

Sexualidad en la Esclerosis Múltiple

Tratamiento (Parte 2)



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



Frente a una rehabilitación médico sexológica de pacientes que son portadores de Esclerosis Múltiple, se debe plantear un abordaje multidisciplinario, desde la pareja (siempre que sea posible) y orientado a todas las causas detectadas.

Debemos tener presente que las disfunciones sexuales son siempre multifactoriales, y que a todas las causas orgánicas que se expresaron en el artículo anterior, se suma la repercusión psicoemocional que

actúa como factor mantenedor y perpetuador de las mismas.

Terapia de rehabilitación sexológica

Es necesario el abordaje terapéutico mediante un equipo interdisciplinario.

Las directivas médicas son las siguientes :

- o Analgesia
- o Tratamiento de espasmos musculares
- o Mejoría de la Incontinencia esfinteriana
- o Tratamiento de la astenia
- o Eliminar la sequedad genital
- o Tratamiento de la DS específicas (disfunción eréctil, trastornos eyaculatorios, pérdida del deseo sexual, etc.)

Dentro de las estrategias terapéuticas sexológicas se trabaja en común con el paciente y su pareja sobre objetivos delimitados.

Es fundamental el enfoque que se pueda realizar, una asistencia centrada en los miedos, las inquietudes y las preguntas latentes. Debemos efectuar un soporte psicosexual en ambos miembros de la pareja ajustado a la etiología orgánica o psicosexual de la disfunción.

Ajustes a realizar:

- Estrategias posturales
- Redefinir el sentido y propósito de la sexualidad en su vida
- Decidir si se está dispuesto y pronto para tener vida sexual activa nuevamente
- Desafiar la elasticidad de su mapa corporal
- Apreciar su deseo a la plenitud sexual en un mundo que invita a sentirse satisfecho simplemente porque *estamos vivos*

Los objetivos de la terapia sexual son recalcar la importancia de volver a disfrutar de la sexualidad, favorecer a mantener el equilibrio psíquico del paciente y la pareja, lograr la disminución de los temores a lastimar a la pareja, a tocar y ser tocado/a, al displacer y al rechazo.

Es fundamental la reerotización de la experiencia sexual individual y en el encuentro amoroso.

Que pueda volver a apropiarse de su cuerpo y enfrentarse a la nueva imagen corporal. Rearmar el cuerpo erótico y favorecer el resurgimiento de sensaciones erótico placenteras.

Es importante favorecer los primeros contactos sensoriales con su cuerpo, buscando la integración como un todo erótico. Se debe recurrir a la mirada de aceptación propia y de su pareja como recursos fundamentales en el logro progresivo de la sexualidad plena. Ejercicios para el redescubrimiento sensorial de las distintas zonas erógenas deben ser instrumentados en el contexto de la pareja.

Hay que trabajar con el compañero/a para que constituya un pilar y un sostén para el paciente. La comunicación, comprensión y apoyo por parte del compañero/a será fundamental en la vivencia de los cambios en su sexualidad.

Técnicas sexuales

Como se definió, uno de los principales enemigos de la sexualidad en estos pacientes es la astenia. Una estrategia común y eficaz para combatirla es el ahorro de energía. En cuanto a los encuentros íntimos, una buena estrategia sería acordar momentos en los que la persona con esclerosis múltiple se encuentre con más energía y ambos tengan más tiempo. Planificar los momentos de intimidad no significa perder espontaneidad, significa buscar espacios en los que pueda o no llevarse a cabo un encuentro sexual, es únicamente una forma de compartir la intimidad en las mejores condiciones sin que ello quiera decir que



se tiene la obligación de tener sexo, son momentos que harán crecer la pareja.

En el marco de la pareja, ambos deben ser capaces de hablar de cómo se sienten, tanto física como emocionalmente. Porque es real que en ocasiones es el miembro de la pareja no afectado quien nos comenta que le molesta mucho que su pareja con esclerosis múltiple le rechace una y otra vez porque tiene la impresión de haber dejado de ser deseado, cuando en realidad el afectado por la esclerosis manifiesta una negativa por algo tan real como la astenia.

