

COMO CUIDAR LA SALUD SEXUAL Y PREVENIR LAS DISFUNCIONES

Dr. Santiago Cedrés.

La salud masculina ha surgido como un nuevo campo de la medicina en respuesta a grandes diferencias en mortalidad y morbilidad del varón con respecto a la mujer en todo el mundo. Una visión con enfoque de género de la salud frente a las necesidades únicas que enfrentan niños y hombres ha impulsado a la comunidad médica a establecer estrategias específicas por género para la atención, promoción, educación e investigación de la salud ⁽¹⁾

La salud de las personas se expresa entre otros indicadores en la percepción y conducta que los individuos tienen frente a sus propios síntomas. En el caso del sexo masculino, se consulta con menor frecuencia por problemas de salud y más tardíamente. Este comportamiento genera muchas consecuencias que en último término conducen a una mayor mortalidad ajustada por sexo⁽²⁾.

Las disfunciones sexuales se han correlacionado con niveles más bajos de calidad de vida, así como también con otros problemas de salud tales como: cardiopatías, hipertensión, diabetes, enfermedades metabólicas, medicamentos utilizados para tratar tales padecimientos e índices elevados de irritabilidad y depresión.

Toda medida tendiente a reducir la magnitud y la gravedad de las situaciones que afectan a la salud sexual exige la adopción de un enfoque amplio e integral que vaya más allá del paradigma curativo de la salud.

La OMS define la salud sexual como un estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad, y no solamente la ausencia de enfermedad, disfunción o malestar. Requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y de las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de toda coacción, discriminación y violencia. Para que todas las personas alcancen y mantengan una buena salud sexual, se deben respetar, proteger y satisfacer sus derechos sexuales. ⁽³⁾

La salud sexual es un espejo de como somos y como estamos.

El correcto funcionamiento del varón en el ejercicio de su función sexual representa la salud en diferentes niveles: vascular, endotelial, endocrino, neurológico, urológico y psicoemocional; así como la ausencia de fármacos y tóxicos deletéreos para el correcto funcionamiento. En pocas funciones fisiológicas se necesitan tantos aspectos de la salud relacionados en su justa medida para resultar la buena performance sexual.

Es por eso, que la disfunción sexual masculina pone en evidencia que alguno de estos aspectos no esta en su estado de salud.

La evidencia científica apoya cada vez mas el encare de la disfunción sexual eréctil vascular como marcador de enfermedad endotelial, como un indicador de

enfermedad vascular prematura, años antes que se haga clínicamente evidente a nivel coronario, encefálico o arterial periférico.

Esto es lo que jerarquiza a la correcta anamnesis médico sexual en todo paciente varón mayor de 40 años. Minimizar en estos pacientes un síntoma sexual aislado, o una disfunción sexual constituida, puede tener el costo de no haber diagnosticado de manera oportuna una endotelopatía. Para los médicos que nos dedicamos a la medicina interna y preventiva, esto resulta de capital importancia. El diagnóstico de disfunción sexual eréctil de etiología predominantemente orgánica emerge como un elemento clínico de gran valor para detectar el estado de salud de la persona.

Todos los factores de riesgo vascular son factores de riesgo de disfunción sexual masculina.

1. La disfunción sexual más prevalente en el varón. La Disfunción eréctil.

La Disfunción sexual eréctil (DE) ha acompañado al hombre a través de todos los tiempos. En las diferentes concepciones, las causas han pasado de ser un castigo divino, luego motivos exclusivamente psicoemocionales, hasta llegar en nuestros días donde abunda la literatura que la interpreta como un alerta vascular, un síntoma de afecciones vasculares profundas que precede en mucho tiempo a las otras manifestaciones clínicas.

La DE debe ser considerada como la punta de un gran iceberg. En la base se esconden comorbilidades que determinan no solo la duración sino la calidad de vida. Debemos entender la DE como un síntoma de una condición sistémica y no como una entidad nosológica aislada. Esto es la mejor forma de enfrentar la enfermedad vascular del hombre con disfunción eréctil.

Actualmente se considera a la disfunción endotelial como una de las primeras manifestaciones de la enfermedad vascular y también de la arteriosclerosis. El endotelio es una monocapa de células que recubre la pared luminal de los vasos sanguíneos, regula la interacción de las células y las proteínas circulantes con las células de la pared vascular, ejerciendo un rol fundamental como sensor y transmisor de señales.

Se define la disfunción endotelial como un desequilibrio en la biodisponibilidad de sustancias activas de origen endotelial. Esta situación predispone a vasoconstricción, inflamación y aumento de la permeabilidad vascular. Por estos mecanismos es que facilita el desarrollo de arteriosclerosis, agregación plaquetaria y trombosis¹. En las últimas décadas se ha demostrado que factores de riesgo para la disfunción sexual eréctil bien conocidos (el colesterol unido a lipoproteínas de baja densidad [cLDL], el tabaquismo, la diabetes, la hipertensión, etc.) y otros factores emergentes (radicales libres de oxígeno, homocisteína, infecciones, déficit estrogénico, etc.) producen disfunción endotelial¹.

La etiología más frecuente de la DE es la vasculogénica. Es por eso que debido a la disfunción endotelial, los varones con las comorbilidades antes mencionadas tienen un riesgo de padecer DE significativamente más alto. Este riesgo aumenta con el número de factores de riesgo cardiovascular, los cuales a menudo se encuentran presentes como componentes del síndrome metabólico.

