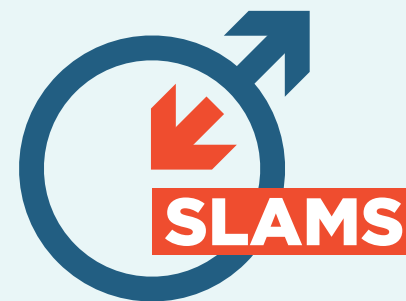


VOL. 02 | MAY-AGO
Nº 02 | 2013

ReLAMMS

REVISTA LATINOAMERICANA DE MEDICINA SEXUAL



LA VISIÓN DE LA MUJER
SOBRE SU SEXUALIDAD
DURANTE EL PROCESO DE
REPRODUCCIÓN ASISTIDA

TERAPIA FARMACOLÓGICA
DE LA DISFUNCIÓN
SEXUAL EN LA MUJER
CONTEMPORÁNEA

PRÁCTICAS Y
SATISFACCIÓN SEXUAL EN
JÓVENES UNIVERSITARIOS

VIOLENCIA OCULTA,
DEPENDENCIA
Y RELACIONES
DESTRUCTIVAS: LA
MUJER COMO VÍCTIMA
DE SUS ELECCIONES

VALORACIÓN DE LOS
URÓLOGOS Y DE LOS
GENITALES EXTERNOS
MASCULINOS

EDITORIAL

ALEJANDRO CARVAJAL O.

Estamos viviendo una transformación histórica en la medicina sexual contemporánea. Todos los días encontramos un espacio mayor para las publicaciones, trabajos, conferencias y temas relacionados con las disfunciones sexuales, tanto masculina como femenina, que nos anima más y más a trabajar y a tener pasión por lo que hacemos.

El medio impreso oficial de ISSM – International Society of Sexual Medicine, *The Journal of Sexual Medicine*, es una revista cuyo alto factor de impacto (3.552) la sitúa dentro de las revistas médicas más importantes del momento. Además, ReLAMS es una publicación que brinda la posibilidad de expandir el conocimiento resultante de la experiencia realizada en las diversas materias que guardan relación con la sexualidad, y que anteriormente carecía de espacios propios.

ReLAMS es nuestro espacio para aportar, opinar o replicar información valiosa relacionada con temas de nuestra cultura sexual. Esta es una invitación a que miembros y no miembros de SLAMS participen, discutan o nutran la publicación para que este medio se convierta en el lugar de integración

que tanto deseamos y que no sólo se manifieste con su presencia en los diferentes eventos a los que asistimos. Esto significa materializar las ideas que escuchamos o percibimos de nuestros colegas y que ahora, con ReLAMS, tienen un canal de difusión y divulgación efectivo en línea.

Queridos amigos, espero que esto sirva de incentivo para muchos aportes y artículos, que estaremos encantados de revisar y retroalimentar, en beneficio de un aprendizaje mutuo de la medicina sexual latinoamericana.

¡Qué disfruten de la lectura!

Alejandro Carvajal O.



LINKS DIRECTOS

HACER CLIC EN LA MATERIA Y VAYA A LA PÁGINA

EDITORIAL

Alejandro Carvajal O.

ARTÍCULOS

La visión de la mujer sobre su sexualidad durante el proceso de reproducción asistida

Priscilla Bianchini Salomão

Terapia farmacológica de la disfunción sexual en la mujer contemporánea

María Victoria Bertolino

Violencia oculta, dependencia y relaciones destructivas: la mujer como víctima de sus elecciones

Margareth de Mello Ferreira dos Reis

Prácticas y satisfacción sexual en jóvenes universitarios

Adolfo González-Serrano

Valoración de los urólogos y de los genitales externos masculinos

Carlos Abib Cury

EQUIPO EDITORIAL EXPEDIENTE

Editores responsables

Alejandro Carvajal O.,
Cila Anker,
Claudia V. De Andrea,
Fernando Nestor Facio,
Lúcia Pesca

Junta Directiva SLAMS

Presidente

Sidney Glina

Vice-Presidente

Isbelia Segnini

Tesorero

Afif Abdo

Secretario

Adrian Momesso

Consejo Editorial

Eusebio Rubio Auriolos
Gomez Reynaldo
Guillermo Gueglio
Isbelia Segnini,
Julio Ferrer,
Silvia Acosta Flores,
Teresita Blanco

Los editores no tienen responsabilidad por las informaciones de los artículos firmados. Se permite la reproducción de parte o del contenido completo de esta publicación siempre que la fuente y el autor sean citados, sin cambiar el contenido.

Traducción y Revisión

Cila Anker
Esmeralda Franco Cardoso
Nuria Mauleón

Webmaster

Bernardo Signori

Contacto

Secretaria

Av. Santa Fe 2926 -
piso 3º D
C1425BGR - Buenos Aires
Argentina
tel. +54 11 4822.1350 |
fax. +54 11 4826.2832
relams@slamsnet.org

Diagramación y Diseño Grafico

Editora Zupi



www.zupidesign.com

Sede

Associação
Latinoamericana de
Medicina Sexual - SLAMS
Rua Cincinato Braga, 37, cj.
102 - Bela Vista
São Paulo - SP
tel: 55 11 3515-7902
relams@slamsnet.org

Instrucciones a los autores

www.slamsnet.org/relams

ISSN 2317-4927

WWW.SLAMSNET.ORG

LA VISIÓN DE LA MUJER SOBRE SU SEXUALIDAD DURANTE EL PROCESO DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA

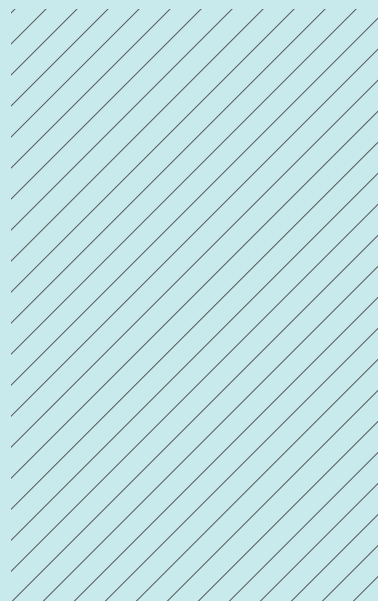
PRISCILLA BIANCHINI SALOMÃO, LUCIA ALVES DA SILVA LARA, JULIANA BENETTI SILVA BORSATTO, ANA CAROLINA JAPUR DE SÁ ROSA E SILVA, PAULA DE OLIVEIRA MORA

RESUMEN

La infertilidad afecta entre un 8% y un 15% de las parejas en todo el mundo, teniendo como causa varios factores femeninos y/o masculinos. La literatura muestra que tal condición a menudo está asociada a altas tasas de disfunción sexual tanto femenina como masculina. Por lo tanto, este estudio tuvo como objetivo evaluar la función sexual y la calidad de vida de las pacientes objeto de investigación en el Laboratorio de Esterilidad (AEST) del Hospital de Clínicas en la Facultad de Medicina de Ribeirão Preto - USP (HC-FMRP-USP) y en tratamiento de la infertilidad presente en el Laboratorio de Ginecología Obstetricia del HC-FMRP-USP. Esta evaluación consistió en la respuesta a cuestionarios autoaplicables (Inventario de Función Sexual Femenina - IFSF y Escala de Ansiedad y Depresión - HAD-A y D) y en entrevistas semiestructuradas con el fin de estudiar el aspecto biopsicosocial exhaustivamente. Se evaluó a cuatro mujeres que se someten

a reproducción asistida y cuya infertilidad se debe a ellas mismas o a sus cónyuges.

Palabras clave: sexualidad; infertilidad; reproducción; conducta sexual.



INTRODUCCIÓN

La infertilidad se define como la ausencia de concepción luego de un año de actividad sexual regular sin usar métodos anticonceptivos (Ferriani y Navarro, 2004).

Entre las diversas causas de la infertilidad femenina podemos mencionar los factores relacionados con las malformaciones uterinas, lesiones miometriales, cervicales, endometriales y trompas uterinas, alteraciones endocrinas e idiopáticas. Entre las masculinas se incluyen los factores endocrinos, inmunológicos, infecciosos, quirúrgicos, traumáticos, congénitos e idiopáticos (Ferriani y Navarro, 2004).

La infertilidad puede ocurrir junto con una variedad de sentimientos negativos como el miedo, ansiedad, tristeza, frustración, desvalía, vergüenza, y que a veces desencadenan cuadros importantes de estrés. Eso puede tener efectos devastadores tanto en la esfera individual como en la conyugal y puede desestabilizar las relaciones del hombre, de la mujer o de la pareja con su entorno social y traer un impacto negativo en la calidad de vida (Farinati *et al.*, 2006). Muchas parejas que pasan por esa situación de infertilidad optan por la reproducción asistida (RA) con vistas a la fecundación.

Las parejas que eligen utilizar las técnicas de reproducción asistida en virtud del factor femenino, masculino o mixto priorizan el embarazo, aunque los procedimientos requieran inversión física, económica y, principalmente, emocional.

Además de la posibilidad de éxito, la RA consiste en un proceso “mecánico” de gestar que reemplaza un evento que debería ser natural y placentero por medio del involucramiento espontáneo entre un hombre y una mujer (Montagnini *et al.*, 2009). Asimismo, la programación del coito puede interferir en la calidad de la vida sexual de la pareja (Corrêa, 2001, p.11). Esos son algunos factores que los estudios apuntan y que indican que un periodo prolongado de tiempo dedicado a los intentos para quedarse embarazada sin obtención de éxito puede desencadenar también un desgaste en la calidad del relacionamiento conyugal y sexual (Chiba *et al.*, 1997 apud Gorayeb *et al.*, 2009).

OBJETIVOS

Investigar el impacto de la reproducción asistida en la función sexual de la mujer. Evaluar la calidad de vida de la mujer que se somete al proceso de RA. Examinar la autoevaluación de las mujeres en lo que concierne a su vida sexual en el proceso de RA.

MATERIAL Y MÉTODOS

En este estudio descriptivo participaron 47 mujeres que se encontraban en tratamiento para infertilidad en el Servicio de Reproducción Humana de la Facultad de Medicina de Ribeirão Preto de la Universidad de São Paulo (UNAERP), situada en la ciudad de Ribeirão Preto, Estado de São Paulo.

El contacto con las mujeres lo realizó la propia investigadora responsable, personalmente, en la sala de espera del ambulatorio y consistió en un diálogo y una breve presentación del proyecto. Tras aclarar las dudas de las mujeres, la investigadora las invitó a participar del estudio, voluntariamente.

Fueron criterios de inclusión: mujeres casadas o que forman unión estable de hecho, mujeres con diagnóstico de infertilidad primaria, parejas sexualmente activas. Criterios de exclusión: mujeres que ya se quedaron embarazadas anteriormente o con diagnóstico de infertilidad secundaria, mujeres que tienen hijos adoptivos, analfabetas y con dificultades cognitivas pues éstas tendrían dificultades para, solas, contestar los cuestionarios y entender las preguntas de la entrevista. Se excluyeron a 28 mujeres y

se incluyeron a 19. De éstas, 9 no tenían disponibilidad de transporte y horario y 6 no comparecieron en la hora marcada para la entrevista. Cuatro mujeres realizaron todos los pasos que se requerían para la conclusión del estudio y presentaron diagnóstico etiológico compatible para someterse al procedimiento de Reproducción Asistida de Alta Complejidad por el método de inyección intracitoplasmática del espermatozoide (ICSI).

La función sexual y la condición emocional de las mujeres fueron evaluadas mediante la aplicación de instrumentos psicométricos validados en el idioma portugués.

La función sexual fue medida por el siguiente instrumento:

- *Índice de la Función Sexual Femenina (IFSF)*: autoaplicable, validado para la población brasileña por Leite *et al.* (2007), formado de 19 preguntas, agrupadas en seis dominios: deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor. Todas las preguntas son de elección múltiple y para cada respuesta se asigna un valor de 0 a 5. Los valores se calculan por fórmula matemática y a partir de eso se obtiene la puntuación de la función sexual, que varía de 2 a 36: cuanto más pequeña es la puntuación obtenida, peor será la función sexual. Una puntuación inferior o igual a 26,55 significa riesgo para la disfunción sexual (Rosen, 2000; Pacagnella *et al.*, 2009). El estado emocional en cuanto a la presencia de ansiedad y depresión se midió por:

- *Escala Hospitalaria de Ansiedad (HAD-A) y Depresión (HAD-D)*: versión brasileña (Botega *et al.*, 1995) que consta de 14 preguntas de elección múltiple y se compone de dos subescalas para ansiedad y depresión, con siete puntos cada una. La puntuación global en cada subescala es de 0 a 21; la puntuación ≥ 8 es compatible con ansiedad y/o depresión. El cuestionario se destina a detectar grados leves de trastornos afectivos en ambientes no psiquiátricos; es muy breve y su completación, rápida: se solicita a la paciente que lo conteste con base en cómo se sintió durante la última semana. Los conceptos de depresión (centrada en la noción de anhedonia) y ansiedad se presentan por separado.

El sentimiento de las mujeres ante el proceso de RA y su función sexual se detectó mediante:

- *Entrevista semiestructurada*: las preguntas eran abiertas y su finalidad era reflexionar cómo esas mujeres construyeron o destruyeron sus ideas sobre la sexualidad durante el periodo de tratamiento. Dichas mujeres fueron estimuladas a expresarse libremente sobre la materia, con el objetivo de analizar sus discursos. Con esa técnica se buscó específicamente descubrir los posibles conflictos y dificultades sexuales que ocurrieron en consecuencia de la RA. El guión de la entrevista se compuso de cuatro preguntas:

- 1) ¿Desde hace cuánto tiempo Ud. intenta que-



darse embarazada por reproducción asistida?

2) ¿Cómo evalúa su vida sexual durante el proceso de tratamiento de la infertilidad?

3) ¿Cómo era su vida sexual antes de empezar el tratamiento para infertilidad?

4) ¿Cómo está la función sexual de su pareja?

La propia investigadora responsable aplicó la entrevista y los cuestionarios a las pacientes, de forma individual, en una sala de la Clínica Escuela de Psicología de la Universidad (UNAERP).

Cada mujer compareció a un solo encuentro. En ese día fueron entrevistadas y contestaron las preguntas. Las mujeres tuvieron un tiempo adicional para poder cuestionar libremente sobre sus posibles anhelos y expectativas en lo que concierne a su sexualidad.

Los datos que se obtuvieron durante la entrevista individual fueron transcritos y posteriormente se analizaban las informaciones que se destacaban más sobre la materia estudiada. Al fin de las sesiones se verificaba si le interesaba a la mujer recibir atención psicoterapéutica. Las pacientes interesadas fueron orientadas para buscar la Clínica Escuela de Psicología de la Universidad (UNAERP).

Ese proyecto fue sometido al Comité de Ética en Investigación del Hospital de Clínicas de la Facultad

de Medicina de Ribeirão Preto de la Universidad de São Paulo, certificado con el número 323 (que se presenta al fin del artículo) y todas las mujeres firmaron el Acta de Consentimiento Libre y Esclarecido (TCLE).

La caracterización de las mujeres sobre las variables analizadas se evidencia en la *tabla 1*.

RESULTADOS

De las cuatro mujeres, dos cumplieron el criterio para trastorno de ansiedad y una alcanzó el criterio que ca-

Tabla 1. Características clínicas y antropométricas de las cuatro mujeres.

