

# Seudodisfunciones sexuales

## ¿De qué se trata?



**Dr. Santiago Cedrés**

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

Con cierta frecuencia nos encontramos en la consulta sexológica con pacientes adultos mayores que manifiestan tener disfunciones sexuales que en realidad no son tales. ¿De qué se trata? Las disfunciones sexuales se caracterizan por una alteración del deseo sexual, cambios psicofisiológicos en el ciclo de la respuesta sexual y por la provocación de malestar y problemas interpersonales. Es frecuente, entonces, calificar de disfunción sexual a aquellos inconvenientes que surgen y se instalan en la vida del paciente ocasionando malestar en alguna de las áreas an-

teriormente mencionadas. Ahora bien, para diagnosticar tales cambios como disfunciones es necesario tener en cuenta la globalidad de quien consulta. Esto hace necesario contemplar toda la historia clínica sin olvidarnos de los cambios que la evolución esperable de la vida provocan en todos nosotros.

Lasseudodisfunciones sexuales son aquellas manifestaciones, que como su denominación lo indica, se presentan como disfunciones sexuales pero no lo son. Se trata de experiencias, síntomas, vividos como disfunciones generadas por el proceso de la evolución normal del individuo. Nos estamos refiriendo a los adultos mayores, varones y mujeres que superan los 60 años (aunque algunos de estos cambios comienzan antes, como el cese de la menstruación) y que muchas veces naturalizan el declive del deseo sexual, dando de baja a las manifestaciones del erotismo.

Es fundamental, por lo tanto, tener conocimiento de estos cambios para poder elegir de qué forma disfrutar más de nuestro cuerpo, ahorrarnos miedos, prejuicios, silencios, malos e innecesarios momentos y así ganar en salud.

De la sexualidad en la tercera edad no se habla mucho y no por desconocimiento. Hoy en día existen estudios al res-

Las disfunciones sexuales se caracterizan por una alteración del deseo sexual, cambios psicofisiológicos en el ciclo de la respuesta sexual y por la provocación de malestar y problemas interpersonales





pecto con lo cual dejó de ser una tema desconocido, aunque ello no implique que sea conocido por todos. Culturalmente son varios los mitos que pueden estar ejerciendo presión en este sentido: desde que la sexualidad del adulto mayor dejó de ser reproductiva y por ende menos valorada, que las personas mayores ya disfrutaron suficiente, que tienen enfermedades que se lo impiden, etc.

### Algunos prejuicios

Existen prejuicios en cuanto a la posibilidad de disfrutar de los adultos mayores: alguno de ellos es que las enfermedades incapacitarían la actividad sexual, como después de un infarto, luego de una histerectomía, una prostatectomía, etc. La polipatología del adulto mayor trae aparejada una cantidad de síntomas propios de dichas enfermedades, o efectos colaterales de la farmacoterapia que muchas veces puede generar dificultades en el desempeño esperado.

### Algunos miedos

Es común que los varones posean algún grado variable de temor al desempeño provocado por el paso de los años viendo tales disminuciones fisiológicas de forma amenazante. Muchas veces al enterarse de que tales cambios son esperables, prácticamente recuperan el aliento. La importancia asignada a su capacidad de erección peneana se ve en muchos casos sobredimensionada. En cuanto a las mujeres también existen miedos derivados del paso del tiempo: el fin de la menstruación es vivido muchas veces de forma negativa debido a la valoración que tiene la fecundación para quienes desean ser madres, y perder esa capacidad puede resultar frustrante. Aunque también están quienes la viven como el fin de la preocupación por cuidarse de embarazos no deseados a la hora de tener relaciones sexuales y transitan este momento con más alivio que preocupación.

### Los primeros cambios en aparecer

El varón tiene su pico máximo de producción de testosterona a los 18 años. A partir de los 45 años comienza un descenso paulatino. La testosterona es una hormona que entre otras funciones tiene una fuerte influencia a nivel del deseo sexual. En la mujer los cambios hormonales son más drásticos. Los ciclos menstruales de por sí marcan una dife-

rencia con la homogeneidad de la secreción de testosterona en el varón, ya que mes a mes se producen alteraciones en las mismas. Pero en la menopausia el cambio es definitivo y como todo cambio físico tiene su repercusión psicológica: la valoración cultural que existe sobre la misma la inviste de contenidos que no pasan inadvertidos sobre la psiquis de quien la atraviesa.

### ¿Qué implican estos cambios?

Masters y Johnson en 1966 propusieron un modelo de respuesta sexual basado en tres fases, excitación, meseta y orgasmo (en este orden), a las que poco más tarde Kaplan incorporó una cuarta fase que denominó deseo y que sería aquella que iniciaría la respuesta sexual. Con el correr de los años estas fases pueden sufrir algunas variantes ya que la respuesta sexual es compleja y susceptible a los cambios menos pensados. Es importante recordar que la sexualidad es una de las primeras cosas que se afecta cuando alguien está transitando algún hecho que le genere cierta tensión, nerviosismo, expectativa, ansiedad, etc.

