

Pescando en Internet

RICARDO TOPOLANSKI

Contenido | Contents

Disfunción sexual: tasas de prevalencia entre las mujeres estadounidenses.

¿Marketing o realidad?

2

Problemas sexuales y angustia en las mujeres estadounidenses.

Prevalencia y correlaciones

4

Viernes 21

NOVIEMBRE | 2008

DIRECCIONES
Secretaría SGU.

Hospital «Pereira Rossell».
Br. Artigas 1550. Piso 2. CP 11.600.
Montevideo, Uruguay. sgubib@chasque.net



El término op-art (arte óptico) se emplea para describir algunas pinturas y otros tipos de trabajos en los cuales se usan ilusiones ópticas. También se refiere al mismo como abstracción geométrica, aunque el término preferido es el de abstracción perceptual. El término op tiene cierta semejanza con otro movimiento de los años 60, el Pop art aunque no tiene nada que ver con algún tipo de similitud en lo que se refiere a ese estilo. El op-art es un método de pintura referente a la interacción entre la ilusión y el plano de la imagen, entre la comprensión y la visión. Los trabajos en el op-art son abstracciones y muchas de las obras son efectuadas en blanco y negro. Cuando el observador las mira, la impresión suele ser de movimiento, de imágenes ocultas, de destellos y de vibraciones, ritmos o, alternativamente, de hinchazones o de combas como la imagen que se mostró la semana pasada. (Extraído de wikipedia) A mi parecer son en su mayoría imágenes frías, técnicas,

poco expresivas, que están muy lejos de los sentimientos o de las percepciones emocionales que brindan otros tipos de pintura, aún las más abstractas intentadas en la segunda mitad del siglo pasado, que aún se siguen haciendo y pienso que se seguirán haciendo, pero con la incursión en nuevas tecnologías, (donde lo que importa es el balance entre la forma y el color que, de alguna manera, atraen la mirada y que marcan el final del llamado modernismo y el comienzo de un periodo que nadie sabe cómo definir adecuadamente: el “postmodernismo” —que sería el periodo artístico actual, que viene después de...— en el que se comprobaría el fracaso final de una revolución artística que se quedó a medio camino y la vuelta (¿?) o el comienzo de “algo” diferente o nuevo, que nadie sabe muy bien qué es. También desde esa misma época se viene hablando por boca de algunos agoreros como el crítico y filósofo estadounidense Danto, de la “muerte” del arte.

Las opiniones vertidas en *Pescando en internet* son exclusiva responsabilidad del autor y creador de este Boletín Electrónico, Dr. Ricardo Topolanski, salvo expresión de lo contrario. La selección de temas publicados no tiene ningún vínculo de interés con empresas o auspiciantes. Es una publicación apoyada y distribuida a través del padrón de socios de la SGU y de la SOGIU, pero no es ni representa la opinión oficial de ninguna de las dos sociedades.

ENVÍAN Y DIFUNDEN:

Sociedad Ginecotológica del Uruguay
Sociedad de Ginecología del Interior del Uruguay



Secretaría SOGIU
18 de Julio 714. CP 60.000.
Paysandú, Uruguay
Fax: (598 72) 25335
info@sogiu.com

VISITE EL SITIO SGU
• <http://www.sguruguay.org>

VISITE EL SITIO SOGIU
• <http://www.sogiu.com>

■ **Disfunción sexual: tasas de prevalencia entre las mujeres estadounidenses. ¿Marketing o realidad?**

Casi la misma pregunta me hice hace algunos años cuando comenté en estas mismas páginas un artículo aparecido en el JAMA, sobre una investigación propiciada por Pfizer cuando intentaba vender el viagra para las mujeres, lo cual resultó finalmente un fiasco. Lo que entonces me pareció una cifra poco probable (algo así como que el 40% de las mujeres en los EEUU tenía una disfunción sexual) parece resultarle también poco probable a una mujer (entonces eran hombres quienes escribieron sobre esa encuesta dirigida por urólogos...). Ahora, en OBSTETRICS AND GYNECOLOGY, 2008;112:968-9 Ingrid Nygaard, escribió un editorial sobre una investigación que se publica en ese número y se hace la misma pregunta. Plantea como subtítulo la definición del diccionario Webster a la palabra Problema: una pregunta nacida para averiguar, para considerar o solucionar. Una fuente de perplejidad, de molestia o de vejamen. Dificultad para la comprensión o la aceptación. La doctora Nygaard escribe en primera persona:

