibilidad de funcionamiento satisfactorio es representada como el resultado del fracaso de la estructura biológica para expresarse en función de las expectativas de las estructuras mentales.

En lo referente a los factores psicológicos, la disfunción es entendida entonces como el resultado del fracaso de las estructuras mentales para expresarse en una función satisfactoria, ya sea debido a que no ha ocurrido el desarrollo deseable o porque hay estructuras en conflicto. Dado que en ambas circunstancias el modo en que la estructura sexual se conforma como disfuncional es a través de las experiencias del individuo, la oportunidad para cambiar el carácter no desarrollado o conflictivo de la estructura es por medio de la experiencia que la psicoterapia pudiera promover. La **experiencia psicoterapéutica** será entonces aquella que propicie los cambios estructurales necesarios para lograr que la función sea satisfactoria o, en otras palabras, que logre impulsar el desarrollo y la resolución de conflictos necesarios para la expresión saludable de las funciones del sistema sexual.

La psicoterapia sexual estructural recibe el calificativo de **estratégica** justo porque intenta

aprovechar, de esa manera, todas las fuentes de experiencia que puedan ponerse a disposición del paciente para lograr los cambios estructurales en la dirección deseada, tal como se ha identificado en la elaboración de la hipótesis de estructura sexual. Existen cuando menos tres fuentes de experiencias psicoterapéuticas que el profesional tiene a la mano para promover y facilitar el cambio estructural: a) el uso de las técnicas tradicionales de la terapia sexual en la forma de tareas de experiencias preestructuradas, b) la experiencia del vínculo psicoterapéutico que se desarrolla en todas las formas de psicoterapia entre paciente y terapeuta, y c) la experiencia de reestructuración cognitiva que es posible lograr con el uso de intervenciones psicoeducativas en las sesiones o las lecturas de material bibliográfico que el terapeuta quizá desee recomendar.

A diferencia de otros modelos de terapia sexual, en donde las intervenciones o tareas a realizar en casa están predeterminadas en una secuencia diseñada en función del tipo de disfunción del que se trate, la secuencia de intervenciones en la psicoterapia sexual estructural estratégica son diseñadas de manera gradual y cuidadosa, caso por caso, con la información sintetizada en la hipótesis de estructura sexual y el conocimiento del posible efecto de las diversas técnicas —tanto del tipo de las tareas sexuales tradicionales como de otras acciones dirigidas hacia holones sexuales distintos al erotismo, como las técnicas psicoterapéuticas más tradicionales (p. ej., interpretación, confrontación y otras). La figura 16-3 ilustra la función de la experiencia psicoterapéutica en el proceso de reestructuración que se intenta lograr con el proceso terapéutico.

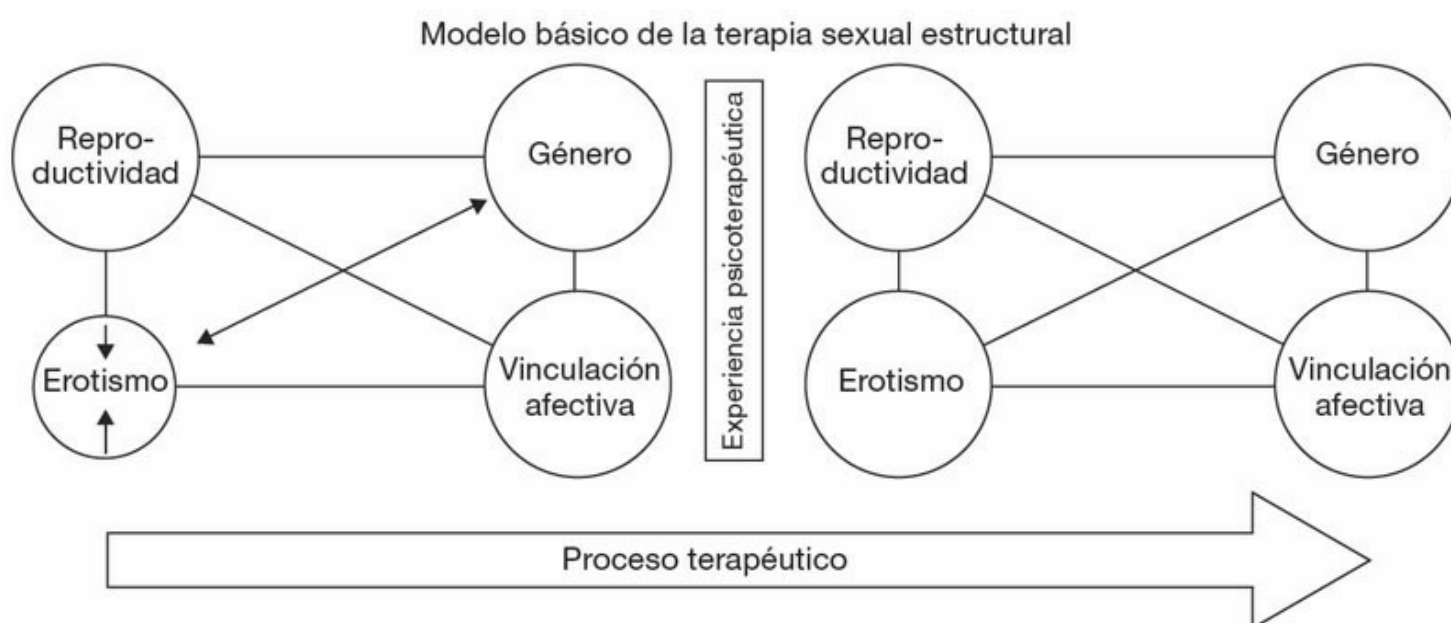


Figura 16-3. Representación del proceso psicoterapéutico y del papel de la experiencia psicoterapéutica.

