

Dedicatoria

Al Dr. Miguel Ángel Nogueras Gimeno, excelente urólogo, extraordinario compañero, gran persona y mejor amigo.

INDICE

INTRODUCCIÓN	p.03
CONCEPTOS DE SEXO	p.04
CONCEPTO DE SEXUALIDAD	p.06
a. ESPACIOS DE LA SEXUALIDAD HUMANA	
b. DIVERSIDAD SEXUAL	
TRANSTORNOS Y DISFUNCIONES SEXUALES	p.07
HOMOSEXUALIDAD, TRAVESTISMO Y TRANSEXUALISMO	p.08
a. CAMBIOS DE SEXO	
ANOREXIA SEXUAL. FIBROMIALGIA	p.12
CARACTERISTICAS DE LA SEXUALIDAD EN EL ADULTO MAYOR	p.13
CIMIENTOS DE LA SEXUALIDAD	p.14
PROBLEMAS SEXUALES MAS FRECUENTES	p.14
FALSOS MITOS	p.15
RESPUESTA SEXUAL DEL HOMBRE MAYOR	p.16
RESPUESTA SEXUAL DE LA MUJER MAYOR	p.17
TERAPIA HORMONAL SUSTITUTIVA	p.18
MIEDOS Y TEMORES DE LA SEXUALIDAD EN EL MAYOR	p.19
LA MASTECTOMÍA	p.20
CAUSAS DE LA INACTIVIDAD SEXUAL	p.21
LA ERECCIÓN	p.22
LA DISFUNCIÓN ERECTIL	p.23
a. CONCEPTO	
b. CAUSAS	
c. TRATAMIENTO	
PAUTAS DE COMPORTAMIENTO	p.29
PEQUEÑO DICCIONARIO DE TÉRMINOS	p.30

INTRODUCCIÓN

Puede sorprender que la Fundación Científica Caja Rural de Soria dedique un número monográfico a la Sexualidad en el adulto y en el mayor. Sin embargo, la importancia que diferentes ponentes han dado en el último ciclo de Soria Saludable - 2006- al mantenimiento de la Sexualidad en la edad adulta para la prevención y el retraso del desarrollo de diferentes enfermedades degenerativas, así como el éxito de las Conferencias impartidas en el mes de diciembre de 2006 en la Universidad Complutense de Madrid, nos han animado a ello.

Sirva además de incentivo para su publicación, las notorias expresiones positivas surgidas tras la divulgación de un resumen de dichas conferencias por la prensa local de Soria.

Difundir, hablar o propagar este tema hace unos años se consideraba "tabú". Hoy afortunadamente, creemos que tras la lectura de este Cuaderno de Salud, muchos y muchas, maduros y maduras, van a ver resueltos muchos problemas y dudas. Realmente consideramos que será parte de una buena EDUCACION PARA LA SALUD INTEGRAL en la edad adulta.

El sexo muere cuando muere el cuerpo. Cada edad tiene su sexualidad. Todas diferentes; todas enriquecedoras. Veremos a través de estas páginas como se rompen muchas creencias absurdas y falsos mitos en el tema de las relaciones interpersonales más íntimas.

Quien esto escribe no es un sexólogo, ni un urólogo ni un andrólogo, sino un patólogo que cree firmemente en la medicina predictiva y preventiva como la fuente más importante de la salud y el antídoto para el desarrollo de muchas enfermedades. Y para la salud, se han dado muchas definiciones que contemplan "el bienestar, físico, psíquico y social.....habiendo olvidado el bienestar sexual y medioambiental", ítem más, en las edades adultas.

Pensemos que hasta la década de los años 60 no ha existido preocupación por el tema del ENVEJECIMIENTO y tan sólo, a partir de finales de los años 70 se empieza a valorar la SEXUALIDAD en el ADULTO MAYOR.

No hemos obviado ningún tema y todos han sido tratados con la sensibilidad y el respeto que la persona de este siglo exige y que las diferentes formas de vida sexual actuales presentan.

Somos conscientes de que, hoy en día, este medio de difusión es la única vía junto con los medios de comunicación profesionales de lograr los fines previstos. Todavía hay reticencias para ver un hombre/una mujer acudiendo a una conferencia pública que llevara este título. Ustedes mismos, reflexionen y confirmen este hecho.

Nuestra intención es y ha sido, formar y educar sin herir ni dañar el cuerpo ni el espíritu en este tema tan delicado, que requería una puesta al día.

Gracias

Dr. J.M. Ruiz Liso

CONCEPTO DE SEXO

- Es un concepto fundamentalmente biológico.
- Ligado al desarrollo evolutivo de la persona.
- Viene establecido por la diferenciación sexual, que es un proceso cronológico ligado a su vez a:
 - Los Cromosomas: Durante las 6 primeras horas de formación del nuevo ser o embrión, se origina la diferenciación gonadal, en base a la presencia del cromosoma "X" o del cromosoma "Y".
 - Hormonas Gonadales:
 - Su repercusión es más trascendental entre el 4º y el 7º mes de la gestación y después del nacimiento.
 - Sistema Endocrino: Glándulas, de diversa estirpe, que mediante sus secreciones al sistema circulatorio, determinan el sexo desde un punto de vista -podríamos llamar- metabólico (?).
 - El Medio Ambiente en el que vive, crece y se desarrolla el Recién Nacido y posteriormente el niño, según va creciendo, es determinante.

En función de estas premisas, podríamos decir que, el sexo, como tal, no es único sino la integración de cinco tipos de "sexo" que van a condicionar integralmente la vida de un individuo, aunque en la práctica existan tantos sexos como personas.

- SEXO CROMOSÓMICO o GENÉTICO.**
 1. Es un componente involuntario: no lo puede elegir el propio individuo. Tan solo puede ser voluntario en la selección por fecundación "artificial" (in vitro), no coital.
Es un componente inmutable: Se determina desde la fecundación ovular por el espermatozoide y se mantiene toda la vida.
- SEXO ANATÓMICO.**
 2. Lo constituyen las características anatómicas y los caracteres sexuales secundarios. Puede ser modificado "clínica" y/o quirúrgicamente.
Está compuesto por dos tipos de caracteres morfológicos: los genitales -estos son los que indefectible e irremplazablemente intervienen en la realización de la cópula- y las estructuras extragenitales-. Todos juegan un rol diferencial, en cuanto a la persona, en el juego pre-coital y en el copulativo o dinámico- integrado por los distintos tiempos del acto sexual y que no son exactamente iguales para el hombre y la mujer.
- SEXO ENDOCRINO.**
 3. Está formado por las gónadas y lo constituyen testículos, ovarios, hipófisis y glándulas suprarrenales.
Las gónadas se diferencian de acuerdo con el sexo cromosómico, pero antes de diferenciarse, existe un tiempo muerto indiferenciado o de indefinición, en el que pueden tener lugar desviaciones del desarrollo normal del sexo-gonadal y del extragonadal formado por las glándulas, tiroides y epífisis, que intervienen en lo que a masculinidad o feminidad se refiere.
Generan hormonas.
- SEXO PSICOLÓGICO.**
 4. Está marcado por el componente endógeno que corresponde a la tríada cromosómico-endocrino-morfológica, y por un componente exógeno constituido por lo socio-ambiental, que tiene su representación manifiesta en la educación y en los hábitos sociales tales como la vestimenta y/o los juegos infantiles.
Componente psico-social, fundamentalmente.
- SEXO JURÍDICO o LEGAL.**
 5. Basado en la inscripción reglamentaria del neonato -recién nacido- en el Registro Civil del Juzgado correspondiente a través del documento oficial firmado por el obstetra (tocólogo) responsable del parto. Es el Ministerio de Justicia el responsable de su verificación, registro y certificación, así como de la custodia documental.



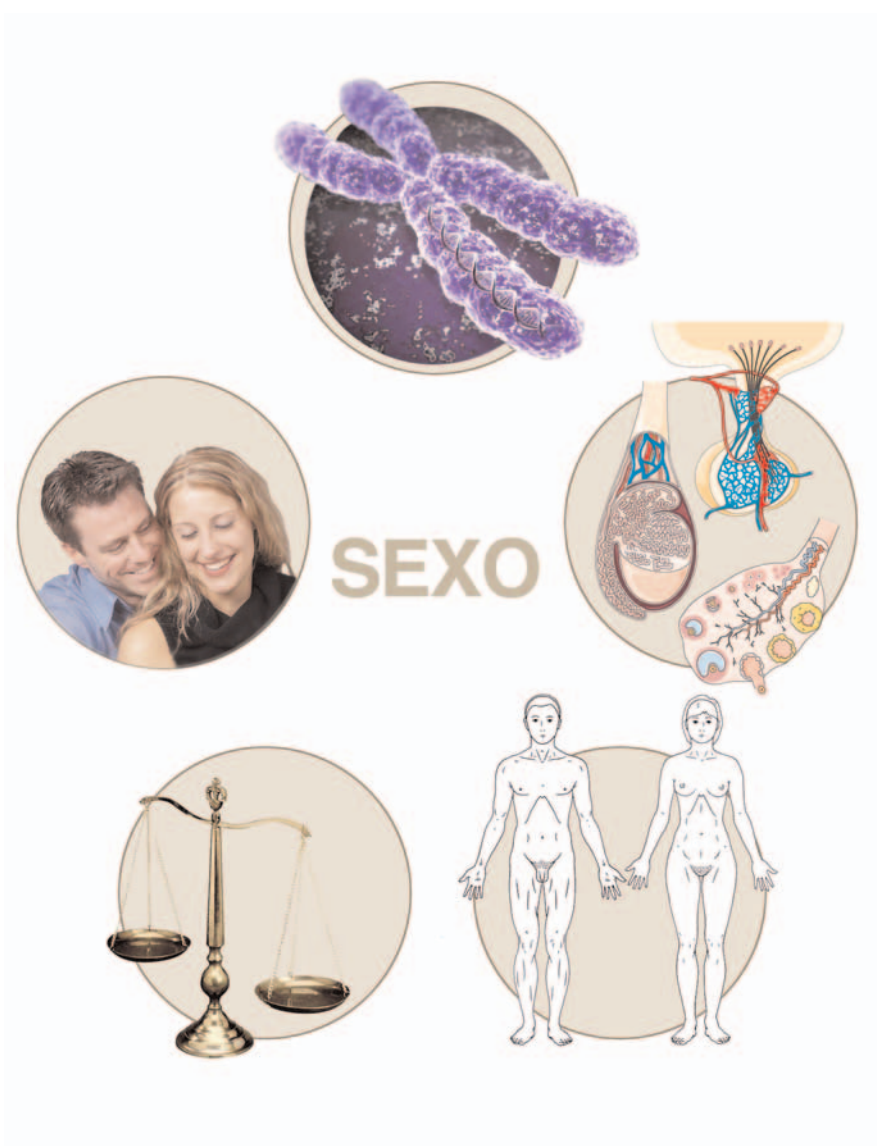
Lo normal es que todos los componentes del sexo coincidan en una sola dirección. Sin embargo, hay desviaciones en uno u otro sentido que vamos a analizar sucintamente.

El sexo es un complejo proceso, en el cual los elementos biológicos se hallan ligados con aquellos otros de carácter psicológico y social. Según los científicos, tienen preeminencia el sexo cromosómico y el gonadal, mientras que el anatómico, el psicológico y el legal influyen sobre la mente y la vida de relación y comunicación, en general.

La sexualidad implica y baña todas las actividades del ser humano y lo identifica socialmente. La morfología sexual no agota la sexualidad. De esta manera se deduce que existe una situación de intersexualidad, o sea puntos intermedios entre dos extremos precisos y definidos, por la posibilidad de que todos los seres humanos encerramos la posibilidad de entrambos sexos.

Si bien el aspecto determinante que distingue al hombre de la mujer es el sexo genético, ello no es concluyente ni determinante, sino que por el contrario, parte de la ciencia médica actual reconoce la existencia de otros factores, tales como la composición gonadal, la hormonal, los órganos sexuales externos, la identidad sexual, social y psicosexual.

Cuando no existe concordancia entre los distintos factores involucrados en la noción de sexo, se trata de establecer cuál/cuales de ellos es/son el/los que domina/n para atribuir la sexualidad.



SEXUALIDAD

Podríamos definirla de tres formas diferentes:

- a. Biológicamente, como el conjunto de condiciones anatómicas y fisiológicas que caracterizan a cada sexo.
- b. Sociológicamente, como el conjunto de prácticas, actitudes y comportamientos relacionados con el placer y la reproducción.
- c. También se llama sexualidad al apetito sexual.
 - Está ligada a la conducta y expresión sexual.
 - Está condicionado por la educación, factores culturales, estereotipos y prejuicios sociales y religiosos.