Desde hace largo tiempo he tenido un problema con la tendencia del sistema de salud, de diagnosticar como un problema a un síntoma o un signo experimentado por la mayor parte de la gente, ayudado o con la complicidad de la industria farmacéutica. Igualmente vejante es la brusca transformación de tal problema en una condición médica que requiere tratamiento y cobertura por el seguro. Ejemplos recientes incluyen la pérdida de cabello en los hombres mayores, alguna rara pérdida de orina, el malestar digestivo después de haber comido en exceso y la disfunción sexual en la mujer (*Si mal no recuerdo una de las preguntas de la investigación del JAMA era, ¿No tuvo una buena excitación sexual en alguna de sus relaciones sexuales durante los últimos 3 meses?, que cuando era afirmativa servía para incluir a esa persona como padeciendo una disfunción sexual...*)

No es que no crea que determinados cambios en la función sexual provoquen una molestia importante en algunas mujeres pero, desde que en un estudio de 1999 citado a menudo (Laumann, Paik and Rosen, JAMA, 1999; 281: 537-44) se llegó a la conclusión de que un enorme 43% de las mujeres estadounidenses entre los 18 y los 59 años tenían una disfunción sexual, tuve la sospecha de que las variantes dentro de lo normal se estaban metamorfoseando en enfermedades. En ese estudio, 27 a 32% de las mujeres, en distintas categorías etarias comunicaron una falta de interés en el sexo, comparadas con 13-17% de los hombres. Tales diferencias genéricas son interesantes y conducen a todo tipo de preguntas fisiológicas, sociológicas y psicológicas, pero una pregunta obvia se planteó recientemente por una paciente que, no fastidiada por su falta de interés, pero sí muy fastidiada por las quejas de su marido debido a su falta de interés le preguntara, ¿"por qué soy yo la anormal"?

¿Qué es lo que se gana inflando las tasas y transformando los síntomas en enfermedades?, premios – cuotas de mercado, ingresos de proveedores, becas de apoyo, etc. – esto es, fama y fortuna. ¿Qué pérdidas son menos tangibles: un sentimiento sostenido por los estadounidenses de que nadie es normal, o completamente saludable, o perfecto y por cierto, un enorme costo económico para el sistema de salud y en general para la sociedad?

¿Por qué querría Boehringer Ingelheim, el laboratorio que financió la encuesta, elegir la investigación que mostró que menos mujeres que las elegidas presentaban una disfunción sexual? Pienso que los datos exactos siguen un largo cami-



Genoderm

ACETATO DE CIPROTERONA 2 mg + ETINILESTRADIOL 0,035 mg

Belleza y protección al alcance de toda mujer

no hacia el trust armador, informando a médicos y público y por supuesto, planificando la venta de productos. Para cualquier evento, el 12% de los 83 millones de mujeres en los EEUU, entre los 20 y los 65 años es todavía un gran mercado para drogas, en la línea de bombeo de la investigación, incluyendo a la *flibanserina*, un compuesto no hormonal que se está investigando en múltiples ensayos fase III como un tratamiento oral para las mujeres premenopáusicas con un trastorno del deseo sexual.

Sin embargo, encontré en el artículo del número de este mes de Shiffren y col. un cambio refrescante: aunque los autores hacen notar brevemente que, de manera similar al trabajo de 1999 recién citado, 44.2% de las mujeres comunicaron presentar un problema sexual, una mucho menor proporción (12%) comunicaron la presencia de un problema sexual angustiante. Esta proporción de 1 cada 8 mujeres que sentía estrés, frustración, preocupación, angustia, una situación embarazosa o infelicidad, relacionados con su interés sexual o el de su placer, conformaba indudablemente los criterios de un problema: una suerte de perplejidad, de dificultad o de vejección.

Hasta dónde deban ser motivos de preocupación del sistema de salud los temas de la calidad de vida, dependerán por supuesto de la competencia que tengan al respecto de los mismos. Desde 1948, la OMS definió la salud, no sólo como la ausencia de enfermedad sino también “como un estado de bienestar físico, mental y social”. Es un signo de la prosperidad de un país que la atención pueda desviarse de las afecciones que amenacen la vida de la niñez y de las enfermedades infecciosas hacia los temas de calidad de vida. Nosotros somos afortunados de vivir y practicar en una sociedad cuyo pueblo tiene medios emocionales y financieros para incluir la salud sexual en el más amplio y completo sentido de las palabras.