El endotelio peneano modula el tono vascular y el flujo sanguíneo hacia los cuerpos cavernosos en respuesta a hormonas, estímulos neurológicos, y mecánicos. Además de estos cambios hemodinámicos, hemos relatado el rol de los factores liberados que afectan la vasoconstricción y relajación del músculo liso vascular subyacente.

Cuando se produce la disfunción endotelial, disminuye la respuesta a los mediadores de la vasodilatación y aumenta también la sensibilidad a los vasoconstrictores.

El término disfunción endotelial implica una disminución de la relajación del músculo liso del cuerpo cavernoso dependiente del endotelio, por disminución de la actividad del óxido nítrico en el árbol vascular.

Cada vez más publicaciones reafirman el concepto de que la disfunción eréctil es un biomarcador clínico o un "signo de advertencia" para los efectos nocivos de los factores de riesgo cardiovascular, que pueden preceder a las manifestaciones clínicas de la aterosclerosis por varios años. Por ejemplo, el 57% de los hombres sometidos a by pass de la arteria coronaria y el 64% de los hombres con infarto agudo de miocardio anterior habían presentado DE anteriormente.

Se ha definido que la deficiencia en la concentración del NO provoca DE, porque en el proceso de la erección se requiere más del 80% de dilatación de las arterias peneanas, lo que lo pone en evidencia con antelación a los otros síntomas clínicos³. Los varones portadores de DE tienen evidencia de disfunción endotelial en las arterias sistémicas y una disminución en la ruta del NO-GMPc que está presente antes de que otras pruebas más sofisticadas puedan detectar el proceso de aterosclerosis³. Esto manifiesta que tanto la DE como la disfunción endotelial son precursores sensibles de la aterosclerosis y sus complicaciones.

2. Factores de riesgo vascular: enemigos de la salud sexual masculina.

Los factores de riesgo vascular provocan alteraciones endoteliales de los cuerpos cavernosos, mayormente inducida por mecanismos en estudio, incluyendo estrés oxidativo y alteraciones de las funciones del óxido nítrico, que resulta en empeoramiento de la relajación vascular endotelio – dependiente, lo que se traduce clínicamente en Disfunción Eréctil. Esta disfunción comparte muchos factores causales con el hipogonadismo de inicio tardío, que se traduce

hormonalmente como un descenso de la secreción testicular de testosterona ajustado a la edad en el varón mayor de 45 años de edad. Describimos a continuación la influencia de cada factor de riesgo vascular sobre la función endotelial.

2.a. HTA

La disfunción endotelial en la hipertensión puede contribuir al incremento de la resistencia vascular periférica (en arterias pequeñas como las pudendas que irrigan los cuerpos cavernosos penianos) o a complicaciones vasculares de la enfermedad (en arterias de mayor o mediano tamaño). En muchos modelos de hipertensión, la presión sanguínea elevada, está asociada con una reducción en la relajación endotelio dependiente.

2.b. Resistencia a la insulina y Diabetes

La diabetes tipo 2 es una de las mayores causas de Hipogonadismo de inicio tardío y de disfunción eréctil debido a un proceso acelerado de aterosclerosis. Su impacto en el mundo está llegando a proporciones pandémicas⁽⁵⁾. Cerca del un 80% de casos de diabetes tipo 2 presenta resistencia a la insulina, y ésta se asocia con la disfunción endotelial y la disfunción eréctil. La inflamación subclínica parece ser la causa de disfunción endotelial en la resistencia a la insulina⁽⁶⁾. Además, se ha demostrado que, en el músculo esquelético, una actividad defectuosa de la enzima que sintetiza al NO desempeña un importante papel en la resistencia a la insulina de la diabetes tipo 2 ⁽⁷⁾. En las células endoteliales, se demostró que la insulina estimula la formación de NO, mientras que los valores elevados de glucosa inhiben la formación de óxido nítrico⁽⁸⁻¹⁰⁾.

Araña Rosáinz Mde J, Ojeda MO, Acosta JR, publican en el 2011 que la disfunción eréctil en pacientes con DM2 sin enfermedad coronaria sintomática se asocia con la disfunción endotelial sistémica y una respuesta inflamatoria de bajo grado.

2.c. - Hipercolesterolemia

La hipercolesterolemia se considera un factor de riesgo independiente para el desarrollo de DE, contribuyendo a la degeneración del lecho vascular del pene. Los estudios demostraron que la hipercolesterolemia causa una reducción en la reactividad vascular normal de los cuerpos cavernosos penianos, sobre todo por la disminución de la actividad local del NO y la biodisponibilidad del mismo. Las lipoproteínas de baja densidad (LDL) también se han implicado en la disfunción eréctil. Su presencia es causante de alteraciones en la relajación y vasodilatación de los cuerpos cavernosos.

2.d. Síndrome Metabólico

El Síndrome Metabólico es una condición altamente prevalente en los países industrializados que se manifiestan por la combinación colectiva de varios factores de riesgo de la enfermedad cerebro vascular y de la disfunción eréctil.

Los estudios clínicos tienen establecido una asociación entre el síndrome metabólico y la disfunción eréctil, estando ambas condiciones vinculadas por la disfunción endotelial.

La DE aumenta significativamente con la presencia de concomitantes factores de riesgo en el mismo paciente. De hecho, la acumulación de varios factores de riesgo, definidos como perjudiciales sobre la función endotelial del pene, puede contribuir de forma sinérgica con la gravedad de la degeneración vascular cavernosa peneana.