SEXUALIDAD TRADICIONAL

Reúne una serie de estereotipos ligados a su desarrollo en y con:

- Nocturnidad.
- En la cama.
- Con vínculo conyugal.
- Acción reproductora combinada con satisfacción interpersonal.
- Heterosexual.
- Monógama (en nuestra cultura).
- Sin ligaduras a fantasías sexuales.

ESPACIOS DE LA SEXUALIDAD HUMANA

La sexualidad humana presenta tres espacios o dimensiones.

1. Por un lado está el espacio de la **REPRODUCCIÓN**.
 - a. Métodos y formulas de anticoncepción: ¿cómo, cuándo, dónde, quién?.
 - b. Reproducción Asistida: Elección de la más idónea.
 - c. Peligros: La Interrupción voluntaria del embarazo (aborto-riesgo).
 - d. Visión social, familiar y laboral. Temores. Ayudas.
2. El espacio que ocupa el sexo como **RELACIONES INTERPERSONALES**.
 - a. La seducción. Lugar, espacio, tiempo y formas para el encuentro sexual.
 - b. El enamoramiento. Relaciones íntimas. El amor físico. El amor psíquico.
 - c. La elección del compañero/a: Vida en común -convivencia-, noviazgo, matrimonio. Reemplazo ante la viudedad.
 - d. Abandono: Infidelidad, pérdida del afecto, divorcio, duelo...
 - e. Terapia de Pareja: Soporte y recomendación; apoyo y consejo.
3. El sexo como **JUEGO, DIVERSIÓN, OCIO ó DIMENSIÓN RECREATIVA**.
 - a. Imagen morfológica: autoestima, seducción (maquillaje, colonias, vestimenta...).
 - b. Educación e Información: superar miedos, prejuicios, mitos y pudores.
 - c. Comunicación interpersonal: ¿quién, con quién, donde, cuando?. Trato. Intimidad.
 - d. Desmitificación del Coito como único marco de las Relaciones Sexuales. Miedo al fracaso. Hay que saber valorar el cuerpo en su integridad como factor de sexualidad: besos, caricias, roces, abrazos....(exploración corporal).
 - e. Posturas: Valorar las más idóneas: dolores, sobrepeso, enfermedades, incapacidades...
 - f. Los Artilugios Eróticos: Alternativas ante la ausencia de otro tipo de sexualidad clásica.
 - g. Otros recursos: fantasías, erotismo, películas, relajación, ejercicio físico.
 - h. Ayuda externa: Rehabilitación y Terapia sexual reglada.

DIVERSIDAD SEXUAL

Hay un conjunto de expresiones sexuales que involucran la orientación sexual, la identidad sexual y el deseo sexual.

DIVERSIDAD SEXUAL

Orientación sexual:

- Heterosexuales: hacia sexo contrario
- Homosexuales: hacia el mismo sexo
- Bisexuales: hacia ambos sexos



Identidad sexual:

- Participan:
 - La Identificación de género: sentir como hombre o como mujer.
 - El Rol de género: comportarse como hombre o como mujer.

Deseo sexual:

- Capacidad de respuesta sexual.

Son aquellos que inducen un malestar clínico acusado y significativo o que originan bien dificultades en las relaciones interpersonales o un deterioro igualmente significativo de tipo social, laboral o de otras áreas de la actividad del individuo. (Código Internacional de Enfermedades: 10 DSM IV).

TRANSTORNOS SEXUALES

El resto de **conductas sexuales**, antes considerados por la psiquiatría como tales trastornos, hoy, son socialmente aceptados.

Podemos citar:

- DISFUNCIONES SEXUALES
- PARAFILIAS
- TRANSTORNOS DE LA IDENTIDAD SEXUAL

DISFUNCIONES SEXUALES

Conjunto de trastornos, preferentemente abstenciones del deseo sexual, que aparecen cuando se producen cambios psicofisiológicos en el ciclo de la respuesta sexual, provocando malestar y problemas interpersonales.

Se incluyen:

- Trastornos del deseo sexual (ver anorexia sexual).
- Trastornos orgásmicos.
- Trastornos de la excitación sexual.
- Trastornos sexuales por dolor.
- Trastornos sexuales por enfermedad clínica.
- Trastornos sexuales por consumo de drogas o sustancias.

PARAFILIAS

Son trastornos de la inclinación sexual que incluyen un grupo de afecciones en que el sujeto tiene una actividad sexual diferente de lo que se consideran pautas normales, alcanzando la excitación sexual con estímulos que no forman parte de los patrones de conducta sexual estereotipada que la mayoría de la sociedad en que vive considera como tales.

*Incluye la presencia de repetidas e intensas fantasías sexuales excitatorias o impulsos y comportamientos que engloban:

- Objetos no humanos.
- En muchas culturas: animales
- Sufrimiento y humillación de uno mismo o de la pareja: sadismo, sadomasoquismo, etc...
- Sexo con niños/as (pedofilia) u otros que no consienten (violencia sexual) y que en la mayoría de países su comportamiento forma parte de delitos castigados por el código penal.
- *Fetichismo, exhibicionismo, froteurismo (a través del frotamiento), pedofilia etc...*

;;;Algunas de estas conductas –no obstante- hay países y sociedades que las consideran normales!!!!

TRANSTORNOS DE LA IDENTIDAD SEXUAL

Se incluyen aquí los casos en que existe una diferencia o incongruencia entre el sexo biológico y sus sentimientos de identidad hacia otra u otras personas/individuos.

- TRANSEXUAL
- TRAVESTISMO
- HOMOSEXUALIDAD EGODISTÓNICA
- OTROS

CONCEPTOS DE TRANSEXUALIDAD, HOMOSEXUALIDAD Y TRAVESTISMO

DIFERENCIAS

Siempre se ha confundido la **transexualidad** con la homosexualidad y el travestismo. En pleno siglo XXI hay, todavía, muchas personas que piensan que un transexual es un gay o un travestido. Esto, sin embargo, no es así. Un hombre que se siente mujer y se quiere cambiar de sexo es en realidad una mujer heterosexual. Pero también hay transexuales que, una vez cambiado su sexo, se sienten atraídas/os por personas de su mismo sexo. La transexualidad es una cosa y la orientación sexual otra.

TRANSEXUALIDAD

Es la disociación profunda entre el sexo cromosómico (biológico) y el psicológico, o dicho de otra manera entre el sexo con el que se nace y aquel otro que la persona siente como propio.

EL HOMOSEXUAL Se siente atraído por individuos de su mismo sexo, pero no desea modificar su cuerpo. Goza mediante el aparato sexual de su compañero/a -con su pene (hombres) o bien con las mamas y la vulva y genitales femeninos (mujer). Le gustan otras personas de su mismo sexo, hombres o mujeres.

Homosexualidad egodistónica: Es el tipo de homosexualidad no aceptada ni asumida que provoca conflicto personal y con el entorno.

EL TRAVESTIDO se arregla, viste y adorna como si fuese del otro sexo. Pero se identifica como hombre, y hasta manifiesta un placer enorme cuando su pareja descubre su verdadero sexo, oculto bajo la engañosa indumentaria. **El transexual** también se viste con las ropas del otro sexo, pero, mientras ese disfraz es para el travestido el fin, para el/la homosexual es sólo un medio. **Un travestido puede ser homosexual, pero no es transexual.**

CAMBIOS DE SEXO

El cambio de sexo pasa por varias etapas: **1º) Estudio psicológico**, para poder establecer con claridad que la persona es transexual (trastornos de personalidad, estados intersexuales, etc.); **2º) Terapia hormonal** en el hombre que cambia a mujer: aparecen las mamas y se producen otros cambios menores; en la mujer que cambia a hombre aparece la barba, el vello y cambia la voz; y **3º) Intervención quirúrgica**, que puede ser más o menos completa con extirpación de las mamas y formación de un pene artificial a partir de la vagina, y vaginoplastia o reconstrucción de una vagina a partir de la extirpación del pene.

La mayoría de los y de las transexuales no se someten a la intervención quirúrgica de genitales. Bien porque tienen miedo, bien porque les resulta muy caro o porque no quieren. Pero, aunque no hayan cambiado sus genitales, sienten que pertenecen al sexo que desean. Consideran predominante el sexo psicológico. La "genitalidad" se ve cuestionada claramente por la transexualidad. No obstante, aunque se practique la intervención quirúrgica de cambio de sexo, la situación jurídica y social no cambiaría si no consiguen el cambio de nombre y sexo en su partida de nacimiento, en su documento de identidad, en todos sus papeles, aun antes del cambio quirúrgico de genitales. Lo contrario genera discriminación y estigmatización social, marginación laboral y frustración personal.

Un aspecto esencial respecto de la intervención quirúrgica para la consecución del cambio de sexo, es que la decisión sea "tomada por la persona que se quiere operar y no por los profesionales", los cuales solo deben aconsejar en este proceso. Pero la decisión debe estar en manos de la persona transexual, por el derecho de las personas a decidir sobre su propio cuerpo, su sexo o su género de manera responsable, con el máximo de información posible y asumiendo las consecuencias de sus decisiones.

Para modificar el sexo, el sujeto debe ser capaz de discernir lo que desea hacer, y ser consciente de que la intervención quirúrgica va a ser una medida adecuada para mejorar o restaurar la salud física o psíquica de ese individuo.

La transexualidad requiere de un tratamiento rehabilitador; es decir, adecuar psicológica, hormonal y quirúrgicamente el fenotipo, esto es, el aspecto externo (biológicamente normal), al sexo sentido psicológica e individualmente por cada sujeto.

Este objetivo debe ser llevado a cabo por un equipo multidisciplinar que colabore en esta rehabilitación o reasignación del sexo. Para la reasignación del sexo son necesarias dos cosas:

1. Eliminación de las características del sexo original, que siempre es incompleta.
2. Inducción de las características sexuales del sexo que uno considera que debe poseer.

El tratamiento hormonal es imprescindible para la inducción y el mantenimiento de los caracteres del sexo al que se siente pertenecer el transexual. Tras la reasignación quirúrgica del sexo, este tratamiento debe continuar de por vida.

1. La terapia hormonal de transexuales varones a mujeres, consistirá en la supresión de las características del sexo original mediante una terapia de estrógenos, la principal hormona femenina, aplicada en suficientes dosis durante un período de tiempo, produciéndole al sujeto castración química parcial y la conversión femenina de las hormonas. Ambos efectos son temporales a menos que el tratamiento se continúe por años. Luego se producen cambios permanentes, tales como un grado variable de atrofia testicular. Si el tratamiento con estrógenos es discontinuo, el resultado es un gradual retorno al estadio anterior.

La castración hormonal producida por las hormonas reduce la testosterona, generando una disminución de la libido (deseo sexual), calmando al paciente. La longitud del pene no se reduce, pero por su estado de flacidez y acumulación de grasa debajo del abdomen, puede parecer más pequeño. Las erecciones espontáneas son suprimidas dentro de los tres meses, pero no desaparecen. Los estrógenos acarrearán, además, el desarrollo de las mamas, así como también de los pezones y de la areola mamaria. En relación al vello corporal, invariablemente disminuye y luego de un tiempo largo desaparece realmente, con la excepción del vello púbico y axilar. Se desplaza grasa de los hombros y espalda hacia las caderas, con lo cual estas se incrementan de cinco a siete centímetros. Todos estos cambios pueden hacer feliz al transexual, pues desprecia todas y cada una de las manifestaciones de su sexualidad masculina.

2. El tratamiento hormonal de transexuales mujeres a varones consistirá en un proceso de virilización, pero la conclusión puede tardar de dos a cuatro años. Se usa testosterona y se añade progesterona para suprimir la menstruación de manera definitiva. El tratamiento con andrógenos suele provocar acné y efectos desfavorables sobre el perfil lipídico (graso), con elevaciones del colesterol de baja densidad LDL, lo que coloca a los transexuales hembras intervenidos como varones en la categoría de riesgo cardiovascular de los hombres. Los cambios elaborados en el aspecto externo suelen ser bastante satisfactorios. El clítoris se alarga en todos los sujetos, aunque en grado variable, siendo a veces suficiente para relaciones sexuales satisfactorias con una mujer, toda vez que aumenta la libido tras el tratamiento androgénico. El tratamiento debe continuar tras la histerectomía (extirpación del útero).

Como la mente del transexual no puede ser cambiada a su falsa orientación sexual, se infiere que la psicoterapia no tiene nada que ofrecerle. Desde que es evidente que la mente o psique de un transexual no puede ser adecuada a su cuerpo, es lógico y justificable intentar lo contrario, adecuar su cuerpo a su psique. Si tal pensamiento es rechazado, nos enfrentaremos con una terapia nihilista, la cual no es recomendable. Ergo, las dos medidas terapéuticas, aparte de la guía psicológica y vivir como una mujer, consisten en el correspondiente tratamiento hormonal y luego la cirugía modificadora del sexo.