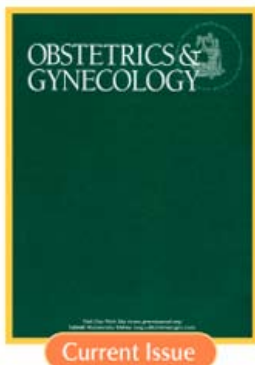
Sin embargo, me pregunto, ¿hasta qué punto representa la disfunción sexual una disfunción social más que una disfunción de la salud personal? ¿Se ha hecho tan divergentes el balance entre el punto de vista de la imagen del sexo que brinden los medios de comunicación y la vida sexual de quienes los miran, hasta el punto de que no queda una base común? Cuando estaba considerando algunos puntos para este editorial, me hija adolescente y sus amigos volvieron entusiasmados de una función de “*Sex and the City*”. El sexo, sea mostrado en un acto semioculto o montado sobre poderosas y erizadas ruedas, representa el *glamour* o atractivo, la aventura y el ideal moderno de la feminidad. Por el otro lado, yo atendí a mi grupo mensual del libro y el libro del mes, *On Chesil Beach* de Ian McEwan, comienza con dos frases llamativas: “Ellos eran jóvenes, educados y ambos vírgenes en ésta su noche de bodas y vivieron en una época en que la conversación sobre los problemas sexuales era prácticamente imposible. Pero nunca es fácil”. Ambas vidas se vieron inextricablemente alteradas por la inhabilidad de uno de los miembros de la pareja para considerar el sexo con nada más que su aversión y completa inhabilidad para hablar de ello. Jonathan Letham, en una revisión del libro en el *New York Times* llamó al libro una historia de horror: el horror se localiza en la distancia entre dos seres iguales, entre dos subjetividades: dos humanos que quieren ser como “uno mismo” y fallaron en forma miserable.

Balaceando el diario bombardeo de sexo libre de estrés con un mensaje realista acerca de los problemas sexuales y su potencial de tratamiento, se ayudará a disminuir la carga experimentada por las parejas que no son capaces de ser “uno”. Este artículo arma el escenario necesario para mantener tal conversación.

DIVINA 21
Drosipenona 3,00 mg + Etiléstradiol 0,03 mg

Protección y bienestar al alcance de toda mujer

OBSTETRIC AND GYNECOLOGY
<http://www.greenjournal.org/>



■ Problemas sexuales y angustia en las mujeres estadounidenses. Prevalencia y correlaciones

Este artículo corresponde al editorial anterior. Es una investigación efectuada por Jan L Shifren y un equipo del General Hospital de Boston, el laboratorio Boehringer Ingelheim y varias agencias de Washington, North Carolina y Massachusetts, que se publicó en OBSTETRICS AND GYNECOLOGY, 2008, 112; 970-8.

Introducción. En relativamente pocos estudios epidemiológicos sobre la disfunción sexual femenina se han medido las sensaciones de angustia personales. En este estudio se encontró que, sólo una pequeña proporción de las mujeres que comunicaban tener problemas sexuales, los consideraba angustiantes. Hasta la fecha, sólo en el estudio denominado WIS-HeS (*Women's International Study of Health and Sexuality*) se publicaron estadísticas de prevalencia para los EEUU de los problemas sexuales combinados con la angustia (*o distress*), pero este estudio se limitaba a los problemas relacionados con el deseo sexual. El actual estudio *PRESIDE (Prevalence of Female Sexual Problems Associated with Distress and Determinants of Treatment Seeking)* o sea Prevalencia de los Problemas Sexuales Femeninos Relacionados con la Angustia y los Determinantes de la Búsqueda de Tratamiento, es una investigación basada en una población de mujeres adultas en los EEUU. Su propósito fue estimar la prevalencia de los problemas sexuales auto-comunicados relacionados con el deseo, la excitación y el orgasmo, la prevalencia de la angustia personal relacionada y su combinación y la identificación de los factores asociados a ellos.

Material y métodos. Respondieron un total de 31.531 mujeres de 18 o más años, que se reclutaron de 58.002 hogares recogidos de un panel de investigación nacional, que representaba a las mujeres estadounidenses. Las correlaciones de cada problema sexual angustiante fueron evaluadas utilizando múltiples técnicas de regresión logística.

