



## Sexualidad y enfermedades neurodegenerativas: un desafío insatisfecho para pacientes, cuidadores y tratamiento

### Deterioro cognitivo y sexualidad

Un alto porcentaje de personas mayores permanece sexualmente activo. Para ellas la actividad sexual se ha asociado con mejor salud cognitiva y mejor sueño. Los factores biológicos como marcha, envejecimiento cerebral, deterioro cognitivo y enfermedades crónicas desempeñan un papel importante en la sexualidad y pueden generar alteraciones en el funcionamiento y las conductas sexuales.

En la vejez, la disminución gradual de la capacidad cognitiva es uno de los signos del proceso natural del envejecimiento cerebral. Sin embargo, observamos algunos casos donde este proceso avanza considerablemente más rápidamente y puede implicar problemas de memoria, lenguaje, pensamiento y juicio mayores que el propio deterioro cognitivo relacionado con la edad. En este caso, podemos hablar de deterioro cognitivo leve (DCL), considerado una fase de transición entre el envejecimiento cerebral fisiológico y un problema más grave como la demencia. Generalmente estos síntomas no son lo suficientemente graves como para interferir con la vida diaria y las actividades habituales, funcionamiento sexual incluido. No obstante, un tercio de los adultos mayores con DCL tiene vida sexual activa, en comparación con 62.3% en personas que no manifiesta un deterioro cognitivo, lo que indica que DCL afecta negativamente la actividad sexual en las personas mayores.

La Enfermedad de Alzheimer (EA) es el tipo más común de demencia y representa hasta el 70% de los casos. Provoca una disminución gradual de las funciones mentales y conduce también a un deterioro de las condiciones físicas de la persona lo que resulta en una pérdida de autonomía, falta de desempeño en las actividades diarias y fatiga significativa. Los cambios neurológicos tienen múltiples efectos que pueden conducir a cambios de humor y de la personalidad, falta de control de los impulsos, agresividad y cambios en el comportamiento sexual. Las personas mayores que padecen EA presentan estos cambios y tratan de ocultarlos con una variedad de estrategias conductuales, especialmente en las primeras etapas.

La disfunción sexual es común entre los pacientes con EA y otras demencias. El funcionamiento sexual y el bienestar de los pacientes con demencia y sus parejas se ven afectados por muchos factores como disfunción autonómica, alteraciones del sueño, trastornos del estado de ánimo, anomalías cognitivas, trastornos sensoriales, efectos adversos de medicamentos y problemas de relación. Alteraciones en los patrones de la actividad sexual se identificaron en pacientes con EA; con frecuencia no podían concentrarse en los actos sexuales debido a distracciones o perder la excitación. Se ha informado que el 50% de los hombres con EA sufren de disfunción

eréctil. Cónyuges de pacientes con EA han descrito disminución de la satisfacción sexual, esto correlacionado con la gravedad de la enfermedad. Cónyuges de ambos sexos expresan estrés por la relación sexual con sus parejas, ya que no los reconocen y no son capaces de prestar atención a sus emociones. Por lo tanto, los pacientes con EA prefieren actividades sexuales sin coito, como besar, abrazos y caricias. Parejas masculinas reportaron culpabilidad y malestar cuando las relaciones sexuales ocurrieron sin la comprensión de las mujeres.

La EA es una causa común de conductas sexuales inapropiadas (CSI). Los informes existentes indican que hasta el 25% de los pacientes que sufren de EA tienen CSI. Estos comportamientos resultan en un aumento de la carga para los médicos y los cuidadores, en el uso excesivo de medicamentos psicoactivos y en el uso indebido de recursos sanitarios e institucionalización temprana.

Un amplio espectro de CSI puede emerger en la EA y otras demencias. Estos comportamientos sexuales inapropiados podrían ser subdivididos en dos grupos: negativos (inhibición sexual) y positivo (solicitud excesiva). Ejemplos de "síntomas positivos" incluyen lenguaje sugestivo, actos sexuales implícitos (por ejemplo, ver pornografía en público) y actos sexuales manifiestos (por ejemplo tocar, besarse, abrazarse, desnudarse). Los síntomas negativos incluyen disminución del interés sexual, alteración de la función sexual que causa angustia, percibir la actividad sexual como desagradable y retraimiento total de actividades sexuales.

Los cambios neurobiológicos pueden generar un fuerte impulso por tener sexo, agresión sexual e ira en respuesta al rechazo. Durante las primeras etapas de la EA, el deseo sexual aumenta con frecuencia o llega a cesar por completo. Los lóbulos frontales, el sistema témporo-límbico, el cuerpo estriado y el hipotálamo han sido implicados en la neurobiología de las CSI. Se cree que cada una de estas zonas tiene una función diferente, generando conductas inapropiadas asociadas a las mismas.