Proceso psicoterapéutico

Las consideraciones sobre la estructura sexual, aunque son de ayuda para entender qué determina las experiencias de las personas, son un ejercicio de abstracción en el que se

representa a la sexualidad del paciente como si fuera posible detener el tiempo, cual si fuera una fotografía fija. En la realidad, la estructura sexual nunca está fija en el tiempo, sino que se encuentra en una continua interacción y expresión en funciones denominadas “proceso”. Para el terapeuta, lo único que es asequible son los procesos, tanto presentes en la vida actual de la persona como los que es factible rescatar con su historia. A fin de que el cambio ocurra, la única posibilidad es que se genere un proceso que modifique la estructura, cuando eso se logra existe un **proceso psicoterapéutico**.

Modificar las estructuras organizadas en los holones sexuales requiere de la **entrada de información** nueva al sistema sexual. Si el encuentro entre paciente y terapeuta se limita a la revisión de las expresiones vividas por el paciente, es poco probable que ocurra algún cambio. Para que una experiencia adquiera carácter psicoterapéutico, debe aportar elementos nuevos que, además de su novedad, sean integrados por la **estructura existente**. Si la experiencia vivida es muy diferente a las anteriores, pero la estructura del paciente impide su integración en la forma de información nueva, el cambio estructural no ocurrirá y el paciente quedará con sus posibilidades de vivencias intactas. La identificación de qué tipo de experiencia resultará en una experiencia reestructuradora es quizá el mayor reto del terapeuta. Como ya se mencionó al describirlas, el terapeuta tiene a su disposición tres tipos de experiencias: las que es factible prescribir en forma de tareas, la del vínculo terapéutico y la posibilidad de reestructuración cognitiva a través de intervenciones psicoeducativas o de lecturas recomendadas.

En el caso de las disfunciones sexuales de origen predominantemente psicogénico (o en las que incluso existiendo un factor orgánico los mecanismos psicológicos desempeñan una función importante en la génesis del síntoma), los procesos a modificar son, desde luego, los identificados como procesos causales de la disfunción sexual. Siguiendo la propuesta de Kaplan, consideramos a las causas de disfunción sexual según su proximidad de la conciencia (básicamente en inmediatas y profundas).^{12, 13} Existe una conexión interesante entre los diversos tipos de procesos que causan disfunción sexual, la cual debe tenerla presente el terapeuta a fin de decidir de manera estratégica qué tipo de proceso intenta modificar.

Las causas inmediatas que Kaplan propuso pueden ser consideradas como los **procesos causales de primer orden** de las disfunciones sexuales. Tales procesos incluyen la angustia de desempeño, la intelectualización defensiva que ocurre con el monitoreo excesivo del propio desempeño, o la distracción del contenido erótico del momento con la aparición de ideas antieróticas. Tal como Kaplan señaló, estos procesos psicológicos tienen la posibilidad de interferir de manera **directa** con la integridad de los reflejos que se activan con la experiencia erótica. Investigaciones posteriores documentan la manera en que algunos de ellos (como la angustia) llegan a interferir con los procesos fisiológicos de la respuesta sexual a través de la interferencia cognitiva.¹⁴ Las técnicas desarrolladas por Masters y Johnson y otros que les siguieron a menudo resultan eficaces para modificar estos procesos causales de primer orden y logran la restauración de la función cuando su presencia se modifica lo suficiente.

Sin embargo, los procesos de primer orden no son independientes, por el contrario, en la enorme mayoría de los pacientes es posible encontrar procesos que en un segundo orden favorecen la presencia de los procesos de primer orden. Estos **procesos causales de**

segundo orden corresponden a la dinámica psicológica del individuo, producto de su desarrollo sexual y psicológico total. Así, por ejemplo, la presencia de una identidad de género poco sólida, que requiera para su aparente integridad la constante validación de eficiencia que la pareja otorgue (o no) en función de múltiples circunstancias, hará que el proceso de primer orden de angustia de desempeño se active con mucho mayor facilidad que cuando la identidad de género se encuentra más consolidada y no depende tanto de la validación externa.

Por último, es posible que la dinámica psicológica interna del individuo le facilite tener interacciones conflictivas con su pareja, o bien que de cualquier manera se presenten por la calidad de la relación entre ambos miembros de la pareja. En este caso, la hostilidad prevaleciente en la interacción (procesos de tercer orden) entre las dos personas quizá facilite de nueva cuenta la aparición de procesos de primer orden. La figura 16-4 representa la relación entre los diversos órdenes de procesos causales de disfunción sexual.