Se debe favorecer estos procesos con técnicas de enriquecimiento sexual aportadas por la sexología. También ejercicios sexológicos como los de Kegel para entrenar y fortalecer los músculos del piso pélvico, técnicas de tensión y relajación tendientes a disminuir la ansiedad en los encuentros sexuales y técnicas de focalización sensorial apuntando a redescubrir las sensaciones eróticas.



También resultan útiles las técnicas de desensibilización progresiva tendientes a disminuir el temor al dolor y el rechazo al estímulo erótico.

Es fundamental pactar relaciones sexuales no exigentes, orientadas al reencuentro amoroso, basadas en el juego de dar y recibir placer sin exigencias. En el contexto de la terapia sexual, se deben favorecer actitudes de apertura hacia la comunicación sexual y el reconocimiento mutuo. Resulta sumamente positivo renovar y reerotizar el vínculo a través de la recreación de espacios preferenciales de intimidad, salidas programadas, ampliar el repertorio de emisión de conductas gratificantes, reserva de tiempos exclusivos para la pareja, renovación de vínculos sociales, etc.

Conclusiones

La sexualidad y los problemas sexuales son importantes tanto para los pacientes con EM, como para el resto de la población. Superar tales dificultades requiere una relación de absoluta confianza entre la pareja, el médico tratante y el sexólogo. Muchas per-

sonas, tanto sanas como enfermas, encuentran dificultades para hablar de sus problemas sexuales con otra persona. Se retraen y se frustran de tal modo, que al poco tiempo se ven inmersos en un círculo vicioso.

Los diferentes tipos de estímulos, como los táctiles en la zona erógena, pueden ser hablados entre el paciente y su pareja. Las posibles razones de la dificultad en mantener una erección son examinadas individualmente y se determina si el problema es causado por factores orgánicos o psicológicos. Es importante saber que al afectar al sistema nervioso en general, la EM también puede tener un impacto sobre las reacciones sexuales del cuerpo.

Es importante ver los problemas sexuales dentro del contexto de la situación completa del paciente y su pareja, e incluso el de la familia por completo, y no solo como un asunto individual.

Es fundamental discutir sobre sexualidad con los pacientes portadores de EM. Ellos tienen derecho a saber qué trastornos sexuales van a tener.

Tiene gran valor terapéutico simplemente decirles: que es normal sentirse así, cuáles disfunciones sexuales presentan, porqué y algunos consejos para solucionarlas.

Muchas veces no lo hacemos porque:

- nos resulta embarazoso
- no nos sentimos en confianza con nuestros pacientes para hablar de sexo
- esperamos que ellos nos pregunten
- no hay tiempo durante la consulta para abarcar estos temas.

No debemos olvidar que todos tenemos derecho a una vida sexual placentera y que nunca se debe subestimar las disfunciones sexuales. Es necesaria la información adecuada y el enfoque interdisciplinario.

Contamos con recursos terapéuticos médicos con altos índices de éxito para el correcto abordaje de estos pacientes en cualquier momento evolutivo de su enfermedad neurológica. La información es necesaria para mejorar los índices de satisfacción sexual con la correspondiente mejoría de la calidad de vida.

Referencias

- Sexual dysfunction in multiple sclerosis: II. Correlation analysis. Zivadinov R, Zorzon M, Bosco A, Bragadin LM, Moretti R, Bonfigli L, Iona LG, Cazzato G. *Mult Scler*. 1999 Dec; 5(6):428-31.
- Multiple sclerosis patients with and without sexual dysfunction: are there any differences? Demirkiran M, Sarica Y, Uguz S, Yerdelen D, Aslan K. *Mult Scler*. 2006 Apr; 12(2):209-14.
- Sexual dysfunction in multiple sclerosis. Kessler TM, Fowler CJ, Panicker JN. *Expert Rev Neurother*. 2009 Mar; 9(3):341-50.
- Improvements in partner support predict sexual satisfaction among individuals with multiple sclerosis. Blackmore DE, Hart SL, Albiani JJ, Mohr DC. *Rehabil Psychol*. 2011 May; 56(2):117-22.
- Painful and involuntary multiple sclerosis. Bagnato F, Centonze D, Galgani S, Grasso MG, Haggiag S, Strano S. *Expert Opin Pharmacother*. 2011 Apr; 12(5):763-77.