Se estima que se producen conductas sexuales inapropiadas en alrededor del 7% al 25% de las personas con demencia, con mayor prevalencia en instituciones y en el deterioro cognitivo grave. Por los pacientes que sufren por deterioro cognitivo y viven en una institución de cuidado a largo plazo, se producen grandes cambios en el estilo de vida y la creación de un entorno que limita la privacidad y la expresión de la sexualidad. Por lo tanto, los pacientes se inclinan a hablar de su sexualidad indirectamente con los cuidadores y no se sienten cómodos con cuestiones de sexualidad en general.

### Abordaje de las CSI

Para decidir sobre el mejor método para manejar las CSI, la evaluación debe incluir una buena anamnesis, exploración física, exámenes de laboratorio y revisión de medicamentos. La historia sexual es una parte esencial en la evaluación de CSI en pacientes con demencia. La elección de estrategia de tratamiento debe ser llevada en una forma multidisciplinaria y depende del tipo de CSI, del contexto y de las comorbilidades mentales y médicas subyacentes.

Es fundamental explicar al paciente porque tales conductas son inaceptables. Los cuidadores no deben ignorar estos comportamientos inadecuados, ya que esto los puede reforzar. Sin embargo, se recomienda evitar la confrontación excesiva ya que puede causar culpa. Los métodos de distracción pueden ser útiles para algunos de los pacientes. Para residentes de los asilos, tener habitación

privada y las visitas conyugales o domiciliarias pueden ayudar a mejorar la CSI, satisfaciendo las necesidades sexuales del paciente.

Se debe evitar ubicar, en las áreas comunes, a un residente masculino con CSI cerca de las mujeres residentes. Para pacientes masculinos con tendencia a la desnudez o la masturbación en público, el uso de pantalones que se abren en la espalda o que no tengan cremalleras puede ser útil.

Como regla general, los tratamientos farmacológicos solo deben usarse cuando todos los demás abordajes no farmacológicos hayan fallado. Además, un tratamiento farmacológico en los ancianos debe iniciarse a dosis bajas con aumento lento de las dosis si es necesario. Los medicamentos que se consideran efectivos en el tratamiento de las CSI incluyen inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, antipsicóticos, antiandrógenos e inhibidores de la colinesterasa. Por el contrario, las benzodiazepinas pueden empeorar las CSI, causando desinhibición sexual.

Habiendo revisado lo anterior, podemos concluir que la sexualidad es parte de la persona mayor, así como la vejez forma parte de la vida. Una proporción importante de las personas mayores viven

con demencia, lo cual modifica la forma en la que viven su realidad y su dependencia de otras personas, debido a los cambios neurológicos y en el comportamiento. Esto puede llevar a alteraciones en la forma de vivir la sexualidad con CSI, las cuales generan un desafío para la persona, sus cuidadores y el clínico. Desde como explorar el tema hasta como intervenir en el mismo, implica múltiples consideraciones. La relevancia de este tema radica en hacer visible una situación de la que se habla poco y cuando se hace, es incómoda. Habiendo tratamientos farmacológicos y no farmacológicos claramente identificados, nunca debería dejarse de lado su abordaje. La aparición de la demencia no elimina la vida sexual, sino que cambia la forma en que se da y se recibe el amor.

*Luis Gerardo Moncayo Samperio*

### **Bibliografía**

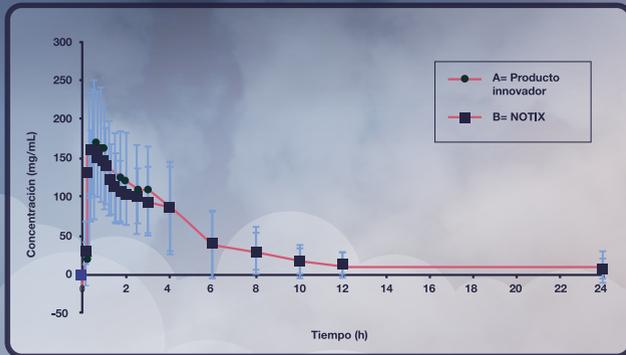
Eshmaewy M. (2021). Sexuality and Neurodegenerative Disease: An Unmet Challenge for Patients, Caregivers, and Treatment. *Neurodegenerative Diseases*, 21(3-4), 63-73. doi: 10.1159/000522042

# Notix<sup>®</sup>

zolpidem

Haciendo del sueño  
UNA REALIDAD

## Bioequivalencia y certeza de intercambiabilidad.<sup>1</sup>



Gráfica 1. Concentración plasmática promedio (± D.E) vs. tiempo, después de la administración de las dos fórmulas de zolpidem.

### Referencias:

1. Notix, zolpidem. Estudio de bioequivalencia. Julio, 2017. 2. Costo día de tratamiento en Farmacias San Pablo y Guadalajara a Enero 2022. 3. Comparativo de precios entre diferentes marcas de zolpidem en Farmacias San Pablo, Del Ahorro y Guadalajara a Enero 2022. SSA: 203300202C1378



**Tratamiento accesible y efectivo:**

**\$23** pesos costo día de tratamiento.<sup>2</sup>

**45%** por debajo del precio de otras marcas.<sup>3</sup>

# Remicital<sup>®</sup>

Citalopram

LA VIDA EN ARMONÍA

