

CURSO FLASSES
CONGRESO MUNDIAL DE LA SALUD SEXUAL
(WAS)

CIUDAD DE MÉXICO (MÉXICO) 2019

CUANDO EL HOMBRE DICE NO. ¿CÓMO MEJORAR EL DESEO SEXUAL?

PUBLICADO EN EL BOLETÍN DE FLASSES VI, 2019
PÁGINAS 20-42.



FLASSES
- NÚMERO VI -
Año 2019

FLASSES ON-LINE
Boletín electrónico oficial
Federación Latinoamericana de Sociedades
de Sexología y Educación Sexual



CONGRESO MUNDIAL DE LA SALUD SEXUAL MÉXICO 2019

CUANDO EL HOMBRE DICE NO. ¿CÓMO MEJORAR EL DESEO SEXUAL?

COORDINACIÓN: Jaqueline Brendler



Santiago Cedrés - ETIOLOGÍAS BIOLÓGICAS.

Stuart Oblitas Ramirez - ETIOLOGÍAS PSICOCULTURALES.

Felipe Hurtado Murillo - TRATAMIENTO CON TÉCNICAS
PSICOTERAPÉUTICAS.

Rosa Luisa Acuña Rendón - ¿QUÉ MEDICAMENTOS ESTÁN INDICADOS?

Silvina Valente - EL PAPEL DE LA MUJER.

Jaqueline Brendler - CONTROVERSIAS Y CONTRAINDICACIONES EN EL
TRATAMIENTO

CUANDO EL HOMBRE DICE NO. ETIOLOGIAS BIOLÓGICAS

Dr. Santiago Cedrés. Médico. Sexólogo clínico.

Vice-presidente dos de FLASSES. santiagocedres@yahoo.com

La pérdida del deseo sexual es una disfunción muy frecuente en el varón y motivo frecuente de consulta al sexólogo clínico. Muchas veces es una disfunción pura, y otras veces se ve asociada a disfunción eréctil o trastornos orgásmicos. La repercusión en la vivencia personal o muchas veces la actitud de la pareja son elementos perpetuadores y mantenedores de dicha sintomatología.

Las investigaciones informan una prevalencia para esta disfunción del 25% para varones entre 16 y 59 años (Lewis et al., 2010). Las cifras para edades más avanzadas son del 41% (American Psychiatric Association).



Los factores hormonales muchas veces están involucrados en la génesis de esta disfunción. El hipogonadismo de inicio tardío que implica falta de testosterona es el elemento más descrito (Bancroft, 2005).

También se han asociado otras alteraciones hormonales como la hiperprolactinemia o el hipotiroidismo (Carani et al., 2005; G Corona et al., 2004; Giovanni Corona et al., 2011; Maggi, Buvat, Corona, Guay, & Torres, 2013).

Algunos fármacos como inhibidores de la recaptación de Serotonina ISRS o SNRIs son también responsables de esta condición (Clayton, Croft, & Handiwala, 2014; Clayton, Kennedy, Edwards, Gallipoli, & Reed, 2013). La relación entre el trastorno del deseo sexual hipoactivo y los antidepresivos atípicos es menor (Clayton, Croft, et al., 2014; Clayton et al., 2013).

Otros factores relacionados con etiología orgánica son la patología inflamatoria persistente de cualquier origen (intestinal – CUC, CROHN, respiratoria - EPOC) o la patología autoinmune.

Muchas veces no es solo la comorbilidad sino el tratamiento instaurado para la misma (disfunción sexual mantenida por sustancias).

La enfermedad coronaria, la insuficiencia cardíaca, la insuficiencia renal o el VIH también se ha asociado a etiología orgánica del deseo sexual hipoactivo (Meuleman & Van Lankveld, 2005). Siempre la afectación es multifactorial (por la condición médica, por los síntomas de la misma, por el efecto y repercusión emocional o por los tratamientos indicados)

No se puede sub estimar la asociación lesional con estados depresivos o ansiosos de cualquier paciente que padezca una enfermedad médica crónica. El enfoque interdisciplinario, la búsqueda de los elementos etiológicos y la visión integradora resultan claves para acercarnos a comprender uno de los misterios de la Sexología como es la pérdida del deseo sexual y sus repercusiones.

ETIOLOGÍAS PSICOLÓGICAS Y SOCIOCULTURALES

STUART OBLITAS RAMIRES. Psicólogo y sexólogo. Vogal de FLASSES. stuartoblitas@hotmail.com

La función sexual del hombre tiene una relación simbólica con el poder. Muchas veces la habilidad sexual se convierte en el último reducto de la autoestima de un varón. La excitación se refiere a los cambios físicos que se experimentan cuando hay una estimulación sexual externa o interna (fantasías).



En el caso del hombre el signo predominante es la erección y en la mujer la lubricación. El deseo se mantendrá si se tiene una percepción clara de la excitación y a su vez la excitación es más fácil cuando existe un buen nivel de deseo.