2.e. Envejecimiento

Se ha establecido que el aumento de la prevalencia de DE acorde al incremento de la edad es debido a alteraciones estructurales vasculares peneanas. La mayor disfunción endotelial en el anciano es motivada por alteraciones de la biodisponibilidad de NO, aumento del estrés oxidativo que altera la expresión de factores de crecimiento vascular y aumento de la actividad de la enzima RhoA / Rho-quinasa. La asociación entre el estrés oxidativo y la disfunción eréctil relacionada con la edad se estableció por la observación experimental de que el endotelio cavernoso envejecido produce altos niveles de O₂.

En consecuencia, la transferencia de genes intracavernosos en la edad madura reduce el O₂ y aumenta la fosforilación de su sitio regulador negativo. A esto se agrega la fisiología del NO que puede ser afectada por un aumento de liberación / actividad de Rhokinase en el pene del paciente añoso, un hecho corroborado por la mejora de la función eréctil a través de la inhibición de la vía de RhoA / Rho-quinasa. Además de los mencionados mecanismos descritos que vinculan la disfunción endotelial con la edad, se debe tener en cuenta que la mayor prevalencia de comorbilidades y factores de riesgo vascular en esta etapa de la vida exacerban la relación entre disfunción endotelial peneana con la edad.

2.f. Tabaquismo

El NO producido por la sintetasa de NO endotelial es central en la regulación del tono vascular. El tabaquismo se asocia con reducción del nitrato (un producto final del metabolismo del NO) y de la vitamina C en plasma. La biodisponibilidad del NO puede descender por menor producción debido a alteraciones en el endotelio o por mayor consumo por especies reactivas de oxígeno (ROS), esencialmente supéroxido. El tabaco induce apoptosis de las células endoteliales e induce la expresión del gen CD11b en monocitos de sangre periférica, ligando para la molécula de adhesión intercelular-1. El fenómeno se asocia con mayor adherencia de los leucocitos a las células endoteliales, efecto que se atenúa in vivo con la administración de vitamina C.

Los fumadores activos (aún después de 24 horas de abstinencia) tienen mayor concentración de factor tisular y el tabaquismo también altera los mecanismos normales de anticoagulación. La exposición de células endoteliales al tabaco se asocia con menor producción de prostaciclina. Varias investigaciones mostraron una asociación entre el tabaquismo y la disfunción endotelial. Lo mismo ocurre en sujetos expuestos pasivamente al humo del cigarrillo. En fumadores crónicos, el trastorno mejora con la administración de vitamina C pero el beneficio no es sostenido.

Se estimó que los no fumadores expuestos a tabaquismo ambiental tienen un riesgo entre 25% y 30% más alto de mortalidad y morbilidad cardiovascular. La dilatación del endotelio mediada por el flujo está alterada en fumadores pasivos. La exposición de pacientes no fumadores al humo del cigarrillo durante 1.5 horas se asocia con reducción importante de los niveles de ácido ascórbico y de la capacidad total antioxidante.

3. No hay promoción de salud sexual masculina sin promoción de hábitos saludables

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el estilo de vida se basa en patrones de comportamiento identificables, determinados por la interacción entre las características personales individuales, las interacciones sociales y las condiciones de vida socioeconómicas y ambientales.

El estilo de vida no saludable es una causa mayor de problemas sexuales .

La salud sexual tiene estrecha relación con el estilo de vida y factores fisiológicos y bioquímicos modificables. Las medidas de prevención cardiovascular deben comenzar por cambios en el estilo de vida. Sin embargo, estudios publicados en los últimos años sobre las tasas de cumplimiento de los cambios en el estilo de vida por parte de los pacientes, arrojan datos alarmantes.

Son necesarias intervenciones a distintos niveles, que promuevan la adopción y el mantenimiento de hábitos más activos y saludables en toda la población⁽¹¹⁾ .

3.1 Nutrición

Estudios realizados por Vogel y cols. evidenciaron que en sujetos sanos una comida hipergrasa, induce una alteración transitoria de la función vasodilatadora del endotelio, que se correlaciona con el incremento postprandial de lípidos plasmáticos, principalmente triglicéridos. En un estudio posterior, los autores demostraron que la suplementación previa de vitamina C y E previene esta alteración, sugiriendo un mecanismo oxidativo de daño endotelial⁽¹²⁾.

La modificación de la dieta consta de 2 pasos que limitan el aporte graso a <30% de las calorías, grasas poliinsaturadas <10% y monoinsaturadas a 10-15%: el 1º paso reduce el aporte diario de colesterol a <300 mg/dl con <10% de grasas saturadas; y el 2º paso reduce el aporte diario de colesterol <200 mg/dl con <7%

de grasas saturadas cuando no se lograron los objetivos luego de 3 meses de tratamiento con el 1º paso. Esto se correlaciona a una disminución del riesgo de nuevas lesiones ateroscleróticas, tal como lo mostrara el estudio Cholesterol-lowering atherosclerosis Study (CLAS)

No solo deben considerarse el porcentaje de grasas totales sino también la composición de los mismos. Las grasas saturadas derivadas de la carne, productos lácteos y aceite de palma elevan tanto colesterol LDL y HDL, los ácidos grasos “trans” elevan el LDL y triglicéridos y disminuyen el HDL e intervienen con la respuesta de Insulina; y debe alentarse a disminuir su consumo. Las grasas monoinsaturadas en cambio, disminuyen el LDL, aumentan el HDL y mejoran la insulinosensibilidad. Los aceites de pescados que contienen ácidos grasos insaturados omega 3 y aceites de soja, canola y de nuez disminuyen la trigliceridemia, aumentan la sensibilidad a Insulina y disminuyen las arritmias. En el Nurses Health Study (NHS) y en el Oslo Diet Heart Study se vió que los ácidos grasos trans y las grasas saturadas aumentaban el riesgo de Diabetes, mientras que las poli y monoinsaturadas disminuyen el riesgo. En este estudio y en más de 11 estudios se han demostrado que el consumo de pescado disminuye el riesgo de enfermedad coronaria y que mayor consumo de ácido linoleico como se encuentra en vegetales verdes, soja o aceite de canola también se asocia a disminución del riesgo coronario.

