



## La sexualidad después de los 50

***A diferencia de la etapa de la juventud, en la madurez de las parejas la sexualidad puede presentar cambios como la disminución de la libido o la incomodidad para tener sexo por distintas razones. Lejos de hacer eco de una mirada idílica, la buena noticia es que se puede tener una vida sexual plena a los 50, aunque -en la mayoría de los casos- recurriendo a la ayuda profesional y mediante intervenciones médicas puntuales.***

*Por Dra. Magdalena Joubanoba*

Al encarar un tema como la sexualidad de un grupo poblacional en términos sanitarios, debemos antes que nada considerar los aspectos demográficos para entender a qué nos tenemos que enfrentar. En estos términos, la población sexualmente activa de 15 y más años es del 78 % en Uruguay (INE). De estas, el 30 % corresponde al grupo etario de 50 años y más, casi un millón de perso-

nas entre varones y mujeres. Siendo la expectativa de vida alrededor de los 80 años y contando con herramientas suficientes hoy en la actualidad, ¿tenemos, como profesionales, simplemente dejar 30 años de su vida sin actuar o debemos hacer algo para que su sexualidad mejore?

Las disfunciones sexuales están asociadas directamente al envejecimiento de las personas. Esto es

un problema, pero que puede tener solución si hay intervenciones médicas. Ahora, existe un problema y es la visión edulcorada de la sexualidad en ciertos artículos que dejan librado a la imaginación de los lectores que la etapa sexual de los 50 es más o menos maravillosa y el resto son mitos. El inconveniente es que esa errónea generalización hace que la mayoría de los hombres y mujeres

se sientan distintos, raros y únicos. Y esto a veces trasciende a la comunidad científica por dos razones: la primera porque los pacientes no se lo transmiten al médico y la segunda porque el médico muchas veces no puede lidiar o no sabe a dónde redirigir la consulta. Sin embargo, los médicos sexólogos lo recibimos diariamente cuando vemos pacientes con disfunción eréctil, vaginismo secundario o dispareunia. La angustia, la frustración, la ansiedad, la depresión que les produce su disfunción opera como un factor tanático que paraliza por meses, a veces por años, y no permite seguir avanzando, más aún cuando mediaron consultas médicas que no redirigieron a especialistas en el tema.

Es posible tener una vida sexual plena a partir de los 50 años, por poner un número arbitrario, pero en general con intervenciones médicas puntuales, precisas y bien indicadas para ello. Como decíamos, hay un declive natural de todas las funciones generales del organismo a medida que envejecemos y de ello no está exenta la sexualidad.

### En cifras

La prevalencia de la disfunción eréctil en varones entre 50 y 70 años es de 38,25 %. La eyaculación precoz no aumenta con la edad, pero en la población masculina es mayor a un 30 %. Y, si no medió tratamiento a lo largo de su vida, va a continuar con esta disfunción.

En las mujeres, la disminución del deseo sexual (o trastorno de interés/excitación femenino - DSM 5) es sin duda la más prevalente en toda la población femenina. Efectivamente, más de un 30 % de las mujeres está afectado por esta disfunción. Al llegar a los 50 años, edad promedio de la menopausia, estas cifras se triplican, con lo cual se ve alterado tanto el deseo como la falta de lubricación y aparece la dispareunia o dolor a la penetración. Esto opera como un

factor de conductas evitativas acentuando la falta de deseo. A pesar de que antes se consideraba que estar en pareja estable era un factor protector, hoy sabemos a ciencia cierta que uno de los factores de riesgo es estar en pareja estable.

Pero bien, a pesar de que el panorama parece desalentador en primera instancia, los avances tecnológicos y farmacológicos de hoy en día hacen posible vivir una sexualidad plena.

### ¿Cómo potenciar la sexualidad?

En todos los casos es fundamental la promoción de la salud en general:

- Diagnosticar y tratar las enfermedades crónicas en curso (HTA, diabetes, etc.) y los factores de riesgo como tabaco, alcohol y drogas.
- El ejercicio físico regular de tipo cardiovascular aumenta el deseo sexual, seguramente por un doble mecanismo: incrementa los niveles de dopamina y otros neurotransmisores y hormonas y mejora la autopercepción de la imagen corporal.

Además, es necesario corregir todos aquellos factores que estén contribuyendo a las disfunciones sexuales en coordinación con los médicos especialistas tratantes, tales como antidepresivos, antihipertensivos y tratamientos hormonales, entre otros.