El deseo del varón es claramente finalista, necesita ser extinguido con el orgasmo, sin embargo, la mujer puede en un momento dado presentar varias posibilidades muy infrecuentes en el varón:

- Deseo de intimar con una persona, obviando un encuentro erótico
- Deseo de ser tocada o estimulada por una persona (o varias...)
- Deseo de tocar a alguien sin más, solo por satisfacer a otra persona
- Deseo de generar una fantasía

En el hombre cualquiera de estas distintas posibilidades de expresión del deseo se vería frustradas si no pudiera entrar enseguida en un proceso de excitación, que, además, casi siempre debiera acabar en orgasmo, momento a partir del cual decrecería el deseo.

Concepto: deseo sexual hipoactivo del hombre, al igual que en la mujer, consiste en la ausencia permanente y persistente de fantasías eróticas y motivación para acceder a las relaciones sexuales.

Etiología: En la mayoría de las ocasiones no se puede determinar con precisión la etiología del deseo sexual hipoactivo del hombre, pero se conocen muchas variables que pueden incidir.

Aspectos Psicológicos: La lógica apunta en el sentido de considerar la disminución del deseo como consecuencia del desamor y la pérdida de atractivo. Pero estas causas no explican el problema de manera objetiva del por qué la mayoría de los hombres presentan un deseo sexual hipoactivo generalizado, es decir, no les motiva el deseo su pareja ni ninguna otra persona.

En la biografía especializada destacan la ansiedad y el estrés como bases del trastorno, y, además, algunos autores han resaltado el enfado, enojo o ira como elementos subyacentes en la ausencia de deseo. Por otro lado, las alteraciones del estado de ánimo influyen de manera notable, experimentan deseo hipoactivo un 40% de los depresivos.

Se ha detectado que un buen porcentaje de los aquejados sufren disfunciones sexuales previas, reales o imaginadas. Cuando el paciente piensa que en su ejercicio sexual no da la talla, sufre un déficit de motivación o un proceso de evitación, terminando por una de las dos vías (o ambas) en una pérdida del deseo.

La etiología del deseo sexual hipoactivo obedece a evitación por disfunciones sexuales previas reales o supuestas, alteraciones del estado de ánimo (con predominio del estrés agudo por cuestiones profesionales), conflictos de pareja, aversión al sexo, enfermedades crónicas, alteraciones hormonales y otras causas aisladas.

La ansiedad, la depresión, los conflictos de pareja, la pérdida de atractivo por la pareja, el estrés, la baja autoestima, la conducta evitativa por disfunción sexual, los traumas sexuales pueden ser causas del deseo sexual hipoactivo en el hombre.

Dinámica de la ansiedad en la disminución del deseo: Ansiedad – frustración – temor (respuesta emocional) – evitación (respuesta conductual) ---- resultado (disminución del deseo sexual).

Dinámica del conflicto de pareja: Falta de comprensión por parte de la pareja – disfunción selectiva del deseo por resentimiento y dolor – procrastinación sexual – deserotización ----- resultado: disminución del deseo sexual.

Aspectos Culturales: a) Contexto familiar; b) Contexto social

Dinámica del proceso educativo: a) Incorporación de mitos y tabúes sexuales; b) Sensación de transgresión de normas.

Aspectos Cognitivos: Pensamientos irracionales – minimización de sus habilidades sexuales – percepción de fracaso ----- resultado: pérdida del deseo.



CUANDO EL HOMBRE DICE QUE NO. TÉCNICAS PSICOTERAPÉUTICAS

Felipe Hurtado Murillo . Psicólogo Clínico – Sexólogo
Secretario General de FLASSES
secretarioflasses@gmail.com

Definimos el deseo sexual como una motivación, impulso o interés en las relaciones sexuales que mueve a la persona a buscar experiencias sexuales o a mostrarse receptivo a ellas.

Para afirmar que hay un problema de escaso o nulo deseo sexual en el hombre, tiene que cumplirse que haya una reducción significativa o una

ausencia de fantasías o pensamientos sexuales o eróticos y de deseo de actividad sexual de forma persistente y con presencia de malestar clínicamente significativo.

Debido a la naturaleza multifactorial de los problemas sexuales se hace preciso una intervención multifacética con un enfoque biopsicosocial, estableciendo metas y expectativas realistas con un papel activo de la persona afectada en su plan de tratamiento (1).

En primer lugar, hay que intervenir de forma específica sobre los factores etiológicos de tipo orgánico que tuvieran una clara relación causal (2,3), en el caso de que el trastorno del deseo sexual tuviera una base orgánica:

- *Intentar retirar o sustituir fármacos que pudieran afectar.
- *Tratar posibles trastornos que pudieran estar influyendo.
- *Eliminar un posible consumo de sustancias de abuso.

En segundo lugar, tanto en aquellos casos de base orgánica que finalmente son combinados porque se añaden los factores psicológicos, como en aquellos que son fundamentalmente psicógenos, se debe intervenir con técnicas psicoterapéuticas que se centran en modificar o eliminar los factores precipitantes, pero sobre todo los factores de mantenimiento que contribuyen al a la falta de deseo sexual (4).

Mediante estas técnicas aplicadas de forma individual o en pareja, se busca mejorar las experiencias eróticas al tiempo que reducir la ansiedad y la inhibición acerca de la actividad sexual, con el fin de producir satisfacción sexual.