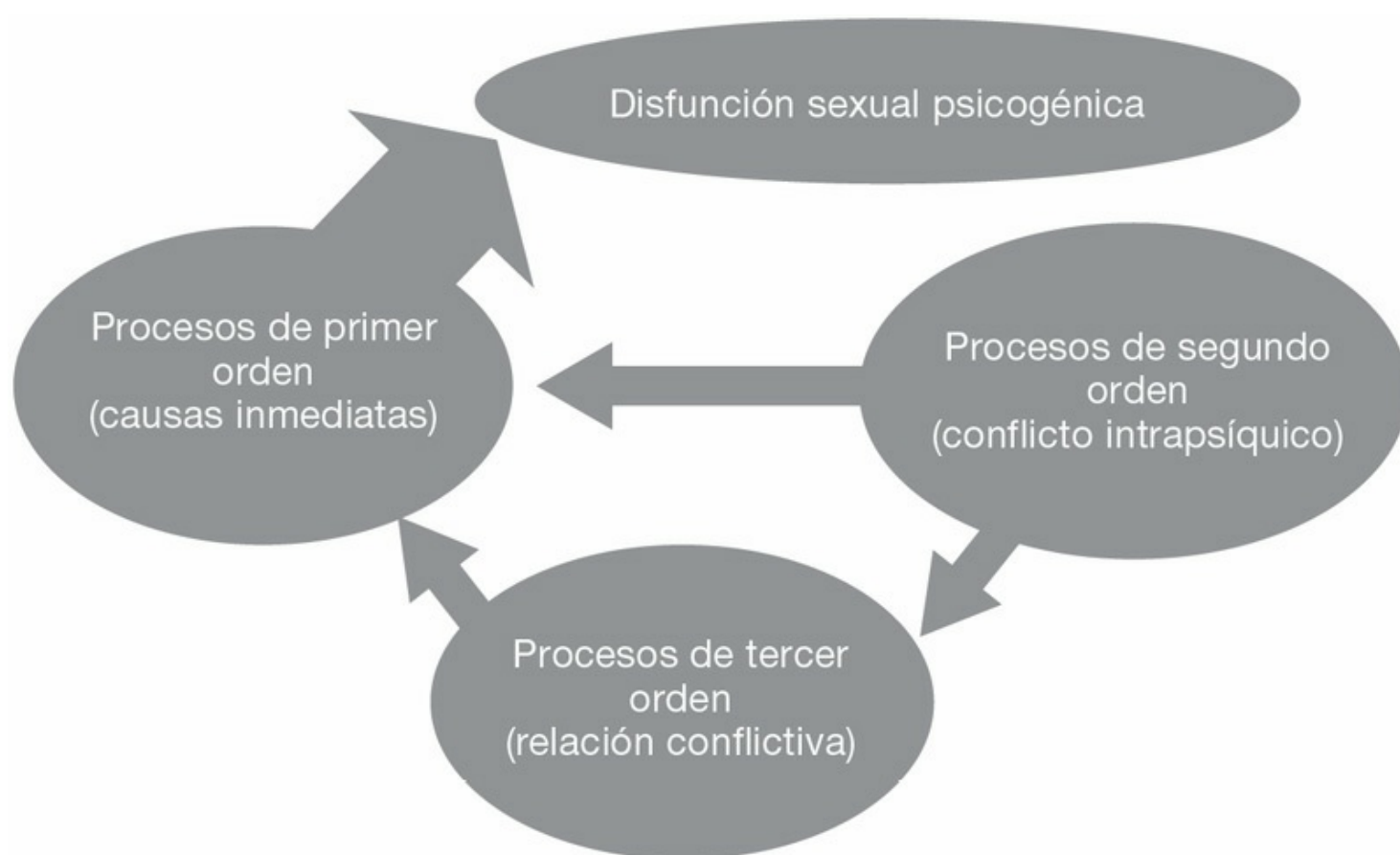


Figura 16-4. Relación entre los diversos procesos causales de disfunción sexual psicógena.

Desde la óptica de la psicoterapia sexual holónica estructural estratégica, el proceso terapéutico es la herramienta fundamental del cambio buscado. Como el lector inferirá a partir de los apartados anteriores, se requiere de un ajuste muy delicado e individualizado para decidir en qué nivel ha de hacerse el intento de modificación de los procesos causales, no sólo en lo relacionado con la decisión de permanecer en los procesos de primer orden a través de la utilización de las técnicas clásicas de terapia sexual, sino para saber cómo orientar el enfoque terapéutico en dos dimensiones: la de orden causal y la del holón que

quizá esté determinando el progreso terapéutico.

El resto de este capítulo revisa de manera breve las principales técnicas usadas en la psicoterapia sexual, así como algunas consideraciones de tipo más general.

REVISIÓN DE LAS TÉCNICAS DE PSICOTERAPIA SEXUAL

Esta sección presenta una revisión de las principales técnicas usadas en psicoterapia sexual; tal resumen no pretende sustituir las descripciones realizadas en las obras originales de los autores que las han propuesto. El lector interesado en adquirir dominio sobre estas técnicas debe revisar también los autores originales para obtener un grado de comprensión óptimo.

Cada técnica es revisada mediante una breve descripción para explicar en qué consiste y después aparece una consideración de cómo puede ser usada en el proceso psicoterapéutico, utilizando como marco conceptual los principios esbozados en la sección precedente sobre psicoterapia sexual holónica estructural estratégica.

La serie de técnicas revisadas a continuación son usadas en el contexto del proceso psicoterapéutico como tareas a realizarse por el paciente junto con su pareja —siempre que ello sea posible o se juzgue conveniente—, en privado y en su habitación (o, si no viven juntos, en un lugar donde la privacidad esté garantizada). Esta serie de prescripciones deben contemplarse como experiencias preestructuradas, es decir, las reglas y las secuencias de comportamientos son propuestas por el terapeuta, no quedan en función de la espontaneidad o decisión del momento. Esta característica de las tareas de la psicoterapia sexual hace que, de hecho, por simples que parezcan, la mayoría de los pacientes encuentren las instrucciones difíciles de seguir. Es justo en esa dificultad donde se expresa la estructura del paciente y en donde reside la posibilidad de que resulten en experiencias terapéuticas, es decir, que aporten nuevos elementos a los componentes estructurales del paciente.

FOCALIZACIÓN SENSORIAL

La técnica de focalización fue descrita en un inicio por Masters y Johnson.¹⁵ Aunque varios autores han propuesto modificaciones, los elementos fundamentales de esta técnica continúan en uso hasta el día de hoy.^{16, 17} Como el nombre indica, el eje de esta experiencia preestructurada está en la focalización de la atención de los miembros de la pareja en las sensaciones corporales.

Las sensaciones corporales son la materia prima con que se construye la experiencia de excitación sexual. La pareja en la cual se ha establecido un patrón disfuncional de encuentro sexual por lo general tiene una multitud de focos de atención distintos a las sensaciones —la aparición de la función ausente (erección, orgasmo) es la más frecuente fuente de distracción—. Por esta razón, la focalización sensorial incluye una prohibición explícita del coito, para liberar a la pareja de la necesidad de experimentar las respuestas sexuales y, con ello, mantener la atención sobre las sensaciones corporales, en especial las placenteras.