La técnica de la operación quirúrgica de adecuación del sexo morfológico al sexo psíquico de varón a mujer, consiste en tres pasos principales:

1. **Castración:** En la mayoría de las operaciones de conversión del sexo, los testículos son eliminados, aunque algunos cirujanos desean preservarlos intactos trasladándolos hacia el abdomen.

No obstante, la mayoría de los transexuales prefieren ser castrados y así remover todo aquello que implique masculinidad.

2. Amputación del pene o penectomía. La extirpación del pene condiciona una dificultad técnica primordial: Conservar con normalidad la función urinaria, a pesar de la poca longitud de la uretra, que requiere de constantes dilataciones, e incluso de cirugía correctora.

3. Cirugía plástica para crear una vagina artificial y genitales externos o vaginoplastia: Se crean los genitales externos, lo más parecidos a los de una mujer y se busca la funcionalidad de una pseudo-vagina (vagina artificial).

La piel del escroto es utilizada para conformar los labios mayores, mientras que la piel del pene se destina a la formación de los labios menores. En vez de utilizar piel del cuerpo para formar el canal de la vagina, la piel es tomada del pene amputado y es invertida como el dedo de un guante. La ventaja de utilizar la piel del pene amputado es que no tiene pelos y presenta terminaciones nerviosas que le permiten asemejarse a un verdadero órgano sexual. La pseudovagina requerirá ser sometida a un proceso de dilatación para evitar que se cierre.

La técnica de la operación quirúrgica de adecuación del sexo morfológico al sexo psíquico de mujer a varón, consiste en:

1. Histerectomía total o extirpación del útero, más la extirpación de los ovarios y,

2. Mastectomía o extirpación quirúrgica de la glándula mamaria. A posteriori, se continuará con el tratamiento hormonal de testosterona pero en menor medida, pues la menstruación ha sido erradicada por y para siempre, ya que han sido extirpados también los ovarios.

Hay cuatro motivos por los cuales los transexuales buscan adecuar su sexo físico al psíquico por medio de la operación de conversión del sexo:

1º. motivo sexual: para satisfacer sus impulsos y necesidades sexuales en relaciones heterosexuales.

2º. motivo de género: por la imperiosa necesidad de modificar su género, que tanta desdicha les produce.

3º. motivo legal: porque desean ser reconocidos legalmente, de acuerdo a su sexo, luego de la intervención quirúrgica, para lo cual requieren el cambio de su estatus sexual.

4º. motivo social: porque al no ser adecuado su sexo morfológico al psíquico, son estigmatizados y discriminados, tendiendo a ocultarse de la sociedad, hecho que cambia a partir de la transformación.

No obstante y dado que el sexo de todo ser humano no puede ser modificado en bloque, el transexual siente realmente y está racionalmente convencido de ser víctima de un trágico error de la naturaleza que ha operado una fractura entre la mente y la realidad corporal y a pesar de que sólo modificaría su sexo morfológico y gonadal mediante la intervención quirúrgica, así como su aspecto y apariencia física con el tratamiento hormonal, el sexo genético estaría en desacuerdo, por cuanto este no puede ser cambiado o alterado de manera alguna, con lo cual podríamos inferir que nos encontramos ante un sexo neutro o un tercer género, o bien ante un sujeto que tiene la apariencia de hombre pero que genéticamente es mujer o a la inversa, pero ello no preocupa al transexual por cuanto mediante la operación de conversión del sexo realmente logra armonizar su psiquismo a su “desorden o desequilibrio” físico.

SEXO GÉNERO

Es importante hacer una diferenciación entre los conceptos de sexo y género. Mientras el primero **-SEXO-** “se aplica más a la implicación de la sexualidad, de la libido, y de la actividad sexual”, por el contrario, el término **GÉNERO** se le define como “el lado asexuado del sexo”. “El género está ubicado por encima, y el sexo por debajo del cinturón.” No obstante, tanto el sexo como el género de todo ser humano son determinados por el sexo cromosómico. Por tanto, el sexo verdadero de un individuo puede ser diagnosticado a través de las células, estudiando sus cromosomas, –haciendo su cariotipo–.

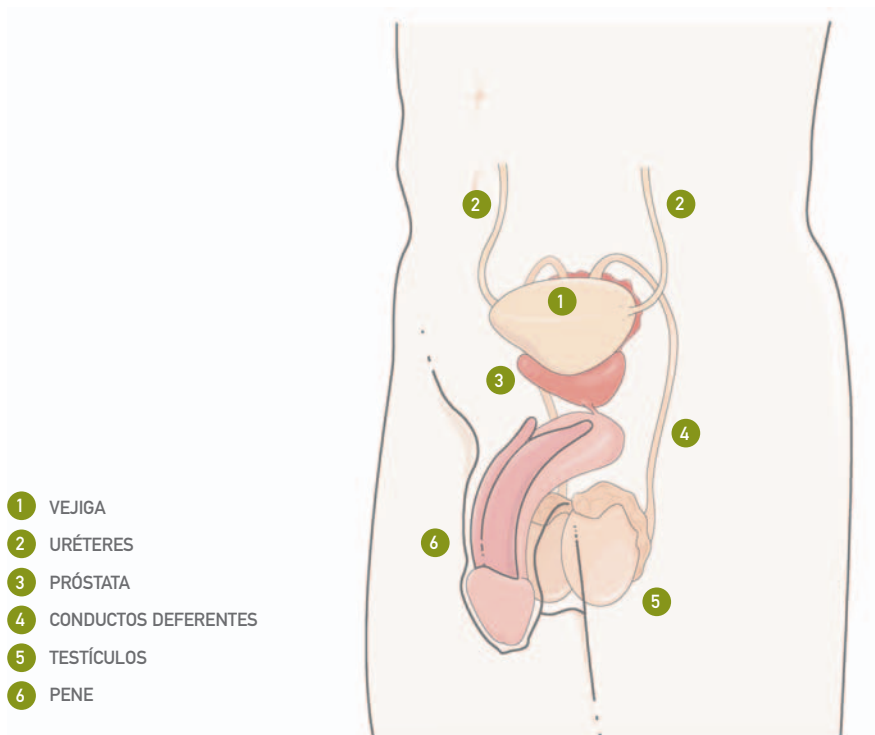
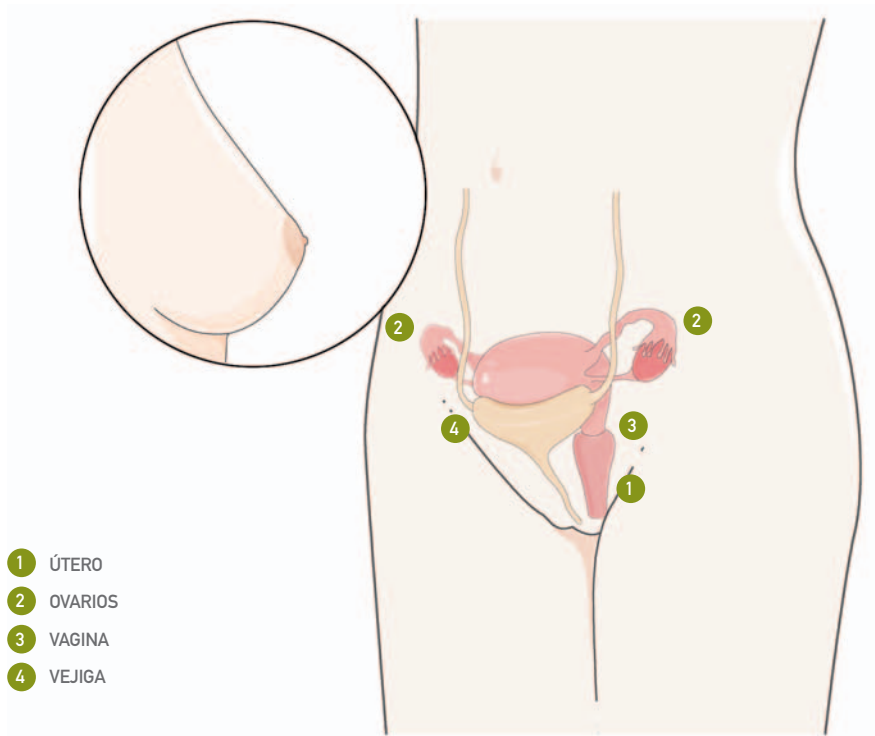
DEFINICIONES DE TRANSEXUALIDAD

“Es la condición que posee una persona cuando habiendo nacido en un “sexo biológico” determinado, posee la identidad de género del sexo contrario, identidad que le mueve a realizar todo tipo de cambios a su alcance para adecuar su morfología corporal al sexo psicológico que representa.”

(Juana Ramos. *Presidenta Transexualia*)

Tribunal Supremo:

“Operación quirúrgica que da como resultado una morfología sexual artificial de órganos externos e internos practicables, semejantes a los del sexo femenino, unidos a otros caracteres, tales como el irresistible sentimiento de pertenencia al sexo contrario, rechazo del propio y deseo obsesivo de cambiar la morfología sexual.”



LA ANOREXIA SEXUAL

Es un término muy reciente en el campo de la sexualidad.

Al igual que existe una anorexia nerviosa que lleva implícita la reacción negativa frente a los alimentos, hay, fundamentalmente mujeres –también algún hombre– que presentan un manifiesto rechazo hacia el sexo como acto sexual.

Generalmente son personas muy exigentes consigo mismas y con los demás, muy ordenados en su vida laboral y familiar, competentes y responsables. Una gran parte de estas personas tienen en su haber un historial de explotación o rechazo sexual personal o familiar, unas veces real y otras imaginario en su percepción integral del sexo. Tienen lo que podemos decir “terror” a todo aquello que implique sexualidad y especialmente frente al acto sexual bien sea coital o no.

De alguna forma manifiestan intransigencia, resistencia y aversión a todo lo sexual.

En muchos casos provienen de familias con problemas interpersonales en su seno; otras veces son consecuencia de una primera y mala experiencia sexual, sin olvidar el grupo de personas, preferentemente mujeres, que han sido objeto de una violación consumada o en fase de tentativa. Vivencias familiares de violencia doméstica hacia la madre surgen como antecedentes en muchas de las pacientes.

Tienen en su mente una conciencia firme que sitúa al sexo como algo nocivo y negativo.

FIBROMIALGIA

Hay otro grupo de mujeres que por circunstancias y padecimientos de una enfermedad, en los últimos años y en concreto la FIBROMIALGIA como prototipo específico, manifiestan la misma aversión y rechazo al sexo opuesto que lo expuesto en la anorexia sexual. De hecho forman parte de su grupo de enfermedades.

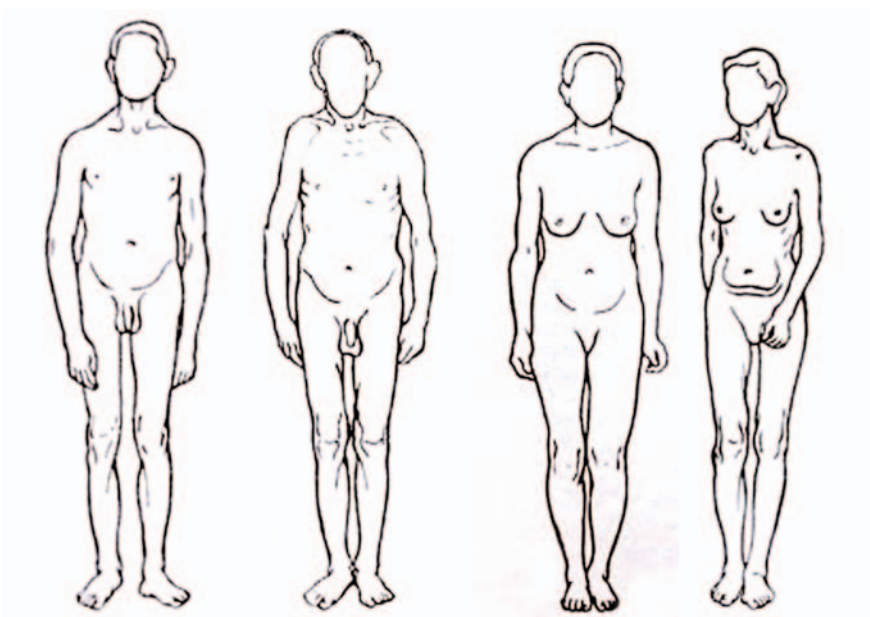
También aquellas mujeres cuya actividad coital es dolorosa y no ponen un remedio físico, psíquico ó quirúrgico a esos padecimientos, terminan con este cuadro ya señalado de Anorexia sexual.

