

Sexualidad en la Esclerosis Múltiple (Parte 1)



Dr. Santiago Cedrés

Ex Prof. Adj. Medicina Interna
Sexólogo clínico – Terapeuta sexual
Vicepresidente de la Sociedad
Uruguaya de Sexología
santiagocedres@yahoo.com

La Esclerosis Múltiple (EM) puede provocar diferentes alteraciones de la respuesta sexual normal, tanto en el hombre como en la mujer. Estudios de prevalencia de disfunciones sexuales en esta enfermedad definen entre 40 a 80 % en las mujeres y 50 a 90 % en los hombres. Estas alteraciones generalmente se deben a causas mixtas; es decir, que sobre alteraciones orgánicas siempre multifactoriales, se agregan factores psicoemocionales que agravan y perpetúan los síntomas sexológicos.

Son enemigos de la sexualidad, en estos pacientes, la propia astenia provocada por la enfermedad, las alteraciones del humor (depresión – ansiedad), la fisiología alterada, la dependencia, la discapacidad, la reducción en las concentraciones hormonales así como las alteraciones en la fertilidad.

Todos en conjunto conspiran en la satisfacción sexual y en la capacidad de recibir y dar placer. Está demostrado que son muchos los beneficios de continuar la vida sexual aunque se presenten síntomas sensitivos o motores deficitarios. Algunos de éstos son mejoría en los niveles de ansiedad, depresión, incomodidad, menor sentimiento de soledad, mejor adaptación a los síntomas neurológicos y los efectos del tratamiento, mejor capacidad para seguir disfrutando la vida, mayor sentido de crecimiento personal como resultado de vivir con esclerosis múltiple y por lo tanto mejores resultados en su salud.



Disfunciones sexuales en EM

En Mujeres

- **Deseo Sexual Inhibido**

La desmielinización, la astenia, las alteraciones hormonales, la ansiedad o la depresión pueden ser el motivo de la disminución del deseo sexual. Esto va a afectar el impulso para tomar la iniciativa para la relación sexual, como también la capacidad de responder a la iniciativa de la pareja. Es importante también la disminución de la autoestima por presentar la enfermedad discapacitante y la alteración de la propia imagen corporal.

- **Cambios sensoriales**

Pueden aparecer dificultades en distensión vaginal, provocando dolor en la penetración (dispareunia) con las dificultades secundarias en el desencadenante de la respuesta orgásmica. En ocasiones, la afectación es tal que incluso puede aparecer dolor, en lugar de satisfacción durante el coito, pudiendo coincidir el momento del previsible máximo grado de satisfacción con un intenso dolor neurálgico.

- **Disminución de la lubricación vaginal**

La disminución del flujo vaginal puede hacer incómoda la penetración llegando hasta diferentes niveles de dolor. Es fundamental para la correcta lubricación, el nivel de deseo preexistente.

- **Orgasmo inhibido o retrasado**

Secundario a la falta de deseo, alteraciones en la distensión o en la lubricación vaginal.

En Hombres

- **Disfunción eréctil**

La incapacidad para lograr o para mantener la erección puede estar causada por alteraciones neurológicas primarias, vasculares, hormonales, o ser secundaria a fármacos. Es la principal disfunción sexual en los varones portadores de EM.

- **Disminución de la sensibilidad genital**

Esta disminución de la sensibilidad puede perjudicar o interferir en el placer sexual, por lo que, a menudo, será necesaria la estimulación manual u oral para obtener la erección y el orgasmo. Esta alteración en la percepción de la sensación orgásmica puede traducirse en eyaculación asténica o en anorgasmia. La sensación orgásmica puede no ser satisfactoria, estar ausente o ser dolorosa.

- **Eyaculación precoz**

La eyaculación precoz puede estar producida por la afectación neuronal que interfiere en el control eyaculatorio.

- **Dificultad o imposibilidad eyaculatoria**

El daño nervioso también puede interferir en la posibilidad de eyacular, aunque como en el resto de

afectaciones sexuales, no hay que olvidar la influencia negativa que puede tener la ansiedad y la actitud de permanente auto observación. Estas dificultades pueden ser retraso eyaculatorio de diferente entidad, hasta llegar a la aneyaculación.

Eyaculación retrógrada

Se produce cuando por afección esfinteriana, el semen en lugar de ser expulsado al exterior, transita hacia atrás, ingresando en la vejiga. El paciente tiene de todas formas sensación orgásmica. Notará la salida de semen junto con la orina, en la primera micción post orgásmica.

Síntomas extra genitales que interfieren con la sexualidad.

La astenia, el dolor, la falta de coordinación, los cambios en el tono muscular, son síntomas que pueden menoscabar el deseo o la llamada autoestima sexual.

Si el paciente se siente poco atractivo, si se convence de que son más importantes estos problemas de lo que son todas sus capacidades, efectivamente serán más fuertes que el propio interés sexual. El aumento en la tensión muscular (espasmo) en los muslos puede hacer que el coito sea doloroso e incluso imposible. Algunos pacientes relatan que en ocasiones, sufren un cierre involuntario de las piernas durante las relaciones sexuales. La espasticidad condiciona totalmente la postura sexual, y muchas veces se percibe el máximo de espasmos musculares al finalizar la relación sexual, sobre todo en miembros inferiores.