De manera habitual, el terapeuta pide a la pareja que acaricien en la forma más sensual posible el cuerpo del otro. Es conveniente que tomen turnos, uno de dar placer y el otro de recibirlo. Las caricias que se proporcionen a quien recibe la estimulación sensual deben provocar sensaciones agradables (no por fuerza generadoras de excitación sexual). Ambos son instruidos por el terapeuta a mantener una comunicación abierta para que quien da las caricias tenga la mejor información de lo que le resulta agradable o desagradable a quien recibe la estimulación. Después de un tiempo, los papeles de dar y recibir son intercambiados.

En las etapas iniciales de la focalización sensorial, se pide a la pareja que evite la estimulación de las zonas genitales y abiertamente erógenas (como los senos) de la persona que recibe, a fin de facilitar que la atención de quien recibe se centre en las sensaciones de todo el cuerpo, con lo que disminuyen las posibilidades de que la presencia o ausencia de respuesta sexual distraiga a los participantes.

De manera gradual, es factible modificar la focalización sensorial hacia la inclusión de los genitales en la interacción, aunque siempre es deseable mantener el carácter corporal integral de las experiencias iniciales.

Las experiencias de focalización sensorial, aunque quizá parezcan muy simples, requieren de un alto grado de integración de las capacidades sensoriales (eróticas), de comunicación, intimidad y confianza (vinculares) en los miembros de la pareja que la realiza, así como un mínimo de seguridad personal (identidad de género e identidad general). Como ya se mencionó, si bien existe la intención de lograr el objetivo primario de focalizar la atención en las sensaciones para que los procesos de primer orden se vayan eliminando y, con ello, la aparición de las respuestas eróticas se restablezca poco a poco, es muy común que lo que suceda en el intento de realizar estas tareas revele con mayor claridad la presencia de procesos causales de segundo y de tercer orden. La decisión acerca de en qué momento es necesario cambiar el enfoque de la terapia a los procesos más profundos de segundo o tercer orden debe tomarse en función del avance alcanzado. Cuando este último se detiene a pesar de haber realizado intentos de precisar las reglas de la interacción, el terapeuta tendrá que cambiar el enfoque y atender los otros procesos causales identificados.

La técnica de focalización sensorial tiene aplicación en el tratamiento de un gran número de disfunciones sexuales. De hecho, Masters y Johnson las utilizaban en el tratamiento de todas las disfunciones sexuales. La decisión de usar o no la focalización sensorial debe fundamentarse en la evaluación integral de la interacción erótica de la pareja, pero cabe afirmar que la gran mayoría de las parejas se benefician de esta técnica.

USO DEL AUTOEROTISMO EN PSICOTERAPIA SEXUAL

El uso de técnicas de masturbación —o denominada de manera más elegante: de autoerotismo— en la psicoterapia sexual tiene una reconocida aplicación en el tratamiento de personas en quienes el holón erótico no está del todo desarrollado. Las disfunciones femeninas que están acompañadas de dificultades en la excitación (ya sea subjetiva o genital), de complicaciones en el logro del orgasmo, en muchos casos de disfunción eréctil primaria y la mayor parte de varones con deficiente control del reflejo de eyaculación,

todos, resultan beneficiados con distintas formas de implementación de la técnica de promover el aprendizaje, familiarización y aceptación del autoerotismo como medio de autoconocimiento, forma de desarrollo de las capacidades eróticas y la adquisición del conociendo personal necesario para alcanzar una comunicación erótica eficiente con la pareja.

La aplicación de esta técnica requiere que el terapeuta sepa si la persona tiene o no un patrón establecido de conducta autoerótica. Si no existe, el proceso debe iniciar con la búsqueda gradual del carácter placentero de las sensaciones genitales. En un segundo momento es necesario que la persona identifique el carácter “solicitador” de las sensaciones eróticas y que aprenda a proporcionarse aquella forma de estimulación que las mismas sensaciones piden. Una vez lograda la familiaridad con las respuestas de excitación, debe buscarse el orgasmo mediante revisar posibles interferencias de carácter cognitivo y emocional ante la experiencia de excitación intensa.

Si la persona tiene un patrón establecido de autoerotismo, es posible que resulte en una relativa pobreza en la intensidad y duración de la experiencia sensorial. En los varones con eyaculación precoz, es un hallazgo hasta cierto punto frecuente y la reestructuración del patrón autoerótico puede resultar beneficiosa para lograr un mayor desarrollo erótico.

En ocasiones, el avance en el logro de mayores niveles de desarrollo erótico llega a verse entorpecido. Cabe considerar el uso de vibradores eléctricos, mismos que producen una estimulación tan intensa que quizá sobrepase la intensidad de los procesos causales de primer orden, como la angustia de desempeño o la autoobservación obsesiva, capaces de interferir con facilidad en el logro del orgasmo. Sin embargo, la intensidad de la estimulación del vibrador eléctrico es bastante superior a la de otras opciones, lo cual hace recomendable que el terapeuta advierta sobre el hecho de que tal intensidad de estimulación no ocurrirá en la interacción con la pareja a menos de que se integre el vibrador al juego erótico. Es posible que el vibrador sirva para contrarrestar la influencia de procesos psicológicos que interfieren con el orgasmo y que una vez alcanzado el mismo modifique expectativas respecto a la experiencia, facilitando luego la eficiencia de otras formas de estimulación.

TRABAJO CON LA AUTOIMAGEN CORPORAL EN PSICOTERAPIA SEXUAL

La autoimagen corporal es el concepto que uno posee sobre su propio cuerpo. Hartman y Fithian publicaron sus aportaciones básicamente enriqueciendo con varias estrategias el programa original de tratamiento en 15 días de Masters y Johnson, y fueron los primeros en señalar la importancia y el poder de trabajar con la autoimagen corporal.¹⁸ Contra lo que pudiera pensarse, a menudo existen discrepancias importantes entre la autoimagen corporal y lo que los demás perciben cuando observan el cuerpo de la persona. Tal divergencia en ocasiones es muy importante. Desde luego, la autoimagen corporal es una pequeña parte del autoconcepto que, en sus dimensiones sexuales, está contenido en la estructura sexual.