Resultados obtenidos. El punto de prevalencia ajustado a la edad de todos de los problemas sexuales fue del 43.1% y de 22.2% para los relacionados con una angustia personal (definida por un score de por lo menos 15 en una escala de Angustia Sexual Femenina. Cualquier problema sexual angustiante (definido tanto como un problema sexual y una escala de angustia personal relacionada con el sexo de por lo menos 15) se observó en 12.0% de las mujeres que respondieron y fue más común en mujeres entre los 45 a 64 años de edad (14.8%) que en las más jóvenes (10.8%) o mayores (8.9%). Las correlaciones de los problemas sexuales incluyeron una salud pobre auto-determinada, un bajo nivel de educación, depresión, ansiedad, condiciones tiroideas e incontinencia urinaria.

Discusión por los autores. Los problemas sexuales informados en forma espontánea, son comunes y se identificaron en alrededor del 40% de las mujeres estadounidenses en este estudio. Los problemas sexuales relacionados con la angustia personal fueron mucho menos comunes, aunque fueron comunicados por aproximadamente 12% de las mujeres. En general, los problemas sexuales aumentaron con la edad y se presentaron con más frecuencia en las mujeres de edad media-

na que en las más jóvenes y en las mayores. A pesar de las diferencias en el diseño de los estudios y de la nomenclatura, la prevalencia estimada de cualquier problema sexual que se encontró en este estudio es bastante similar a los estimados de problemas sexuales sin el criterio de angustia de otras muestras estadounidenses representativas y de los problemas sexuales considerados preocupantes por las mujeres mayores de los EEUU.

La prevalencia ajustada a la edad de angustia personal relacionada con el sexo (22.2%) fue comparable a la prevalencia de marcada angustia sexual de 22.8% de una muestra nacional de los EEUU pero, los estimados publicados basados en una población de problemas sexuales angustiantes no fueron obtenidos para su comparación. En otro estudio (WISHeS) que empleó una metodología similar para definir los problemas de deseo relacionados con la angustia. Los resultados de la prevalencia en el presente estudio por bandas etarias de 10 años para mujeres entre 20 y 69 años (6%, 10%, 13% y 10%), son comparables a los de las mujeres europeas (7%, 6%, 10%, 13% y 12%) en el WISHeS, pero más bajos que en las mujeres estadounidenses (15%, 19%, 15%, 13% y 12%) en el WISHeS. Sin embargo, este último estudio se restringió a mujeres con una pareja sexual actual y el tamaño de la muestra fue mucho más pequeño que el del presente estudio.

En cuanto al valor de lo que representan, las tendencias etarias de una media de valores de SF-12 (*formulario*) en las mujeres que respondieron en esta muestra fueron bastante similares a las de las mujeres estadounidenses, así como fue la prevalencia del uso de antidepresivos, el hábito de fumar, los ataques cerebrales, el asma, la artritis y las enfermedades renales. Las mujeres que respondieron a la presente encuesta tuvieron una prevalencia ligeramente más elevada de hipertensión y de diabetes y discretamente más baja de enfermedades coronarias y cualquier otra condición cardíaca, úlcera y cáncer que las mujeres estadounidenses.

La prevalencia de problemas sexuales angustiantes en la presente muestra, especialmente con referencia al deseo sexual, fue máxima en las edades medias y declinó hacia la vejez. En estudios basados sobre una población, efectuados en hombres, se observó una tendencia estable hacia una mayor frecuencia de disfunciones sexuales con la edad, pero no sucede lo mismo con las mujeres para las que se han comunicado asociaciones similares, negativas o positivas pero no que estuviesen relacionadas con la edad. En algunos estudios se observó que el deseo amenguado es más frecuente en las mujeres jóvenes que en las mayores, en tanto que en otros se observó un aumento de la prevalencia con la edad. En 2 estudios se comunicó un deseo disminuido con más frecuencia en las mujeres mayores que en las jóvenes, pero la angustia relacionada con el sexo fue más común en las mujeres jóvenes. La relación de la edad con problemas de orgasmo y excitación es algo que no puede sostenerse, pero el aumento de problemas en relación con la lubricación relacionados con la edad, está bien documentado. (*Referirse al artículo del número anterior en relación con este tema y las dosis muy bajas de E2 vaginal.*)