Variables	Sujetos			
	1	2	3	4
Edad, en años	35	40	36	30
Escolaridad	Segundo grado completo	Superior Completo	Superior Completo	Superior Completo
Causa de la infertilidad	Factor femenino	Factores femeninos y masculinos	Factor femenino	Factor femenino
Renta mensual	R\$ 1.800,00	R\$ 3.300,00	R\$ 5.000,00	R\$ 1.500,00
Puntuación HAD-A	8	7	4	9
Puntuación HAD-D	2	6	8	3
Puntuación IFSF	22,5	20,1	25,9	29,1



racteriza trastorno depresivo. En lo que concierne a la función sexual, tres presentaron puntuación del IFSF compatible con riesgo para disfunción sexual mientras una de ellas presentó puntuación compatible con función sexual normal. En el análisis del IFSF por dominios, sólo la puntuación relativa al dominio del dolor coital fue superior a 5, lo que indica que esas pacientes no presentan dolor durante las relaciones sexuales (Tabla 2), ya que la puntuación ≤ 5 demuestra riesgo para disfunción sexual de aquel dominio (Gerstenberger *et al.*, 2010).

Para visualizar mejor las respuestas que se obtuvieron en las entrevistas semiestructuradas,

se realizó la categorización que se presenta en la tabla 3.



Tabla 2. Dominios del Índice de Función Sexual Femenina de las cuatro mujeres.

Sujeto	Dominios						
	Deseo	Excitación	Lubricación	Orgasmo	Satisfacción	Dor	Total
1	2,4	3,3	3,6	4,4	2,8	6	22,5
2	2,4	2,1	3,6	2,4	3,6	6	20,1
3	3,6	3,3	4,2	4	4,8	6	25,9
4	4,8	4,5	4,2	5,2	4,4	6	29,1
Promedio	3,3	3,3	3,9	4	3,9	6	



Tabla 3. Resultado del cuestionario semiestructurado de las cuatro mujeres.

Preguntas	Sujetos			
	1	2	3	4
¿Hace cuánto tiempo que Ud. intenta quedarse embarazada por reproducción asistida?	Primer ciclo de fertilización Primer intento	Desde 2010 Tercer intento	Desde 2010 Más de un intento	Desde 2010 Tercer intento
¿Cómo evalúa su vida sexual durante el proceso de tratamiento de la infertilidad?	Empeoró (muy mala)	Empeoró (sin interés)	Empeoró (dificultad)	Normal
¿Cómo era su vida sexual antes del inicio del tratamiento para infertilidad?	Bastante activa y normal	Tranquila y normal	Normal	Buena, activa y normal
¿Cómo está la función sexual de su pareja?	Poco interés	Cauteloso y cuidadoso	Preocupado con la mujer	Normal

Comentarios de las mujeres en lo que concierne a las preguntas de las entrevistas semiestructuradas:

está fatal...muy mala... porque casi no la tenemos... (risas). [...] No tengo ganas."

Pregunta 2: ¿Cómo Ud. evalúa su vida sexual durante el proceso de tratamiento de la infertilidad?

• Participante 1, S: [mientras contesta el IFSF, se reí mucho] "Uds. no lo dicen directamente porque saben que el tratamiento dificulta eso, ¿no? Mi situación sexual

• Participante 2, L: "Nos quedamos más despistados... nos quedamos más preocupados con el tratamiento... no es la misma situación del día a día del relacionamiento... la dejamos en cuarto, quinto plano... ¡el primer plano es el tratamiento! [...] Cuando uno se somete al tratamiento y no pone mucha atención en esas cosas."

• Participante 3, M: *“cambió un poco después de mi última cirugía de endometriosis... que empecé a tener más dificultad de quedarme mojada... ese tipo de cosa, ¿sí?... debido a la medicación que he tomado. El médico incluso me recetó un gel, un montón de cosas, ¿no? pero sólo ocurrió eso... pero, por cuenta del tratamiento, ¡no! Evidente que cuando lo hace y no funciona, Ud. se queda triste un tiempo y entonces no da para hacerlo.”*

• Participante 4, A: *“A mí no me cambió nada. Muy tranquilo así... eso no interfirió en la parte sexual. Está lo mismo que antes del tratamiento.”*

Pregunta 3: ¿Cómo Ud. evalúa su vida sexual durante el proceso de tratamiento de la infertilidad?

• Participante 1, S: *“En la época en la que intentaba quedarme embarazada normalmente... que no sabía que estaba con problema... hacía aún más que debía. Sin embargo después, cuando supe que tenía problema, entonces me pareció que fue disminuyendo, pero no a punto de desaparecer como ahora, en los últimos tiempos de mi ciclo de tratamiento. [...] pero era normal.”*

• Participante 2, L: *“Somos muy tranquilos en cuanto a eso: los dos son calmados, ninguno de nosotros tiene aquel fuego sexual, entonces trabajamos bien con eso. [...] Entonces, seguimos quedándonos cerquita, compañeros como antes, pero la actividad sexual propiamente dicha disminuyó.”*

• Participante 3, M: *“... creo que es normal; hay días en que uno u otro no está bien y otros días en que los dos se quedan quietos, cada uno con sus cosas, mucho servicio, mucha cosa para pensar... creo que eso es normal. Salimos, no nos quedamos en casa todo el tiempo... entonces creo que podría ser mejor, pero creo que depende de mí solamente, porque soy muy reservada, porque no charlo.”*

• Participante 4, A: *“¡Ah!, es una vida activa así, buena. Una vida activa.”*

Pregunta 4: ¿Cómo está la función sexual de su pareja?

• Participante 1, S: *“Creo que está igual a la mía, ¿sabe? (risas)... me parece que él también se olvida o, ¡yo que sé!, se acomodó [...] la vez en la que me buscó me dió aquella alergia que te dije [debido al medicamento que utilizaron], entonces se queda un poco raro, ¿no?”*

• Participante 2, L: *“El hombre es más de esa manera, tiene más necesidad, ¿no?, pero creo que así, creo que quizás haya más momentos en los que tuviera interés, todo... pero me respeta mucho, entonces se queda en lo propio, me lo pregunta, da unas pistas y yo resuelvo sí o no (risas).”*

• Participante 3, M: *“Creo que mi marido tiene miedo de hacer algo distinto... de innovar algo y que no me guste, y de pronto las cosas se quedan medio así, porque soy un poco retraída en ese aspecto. Entonces creo que él hace lo que cree que me está agradando; él no intenta hacer*

muchas cosas nuevas porque piensa que no me va a gustar, y quizás no me va a gustar de veras (risas).”

• Participante 4, A: *“Busco más a él que él a mí, porque él se preocupa mucho con las cosas... entonces, cuando le falta dinero, ¡se olvida de él! Y a veces, cuando tiene algún problema en el empleo... ¡también se olvida de él! Le busco más que él a mí porque no consigue separar trabajo de hogar. Sin embargo, yo consigo separar esas cosas... mi “desestrés” es el momento del acto sexual, él ya no lo consigue. Cuando se queda con estrés, no hay manera.”* No hubo ninguna relación con el proceso de reproducción asistida en sí mismo.

Temas libres que las mujeres verbalizaron individualmente:

- Las tres participantes que informaron que la función sexual empeoró dijeron que eso ocurrió después que empezaron el tratamiento para infertilidad.
- Todas relacionaron el mal



funcionamiento sexual con el uso de los medicamentos e, individualmente, todas mencionaron algún otro factor que lo precipitó.

• La participante 1 mencionó que se queda recelosa de someterse a un examen de ultrasonido después que tiene una relación sexual (siente vergüenza del médico).

• La participante 2 dijo que la falta de interés sexual ocurre principalmente debido al estado psicológico, porque se queda preocupada y concentrada en el tratamiento.

• La participante 3 relacionó la falta de interés sexual con la cirugía de endometriosis.

• En lo que concierne a la expectativa frente al tratamiento, todas dijeron que están optimistas y con mucha expectativa de éxito en el primer intento.

• Las tres que no obtuvieron éxito con tratamientos previos demostraron una reducción gradual de la esperanza de obtención de éxito en la RA.

• Otro aspecto que surgió durante la entrevista fue la adopción. Todas las pacientes consideran la adopción como una alternativa para el fracaso de la RA.

Todas mencionaron el autocobro como lo más significativo en esa situación, lo que produce efectos negativos como ocurre con la paciente 2 que dijo quedarse muy nerviosa y, por más que intente controlarse, el nerviosismo y la ansiedad la dominan, incluso siente dolores en la barriga. El marido también

la presiona para que haga los intentos lo más temprano posible y ella dijo que ese 'sueño' de tener el hijo le permea la cabeza pero lamentablemente hay que ser realista. La paciente 3 también comentó sobre el hecho de que no le gusta trabajar las pérdidas y que es muy competitiva, lo que aumenta su autocobro.

En cuanto a la familia, en lo que concierne a sus padres, hermanos y otros parientes, dos pacientes (1 y 3) dijeron que no sienten el apoyo de la familia por falta de libertad tanto para charlar como para contar sobre el tratamiento; sin embargo, las otras dos (pacientes 2 y 4) sintieron que podían contar con la familia.

En este sentido de exponer el tratamiento a otras personas, las participantes 2 y 3 dijeron que prefirieron preservarse y no contar sobre el proceso a otras personas (amigos y conocidos) pues de esa manera no necesitarían dar explicaciones en el caso de fracaso, incluso por la dificultad emocional que estarían pasando. Las otras dos no abordaron esa cuestión durante la entrevista.

El diálogo entre la pareja fue abordado como un factor importante. Dos participantes (pacientes 1 y 4) demostraron que tienen un buen diálogo con el cónyuge y facilidad para hablar sobre el asunto de la RA. Sin embargo, las otras dos participantes (pacientes 2 y 3) relataron que presentan una cierta dificultad para charlar con el marido: la primera por recelo de una pelea, y la segunda por considerarse muy "reservada". Tres participantes (pacientes

1, 2 y 4) dijeron que tienen momentos juntos con el cónyuge como leer un libro, ver televisión, salir para cenar y pasear. La paciente 4 relató que la pareja y ella van al balcón todo fin de tarde para charlar y "poner los puntos sobre las íes": ella cree que eso sea consecuencia de la amistad que siempre existió entre los dos. No obstante, la paciente 3 dijo que ambos hacen algunas cosas juntos, pero como el diálogo no es bueno, tuvieron dificultades para hacerlo.

En cuanto a la incomodidad por la presencia de mujeres embarazadas o con bebés y chicos, dos participantes la mencionaron y mostraron que sienten aversión a esos tipos de convivencia; dijeron que evitan esos encuentros. La paciente 1 manifestó que siente rabia cuando ve mujeres embarazadas o con chicos, así como mujeres pobres con un montón de hijos. La paciente 2 dijo que no le gusta encontrarse con colegas pues muchos de ellos tienen hijos y no le gusta ver eso, que no quería ese 'mundo'.

Por fin, tres participantes mencionaron otras influencias del tratamiento para infertilidad. La paciente 1 dijo que, además de la influencia en la relación sexual, no dejó de hacer nada de que le gustaba, salvo la bebida alcohólica que le gustaba beber a veces y ahora no puede hacerlo más. La paciente 2 dijo que por el hecho de que el marido también presenta problema de infertilidad, él se siente incapaz y muchas veces no ve sentido en tener relaciones sexuales pues "no le sirve de nada". Y la paciente 4 también mencionó la cuestión de la bebida alcohólica

(en este caso, la cerveza) que no puede tomar más y la influencia del tratamiento en su trabajo, pues tuvo que renunciar al 'empleo de sus sueños' porque la empresa está domiciliada fuera de la ciudad de Ribeirão Preto y su plan es tener un hijo.

DISCUSIÓN

La RA es un procedimiento potencialmente desgastante para las parejas tanto por su técnica muchas veces invasiva, como por la expectativa de éxito en el primer intento y con vistas a disminuir a lo largo de los ciclos en los que no se obtiene éxito. El estudio de Mahlstedt *et al.* (1987) revela esta situación al evidenciar que, en el inicio del tratamiento, un 56% de los sujetos decían que repetirían el procedimiento en el caso de que no logran el embarazo; no obstante, al fin del proceso de tratamiento, sólo un 37% seguía con esa intención de repetirlo, lo que sugiere el desgaste y la presión emocional que las parejas vivencian (Jacob, 2000).

Los datos obtenidos en ese trabajo advierten para la posibilidad de alteraciones tanto en el humor como en lo que concierne a las dificultades sexuales entre parejas infértiles, representadas por disfunciones sexuales de la mujer y de su pareja aparentemente independiente de quien sea el portador de la infertilidad. Es secular el conocimiento sobre la dinámica existente entre ansiedad y miedo para configurar culpa y depresión, factores conocidos en la literatura como asociados a las disfunciones sexuales (Viscott, 1982). El análisis de

las hablas de las mujeres parece demostrar que la desorden de humor ocurre en paralelo con la forma como cada una trabaja el diagnóstico de la infertilidad y el proceso de RA.

Todo reporta a los resultados de Viscott (1982) que alerta para la posibilidad de que sentimientos negativos se convierten en resultados positivos en el caso de que la persona encuentre una manera positiva de trabajarlos, casi siempre asociada a un modelo profesional de soporte psicológico, con la finalidad de orientar dichas pacientes para que realicen una apreciación de los propios sentimientos frente a su cotidiano. Esa autoevaluación posibilita el autococonocimiento que determina las formas como cada una trabaja la situación vivida.

La participante 4 fue la única de las entrevistadas que no presentó riesgo para la disfunción sexual en el cuestionario IFSF. Como contrapartida, esa paciente obtuvo puntuación compatible con ansiedad. No se puede afirmar que ese cuadro resultó de la condición de infertilidad, porque puede ser un rasgo personal que no interfiere en su función sexual, no obstante estudios más recientes demuestran que la ansiedad es una condición que puede coexistir con la disfunción sexual en la mujer (Burri *et al.*, 2012).

Además, en este estudio se identificó también la disminución de la esperanza de quedarse embarazada a cada

intento sin éxito, lo que posiblemente refleja en el estado de humor de esas pacientes. Otro aspecto que parece influenciar el estado psíquico es la edad, una vez que tres pacientes tienen más de 35 años, edad que se considera límite, pues a partir de la cual problemas adicionales pueden interferir en el potencial reproductivo (Meden-Vrtovec, 2004). Eso puede producir un conflicto interno que aquí se representa en el habla de la paciente 2, de 40 años: “...descubrí mi problema con 37, 38 años; entonces descubrimos que mi marido también estaba con problema, ¿no? [...] pero si lo supiera antes, seguramente ya lo habría intentado ... si supiera que de pronto tendría algún problema, tratamiento, ya lo habría hecho, porque las oportunidades serían mejores.” De esa manera, la paciente 4, de 30 años, demuestra en sus palabras más preocupación con la vida profesional conciliada con el deseo de ser madre: “...esa semana rechacé el empleo de mis sueños y la oportunidad de ganar mucho más para trabajar en un sitio que anhelaba desde hace un año... en virtud de la empresa estar domiciliada fuera de la ciudad de Ribeirão (Preto), porque tengo este plan de tener un hijo. Entonces, de esa manera, fue muy difícil para mí renunciar mis cosas...dejar de trabajar en un sitio que había anhelado siempre y todo... ¡gracias al tratamiento!”.

Un dato importante en la población de parejas infértiles es la mayor posibilidad de dificultades de relacionamiento en cuanto al diálogo con la pareja,

que igualmente mencionaron las participantes 2 y 3, y que puede haber contribuido para reducir su puntuación del IFSF. De forma paradójica, al observar las entrevistas se constata que el proceso del tratamiento tanto aproxima a la pareja en términos de afectividad y compañerismo, como la aleja sexualmente, lo que corrobora lo que registraron otros autores (Gikovate, 1996).