Una persona con una autoimagen corporal devaluada o ante la cual experimenta pena y falta de aceptación, con gran facilidad experimentará esas emociones al compartir su

intimidad corporal con su pareja. Por esa razón, cuando está afectada, resulta importante trabajar con la autoimagen corporal. Es muy frecuente que la mujer anorgásmica, con vaginismo, con fobia sexual o con problemas de deseo, también experimente dificultades con su autoimagen corporal. Aunque se reconoce con menos frecuencia, muchos hombres también tienen conflictos con su autoimagen corporal, sobre todo en lo relacionado con sus genitales.

El trabajo psicoterapéutico con la autoimagen puede realizarse mediante la prescripción experiencias de visualización del propio cuerpo ante un espejo de cuerpo entero. La experiencia es más poderosa si se realiza con un espejo de tres hojas, ya que la perspectiva de un solo plano que se logra con una sola hoja no es tan realista como la que uno obtiene al contrastar tres diferentes ángulos. Es una experiencia que pudiera parecer demasiado simple, sobre todo si quien la realiza lo hace en forma defensiva y con prisa. La experiencia de pasar varios minutos ante el propio cuerpo desnudo, reflejado por un espejo, termina por poner en contacto a la persona con sus propias concepciones (la autoimagen corporal) y las emociones que esta experiencia despiertan suelen reflejar con precisión las emociones de devaluación o falta de aceptación que es necesario modificar con el trabajo psicoterapéutico, tanto en las sesiones como con un gradual acercamiento a la imagen proyectada por el espejo y una activa aceptación de ella (la imagen), lo cual representa una forma de aceptación personal.

Hay algunas variantes de la técnica anterior: el uso de dibujos del propio cuerpo y en especial de dibujos de cuerpo entero que incluyan a los genitales quizá revele datos interesantes de la manera como el propio cuerpo está construido en la autoimagen de la persona. En ocasiones las discrepancias con la realidad son tan grandes que, de hecho, terminan por abrigar y propiciar reacciones de ansiedad ante la conducta erótica. Así, por ejemplo, es muy frecuente que las mujeres con vaginismo sufran a la vez de distorsiones importantes en su autoimagen al nivel de su vagina, discrepancia que no es difícil de identificar mediante esta técnica.

En función de la estructura sexual y psicológica general del paciente, la efectividad de estas técnicas varía, desde el logro de una reestructuración de la autoimagen corporal hasta la evidencia de que se requiere un trabajo psicoterapéutico más profundo y prolongado para lograr la modificación de esos niveles de la identidad.

USO DE LAS TÉCNICAS DE RELAJACIÓN

La relajación muscular tiene un efecto ansiolítico documentado desde hace muchos años por diversos investigadores de la escuela conductista (p. ej., LoPiccolo y LoPiccolo).¹⁶ La relajación muscular es útil para reducir los niveles de angustia presentes en muchos casos de disfunción sexual, como el vaginismo, la fobia sexual y algunos casos en que la angustia de desempeño es muy intensa.

Existen varias técnicas eficaces para lograr la relajación muscular. Una de las más usadas consiste en pedir que la persona se coloque acostada sobre una superficie lo más firme posible, aunque es también importante que conserve la comodidad (un piso firme que no este frío, o bien, la cama). Una vez recostada, la persona de manera individual o la pareja

cuando la técnica se utilice en un proceso terapéutico en que ambos participen, recibe la instrucción de que cierre sus ojos e intente visualizar su cuerpo (la visualización es una técnica que consiste en “ver sin los ojos”, poniendo atención en los indicios sensoriales que el cuerpo da además de los visuales). Después, la persona debe concentrarse en cada una de las partes de su cuerpo, empezando por las más distantes de la cabeza (p. ej., el pie derecho), una vez lograda la concentración y visualización sobre esa parte, procede a relajarla a voluntad, para luego contraerla con toda la fuerza posible, siempre limitando la contracción a esa parte del cuerpo; más tarde se relaja de nuevo la parte visualizada, ahora haciendo un esfuerzo máximo es esta segunda oportunidad. A continuación prosigue la visualización de otra parte del cuerpo y así de manera sucesiva hasta llegar a la cabeza. Una vez concluido el recorrido por el cuerpo debe visualizarse cada extremidad completa, repitiendo la secuencia de visualización, relajación, contracción y relajación.

El uso de las técnicas de relajación en el proceso psicoterapéutico resulta muchas veces en una ayuda importante para lograr reducir los niveles de angustia; sin embargo, es importante tener cuidado en no llevar los niveles de relajación hasta el sueño, ya que las actividades sensual y sexual requieren de un grado de tensión y activación incompatibles con el sueño.

TÉCNICAS DE REENTRENAMIENTO EN LA EYACULACIÓN PRECOZ

Hay varias técnicas capaces de lograr que el paciente con ausencia de control sobre su reflejo eyaculatorio llegue a desarrollarlo. La más antigua y (quizá) utilizada es conocida como “de parada y arranque”, misma que fue propuesta por un médico urólogo estadounidense llamado James Seamans en el decenio de 1950-1959. Tiempo después, Masters y Johnson modificaron esta técnica al agregar un apretón al glande además de la detención de la estimulación. La técnica de Masters y Johnson se ha popularizado mucho — sobre todo vía Internet— y es conocida como la “técnica del apretón” o “*squeeze technique*”.

Kaplan es quien explica mejor cómo es que las técnicas anteriores funcionan:¹⁹ a fin de que un reflejo entre en el control voluntario, es indispensable que la persona tenga “información sensorial” respecto a la proximidad o los efectos del reflejo. Este mismo principio se ha usado con éxito en las terapias de retroalimentación (*biofeedback*). Entonces se supone que quien padece eyaculación precoz tiene un déficit en la calidad de la percepción de las sensaciones eróticas que avisan de la proximidad del reflejo orgásmico.

