

DIABETES MELLITUS Y SEXUALIDAD: EXPERIENCIAS Y ESPECULACIONES

Dra.C.M. Daysi A. Navarro Despaigne

Instituto Nacional de Endocrinología
dnavarro@infomed.sld.cu

LA SEXUALIDAD ES PARTE INDISOLUBLE DEL SER HUMANO; LA DIABETES MELLITUS ES UNA AFECCIÓN CRÓNICA CUYA FRECUENCIA AUMENTA EN LA POBLACIÓN DEL MUNDO OCCIDENTAL Y QUE ORIGINA DISCAPACIDAD Y MORTALIDAD TEMPRANA ENTRE LAS PERSONAS QUE LA PADECEN. LOS INFORMES SOBRE EL IMPACTO DE LA DIABETES MELLITUS EN LA SEXUALIDAD ESTÁN DESTINADOS A REFERIR LA FRECUENCIA DE DISFUNCIÓN SEXUAL ERÉCTIL EN EL VARÓN Y SU INCIDENCIA EN LA MUJER DURANTE LA ETAPA REPRODUCTIVA. SE MUESTRAN RESULTADOS DE ESTUDIOS SOBRE EL TEMA EN HOMBRES Y MUJERES CON DIABETES MELLITUS EN DIFERENTES ETAPAS DE LA VIDA CON EL OBJETIVO DE PROVOCAR QUE LOS MIEMBROS DEL EQUIPO DE SALUD REALICEN ACCIONES TENDENTES AL LOGRO DE QUE LAS PERSONAS CON DIABETES MELLITUS, ADEMÁS DE UN BUEN CONTROL METABÓLICO, DISFRUTEN DE UNA SEXUALIDAD PLENA.

INTRODUCCIÓN

La sexualidad es inherente a todos los humanos. Se da en un cuerpo sexuado (sexo biológico), se construye y expresa de manera particular, bajo la influencia de factores sociales (económicos, género), psicológicos (valores, actitudes, sentimientos y necesidades). Tiene un significado específico para cada ser humano, y cada persona tiene la facultad de decidir cómo vive y expresa su sexualidad (Castaño, 2006).

El sexo biológico es el resultado de la interacción de factores genéticos, hormonales y psicosociales. El aspecto hormonal requiere, a su vez, de la interacción del sistema nervioso central (hipotálamo, hipófisis, neurohormonas y neurotransmisores), las gónadas, la producción de células germinales, imprescindibles para la procreación, y de los esteroides sexuales, los estrógenos y los andrógenos necesarios para alcanzar un cuerpo sexuado adulto.

Los cambios genitales (erección del pene y del clítoris) y extragenitales, que en hombres y mujeres ocurren en respuesta a un estímulo erótico a nivel biológico, dependen de una adecuada integración neuroendocrina y vascular (Turna *et al.*, 2005; Rampin, 2004; Acuña Cañas, internet; Lawrence, 2007; Hale y Burger, 2005; Dennerstein *et al.*, 1997).

La diabetes mellitus (DM) es una enfermedad crónica no transmisible que, por su frecuencia, las consecuencias que origina para el ser humano que la padece y sus costos sociales, se considera una de las epidemias del siglo XXI. Se espera que para 2025 el número de diabéticos alcance la cifra de trescientos millones, la mayor parte de los cuales vivirá en países subdesarrollados, serán mujeres y tendrán entre cuarenta y cinco y sesenta y cuatro años. En Cuba, la prevalencia de la enfermedad es de 3,33 %, lo que

significa que deben existir aproximadamente unas 375 000 personas con DM, entre veinticinco y sesenta y cuatro años en su mayoría (MINSAP, 2006).

La DM es un estado de hiperglucemia crónica que origina daño vascular de grandes y pequeños vasos, lo que clínicamente se expresa con una mayor mortalidad cardiovascular (infarto miocárdico agudo y accidente cerebral), insuficiencia renal, ceguera y neuropatía. Estas afecciones imponen grandes limitaciones a la vida de los/las pacientes con DM, así como mortalidad temprana. Quizás por este aspecto las investigaciones que reportan el impacto de medidas terapéuticas para el control de la enfermedad en general, no toman en cuenta ni tienen entre sus objetivos identificar qué sucede con la actividad sexual (UKPDS Group, 1998; García *et al.*, 2005; Munarriz, Traish y Goldstein, 2006; Ayra y Díaz Horta, 1999; Krolewski *et al.*, 1995; Rosen y Kostis, 2003; André, 2007).