Otro aspecto que se observó en el habla de esas mujeres es el cambio de foco en favor de la obtención de la gestación en detrimento del placer resultante de la relación sexual. Eso está evidente en el testimonio de la participante 2: “Nosotros nos quedamos más despistados... nos quedamos más preocupados con el tratamiento... no es la misma situación del día a día del relacionamiento: la dejamos en cuarto, quinto plano... ¡el primer plano es el tratamiento [...] Cuando uno se somete al tratamiento no pone mucha atención en esas cosas.”

También se debe considerar el alto grado de dificultad para se lograr voluntarias que se disponen a participar en la investigación, ya que, de las 47 mujeres invitadas, sólo 4 han completado el estudio. Aunque muchas de ellas hayan verbalizado la importancia de tener un espacio para hablar sobre su sexualidad, la gran mayoría no compareció para hacerlo.

Eso sugiere la importancia de se conocer las razones por las cuales esas mujeres dejan de invertir en su sexualidad. No obstante, el reducido número de participantes demuestra el

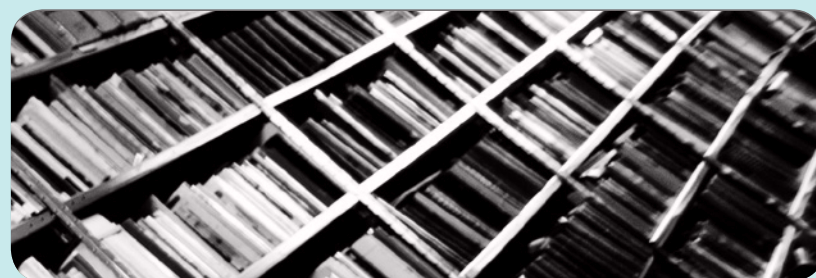
impacto negativo de la infertilidad sobre su vida sexual.

De esa manera, es fundamental que los profesionales de la salud pregunten a sus pacientes sobre su función sexual para poder identificar la posible necesidad de remisiones para áreas específicas, como la terapia sexual. De ser así, es muy importante que en las clínicas de Reproducción Humana pueda haber un equipo especializado para tratar las cuestiones emo-

cionales de las pacientes y, principalmente, que haya ese espacio para “desmistificar” las ideas que muchas veces se vuelven fantasiosas sobre el rumbo del tratamiento.

CONCLUSIÓN

En conformidad con la autoevaluación, la mayoría de las mujeres que participaron en este estudio consideró que hubo empeoramiento de su vida sexual relacionada con la infertilidad.



REFERENCIAS

- Botega NJ, Bio MR, Zomignani MA, Garcia Jr CG, Pereira WAB. Transtornos do humor em enfermagem de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. Rev Saúde Pública [online]. 1995;29:355-63.
- Burri A, Spector T, Rahman Q. The etiological relationship between anxiety sensitivity, sexual distress, and female sexual dysfunction is partly genetically moderated. J Sex Med. 2012;9(7):1887-96.
- Chiba H, Mori E, Morioka Y, Kashiwakura M, Nadaoka T, Saito H, Hiroi M. Stress of female infertility: relations to length of treatment. Gynecol Obstet Invest. 1997;43(3):171-7. apud Gorayeb et al., 2009.
- Corrêa MV. Novas tecnologias reprodutivas — limites da biologia ou biologia sem limites? Rio de Janeiro: UERJ, 2001. p.363-70.
- Farinati DM, Rigoni MS, Muller MC. Infertilidade: um novo campo da psicologia da saúde. Estud Psicol (Campinas), 2006;23(4):433-9.
- Ferriani RA, Navarro PAAS. Protocolos de condutas em infertilidade conjugal. Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP, 2004. p.27-48.

Gikovate F. O homem, a mulher e o casamento. In: Gaiarsa JA, Azevedo MM, Gaudêncio P, Costa M, Da Costa RP, Lipp MN, Fagundes MCF, Da Silva RT, Dos Santos AG, Gikovate F, Maroni JB, Marra ES. Vida a Dois. São Paulo: Mandarin, 1996. p.127-50.

Gerstenberger EP, Rosen RC, Brewer JV, Meston CM, Brotto LA, Wiegel M, Sand M. Sexual desire and the female sexual function index (FSFI): a sexual desire cutpoint clinical interpretation of the FSFI in women with and without hypoactive sexual desire disorder. J Sex Med. 2010;7(9):3096-103.

Gorayeb R, Borari ACT, Gomes ACR, Romão APMS, Shuhama R. Caracterização clínica e psicossocial da clientela de um ambulatório de infertilidade. Estud Psicol (Campinas). 2009;26(3):287-96.

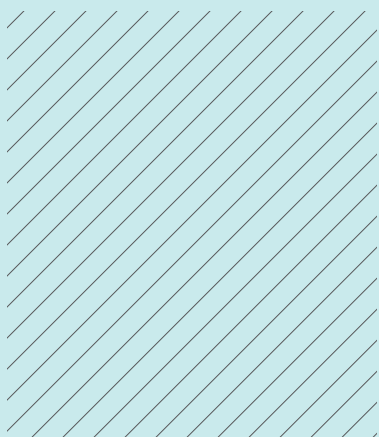
Jacob LS. Stress e ansiedade em casais submetidos à Reprodução Assistida [tese]. São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, Departamento de Psicologia Social e do Trabalho; 2000.

Leite APL, Moura EA, Campos AAS, Mattar R, Souza E, Camano L. Validação do índice da função sexual feminina em grávidas brasileiras. Rev Bras Ginecol Obstet. [online] 2007;29(8):396-401.

Mahlstedt P, Macduff S, Bernstein J. Emotional factors and the *in vitro* fertilization embryo transfer process. J In Vitro Fert Embryo Transf. 1987;4:232-36.

Meden-Vrtovec H. Ovarian aging and infertility. Clin Exp Obstet Gynecol. 2004;31(1):5-8.

Montagnini MH, Blay SL, Novo NF, Freitas V, Cedenho AP. Estados emocionais de casais submetidos à fertilização *in vitro*. Estud psicol (Campinas). 2009;26(4):475-81.



Priscilla Bianchini Salomão: *Psicóloga; estudante de Master en el Departamento de Ginecología y Obstetricia de la Facultad de Medicina de Ribeirão Preto de la Universidad de São Paulo, situado en la ciudad de Ribeirão Preto, Estado de São Paulo, Brasil.*


Lucia Alves da Silva Lara: *Ginecóloga y Obstetra; Master y Doctora; Profesora del Departamento de Ginecología y Obstetricia de la Facultad de Medicina de Ribeirão Preto de la Universidad de São Paulo, Brasil.*

Juliana Benetti Silva Borsatto: *Psicóloga Clínica; Especialista en Sexualidad por ProSex de la Facultad de Medicina de la Universidad de São Paulo, Estado de São Paulo, Brasil.*

Ana Carolina Japur de Sá Rosa e Silva: *Ginecóloga y Obstetra; Master y Doctora; Profesora del Departamento de Ginecología y Obstetricia de la Facultad de Medicina de Ribeirão Preto de la Universidad de São Paulo.*

Paula de Oliveira Mora: *Psicóloga y Doctora; Profesora de Psicología de la Universidad de Ribeirão Preto (UNAERP), situada en la ciudad de Ribeirão Preto, Estado de São Paulo, Brasil.*

Documento de aprobación del Comité de Ética en Investigación

**FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO-USP**
DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA E OBSTETRICIA
Av. Bandeirantes, 3900 - 8º andar - Ribeirão Preto-SP - CEP 14049- 900
Fone (016) 602-2803 - Fax (016) 3633-0946

Ribeirão Preto, 05 de maio de 2011.


Ilma. Sra.
Profa. Dra. Ana Carolina Japur de Sá Rosa e Silva

Prezada Professora,

O projeto intitulado "Función sexual de mujeres que se encuentran en tratamiento para infertilidad", protocolado sob nº 323, de sua autoria foi analisado pela Comissão de Pesquisa do Departamento de Ginecologia e Obstetricia.

Informamos que o projeto foi APROVADO no dia 05/05/2011 para ser desenvolvido em nosso Departamento, devendo ser enviado à Comissão de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto para análise, antes do início da coleta de dados.

Atenciosamente,


Prof. Dr. Antônio Alberto Nogueira
Presidente da Comissão de Pesquisa do Departamento de Ginecologia e Obstetricia - FMRP-USP

VIOLENCIA OCULTA, DEPENDENCIA Y RELACIONES DESTRUCTIVAS: LA MUJER COMO VÍCTIMA DE SUS ELECCIONES.

MARGARETH DE MELLO FERREIRA DOS REIS

RESUMEN

Demuestra violencia contra la mujer cualquier acción fundamentada en el género que le cause sufrimiento físico, sexual o psicológico, incluyendo ofensas y humillaciones. Es lo que está determinado en las leyes de Brasil. Sin embargo, muchas mujeres no se reconocen como víctimas de ese tipo de violencia y no la denuncian. Conservan relaciones disfuncionales y siguen eligiendo a hombres abusadores o que presentan problemas como vicios, negación al trabajo y otros. Este artículo analiza dichas situaciones y muestra como la violencia verbal, al no dejar marcas visibles, favorece el establecimiento de relaciones de dependencia emocional y la realización de repetidas elecciones equivocadas. El proceso terapéutico puede ayudar a romper ese ciclo vicioso.

Palabras clave: mujeres maltratadas; delitos sexuales; violencia doméstica.

VIOLENCIA VERBAL: SIN MARCAS VISIBLES

En Brasil, al 07 de agosto de 2006, se promulgó la Ley n.º 11340, conocida como Ley Maria da Penha, “que dispone sobre mecanismos para cohibir la violencia doméstica y familiar contra la mujer” (Brasil, 2010).

En el artículo 5 consta que “a los efectos de esta Ley, demuestra violencia doméstica y familiar contra la mujer cualquier acción u omisión basada en el género que le cause la muerte, lesión, sufrimiento físico, sexual o psicológico y daño moral o patrimonial”. Y, en el artículo 6, encontramos que la violencia contra la mujer “constituye una de las formas de violación de los derechos humanos”.

El capítulo II, artículo 7, dispone sobre las formas de violencia doméstica y familiar contra la mujer :

“... la violencia física, entendida como cualquier conducta que ofenda su integridad o salud corporal...

...la violencia psicológica, entendida como cualquier conducta

que le cause daño emocional y disminución de la autoestima o que le perjudique y perturbe el pleno desarrollo o que vise degradar o controlar sus acciones, comportamientos, creencias y decisiones, mediante amenaza, obligación, humillación, manipulación, aislamiento, vigilancia constante, persecución contumaz, insulto, chantaje, exposición al ridículo, explotación y limitación del derecho de ir y venir o cualquier otro medio que le cause perjuicio a la salud psicológica y a la autodeterminación...

... la violencia sexual, entendida como cualquier conducta que la obligue a presenciar, a mantener o a participar en relación sexual no deseada, mediante intimidación, amenaza, coacción o uso de la fuerza...

... la violencia moral, entendida como cualquier conducta que configure calumnia, difamación o injuria...”

Con todas esas medidas, era de esperarse que se aumentasen los castigos a aquellos que violasen las mujeres en las condiciones preceptuadas en la Ley. Sin embargo, eso no ocurrió.

El Instituto de Investigación Económica Aplicada – IPEA difundió en la prensa brasileña

el sorprendente resultado de un estudio sobre homicidios que se cometieron contra la mujer por conflicto de género: no hubo impacto en el número de muertes por violencia contra la mujer (García *et al.*, 2013).

La tasa de mortalidad por 100 mil mujeres en el periodo de 2001 a 2006 era del 5,28 y el promedio descendió a 5,22 – solamente – después de 2006, año en que la ley entró en vigencia: la diferencia no fue significativa. No obstante, ese estudio del IPEA abordó únicamente la muerte, consecuencia final de la violencia contra la mujer; al paso que el concepto de violencia, como se puede observar en el texto de la Ley, abarca una amplia gama de actos que sólo pasan por agresión física pero empiezan con la violencia verbal y emocional.

Ese tipo de violencia es más común de lo que pensamos y no deja marcas en la piel: se practica de manera silenciosa, a veces solamente por miradas, gestos o “chistes” aparentemente inofensivos a la víctima, palabras que exponen la mujer al ridículo, la acusan, la exigen o exponen públicamente su imagen de forma negativa, medidas que, si no dejan señales físicas, producen cicatrices profundas en el alma.

Justamente por la ausencia de daños físicos o incapacitantes, la víctima no identifica la violencia verbal como tal, sino soporta las agresiones por mucho tiempo, no consigue traducir la propia incomodidad por medio de palabras ni tener fuerzas o recursos emocionales para denunciar a su agresor o para buscar ayuda.

DEBILITAR PARA DOMINAR: LA RELACIÓN DE DEPENDENCIA

Comentarios como “¡está en la hora de perder algunos kilos!” o “¡Ud. está siempre equivocada!” pueden parecer inofensivos, pero no obstante son una forma de violencia psicológica. El periodo en el que la mujer soporta las agresiones verbales y emocionales sin comprenderlas como tal y sin reaccionar en contra de ellas, le ayuda a perpetuar un ciclo creciente de violencia que puede llegar al extremo denunciado en el estudio del IPEA, o, paralelamente, eternizar elecciones por relaciones inadecuadas, como explicaremos más adelante. Para entender cómo ese sistema de violencia verbal oculta relaciones destructivas y de dependencia emocional es necesario examinar por qué el hombre agrede a la mujer.

Debilitar a la víctima, hacerla inferior y frágil son estrategias que el agresor utiliza (incluso muchas veces de manera inconsciente) para poder sentirse superior y necesario en la

vida de la mujer y, de esa manera, se le planta la semilla de la dependencia. Para ambos, víctima y agresor, se muestra completamente la condición de reducida autoestima: si de un lado la víctima no reconoce que puede vivir sin ser humillada, del otro el agresor la cubre de críticas y, al rebajarla, expone sus defectos como una manera de sentirse superior. Irónicamente, la elevada capacidad que la mujer tiene de soportar las frustraciones funciona como complemento perfecto para la muy reducida capacidad del agresor de tolerar frustraciones: en el fondo, él también tiene bajo nivel de autoestima.

Al destruirle la autoestima, el agresor le hace difícil a la víctima identificar que se hizo rehén y, de esa manera, el ciclo vicioso se perpetúa. No raro, la víctima se enferma psíquicamente como consecuencia de la ambigüedad de sentimientos que experimenta: ora es tratada como débil e incompetente y ora, como alguien que es amada incondicionalmente, “a pesar de sus defectos”. Ella cree que su felicidad depende de alguien, tiende a no valorarse y a aceptar cualquier tipo de relación para suplir sus carencias afectivas. La relación de dependencia (no económica, sino emocional) se consolida.

Muchas víctimas tienen dificultad de notar el momento en que esa dominación pasó a regir su relación de pareja. La agresión oculta revela un sentimiento de posesión del hombre sobre la mujer que busca hacer lo que sea nece-

sario para aislarla de la convivencia con los otros, como si la compañera fuera su propiedad exclusiva. De esa manera, al distanciarla de la visión de otras personas, sus comportamientos abusivos y los síntomas de que las cosas no van bien no pueden ser notados. Así, la víctima no pide socorro y ni puede recibir ayuda desde afuera.