Precisan en todos los casos un apoyo médico, en la mayoría de los casos, psicológico, postural, rehabilitador y en otros una terapia medicamentosa e incluso quirúrgica.



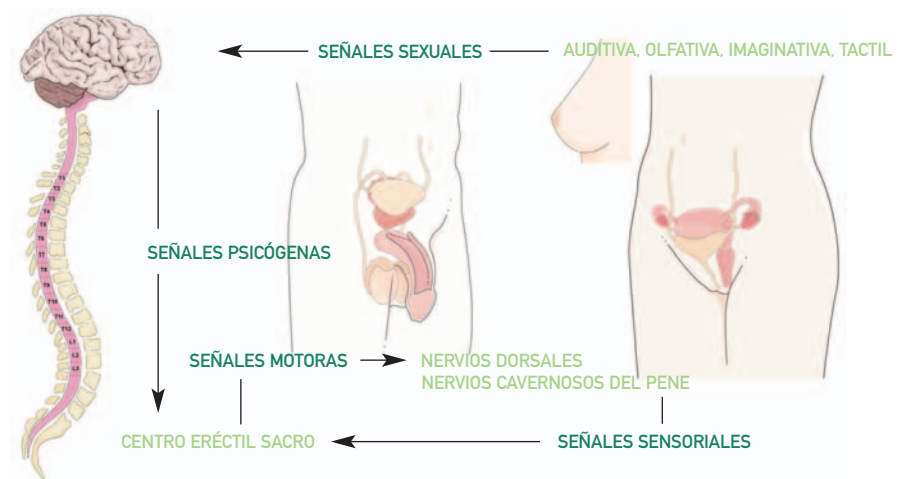
CARACTERES DE LA SEXUALIDAD EN EL ADULTO MAYOR

1. La actividad sexual del individuo se va transformando a lo largo de la vida, de ahí que los mayores sigan practicándola -incluso la coital- hasta el final de la vida.
2. La actividad sexual en los mayores favorece el equilibrio psico-físico
3. Los cambios fisiológicos sexuales en el envejecimiento varían mucho de una persona a otra. No está justificado abandonar la actividad sexual como excusa de mayoría de edad o por resultar molesta.
4. La Disminución de la actividad sexual depende de múltiples factores fisiológicos, sociales, culturales, sociales, religiosos, psicológicos, sanitarios....
5. Las mujeres en estas edades son más restrictivas, no por fisiología, sino por una moral más taxativa en algunos casos.
6. La mujer sufre una variación en su actividad sexual, más en las formas (cualitativa) que en la frecuencia (cuantitativa). Se busca en el compañero: ternura, sensibilidad....
7. Las mujeres asumen mejor que los hombres sus cambios en el aparato genital, pero aceptan peor que los hombres el proceso general de envejecimiento.
8. Algunas mujeres mayores, después de concluir la crianza de los hijos suelen recuperar su actividad sexual vital.
9. Los varones sufren más las consecuencias de los efectos fisiológicos, porque muchos de ellos tienen interiorizado su modelo juvenil y coital de sexualidad.
10. Si la actividad sexual fue satisfactoria en fases juveniles y de adulto, muy probablemente lo siga siendo, si no hay impedimentos fisiológicos.
11. Los hombres que no pueden tener relaciones coitales lo atribuyen a impotencias o enfermedades.
12. La masturbación es más frecuente en los hombres de edad, bien por carecer de compañera, bien por negarse a tener relaciones o para reafirmarse de que "todavía puede".
13. El hecho de tener compañera es muy importante y decisivo a la hora de tener relaciones sexuales o dejar de tenerlas.
14. Las inclinaciones sexuales se admiten con mayor facilidad por la opinión pública si se trata de hombres que de mujeres.
15. El estado de salud es muy importante en ambos sexos, como factor para la actividad sexual.
16. El nivel de ingresos económicos también condiciona la satisfacción en la frecuencia y calidad de relaciones sexuales
17. Hasta hace poco, hablar de la sexualidad en el mayor, era algo inabordable . Era incluso motivo de escándalo.



CIMIENTOS DE LA SEXUALIDAD EN EL ADULTO MAYOR

1. La sexualidad es un valor muy importante para la madurez y salud de las personas
2. La sexualidad no se reduce a la relación coital, es mucho más.
3. Hay mayor esperanza de vida y mejor calidad si se mantiene la actividad sexual en la vida adulta y del mayor.
4. Mayor duración de la jubilación "vital", manteniendo la sexualidad.
5. Mayor valoración del ocio en nuestra vida con actividad sexual.
6. El lenguaje de la afectividad sexual es uno de los más apreciados y necesitados y cambia con la edad. Se hace más profundo.
7. Esta época es un periodo más de la evolución sexual
8. Los adultos mayores tienen el mismo derecho a la sexualidad que los jóvenes.
9. Los adultos mayores tienen los mismos deseos de intimidad afectivo-sexual que los jóvenes.
10. Además, el sexo mejora y enriquece las relaciones afectivo sexuales de la pareja.
11. Debemos pensar que el placer sexual no se circunscribe al coito: tocarse, abrazarse, hablarse, oírse, mirarse,....
12. Las relaciones afectivo-sexuales producen gran autoestima personal y corporal, hecho fundamental en esta etapa de la vida.
13. Los avances científicos reafirman esta necesidad y los beneficios que se obtienen.
14. Son estas relaciones connaturales a todas las personas y solo se abandonan en el final de los días.



PROBLEMAS SEXUALES MAS FRECUENTES

EN EL HOMBRE

- a. **DISFUNCIÓN ERÉCTIL.**
- b. **EYACULACIÓN PRECOZ:** Penetración temporalmente breve por eyaculación temprana o porque no llega a penetrar.

EN LA MUJER

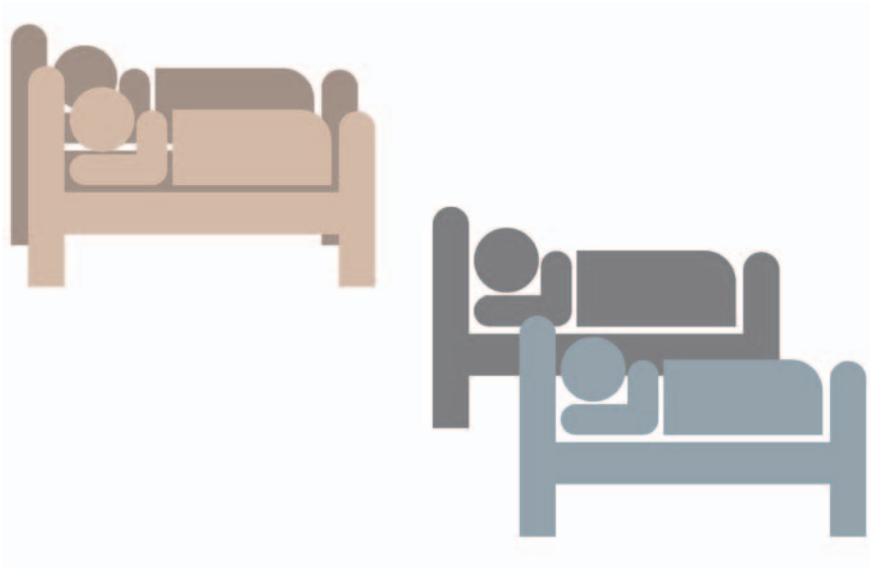
- a. **ANORGASMIA:** dificultad para alcanzar el orgasmo. Se crea un tope o barrera que no es posible vencer.
- b. **DISPAREUNIA:** Es la penetración coital dolorosa que impide la satisfacción sexual.
- c. **VAGINISMO:** Imposibilidad de realizar el coito por tener la vagina "cerrada" o muy poco abierta.

EN AMBOS SEXOS

- a. **INAPETENCIA SEXUAL:** Inhibición del deseo sexual.
- b. **BLOQUEOS:** Mal llamados "frigidez" en la mujer. La emoción o / y el sentimiento sufre una parálisis que impide la actividad sexual tanto coital como de afectividad.

FALSOS MITOS

- La menopausia es el fin de la sexualidad.
- Los hombres mayores que practican sexo son viejos verdes.
- Los mayores que se interesan por el sexo son perversos.
- El mayor está incapacitado para desarrollar conductas sexuales.
- La sexualidad se agota con los años.
- La actividad sexual puede dañar su salud.
- Los mayores no tienen necesidades, intereses ni deseos sexuales.
- Solo les interesa para combatir la soledad.
- Son tan frágiles físicamente que la actividad sexual puede dañarles.
- Por el hecho de ser mayores son “feos”.
- Por el hecho de ser mayores, no pueden atraer a nadie.
- El coito vaginal es la única vía de actividad sexual.
- Los mayores no se masturban.
- La puerta del orgasmo está cerrada para el mayor.



LOS MINUSVÁLIDOS Y DISCAPACITADOS TIENEN DERECHO A SU PROPIA SEXUALIDAD QUE DEBERÁN ADECUAR A SU PATOLOGÍA FUNCIONAL. ES FUNDAMENTAL, PARA SU REALIZACIÓN VITAL INTEGRAL.

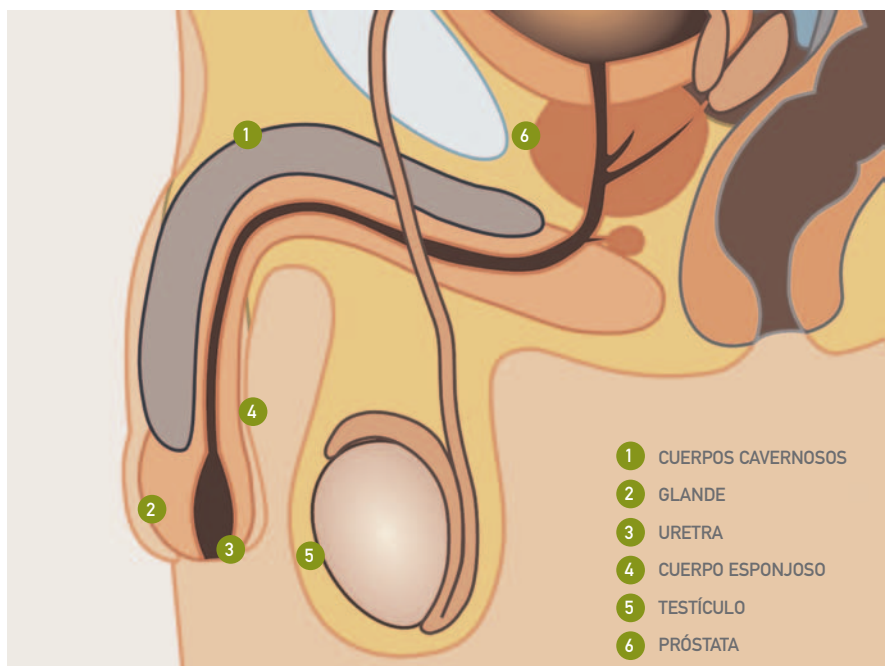
LA MINUSVALÍA NO ESTÁ REÑIDA CON LA SEXUALIDAD.

ES UN ESTÍMULO MUY IMPORTANTE PARA SOBRELLEVARLA CON MAYOR "NATURALIDAD" Y DE ADAPTACIÓN.