De manera similar se aconseja 50-60% de carbohidratos complejos, fibras solubles 15-25 g/día

esteroles y estanoles vegetales 2 g/día. Es importante diferenciar los efectos de los distintos tipos

de carbohidratos en relación al riesgo de Diabetes y disfunción endotelial, ya que los granos en

general, pastas, frutas y verduras, particularmente legumbres, disminuyen este riesgo. Se ha comprobado que una dieta hipocalórica que contenga granos como la avena disminuye la Presión

Arterial Sistólica, el colesterol total y el LDL en hombres y mujeres, en 6 semanas, comparando con una dieta hipocalórica sin avena⁽¹²⁾.

En los últimos años ha crecido el interés por la “dieta mediterránea” como medida de prevención

primaria; ésta es baja en grasas saturadas y rica en ácidos grasos poli y monoinsaturados y aceites de pescado ya que mejoran la función vascular cambiando favorablemente el perfil lipídico, reduciendo la agregación plaquetaria y formación de trombo y tendría efectos antiarrítmicos; junto con frutas y verduras que aportan vitaminas antioxidantes. El Lyon Diet Heart Study, un estudio prospectivo, randomizado de prevención secundaria, comparó los efectos de una dieta mediterránea con una dieta occidental en pacientes con infarto agudo del miocardio previo, mostrando una significativa reducción de eventos cardíacos y mortalidad en los pacientes asignados a la dieta mediterránea⁽¹²⁾.

Teniendo en cuenta la hipótesis de la modificación oxidativa, que propone que la aterosclerosis se

inicia por peroxidación de los lípidos antes detallada, las vitaminas antioxidantes limitarían la aterosclerosis y sus manifestaciones como es la disfunción coronaria y eréctil.

Estudios de casos y controles indican que pacientes con angina de pecho tienen menores concentraciones plasmáticas de Vitamina E y que concentraciones reducidas de Vitamina C en leucocitos era predictor de enfermedad coronaria angiográficamente evidente.

En estudios prospectivos como el Nurses Health Study y el Health Professionals Follow-up Study

hubo un 35-40% de reducción en la incidencia de eventos coronarios mayores entre sujetos en el quintil más alto de ingesta de Vitamina E en un período de seguimiento de 4-8 años; logrando mayor beneficio con 100 a 250U de suplemento diario de Vitamina E.

3.2 Ejercicio físico.

Un capítulo aparte es lograr la actividad aeróbica regular en los pacientes. La actividad física ha demostrado ser un factor de protección para la función eréctil normal. La Vignera S, Condorelli R, Vicari E, et al, comprobaron que el ejercicio aeróbico regular mejora la calidad arterial en la disfunción eréctil, aún sin el agregado de farmacoterapia. La causa de esto es la disminución de la apoptosis endotelial ⁽¹³⁾.

La evidencia derivada de estudios epidemiológicos apoya fuertemente el hecho de que el ejercicio aeróbico reduce la morbimortalidad cardiovascular.

El ejercicio se asocia a:

1. cambios en el porcentaje de tejido graso y perfil lipídico.
2. sensibilidad a insulina y tolerancia a carbohidratos.
3. liberación neurohormonal de catecolaminas, renina, aldosterona, ADH.
4. descenso de la presión arterial.
5. aumento del diámetro luminal coronario.
6. regresión de enfermedad coronaria.
7. mejoría del síndrome metabólico.
8. incremento de la testosterona.
9. rehabilitación endotelial.

El ejercicio aumenta el flujo sanguíneo con efectos directos sobre la función y estructura vascular, liberando Oxido Nítrico y prostaciclina. Ambos inhiben múltiples procesos involucrados en la aterogénesis y reestenosis (generación de anión superóxido, adherencia de monocitos, agregación plaquetaria, proliferación de músculo liso vascular). Las prostaciclina inhiben la captación de los ésteres de colesterol por los macrófagos y células musculares lisas vasculares e inhiben la adherencia de neutrófilos y plaquetas al endotelio. Se ha

demostrado que las prostaciclinas están disminuídas en la aterosclerosis e hipercolesterolemia y que el segmento de pared vascular comprometido por una placa ateromatosa no produce prostaciclinas. ⁽¹²⁾

Las recomendaciones de actividad física para disminuir la disfunción eréctil deben incluir capacitación supervisada que consista en 40 minutos de ejercicio aeróbico de intensidad moderada a vigorosa 4 veces por semana. En general, ejercicio semanal de 160 minutos a los

6 meses contribuye a disminuir la disfunción sexual de etiología vascular.

