

**Recomendaciones**  
para el **abordaje** de la  
**salud sexual** y  
**salud reproductiva** de los  
**varones entre**  
**20 y 65 años**  
en el **primer nivel** de **atención**



**Ministerio**  
**de SALUD**



Fondo de Población  
de las Naciones Unidas



**Ministerio  
de SALUD**

**Ministerio de Salud Pública  
Dirección General de la Salud**  
Área Programática Salud Sexual y Salud Reproductiva

**Recomendaciones**  
para el **abordaje** de la  
**salud sexual y salud reproductiva** de  
los **varones entre 20 y 65 años** en el  
**primer nivel de atención**

**Uruguay 2019**



# REPÚBLICA ORIENTAL DEL URUGUAY

**Ministerio de Salud Pública**

**Ministro**

Dr. Jorge Basso

**Subsecretario**

Dr. Jorge Quian

**Dirección General de la Salud**

Dra. Raquel Rosa

**Área Programática Salud Sexual y Salud Reproductiva**

Dra. Ana Visconti





### **Coordinación general:**

Lic. Psic. Agustín Bergeret<sup>1</sup>

Lic. Psic. Cristina Espasandín<sup>1</sup>

### **Equipo de redacción:**

Lic. Psic. Darío Ibarra<sup>2</sup>

Dr. Alvaro Merele<sup>3</sup>

### **Equipo de revisión y validación:**

Dr. Aguirre Rafael<sup>4</sup>

Lic. Avondet Silvia<sup>5</sup> – caps. 4 y 7

Lic. TS Bellini Carla<sup>6</sup> – cap. 9

Dr. Wilson Benia<sup>7</sup>

Lic. Berri Gabriela<sup>8</sup> – cap. 5

Dra. Cabrera Susana<sup>9</sup> – cap. 8

Dr. Cardozo Enrique<sup>10</sup> – caps. 5, 6 y 10

Ed. DD. HH. De Armas Estela<sup>9</sup> – cap. 9

Dra. Delgado Lucía<sup>11</sup> – caps. 5 y 6

Dra. Dufau Vivian<sup>12</sup> – caps. 10 y 11

Dr. Flores Colombino Andrés<sup>13</sup> – caps. 10 y 11

Lic. Enf. Forrisi Florencia<sup>1</sup>

Lic. T. Social Gabrielzyk Ingrid<sup>14</sup> – caps. 8 y 9

Dr. García Fabián<sup>1</sup>

Dra. Grela Cristina<sup>15</sup> – caps. 1, 2, 3 y 4

Dr. Güida Carlos<sup>16</sup> – caps. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 10 y 11

Dr. Icardo Rodolfo<sup>17</sup> – caps. 10 y 11

Lic. Psic. Leus Ivana<sup>5</sup> – caps. 4 y 7

Soc. Meré Juan José<sup>26</sup>

Dr. Montalbán Ariel<sup>18</sup> – caps. 7, 9, 10 y 11

Dra. Morgade Alba<sup>17</sup> – caps. 1, 2, 3, 4, 7 y 9

Dr. Musetti Gustavo<sup>19</sup> – caps. 5 y 6

Dra. Petit Irene<sup>20</sup> – cap. 9

Dra. Porteiro M.<sup>a</sup> Fernanda<sup>21</sup> – caps. 7, 9, 10 y 11

Dra. Rodríguez M.<sup>a</sup> José<sup>22</sup> – cap. 5

Ruiz, José Antonio<sup>23</sup>

Obst. Part Viera Elena<sup>24</sup> – caps. 7 y 9

Dra. Ana Visconti<sup>25</sup>



## REFERENCIAS DE INTEGRANTES DEL EQUIPO TÉCNICO

1. MSP/ Área Programática Salud Sexual y Salud Reproductiva
2. Especialista en Masculinidades, Violencia Masculina y Sexología Clínica
3. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria
4. MSP/ Responsable Área Programática Salud de la Mujer
5. Iniciativas Sanitarias
6. MSP/ Área Programática Violencia basada en Género y Generaciones
7. MSP/ Coordinador de Áreas Programáticas
8. MSP/ Área Programática Nutrición
9. MSP/ Responsable Área Programática ITS–VIH–sida
10. Sociedad Uruguaya de Urología y presidente del Foro Salud Masculina de la Confederación Americana de Urología (CAU)
11. MSP/ Directora del Programa Nacional de Control del Cáncer. UdelaR/ Cátedra de Oncología de Facultad de Medicina
12. Sociedad Uruguaya de Sexología (SUS)
13. Psiquiatra y especialista en Sexología Clínica (SUS)
14. MSP/ Área Programática ITS–VIH–sida
15. MSP/ Responsable Área Programática para la Atención de Género
16. Prof. Dpto. de Atención Primaria y Salud Familiar. Fac. Medicina. Universidad de Chile
17. Sociedad de Estudios Superiores de Sexología (SESSEX)
18. MSP/ Exresponsable Área Programática para la Atención en Salud Mental
19. UdelaR/ Dpto de Medicina Familiar y Comunitaria de Facultad de Medicina
20. MSP/ Responsable Área Programática Violencia basada en Género y Generaciones

21. MSP/ Área Programática para la Atención en Salud Mental
22. MSP/ Responsable Área Programática Enfermedades No Transmisibles
23. UNFPA/ Consultor México
24. MIDES/ Uruguay Crece Contigo
25. MSP/ Responsable Área Programática Salud Sexual y Salud Reproductiva
26. Asesor VIH, Fondo de Población de Naciones Unidas – UNFPA Uruguay