Es preciso tener en cuenta que los hombres que tienen poco o nulo deseo sexual de toda la vida, comorbilidades psiquiátricas, una pareja disfuncional o conflictos intrapersonales derivados de una educación muy restrictiva o traumas infantiles no resueltos que afectan a la función sexual tienen que ser resueltos con terapia sexual,

terapia de pareja o psicoterapia necesariamente.

La evidencia disponible sugiere mejorías significativas en la función sexual después de la intervención psicológica con terapia sexual tradicional, terapia cognitivo-conductual o ambas (5,6).

Las intervenciones aplicadas de forma individual o en pareja, mejoran las experiencias eróticas al tiempo que reducen la ansiedad y la inhibición acerca de la actividad sexual.

El tratamiento se centra en modificar o eliminar los factores precipitantes y, sobre todo, los factores de mantenimiento que contribuyen a la disfunción sexual. Ahora bien, si uno de los factores de mantenimiento de mayor peso es la habituación sexual, el hombre deberá decidir si prefiere sucesivos cambios de pareja para mantener alto su deseo sexual o, si su opción es la pareja estable, aceptar su menor deseo sexual y potenciar otros aspectos de la relación como el afecto, el compromiso y la intimidad emocional.



En la terapia sexual se busca crear un ambiente relajado exento de obligaciones y de fracaso sexual, modificando patrones de pensamiento o creencias que interfieren en la intimidad y el placer.

El tratamiento se basa en ayudar a la persona y a su pareja, homo o heterosexual, a resolver aspectos generales de su relación y en aumentar la intimidad.

El deseo sexual no aparece espontáneamente cuando hay desinterés, sino que requiere de estímulos adecuados. Los estímulos sexuales que precisa cada miembro de la pareja pueden ser distintos y nadie debe sentirse culpable por tener mayor o menor deseo.

La sexualidad no debe ser obligatoria ni asociada a esfuerzo para que resulte gratificante.

Es muy importante iniciar la terapia sexual con una educación sexual que elimine las posibles ideas erróneas y falsas expectativas generadas por mitos y deficiente información. Para ello tenemos el recurso de usar de imágenes y modelos anatómicos, para explicar la anatomía y la fisiología de la respuesta sexual, además mediante las técnicas de reestructuración cognitiva debemos de identificar y eliminar mitos y pensamientos distorsionados que puedan influir negativamente.

Tras la fase educativa se planifican sesiones de focalización sensorial no genital, con un ritmo más o menos estable de interacciones íntimas, reservando tiempos de pareja, con iniciativas compartidas en un ambiente adecuado pero sin obligaciones, que permitan promover la intimidad y el abandono, aumentar la comunicación, eliminar la rutina, la ansiedad anticipatoria, el temor al fracaso, el sentimiento de culpa y las inhibiciones, junto con el aumento de tiempo y repertorio de conductas con estímulos novedosos mediante el uso de

cremas, aceites corporales o vibradores que potencien la sensualidad y los pensamientos y fantasías sexuales.

Una vez conseguido el abandono mental y la comunicación adecuada se programa la fase de focalización sensorial genital, en la que se incluyen las zonas genitales para mantener el deseo sexual y aumentar la intensidad del pacer sexual.

Es muy necesario incorporar material erótico y uso de fantasías, así como, sugerir cambios hacia un estilo de vida saludable mediante dieta, ejercicio, eliminar consumo de drogas y disminuir el estrés.

PAPEL DE LA MUJER

Dra Silvana Valente; Presidenta SASH; Tesorera FLASSES; Jefa de la Sección Sexología Clínica Hospital de Clínicas; mvalente@intramed.net;

Dentro de la clínica sexológica es importante la inclusión de la pareja dentro de la terapia; conociendo las implicancias en la resolución del trastorno sexual por el que consultan. Sabemos que las disfunciones sexuales tienen causas multifactoriales y la problemática diádica es un eslabón fundamental dentro de la etiología y en los factores precipitantes y de mantenimiento. La inclusión en la terapia del deseo sexual hipoactivo en los hombres de sus parejas es parte de las estrategias terapéuticas con las que contamos en la clínica cotidiana.

Cuando un hombre disminuye su deseo sexual, nos preguntamos: ¿Qué siente la pareja y cómo se comporta frente a esta situación?

Dentro del algoritmo publicado en el 2013 Estandares operacionales y de procedimiento del deseo sexual hipoactivo masculino se encuentra dentro de la etiología del bajo deseo masculino los problemas de pareja y se marca como abordaje terapéutico en estos casos la terapia de pareja puntualmente. Definir las bases en las cuales se construyen las parejas en este trastorno es un eje fundamental.



Es importante visualizar los roles que se le atribuyen a cada género en forma cultural y social en la pareja. El concepto de hombre siempre listo y mujer complaciente esta muy difundido entre las sociedades en forma global y mas aún en parejas de larga data y personas de mayor edad.

Podríamos decir que culturalmente expectativas en un rol sexual muy activo y una exigencia de alta performance en el hombre, en ocasiones funcionan como una carga, siendo contraproducente al momento del encuentro sexual.

La preocupación por el desempeño sexual origina ansiedad en muchos casos en forma anticipada al inicio de la relación con su pareja, por lo cual muchas veces la falta de deseo se ve acompañada de comorbilidades sexuales como problemas de erección o de eyaculación.