La técnica de “parada y arranque” consiste en pedir al paciente que esté con una adecuada disposición a excitarse y por medio de estímulo manual se aproxime a la consecución del orgasmo. Cuando las sensaciones le indiquen que el orgasmo está próximo a ocurrir, debe detener la estimulación, de manera que la intensidad de las sensaciones disminuya y el orgasmo no ocurra. Una vez logrado lo anterior, la estimulación manual debe reanudarse hasta identificar de nuevo la cercanía del orgasmo, momento en el que deberá detenerse de nueva cuenta. Este ciclo se repite cuatro veces, con la única diferencia de que en la última ocasión el orgasmo es permitido. Una vez logrado este paso, la complejidad de la

experiencia puede ser incrementada al agregar un lubricante hidrosoluble.

En función de la gravedad de la eyaculación precoz y de lo poco familiarizado que esté el paciente con las sensaciones relacionadas, es elevada la probabilidad de que las primeras experiencias con esta técnica fracasen. El objetivo de la técnica es, sobre todo, cobrar conciencia de las sensaciones previas al orgasmo mismas que, una vez identificadas, permiten que —mediante la suspensión primero y con la regulación del ritmo después— el individuo desarrolle de manera gradual un control adecuado de la eyaculación. En las últimas fases del entrenamiento es factible que el individuo ejerza el control sólo con la mente.

Según la circunstancia particular y el tipo de eyaculación precoz, estas técnicas son aplicables con el individuo solo o acompañado de su pareja. Cuando se cuenta con la colaboración de la pareja las experiencias suben de complejidad y algunos pacientes necesitan primero dominar la técnica solos; por otra parte, la inclusión de la pareja permite evaluar y trabajar con los posibles procesos dependientes de la interacción que pudieran agravar la eyaculación precoz.

Una vez que la pareja del paciente ha sido incluida en el proceso, es factible proseguir a la realización de un coito controlado en el que de manera gradual se pasa de la penetración sin ningún movimiento, hasta una forma de “parada y arranque” mediante estimulación vaginal, por lo general con el hombre en posición boca arriba y la mujer montada en él.

Es conveniente estar consciente de que estas técnicas reclaman un alto grado de cooperación de la compañera y la necesidad de repetición durante varias semanas de los ejercicios descritos. La expectativa de que el cambio llegará con rapidez no hace sino desmotivar a los pacientes, de modo que tales cuestiones deben ser consideradas a fin de aminorar las posibilidades de fracaso terapéutico.

TÉCNICAS DE REENTRENAMIENTO MUSCULAR EN EL TRATAMIENTO DEL VAGINISMO

El vaginismo resulta de la aparición de contracción muscular involuntaria en la musculatura del piso pélvico. Es muy frecuente que la contractura se acompañe de diversos niveles de angustia, cuando ésta es muy intensa debe ser tratada con técnicas dirigidas a reducirla. También es común que existan problemas con la autoimagen corporal y, de ser así, es necesario trabajar en ese nivel. No obstante, el reentrenamiento muscular es central en el tratamiento de esta disfunción sexual, de modo que aquí se hacen algunas breves consideraciones sobre estas técnicas.

En las descripciones originales de la técnica básica para el reentrenamiento muscular necesario para lograr la eliminación de la contractura del vaginismo, la introducción de objetos cada vez mayores en diámetro fue denominada con el poco afortunado término de “uso de dilatadores”.²⁰ Aunque la técnica es muy eficiente, nombrar “dilatador” al objeto empleado para favorecer el control voluntario de la contracción vaginal crea la falsa impresión de que los avances obtenidos ocurren gracias al empleo del dilatador y no por el logro de un mayor control de la contracción involuntaria por la paciente. El nombre de dilatadores derivó de que los implementos utilizados eran, en efecto, dilatadores utilizados

en obstetricia para la dilatación del cérvix uterino, pero la acción que producen con el reentrenamiento muscular no es de dilatación, sino de facilitación de la consciencia del estado de contracción-relajación.

La técnica de reentrenamiento consiste en la introducción de objetos delgados en la vagina. Es preferible que sea la misma mujer quien en un inicio la realice. Según la intensidad de la contractura, la introducción del objeto en algún momento ocasionará dolor. No debe efectuarse la penetración en función de la tolerancia al dolor, más bien, la idea es que la mujer identifique la contractura muscular y entonces intente la relajación voluntaria. Si no lo consigue, muchas veces ayuda que la paciente trate de contraer todavía más el músculo antes de buscar relajarlo, tal intento de alcanzar una contracción voluntaria aún mas intensa de la que obtenida a menudo es seguido de una relativa relajación automática, misma que la mujer puede aprovechar para aumentar su conciencia del estado de contracción-relajación del músculo.

Hay una diversidad de objetos para implementar la secuencia anterior. Resulta conveniente el uso de los propios dedos de la paciente, previo aseo, porque le permite sentir tanto en la vagina como en el dedo el estado de contracción-relajación de sus músculos. Los dedos del compañero son una alternativa para más adelante en el tratamiento o bien desde un inicio en mujeres que tienen altos niveles de angustia (aunque es preferible que empiecen solas con la técnica). Otros objetos útiles y que han sido descritos en la literatura sobre el tema incluyen los dilatadores de cérvix uterino (dilatadores de Hegar) o velas de cera de distintos diámetros. En Internet hay una variedad de dilatadores de plástico que se comercializan para el tratamiento del vaginismo.