Con respecto a la dosis semanal de actividad aeróbica requerida para tratar la DE con éxito, la evidencia científica apoya un volumen de 4 sesiones de Entrenamiento de intensidad moderada a alta que dura 40 minutos por sesión, correspondiente a una dosis semanal de 160 minutos. Este resultado está basado en la revisión de Hehemann y Kashanian⁽¹⁴⁾, que recomendó la misma dosis según las pautas para disminuir. Sin embargo, Khoo et al indicaron que el ejercicio semanal de 200 a 300 minutos de entrenamiento de intensidad moderada resultan en un mejora mucho mayor del puntaje IIEF en hombres obesos que 90 a 150 minutos de entrenamiento semanal ⁽¹⁵⁾. Sin embargo, como el estudio solo incluyó hombres obesos, los hallazgos podrían no ser aplicables a hombres de peso normal con DE arterial. Según la

Organización de la Salud (OMS), adultos sanos deben hacer ejercicio durante al menos 150 minutos de PA aeróbica de intensidad moderada o 75 minutos de PA de intensidad vigorosa por semana. Esto constituye niveles ligeramente más bajos de ejercicio que los necesarios para disminuir la DE según los resultados relatados. Las recomendaciones de la OMS para obtener efectos de salud adicionales son aumentar la intensidad y cantidad de minutos semanales. ⁽¹⁶⁾

La indicación de actividad física rara vez se usa en la práctica clínica para mejorar la función eréctil. Los resultados de los estudios científicos apoyan la indicación de actividad aeróbica supervisada de intensidad moderada a vigorosa como una recomendación racional para hombres con DE, lo que indica un posible papel clave para los fisioterapeutas en el

tratamiento de la DE arterial. Los fisioterapeutas están especializados en guiar y supervisar la AP como herramienta de promoción de la salud, con el objetivo para mejorar el nivel de PA del paciente dentro del alcance de las preferencias y posibilidades del paciente individual. ⁽¹⁷⁾

LA recomendación de mayor evidencia científica son 40 minutos de ejercicio aeróbico a intensidad moderada 4 veces por semana durante 6 meses para mejorar la función eréctil de etiología vascular.

La modalidad aeróbica puede ser combinado además con entrenamiento de resistencia. ⁽¹⁸⁾

El ejercicio debe prescribirse en la forma más precoz posible, como parte del plan terapéutico de la obesidad, dislipidemia y rehabilitación endotelial, desde la 1º consulta médica sexológica; aplicando medidas psicológicas con una actitud positiva que motive al paciente a adherirse al programa de ejercicios progresivos.

Es imprescindible además educar al paciente y su pareja para adoptar un estilo de vida saludable tendiente al control de sus factores de riesgo, incrementar la capacidad aeróbica, fuerza muscular y flexibilidad.

Durante la consulta médica se debe:

- recalcar que los beneficios del ejercicio se pierden ante el abandono de la práctica regular, de ahí la importancia de mantener en el tiempo e incluir nuevas actividades físicas y deportivas.
- establecer metas.
- registrar en las fichas personales los tipos de ejercicio y las frecuencias cardíacas alcanzadas.

3.3 Abandono del tabaquismo

Los daños que ocasiona el hábito de fumar al organismo son sistémicos y progresivos, conduciendo a un deterioro marcado de la salud, determinado principalmente por los efectos deletéreos de la nicotina sobre la función endotelial y el sistemas nervioso; la carcinogénesis producida por el alquitrán y la hipoxemia e irritabilidad de las vías aéreas a consecuencia del monóxido de carbono y en general de las sustancias irritantes. El abandono del hábito de fumar implica beneficios a corto, mediano y largo plazos, que repercuten significativamente en la calidad de vida sexual y en la esperanza de vida del individuo:

A los 20 minutos del último cigarrillo: se restablece la presión arterial y la frecuencia cardíaca. También se restablece la temperatura normal de los pies y las manos. A las 8 horas se normaliza el monóxido de carbono y el oxígeno en sangre. A las 24 horas disminuye la probabilidad de ataque cardíaco. A las 72 horas los bronquios se relajan y mejora la capacidad pulmonar (facilita la capacidad ventilatoria para el ejercicio de la función sexual). De las 2 semanas a los 3 meses: mejora la circulación sanguínea, comienza a restablecerse la función endotelial, mejora la capacidad eréctil y la respuesta a los fármacos pro erectógenos. La función pulmonar mejora en un 30%. De 1 a 9 meses: disminuye la tos, la congestión nasal y la disnea. Al año disminuye a la mitad el riesgo de mortalidad cardiovascular, a los 5 años el riesgo de mortalidad cardíaca es igual a los no fumadores y a los 10 años el riesgo de morir por cáncer de pulmón es similar al de los no fumadores.

3.4 Manejo del estrés - Mindfulness

El mindfulness es una práctica oriental con más de 2500 años de antigüedad. La traducción de mindfulness al español es atención plena y su práctica consiste en prestar atención a la respiración, a las sensaciones corporales observando cuando la mente se dispersa, tratando de reconducir la atención a al aquí-ahora. Si bien tiene como origen la meditación, en los últimos años se ha extendido hacia otras disciplinas entre las que se encuentra el arte, el caminar, la alimentación, el estudio, cualquier tipo de actividad con la finalidad de obtener el mayor beneficio de la misma.

¿Qué beneficios tiene la práctica del mindfulness?

La mente humana tiene la cualidad de divagar, ir de un lado a otro, generar pensamientos y perderse en ellos. Estos pensamientos tienen la cualidad del automatismo, evocando sucesos del pasado o anticipando el futuro. Este hecho genera infelicidad en el ser humano, incluso si los pensamientos que evocamos son acerca de temas alegres o motivantes. El ser humano es más feliz si está en el presente, si su mente y su cuerpo están en el momento presente. ^(19,20)

Algunos de los beneficios de su práctica incluyen:

- Ser cada vez más consciente de la vida;
- Aceptar y transitar momentos de sufrimiento, sin más sufrimiento que el necesario;
- Estar en paz con lo que ocurre;
- Ayuda a controlar el estrés y la ansiedad;
- Acaba con los problemas de insomnio;
- Proteger el cerebro;
- Acrecienta la capacidad de concentración;
- Desarrolla la inteligencia emocional;
- Mejora las relaciones interpersonales;
- Favorece la creatividad;
- Mejora la memoria de trabajo

¿Cómo sucede esto en nuestro cerebro?