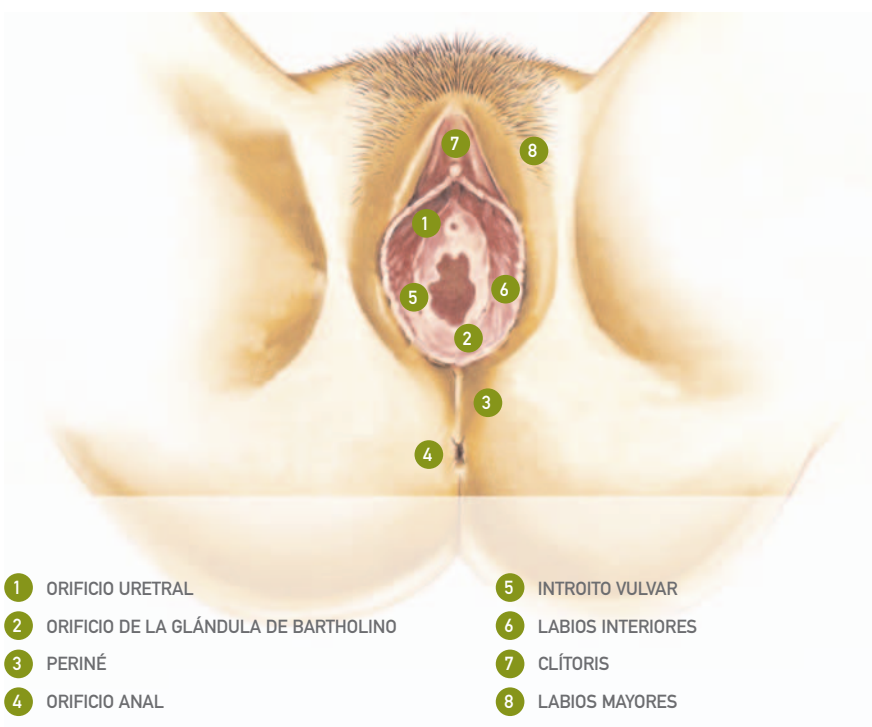
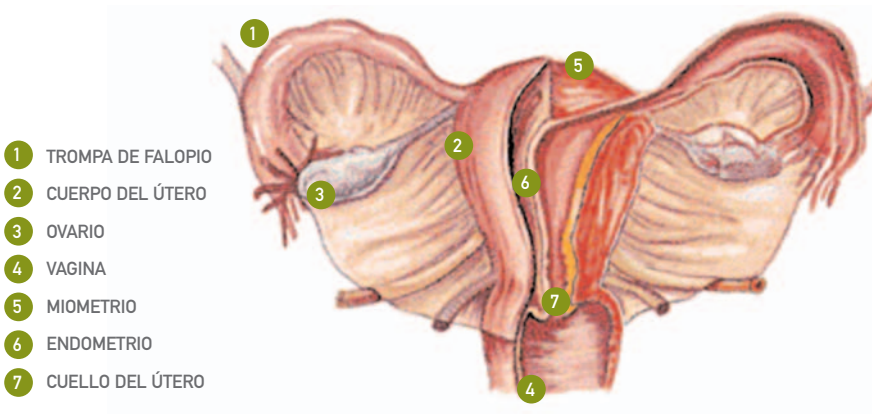
RESPUESTA SEXUAL DEL HOMBRE MAYOR

- La producción de testosterona no desaparece nunca en su totalidad con los años.
- La producción de espermatozoides, aunque disminuye, tampoco desaparece del todo.
- El semen de los hombres mayores tiene la misma concentración de espermatozoides que la de los jóvenes aunque con más elementos inmaduros, lo que los hace menos capaces de germinar un óvulo femenino.
- La erección –turgencia del pene- disminuye y es menos fuerte o firme.
- Se tarda más en conseguir la erección y esta se hace más lenta, necesitando mayores estímulos fisiológicos.
- La mera estimulación psíquica tiene menor viabilidad de provocar la erección.
- Se precisa el contacto directo con el pene.
- Cambia el tiempo de conservación de la erección: se tarda más pero se mantiene más tiempo.
- La erección, una vez perdida, precisa de más tiempo de descanso para volver a recuperarla.
- Los testículos se reducen de tamaño y se hacen menos firmes.



RESPUESTA SEXUAL DE LA MUJER MAYOR

- La Vagina se atrofia progresivamente haciéndose más corta y estrecha.
- Disminuye la elasticidad vaginal haciéndose más delgadas sus paredes.
- En algunos casos y por ese menor espesor, puede sangrar la vagina tras la relación sexual y crearse una situación de alarma.
- Mujeres mayores con poca relación sexual, la apertura vaginal puede contraerse hasta hacerse inviable la penetración.
- La Vagina tiene poca lubricación (humedad). Está más seca.
- Disminuyen las hormonas sexuales: estrógenos.
- La atrofia de la vulva también puede hacer inviable la penetración.
- Los labios mayores y menores se atrofian progresivamente.
- Desaparición progresiva del vello en el pubis.
- Disminuye la congestión genital durante la respuesta sexual.
- Un número importante de mujeres comienzan a tener pérdidas de orina tras la relación sexual (10-15%).
- Cierta número de mujeres indica tener atrofia del clítoris, haciéndose más fácilmente irritable e incluso doloroso.
- La excitación sexual se hace más lenta.
- Menor número de contracciones y menor intensidad durante el orgasmo.



TERAPIA HORMONAL SUSTITUTIVA EN LA MUJER

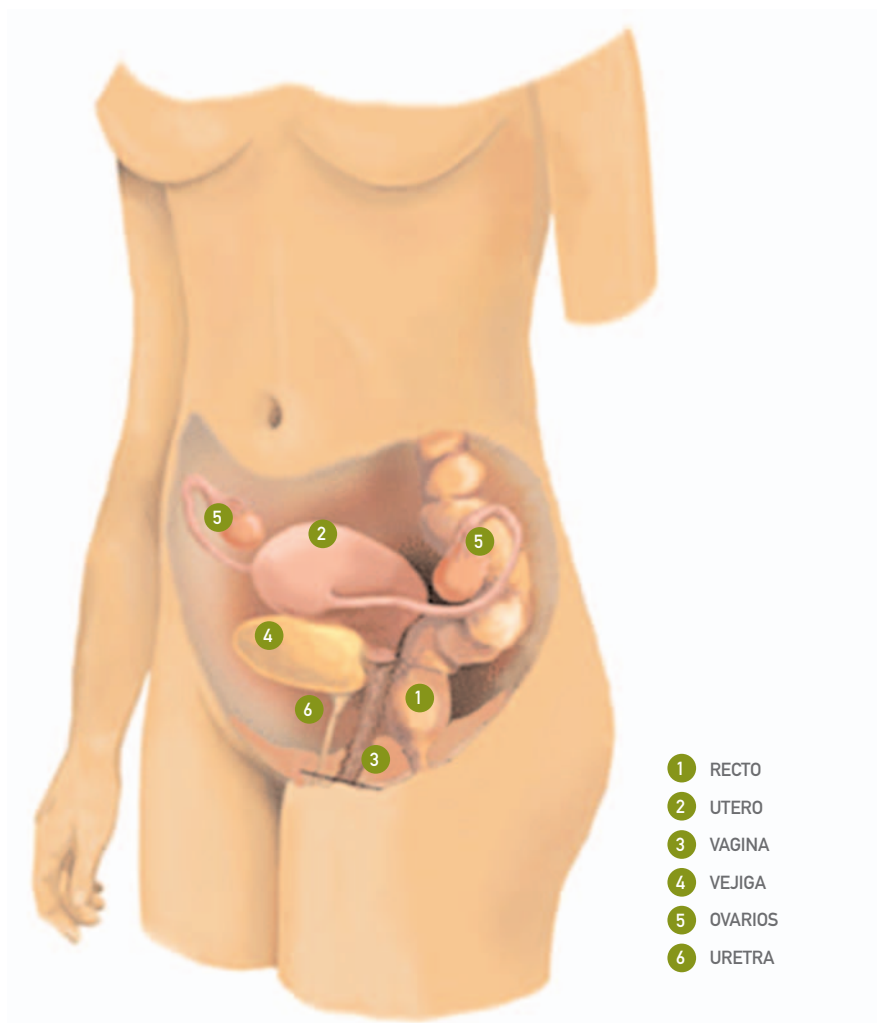
Sólo un 4% del total de mujeres que podrían beneficiarse de los tratamientos hormonales para el alivio de los síntomas menopáusicos los utilizan. El resto no lo hace debido a falta de información y por miedo, a pesar de que esta terapia es el tratamiento más seguro y eficaz, según aseguró el profesor Javier Ferrer, presidente de la Asociación Española para el Estudio de la Menopausia (AEEM), con motivo del Día Mundial de la Menopausia en 2006.

En esta línea, el Dr. Rafael Sánchez Borrego, presidente electo de la AEEM, destacó que la terapia hormonal sustitutiva (THS) reporta más beneficios que riesgos en un período menor a cinco años, siempre que la mujer experimente claramente la sintomatología. En su opinión, la clave está en utilizar la dosis mínima efectiva durante el periodo más corto. Respecto al aumento en los últimos años de las llamadas terapias alternativas o naturales para abordar los síntomas de la menopausia, este experto advirtió que todos los estudios muestran que no es igual de efectiva y que no es tan segura como parece, mientras que los beneficios de la THS superan con creces los posibles riesgos.

El Dr. Santiago Palacios, presidente de honor de la AEEM, destacó que se está produciendo la ley del péndulo en relación a estos tratamientos, ya que después de cuatro años en los que la prescripción de THS había disminuido un 50%, en el último año ha vuelto a aumentar en torno a un 20%.

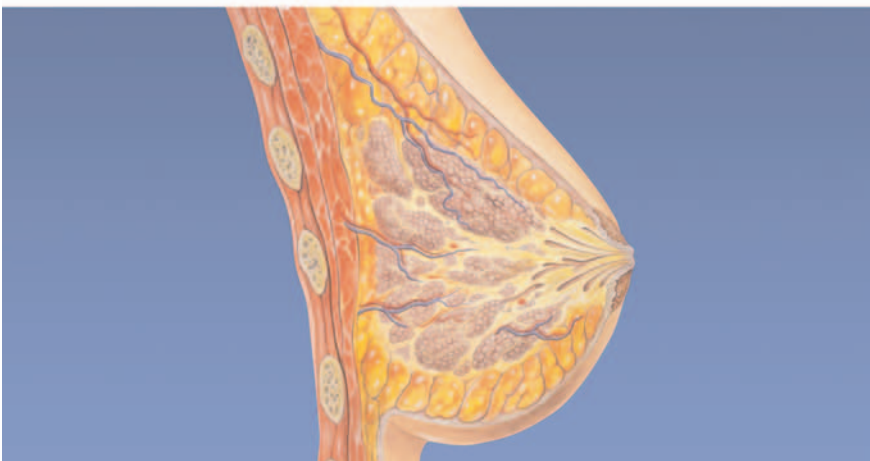
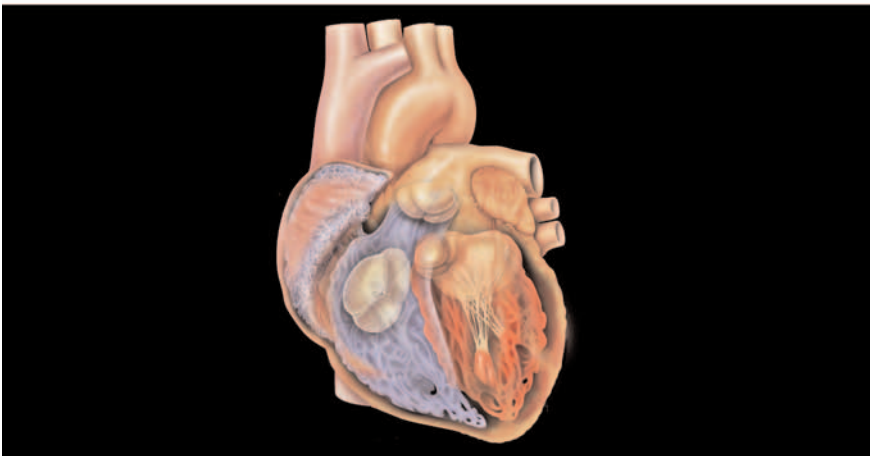
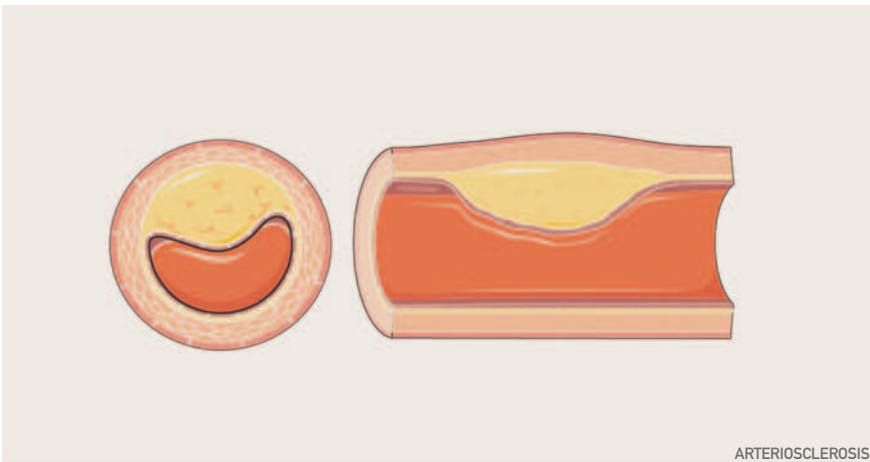
En su opinión, se había creado un temor injustificado sobre estas terapias por un estudio americano que alertaba del aumento de probabilidad de cáncer de mama, al tiempo que han aumentado los tratamientos con antidepresivos.