LA MALA ELECCIÓN REPETIDA

Como no consiguen reconocer la violencia verbal y emocional como violencia propiamente dicha, las víctimas siempre tienden a sentirse atraídas y a elegir relaciones complicadas. Al no notar el potencial destructivo de una persona o de una relación, las víctimas aceptan mantenerla y nunca toman la iniciativa de distanciarse de ella. Cuando la historia se termina por cualquier otro motivo, hacen la segunda, tercera, cuarta elección igualitas a la primera. Se trata de mujeres que están siempre al lado de hombres “complicados”: viciosos, hombres a quienes no les gusta trabajar, abusadores, agresivos. Entre tantas otras opciones más saludables, eligen repetir y repetir la mala elección.

Muchas mujeres se sienten incapaces de distanciarse de ese tipo de hombre porque no quieren aceptar que su elección fue equivocada. Otras encaran el matrimonio como un sacrificio necesario, obligatorio. Hay todavía las que creen que es mejor estar mal acompañadas que solas. Muchas veces, provienen de

familias en las que los mismos conflictos formaban parte de su cotidiano y así repiten esas situaciones en las relaciones actuales, como si no existieran otras opciones. Aunque inconscientemente, esas interpretaciones de los sucesos de la vida personal motivan las elecciones de pareja amorosa. Cualquiera de esas condiciones revela, una vez más, la falta de autoconfianza femenina para cambiar la posición de reactiva a agente de la propia historia.

¡Siempre es tiempo para reexaminar las elecciones! El primer paso para librarse del peligro de mantener una relación destructiva es reconocer el problema y decidir dar fin a la situación. El proceso terapéutico puede ayudar a la víctima a ponerse en contacto con sus propios sentimientos y motivaciones que la llevan a mantenerse constantemente en relaciones disfuncionales y a eliminar idealizaciones del otro y de sí misma.



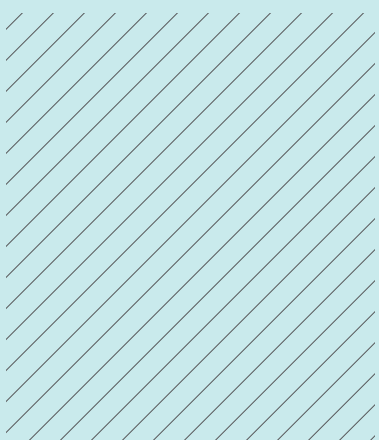


REFERENCIAS

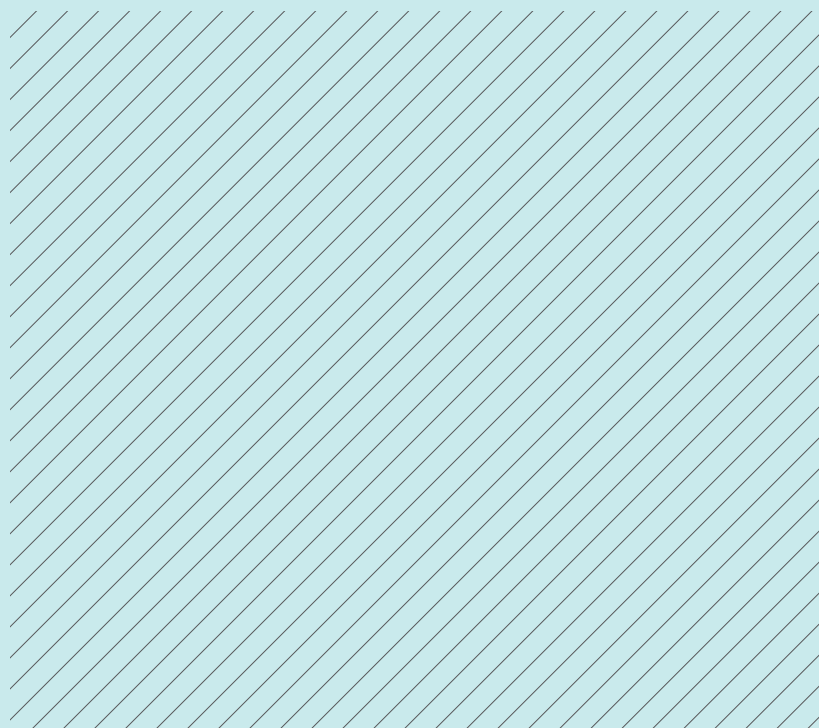
Brasil. Lei Maria da Penha: Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006, que dispõe sobre mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. Brasília: Câmara dos Deputados: Câmara; 2010. (Série ação parlamentar: n.422). p.11-5.

Garcia LP, Freitas LRS, Silva GDM, Höfelmann DA. Violência contra a mulher: feminicídios no Brasil. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA. Disponível em:

http://www.ipea.gov.br/porta1/images/stories/PDFs/130925_sum_estudo_feminicidio_leilagarcia.pdf. Acessado em 2013



Margareth de Mello Ferreira dos Reis: *Psicóloga; Doctora en Ciencias por la Facultad de Medicina de la Universidad de São Paulo; Master en Educación, Arte e Historia de la Cultura por la Universidad Presbiteriana Mackenzie; Especialista en Sexualidad Humana por la Sociedad Brasileña de Estudios de Sexualidad Humana (SBRASH) de la Facultad de Medicina de ABC (FMABC); Psicóloga Clínica y Terapeuta Sexual en el Instituto H. Ellis; Psicóloga Colaboradora en el Ambulatorio de la Unidad de Medicina Sexual de la Disciplina de Urología y Coordinadora del Curso de Especialización en nivel de Posgrado (Lato sensu) “Nuevos Paradigmas en Salud Sexual” de FMABC, São Paulo, Brasil.*



TERAPIA FARMACOLÓGICA DE LA DISFUNCIÓN SEXUAL EN LA MUJER CONTEMPORÁNEA

MARÍA VICTORIA BERTOLINO

RESUMEN

Introducción: La disfunción sexual femenina (DSF) es una entidad multidimensional y multifactorial, tanto en su génesis como en su mantenimiento. Todo individuo tiene derecho a una sexualidad sana. A pesar de diferentes limitaciones, hay avances en el área de la farmacoterapia de la disfunción sexual femenina. **Objetivo:** Realizar una mini revisión del tema. **Material y método:** Revisión bibliográfica con opinión personal. **Resultado:** Existen diferentes enfoques terapéuticos, pocos aprobados, la mayoría en investigación. Se incluyen comentarios sobre hormonoterapia, terapia vasoactiva, terapia del dolor, psicotrópicos y terapias en desarrollo. **Comentarios finales:** La terapia farmacológica para la DSF es relativamente nueva. Existen pocas drogas aprobadas y varias líneas de investigación. Cabe recordar que los factores biológicos no excluyen la importancia de la historia de vida y los aspectos emocionales del individuo, sin embargo la terapia farmacológica podría posibilitar un abordaje más completo. Conocer y favorecer las investigaciones científicas en sexualidad femenina, de ma-

nera interdisciplinaria, es una forma de contribuir a la calidad de la atención en este ámbito.

Palabras clave: disfunción sexual femenina; tratamiento farmacológico; hormonoterapia; terapia vasoactiva; nuevas drogas.

INTRODUCCIÓN

La disfunción sexual femenina (DSF) es una entidad multidimensional y multifactorial (factores biopsicosociales), tanto en su génesis como en su mantenimiento. El impacto que genera en la calidad de vida del individuo y su pareja es innegable, como lo es la existencia de la disfunción (Bertolino y Bechara, 2006).

Tres conceptos son importantes antes de cualquier terapia:

- primero, no dañar;
- segundo, corregir alteraciones asociadas a la DSF;
- tercero, tratar siguiendo los preceptos de la efectividad clínica y la seguridad farmacológica, uniendo la mejor evidencia científica, la experiencia profesional y las expectativas de la paciente.

Las terapias para la DSF pueden ser farmacológicas o psicosexuales (incluyendo terapia sexual, psicoterapia, terapia de pareja, educación y fisioterapia). En la práctica clínica abordamos la disfunción integralmente, incluyendo a la pareja, cuando corresponda. En este artículo haré referencia a la terapia farmacológica, un área relativamente nueva en la que todavía se están investigando varios aspectos. Existe un vasto arsenal de drogas no aprobadas en la mayoría de los países y pocas terapias aprobadas (Fooladi y Davis, 2012). Hay limitaciones de diseños de estudios y financieras. Dada la complejidad de la sexualidad femenina y su disfunción, no es fácil encontrar un *endpoint* claro para extraer conclusiones válidas y clínicamente relevantes. Además, la mayor parte de las veces, es difícil llegar a un diagnóstico etiológico preciso, sobre todo de causalidad exclusivamente orgánica o psicológica.

Estas son algunas de las restricciones de la FDA (Food and Drugs Administration) en cuanto a la aprobación de drogas para el tratamiento de la DSF (FDA, 2013):

- eficacia y seguridad para cada fase alterada;
- diagnóstico de DSF confiable;
- exclusión de factores confundentes;
- nuevos instrumentos de medición;
- evaluación del número de actividades exitosas y satisfactorias, no el distress;
- los hallazgos objetivos serán válidos si son clínicamente significativos.

A modo didáctico, abordaré sucintamente alguna de las siguientes terapias: hormonoterapia, drogas vasoactivas, terapia psicotrópica, terapia específica para el dolor y drogas en investigación.

HORMONAS

La evidencia del rol de las hormonas en la DSF es controvertida. Diferentes estudios en animales y humanos avalarían un rol en las fases de deseo y excitación (Guay, 2001; Park *et al.*, 2001; Guay y Jacobson, 2002; Traish *et al.*, 2002; Bolour y Braunstein, 2005) aunque la relación no es lineal (Basson *et al.*, 2005; Burger y Papalia, 2006). Cuando corresponda, la terapia hormonal debe ser adecuadamente indicada y mo-

nitorizada. Son pocas las drogas aprobadas para la DSF: estrógenos locales aprobados para atrofia vulvovaginal y dispareunia y parches de testosterona para el deseo sexual hipoactivo (DSH) en mujeres postmenopausia quirúrgica. Toda terapéutica con drogas no aprobadas debe realizarse dentro de protocolos de investigación con estricto control de los criterios de inclusión/exclusión y reporte de eventos adversos (EAs).

ESTROGENO-TERAPIA

Existen formulaciones sistémicas (oral, inyectable, parches, geles) y locales (crema, óvulos). Si necesitaran tratarse síntomas climatéricos asociados a la DSF, podría administrarse el esteroide sistémico (la menor dosis en el menor tiempo) teniendo precaución con la mama y el endometrio. Recordar que a toda terapia estrogénica en la mujer no hysterectomizada debe oponérsele un progestágeno. La terapia estrogénica podría estimular la síntesis de la hormona transportadora de esteroides sexuales y disminuir la testosterona libre. En pacientes hysterectomizadas, no es necesario adicionar progesterona ya que no hay riesgo de cáncer endometrial. La terapia local para la disfunción de la excitación y dispareunia es la única aprobada.

ANDROGENO-TERAPIA

En comprimidos, inyecciones, parches, cremas o geles. La metil-testosterona (oral) no está aprobada y su aplica-

ción en investigación debería estar limitada por la posibilidad de toxicidad hepática. Los preparados locales con testosterona, tampoco aprobados, se utilizan para estimular el crecimiento de vello pubiano y aumentar el tamaño clitorideo. Las inyecciones intramusculares (de depósito), comercializadas para el varón, aunque no se debe, se han utilizado en mujeres al igual que los geles de testosterona. LibiGel ha presentado los requerimientos para conseguir su aprobación por parte de la FDA (NDA – New Drug Application). Se trata de un gel de aplicación tópica, de baja dosis (300 µg), indicado para la mujer postmenopáusica con DSH (BioSante, 2012). Hace pocos años, se aprobaron en Europa (EMA – European Medicines Agency) los parches de testosterona 300mcg/día. Los estudios que avalaron el rol de la testosterona transdérmica en la función sexual mostraron mejoría de la satisfacción con la actividad sexual y disminución del distress con testosterona. Los eventos adversos fueron leves y relacionados con la irritación local por el parche (Davis *et al.*, 2006; Kingsberg, 2007). Otros EAs son acné, hirsutismo, clitoromegalia, retención hídrica y cambio lipídico hacia un perfil aterogénico. Pero la FDA observa que faltan estudios de seguridad a largo plazo (eventos cardiovasculares y mamarios).

TIBOLONA

La tibolona es un fármaco cuyos metabolitos tienen actividad estrogénica, progestagénica y androgénica. Ha sido utilizada por años para el tratamiento de los síntomas asociados a la menopausia. Hay que tomar algunas precauciones en el caso de pacientes con riesgo de ACV (accidente cerebrovascular), tromboembolismo, tumores estrógeno dependientes, hipertensión, hepatopatía, diabetes, colestasis, migraña, lupus eritematoso sistémico e ictericia. Los EAs más frecuentes incluyen metrorragia, aumento de peso (18%), hipertensión (10%), hipersensibilidad mamaria (4,6%), trombosis (4,6%) y cefalea (5%). Uygur *et al.* (2005) observaron que tibolona 2,5 mg comparada con estrógenos/acetato de medroxiprogesterona mejoró el deseo, la frecuencia coital y la sequedad vaginal. El estudio LISA (Livial International Study in Sexual Arousal Disorders) comparó tibolona vs E2/NETA (estradiol (E2)/noretisterona) y observó mayor puntaje en la escala de función sexual femenina (FSFI – Female Sexual Function Index) en pacientes postmenopáusicas con DSF que recibieron tibolona, posiblemente por las acciones estrogénicas y androgénicas (Davis, 2002; Nijland *et al.*, 2008).



DEHIDROEPIANDROSTERONA

La dehidroepiandrosterona (DHEA), señalada como la “hormona de la juventud”, se vende sin receta, como suplemento dietario, a gran escala en diferentes países. Es conocida su acción supletoria en pacientes con insuficiencia adrenal, pero en mujeres euadrenales, su acción es controvertida. Se la relaciona con la mejoría de las funciones cognitivas, sexuales y el bienestar en general. La explicación teórica surgiría de la conversión de DHEA a esteroides sexuales, aunque recientemente se sugirió una probable acción sobre la eNOS (óxido nítrico sintasa endotelial). Varios estudios epidemiológicos avalan el uso en población añosa (Mortola y Yen, 1990; Berr *et al.*, 1996, Morales *et al.*, 1998; Gleib *et al.*, 2004). Spark (2002) demostró que la administración oral de 50mg/día de DHEA aumenta, en la mujer no en el varón, la producción de andrógenos. Esta diferencia de género fue estudiada por Bloch *et al.* (2013), quienes compararon 100mg/día de DHEA en 27 mujeres postmenopáusicas vs varones, ambos con DSH, y observaron que el efecto beneficioso sólo se manifestaba en mujeres. En insuficientes adrenales, la administración de DHEA aumentó las fantasías sexuales y la sensación de bienestar general y en aquellas mayores de 70 años, la satisfacción sexual y la libido (Spark, 2002). En el año 2007, la Cochrane publicó una revisión sobre la seguridad (no eficacia sobre sexualidad), y concluyó que se toleraba bien, sin EAs significativos, aunque debía

evaluarse su seguridad a largo plazo (Huppert y van Niekerk, 2007). Estudios fase 3 evalúan el uso de óvulos intravaginales de DHEA (Labrie *et al.*, 2009).