Las dimensiones socioculturales de la expresión sexual en ambos géneros se expresan en las vivencias sexuales de una pareja. Si bien, están cambiando los paradigmas, en cuanto a los roles de género, estos cambios van acompañados de exigencias y mezclas de conceptos, emociones y cogniciones que como mínimo ocasiona un desentendimiento entre ambos miembros de la pareja y en ocasiones se encuentran comorbilidades sexuales y en la vida de relación, es cierto que muchas veces un hombre que no desea no tiene erección y en estudios realizados se vio asociada la falta de deseo con problemas de erección, muchas veces puede ser asociado a problemas orgánicos y/o hormonales pero es cierto que en oportunidades no se observan y es simplemente la causa se asocia a que el varón no está motivado para tener sexo. Esto es una consulta frecuente en los hombres mas jóvenes . Lo mismo que la falta de control en la eyaculación. Estas comorbilidades muchas veces se ven precipitadas y mantenidas por una pareja exigente que reclama ser seducida y vista, perpetuando el problema en vez de ser parte de la solución

Por otro lado la depresión y la ansiedad son trastornos que van en aumento en los tiempos que corren y cada vez con mayor incidencia en personas más jóvenes. La convivencia con personas que padecen trastornos psiquiátricos y en muchas ocasiones subdiagnosticados es complicada para la convivencia en pareja, por lo cual es importante en estos casos explicar en forma adecuada a la pareja el alcance de los síntomas y cómo se manifestarán en la vida cotidiana, como es la sexualidad. Otra causa frecuente es la culpa y vergüenza que se genera en el hombre no poder “cumplir” y que la mujer lo exija tener una buena performance sexual, perpetuando el círculo vicioso, sosteniendo el bajo deseo sexual.



Otro factor desencadenante de la disminución del deseo en el hombre es el estrés, así también, el cansancio que afecta, no solamente en lo personal sino en lo relacional repercutiendo en la comunicación y sexualidad de la pareja. El rol de la pareja en estos casos tendría que ser la comprensión, la no exigencia, el entender que no todo pasa por ella, por si es linda o fea, atractiva o no; si la quieren o no.

De tomar esta conducta no podrá visualizar que su compañero probablemente este necesitando apoyo, medicación, terapia y cambios en la vida personal y de pareja. El rol que adopte la pareja frente a situaciones de conflicto generadas por estrés laboral o personal dependerá del propio estrés personal de ella, como de su autoestima, creencias y capacidad de observar las necesidades del otro, entre otros factores.

El bajo deseo en el varón, en la mayoría de las oportunidades se debe a la disminución de testosterona, observándose que con la edad se acrecienta la etiología hormonal; en estos hombres se combinan la presencia de enfermedades cardiovasculares y /o de otras enfermedades orgánicas, y sumado al momento de la menopausia en la mujer, es una combinación que contrariamente a obtener una mejora del deseo, presenta la tendencia de justificar el bajo deseo y perpetuarlo o empeorar la situación. La combinación de deseo bajo en la mujer, quien se siente beneficiada por la situación encubre

el bajo deseo de su pareja. Pero en muchos casos la preocupación por la salud hace que las mujeres en vez de promover un encuentro sexual por el contrario los espacia o los suprime completamente de la agenda matrimonial. La creencia que sostiene esta conducta es el concepto que si él no tiene la necesidad se acaba la vida sexual. En las parejas homosexuales masculinas esto no tiende a pasar.

En ocasiones los hombres que padecen de estrés, al igual que sus parejas y comprometidos en sus obligaciones, con muchas actividades en forma independiente acrecientan el cortisol disminuyendo el deseo en hombres jóvenes, sumado a la falta de comunicación se instala alejamiento de la pareja por no compartir intereses y en ocasiones siquiera logros personales con el otro. Se construyen mundos paralelos y a los encuentros se les pide que sean pasionales y con alta emotividad que no se construye en el día a día.



Esto sumado a las actividades de matrimonios jóvenes en forma separada cada uno con sus amigos, se crea desconfianza, celos y si encima el varón no siente deseo, la mujer piensa que es personal y que es que ella que no lo atrae iniciando conflictos de pareja.

La concepción de la mujer independiente y que estén cambiando los paradigmas, debe recorrer aún el camino de otras modificaciones, ya que, todavía existe el concepto que al hombre que le gusta una mujer, la desea. En otras palabras se presenta en estas parejas una baja tolerancia a los conflictos sexuales. La primera vez que soy rechazada no me quiere, si no me manda una foto o no me contesta estando en línea no me quiere, no soy importante para él.

El abordaje de la pareja del varón con bajo deseo debe darse en un contexto de información clara y precisa, explicando las posibles causas, derribar mitos por la explicación exhaustiva de las expectativas del tratamiento y que no debe porque relacionarse el no ser deseada con el concepto de no ser atractiva para su pareja. Conversar sobre su rol en el tratamiento, inclusive las pautas de educación sexual como que el coito vaginal no debe ser la única opción de relacionarse sexualmente; es fundamental su participación sin exigencias de desempeño masculino en situaciones sexuales. Las parejas son pilares en la creación de la intimidad emocional del encuentro, de generar sexo sin exigencias, de disminuir la valoración del hombre como ser sexual automático y lineal. Lograr mejorar la comunicación entre ellos con el desarrollo de actividades comunes que los diviertan a ambos, recuperar un ambiente distendido y placentero, donde puedan disfrutar de la compañía entre ambos.