Estos tratamientos están bien prescritos siempre y cuando se usen en dosis bajas y cuando comiencen entre los 48 y los 55 años. Por otro lado, este experto señaló que al haberse reducido mucho en los últimos años la prescripción, se sabe que aumentarán un 20% en la próxima década las fracturas osteoporóticas.



TEMORES EN LA SEXUALIDAD EN LOS MAYORES

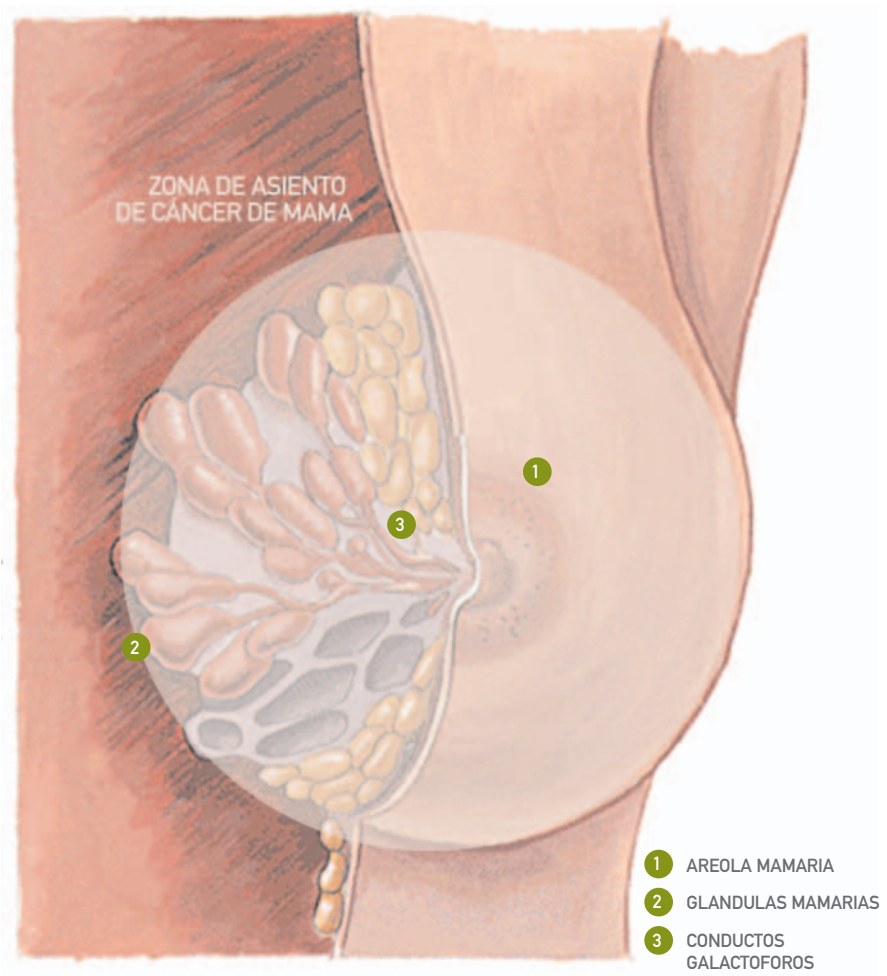
- **CARDIOPATÍAS:** Mínimos problemas.
 - Se puede hacer una vida normal tras la fase aguda.
- **DISFUNCIÓN ERÉCTIL ó IMPOTENCIA:** múltiples causas (ver capítulo específico).
- **CIRUGÍA:** sensación de minusvalía y rechazo (falta de información).
 - La mayoría de las impotencias son psíquicas
- **MASTECTOMÍA** (ver página 20).
- **HISTERECTOMÍA:** sin problemas, salvo que exista acortamiento vaginal.
 - Mayor estimulación del clítoris
- **PROLAPSO UTERINO/INCONTINENCIA VESICAL.**
 - Tienen solución quirúrgica
- **PROSTATECTOMÍA:** Los nervios y músculos pueden dañarse
 - Nuevas formas de expresión sexual, son requeridas en muchas ocasiones.



LA MASTECTOMÍA

Son importantes una serie de recomendaciones, cuando en la pareja, la mujer sufre la amputación de la mama en su totalidad (mastectomía) o de forma parcial (cuadrantectomía), con objeto de mantener y armonizar la sexualidad.

- Ambos, hombre y mujer, deben asumir conjuntamente la situación creada tras confirmarse el diagnóstico. Participación integral y recepción objetiva del problema desde el mismo momento que se establezca el carácter de esta intervención mutilante, aunque la mama forme parte del cuerpo y este sólo de la mujer.
- El varón debe reconocer la herida de la extirpación del tumor pronto y adaptarse a ella y a la cicatriz, si no hay prótesis.
- Reanudar –dentro de los límites naturales- la actividad sexual lo antes posible, de acuerdo con la frecuencia previa a la intervención.
- Adaptar la relación sexual a las posturas más cómodas para la mujer.
- Compartir emocionalmente sentimientos y actitudes con autoapoyo.
- Demostrar que sigue siendo atractiva para su pareja.
- El cariño, amor y vivencia compartida en estos momentos es la mejor medicina.
- Es muy importante relacionarse con grupos de personas con problemas semejantes.
- Periodos de ansiedad, miedo y depresión son habituales y deben resolverse si es preciso con ayuda médica.
- Es importante reintegrarse al trabajo y a la vida ordinaria lo antes posible. Hay que relativizar los problemas todo lo que se pueda.
- La cirugía plástica y reparadora no es un lujo. Es una necesidad que hará mejorar la autoestima y reducir los complejos. Es bueno volverse a ver con unas mamas simétricas y semejantes tras la intervención. Beneficia la recuperación psíquica.
- La pareja deberá valorar en común el tipo de prótesis que sea lo más “grato” para ellos y para sus relaciones, hecho que motivará una integración funcional compartida de sus relaciones.



CAUSAS DE INACTIVIDAD SEXUAL

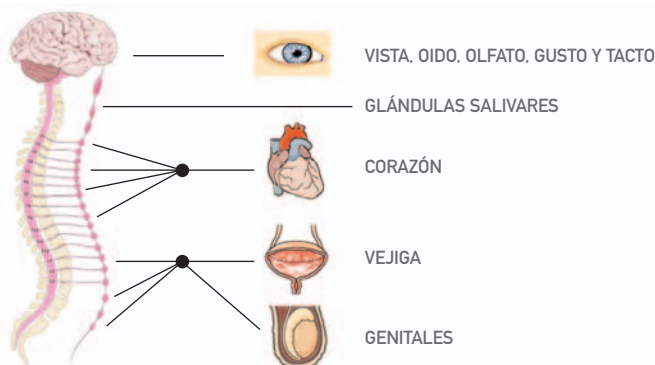
- Sexualidad aburrida: falta de creatividad e imaginación.
- Pérdida del atractivo varonil por parte de la mujer.
- Problemas económicos : falta interés sexual.
- Problemas familiares serios: falta interés sexual.
- Actividades fuera de casa, horas de tv: reducen la convivencia y por tanto la actividad sexual.
- Los hijos sustitutos del afecto que no encuentran en el esposo.
- Conceptuar la actividad sexual como genitalidad reproductora.
- Falta de adaptación de las relaciones sexuales a la edad.
- Falta de confianza de las posibilidades y ventajas del sexo en esta etapa vital.
- Falta de soluciones a los problemas sexuales que se han producido en años anteriores.
- No pedir consejo por vergüenza, timidez ó ¡qué dirán!.
- Los educadores deben insistir en este campo.
- Poca capacidad imaginativa por la formación educacional recibida antaño.
- Falta de información por parte de los medios de comunicación en este campo: ¡cómo cultivar y dinamizar la función erótica de la sexualidad en pareja!
- El cultivo de la sexualidad en esta época exige mucha:
Comprensión, comunicación, confianza, entrega, interés, generosidad, creatividad, conocimiento y renuncia.

LA SEXUALIDAD FINALIZA CUANDO FALLECE UN MIEMBRO DE LA PAREJA.

HASTA ENTONCES O SU REPOSICIÓN PARENTAL HAY O PUEDE HABER SEXO.



SISTEMA NERVIOSO SIMPÁTICO



CONDICIONES PARA PRODUCIRSE LA ERECCIÓN

- Tiene que existir un estado emocional, de relación interpersonal (si existe) y una actitud ante la sexualidad que no bloquee los mecanismos fisiológicos espontáneos que la producen y también una estimulación psicógena y reflexógena adecuada.
- La anatomía del pene no tiene que estar dañada, manteniendo su vascularización e inervación adecuadas.
- Los valores hormonales tienen que ser suficientes y tiene que existir un buen equilibrio metabólico.

El pene está formado por tres cilindros (dos cuerpos cavernosos y un cuerpo esponjoso) revestidos de una densa vaina fibrosa (fascia de Buck). Los cuerpos cavernosos están revestidos a su vez de un tejido fibroelástico (túnica albugínea). El cuerpo esponjoso contiene la uretra y está constituido de un tejido similar pero con una estructura más fina. El glande es una prolongación del cuerpo esponjoso.

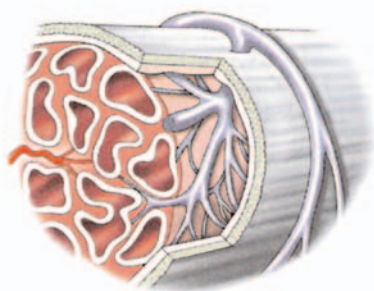
Este tejido cavernoso se compone de múltiples espacios lacunares, que están interconectados y cubiertos de tejido endotelial con función secretora muy importante en el proceso de erección. Las trabéculas forman las paredes de estos espacios lacunares y están compuestas por músculo liso y tejido fibroelástico (colágeno y elastina).

La erección es un fenómeno neurovascular. En su variante más común es producto de la activación del sistema nervioso central que integra estímulos psicogénicos (percepción, deseo, etc) y sensoriales (audiovisuales, olfativos, etc), que tienen control sobre la inervación simpática y parasimpática del pene. Los estímulos sensitivos peneanos periféricos también son importantes para mantener esta respuesta y para la activación de un arco reflejo que puede originar la erección en circunstancias adecuadas y ayudar a mantenerla mientras dura el contacto sexual. Los estímulos centrales son coordinados desde el área preóptica medial (APOM) y los núcleos paraventriculares del hipotálamo.

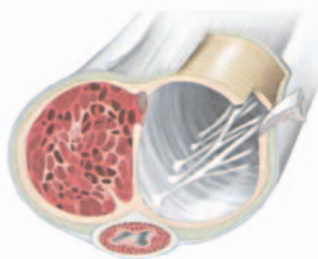
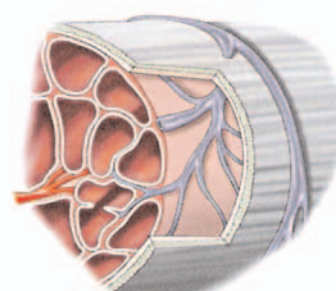
La erección es el resultado directo de una activación parasimpática que dilata las arterias cavernosas y helicinas del pene, y relaja el músculo liso trabecular, permitiendo de este modo que se expandan los espacios lacunares y quede atrapada la sangre por la compresión de las vénulas contra la túnica albugínea en un proceso que recibe el nombre de mecanismo corporo-veno-oclusivo.

La estimulación simpática provoca la contracción de la arterias helicinas y del músculo liso trabecular produciendo la flacidez del pene. Eso significa que si el tono simpático es elevado puede comprometerse la erección. Esta acción parece estar mediada por la noradrenalina. La dopamina y la serotonina también parecen inhibir la erección.

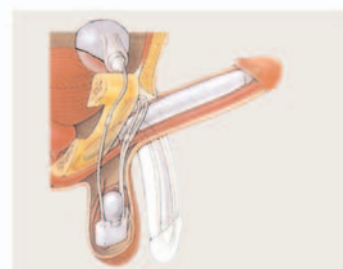
PENE SIN ERECCIÓN



PENE EN ERECCIÓN



CIRUGÍA PARA IMPLANTACIÓN DE PRÓTESIS



PRÓTESIS DE PENE (ERECTO)

LA ERECCIÓN

En primer lugar deberemos conocer las fases de la erección ya que está formada por una serie de secuencias que incluyen impulsos visuales a los nervios del cerebro, con activación neuronal del sistema nervioso central a nivel cerebral, de la médula espinal y de toda la inervación periférica del periné masculino alrededor del pene, con respuesta de los músculos, tejidos fibrosos, venas y arterias en las áreas próximas y en el interior de los cuerpos cavernosos. Por ello algunas de las causas de la Disfunción Eréctil, como luego veremos, van a ir ligadas a enfermedades en relación con estas estructuras.