El daño vascular que acompaña a la DM afecta el pene, órgano cuya erección depende de cambios vasculares, y a las glándulas endocrinas, por lo que es de esperar que clínicamente se traduzca en problemas en la actividad sexual y reproductiva.

Un análisis de la bibliografía que aborda la relación sexualidad-DM y la actitud de los miembros del equipo de salud, muestra diferencias según se trate de un hombre o una mujer; de manera que, en los hombres, existe la «preocupación» por garantizar una adecuada actividad sexual, mientras que, en la mujer, lo importante es lograr una maternidad sin complicaciones y un feto sano (García *et al.*, 2005; Brownlee *et al.*, 2003).

El programa nacional de DM prevé un diagnóstico precoz y óptimo control, y propone disminuir la frecuencia y progresión de las complicaciones crónicas de la afección, quedando implícito que el disfrute de la sexualidad estará relacionado con la ausencia o disminución del impacto biológico de las complicaciones crónicas de la enfermedad.

En fin, la DM (enfermedad) y la sexualidad (inherente al ser humano) tienen en común que ambas se viven de una manera personal, y que para el disfrute de la segunda se requiere lograr un adecuado control metabólico de la primera.

El presente trabajo tiene como objetivo socializar una parte de las investigaciones realizadas acerca del tema en el país y las particularidades res-

pecto a la forma de analizar la sexualidad, para lo cual se excluyen los aspectos relativos a la reproducción, con el fin de tratar de promover que los miembros de los equipos de salud que brindan atención a las personas con DM incorporen la salud sexual al concepto del control de la enfermedad.

Resultados y comentarios

La pubertad, el embarazo y la menopausia son etapas de la vida de la mujer en las que ocurren grandes variaciones hormonales y cambios psicológicos que pueden favorecer el descontrol metabólico, lo que originaría complicaciones de la enfermedad y tal vez una mayor susceptibilidad para el desarrollo de un trastorno de la función sexual (Rampin, 2004; Acuña Cañas, s.a.; Lawrence, 2007; Hale y Burger, 2005).

INFLUENCIA DE LA DM EN LA SEXUALIDAD DE LA MUJER EN ETAPA NO REPRODUCTIVA

Sobre este tema se tiene poca experiencia en nuestro medio, por lo que comentaremos los resultados de dos investigaciones (Agramonte, Navarro y Domínguez, 2003 y 2005; Agramonte *et al.*, 2002; Navarro *et al.*, 1998).

La primera tuvo como objetivo describir el comportamiento sexual y su relación con el tiempo de evolución de la DM. Por tanto, mediante encuesta domiciliaria se identificó la presencia de cambios en la libido o deseo, la excitación y en el orgasmo en un grupo de ciento tres mujeres con DM (73 % del total de mujeres dispensarizadas) y residencia permanente en el municipio de Centro Habana, que fluctuaban entre cuarenta y cincuenta y nueve años. Entre los resultados se encontraron las siguientes manifestaciones: disminución de la libido o deseo hipoactivo (17,14 %), anorgasmia (18,4 %) y dispareunia (14,5 %), sin que existiese relación con el tiempo de evolución de la enfermedad, aunque sí con los años de postmenopausia. La frecuencia de cambios no fue significativamente mayor que la referida por las mujeres sin DM (grupo de control).

El grupo en su totalidad mostró que a medida que transcurren los cambios hormonales del climaterio, el número de mujeres con vida sexual activa disminuye pues en la perimenopausia 73 % refirió llevar una vida sexual activa, mientras que aquellas

con cinco años o más de postmenopausia refirieron 52 % y 40,3 % respectivamente ($p < 0,05$).

La segunda investigación tuvo como objetivo evaluar la influencia de la menopausia y la DM en la actividad sexual de la mujer de edad mediana, con el control de un aspecto psicológico importante como la depresión, que se identifica como un síntoma frecuente de la mujer tanto si padece de DM como si vive en la etapa del climaterio.