Existe a nivel cerebral una red llamada Red Neuronal por Defecto que se asocia a la mente que divaga. Cuando se practica mindfulness hay más oportunidades de desactivar la Red por Defecto y activar como contrapartida la Task Positiv Network que implica el pasaje del modo hacer al modo ser. ^(19,20)

¿En qué consiste la práctica del mindfulness? La atención plena se genera tomando una postura de espectador de la experiencia en curso. Ello implica ser observador atento y compasivo consigo mismo, de los procesos tanto mentales como corporales. Cuando me doy cuenta de que apareció un pensamiento, un juicio, una emoción, lo dejo pasar sin apegarme, volviendo a la atención de la experiencia sin juicio.

En cuanto a las regiones cerebrales: cuando pensamos se activa el giro cingulado posterior, el precúneo y otras áreas que forman parte de la red neuronal por defecto. Al darnos cuenta de la actividad mental de divagar se activa la red de asignación de relevancia, comprendida por la ínsula anterior y el giro cingulado anterior. La corteza prefrontal dorsolateral y el lóbulo parietal inferior ayudan a retirar la atención de la distracción y a redirigirla al ritmo de la respiración. Al estar en estado meditativo se mantiene activa la corteza prefrontal dorsolateral.

¿Cómo utilizar los beneficios del mindfulness en la práctica sexual?

Es frecuente durante el encuentro sexual tener pensamientos que nos dispersan de la experiencia disminuyendo la calidad de la misma. Muchas de las consultas en la clínica sexológica tienen que ver con el mal manejo de los pensamientos. Sea estrés, ansiedad, preocupaciones relacionadas con el trabajo, los hijos, la economía, todas las disfunciones sexuales de origen psicógeno encuentran grandes beneficios del mindfulness así como para los efectos psicógenos de toda disfunción de base orgánica.

Debido a dos componentes centrales que presenta el mindfulness que son la autorregulación de la atención hacia el momento presente y la actitud de curiosidad, apertura y aceptación (Bishop 2004) la práctica del mindfulness es fundamental para la práctica sexual satisfactoria y saludable.

Jon Kabat Zinn agrega una lista de actitudes que son favorables para la práctica y que son fundamentales para la terapia sexual y muy beneficiosa para la terapia de pareja. Algunas de las actitudes a trabajar en mindfulness propuestas por el autor son la paciencia, la confianza, no esforzarse, la aceptación, el desapego y la mente de principiante. Es fundamental trabajarlas en la consulta de terapia sexual y terapia sexual de pareja ya que la misma es un laboratorio de lo que sucede en la cotidianidad de su hogar.

Al trasladar los principios del mindfulness a la práctica sexual amplificamos las sensaciones placenteras, nuestros cinco sentidos se disponen a funcionar minimizando las posibilidades de interferencias, dando como resultado un encuentro único.

Como beneficios directos se describen el aumento de la carga erótica, excitaciones más profundas, orgasmos más intensos y duraderos, mejora de la comunicación corporal, sexualidad fluida. ⁽²¹⁾

Disfunciones sexuales y mindfulness

Las funciones sexuales adecuadas (cuando no hay disfunción) implican una forma de disponerse al encuentro íntimo. Muchas veces el estrés, la ansiedad, generan una baja disposición al encuentro o lo llenan de expectativas que no siempre son colmadas. Bajo estas circunstancias no es de extrañar que se instale una disfunción ya que la mente de la persona o la pareja está muy activa y orientada hacia focos ansiógenos. Esto afecta al organismo, provocando un cuerpo aprensivo, cerrado, crítico, enjuiciador, al límite de la intolerancia, con

grandes chances de frustrarse. El cuerpo deja de funcionar en modo de placer, sensorialidad activa, para estar en estado de alerta, bajando el deseo sexual y con posibilidades de instalarse cualquier tipo de disfunción.

La práctica diaria del mindfulness ayuda a restablecer el cuerpo en lo que se podría denominar modo de encuentro sexual activo, atento y responsable. Nos dispone al encuentro sexual, es una herramienta que a través de la toma de conciencia nos informa qué tan dispuestos/as estamos para el encuentro. A su vez es muy útil para generar la disposición necesaria para entrar en contacto con el placer, hecho fundamental en la sexualidad saludable.

Incorporar el mindfulness a la clínica sexológica y por ende al encuentro sexual implica un plus que acelera el tratamiento. Sea la disfunción que sea, la conciencia plena es la aliada en todo encuentro ya que el estar aquí y ahora nos garantiza un encuentro sexual genuino.

Desde la mirada holística de la salud sexual entendemos a la disfunción como un síntoma que nos está informando que algo estamos desoyendo. El mindfulness nos conduce a atender sin juicio aquello que nos sucede. De esta forma y guiado por un terapeuta la práctica de mindfulness puede darnos mucha información que a priori no estamos escuchando sobre nosotros mismos. En la terapia sexual mediante mindfulness podemos entender lo que la disfunción dice de mí. De la misma forma que aprendimos a decodificar la sensación de sed y mediante la ingesta de agua saciarla y volver al equilibrio, lo mismo con cualquier otra señal, dejar que nos guíe hacia aquello que nos pide nuestro organismo. En el caso de una disfunción, la misma está indicando algo que no estamos haciendo adecuadamente.