En cuanto al adulto mayor, se producen cambios importantes en estas fases, producto de la evolución normal del ciclo de la vida. Conocerlos es un derecho del paciente y es fundamental para poder seguir disfrutando de la sexualidad con el máximo de placer, seguridad y alegría.

### Algunos cambios relacionados a la respuesta sexual

-En el varón la baja del nivel de testosterona puede descender el deseo sexual. En cuanto a la fase de excitación, la erección se produce más lentamente, son necesarias estimulaciones más directas y por más tiempo sobre los genitales, ya no alcanza con aquellos viejos estímulos que en un tiempo más acotado generaba una intensa excitación. Si se pierde la erección antes de eyacular se vuelve difícil recuperarla, lo que en otro momento de la vida se diagnosticaría una disfunción eréctil de mantenimiento, en la tercera edad sería esperable. Este cambio se denomina "período refractario secundario", algo que solo ocurre en la tercera edad. También se demora más en eyacular y la erección completa se logra previo a la eyaculación. Lograr una excitación adecuada luego del orgasmo se vuelve muy dificultoso (aumento del período refractario primario). Entonces lo que podría

Existen prejuicios en cuanto a la posibilidad de disfrutar de los adultos mayores: alguno de ellos es que las enfermedades incapacitarían la actividad sexual, como después de un infarto, luego de una histerectomía, una prostatectomía, etc



La educación en sexualidad es fundamental ya que el conocimiento de nuestro cuerpo y sus cambios y el de nuestro compañero/a son fundamentales como así también aquello que experimentan a nivel de lo emocional

preocupar a un adulto joven, es esperable en un adulto mayor y no se hablaría ni de deseo hipoactivo, ni trastorno de la excitación, ni disfunción eréctil, ni eyaculación retardada o aneyaculación.

-En la mujer, los senos no aumentan de tamaño con la excitación, sí se puede ver la erección del pezón y la ingurgitación de la areola, aunque de menor intensidad y solo en la fase de meseta previo al orgasmo. El glándula del clítoris no se agranda, pero sí lo hace el cuerpo esponjoso y retrae durante la meseta preorgásmica. La reducción hormonal ha interferido en el tejido adiposo y elástico de los labios mayores y no se separan y elevan alrededor del orificio vaginal durante la excitación. Son pocas las mujeres mayores de 60 años que presentan secreción de las glándulas de Bartholino que actúan lubricando el orificio vaginal. Esto puede generar malestar, menguar la excitación, dificultad en lograr el orgasmo o no poder lograrlo, transformando la experiencia excitante en molesta y generando la sensación de disfunción. Existen otros cambios que también afectan la respuesta sexual en la mujer: en cuanto a la vagina dis-

minuye su longitud, anchura y capacidad de dilatación. A su vez las paredes se transforman, pasan de ser rugosas y gruesas y de color púrpura a ser lisas y finas y de color rosa pálido. Esto puede generar molestias: puede haber dolor durante el coito o dispareunia (por los cambios tróficos hipoestrogénicos), sensación vaginal quemante, dolor pelviano y malestar abdominal vago. Aunque se mantiene la plataforma orgásmica (la congestión de las paredes del tercio exterior de la vagina donde se produce las respuestas musculares del orgasmo) hay menor vasodilatación. Las contracciones musculares orgásmicas disminuyen. Vemos que también podrían surgir aparentes disfunciones en cualquiera de las cuatro fases en el caso de la mujer.

En cuanto al tratamiento a seguir, la educación en sexualidad es fundamental ya que el conocimiento de nuestro cuerpo y sus cambios y el de nuestro compañero/a son fundamentales como así también aquello que experimentan a nivel de lo emocional. El proceso del cambio físico y su repercusión psicológica, su forma de asimilación e integración a la totalidad de la vida, debe ser asimilado de forma sana para contribuir a la calidad de vida. Cada caso va a requerir de indicaciones especiales, aunque existen recomendaciones generales a tener en cuenta: la regularidad de actividad sexual favorece un buen desempeño en la edad adulta, como así también la adecuación socio cultural, ya que de la conformidad con nuestra totalidad como personas va a depender nuestra salud en general y dentro de ésta la salud sexual. En caso de quienes hayan pasado por periodos de abstinencia existe una vasta cantidad de ejercicios para estimular la respuesta sexual.



La importancia de la consulta oportuna radica en una eficaz y acertada respuesta al tema. De ésta, poder realizar un plan de trabajo acorde a cada paciente, a cada pareja, a cada necesidad y condición de vida con la finalidad de continuar disfrutando de una actividad que en la tercera edad tiene como gran finalidad el placer.