Cuando NO hay una estimulación sexual, el flujo de sangre en el interior de los vasos sanguíneos del pene es muy pequeño, por lo que el pene está flácido (no erecto). Cuando hay una estimulación, bien visual, bien psíquica, bien física, las arterias del pene se relajan y se dilatan por lo que el caudal de sangre que entra al pene aumenta mucho. Según se va expandiendo el pene, sus venas que tendrían que devolver la sangre que han acumulado hacia la red sanguínea general (circulación sanguínea de retorno), sin embargo se comprimen e impiden que salga la sangre. Cada vez va entrando más sangre y sale de retorno venoso una mínima cantidad fisiológica de sangre, muy poco apreciable, con lo que el pene se endurece y crece en tamaño por la elasticidad de sus tejidos hasta que se culmina el coito y las venas se reabren de nuevo en toda su amplitud al circuito general de retorno.

Es la incapacidad persistente del varón, de mantener, lograr o tener una erección adecuada y suficiente tal, que permita y consiga una relación coital (sexual) satisfactoria.

Es lo mismo que **IMPOTENCIA** (impotens = no poder) y es un trastorno exclusivo de la rigidez del pene. Sin embargo, es preferible denominarlo como D.E. porque define de una forma más objetiva la naturaleza del problema. Impotencia puede tener además connotaciones negativas o puede ser malinterpretado como debilidad o minusvalía.

La palabra impotencia también puede utilizarse para definir otros problemas que interfieren con la actividad sexual y la reproducción, tales como la falta de deseo sexual y los problemas con la eyaculación o el orgasmo.

TIPOS:

1. PRIMARIA. El hombre que la padece toda su vida.
2. SECUNDARIA. La que le surge a un hombre después de haber tenido una actividad sexual normal.
3. TOTAL. Ausencia completa de erección.
4. PARCIAL. Erección de "media intensidad" ("a medio gas") sin completar al 100% la erección.
5. SELECTIVA: Es intermitente, dependiendo de la pareja sexual.

A medida que los hombres envejecen puede llevar más tiempo conseguir una erección y también se precisa de una estimulación física más directa.

La Disfunción Eréctil **NO** es :

- Falta de apetito sexual.
- Falta de placer.
- Falta de orgasmo.
- Eyaculación precoz: que es un trastorno en la fase de excitación. Sin embargo, a veces, puede ser un desencadenante de la disfunción eréctil.
- Eyaculación retardada.
- Consecuencia exclusiva de la edad. Únicamente podemos señalar que si aumenta

DISFUNCIÓN ERECTIL

¿CÓMO SE PRODUCE LA ERECCIÓN?

DISFUNCIÓN ERÉCTIL (D.E.)

con la edad. Así se manifiesta en el 5% de los hombres de 40 años / y en el 25% de los hombres de 65-70 años.

- Tener fimosis: apertura demasiado estrecha de la piel –prepuccio- que recubre el glande y que impide a este último deslizarse sin dificultad para la penetración. Genera infecciones.
- Tener un pene corto.
- Consecuencia de la extirpación de los conductos deferentes para la esterilización del hombre (vasectomía).

La Disfunción eréctil **NO SE DEBE** a:

- Exceso de actividad sexual en el pasado
- Exceso de masturbación en el pasado
- Problemas de esterilidad masculina
- Envejecimiento, aunque a mayor edad, mayor incidencia de enfermedades ligadas a la disfunción eréctil.
- Falta de masculinidad
- Tamaño del pene
- Infecciones previas
- Promiscuidad sexual

La Disfunción eréctil **PROVOCA** en los hombres que la padecen:

- Reacción de ansiedad ante el momento de la relación sexual.
- Inseguridad.
- Cambio de ánimo y modificación de conducta.
- Rechazo por parte de la pareja en muchas ocasiones.
- Disminución de su calidad de vida.
- Estrés: puede ser causa y efecto.
- Pérdida de interés por el sexo.
- Baja autoestima: puede ser causa y efecto.
- Depresión: puede ser causa y efecto.

A nivel orgánico y funcional los vasos sanguíneos no se expanden lo suficiente y el pene no puede llenarse de sangre.

El mecanismo de la erección es muy complejo y puede alterarse en cualquiera de sus fases o pasos.

SITUACIONES ESPECIALES

- En ocasiones solo se presenta con una determinada pareja. Es la disfunción eréctil de tipo psicógeno y situacional.
- Otras veces al paciente le interesa quedar bien con una determinada pareja y esto le genera una ansiedad especial en el momento de la relación sexual, que le provoca disfunción eréctil “personificada”. Suele ocurrir que con su pareja estable no le ocurra. Por ello se dice que a partir de los 50 “para hacer el ridículo, es mejor hacerlo en casa”.
- A veces hay situaciones que condicionan la aparición de Disfunción Eréctil en la vida adulta, tales como experiencias sexuales traumáticas, violaciones, relaciones parentales deterioradas o una formación restringida e inadecuada de la moralidad.
- También se han visto casos de Disfunción Eréctil en varones con infidelidad real o imaginaria de su pareja.
- También hay que valorar bien la relación sexual, en el sentido de no considerar el varón como disfunción eréctil lo que en realidad puede ser una resistencia funcional u orgánica de la mujer a la penetración.

- Una experiencia sexual traumática puede condicionar una reacción de miedo, dolor y ansiedad frente al acto sexual y secundariamente una disfunción eréctil. Abusos infantiles por parte de adultos, castigos por masturbación etc...

La mayoría de los hombres, a lo largo de su vida sexual ha tenido algún episodio aislado de dificultad para conseguir la erección. Sin embargo, en mayor o menor grado, hay muchos miles de españoles con un trastorno crónico y permanente de su erección.

Es más frecuente de lo que se piensa, ocultándose socialmente e incluso a nivel familiar por las connotaciones negativas de autoestima, fundamentalmente, que genera, así como también por ser problemas de intimidad sexual. Tan sólo consulta este problema un 10% de más de 1.400.000 españoles que lo padecen.

El tamaño del pene no influye para el desarrollo de una disfunción eréctil. Existe una amplia variación de longitudes que entran dentro de los valores normales, por lo que el tamaño raramente se considera anormal.

También hay muchos hombres que creen que su disfunción eréctil está provocada por un problema o situación psíquica personal que no admite un tratamiento médico, y en base a ello no acuden, por ese motivo o por vergüenza a la consulta.

La vasectomía o extirpación de un segmento de ambos conductos deferentes por donde "circulan los espermatozoides", no interviene ni afecta a la erección del pene y por tanto tampoco es causa de disfunción eréctil. Incluso en algunos casos mejora ciertas "pseudo-disfunciones" ocasionadas por el miedo al embarazo no deseado de la pareja.

ES TRASCENDENTAL COMPARTIR EL PROBLEMA DE SU D.E. CON SU PAREJA. NO HAY QUE SENTIR VERGÜENZA. MUCHAS MUJERES CON SU APOYO SON EL MEJOR TRATAMIENTO, DADO QUE EL PROBLEMA ES CONJUNTO (DE LA PAREJA).

DE ESTA MANERA, EN UNIÓN, PODRÁN OPTAR CON PLENITUD DE CONOCIMIENTOS A LAS OPCIONES DISPONIBLES PARA SU TRATAMIENTO.

ES IMPORTANTE CONOCER QUE LA DISFUNCIÓN ERÉCTIL TIENE TRATAMIENTO EN LA MAYORÍA DE LOS CASOS.

EL PRIMER PASO SERÁ ACUDIR A SU MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA QUE ANALIZARÁ Y ESTUDIARÁ EN PRIMERA INSTANCIA SU PROBLEMÁTICA, PRACTICÁNDOLE LA ANALÍTICA QUE PROCEDA, DIAGNOSTICÁNDOLE SU PATOLOGÍA DE BASE Y ENVIÁNDOLE AL ESPECIALISTA SI FUERA NECESARIO.

ORIGEN: La mayoría son de origen orgánico, y las alteraciones vasculares de las arterias (factores de riesgo cardiovascular) son la causa más frecuente.

CAUSAS DE LA DISFUNCIÓN ERÉCTIL

UNA BUENA HISTORIA CLÍNICA Y UNA EXPLORACIÓN FÍSICA COMPLETA BASTAN PARA LLEGAR AL DIAGNÓSTICO DE UNA D. E. EN LA MAYORÍA DE LOS CASOS.

1. Una buena historia clínica.
 - a. Con evaluación psicológica.
2. Examen Físico.
 - a. Tacto rectal.
 - b. Exploración del área genital.
 - c. Evidencia de otras enfermedades ya citadas.
3. Pruebas de laboratorio. Determinaciones (test) hormonales.
 - a. Niveles de testosterona.

DIAGNÓSTICO DE LA DISFUNCIÓN ERÉCTIL

- b. Niveles de prolactina.
 - c. Pruebas de respuesta eréctil tras inyección de medicamentos que dilatan los vasos sanguíneos del pene.
 - d. Detección de erecciones nocturnas mediante diversos dispositivos.
4. Técnicas de radiología diagnóstica (en algunos casos)
- a. Cavernosometría (*)
 - b. Cavernosonografía de infusión dinámica (*)

(*) No consideramos de interés su descripción.

El test diagnóstico más importante es la inyección intracavernosa (dentro del pene) de fármacos que activan la vasodilatación (vasoactivos) como el alprostadil o la papaverina. En algunos casos es necesario realizar una ecografía-doppler de las arterias cavernosas o una cavernosometría para descartar la presencia de una fuga venosa. En casos seleccionados puede ser necesario realizar una angiografía de las arterias pudendas.

CAUSAS Incluimos las causas más importantes. Será el médico responsable de tratar la disfunción eréctil quien determine si es alguna de estas u otras causas porcentualmente menos significativas.

CAUSAS ORGANICAS: del 70-80% de los casos:

VASCULARES

- Arteriosclerosis, hipertensión arterial.

NEUROLÓGICAS

Los nervios que tienen que llevar el impulso nervioso generado en el cerebro funcionan mal en algunas enfermedades e inducen una disfunción eréctil, tales como:

- Medulopatías (enfermedades de la médula espinal), Esclerosis múltiple, Neuropatía diabética y alcohólica, Enfermedad de Parkinson...

ENDOCRINAS

- Diabetes (35-50% de hombres diabéticos), descenso de lipoproteínas HDL, Hipercolesterinemia, Hipogonadismo, Hiper/Hipotiroidismo, hiperprolactinemia...

SECUNDARIAS A FÁRMACOS

Algunos medicamentos pueden producir disfunción eréctil como efecto secundario adverso, especialmente para el tratamiento de la hipertensión arterial, cifras elevadas de colesterol, diabetes, depresión, úlcera de estómago, insomnio y algunos medicamentos utilizados para tratar determinados tipos de tumores (cáncer).

- Antihipertensivos, fibratos, psicofármacos, diuréticos, antiparkinsonianos, antiulcerosos –algunos antagonistas H2-.....

LESIONES LOCALES

- Traumatismos de la columna vertebral o craneal y fracturas de pelvis pueden tener como efecto secundario una disfunción eréctil. Lesiones en vejiga, pene y uretra también pueden condicionar una D.E..
- La enfermedad de "Peyronie" (induración plástica del pene) es un trastorno que aparece en varones de edad media y consiste en el desarrollo de una placa fibrosa en la túnica albugínea de los cuerpos cavernosos con pérdida de la elasticidad normal de la misma y causa desviación del pene en la erección, pudiendo esta ser dolorosa e impidiendo parcial o totalmente la penetración. Se diagnostica por simple inspección y palpación.



ENFERMEDADES CRÓNICAS

- La insuficiencia hepática y renal puede conducir en algunos casos a disfunción eréctil.



TABACO

- Tabaquismo crónico



DROGAS de ADICCIÓN:

- Heroína, Alcohol.....
- También afectan al deseo sexual, al cual inhiben.

SECUNDARIAS A INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS PREVIAS EN LA ZONA PÉLVICA

Y a que pueden lesionar nervios y arterias cerca del pene. Intervenciones de Cáncer de próstata, recto o vejiga.

CAUSAS PSICÓGENAS del 20-30% de los casos:

Inhibición central del mecanismo de la erección

- DEPRESIÓN
- ANSIEDAD
- ESTRÉS
- PROBLEMAS DE PAREJA
- BAJA AUTOESTIMA
- MIEDO A FALLAR EN EL SEXO

CAUSAS MIXTAS

Combinación de factores orgánicos y mixtos

TRATAMIENTO DE LA DISFUNCIÓN ERÉCTIL

Dependiendo de la causa que lo origine, el tratamiento recomendado será clínico en unos casos, psicológico en otros y quirúrgico en determinados casos, así como también combinación de cualquiera de los tres.