Además de las estrategias de relajación con la introducción de objetos cada vez más grandes en diámetro, es recomendable que la mujer realice ejercicios musculares de contracción y relajación de su musculatura pélvica, los cuales son conocidos con el nombre de “ejercicios de Kegel” y fueron descritos por Arnold Kegel en 1948 para mejorar la incontinencia urinaria. Diversos autores (incluido quien escribe estas líneas) están convencidos de que tales ejercicios ayudan en el proceso de reentrenamiento muscular, pues la paciente aumenta de manera sistemática la claridad de la percepción del estado de contracción o relajación de esos músculos.²¹ Los ejercicios de Kegel consisten en que la mujer contraiga el piso pélvico durante 10 segundos, luego lo relaje y repita esta acción 10 veces seguidas y luego esta serie tres veces al día. Muchas mujeres tienen dificultad en identificar los músculos del piso pélvico, lo cual se acentúa en las pacientes con vaginismo. Hay varias maneras en las que es posible identificar los músculos que habrán de contraerse, la más sencilla es aprovechar los ejercicios de penetración con el dedo e intentar que la mujer identifique la contractura voluntaria con su propio dedo al sentir la presión dentro de la vagina. Otra opción es que intente la contracción cuando está orinando, una buena contracción interrumpe el flujo de la orina, aunque es importante que dicha estrategia sea seguida sólo a fin de identificar los músculos y no para realizar las secuencias de los ejercicios.

PSICOTERAPIA SEXUAL COMO FORMA DE PSICOTERAPIA

UNA FORMA DE PSICOTERAPIA

La terapia sexual es una forma de psicoterapia. Aunque esta afirmación resulte obvia a estas alturas del capítulo, es importante subrayar el hecho. Durante el desarrollo de las estrategias, los diversos grados de atención que demanda el público en general han propiciado que la aparente sencillez de las técnicas anime a más de un individuo a ofrecer tratamientos sin contar con el entrenamiento adecuado en psicoterapia. Como ya se explicó, las técnicas de psicoterapia sexual, a pesar de su aparente simplicidad, resultan con frecuencia en resultados de experiencia que, para ser contextualizados y aprovechados de manera correcta en el progreso terapéutico, exigen el marco de conocimientos psicológicos propios de la psicoterapia.

Diversas situaciones en el proceso psicoterapéutico en psicoterapia sexual son, de hecho, comunes a todas las formas de psicoterapia. Así, por ejemplo, quizá los procesos de transferencia y contratransferencia que ocurren en todas las formas de psicoterapia lleguen a convertirse en un obstáculo para el avance terapéutico; identificarlos y darles un adecuado manejo en el proceso requieren de habilidades psicoterapéuticas básicas.

ÉTICA PROFESIONAL

Otra dimensión que la psicoterapia sexual comparte con todas las formas de psicoterapia son los aspectos éticos de la práctica profesional. El servicio profesional de un procedimiento que ofrece la posibilidad de mejoría de los problemas que aquejan al paciente debe prestarse siguiendo los lineamientos éticos generales. En este sentido, hay dos situaciones que ameritan mención especial: primero, aunque quizá resulte obvio, es indispensable que quede claro que la intervención profesional debe limitarse al ámbito de la consulta y que el rompimiento de ese límite —en particular cuando traspasarlo incluye algún acercamiento erótico entre paciente y terapeuta— está prohibido por todos los lineamientos éticos aceptados en el campo profesional. La ruptura del límite de la interacción erótica no sólo anula la posibilidad de beneficiar al paciente, sino que representa una forma de abuso dada la posición de relativo poder que el conocimiento profesional otorga al terapeuta.

La segunda situación que es indispensable señalar tiene que ver con la identificación precisa de los límites de intervención profesional del terapeuta. Es posible que la problemática del paciente o pareja que consulta requiera alguna intervención para la cual el terapeuta consultado no haya recibido entrenamiento suficiente. La conducta adecuada desde el punto de vista ético es buscar al profesional capacitado y referir al paciente para no disminuir las posibilidades de mejoría.

En este sentido, consulte los lineamientos de la Asociación Mundial para la Salud Sexual, y el código de ética de la *American Association of Sex Educators Counselors and Therapist* (AASECT) para obtener mayor detalle en la consideración de los aspectos éticos de la práctica de la psicoterapia sexual.^{22, 23}

CONCLUSIONES

Este capítulo ha presentado un panorama de lo que es la psicoterapia sexual. Se ha ilustrado el desarrollo de este campo y mostrado con algún detalle en qué consiste la intervención profesional actual para aliviar las disfunciones sexuales con origen o componente psicógeno. Asimismo, se ha hecho énfasis en el modelo sistémico desarrollado por Rubio-Aurioles, a la vez que está incluida una revisión sucinta de los diversos orígenes de las técnicas en uso en la práctica profesional moderna.

La lectura de este capítulo ilustrará en forma general al psicoterapeuta ya formado o en formación, pero no sustituye los contenidos que debe dominar para ejercer de manera profesional su actividad como psicoterapeuta sexual. El lector interesado en desarrollar sus habilidades personales en este campo puede referirse a la literatura citada en la bibliografía y a los distintos programas de entrenamiento profesional especializados en la enseñanza de la psicoterapia sexual.

REFERENCIAS

1. **Masters W., Johnson V.** (1970) *Incompatibilidad sexual humana*. Editorial Intermédica. México.
2. **Masters W., Johnson V.** (1996) *Respuesta sexual humana*. Editorial Intermédica. México.
3. **Zilbergeld B., Evans M.** (1980) The inadequacy of Masters and Johnson. *Psychology Today*.
4. **Kaplan H.S.** (1979) *Disorders Of Sexual Desire*. Simon and Schuster. New York.
5. **Kaplan H.S.** (1976) *La Nueva Terapia Sexual. Tratamiento directo de las Disfunciones Sexuales*. Alianza Editorial, 2 tomos.
6. **Kaplan H.S.** (1983) *Manual ilustrado de terapia sexual*. Grijalbo, México.
7. **Kaplan H.S.** (1983) *The Evaluation of Sexual Disorders. Psychological and Medical Aspects*. Brunner Mazel Publishers. New York.
8. **Rubio-Aurioles E.** (1984) *Educación de la Sexualidad y Retraso Mental*. Comité Regional de Educación Sexual para América Latina y el Caribe, Bogotá.
9. **Rubio-Aurioles E.** (1992) Teoría general del sistema y Terapia Sexual. *Revista del Residente de Psiquiatría*, 3:4 p. 5-9.
10. **Rubio-Aurioles E.** (1994) Introducción al estudio de la sexualidad humana. En: *Antología de la Sexualidad Humana. Tomo I*. Consejo Nacional de Población. Miguel Ángel Porrúa. México.
11. **Rubio-Aurioles E.** (1996) Visión panorámica de la sexualidad humana. *Revista Latinoamericana de Sexología*. Vol. 11. No. 2:139-153.
12. **Kaplan H.S.** (1979) *Disorders Of Sexual Desire*. Simon and Schuster. New York.
13. **Kaplan H.S.** (1976) *La Nueva Terapia Sexual. Tratamiento directo de las Disfunciones Sexuales*. Alianza Editorial, 2 tomos