DROGAS VASOACTIVAS SILDENAFILO, TADALAFILO, VARDENAFILO

El sildenafil es un fármaco facilitador de la respuesta vascular del músculo eréctil. El estímulo sexual induce la liberación de óxido nítrico (ON), éste estimula la enzima guanilatociclasa que convierte el GTP en GMPc, mediador final de la respuesta de relajación muscular cavernosa. El GMPc se degrada por la enzima fosfodiesterasa 5 (PDE5). Sildenafil, vardenafil y tadalafil bloquean esta enzima, provocando la acumulación de GMPc a fin de facilitar una relajación muscular sostenida (Park *et al.*, 1998). En el clítoris, glándulas de Skene y vagina existe PDE5 (D'Amati *et al.*, 2002). En un estudio randomizado, doble ciego, cruzado y controlado con placebo, Bechara *et al.* (2002) estudiaron a ocho pacientes con disfunción de la excitación y el orgasmo. Observaron una mejoría subjetiva en las sensaciones clitorídeas y mayor índice de satisfacción global luego de la administración de 100mg de sildenafil. Otros estudios demostraron similar eficacia en la DSF asociada a histerectomía (Berman *et al.*, 2000), o disfunción de la excitación (Berman *et al.*, 2001, 2003). Los estudios con vardenafil y tadalafil

en mujeres son anecdóticos. Una revisión reciente llegó a la conclusión de que la falta de eficacia de estas drogas sería atribuible a diferencias de género (Chivers y Rosen, 2010). Un estudio más reciente, realizado con animales, demostró que el sistema AMPc/PDE4 tiene un rol funcional tan importante como el ON/GMPc/PDE5 en la respuesta neurovascular de la hembra, ya que la inhibición de PDE4 con rolipram indujo mayor respuesta vascular que con sildenafil (Castiglione *et al.*, 2013).

DISPOSITIVO DE VACÍO

EROS CTD®, único aprobado por la FDA, demostró su eficacia al mejorar la satisfacción de mujeres con DSF (Billups *et al.*, 2001; Billups, 2002) y tiene un lugar particular para pacientes irradiadas por cáncer cervical. Munarriz *et al.* (2003) observaron un aumento significativo del diámetro clitorídeo y los parámetros vasculares.

GEL DE PROSTAGLANDINA PGE1 (ALPROSTADIL)

La PGE1 es una droga vasoactiva que actuaría mejorando la tumescencia genital y sensibilidad aferente (Bechara *et al.*, 2001). La evaluación de la respuesta vascular clitorídea con Doppler (VPS - velocidad pico sistólico y VFD - velocidad de fin de diástole) en 18 mujeres pre y post aplicación de alprostadil mostró diferencias



significativas. Todas refirieron tumescencia labial y (Becher *et al.*, 2001). Bechara *et al.* (2003) evaluaron pacientes con falta de lubricación o anorgasmia (menor VPS y VFD basal). Estos índices mejoraron luego de la aplicación tópica de alprostadil. En el estudio de Goldstein *et al.* (2012), la aplicación tópica del gel de alprostadil al 0,4% mejoró el FSFI.

PSICOTRÓPICO BUPROPION

Es un antidepresivo, inhibidor de la recaptación de dopamina y noradrenalina, sin los efectos desfavorables sobre la respuesta sexual que poseen antidepresivos del tipo tricíclicos o inhibidores de la recaptación de serotonina (IRSS). Safarinejad (2011) evalúa agregar bupropion 150mg/bid/12 semanas a pacientes con DSF asociada al IRSS y concluye que esta com-

binación mejoró el deseo y la lubricación. A pesar de haber sido demostrada su eficacia en pacientes no depresivas con DSH, el bupropion no está aprobado para esta entidad (Segraves *et*

TERAPIAS ESPECÍFICAS DEL DOLOR

al., 2001). Esta es un área muy interesante y en la que encontramos factores orgánicos por tratar: candidiasis recurrente, trichomoniasis, herpes, endometriosis, retracciones cicatrizales, atrapamiento pudiendo, liquen escleroatrófico, etcétera. El dolor debe interpretarse dentro del concepto de "dolor total" (emocional, espiritual, físico y social). El foco del tratamiento incluye piso pelviano, mucosa y sistema nervioso. Los tratamientos van desde medidas higiénico dietéticas a antiepilépticos para dolores neuropáticos (gabapentina, pregabalina, carbamacepina), antidepresivos (amitrip-

tilina), antibióticos, hormonas, lubricantes, inmunomoduladores, fisioterapia, *biofeedback*, entre otras. Terapias todas que

EN INVESTIGACIÓN

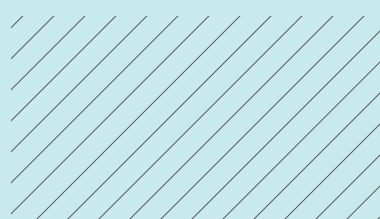
Drogas duales

ameritan un artículo aparte. La patogénesis del DSH podría deberse a un mecanismo dual, un sistema cerebral poco sensible a estímulos sexuales o un aumento de la actividad inhibitoria. Hace algunos años, investigadores del mismo equipo que luego desarrolló la combinación de drogas Lybrido/s habían publicado que la testosterona sublingual aumentó la sensibilización del sistema nervioso central a estímulos sexuales, aunque este efecto podía depender del estado motivacional de la mujer. Si era propensa a la inhibición sexual, podía fortalecer el mecanismo inhibitorio (Tuiten *et al.*, 2002; van Honk *et al.*, 2004; van Rooij *et al.*, 2012). En un segundo estudio desarrollaron una segunda hipótesis por la cual la acción de un agonista del receptor de 5-hidroxitriptamina (5 HT1) podría reducir la mencionada inhibición mediada por la corteza prefrontal. Ya vimos que la acción de los inhibidores de PDE5 requiere la estimulación sexual previa en el cerebro. Así, la combinación andrógeno + inhibidor de PDE5 podría favorecer la respuesta sexual. De esta forma surgen Lybrido (testosterona+inhibidor de PDE5) (Poels *et al.*, 2013) y Lybridos (testosterona + agonista 5 HT1r - bupirona) (Bloemers *et al.*, 2013). El primero se utilizaría en mujeres con DSH posiblemente secundario

a hiposensibilidad central a estímulos sexuales, y el segundo estaría indicado en mujeres con aumento de la inhibición sexual

Flibanserina

(van Rooij *et al.*, 2013). Flibanserina, un agonista 5-HT1A, antagonista 5-HT2A, con alguna acción sobre receptores DA4, fue primariamente investigado como antidepressivo. La hipótesis de un rol sobre el área del deseo sexual se fundamenta en la modulación en áreas selectivas del cerebro, del sistema estimulador (norepinefrina, dopamina) y del inhibitorio (serotonina) de la respuesta sexual femenina (Marazziti *et al.*, 2002). Flibanserina modularía el tono serotoninérgico-dopaminérgico favoreciendo el balance hacia una respuesta sexual positiva (Allers *et al.*, 2010). Los estudios BOUQUET incluyeron más de 5.000 mujeres premenopáusicas con DSH y, en la rama europea, flibanserina 100mg/día mejoró el número de eventos sexuales satisfactorios; la FDA no la aprobó (FDA, 2010). Boehringer discontinuó los estudios, pero en 2013, Sprout Pharmaceutical solicitó la aprobación luego del estudio de Katz *et al.* (2013) en el que se demuestra que flibanserina mejora el deseo sexual y disminuye el distress relacionado con la disfunción.



Apomorfina

La apomorfina, agonista dopaminérgico investigado para la disfunción de la excitación, se comercializaba vía oral/sublingual, pero, en algunos países se discontinuó. Nunca estuvo aprobada para DSF. Los resultados no son concluyentes. Un estudio randomizado cruzado en 24 mujeres premenopáusicas con anorgasmia, evaluó la respuesta objetiva (doppler clitorídeo) y subjetiva pre y post apomorfina vs placebo. Observóse mejoría en la VPS (velocidad pico sistólica) y la lubricación con apomorfina (Bechara *et al.*, 2004).

Otros

Bremelanotide (agonista MSH,PT-141), ocitocina, agonistas VIP (péptido intestinal vasoactivo),

COMENTARIOS FINALES

dadores de óxido nítrico. El tratamiento farmacológico de la DSF es relativamente “joven” y la mayor parte se encuentra en fase de investigación. Avances en los determinantes de la sexualidad femenina y su disfunción abrirán puertas hacia la investigación de fármacos más orientados a la etiología. Sin embargo, hay varias consideraciones que deben hacerse:

- la DSF es compleja y multifactorial;
- en algunas DSF la etiología orgánica es más clara que en otras.

Sin embargo, los aspectos emocionales deben ser evaluados antes de iniciar cualquier tratamiento farmacológico;

- tener precaución al extrapolar datos de estudios preclínicos (animales, *in vitro*) o asumir teorías de modelos en el varón;
- registrar nuestras observaciones para orientar estudios de investigación;
- abordar la pareja, cuando corresponda, brinda un valor substancial.

Recordar que la DSF tiene alta prevalencia y genera aflicción en un individuo que tiene derecho a gozar de salud sexual.

Dice el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable del Ministerio de Salud de la República Argentina:

“... Derecho a la Salud comprende la Salud Sexual, que incluye la posibilidad de desarrollar una vida sexual gratificante y sin coerción... Se basa en la autonomía de todas las personas para elegir individual y libremente...”

Se promueve “Consejería” en Salud Sexual y Reproductiva en los servicios de salud pública de todo el país... acceso gratuito a un asesoramiento de calidad que contribuya a la autonomía y a la toma de decisiones en materia de salud sexual y reproductiva.”

Conocer y favorecer las investigaciones científicas en sexualidad femenina, de manera interdisciplinaria, es una forma de contribuir a la calidad de la atención en este ámbito.



REFERENCIAS

- Allers KA, Dremencov E, Ceci A, Flik G, Ferger B, Cremers TI, Ittrich C, Sommer B. Acute and repeated flibanserin administration in female rats modulates monoamines differentially across brain areas: a microdialysis study. *J Sex Med.* 2010;7(5):1757-67.
- Basson R, Brotto LA, Laan E, Redmond G, Utian WH. Assessment and management of women's sexual dysfunctions: problematic desire and arousal. *J Sex Med.* 2005;2(3):291-300.
- Bechara A, Bertolino MV, Casabé A, Fredotovich N. A double-blind randomized placebo control study comparing the objective and subjective changes in female sexual response using sublingual apomorphine. *J Sex Med.* 2004;1(2):209-14.
- Bechara A, Bertolino MV, Casabé A, Munarriz R, Goldstein I, Morin A, Secin F, Literat B, Pesaresi M, Fredotovich N. Duplex Doppler ultrasound assessment of clitoral hemodynamics after topical administration of alprostadil in women with arousal and orgasmic disorders. *J Sex Marital Ther.* 2003;29(Suppl 1):1-10.
- Bechara A, Casabé A, Becher E, Chéliz G, Fredotovich N. Cambios hemodinámicos clitorídeos luego de la aplicación tópica de alprostadil. *Rev Arg Urol.* 2001;66:102.
- Bechara A, Casabé A, Bertolino M, Literat B, Secín F, Pesaresi M, Fredotovich N. Eficacia y seguridad del sildenafil en mujeres con disfunción sexual. *Rev Arg Urol.* 2002;67(2):86.
- Becher EF, Bechara A, Casabe A. Clitoral hemodynamic changes after a topical application of alprostadil. *J Sex Marital Ther.* 2001;27(5):405-10.
- Berman JR, Berman LA, Lin H, Flaherty E, Lahey N, Goldstein I, Cantey-Kiserb J. Effect of sildenafil on subjective and physiologic parameters of the female sexual response in women with sexual arousal disorder. *J Sex Marital Ther.* 2001;27(5):411-20.
- Berman JR, Berman LA, Toler SM, Gill J, Haughie S, The Sildenafil Study Group. Safety and efficacy of sildenafil citrate for the treatment of female sexual arousal disorder: a double-blind, placebo controlled study. *J Urol.* 2003;170(6, Part 1):2333-8.
- Berman LA, Berman JR, Padwa R, Goldstein I. Hysterectomy and sexual dysfunction: effects of sildenafil in a clinical setting. *J Urol.* 2000;Meeting AUA A853:192.
- Berr C, Lafont S, Debuire B, Dartigues JF, Baulieu EE. Relationships of DHEAs in the elderly with functional, psychological and mental status, and short-term mortality: a French community-based study. *Proc Natl Acad Sci U S A.* 1996;93(23):13410-5.
- Bertolino V, Bechara AJ. Female sexual dysfunction: a tale of two sides. *J Sex Med.* 2006;3(2):375.
- Billups K. The role of mechanical devices in treating female sexual dysfunction and enhancing the female sexual response. *World J Urol.* 2002;20:137-41.
- Billups KL, Berman L, Berman J, Metz ME, Glennon ME, Goldstein I. A new non-pharmacological vacuum therapy for female sexual dysfunction. *J Sex Marital Ther.* 2001;27(5):435-41.
- BioSante Pharmaceuticals. BioSante Pharmaceuticals announces positive LibiGel phase III safety data review and decision to conclude the safety study. Lincolnshire, IL: BioSante Pharmaceuticals. [press release], fev 9, 2012.
- Bloch M, Meiboom H, Zaig I, Schreiber S, Abramov L. The use of dehydroepiandrosterone in the treatment of hypoactive sexual desire disorder: A report of gender differences. *Eur Neuropsychopharmacol.* 2013;23(8):910-8.
- Bloemers J, van Rooij K, Poels S, Goldstein I, Everaerd W, Koppeschaar H, Chivers M, Gerritsen J, van Ham D, Olivier B, Tuiten A. Toward personalized sexual medicine (part 1): integrating the "dual control model" into differential drug treatments for hypoactive sexual desire disorder and female sexual arousal disorder. *J Sex Med.* 2013;10(3):791-809.
- Bolour S, Braunstein G. Testosterone therapy in women: a review. *Int J Imp Res.* 2005;17(5):399-408.
- Burger HG, Papalia MA. A clinical update on female androgen insufficiency-testosterone testing and treatment in women presenting with low sexual desire. *Sex Health.* 2006;3(2):73-8.
- Castiglione F, Bergamini A, Russo A, La Croce G, Castagna G, Colciago G, Salonia A, Rigatti P, Montorsi F, Hedlund P. Inhibition of phosphodiesterase 4 enhances clitoral and vaginal blood flow responses to dorsal clitoral nerve stimulation or PGE1 in anesthetized female rats. *J Sex Med.* 2013;10(4):939-50.
- Chivers ML, Rosen RC. Phosphodiesterase type 5 inhibitors and female sexual response: faulty protocols or paradigms? *J Sex Med.* 2010;7(2 Pt 2):858-72.

D'Amati G, di Gioia CR, Bologna M, Giordano D, Giorgi M, Dolci S, Jannini EA. Type 5 phosphodiesterase expression in the human vagina. *Urology*. 2002;60(1):191-5.

Davis SR. The effects of tibolone on mood and libido. *Menopause*, New York. 2002;9(3):162-70.

Davis SR, van der Mooren MJ, van Lunsen RH, Lopes P, Ribot C, Ribot J, Rees M, Moufarege A, Rodenberg C, Buch A, Purdie DW. Efficacy and safety of a testosterone patch for the treatment of hypoactive sexual desire disorder in surgically menopausal women: a randomized, placebo-controlled trial. *Menopause*, New York. 2006;13(3):387-96.

FDA. Flibanserin. NDA 22-526. Division of Reproductive and Urologic Products. Office of New Drugs. Center for Drug Evaluation and Research. Food and Drug Administration. 20 mayo 2010. Accedido en 2013. Disponible en: <http://www.fda.gov/downloads/AdvisoryCommittees/CommitteesMeetingMaterials/Drugs/ReproductiveHealthDrugsAdvisoryCommittee/UCM215437.pdf>.