De acuerdo con la literatura, las mujeres que comunicaron presentar actualmente un cuadro depresivo en el presente estudio, tuvieron dos veces más problemas de angustia sexual que las mujeres que no presentaban depresión. Algunas condiciones médicas, como la diabetes, la hipertensión y las cardiopatías, son un correlato habitual de problemas sexuales en el hombre, pero los resultados de estudios basados sobre una población en mujeres, no confirman una relación tan firme y frecuente en las mismas. Ni las cardiopatías, ni la diabetes se correlacionaron con ninguno de los problemas sexuales



Genoderm

ACETATO DE CIPROTERONA 2 mg + ETINILESTRADIOL 0,035 mg

Belleza y protección al alcance de toda mujer

examinados en este estudio. El hallazgo de que los problemas sexuales fueran mayores en las mujeres de más edad, pero que los problemas angustiantes fueran menos prevalentes en este grupo etario es de particular interés y similar a los resultados del estudio WISHeS sobre los problemas angustiantes del deseo sexual. Las razones posibles para los bajos niveles de angustia, a pesar de la elevada prevalencia de problemas sexuales en las mujeres mayores, podría incluir el significado de otros problemas médicos, de cambios en el estatus marital y de la función sexual, los problemas de salud de su pareja o el aumento de la importancia de otros factores en una relación de larga data. Los elementos que brindó esta investigación no alcanzan para explicar este hallazgo.

Las fortalezas de este estudio incluyen: 1. una población considerablemente más grande que cualquier otro estudio publicado comparable basado también en una población; 2. el haberse efectuado en un amplio rango etario y 3 el empleo de instrumentos de propiedades psicométricas para medir los problemas sexuales y las angustias relacionadas, tuvieran o no una vida sexual activa o con una pareja actual. Hay que anotar varias limitaciones: para aumentar las tasas de respuesta a ciertas preguntas sensibles, se usó un panel de investigación no seleccionado al azar, por lo que las mujeres que respondieron, estuvieran o no sexualmente activas, podrían haber estado más conscientes sobre su salud, más auto-enfocadas y haber tenido más tiempo para resolver el cuestionario enviado por correo, que un grupo de mujeres elegidas al azar. Además, de haber usado el panel de investigación, la tasa de respuestas fue sólo de 63%, aunque comparable al rango promedio de respuestas (64%) en 54 investigaciones sobre problemas sexuales femeninos, efectuadas en comunidades. La falta de efecto que hubiera tenido el ajuste por factores demográficos sobre la falta de respuesta y la limitada influencia del ajuste por edad para la población estadounidense en la prevalencia estimada que se observó, aumenta la confianza de que fueran mínimos los sesgos de acuerdo a dichos factores demográficos. Otra limitación fue que los problemas sexuales clasificados y la angustia se basaron en una información auto-comunicada más bien que sobre una evaluación clínica, debido a que el interrogatorio personal de una amplia población de mujeres a través de todo el país hubiera sido impracticable. Por último, debido a que el estudio actual fue de tipo transversal, no puede atribuirse causalidad a ninguno de los correlatos que se identificaron. Unos datos longitudinales hubieran sido útiles para determinar qué factores intrínsecos y extrínsecos que podrían haber estado relacionados a determinados cambios sobre la angustia sexual a lo largo del tiempo.

En conclusión, los resultados de este estudio muestran que los problemas sexuales relacionados con las angustias personales se producen en cerca del 12% de la población de mujeres adultas en los EEUU, lo cual es mucho menos frecuente de lo que se había publicado con anterioridad y de las cifras estimadas de cerca del 40% para los problemas sexuales (con la desconocida presencia de la angustia). Todavía más, la proporción de mujeres con problemas sexuales angustiantes no es trivial, especialmente para las mujeres en la edad media de la vida, debido a que 1 de cada 8 mujeres entre 45 y 64 años tuvo angustia relacionada con problemas del deseo sexual y alrededor de 1 de cada 15, relacionada con problemas de la excitación y el orgasmo. Una estimación exacta de la prevalencia y de la identificación de la correlación de los problemas sexuales femeninos angustiantes, tiene implicancias importantes para el cuidado de la mujer y los clínicos que atienden mujeres con problemas sexuales, deberían asegurar la evaluación del nivel de angustia relacionado con tales problemas.

R.T.