Resumen de conceptos:

- El deseo masculino no es automático y lineal
- Muchas veces el DSH masculino entra a la consulta por un problema sexual femenino: dolor coital/ falta de deseo/ anorgasmia
- Cambiar la estructura cultural que el hombre está siempre listo
- Reducir las expectativas femeninas con respecto al deseo sexual y separarlas de la afectividad en la pareja
- Mejorar la intimidad y comunicación

Instalar una nueva dinámica sexual y erótica.

QUE MEDICAMENTOS SE INDICAN

Rosa Luisa Acuña Rendón. Médica Sexóloga clínica y Educadora de la Sexualidad .Vocal de FLASSES rossyarendon@gmail.com

Cuando el deseo sexual deja de ser una motivación y se pierde el impulso y el interés en las relaciones sexuales que mueve al hombre a buscar el placer erótico y se determina que ha habido pérdida del apetito sexual en forma persistente y clínicamente significativa posterior a estudio multifactorial es el momento de iniciar con los medicamentos que van a restablecer la libido si es ésta la indicación a la que se ha llegado.

La exposición está fundamentada en las Guías Británicas de disfunción eréctil 2018 y se utilizan como pauta para las referencias sobre los beneficios del reemplazo de testosterona en hombres hipogonados. Hay evidencia de que los hombres con hipogonadismo vuelven al estado eugonadal con reemplazo de testosterona con experiencia de al menos 6 meses con: una mejora general de la función sexual; mejoría en el deseo sexual; energía mejorada, estado de ánimo y motivación; mejora en el orgasmo y la eyaculación; mejora en la erección espontánea y nocturna; capacidad de respuesta restaurada o mejorada con PDE5Is.



Un estudio refiere que el tratamiento con Undecanoato de Testosterona tiene una respuesta clínicamente significativa en pacientes con DM2 e hipogonadismo. La modificación del estilo de vida debe ser siempre el tratamiento de primera línea para los pacientes diabéticos; sin embargo, la práctica médica nos dice que éste tiene generalmente poco impacto. La respuesta a inhibidores de la fosfodiesterasa 5 es a menudo decepcionante si no se trata el hipogonadismo y la Diabetes continúa mal controlada.

El estudio sugiere establecer las 30 semanas de Terapia de reemplazo de Testosterona (TRT) para lograr los beneficios; adicionando terapia específica para Disfunción Eréctil, y un adecuado control de las cifras de glicemia lo que permite alcanzar puntuaciones casi normales (función eréctil). Estudios de registro a largo plazo sugieren que la función sexual sigue mejorando con el uso prolongado de Undecanoato de Testosterona (TU) de acción prolongada, presentando síntomas recurrentes cuando se interrumpe la TRT.

Este grupo demostró recientemente que la TRT con TU está asociada a una reducción significativa de la mortalidad en hombres con DM² y TT<12nmol/L.

El uso temprano de TRT en hombres con Disfunción Eréctil es sugerido especialmente en aquellos que no responden a Inhibidores de la PDE5.

En otro estudio se encuentra que la apnea del sueño (OSA) es una condición que afecta a uno de cada 4 hombres de mediana edad caracterizada por cierres completos y parciales frecuentes y repetitivos de las vías aéreas superiores, causando la desaturación de O₂ en sangre.

La deficiencia de andrógenos bioquímica está asociada de manera independiente con la AOS y hasta 40% de los hombres con el trastorno tienen niveles séricos de T en rangos de hipogonadismo del adulto joven (Luboshitzky et al., 2003 y/o hipoxia repetitiva (Gambineri et al., 2003)) Se considera que los mecanismos centrales que explican la disminución de testosterona en OSA tiene que ver con la interrupción pulsátil de la secreción de hormona luteinizante por la restricción del sueño (Leproult & Van Cauter, 2011). La obesidad central, es reconocida como la señal más específica asociada con la deficiencia de andrógenos (Buvat et al., Corona et al., 2013) y se asocia en forma independiente con OSA; la combinación de ambos OSA y obesidad puede potenciar aún más la disminución de T circulante (Liu et al., 2007)



La terapia con Testosterona mejoró el deseo sexual en los hombres obesos con SAOS independientemente de los niveles basales de testosterona. Aquellos con niveles más bajos de T mostró mejoría en la vitalidad, sensación de estado de ánimo bajo y nerviosismo (medido por SF-36) .

En éste diferente estudio de 790 hombres de 65 años de edad en adelante con una concentración de testosterona en suero inferior a 275ng/dl y síntomas sugestivos de hipoandrogenismo recibieron gel de testosterona (o gel placebo) durante 1 año. Se hicieron tres ensayos: a.- función sexual, b.- función física y c.- calidad vital.

El tratamiento con testosterona aumentó los niveles de testosterona en suero a los valores normales de hombres entre 19 y 40 años de edad. Este

incremento se asoció con aumento significativo de la actividad sexual (Psicosexual Daily Questionnaire) así como aumento del deseo sexual y la función eréctil; los hombres tratados con testosterona informaron mejor estado de ánimo y menor gravedad de los síntomas depresivos.