Si bien no es necesario tener conocimientos de mindfulness previos y sólo pueden ser aplicados a la sexualidad, la práctica del mindfulsex es tan beneficiosa que nadie dudaría en extenderla a cualquier actividad de la vida cotidiana. Una vez que se comprueban sus beneficios es imposible resistirse.

La sexualidad consciente o la atención plena a nuestra sexualidad nos ayuda a contactar con las áreas cerebrales vinculadas al placer y así lograr una intimidad plena y genuina.

3.4 Sueño reparador

Sabemos que la fase de sueño REM es fundamental para poder recuperarnos durante nuestro descanso en las funciones psíquicas, afectivas y emocionales.

La mala calidad de sueño produce alteraciones metabólicas y hormonales como el eje hipotálamo – hipófiso – gonadal. La falta de sueño produce una disminución importante de los niveles plasmáticos de testosterona, y alteraciones de esta hormona, pueden a su vez, tener consecuencias directas sobre el ciclo sueño-vigilia.⁽²²⁾

El sueño reparador y de una duración suficiente repercute en el bienestar general del sujeto. Dormir poco y mal afecta a todas las áreas vitales del ser humano. A nivel físico, las consecuencias se reflejan con la aparición de diferentes enfermedades o agravamiento de las ya existentes. Pero no son menos importantes las consecuencias a nivel emocional, cognitivo y conductual, que condicionan limitaciones en la esfera personal, familiar, social, laboral y escolar. La falta de horas de sueño o la pérdida de su calidad afecta a la regulación del estado de ánimo y produce fatiga, además de síntomas neurocognitivos, como son las alteraciones de concentración, de memoria, de aprendizaje o de utilización de las funciones cognitivas.

Las alteraciones más frecuentes del sueño, como son, entre otros, los trastornos respiratorios, el insomnio o alteraciones del ritmo circadiano, conllevan casi todas, alteraciones cardiovasculares y pérdida en muchos casos de la continuidad de sueño que afectan la función sexual. Así, las personas con insomnio o con patologías como la apnea del sueño suelen referir, entre otras cosas afecciones, una disminución importante de la frecuencia de activación sexual. Generalmente este tipo de paciente reduce su actividad física diurna y aumenta su índice de masa corporal, creándose un círculo vicioso sobre el que actúan además una pérdida de energía, un enlentecimiento de algunas funciones metabólicas y una alteración emocional con tendencia a la depresión.⁽²³⁾

El sueño suficiente y reparador es crucial para el mantenimiento de una función sexual sana; desde lo afectivo, metabólico, neurobiológico y hormonal. No hay salud sexual si el sujeto no logra un sueño reparador y de duración adecuada.

3.5 Salud emocional y afectiva

Los problemas de salud mental son uno de los más prevalentes de la salud del hombre el día de hoy y dada la baja tasa de consulta de los hombres por estos y otros cuadros, se hace necesario un enfoque preventivo de estas patologías a través de un diagnóstico precoz y la aplicación de intervenciones mínimas, así como mejorar el tamizaje con uso de escalas de apoyo al diagnóstico ⁽²⁴⁾

El abordaje de las disfunciones sexuales se ha constituido en un interesante campo de interacción de aspectos psíquicos y fisiológicos que requieren el esfuerzo de pensarlos interactuando y vencer cierta tendencia a la escisión que han tenido tanto las disciplinas puramente médicas como las psicológicas.

Debemos a Freud las primeras líneas de investigación acerca de la causa psíquica de las disfunciones sexuales incluyendo la disfunción eréctil. En uno de sus artículos de 1912 plantea sus hipótesis sobre lo que él llama la indagación médico-psicológica de la impotencia psíquica. Se refiere a angustias infantiles y

pone en discusión también el tema de la posibilidad de experimentar placer, un tema poco explicitado en el momento.

Hoy en día, con el avance de la investigación psicológica, sigue teniendo valor el rol de la angustia que puede generar en el hombre una inhibición en el deseo sexual por un lado y dificultades con la puesta en marcha de los mecanismos de la erección agregando fracasos y ansiedad en el desempeño posterior.

En la cultura actual la potencia sexual se ha constituido en un elemento narcisista mas; esto redobla las presiones que colocan al desempeño sexual en el lugar de un logro más, pudiendo llegar a verse en la clínica el uso abusivo de sustancias proerectiles sin indicación clara que solo tienen el efecto de reforzador psíquico y antídoto frente a fracasos intolerables.

En la población joven, sin descartar y estudiar posibles causas médicas de las disfunciones, es conveniente tener en mente en la entrevista clínica, el mayor peso de los elementos psicoemocionales, darles un lugar y buscar el modo de mostrarle al paciente el componente de angustia o ansiedad de desempeño. En la población adulta o anciana, es conveniente tener en mente un modelo multifactorial y darle también a estos factores un lugar. Asimismo, tener en cuenta que la Depresión tiene, entre sus síntomas principales la falta de deseo y anhedonia sexual que responden al tratamiento antidepressivo.

4. Conclusiones:

El logro de la salud sexual debe ser una prioridad en todas las sociedades. A fin de alcanzar una salud integral, es imperativo no solo promoverla sino mantenerla.

La salud sexual es un concepto de gran amplitud. Toda medida y estrategia destinada a su logro y mantenimiento debería permitir el mejoramiento de la salud y, por consiguiente, el mejoramiento del bienestar personal y de la sociedad.