FDA. Guidance for Industry. Female Sexual Dysfunction: Clinical development of drug products for treatment. Draft guidance. United States Department of Health and Human Services Food and Drug Administration Center for Drug Evaluation and Research, Rockville, MD 2000. Accedido en 2013. Disponible en: <http://www.fda.gov/cder/guidance/3312dft.htm>.

Fooladi E, Davis SR. An update on the pharmacological management of female sexual dysfunction. *Expert Opin Pharmacother*. 2012;13(15):2131-42.

Glei DA, Goldman N, Weinstein M, Liu IW. Dehydroepiandrosterone sulfate (DHEAS) and health: does the relationship differ by sex? *Exp Gerontol*. 2004;39(3):321-31.

Goldstein I, Bassam D, Frank D, Hachicha M, Fernando Y, Schupp J. Results of a phase 3 clinical trial for female sexual arousal disorder (FSAD) with Femprox, a topical alprostadil 0.4% cream with a novel transdermal delivery technology. *J Sex Med*. 2012;9(suppl 1):22.

Guay AT, Jacobson J. Decreased free testosterone and Dehydroepiandrosterone-sulfate (DHEAs) levels in women with decreased libido. *J Sex Marital Ther*. 2002;28(Suppl 1):129-42.

Guay AT. Advances in the management of androgen deficiency in women. *Medical Aspects of Human Sexuality*. 2001;1(4):32-38.

Huppert FA, van Niekerk JK. WITHDRAWN: DHEA supplementation for cognitive function. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007 Jul 18; (2): CD000304.

Katz M, DeRogatis LR, Ackerman R, Hedges P, Lesko L, Garcia M Jr, Sand M. BEGONIA trial investigators. Efficacy of flibanserin in women with hypoactive sexual desire disorder: results from the BEGONIA trial. *J Sex Med*. 2013;10(7):1807-15.

Kingsberg S. Testosterone treatment for hypoactive sexual desire disorder in postmenopausal women. *J Sex Med*. 2007;4(Suppl 3):227-34.

Labrie F, Archer D, Bouchard C, Fortier M, Cusan L, Gomez JL, Girard G, Baron M, Ayotte N, Moreau M, Dubé R, Côté I, Labrie C, Lavoie L, Berger L, Gilbert L, Martel C, Balser J. Effect of intravaginal dehydroepiandrosterone (Prasterone) on libido and sexual dysfunction in postmenopausal women. *Menopause*. 2009;16(5):923-31.

Marazziti D, Palego L, Giromella A, Mazzoni MR, Borsini F, Mayer N, Naccarato AG, Lucacchini A, Cassano GB. Region-dependent effects of flibanserin and buspirone on adenylyl cyclase activity in the human brain. *Int J Neuropsychopharmacol*. 2002;5(2):131-40.

Morales AJ, Haubrich RH, Hwang JY, Asakura H, Yen SS. The effect of six months treatment with a 100 mg daily dose of dehydroepiandrosterone (DHEA) on circulating sex steroids, body composition and muscle strength in age-advanced men and women. *Clin Endocrinol*, Oxford. 1998;49(84):421-32.

Mortola JF, Yen SS. The effects of DHEA on endocrine-metabolic parameters in postmenopausal women. *JCEM*. 1990;71(3):696-704.

Munarriz R, Maitland S, Garcia SP, Talakoub L, Goldstein I. A prospective duplex Doppler ultrasonographic study in women with sexual arousal disorder to objectively assess genital engorgement induced by EROS therapy. *J Sex Marital Ther*. 2003;29(Suppl 1):85-94.

Nijland EA, Weijmar Schultz WC, Nathorst-Boös J, Helmond FA, Van Lunsen RH, Palacios S, Norman RJ, Mulder RJ, Davis SR. LISA study investigators Tibolone and transdermal E2/NETA for the treatment of female sexual dysfunction in naturally menopausal women: results of a randomized active-controlled trial. *J Sex Med*. 2008;5(3):646-56.

Park K, Moreland RB, Goldstein I, Atala A, Traish A. Sildenafil inhibits phosphodiesterase type 5 in human clitoral corpus cavernosum smooth muscle. *Biochem Biophys Res Commun*. 1998;249(3):612-7.

Park K, Ahn K, Lee S, Ryu S, Park Y, Azadzoi KM. Decreased circulating levels of estrogen alter vaginal and clitoral blood flow and structure in the rabbit. *Int J Imp Res*. 2001;13:116-24.

Poels S, Bloemers J, van Rooij K, Goldstein I, Gerritsen J, van Ham D, van Mameren F, Chivers M, Everaerd W, Koppeschaar H, Olivier B, Tuiten A. Toward personalized sexual medicine (part 2): testosterone combined with a PDE5 inhibitor increases sexual satisfaction in women with HSDD and FSAD, and a low sensitive system for sexual cues. *J Sex Med.* 2013;10(3):810-23.

Safarinejad MR. Reversal of SSRI-induced female sexual dysfunction by adjunctive bupropion in menstruating women: a double-blind, placebo-controlled and randomized study. *J Psychopharmacol.* 2011;25(3):370-8.

Segraves RT, Kavoussi R, Ascher JÁ, Batey SR, Croft H, Bolden-Watson C, Metz A. Bupropion Sustained Release (SR) for the treatment of hypoactive sexual desire disorder (HSDD) in nondepressed women. *J Sex Mar Ther.* 2001;27:303-16.

Spark RF. DHEA: a spingboard hormona for female sexuality. *Fert Steril.* 2002;77(4): S19-25.

Traish AM, Kim N, Min K, Munárriz R, Goldstein I. Androgens in female genital sexual arousal function: a biochemical perspective. *J Sex Marital Therapy.* 2002;28(Suppl 1): 233-44.

Tuiten A, van Honk J, Verbaten R, Laan E, Everaerd W, Stam H. Can sublingual testosterone increase subjective and physiological measures of laboratory-induced sexual arousal? *Arch Gen Psychiatry.* 2002;59(5):465-6.

Uygur D, Yesildaglar N, Erkaya S. Effect on sexual life – a comparison between tibolone and continuous combined conjugated equine estrogens and medroxyprogesterone acetate. *Gynecol Endocrinol.* 2005;20(4):209-12.

van Honk J, Schutter DJ, Hermans EJ, Putman P, Tuiten A, Koppeschaar H. Testosterone shifts the balance between sensitivity for punishment and reward in healthy young women. *Psychoneuroendocrinology.* 2004;29(7):937-43.

van Rooij K, Bloemers J, de Leede L, Goldstein I, Lentjes E, Koppeschaar H, Olivier B, Tuiten A. Pharmacokinetics of three doses of sublingual testosterone in healthy premenopausal women. *Psychoneuroendocrinology.* 2012;37(6):773-81.

van Rooij K, Poels S, Bloemers J, Goldstein I, Gerritsen J, van Ham D, van Mameren F, Chivers M, Everaerd W, Koppeschaar H, Olivier B, Tuiten A. Toward personalized sexual medicine (part 3): testosterone combined with a Serotonin1A receptor agonist increases sexual satisfaction in women with HSDD and FSAD, and dysfunctional activation of sexual inhibitory mechanisms. *J Sex Med.* 2013;10(3):824-37.



María Victoria Bertolino: Médica Especialista en Ginecología y Obstetricia; Magister en Salud Reproductiva de la Universidad de Edimburgo; Coordinadora del Area de Salud Sexual y Reproductiva del Centro de Investigaciones en Salud Poblacional (CISAP), Area de Salud Sexual y Calidad de Vida Durand, Unidad Docente Hospitalaria de la Universidad de Buenos Aires, Argentina.
E-mail: mbertolino@intramed.net



PRÁCTICAS Y SATISFACCIÓN SEXUAL EN JÓVENES UNIVERSITARIOS

ADOLFO GONZÁLEZ-SERRANO, MARÍA TERESA HURTADO DE MENDOZA ZABALGOITIA

RESUMEN

Objetivo: Conocer las prácticas sexuales de los jóvenes, su satisfacción sexual y correlacionar algunas prácticas con el grado de satisfacción sexual. **Diseño:** Estudio transversal, observacional y descriptivo realizado en estudiantes universitarios mexicanos. Se recopiló información sobre la vida sexual de los estudiantes, la calidad de su vida sexual y se aplicó el Índice de Satisfacción Sexual de Hudson. El análisis de las variables se llevó a cabo por medio de estadísticos descriptivos y la prueba de chi cuadrado. **Resultados:** entre los 335 estudiantes que participaron en el estudio, lo que se observó fue que la media de inicio de vida sexual fue de 16,9 años; la media de parejas sexuales fue de 2,59; el método anticonceptivo más utilizado fue el condón masculino, con un índice del 57,6%, siendo que el 20,3% no utilizaba ningún método; el 23,9% resultó tener algún grado de insatisfacción en la relación sexual; no se encontró una relación sig-

nificativa entre el método anticonceptivo utilizado y la puntuación del ISS ($x^2 = 12,67$, $p = 0,124$); y existe una mayor proporción de mujeres con algún grado de insatisfacción ($x^2 = 4,379$, $p = 0,036$). **Conclusiones:** Existe insatisfacción sexual entre los jóvenes. No hay una cobertura total en el uso de los métodos anticonceptivos. Son pocos los estudios mexicanos que se han dedicado a la evaluación cualitativa de la salud sexual de los jóvenes.

Palabras clave: prácticas sexuales; satisfacción sexual; jóvenes; México.

INTRODUCCIÓN

La salud sexual y reproductiva de los jóvenes representa uno de los temas de mayor importancia e interés en los campos de la investigación y la política de sistemas de salud. Habitualmente, la preocupación principal de los programas de salud sexual se concentra en la prevención de infecciones sexualmente transmisibles y de embarazos no deseados, sin embargo, la conceptualización de la salud sexual va más allá

de esta forma tradicional de percibir y abordar este tema.

Si entendemos que las prácticas sexuales son el resultado de la interacción de factores biológicos, personales, sociales e institucionales, entonces el estudio y desarrollo de políticas dirigidas a modificar estas prácticas deberá considerar una visión global de la materia para generar una nueva metodología de evaluación sobre la situación de la salud sexual y reproductiva de los jóvenes (Juárez y Gayet, 2005).

Desafortunadamente, son pocos los estudios que se han dedicado a esta nueva metodología de evaluación de la salud sexual de los jóvenes. En México existe información disponible sobre las prácticas sexuales de los jóvenes, no obstante, no existen estudios dedicados a evaluar de forma cualitativa la vida sexual de esta población.

Parte fundamental de esta evaluación cualitativa es el grado de satisfacción que los jóvenes tienen respecto a su vida sexual, si bien, hablar de satisfacción sexual implica hablar de un término que posee distintos significados para las personas y que se define de acuerdo con sus experiencias vividas y el

atributo que se le dé a la connotación subjetiva por parte de cada individuo.

El significado de la satisfacción sexual varía según los autores, quienes lo relacionan directamente con las experiencias de los miembros de una pareja. En un estudio mexicano realizado en 2004 sobre el significado de la satisfacción sexual, se observó la atribución subjetiva que hombres y mujeres dan a dicho término. Se citaron distintas definiciones de satisfacción sexual y se vio que ésta involucra distintas dimensiones del individuo, que es un término multifactorial dependiente de determinadas conductas propias de la pareja, que se relaciona con la flexibilidad de roles dentro de la misma y con la congruencia entre los roles ideales y actuales en la relación, y que el factor psicológico del placer sexual es producto de la cultura y del medio espacial y temporal donde la persona se ha desarrollado (Valdés-Rodríguez *et al.*, 2004).

Si se define que el goce de la sexualidad está determinado por factores biopsicosociales, la sexualidad se debe entender como la construcción social de un impulso biológico que, además, es multidimensional y dinámico. De lo anterior se

desprende que la experiencia individual en la sexualidad está determinada por la biología, los roles de género y las relaciones de poder, ejemplificados así en la existencia de factores tales como la edad y la condición social y económica. Sin embargo, la influencia social más profunda ejercida sobre la sexualidad de una persona se establece mediante los roles de género preestablecidos, las normas y valores sociales que determinan el poder relativo, las responsabilidades y las conductas de hombres y mujeres (Campell, 1995).

Para los hombres, el rol histórico es la conquista sexual como una forma de probar su propia masculinidad. Se estimula a los hombres a pensar en primer lugar en su desempeño sexual, por lo que el placer sexual de las mujeres se valora como una prueba del desempeño masculino. Para las mujeres, el rol establecido es la pasividad en la actividad sexual, por lo tanto no se les orienta para que tomen decisiones respecto a la elección de sus parejas sexuales, ni para que negocien con sus compañeros el momento y la naturaleza de la actividad sexual, ni para que se protejan de un embarazo no deseado y de infecciones de transmisión sexual (Santow, 1995).

Desde esta perspectiva, los roles de género que se refuerzan mutuamente tienen consecuencias especialmente negativas para las prácticas sexuales satisfactorias y la salud sexual y reproductiva de hombres y mujeres.

En la encuesta Durex 2007 sobre satisfacción sexual en el mundo, se describió el bienestar sexual como el equilibrio entre factores físicos, emocionales y sociológicos, relacionado con la protección y el cuidado de la salud sexual tanto de uno mismo como de la pareja.

En esta encuesta se puntualizó que el sexo es divertido, agradable y sumamente importante para tres de cada cinco personas en el mundo, y se encontró, de forma contraria a lo que muchos de nosotros pensaríamos, que México es el segundo país con mayor satisfacción sexual, con el 63% de gente satisfecha, y el segundo país con menos insatisfacción, con un total del 10%. De este total, se reportó que el 60% de los hombres se encuentran satisfechos, un porcentaje relativamente menor al de las mujeres, que se encuentra en el 66% (Encuesta Durex, 2007).

En cuanto a las prácticas sexuales de los jóvenes, entre la información disponible podemos destacar los resultados de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT 2006), en la que el 14,4% de los adolescentes del país refieren haber tenido relaciones sexuales. Existe un incremento considerable según aumenta la edad, ya que el 2% de los adolescentes reportan haber iniciado su vida sexual de los 12 a los 15 años, mientras que en el grupo de 16 a 19 años este índice se eleva al 29,6%.

Del total de adolescentes que tuvieron relaciones sexuales, se observa que el porcentaje de utilización de algún método anticonceptivo en la primera

relación sexual es más alto en los hombres. En efecto, el 63,5% de ellos declaró haber utilizado condón, cerca del 8% indicó el uso de métodos hormonales y el 29% no utilizó ningún método. En las mujeres la utilización reportada es menor: sólo el 38% de las adolescentes mencionó que su pareja usó condón y el 56,6% declaró no haber utilizado métodos anticonceptivos en la primera relación sexual (Olaiz-Fernández *et al.*, 2006).

En la Encuesta de Salud Sexual y Reproductiva del Instituto de la Juventud del Distrito Federal de México (INJUVE-DF) realizada en 2007, el 52,1% de los entrevistados iniciaron su vida sexual entre los 16 y los 20 años, seguido de un 41,7% que lo hizo entre los 12 y los 15 años de edad.

De la población sexualmente activa, el 94% admitió conocer algún método anticonceptivo, y el mismo porcentaje consideró importante su uso durante las relaciones sexuales, aunque sólo el 50,1% utiliza algún método, mientras que el 13,1% lo hace ocasionalmente y el 36% menciona no hacerlo (INJUVE-DF, 2007).

Estos datos nos permiten percibir que existe una buena cobertura informativa sobre los distintos métodos anticonceptivos, si bien un porcentaje considerable de jóvenes menciona no utilizarlos sistemáticamente durante sus relaciones sexuales. Tal brecha entre conocimiento y utilización nos obliga a investigar respuestas a este fenómeno.