Mediante cuestionarios autoadministrados (Sexualidad y el Inventario de Depresión de Beck) fueron evaluadas ciento ochenta mujeres de edad mediana (noventa con DM y noventa sin DM), con pareja sexual estable y registradas en treinta y un consultorios de médicos de familia de tres policlínicos del municipio de Plaza de la Revolución, en Ciudad de La Habana.

Las mujeres con DM refirieron niveles menores de deseo y excitación sexual, mayor frecuencia de trastornos sexuales (dispareunia-vaginismo y fatiga durante la relación sexual) y del

aparato genitourinario (operaciones ginecológicas, infecciones urinarias y sepsis por monilias), así como mayor frecuencia de orgasmo a pesar de referir menor excitación sexual.

La menopausia quirúrgica fue referida por 25,6 % de las mujeres con DM contra 8,9 % del grupo de control ($p < 0,05$).

El síndrome climatérico no fue diferente entre ambos grupos de mujeres respecto a los síntomas, pero los mismos fueron calificados de intensos con mayor frecuencia en el grupo de las diabéticas, del cual 77,8 % considera que la enfermedad crónica que padecen no perjudica su actividad sexual, y 86,7 % no se perciben como carga para sus parejas.

Respecto al estilo de relación sexual, se encontró que 50 % de las mujeres mantuvo similar estilo al de la etapa reproductiva.

En las tablas siguientes se exponen las dificultades durante la relación sexual y la autopercepción de las causas de éstas referidas por ambos grupos de mujeres.

DIFICULTADES DURANTE LA RELACIÓN SEXUAL

Tipo de dificultad	Con DM (n = 90)		Sin DM (n = 90)	
	F	%	F	%
Fatiga durante las relaciones sexuales*	10	11,1	2	2,2
Dispareunia-vaginismo*	11	12,2	3	3,3
Aumento del tiempo para alcanzar el orgasmo	26	28,9	24	26,7
Disminución de la sensibilidad genital	3	3,3	3	3,3
Irritación, sequedad vaginal	8	8,9	4	4,4
Cambios en la sensibilidad del clítoris	2	2,2	2	2,2
Aumento del tiempo para alcanzar la lubricación vaginal	23	25,6	19	21,1
Disminución de la lubricación vaginal	33	36,7	36	40,0

AUTOPERCEPCIÓN DE LAS CAUSAS DE LAS DIFICULTADES EN LAS RELACIONES SEXUALES ACTUALES*

Número de partos	3	3,3	—	—
Edad	16	17,8	23	25,6
Exceso de trabajo	4	4,4	1	1,1
Cansancio	2	2,2	—	—
Menopausia	4	4,4	6	6,7
Enfermedad	9	10,0	—	—
Operación ginecológica	2	2,2	2	2,2
Ausencia de motivación	4	4,4	2	2,2
Ausencia de privacidad	6	6,7	—	—

* $p < 0,05$



Los resultados de ambas investigaciones, pioneras en el Instituto Nacional de Endocrinología, muestran que la DM no parece ser un factor con impacto negativo sobre la sexualidad de la mujer de edad mediana con esta afección (Turna *et al.*, 2005), una aparente paradoja en las características del erotismo de la mujer de edad mediana con DM, que refiere que tiene dificultad con la lubricación, la disminución de la sensibilidad genital, la dispareunia y una mayor frecuencia de orgasmo, para lo cual no tenemos una hipótesis explicativa; por tanto, constituye el punto de partida para nuevas investigaciones.

1998; Castelo y Licea, 2003 y 2006; Quesada, 2003). Con el fin de acercarse al tema, se sugiere la revisión bibliográfica realizada por Licea y Castelo, que actualizaron conocimientos acerca de la patogenia y las características clínicas de la disfunción sexual en el hombre con DM. Estos autores reportan la prevalencia de disfunción sexual eréctil, complicación más frecuente y temible de la DM, que podría ser referida por la mitad de estos pacientes.