En relación al envejecimiento masculino, la función eréctil se evaluó utilizando el cuestionario del Índice Internacional de Función Eréctil-5 al inicio del estudio, a los 6 y 12 meses de TRH. Además, la longitud del pene se midió al inicio del estudio y a los 12 meses. También se evaluó la tumescencia peneana nocturna (NPT, utilizando RigiScan) y el flujo sanguíneo de las arterias cavernosas del pene (ecografía Doppler) al inicio del estudio y a los 12 meses de TT.



Después de TRH en todos los pacientes, los niveles de TT fueron restaurados (3m) a niveles normales. La función eréctil mejoró a los 6 y 12 meses. Sin cambios significativos en la longitud del pene. NTP mejoró significativamente a los 12 meses en términos de frecuencia y la duración de la rigidez. El flujo sanguíneo de las arterias cavernosas mejoró significativamente, así como la velocidad diastólica final de las arterias del pene.

NTP mejoró significativamente a los 12 meses en términos de frecuencia y la duración de la rigidez. El flujo sanguíneo de las arterias cavernosas mejoró significativamente, así como la velocidad diastólica final de las arterias del pene.

En Relación a las Presentaciones Farmacéuticas de Testosterona:El gel de testosterona mantiene los niveles sanguíneos fisiológicos de manera más consistente que otros tratamientos, pero en muchas ocasiones se prefieren los sistemas IM o parches. Las formulaciones orales se absorben de manera impredecible.

Los hombres que toman testosterona suplementaria deben ser monitoreados periódicamente. Los niveles de Hct, PSA y testosterona deben medirse trimestralmente durante el primer año de TRT y semestralmente a partir de entonces. Si el Hct es $\geq 54\%$, la dosis de testosterona debe reducirse. El tratamiento con medicamentos también debe centrarse en resolver las diferentes causas de la disminución del deseo sexual, como puede ser la hiperprolactinemia (cabergolina). O los medicamentos que toma el paciente para otros padecimientos.

CUANDO EL HOMBRE DICE QUE NO. CONTROVERSIAS Y CONTRAINDICACIONES EN EL TRATAMIENTO.

Jaqueline Brendler. Médica y Sexóloga clínica. Presidente de FLASSES
jaqbrendler@terapiadosexo.med.br

Cuando el hombre dice no puede ser trastorno de Deseo Sexual Hipoactivo masculino o no. El “no” del hombre puede ser consecuencia: 1) De una grave relación de angustia; 2) Otros factores estresantes importantes; 2) Los efectos de una sustancia / medicamento otra afección médica. En los casos anteriores no eres situaciones del Deseo sexual Hipoactivo pero el hombre será bienvenido y tratado.



La reducción de testosterona libre puede ocurrir en hombres en las siguientes situaciones: 1) Medicamentos que aumentan la prolactina o SBHG; 2) Hipogonadismo (disminución de la función testicular); 2) Deficiencia androgénica del envejecimiento en hombre o hipogonadismo tardío del adulto; 3) Lesión o extirpación quirúrgica de los testículos;

4) Radioterapia en o en la región genital; 5) Quimioterapia.

Hasta 50 % de los hombres con antecedentes de síntomas psiquiátricos pueden tener una pérdida moderada o grave del deseo, en comparación con solo el 15% de los que no tienen ese historial.

En caso de depresión, trata la depresión primero. Cuando la depresión mejora, si el trastorno del deseo persiste, es hora de comenzar el tratamiento dirigido a mejorar el deseo sexual.

En hipogonadismo tardío del adulto ¿Con qué entidades se realiza el diagnóstico diferencial? Con hipotiroidismo y depresión, ya que hay síntomas comunes a las tres entidades.



El mejor método para dosificar testosterona es controvertido. Parece haber un consenso sobre el uso de la fórmula para obtener Testosterona Biodisponible Calculada (TLC) y para obtener la Testosterona Libre. Los ingredientes de la fórmula son la testosterona total, la SBHG y la albúmina. No dosificar testosterona: 1) Enfermedades agudas y subagudas; 2) Durante el uso de opioides y corticosteroides.

Las contraindicaciones absolutas el uso de testosterona son: 1) Cáncer de mama presunto o confirmado, (Nivel de Evidencia 3); 2) Cáncer de próstata

sospechado o confirmado (Nivel de Evidencia 2). Las contraindicaciones relativas son: 1) Insuficiencia cardíaca congestiva (Nivel de evidencia 3); 2) Eritrocitosis (hematocrito $\geq 54\%$) / policitemia (Nivel de evidencia 2); 3) Apnea severa del sueño (Nivel de evidencia 4); 4) Síntomas obstructivos severos del tracto urinario inferior como resultado de hiperplasia prostática (Nivel de evidencia 3); 5) Ginecomastia (Nivel de Evidencia 4); Problemas hepáticos y renales.

Siempre se deben sopesar los beneficios del tratamiento con testosterona contra posibles daños y estos se deben aclarar. La testosterona no debe prescribirse si existe un deseo de fertilidad (Nivel de Evidencia 2), en estos pacientes podemos usar clomifeno (Nivel de Evidencia 3), HCG e inhibidores de aromatasa.