A pesar de que los métodos de prevención del embarazo

y enfermedades sexualmente transmisibles están diseñados para usarlos durante la relación sexual, es sorprendente lo poco que se sabe acerca de cómo influyen en el goce y el funcionamiento sexual, en particular en el caso de las mujeres (Philpott *et al.*, 2006).

En estudios cualitativos realizados sobre la experiencia sexual de la mujer con el uso de condones masculinos se detectó que aquellas mujeres que sentían que el condón disminuía su placer sexual eran menos propensas a utilizarlo, en comparación con aquellas que no reportaron reducción alguna en su placer sexual en función de su uso (Higgins y Hirsch, 2008).

Existen evidencias sobre los elementos determinantes de las prácticas sexuales sobre la satisfacción sexual y personal, sin embargo, poco se sabe acerca de dicha situación en la población joven. Los distintos estudios que se han realizado sobre satisfacción sexual se han dirigido en su mayoría a la población adulta o casada (Hurlbert *et al.*, 1993; Beutel *et al.*, 2002; Colson *et al.*, 2006).

Existe un estudio realizado en España en el que se intentó una aproximación a los hábitos, preferencias y satisfacción sexual de una muestra de jóvenes universitarios. De los resultados del estudio se concluyó que la edad de la primera relación sexual tiende a disminuir y las personas con pareja estable tienen una mayor frecuencia de relaciones sexuales. Tanto hombres como mujeres se mostraron satisfechos con su

vida sexual y afirmaron tener una elevada frecuencia de orgasmos en sus relaciones sexuales (Navarro-Bravo *et al.*, 2010).

El objetivo de nuestro estudio es conocer las prácticas y preferencias sexuales de una muestra de jóvenes universitarios, saber cuál es su grado de satisfacción respecto a su vida sexual y correlacionar algunas prácticas, como el uso de anticonceptivos, con el grado de satisfacción sexual.

A su vez, este trabajo sentará un precedente para que otras instituciones analicen en detalle la salud sexual de los jóvenes y piensen en la posibilidad de establecer normativas y planes integrales de salud dirigidos a necesidades específicas de esta población.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio transversal, observacional y descriptivo realizado con estudiantes de medicina de los dos primeros años de la carrera en la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México (FES Iztacala-UNAM), durante los ciclos 2012-1 y 2012-2. La información que se recopiló sobre la vida sexual de los participantes se refiere a:

- actividad sexual: si habían tenido relaciones sexuales, la edad de inicio de la vida sexual y el número de parejas sexuales a lo largo de la vida;
- hábitos: uso de anticoncepti-

vos, sexo del compañero sexual, tiempo de relación de pareja, frecuencia de relaciones sexuales, lugar donde tienen habitualmente relaciones sexuales, quién toma la iniciativa, uso de material pornográfico, masturbación y prácticas sexuales diferentes al coito vaginal; y

- nivel de satisfacción sexual: percepción de ellos mismos sobre la calidad de su vida sexual y satisfacción sexual evaluada mediante el Índice de Satisfacción Sexual (ISS).

El ISS tiene dos puntos de corte. El primero de ellos se sitúa en 30 puntos. Los puntajes por debajo de este valor indican que no existe problema clínicamente significativo en esta área. Los puntajes por encima de 30 sugieren la existencia de un problema clínicamente significativo. El segundo punto de corte se sitúa en 70 puntos. Los puntajes superiores a este valor casi siempre indican que el individuo está experimentando estrés severo en esta área. Existen estudios que han invertido dichas puntuaciones para obtener una medida de satisfacción sexual, en lugar de la medida de insatisfacción sexual que determina el instrumento original (Santos Iglesias *et al.*, 2009).

Los criterios de inclusión fueron ser estudiantes de medicina, inscritos en los dos primeros años de la carrera en la FES Iztacala-UNAM, que desearan participar en el estudio y que hubieran iniciado una vida sexual coital.

Como forma de recopilar la información, se elaboró una encuesta específica para este

estudio con los elementos antes descritos, se acordaron sesiones dentro de las aulas de los alumnos de la Clínica Universitaria de Salud Integral para la aplicación de las encuestas y se aplicó simultáneamente el ISS.

Una vez que se recopilaron las informaciones, se creó una base de datos con el programa SPSS v.19.0 y se pasó a la fase de análisis.

En primer lugar se realizó un análisis descriptivo de los datos, posteriormente se efectuaron diversas comparaciones de medias y proporciones en función del tipo de variable, comparando los resultados obtenidos por los participantes en función del sexo, número de parejas sexuales, si tenían o no pareja estable en el momento de la realización del estudio (definida como una relación de más de 6 meses) y prácticas sexuales, y se correlacionaron

las distintas variables con la puntuación del ISS.

RESULTADOS

La muestra estaba formada por 335 alumnos, de los cuales 134 eran hombres (40%) y 201 mujeres (60%), con edades entre 18 y 27 años y una media de 19,5 años. El 82,53% de los encuestados se situó en edades comprendidas entre 18 y 20 años.

La media de inicio de vida sexual activa fue de 16,9 años, la media por sexo fue de 16,57 años para los hombres y de 17,18 para las mujeres (*Tabla 1*).

En el número de parejas sexuales, se encontraron rangos desde 1 hasta 15 parejas, el 88,08% había tenido entre 1 y 4 parejas sexuales a lo largo de su vida, siendo el grupo más grande el de 1 pareja sexual, represen-

Tabla 1. Inicio de vida sexual activa y comparación de medias por sexo.

Edad de inicio de relaciones sexuales	Sexo del encuestado				TOTAL
	Hombres		Mujeres		
	Número	%	Número	%	
12	3	2,2	0	0,0	
13	0	0,0	3	1,5	
15	22	16,4	12	6,0	
16	40	29,9	46	22,9	
17	39	29,1	49	24,4	
18	21	15,7	66	32,8	
19	6	4,5	22	10,9	
20	3	2,2	3	1,5	
TOTAL	134	100,0	201	100,0	335
Mé dia	16,57		17,18		16,94
Desviación típica	1,373		1,257		1,337

tando el 43,88%. La media de parejas sexuales se encontró en 2,59; entre hombres y mujeres la media se situó en 3 y 2 respectivamente.

En la frecuencia del sexo del compañero durante las relaciones sexuales, la mayor parte de los jóvenes afirmó tener contacto de tipo heterosexual (Tabla 2).

Los métodos anticonceptivos más utilizados fueron el condón masculino, con un 57,6%; anticonceptivos hormonales, con un 19,5%, y entre éstos el más utilizado fue la píldora diaria, con un 8,7%; y por último, el 20,3% indicó que no utilizaba ningún método anticonceptivo. Entre hombres y mujeres, el método más utilizado fue el condón masculino, con un 79,1% y un 43,3% en cada grupo.

De forma individual, se analizó la relación del método anticonceptivo más utilizado respecto a la puntuación del ISS y no se encontró una relación significativa para dicho fenómeno ($x^2 = 12,67, p = 0,124$).

También se buscó la existencia de una relación entre la combinación de métodos anticonceptivos (condón masculino + hormonal, solamente condón, ninguno, otros) y tampoco se encontraron diferencias significativas entre dichas combinaciones y la puntuación del ISS ($x^2 = 2,929, p = 0,403$).

En lo que concierne a la frecuencia de relaciones sexuales, no se encontraron diferencias significativas en la frecuencia de relaciones sexuales entre

Tabla 2. Sexo del compañero en la relación sexual, comparación entre hombres y mujeres.

Sexo del compañero en la relación sexual	Sexo del encuestado			
	Hombre		Mujer	
	Número	%	Número	%
Sólo con mujeres	125	93,3	6	3,0
Más frecuente con mujeres y ocasionalmente con hombres	6	4,5	0	0,0
Igual con hombres que con mujeres	0	0,0	0	0,0
Más frecuente con hombres y ocasionalmente con mujeres	0	0,0	6	3,0
Sólo con hombres	3	2,2	189	94,0
TOTAL	134	100,0	201	100,0

estos grupos ($x^2 = 3,163, p = 0,531$) (Tabla 3).

En cuanto a la comparación entre la frecuencia de las relaciones sexuales y el sexo, la proporción de hombres y mujeres que tienen relaciones sexuales entre 1 y 6 veces al mes es muy similar: 76,1% vs 81,1% ($x^2 = 0,170, p = 0,68$). La diferencia se encuentra al incrementar la frecuencia de relaciones sexuales a más de 7 veces al mes, siendo el 23,8% de los hombres quienes pertenecen a este gru-

po, a diferencia del 18,9% de las mujeres ($x^2 = 13,41, p = 0,001$). En general, se puede asumir que los hombres tienen relaciones sexuales con más frecuencia que las mujeres ($x^2 = 15,24, p = 0,004$).

El lugar preferido por los jóvenes para tener relaciones sexuales resultó ser la casa de la pareja (33,7%), la casa del encuestado (29,35%) y después los hoteles (23,9%).

Tabla 3. Frecuencia de relaciones sexuales respecto al tiempo de relación de pareja.

Frecuencia de relaciones sexuales	Tu relación de pareja actual es de			
	menos de 6 meses		más de 6 meses	
	Número	%	Número	%
¿Con qué frecuencia tienes relaciones sexuales?				
1-3 al mes	58	49,2	112	51,6
4-6 al mes	33	28,0	62	28,6
7-10 al mes	13	11,0	16	7,4
11-15 al mes	8	6,8	21	9,7
más de 16 al mes	6	5,1	6	2,8
TOTAL	118	100,0	217	100,0

Respecto al momento de tomar la iniciativa, el 78% respondió tomar la iniciativa de forma habitual, siendo los hombres quienes toman más frecuentemente la iniciativa: un 88,8% contra el 71,1% de las mujeres que lo hacen de forma similar ($x^2 = 22,5, p = 0,000$).

Analizando las distintas prácticas sexuales, encontramos que un porcentaje muy bajo realiza sexo oral, ya que el 59,4% de los encuestados dijo no realizarlo nunca o casi nunca. De los que sí lo practican, fueron los hombres quienes lo realizan más frecuentemente: 51,4% vs 33,4% de las mujeres ($x^2 = 17,19, p = 0,002$).

El sexo oral-anal y el sexo oral resultaron prácticas muy poco utilizadas entre los jóvenes universitarios, ya que el 95,3% dijo no practicar nunca el sexo anal y sólo el 5,4% dijo practicar el sexo oral-anal.

El uso de pornografía tampoco resultó muy común entre los encuestados, el 88,3% no la consume o lo hace muy rara vez. El porcentaje que la consume fue menor para las mujeres que para los hombres: 9% vs 15,6%.

Resultados similares se obtuvieron al referirse a la masturbación, donde el 22,3% de los hombres la practican frecuentemente contra el 15,4% de las mujeres.

Respecto a la autocalificación de la calidad de su vida sexual, el 78,5% consideró su vida sexual como excelente o buena, mientras que el 21,5% restante la calificó regular, mala o pési-

ma. Estos datos coinciden con los resultados obtenidos con el ISS, donde el 23,9% resultó tener algún grado de insatisfacción en la relación sexual.

Analizando las puntuaciones del ISS entre hombres y mujeres encontramos que existe una mayor proporción de mujeres con algún grado de insatisfacción en la relación sexual ($\chi^2 = 4,379, p = 0,036$) (Tabla 4).

DISCUSIÓN

El inicio de la vida sexual activa en nuestro estudio tuvo como media los 16,94 años, sin embargo, la Encuesta de Salud Sexual y Reproductiva del INJUVE-DF reporta una media de 18,5 años, con lo cual, se puede afirmar que la edad actual del inicio de la vida sexual tiende a disminuir, afirmación que coincide con distintos estudios nacionales e internacionales (ENSAR, 2003); Welte, 2005; INJUVE-DF, 2007; Hawes *et al.*, 2010; Navarro-Bravo *et al.*, 2010).

Comparando la frecuencia de las relaciones sexuales en el mundo, el 55% de los jóvenes de 16 a 19 años mantienen relaciones sexuales semanalmente, mientras que en nuestro estudio observamos una frecuencia menor, del 49,4%. De acuerdo con la Primera Encuesta Nacional Sobre Sexo 2004 (PENSS) en México, el promedio semanal de relaciones sexuales en los jóvenes de 18 a 29 años es de 7,3 veces al mes, mientras que en nuestro estudio fue de 1 a 3 veces al mes. También se describió que los hombres tienen más relaciones sexuales que las mu-

jes, dato que coincide con lo observado en nuestro trabajo (Consulta Mitofsky, 2004; Encuesta Durex, 2007).

Por último, tanto en nuestro estudio como en la Encuesta Durex 2007, la periodicidad de las relaciones sexuales incidió directamente en el sentirse sexualmente satisfecho, ya que el 92,1% de aquellos que sí tienen relaciones sexuales semanalmente se encuentran satisfechos, en comparación con el 60,6% de aquellos que no las tienen.

La percepción de los encuestados respecto a la calidad de su vida sexual es muy parecida a la encontrada en la PENSS, donde el 76,9% de los mexicanos indicó que se siente muy satisfecho con su vida sexual, ya que el porcentaje correspondiente en nuestros jóvenes fue del 78,5%. Por otra parte, percibimos divergencias con dicha encuesta, ya que en ésta había diferencias en cuanto a los sexos, existiendo una ventaja del 18,5% de los hombres sobre las mujeres, mientras que nosotros encontramos una desventaja de los hombres respecto a las mujeres del 2,8% (Welte, 2005).

Tratando de objetivar la satisfacción sexual de los jóvenes, se analizaron los resultados del ISS. Observamos que los hombres reportan mayor grado de satisfacción sexual que las mujeres y que existen diferencias significativas entre estos grupos. De forma contraria, tanto Navarro-Bravo *et al.* (2010) como Santos Iglesias *et al.* (2009) no encontraron diferencias significativas entre las puntuaciones de hombres y mujeres; probablemente esto se deba a que nosotros categorizamos los resultados en dos grupos, satisfechos e insatisfechos, y no analizamos las medias de las calificaciones obtenidas por ambos grupos.

Por otra parte, obtuvimos algunas diferencias en cuanto a la utilización de los métodos anticonceptivos respecto a otros estudios. El INJUVE-DF (2007) indica que el método más utilizado por los jóvenes fue el condón masculino, sin embargo, la proporción encontrada por nosotros fue menor (81,7% vs 57,6%). La misma situación se presentó con relación al uso de anticonceptivos hormonales (29% vs 19,5%).

Al comparar los distintos tipos de anticonceptivos utilizados por los jóvenes con las puntuaciones del ISS no se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos (satisfechos e insatisfechos).

Respecto a lo anterior, en algunos estudios se ha intentado encontrar la relación entre la calidad de la vida sexual y el uso de algunos anticonceptivos. En Estados Unidos se realizó un análisis sobre el estudio de bienestar y salud sexual de las mujeres cuyos resultados sugieren que el método anticonceptivo utilizado puede influir en el placer sexual femenino. Cuando se cuestionó a las mujeres del estudio sobre el efecto del método anticonceptivo usado y el goce de su vida sexual, las que utilizaban condón fueron significativamente más propensas a reportar un bajo placer sexual. Sin embargo, aquellas que utilizaban condones junto con anticonceptivos hormonales reportaron un puntaje más alto en satisfacción sexual (Higgins *et al.*, 2008).

En otros estudios también se ha encontrado que las mujeres más propensas a utilizar el condón masculino son aquellas que no reportan reducción en su placer sexual con el uso de éste (Higgins y Hirsch, 2008).