Por otro lado, hay que pensar en el tratamiento específico de las disfunciones que suelen presentarse en el público masculino y femenino:

### Disfunción eréctil y eyaculación precoz en varones

La disfunción eréctil se trata, en primera instancia, con inhibidores de la fosfodiesterasa 5 (IPD5) o proerectógenos orales (Sildenafil, Tadalafilo). En el segundo escalón terapéutico, se utilizan las ondas de choque de baja intensidad. Estas son curativas; el principio es la creación de nueva vascularización con el fin de aumentar el flujo sanguíneo

en el pene para que haya erecciones rígidas que permitan la relación sexual. Las ondas disparan una cadena de acontecimientos que lleva a la liberación de factores angiogénicos, que inducen nueva vascularización en los tejidos afectados y, por consiguiente, mejoran la circulación sanguínea. El tratamiento se realiza de manera ambulatoria, en consultorio médico especializado, sin necesidad de anestesia, ya que es completamente indoloro. Se aplica directamente sobre el pene, en distintos puntos, una determinada cantidad de energía por sesión. Esta nueva vascularización permite un mejor flujo sanguíneo en el pene, lo que favorece la erección y, por ende, mejora la actividad sexual.

Para tratar la eyaculación precoz se administra en primer lugar ISRS. De estos, los que están en primera línea para esta disfunción son la Paroxetina (20 o 10 mg) y la Sertralina (en dosis variables que van desde 50 mg/día a 100 mg/día o más). Y, finalmente, la rehabilitación con ejercicios específicos.

### Disminución del deseo sexual en mujeres

Sabemos que la disminución del deseo sexual en mujeres es una disfunción compleja, por lo que el encare debe ser multidisciplinario y no solo con farmacoterapia. Esto implica, entre otras cuestiones:

- Elevar la autoestima, erotizarse, a veces modificar los estereotipos de la edad.
- Fomentar el autoconocimiento, enseñar a las mujeres a querer sus cuerpos y sus genitales, a mirarse y cuidarlos.
- Incentivar las fantasías sexuales, dependiendo de lo que la mujer desee (desde lecturas eróticas hasta películas).
- Reestructurar las actitudes sexuales, crear un contexto apropiado de intimidad emocional.



Otro producto de gran utilidad terapéutica y escasos efectos secundarios es la testosterona, andrógeno, hormona sexual masculina que posee efectos anabólicos y estimula el deseo sexual. En el caso de mujeres lo utilizamos en menores dosis que en varones. Hay presentaciones por vía I/M como la testosterona enantato (Testoviron Depot) y la testosterona undecanoato (Nebido).

Pero, sin duda, la testosterona transdérmica (Androgel) que se aplica en horas matinales sobre piel seca, suele ser la indicación precisa -cuando no está contraindicada y durante un tiempo no muy prolongado- para evitar efectos virilizantes (poco frecuentes si es bien utilizada). La indicamos en dosis de 25 mg/día.

### **Volver a empezar**

Ahora más que en otros tiempos existen hombres y mujeres solos (por separación, sobre todo) buscando una segunda o tercera oportunidad. Eso agrega a las disfunciones sexuales preexistentes otro factor que es el miedo. El miedo a recomenzar. Volver a empezar parece difícil luego de muchos años de ruptura del vínculo; la soledad que los acompañaba suele paralizar a los pacientes que, en lugar de salir “al ruedo”, se aíslan. Y es entendible: encontrarse con un extraño y, sobre todo, desnudarse frente a otro no siempre es tarea sencilla. Pero es posible volver a empezar, ya sea sin pareja estable o con pareja estable a la que por disfunciones sexuales hemos evitado durante mucho tiempo.

Tener 50 años o más y con intervenciones médicas adecuadas, si hay disfunciones sexuales, puede ser la mejor etapa de la vida de un varón o de una mujer, porque muchas veces ya se tiene la experiencia de otras relaciones y otros amores o bien porque es como una segunda juventud con nuevas expectativas que se abren a una mejor vida. ■

En algunos casos, se administrarán fármacos que podrán variar de acuerdo a la paciente, su edad, los antecedentes patológicos y, fundamentalmente, la etiología del deseo sexual disminuido. Vale la pena hacer un repaso del arsenal terapéutico que tenemos a nuestra disposición.

En aquellos casos que la etiología -sea por hipoenestrogenismo postmenopáusico y no esté contraindicada la terapia de reemplazo hormonal (THR) y, en coordinación con ginecólogo, valorando riesgo beneficio- contamos con Tibolona por sus efectos estrogénicos, progestagénicos

y androgénicos, que aumentan el deseo sexual (se utiliza en dosis únicas de 2,5 mg/día); o bien, estrogénoterapia transdérmica (spray, cremas).

Si está contraindicada la terapia de reemplazo hormonal sistémica debemos utilizar en algunos casos estrógenos tópicos para la atrofia vaginal como estradiol, estriol y/o promiéstreno (en forma de comprimidos vaginales, óvulos o cremas). Si bien no actúan directamente sobre el deseo sexual, sí lo hacen sobre la lubricación y la dispareunia, mejorando la receptividad sexual.