14. **Barlow D.H.** (1986) Causes of Sexual Dysfunction: The Role of Anxiety and Cognitive Interference. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54:140-148.
15. **Masters W., Johnson V.** (1970) *Incompatibilidad sexual humana*. Editorial Intermédica. México.
16. **LoPiccolo J., LoPiccolo J.** (1978) (Ed.) *Handbook of Sex Therapy*. Plenum Press. New York.
17. **Leiblum S.S., Rosen R.C.** (2000) *Principles and Practice of Sex Therapy*. 3rd ed. The Guilford Press, New York.
18. **Hartman W.E., Fithian M.** (1974) *Treatment of Sexual Dysfunction*. Jason Aronson. New York.
19. **Kaplan H.S.** (1976) *La Nueva Terapia Sexual. Tratamiento directo de las Disfunciones Sexuales*. Alianza Editorial, 2 tomos.
20. **Munjack D.J., Oziel L.J.** (1980) *Sexual Medicine and Counseling in Office Practice*. Little, Brown And Company, Boston.
21. **Munjack D.J., Oziel L.J.** (1980) *Sexual Medicine and Counseling in Office Practice*. Little, Brown And Company, Boston.
22. World Association for Sexual Health. *Ethical Guidelines*. Documento publicado en Internet, recuperado el 7 de marzo de 2007 en <http://www.worldsexualhealth.org/ethics0303.asp>
23. American Association of Sexuality Educators, Counselors and Therapists. *Code of Ethics*. Recuperado el 8 de marzo de 2007 en <http://www.aasect.org/codeofethics.as>

Apéndice

Sitios Internet México:

- Asociación Mexicana para la Salud Sexual (AMSSAC): <http://www.amssac.org/>
- Telsida: 52 07 40 77 ó 01 800 712 08 86. www.ssa.gob.mx/
- Amigos contra el SIDA: www.aids-sida.org/
- Asociación para el Desarrollo Integral de personas Violadas. (ADIVAC): <http://www.laneta.apc.org/adivac/html/index.html>
- Católicas por el derecho a decidir: <http://www.catolicasporelderechoadecidir.org/inicio.php>
- El Armario Abierto www.elarmarioabierto.com/
- Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE): www.gire.org.mx/
- MEXFAM . Fundación Mexicana para la Planeación Familiar, A.C. |: www.mexfam.org.mx/
- Instituto Mexicano de Sexología: www.imesex.edu.mx/
- Grupo de apoyo para padres con hij@s LGBT (lesbico-gay-bisexual - transgénero): <http://mx.geocities.com/padresporladiversidad/>
- Comité del orgullo LGBT México: <http://www.orgullolgbt.info/>
- Red Democracia y Sexualidad (DEMYSEX): <http://demysex.org.mx/>
- Letra S, SIDA, cultura y vida cotidiana: <http://www.letraese.org.mx/>

Sitios Internet Internacionales:

- Asociación Mundial para la salud Sexual (WASH): www.worldsexology.org/
- Organización Panamericana de la Salud (OPS): www.paho.org/
- The Sex Education Web Circle: <http://www.sexuality.org/wc/>
- The Gender Identity research and Education Society (GIRES): http://www.gires.org.uk/Web_Page_Assets/frontframeset.htm
- Internacional gay and Lesbian Human Rights Comisión: <http://www.iglhrc.org/site/iglhrc/>
- The Society for the Scientific Study of Sexuality (SSSS): www.sexscience.org/
- Parents, Families and Friends of Lesbians and Gays: <http://www.pflag.org/>
- Advocates for Youth: <http://www.advocatesforyouth.org/>
- Federación Latinoamericana de sociedades de sexología y educación sexual (FLASSES): <http://www.flasses.net/>, <http://www.sexologia.com/inicio/flassesm.htm>
- Guide to Safer Sex: <http://www.sexuality.org/safesex.html>
- Magnus Hirschfeld Archive for Sexology: <http://www2.hu-berlin.de/sexology/>
- The Institute for Advanced Study of Human Sexuality (IASHS): <http://www.iashs.edu/index.html>
- Internacional Society for the Study of Women's Sexual Health (ISSWSH): <http://www.isswsh.org/>
- Sex Education and Information Council of Canada (SIECCAN): <http://www.sieccan.org/>
- The World Professional Association for Transgender Health, Inc. Formerly known as

HBIGDA: <http://www.wpath.org/>

- The Kinsey Institute: <http://www.indiana.edu/~kinsey/>
- World Health Organization (WHO)-Organización Mundial de la Salud (OMS): <http://www.who.int/en/>
- The society for the advancement of Sexual Health (SASH): <http://www.sash.net/>
- Sexuality Information and Education Council of the United States (SIECUS): <http://www.siecus.org/>
- The Electronic Journal of Human Sexuality: <http://www.ejhs.org/>
- Society for Sex Therapy and Research (SSTAR): <http://www.sstarnet.org/>
- National Vulvodynia Association: <http://www.nva.org/>
- Internacional Society for Sexual Medicine (ISSM): <http://www.issm.info/>
- American Association of Sexuality Educators Counselors and Therapists (AASECT): <http://www.aasect.org/>
- Intersex Society of North America (ISNA): <http://www.isna.org/>