Lo anterior probablemente pueda explicar el hecho de que sólo el 43,3% de las mujeres de nuestro estudio utilice el condón masculino y el 21,4% de ellas no utilice ningún método anticonceptivo. Asimismo, soporta la idea de la “erotización

Tabla 4. Resultados globales del ISS respecto al sexo.

Sexo del compañero en la relación sexual	Sexo del encuestado			
	Hombre		Mujer	
	Número	%	Número	%
Puntuación total:				
insatisfacción	24	17,9	56	27,9
satisfacción	110	82,1	145	72,1
TOTAL	134	100,0	201	100,0

de la seguridad". Ejemplo de esto es que muchas participantes del estudio de Higgins *et al.* (2008) manifestaron no sentirse totalmente libres en el campo de la sexualidad a menos que hicieran uso de un método apropiado contra la concepción y la transmisión de enfermedades.

Por otro lado, existen también estudios en los que, así como en el nuestro, no se han observado diferencias en las puntuaciones de satisfacción sexual con el método anticonceptivo de preferencia (Hsiao y Sung, 2003; Ozgoli, 2005).

Al hablar de prácticas sexuales, observamos que aunque el 75% de las parejas de los encuestados y el 78% de los encuestados contestaron que les gusta hacer cosas diferentes durante la relación sexual, sólo el 40,6% dijo tener sexo oral, un 5,4% admitió el sexo oral-anal y el 4,7% el sexo anal. Si bien los porcentajes varían respecto a aquellos encontrados en otros trabajos, coincidimos en que el sexo anal es la práctica menos realizada por hombres y mujeres durante las relaciones sexuales (Navarro-Bravo *et al.*, 2010).

Probablemente esto tenga que ver con que, en México, el 66,5% de los hombres y el 35,4% de las mujeres piensan que el sexo oral es normal, siendo que nuestro estudio demuestra proporciones muy similares a éstas: 51,4% vs 33,4% (Consulta Mitofsky, 2004).

A partir de los datos obtenidos, consideramos importante realizar este tipo de análisis en la

población mexicana, y de preferencia en la población joven, debido a que se ha determinado que los mayores niveles de insatisfacción se encontraron en aquellos individuos con ideas más conservadoras que dan poca importancia a la sexualidad, a los que les falta asertividad y que utilizan técnicas sexuales restringidas (Haavio-Mannil y Kontul, 1997).

La valía de esta clase de estudios consiste en abordar de forma distinta el tema de la sexualidad, lo cual establece modificaciones en cuanto a la construcción de programas, políticas y acciones orientadas al estudio y planteamiento de temas como éste. El hecho de abarcar los distintos aspectos relevantes de la salud sexual de los jóvenes permite que los diseñadores de políticas de salud sexual implementen nuevas metodologías para el establecimiento de acciones preventivas de salud sexual con el objetivo de evitar los obstáculos y aprovechar las oportunidades para que dichas políticas logren mejorar la salud sexual de los jóvenes.

Como aspectos limitantes de esta investigación anteponeamos la singularidad de que los estudios sobre sexualidad siempre plantean la posibilidad de sesgos de deseabilidad social en los participantes al momento de responder los instrumentos.

Lo que se propone es realizar esa clase de investigación en distintos tipos de poblaciones universitarias para obtener un mayor volumen de información con la que se pueda establecer un

panorama más veraz de los datos aquí expuestos.

CONCLUSIONES

Resulta primordial estudiar el comportamiento sexual de los jóvenes con el fin de identificar y reconocer sus prácticas y preferencias sexuales, saber si se encuentran satisfechos con la forma que ejercen su sexualidad y establecer una evaluación objetiva de dichos fenómenos.



Existe una tendencia al inicio más temprano de la vida sexual, el uso de los métodos anticonceptivos aún no tiene una cobertura total y los jóvenes presentan prácticas sexuales restringidas. Estos hechos conducen a pensar que se debe generar una nueva metodología de evaluación sobre la situación de la salud sexual y reproductiva de los jóvenes para establecer acciones preventivas de salud más eficaces dirigidas a esta población.

REFERENCIAS

- Beutel ME, Schumacher J, Weidner W, Brähler E. Sexual activity, sexual and partnership satisfaction in ageing men—results from a German representative community study. *Andrologia*. 2002;34:22–8.
- Campell C. Male gender roles and sexuality: Implications for women's AIDS risk and prevention. *Soc Sci Med*. 1995;41:197-210.
- Colson M-H, Lemaire A, Pinton P, Hamidi K, Klein P. Original research—couples' sexual dysfunction: sexual behaviors and mental perception, satisfaction and expectations of sex life in men and women in France. *J Sex Med*. 2006;3:121–31.
- Consulta Mitofsky. Primera Encuesta Nacional Sobre Sexo. México, 2004. Disponible en: <http://www.consulta.com.mx>.
- Encuesta Durex sobre Bienestar Sexual GSWs 2007/2008. [Internet] Estados Unidos: Durex, International Investigation; 2007 [Accedido en 10 de septiembre de 2011] Disponible en: <http://www.durex.com/ESES/SEXUALLIFESTYLE/SEXUALWELLBEINGSURVEY/pages/default.aspx>

ENSAR. Encuesta Nacional de Salud Reproductiva (2003). Secretaría de Salud/Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias UNAM. México.

Haavio-Mannil E, Kontul O. Correlates of Increased Sexual Satisfaction. Arch Sex Behav. 1997;26(4):399-419.

Hawes ZC, Wellings K, Stephenson J. First heterosexual intercourse in the United Kingdom: a review of the literature. J Sex Res. 2010;47(2):137-52.

Higgins JA, Hirsch JS. Pleasure, power, and inequality: incorporating sexuality into research on contraceptive use. Am J Public Health. 2008;98(10):1803-13.

Higgins JA, Hoffman S, Graham CA, Sanders SA. Relationships between condoms, hormonal methods, and sexual pleasure and satisfaction: an exploratory analysis from the Women's Well-Being and Sexuality Study. Sex Health. 2008;5(4):321-30.

Hsiao YC, Sung SH. Married women's satisfaction with their choice of contraception. J Nurs Res. 2003;11(2):119-28.

Hurlbert DE, Apt C, Rabehl SM. Key variables to understanding female sexual satisfaction: an examination of women in nondistressed marriages. J Sex Marital Ther. 1993;19(2):154-65.

INJUVE-DF. Encuesta de Salud Sexual y Reproductiva [Internet] México: Instituto de la Juventud del Distrito Federal; 2007 [Accedido en 13 de septiembre de 2011] Disponible en: <http://www.jovenes.df.gob.mx/bibliodocs/02informacion/encuestasaludsexu%20lmayo.pdf>.

Juárez F, Gayet C. Salud sexual y reproductiva de los adolescentes en México: un nuevo marco de análisis para la evaluación y diseño de políticas. Papeles de Población. 2005;45:177-219.

Navarro-Bravo B, Ros-Segura L, Latorre-Postigo JM, Escribano-Villafruela JC, López-Honrubia V, Romero-Marchante M. Hábitos, preferencias y satisfacción sexual en estudiantes universitarios. Rev Clin Med Fam. 2010;3(3):150-7.

Olaiz-Fernández G, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Rojas R, Villalpando-Hernández S, Hernández-Avila M, Sepúlveda-Amor J. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2006.

Ozgoli G, Sayadian N, Mahyar A, Alavi Majd H. Investigating the changes in sexual function of sterilized women in those referring to selected hospitals of Tehran in 2004. J Fertil Infertil. 2005;6(3):275-82.

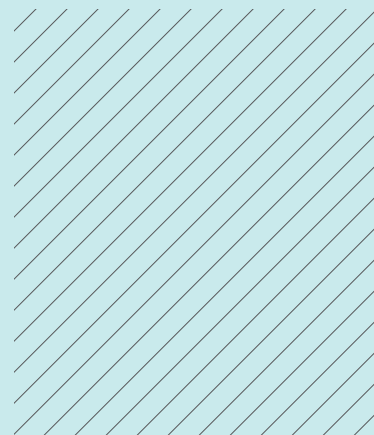
Philpott A, Knerr W, Maher D. Promoting protection and pleasure: amplifying the effectiveness of barriers against sexually transmitted infections and pregnancy. Lancet. 2006;368(9551):2028-31.

Santos Iglesias P, Sierra JC, García M, Martínez A, Sánchez A, Tapia MI. Índice de Satisfacción Sexual (ISS): un estudio sobre su fiabilidad y validez. Int J Psych Psychol Ther. 2009;9(2):259-73.

Santow G. Social roles and physical health: the case of female disadvantage in poor countries. Soc Sci Med. 1995;40:147-61.

Valdés Rodríguez MP, Sapién-López JS, Córdoba-Basurto DI. Significados de Satisfacción Sexual en hombres y mujeres de la Zona Metropolitana. Psicol Ciencia Soc. 2004;6(1):34-48.

Welti CC. Inicio de la vida sexual y reproductiva. Papeles de población. 2005; 45: 143-176.



Adolfo González-Serrano: Médico General, Servicio de Urología, Hospital Ángeles del Pedregal. Distrito Federal, México.

María Teresa Hurtado de Mendoza Zabalgaitia: Terapeuta Sexual por la Asociación Mexicana para la Salud Sexual; Socia Afiliada de la Asociación Psiquiátrica Mexicana; Miembro de la Asociación Mexicana para la Salud Sexual; Jefa del Programa de Sexualidad Iztacala, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México. Estado de México, México.

VALORACIÓN DE LOS URÓLOGOS Y DE LOS GENITALES EXTERNOS MASCULINOS

CARLOS ABIB CURY

RESUMEN

Algunas consideraciones sobre la atención que las mujeres tienen con sus genitales, las cirugías, los profesionales y servicios especializados, y la propuesta para los hombres.

Palabras clave: genitales masculinos; cirugía plástica del pene; reconstrucción del pene; estética del pene; cirugías íntimas masculinas; nueva nomenclatura.

Las mujeres vanidosas definitivamente pasaron a considerar las cirugías estéticas íntimas como sus preferidas.

En los Estados Unidos se realizan en promedio 1.500.000 cirugías y en Reino Unido, 1.200.000, un crecimiento sorprendente que aumenta todos los años.

Las barreras naturales relacionadas con el prejuicio y con los tabúes en lo que concierne al sexo se rompieron una a una desde la segunda mitad del siglo XX, gracias a la introducción de la píldora anticonceptiva.

En aquella época, el sexo “prohibido”, “escandaloso”, “vergonzoso” no podía for-

mar parte del cotidiano de las chicas de familia o de las “chicas de la sociedad”.

Dicho sexo placentero lo hacían única y exclusivamente las prostitutas y de esa manera, durante décadas, los hombres practicaban el sexo para reproducción en sus hogares y el sexo recreativo con las prostitutas. Frecuentemente, debido a la “calidad” del segundo tipo de sexo, los hombres abandonaban a las esposas recatadas y creadas en el régimen de virginidad -y, por lo tanto sin experiencias en las diversas posibilidades de recreación- para quedarse con las prostitutas, en cuyo lecho nupcial se hacían soberanas.

A la medida en que el tiempo fue pasando, ese abismo entre las dos categorías de mujeres -esposas y prostitutas- dejó de existir. Las relaciones humanas y las costumbres cambiaron, la palabra “prostituta” ya no se usaba tanto y surgió la categoría de las “chicas de programa”.

Las “chicas de programa” también evolucionaron: actualmente son mujeres que se dedican a ejercicios físicos, que hacen dieta, que frecuentan academias de

gimnasia, salones de belleza y que se vuelven objeto de deseo del hombre moderno.

De otro lado, cuando se casan, las esposas ya poseen una vida sexual activa y viven maritalmente con su futuro marido: las diferencias sexuales se ajustan antes del matrimonio.

Los medios de comunicación -Internet, redes sociales, periódicos, revistas y cine- mejoraron la sexualidad en todos los aspectos, y así, se debaten técnicas sexuales y variaciones en varios artículos y programas de televisión, en varios horarios de la programación y sin restricciones.

El sexo oral se hizo una rutina en la vida de las parejas y de esa manera, el hombre y la mujer actualmente comparten la belleza y las imperfecciones de los genitales externos.

Más preocupada, la mujer tomó la delantera en relación al hombre al cuidar de sus genitales como si fueran su rostro, y de los pelos del pubis como si fueran su cabello.

La depilación de los genitales pasó a contar con peluqueros especializados en corte que

combinan los genitales con el hilo dental. De esa manera, surgió un campo nuevo para tatuajes: se reemplazaron los pelos por imágenes de aves, símbolos y expresiones. Para el caso de algún arrepentimiento, surge la figura del dermatólogo para removerlas.

Actualmente, las mujeres buscan a sus ginecólogos y cirujanos plásticos para las cirugías íntimas de los labios mayores, de los labios menores, retirada del capuchón del clítoris y uso del relleno de los genitales por un coste que varía entre 2.000 y 6.000 dólares.

Los genitales femeninos actualmente también se someten al blanqueamiento con sustancias químicas.

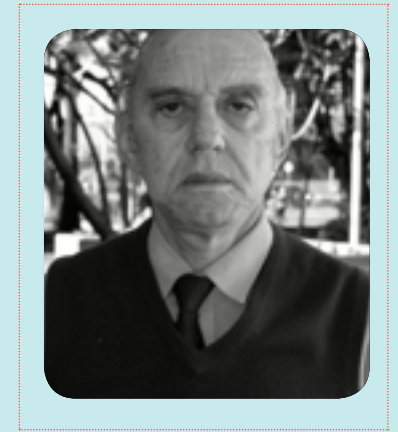
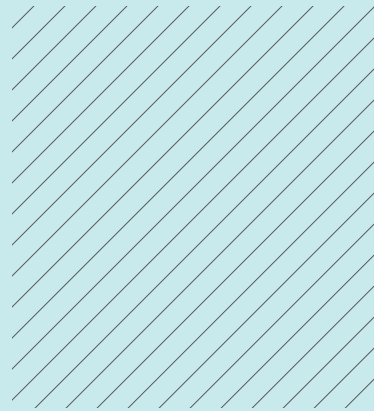
Dicho campo nuevo en la medicina dio oportunidad a la aparición de la Sociedad Brasileña de Ginecología Estética y, por consiguiente, para atender a la demanda, se aumentó considerablemente la cantidad y los tipos de equipamientos médicos y de laboratorio.

En el campo de los genitales externos masculinos, es necesario dar valor al Urólogo.

Urge renovar la cultura urológica. Por ejemplo, buscar nuevos términos más agradables para reemplazar a los actuales “fimosis”, “escroto”, “saco escrotal”, que suenan mal al oído, son desvalorizados y asustan a los pacientes y a sus parejas.

Bajo esta nueva mirada, las cirugías de los genitales masculinos deberían ser presentadas como cirugías íntimas, así como ocurre en la Ginecología.

Expresiones como “rejuvenecimiento del pene”, “cirugía plástica del pene”, “armonización de los genitales masculinos”, “reconstrucción del pene”, “estética del pene” y de los genitales masculinos deben empezar a formar parte del vocabulario urológico, sólo de esa manera podremos valorar los procedimientos que, aunque ya los ejecutemos, todavía los hemos desvalorizado.



Carlos Abib Cury: Jefe de la Disciplina de Urología de la Facultad de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP; Presidente de la Comisión de Cirugía Estética y Transgéneros de la Sociedad Brasileña de Urología; Responsable del Servicio de Transgenitalización del Hospital de Base de FAMERP; Fellow en Urología de la Universidad de Miami - EEUU. São José do Rio Preto, Estado de São Paulo, Brasil.

HUMOR

MÚSICA SEXY