Continuando con el objetivo de evaluar la influencia de la DM en la función del eje hipotálamo-hipofiso-testicular, los doctores Licea, Santiago,

MUJER EN ETAPA REPRODUCTIVA

En esta etapa de la vida la hiperglucemia crónica de la DM afectaría el mecanismo de control de las hormonas de la reproducción, por lo que las investigaciones (González y Hernández, s.a.) deben ir dirigidas a identificar cambios en el patrón menstrual y la infertilidad, entre otros.

Para comprobarla se identificaron las características de la función gonadal en mujeres con DM en edades comprendidas entre quince y treinta y cinco años. El grupo estuvo conformado por setenta y cuatro mujeres con DM y sin ésta.

Resultados. La DM que se diagnostica antes de la menarquia retarda la maduración del eje hipotálamo-hipofiso-ovárico, lo que se expresó como mayor edad de menarquia, mayor frecuencia de irregularidades menstruales y de dismenorrea entre las mujeres con DM.

HOMBRES CON DIABETES MELLITUS

Como señalamos anteriormente, este aspecto tiene mayores reportes (Dennerstein *et al.*, 1997; UKPDS Group, 1998; García *et al.*, 2005; González y Hernández, s.a.; Licea, Santiago y Padrón,

Padrón y colaboradores (Agramonte, Navarro y Domínguez, 2005) estudiaron la respuesta de las hormonas de la reproducción a la LH-RH (hormona hipotalámica liberadora de gonadotropinas) en cuatro grupos de pacientes: I. diez sujetos no diabéticos sin disfunción sexual; II. diez sujetos no diabéticos con disfunción sexual eréctil; III. once diabéticos insulino-dependientes sin disfunción sexual; IV. quince diabéticos insulino-dependientes con disfunción sexual eréctil. A cada paciente se le realizó una prueba de LH-RH, a fin de explorar la reserva hipofisaria de gonadotropinas.

Resultados. Se encontró una respuesta significativa disminuida ($p < 0,05$) de la hormona luteinizante o LH al estímulo con LH-RH a los treinta minutos (27,65 vs. 5,28 U/L) y a los sesenta minutos (23,80 vs. 4,20 U/L) en el grupo II; a los treinta minutos (27,90 vs. 4,25 U/L) en el grupo IV. El resto de la función hipofisaria fue normal, pues no hubo diferencias en los niveles de FSH, testosterona, prolactina, ni en la respuesta de la tirotrófina (TSH) al estímulo con TRH (hormona hipotalámica estimuladora de tirotrófina).

Por su parte, Monteagudo y colaboradores (Monteagudo y otros, 2007) evaluaron los niveles de FSH, LH y testosterona en cuarenta hombres adultos con DM, a fin de identificar la presencia de hipogonadismo.

Resultados. Con cincuenta años o más en 60 % de los pacientes, se encontró elevación de FSH en dos y de LH en otros dos, sin cambios en los niveles de testosterona. Hubo disminución de los niveles de testosterona total en diecinueve pacientes (47,5 %).

El envejecimiento de la gónada masculina trae consigo disminución en los niveles de testosterona plasmática, pero que no origina hipogonadismo. Los resultados de esta investigación mostraron una alta frecuencia de hipotestosteronemia, lo cual requiere nuevos estudios a fin de definir si la misma es expresión del envejecimiento y/o de la DM.

OTROS ESTUDIOS

El medio social influye en la forma en que los humanos expresan su sexualidad. Como los estudios antes referidos fueron realizados en Ciudad de La Habana, consideramos útil informar los resultados de una investigación realizada en otra provincia, cuyo objetivo fue identificar los principales trastornos del funcionamiento sexual de pacientes diabéticos con

diez años o más de evolución de su enfermedad, en el área del policlínico Mabay durante el período de enero a mayo de 1999 (Quesada, 2003).

La muestra estuvo conformada por treinta y ocho casos y setenta y seis controles. Las variables estudiadas fueron: presencia de disfunción eréctil orgánica o psicógena, la inhibición del deseo sexual y las alteraciones de la eyaculación.

Resultados. La disfunción eréctil de tipo orgánica, el deseo sexual inhibido, la eyaculación retrógrada y la eyaculación retardada, fueron los trastornos sexuales más frecuentemente encontrados, sobre todo en los pacientes con DM.