Debemos promover los hábitos saludables de vida, el diagnóstico precoz y el correcto tratamiento de las enfermedades crónicas no transmisibles y desarrollar todas las estrategias de promoción de la salud mental en todas sus formas.

Bibliografía Vitoria JC, Bilbao JR. Novedades en enfermedad celíaca. An Pediatr. 2013;78(1):1-5.

1. Dean S. Elterman, MD Frcsc, R.Pelman. Salud masculina: un nuevo paradigma. Estrategias para la atención de salud, apoyo, educación e investigación. Rev. Medica Clínica Condes 2014; 25(1) 40-45.
2. Dean S. Elterman, R. Pelman, MD Frcsc. Salud masculina: estilo de vida, enfermedades y riesgos. Rev. Medica Clínica Condes 2014; 25(1) 30-34

3. Jiménez de Lara J. Salud del hombre. Una paradoja cultural. Rev. Medica Clínica Condes 2014; 25(1) 11-13
4. Alberto Concha-Eastman, Etienne Krug. Informe mundial sobre la salud y la violencia de la OMS: una herramienta de trabajo. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 12(4), 2002
5. Drexler H. Endothelial dysfunction: clinical implication. Prog Cardiovasc Dis 1997;4:287-324.
6. Sjöholm A, Nyström T. Endothelial inflammation in insulin resistance. Lancet. 2005;365:610-2.
- 7..Kashya.p, SR, Roman LJ, Lamont J, Masters BS, Bajaj M, Suraamornkul S, et al. Insulin resistance is associated with impaired nitric oxide synthase activity in skeletal muscle of type 2 diabetic subjects. J Clin Endocrinol Metab. 2005;90:1100-5.
8. .Aljada A, Saadeh R, Assian E, Ghanim H, Dandona P. Insulin inhibits the expression of intercellular adhesion molecule-1 by human aortic endothelial cells through stimulation of nitric oxide. J Clin Endocrinol Metab. 2000;85:2572-5.
9. .Schnyder B, Pittet M, Durand J, Schnyder-Candrian S. Rapid effects of glucose on the insulin signalling of endothelial NO generation and epithelial Na transport. Am J Physiol Endocrinol Metab. 2002;282:E87-94.
- 10..Fichtlscherer S, Breuer S, Zeiher AM. Prognostic value of systemic endothelial dysfunction in patients with acute coronary syndromes: further evidence for the existence of the «vulnerable» patient. Circulation. 2004;110:1926-32.
- 11.Rondanelli R. Estilo de vida y enfermedad cardiovascular en el hombre.. Rev. Medica Clínica Condes 2014; 25(1) 69-77.
12. Wilson Jennifer Robinson, J. Sanford Schwartz, Susan T. Shero. Guidelines American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice 2013 ACC/AHA Guideline on the Assessment of Cardiovascular Risk: Circulation by guest on October 4, 2014 Downloaded from <http://circ.ahajournals.org>
- 13..La Vignera S, Condorelli R, Vicari E, D'Agata R, Calogero A. Aerobic physical activity improves endothelial function in the middle-aged patients with erectile dysfunction. Aging Male. 2011 Dec;14(4):265-72.

14. Hehemann MC, Kashanian JA. Can lifestyle modification affect men's erectile function? *Transl Androl Urol* 2016;52:187-194.

15 Khoo J, Tian HH, Tan B, et al. Comparing effects of low and high-volume moderate-intensity exercise on sexual function and testosterone in obese men. *J Sex Med* 2013; 107:1823-1832..

16. World Health Organization. Global strategy on diet, physical activity and health. Physical activity and adults. Available at: http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_adults/en/. Accessed January 2017.

17. World Confederation for Physical Therapy. Available at: <http://www.wcpt.org/>.

18. *Sex Med* 2018;6:75e89 Physical Activity to Improve Erectile Function: A Systematic Review of Intervention Studies Helle Gerbild, PT,1,2 Camilla Marie Larsen, PhD, PT,1,3 Christian Graugaard, MD, PhD,4 and Kristina Areskoug Josefsson, PhD, RPT5

19. Izabela Jaderek, Michal Lew-Starowicz. A Systematic Review on Mindfulness Meditation–Based Interventions for Sexual Dysfunctions. *JSM* October 2019 Volume 16, Issue 10, Pages 1581–1596

20. J. Krieger, E. Kristensen, M. Marquardsen. A Randomized Controlled Pilot Study of Mindfulness for Sex and Intimacy in Relationships (MSIR) in the Treatment of Sexual Dysfunctions. *JSM* June 2019 Volume 16, Issue 6, Supplement 3, Page S3

21. Jennifer A. Bossio, Rosemary Basson, Miriam Driscoll, Shauna Correia, Lori A. Brotto. Mindfulness-Based Group Therapy for Men With Situational Erectile Dysfunction: A Mixed Methods Feasibility Analysis and Pilot Study. *JSM* October 2018 Volume 15, Issue 10, Pages 1478–1490

22. P. Patel, B. Shiff, T. Kohn. Impaired Sleep is associated with Low Testosterone in US Adult Males: Results from the National Health and Nutrition Examination Survey. *JSM* April 2019 Volume 16, Issue 4, Supplement 1, Pages S69–S70

23. Lee DS, Choi JB, Sohn DW. Impact of Sleep Deprivation on the Hypothalamic–Pituitary–Gonadal Axis and Erectile Tissue. *J Sex Med* 2019;16:5–16.

24. Seijas B. Daniel. Adicciones y depresión en la salud del hombre. *Rev. Medica Clínica Condes* 2014; 25(1) 79-98.