Se encuadrarían dentro de este grupo de terapias únicas o combinadas:

1. Modificación de estilos de vida –dietas alimenticias que corrijan los elevados niveles de colesterol del paciente-.
2. Modificación de factores de riesgo: Tabaco, alcohol y drogas.
3. Eliminación y sustitución de los fármacos responsables de su D.E. por otros clínicamente semejantes a través de su médico responsable.
4. Consejo Sexual: Evitar estrés, cultivar humor, dinámica de caricias no genitales.
5. Reeduación del paciente para combatir su nivel de ansiedad.
6. Psicoterapia y terapia conductual, en determinados casos y situaciones.
7. Fármacos Orales que son capaces de provocar una erección ante un estímulo sexual de forma natural. El más conocido es el Sildenafil (Viagra). Mejoró la erección en tres de cada cuatro participantes en un estudio reciente.
8. Fármacos Locales: Pomadas, parches, cremas,...
9. Terapia transuretral y de inyección: inyección de medicamentos en el tejido eréctil del pene para relajar los músculos lisos del pene y permitir que pueda desarrollarse la erección.
10. Dispositivos de aspiración ó vacío: Sistemas que crean presión externa negativa para potenciar el flujo arterial del pene y cintas constrictoras que retienen sangre dentro del glande del pene.
11. Enfermedad de Peyronie.

El mejor tratamiento es el quirúrgico. La técnica más empleada es la plicatura de los cuerpos cavernosos, para corregir la desviación del pene con el coste psicofísico de un leve acortamiento del mismo.

12. Procedimientos quirúrgicos: Prótesis de pene (implantes peneanos)
Tres tipos de implantes están siendo empleados y todos se ajustan quirúrgicamente: Implantes hidráulicos, prótesis e implantes plásticos hinchables. Los implantes son un procedimiento irreversible y el tejido eréctil se lesiona de forma definitiva cuando se ponen estas prótesis.

Las prótesis de pene constituyen una alternativa muy segura para el tratamiento de la disfunción eréctil. Las prótesis hidráulicas son las más fisiológicas ya que no solamente confieren la rigidez necesaria para la penetración sino que además son capaces de proporcionar un estado de flaccidez que la haga perfectamente disimulable. Los cilindros de la prótesis se colocan en el interior de los cuerpos cavernosos tanto si se trata de una prótesis hidráulica o si es maleable.



13. Cirugía Vascul. Se practican dos tipos de intervenciones: a.-Cirugía de revascularización conectando una arteria de la pierna con las arterias de la parte dorsal

del pene aumentando el flujo sanguíneo y b.- Ligaduras venosas cuando el pene no puede almacenar una cantidad suficiente de sangre para mantener la erección (se ligan ó atan las venas que causan un drenaje excesivo de sangre en el pene).

14. Afrodisiacos y terapias alternativas: generalmente inútiles y en muchos casos nocivas.
15. Terapia Génica. Un pequeño estudio piloto demuestra que la terapia génica puede ayudar a los varones con disfunción eréctil, según informan los responsables de la investigación en la revista "Human Gene Therapy".

El gen hSlo codifica una proteína que relaja a los músculos y permite que la sangre fluya al pene. Para que el gen se pueda administrar a pacientes, se incorpora a un paquete de ADN llamado plásmido.

No se observaron efectos secundarios adversos y los pacientes que recibieron las dos dosis más altas mantuvieron la mejoría de la función eréctil. Un paciente en cada uno de esos niveles de dosis dijo tener resultados clínicos altamente significativos y mantenerlos durante todo el estudio.

Según los investigadores, el objetivo del estudio fue establecer la seguridad del procedimiento, por lo que no se pueden obtener conclusiones sobre su efectividad, aunque los resultados son muy alentadores.

1. La sexualidad es un aprendizaje continuo.
2. Para madurar sexualmente, es necesario conocer objetivamente lo que es y representa la sexualidad y si es preciso que alguna persona nos oriente y enseñe como una asignatura más dentro del campo de la salud.
3. Hay que desdramatizar la sexualidad y sus problemas ya que suelen resolverse médica o/y psicológicamente. Apenas hay dificultades en este campo que no puedan tratarse o curarse.
4. Pensar siempre que la naturaleza es muy sabia y que debemos respetar sus condicionantes psíquicos y también los físicos.
5. La ansiedad y la ignorancia minimizan los valores positivos de una buena relación sexual.
6. En el caso de la Disfunción Eréctil se aconseja en las relaciones de pareja, que en la fase inicial y aguda del problema, se sustituyan las relaciones coitales por alternativas que satisfagan sexualmente. Hay alternativas positivas para iniciar la recuperación.
7. Las caricias, la ternura, y la afectividad son fundamentales en las relaciones humanas de pareja, provocando la extinción o disminución de la problemática sexual.
8. En algunas ocasiones la sexualidad requiere tratamientos específicos, bien de pareja, bien individuales para resolver sus contrariedades y dificultades.
9. El ser humano es un todo y la sexualidad no es una parcela.
10. La comunicación con el compañero y el diálogo permanente, deben permitir tener en cuenta los deseos de los dos, en conjunto y por separado, buscando el bienestar sexual de la pareja.

PAUTAS DE COMPORTAMIENTO

DICIONARIO DE TÉRMINOS

abdomen: También se le denomina "vientre". Se refiere a la parte del cuerpo que contiene todas las estructuras internas que se encuentran entre el tórax y la pelvis. Fundamentalmente están el aparato digestivo –incluyendo hígado, páncreas y bazo– en la parte anterior y los riñones en la posterior (retroperitoneo).

anorexia: Inapetencia. Falta de apetito. Rechazo psicofísico a una acción voluntaria. Por sí sola, la palabra anorexia se ha aplicado a la anorexia nerviosa (alimentaria).

anorgasmia: Ausencia o insuficiencia de orgasmo sexual.

arterias: Son los vasos sanguíneos que transportan la sangre oxigenada desde el corazón hasta las diferentes partes del cuerpo.

aumento de la tensión arterial: Equivalente a hipertensión arterial.

cáncer: Crecimiento anormal y desordenado de tejido que puede invadir las estructuras cercanas y extenderse a otras partes del cuerpo a través de vasos –metástasis– y ser una amenaza para la vida.

colesterol: Forma específica de grasa que es importante para algunas funciones del organismo pero que si se acumula en cantidades excesivas, contribuye a la formación de depósitos no saludables en forma de placas en las arterias, impidiendo o interfiriendo con el flujo sanguíneo.

colon: Intestino grueso.

constricción: Situación de estrechez o angostura en un vaso, conducto o víscera hueca.

cuerpos cavernosos: Son dos cuerpos de forma cilíndrica que están uno al lado del otro en el pene y que, cuando se llenan de sangre, se agrandan y hacen que el pene se hinche, aumente de tamaño y pase al estado de erección.

diabetes mellitus: Enfermedad que se caracteriza por un alto contenido de azúcar en la sangre a causa de la incapacidad del cuerpo para utilizar correctamente el azúcar (glucosa). En la diabetes tipo 1, el páncreas no puede producir suficiente cantidad de insulina; en la diabetes tipo 2 el cuerpo es resistente al uso de la insulina disponible.

disfunción eréctil: También se la conoce como impotencia. Es la incapacidad temporal, permanente o recurrente de lograr o mantener una erección lo suficientemente rígida para mantener una actividad sexual satisfactoria.

dispositivo de succión para la erección: Se trata de un aparato que se utiliza para el tratamiento de la disfunción eréctil que tiene una bomba que extrae aire por un cilindro plástico colocado sobre el pene y crea un vacío que permite un mayor flujo sanguíneo hacia el pene, lo que a su vez genera una erección.

enfermedad de Peyronie: Se trata de una placa (área endurecida) que se forma en el pene y que evita que esa área se estire. Durante la erección, el pene se dobla en la dirección de la placa, o la placa puede llevar a la aparición de una muesca y al acortamiento del pene.

enfermedad vascular: Se trata de la enfermedad que ocurre en los vasos sanguíneos. Hay diversos tipos de enfermedades vasculares: tumorales, inflamatorias, degenerativas, de depósito....etc.

erección: Se refiere al agrandamiento y endurecimiento del pene a causa de un mayor flujo sanguíneo que llega al mismo y un menor flujo sanguíneo que retorna del pene y que ocurre como resultado de la excitación sexual.

eréctil: Que es capaz de llenarse con sangre bajo presión, por lo que se hincha y pasa a un estado de rigidez.

escrotal: Relativo al escroto, es decir, la bolsa de tejido que cuelga debajo del pene y que contiene a los testículos.

escroto: También se lo conoce como saco escrotal. Es la bolsa de tejido recubierta de piel que cuelga debajo del pene y que contiene los testículos.

eyaculación: Es el acto de liberar semen a través del pene durante el acto sexual. Semen eyaculado.

gen: Unidad básica que se encuentra en los cromosomas y que es capaz de transmitir las características de una generación a la siguiente.

hormona: Es un compuesto químico natural producido en una parte del cuerpo, generalmente por una glándula, y que se libera en la sangre para iniciar alguna función en particular del organismo o para regularla. La hormona antidiurética es la que le indica a los riñones que produzcan orina con mayor lentitud.

infección: Es la expresión en el organismo corporal de la presencia de gérmenes nocivos, bien virus, bien bacterias u otros agentes.

maleable: Que es capaz de ser moldeado o doblado.

medicación intrauretral: Se refiere a la medicación que se administra a través de la uretra, que es el tubo flexible que transporta la orina desde la vejiga hacia el exterior del cuerpo.

orgasmo: Es el clímax de la excitación sexual, y se produce por el estrechamiento de los músculos alrededor del área genital, experimentando como un vacío o sensación agradable de sacudidas de estremecimiento en diferentes partes del cuerpo.

ovario: Cada uno de los órganos femeninos donde se producen los óvulos y las hormonas femeninas.

pene: Es el órgano masculino por excelencia que se utiliza para la micción y la actividad sexual.

próstata: En los hombres, glándula con forma de nuez que rodea a la uretra en el cuello de la vejiga. La próstata produce un líquido –prostático- que va al semen.

prótesis: Parte artificial (artilugio) que se acopla al cuerpo para desarrollar funciones que han quedado anuladas o disminuidas.

prótesis peniana: Se refiere a los dispositivos semirrígidos o inflables que se implantan en el pene para el tratamiento de la impotencia.

radiación: Efecto de la intervención de ondas radiantes sobre un organismo, con efectos terapéuticos o diagnósticos de diferentes bandas e intensidades: rayos X, braquiterapia, radioterapia clásica.....

recto: Es la parte inferior del intestino grueso, que termina en el esfínter anal.

solución salina: Es la solución que contiene sal (cloruro sódico).

tejido: Grupo de células agrupadas de un organismo que tienen forma y función similares.

testículo: Es la gónada masculina. Así se denomina a cada una de las dos glándulas con forma ovoidea que están contenidas en una bolsa (escroto) debajo del pene. Producen espermatozoides y la hormona sexual masculina llamada testosterona.

testosterona: Es la hormona masculina responsable del deseo sexual y de los caracteres masculinos.

tratamiento de inyección en el pene: Es el tratamiento para la impotencia que utiliza una combinación de fármacos que se inyectan en un costado del pene. Los fármacos relajan los músculos y aumentan el flujo sanguíneo para crear una erección.

uretra: En los hombres, es un tubo estrecho que transporta la orina desde la vejiga hacia el exterior del cuerpo y también actúa como canal a través del cual se eyacula el semen. Se extiende desde la vejiga hasta el extremo libre del pene. En las mujeres, es un tubo corto que transporta la orina desde la vejiga hacia el exterior del cuerpo.

uretral: Relativo a la uretra, que es el tubo que transporta la orina desde la vejiga hacia el exterior del cuerpo.

útero: Viscera hueca femenina revestida por mucosa endometrial donde asienta el producto de la unión de espermatozoide y óvulo. Lugar de crecimiento de la placenta y el feto hasta su expulsión en el parto.

“vas deferens”: También conocido como vaso deferente. Es una estructura similar a un cable que transporta espermatozoides desde el testículo hasta la uretra. Su resección doble (derecho e izquierdo) es una forma de esterilización masculina.

vascular: Que está relacionado con los vasos sanguíneos.

vejiga: Bolsa con forma esférica-trapezoidal compuesta por una delgada capa de músculo flexible en donde se almacena la orina de manera temporal hasta que se elimine a través de la uretra.

vena: Se refiere a un vaso sanguíneo que drena sangre de un órgano o un tejido.