Los andrógenos cambian con la edad. A partir de los 40 años, la disminución de la testosterona varía alrededor del 1% por año y la SHBG aumenta con la edad (que es una razón por la cual disminuye la testosterona libre).

Se espera que la testosterona disminuya, entonces ¿Qué justifica la gran venta del medicamento?

¿El uso de testosterona se ha convertido en "moda"? La automedicación es el problema: impulsa la "magia" de resolver todo y mejorar el deseo sexual. Los hombres le piden testosterona al médico. Hay médicos que no siguen los consensos de las sociedades urológicas y endocrinológicas sobre el uso de la testosterona y son liberales sobre esa medicación. Sabemos que la testosterona interfiere con: 1) diferenciación y función sexual; 2) humor; 3) masa muscular; 4) regulación de lípidos; 5) formación de hueso; 6) eritropoyesis; 7) función inmune.

El deseo es multifactorial, mientras que cada hombre es único sobre lo que promueve su deseo sexual, sabemos que muchos hombres tienen el deseo sexual desencadenado por la visión (estimulación a través de videos, fotos, llegando por WhatsApp) más allá de las personas de vida real. Es importante descubrir qué es erótico o qué era erótico en el pasado.

Apuntar a mejorar el deseo sexual en los hombres más allá de las técnicas cognitivas conductuales que incluye la terapia sexual es importante: 1) Para discutir el machismo en la cultura que predica la demostración del deseo sexual como símbolo de virilidad; 2) Identificar y trabajar en fantasías sexuales; 3) Restablecer los incitadores sexuales; 4) Técnica del menú sexual masculino: erotizar la mente pensando en imágenes y fantasías sexuales (3 veces al día) y usándola durante las relaciones sexuales, reemplazando la "falta de pensamientos eróticos". Brendler J (2019). 5) Durante el coito se puede prescribir una técnica prohibida Foco de sensaciones I y luego II.

Son mis recomendaciones: 1) Debido a que el problema es el uso de testosterona a largo plazo y su control de riesgos y beneficios, necesitamos más estudios con años de seguimiento (Revisión sistemática de ensayos aleatorios Nivel de evidencia 1 del Oxford); 2) sobre la efectividad de las técnicas psicoterapéuticas también necesitamos más estudios, pero las técnicas que usan los incitadores masculinos específicos del sexo tienen más posibilidad de ser efectivas. Basada en más de 20 años de atención como médica en Sexología.

BIOGRAFIA GENERAL.

When Man Says No. How to improve Sexual Desire (FLASSES's Symposium) , page A 46- A50. Alain Giami (2019) Abstracts for the 24th Congress of the World Association for Sexual Health (WAS), International Journal of Sexual Health, 31:sup1, 1-627, DOI: 10.1080/19317611.2019.1661941

Biografía Stuart O Ramírez:

- 1 Alvarez Goyou J.L. Sexoterapia integral. Manual Moderno.
2. Francisco Cabello. Manual de Sexología y Terapia Sexual. Editorial Sintesis.
- 3.- El Sexo y el Varón de Hoy – Un camino hacia el placer compartido .Emecé Editores
4. Juan José Moles Álvarez. Asesoramiento clínico.
5. Kaplan Helen. Trastornos del deseo sexual. Editorial Grijalbo .
- 6.- Masters & Jhonson. Respuesta sexual humana.Editorial Intermédica.
7. Francois, Xavier Poudat . Cómo vivir mejor la sexualidad en pareja.Editorial Sintesis.

8. Octavio Giraldo Neira. Nuestras sexualidades.
9. Rubén V. Rial, Cori Ramón, Cristina Nicolau .Los secretos del sexo.Editorial Ariel

Biografía Santiago Cedres

1. Jhon Bancroft. The Endocrinology of Sexual Arousal. Journal of Endocrinology 186(3):411-27 · October 2005.
2. Cesare Carani, Andrea M. Isidori, Antonio Granata, Eleonora Carosa, Mario Maggi, Andrea Lenzi, Emmanuele A. Jannini. Multicenter Study on the Prevalence of Sexual Symptoms in Male Hypo- and Hyperthyroid Patients .The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, Volume 90, Issue 12, 1 December 2005.
3. Clayton AH, et al. Prevalence of sexual dysfunction among newer antidepressants.J Clin Psychiatry. 2002.
4. Eric J.H. Meuleman Jacques J.D.M. Van Lankveld. Hypoactive sexual desire disorder: an underestimated condition in men. BJU InternationalVolume 95, Issue 3. 2005.

Referencias Felipe Hurtado Murillo.