Los resultados muestran que la DM en el hombre tiene impacto negativo en el aspecto reproductivo de la sexualidad al interferir con la síntesis de testosterona, lo que origina hipogonadismo, evento poco estudiado en la adolescencia e incompletamente estudiado en la tercera edad. También puede inducir infertilidad por eyaculación retrógrada (expresión de neuropatía autonómica), disminuir la producción y supervivencia de los espermatozoides y dificultar la penetración vaginal por disfunción sexual eréctil. Asimismo, podría favorecer el desarrollo de infecciones en el pene: balanitis por candidiasis.

En la mujer, por su parte, puede también interferir con la función del eje hipotálamo-hipofiso-gonadal y así originar menarquia tardía, menopausia precoz, trastornos menstruales, probable infertilidad, aunque el aspecto al que con mayor frecuencia se hace referencia en la literatura más estudiada es la influencia de la DM en la gestación y su producto.

También parece interferir con el erotismo y favorecer las sepsis ginecológicas y el cáncer de endometrio.

Un análisis de nuestras investigaciones permite señalar que, en las referidas a la mujer, se excluyó a la mujer sin pareja sexual, lo que podría significar que las mujeres solas no tienen o no expresan su sexualidad. En las mujeres en etapa reproductiva, se asume que evaluar el estado de las hormonas de la reproducción es suficiente para predecir la influencia de la DM en la sexualidad. Algo similar ocurre en el estudio que reporta la función del eje hipotálamo-hipofiso-testicular en adultos jóvenes con DM, lo que obvia la dimensión psicológica y social de la sexualidad.

En casi todos los estudios se confecciona un cuestionario *ad hoc*, lo que dificulta no sólo la posibilidad de caracterizar la influencia de la DM en la sexualidad del paciente adulto cubano con la enfermedad, sino que además impide la comparación con estudios realizados en otras latitudes.

En fin, tanto en mujeres como en hombres padecer DM parece afectar los diferentes aspectos de la sexualidad. Sin embargo, a pesar de la frecuencia de la enfermedad y de que existen elementos fisiopatológicos suficientes que justifican su probable impacto negativo en la salud sexual y reproductiva del hombre y de la mujer con esta

afección, cuando se describen las características de estos pacientes no se hace referencia a la frecuencia de estos trastornos; si bien no tenemos una explicación cierta para este hecho, es probable que refleje la exclusión de la sexualidad como parte integral del concepto de salud.

Lo antes expuesto me permite sugerir que en los cursos de educación que se conformen para los pacientes con DM, así como en la formación de los recursos de salud que prestan atención a estos pacientes, se incorporen aspectos relacionados con la sexualidad y sobre todo se insista en que la misma es parte indisoluble del ser humano sano o enfermo.