No es menor en los miedos sexuales, el temor a la incontinencia esfinteriana durante la relación coital. Esto inhibe y es uno de los principales motores de la ansiedad a la hora de distenderse y disfrutar de la respuesta sexual. Esto provoca, sobre todo en el género femenino, una inhibición ante la sexualidad, debido al temor de que se pueda producir un escape de orina involuntario durante el juego sexual.

Clasificación de las causas de las Disfunciones Sexuales en la EM:

Primarias

Resultado directo de cambios neurológicos de la enfermedad.

Menor sensibilidad, DSH, DE, anorgasmia

Secundarias

Síntomas no vinculados directamente con las vías nerviosas del sistema genital

Esfínter, vejiga/intestino, espasticidad, temblor, alt. concentración, alt. sensorial extra-genital

Repercusiones de la Esclerosis Múltiple sobre la sexualidad

1-En la esfera psicoemocional:

Es muy frecuente la sensación de soledad y desamparo, sentimientos de lástima y autocompasión, mayor riesgo de depresión junto con la tendencia al aislamiento.

Son frecuentes las dificultades en la comunicación, lo que hace muy necesario el soporte social.

2-Sobre el vínculo erótico:

Existe la sensación de disminución del bienestar con expresión en el área sexual. Las preocupaciones giran en torno a las reacciones de su pareja ante la enfermedad.

Los mayores temores se enfrentan a la posibilidad del rechazo sexual de la pareja y el miedo a no poder satisfacerlo/la. Hay notorio miedo a volverse menos

erótico/a y sexual como consecuencia de la enfermedad.

Muchas veces también se vivencian sentimientos de asexualidad, fealdad y desagrado hacia el propio cuerpo; aparecen dudas respecto de si su pareja continuará hallándolo/a deseable, el temor al rechazo no solo como aversión o negación sino expresado como lástima.

En el vínculo de pareja, el paciente puede llegar a tomar una actitud de interrogatorio frecuente al compañero/a ante la necesidad de comprobar la autenticidad de su interés y disfrute sexual.

Motivos para desarrollar una rehabilitación sexológica

La sexualidad, fuente de placer y bienestar, nos permite, entre otras cosas, disfrutar de una privilegiada forma de comunicar sentimientos y sensaciones con otra persona.

De un modo u otro la sexualidad está presente en cada persona, a lo largo de toda la vida. Somos seres sexuados.

Con independencia de su faceta reproductiva, la sexualidad tiene un componente de disfrute y de satisfacción **importantísimo para el propio equilibrio personal y social.**

Debemos tener presente que **no hay más norma que atender a los propios deseos** respetando al otro, y que quien viva plenamente su sexualidad **será más feliz, lidiará mejor las dificultades como la esclerosis múltiple** y él y su entorno se verán ampliamente beneficiados.

En el próximo artículo, desarrollaremos las estrategias terapéuticas para la rehabilitación sexológica en estas personas.

Bibliografía:

- Aspectos emocionales y calidad de vida en pacientes con enfermedades desmielinizantes: El caso de la esclerosis múltiple *Anales de Psicología* 2003, vol. 19, nº 1 (junio), 65-74
- Servicio de Publicaciones de la Universidad de Murcia. España.
- Mental change as an early feature of multiple sclerosis. Young, A.C., Saundres, J. y Ponsford, J.R. (1976). *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 39, 1008-1013.
- Calabresi P. Multiple sclerosis and demyelinating conditions of the central nervous system. In: Goldman L, Ausiello D, eds. *Cecil Medicine*. 23rd ed. Philadelphia, Pa: Saunders Elsevier;2007:chap 436.
- Oral therapy for multiple sclerosis--sea change or incremental step? Carroll WM. *N Engl J Med*. 2010 Feb 4;362(5):456-8. Epub 2010 Jan 20.
- Primary-progressive multiple sclerosis. Miller DH, Leary SM. *Lancet Neurol*. 2007;6:903-912.
- Therapeutics and Technology Assessment Subcommittee of the American Academy of Neurology. Evidence Report: Therapeutics and Technology Assessment Subcommittee of the American Academy of Neurology. Marriotti JJ, Miyasaki JM, Gronseth G, O'Connor PW *Neurology*. 2010 May 4;74(18):1463-70.
- Esclerosis múltiple. Concepto. Etiopatogenia. Fisiopatología. Manifestaciones clínicas. Diagnóstico Historia natural Pronóstico. Fernández O, Fernández VE. *Medicine*. 2003; 8:5185-95.
- Determinants of sexual dysfunction in women with multiple sclerosis. Mohammadi K, Rahnama P, Moayed Mohseni S, Sahraian MA, Montazeri A. *BMC Neurol*. 2013 Jul 12; 13(1):83.
- Prevalence of Sexual Dysfunctions Among Women with Multiple Sclerosis. Lew-Starowicz M, Rola R. *Sex Disabil*. 2013 Jun; 31(2):141-153.
- Autonomic disorders in multiple sclerosis. Lensch E, Jost WH. *Autoimmune Dis*. 2011;2011:803841.