1. Hurtado Murillo F.: Sexualidad: Funcionamiento normal. Trastornos y tratamientos. Promolibro. Valencia. 1997. Nº de ISBN: 84-7986-169-X.
2. Hurtado Murillo F, Domínguez Salonginos O. Vademecum Sexual: Fármacos y disfunción sexual. Actualización. Psicósomática y Psiquiatría 2017; (1)1:27-59.
3. Basson R, Schultz WW. Sexual sequelae of general medical disorders. Lancet 2007;369:409-24.
4. Hurtado Murillo, F. Evaluación y tratamiento de las disfunciones sexuales. Editorial Dykinson, Madrid, 2011.
5. Binik YM, Brotto LA, Graham CA, Seagraves RT. Response of the DSM-V Sexual Dysfunctions subworkgroup to commentaries published in JSM. J Sex Med 2010;7:2382-7.
6. Brotto LA, Erskine Y, Carey M, Ehlen T, Finlayson S, Heywood M, et al. A brief mindfulness-based cognitive behavioral intervention improve sexual functioning versus wait-list control in women treated for gynecologic cancer. Gynecol Oncol 2012;125:320-

Biografía Silvina Valente

1. Eusebio Rubio-Aurioles, and Trinity J. Bivalacqua. Standard Operational Procedures for Low Sexual Desire in Menjasm_2778 J Sex Med 2013;10:94–107.
2. Joan Kempthorne-Rawson, and Michael Sand. Characterization of Hypoactive Sexual Desire Disorder (HSDD) in Men , J Sex Med 2012;9:812–820.
3. Serge Stoléru, Jerome Redoute , Nicolas Costes: Brain processing of visual sexual stimuli in men with hypoactive sexual desire disorder: *Psychiatry Research: Neuroimaging* 124 (2003) 67–86
4. Sabina Sarin, MS, M.Phil . How *Hot* Is He? A Psychophysiological and Psychosocial Examination of the Arousal Patterns of Sexually Functional and Dysfunctional Men. J Sex Med 2014;11:1725–1740.
5. Jennifer A. Bossio, Rosemary Basson, Miriam Driscoll, Shauna Correia, and Lori A. Brotto. Mindfulness-Based Group Therapy for Men With Situational Erectile Dysfunction: A Mixed-Methods Feasibility Analysis and Pilot Study., . J Sex Med 2018; 15:1478 e1490.

Biografía Rosa Luisa Acuña Rendón

1. Geoff Hackett, Mike Kirby, Kevan Wylie, Adrian Heald, Nick Ossei-Gerning, David Edwards, and Asif Muneer, FRCS. British Society for Sexual Medicine Guidelines on the Management of Erectile Dysfunction in Men, 2017.
2. Erik J. Giltay, Yuliya A Tishova. Effects of testosterone Supplementation on Depressive Symptoms and Sexual Dysfunction in Hypogonadal Men with the Metabolic Syndrome. Original Research Endocrinology DOI;1111/j.1743-6109 2010
3. Onder Canguven, Raidh A. Talib, Walid El-Ansari, Ahmed Shamsoddini, Mahmoud Salman & Abdulla Al-Ansari (2016) Rigiscan. Data under long-term testosterone therapy: improving long-term blood circulation of penile arteries, penile length and girth, erectile function, and nocturnal penile tumescence and duration. *The Aging Male*, 19:4 215-220
4. K.L. Melehan, C.M. Hoyos, B.J. Yee, K.K. Wong, P.R. Buchanan, R.R. Grunstein and P. Y. Liu: Sydney Medical School, University of Sydney: Department of Respiratory and Sleep Medicine, Royal Prince Alfred Hospital. Increased sexual desire with exogenous testosterone administration in men with obstructive sleep apnea: a randomized placebo-controlled study.
5. P.J. Snyder, S. Bashin. Efectos del tratamiento con Testosterona en hombres mayores (El Diario de Nueva Inglaterra de Medicina Feb. 2016 vol. 374
6. J.A. García, P. E. Sánchez, C. Fraile & P. Escovar: Department Urology, Instituto Docente de Urología, Valencia, Venezuela; Medicine School, Health Sciences Faculty, Carabobo University, Venezuela

Biografia Jaqueline Brendler

1. Morales A, Moraley J, Heaton JPW. Androgen Deficiency in the Aging Male. In: Wein AJ, Kavoussi LR, Novick AC, Partin AW, Peters CA. Campbell - Walsh Urology. 9th ed. Philadelphia: Saunders Elsevier; 2007.p.850- 862.
2. Pasqualotto FF, Lucon AM, Hallak J, Pasqualotto EB, Arap S. Risks and Benefits of Hormone Replacement Therapy in Older Men. *Rev. Hosp. Clin. Med.S. Paulo*. 2004;59(1):32-38.
3. Glina S. Reposição Androgênica no Homem. In: Wroclawski ER et al. Guia Prático de Urologia. 1o ed. Segmento. São Paulo. 2003:161-163.
4. Vermeulen A. Clinical Review 24: Androgens in the aging male. *J Clin Endocrinol Metab* 1991;73:221-4.
5. Morales A. *et al.* Investigation, treatment and monitoring of late-onset hypogonadism in males. *The Aging Male* 2002;5:74-86.
6. Abdo, Carmita 2014. Sexualidade Humana e seus Transtornos. 5ª edição. Editora : Casa Leitura Médica. p.147 -18.
7. Becher, E, Torres LO, Glina S (editores), SLAMS. Consenso Latino Americano sobre DAEM. Plamark Editora. São Paulo 2013.
8. Brendler, J. Male Sexual Menu Technique: To active Sexual Desire. page A 326 in : Alain Giami (2019) Abstracts for the 24th Congress of the World Association for Sexual Health (WAS), *International Journal of Sexual Health*, 31:sup1, 1-627, DOI: 10.1080/19317611.2019.1661941