//////////////////// BIBLIOGRAFÍA //////////////////////

- ACUÑA CAÑAS, A. «Nuevos conceptos en disfunción sexual femenina». En http://www.abccmedicus.com/articulo/medicos/2/id/61/pagina/1/conceptos_disfuncion_sexual.html
- AGRAMONTE, A., D. NAVARRO y E. DOMÍNGUEZ (2003). «Menopausia, diabetes mellitus y depresión: su influencia en la respuesta sexual». *Revista Iberoamericana de Revisión en Menopausia*, no. 5, pp. 3-8.
- (2005). «Menopausia, sexualidad, mujer de edad mediana con diabetes mellitus». *Revista Colombiana de Ginecología y Obstetricia*, vol. 11, no. 2, pp. 25-29.
- AGRAMONTE MACHADO, A. y otros. (2002). «Respuesta sexual de la mujer de edad mediana con diabetes mellitus». En http://bvs.sld.cu/revistas/end/vol13_3_02/end03302.htm
- ANDRÉ, T. GUAY (2007). «Erectile dysfunction, endothelial dysfunction». *Endocrinol Metab Clin N Am*, no. 36, pp. 453-463.
- AYRA, M. y O. DÍAZ HORTA (1999). «Productos de la glucosilación avanzada y diabetes mellitus». *Rev Cubana End*, vol. 10, no. 1, pp. 57-64.
- BROWNLEE, M. et al. (2003). «Complications of Diabetes Mellitus». En P. Reed Larsen, Henry M. Kronenberg, Shlomo Melmed y Kenneth S. Polonsky (eds.): *Williams Textbook of Endocrinology*. 10a. ed. Saunders.
- CASTAÑO, R. (2006). «Conceptos básicos en salud sexual». En *Disfunción sexual femenina. Guía clínica de la AEEM*. Doctoractive S.L., Barcelona, pp. 9-24.
- CASTELO, L. y M. LICEA (2003). «Disfunción sexual eréctil y diabetes mellitus: aspectos etiopatogénicos». *Rev Cubana Endocrinol*, vol. 14, no. 2.
- CASTELO, L. y M. LICEA (2006). «Andropausia». *Rev Cubana Endocrinol*, vol. 17, no. 1.
- DENNERSTEIN, L. et al. (1997). «Sexuality, hormones and the menopausal transition». *Maturitas*, no. 26, pp. 83-93.
- GARCÍA, E. et al. (2005). «Disfunción sexual masculina y estrés». *Rev Cub Med Mil*, vol. 34, no. 1.
- GONZÁLEZ, Y. y A. HERNÁNDEZ (s.a.). «Características de la función gonadal de la mujer con diabetes mellitus en etapa reproductiva». Trabajo de terminación de residencia, Instituto Nacional de Endocrinología.
- HALE G. y H. BURGER (2005). «Perimenopausal reproductive endocrinology». *Endocrinol Metab Clin N Am*, no. 34, pp. 907-922.
- KROLEWSKI, A. S. et al. (1995). «Glycosylated haemoglobin and the risk of microalbuminuria in patients with insulin-dependent diabetes mellitus». *N Engl J Med*, no. 332, pp. 1 251-1 255.
- LAWRENCE, C. LAYMAN (2007). «Hypogonadotropic hypogonadism». *Endocrinol Metab Clin N Am*, no. 36, pp. 283-296.
- LICEA, M., M. T. SANTIAGO y R. PADRÓN (1988). «Respuesta hipofisaria a la LH-RH en diabéticos insulino-dependientes con disfunción sexual y sin ella». *Rev Cub Med*, no. 27, pp. 95-101.
- MONTEAGUDO, G. y otros (2007). *Hipogonadismo en pacientes diabéticos atendidos en la clínica de disfunción sexual del INEN. Libro resumen*. ALAD.
- MINSAP (2006). *Anuario estadístico de salud*.
- MUNARRIZ, R., A. TRAISH A. e I. GOLDSTEIN (2006). «Erectile dysfunction and diabetes». En C. Ronald Kahn, George L. King y Alan C. Moses: *Joslin's Diabetes Mellitus*. 14a. ed. Ovid Technologies, Inc. Versión: rel10.4.1, Source ID 1.12596.1.143.
- NAVARRO, D. (2007). «Climaterio y diabetes mellitus». En C. V. Orellana (ed.): *Diabetes mellitus en Latinoamérica*, CODIGRAF, Quito; pp. 158-170.
- NAVARRO, D. et al. (1998). «Alteraciones de la actividad sexual en mujeres de edad mediana». *Rev Cubana Endocrinol*, no. 4, p. 38.
- QUESADA, A. J. (2003). «Trastornos del funcionamiento sexual en pacientes diabéticos». *Rev Cub Med Gen Integr*, vol. 19, no. 3.
- RAMPIN, O. (2004). «Neural control of erection». *J Soc Biol*, vol. 198, no. 3, pp. 217-230.
- ROSEN, R. C. y J. B. KOSTIS (2003). «Overview of phosphodiesterase 5 inhibition in erectile dysfunction». *Am J Cardiol*, no. 6, pp. 92-97.
- TURNA, B. et al. (2005). «Women with low libido: correlation of decreased androgen levels with female sexual function index». *Int J Impot Res*, vol. 17, no. 2, pp. 148-153.
- UK Prospective Diabetes Study (UKPDS) Group (1998). «Intensive blood glucose control with sulphonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes». *UKPDS 33. The Lancet*, no. 352, pp. 837-853.