<b>Prólogo</b> .....	17
<b>Introducción</b> .....	19
<b>Capítulo 1. Antecedentes</b> .....	21
Bibliografía.....	25
<b>Capítulo 2. Fundamentación</b> .....	27
2.1. Aspectos conceptuales.....	28
2.1.1. Masculinidad hegemónica.....	28
2.1.2. Derechos sexuales y derechos reproductivos. ....	30
2.1.3. Salud sexual, salud reproductiva y otros conceptos.....	30
2.2. Énfasis y enfoques de estas recomendaciones.....	32
2.3. ¿Qué implica ser varón en nuestra cultura? .....	33
2.4. Información y tendencias nacionales .....	34
2.5. Bibliografía.....	38
<b>Capítulo 3. Objetivos y alcances</b> .....	41
3.1. Objetivo general.....	41
3.2. Objetivos específicos .....	41
3.3. ¿A quiénes van dirigidas estas recomendaciones? .....	43
3.4. Bibliografía.....	44
<b>Capítulo 4. Acceso y puntos de contacto de los varones con los servicios del Sistema Nacional Integrado de Salud</b> .....	45
4.1. Accesibilidad a los servicios.....	45
4.2. Captación de varones según puntos específicos de consulta.....	46
4.3. Características fundamentales de los servicios en SS y SR .....	50
4.4. Pautas y recomendaciones para la entrevista con el personal técnico en el primer nivel de atención en salud .....	51
4.5. Algunas líneas de acciones transversales. ....	55
4.6. Bibliografía. ....	56
<b>Capítulo 5. Consulta preventiva integral de salud</b> .....	57
5.1. Pautas generales de atención .....	57
5.2. Motivos de consulta y formas de abordaje.....	58
5.2.1. Consulta por aspectos generales de salud .....	58
5.2.2. Consulta por aspectos específicos de la sexualidad.....	60
5.3. Antecedentes.....	60
5.4. Examen físico.....	61
5.4.1. Examen genitourinario y anoperineal.....	62
A) Breve reseña de anatomía y fisiología genital de los varones .....	63
B) Examen genitourinario.....	65

C) Examen anoperineal.....	67
D) Tacto rectal (TR).....	69
5.5. Recomendaciones generales orientadas a los varones.....	69
5.6. Bibliografía.....	72
<b>Capítulo 6. Afecciones genitourinarias prevalentes .....</b>	<b>75</b>
6.1. Afecciones de los genitales externos .....	75
6.2. Afecciones del escroto y de su contenido .....	78
6.3. Afecciones de la próstata .....	84
6.4. Bibliografía .....	93
<b>Capítulo 7. Paternidades .....</b>	<b>97</b>
7.1. Dimensiones de las paternidades.....	97
7.2. Prevención del embarazo.....	99
7.2.1. Métodos anticonceptivos (MAC) .....	99
7.2.2. Métodos anticonceptivos permanentes. Vasectomía.....	101
7.2.3. Métodos anticonceptivos de barrera .....	103
7.3. Acompañamiento en la interrupción voluntaria del embarazo .....	103
7.3.1. Marco normativo.....	104
7.3.2. ¿Cuál es el proceso que habitualmente transita el varón? .....	105
7.3.3. Asesoramiento y orientación para acompañar a varones vinculados a mujeres que desean interrumpir un embarazo. ....	105
7.3.4. Derivación y referencia.....	107
7.4. Embarazo, parto y posparto.....	107
7.4.1. Acompañamiento del embarazo y del trabajo de parto.....	107
7.4.2. Coparentalidad compartida .....	109
7.5. Varón infértil/estéril y la reproducción asistida .....	111
7.6. Bibliografía.....	113
<b>Capítulo 8. Infecciones de de transmisión sexual.....</b>	<b>115</b>
8.1. Detección y manejo sintomático .....	115
8.2. Promoción y prevención.....	118
8.3. Tamizaje de ITS e infección por VIH .....	120
8.3.1. Tamizaje para VIH.....	120
8.3.2. Tamizaje para sífilis.....	124
8.3.3. Tamizaje de otras ITS: gonococo y clamidia .....	129
8.4. Encare clínico etiológico .....	130
8.4.1. Úlcera genital.....	130
8.4.2. Síndrome de secreción uretral.....	132
8.4.3. Síndrome anorrectal .....	134
8.4.4. Verrugas anogenitales (condilomas) .....	135
8.5. Bibliografía.....	136
<b>Capítulo 9. Prevención de la violencia de género .....</b>	<b>137</b>
9.1. Conceptualizaciones y descripción del problema.....	138

9.1.1. Violencia basada en género.....	138
9.1.2. Violencia doméstica.....	138
9.1.3. Violencia en el noviazgo.....	140
9.1.4. Abuso sexual hacia niñas, niños y adolescentes. ....	140
9.1.5. Violencia sexual.....	140
9.1.6. Varones víctimas de violencia en su propia Infancia. ....	142
9.1.7. Datos relevantes para todo el Uruguay.....	143
9.2. Impactos de los estereotipos de género sobre la VD en la salud de los varones.....	146
9.3. Creencias irracionales y mitos sobre la violencia masculina.....	149
9.4. Signos de alerta, rutas de derivación y abordaje de la violencia masculina. ....	150
9.5. Pautas de entrevista para indagar violencia masculina .....	151
9.6. Asesoramiento, orientación, derivación y referencia.....	154
9.7. Bibliografía. ....	155
<b>Capítulo 10. Disfunciones sexuales o trastornos sexuales .....</b>	<b>159</b>
10.1. Definición.....	159
10.2. Medidas de prevención, orientación, abordaje y derivación.....	160
10.3. Modelo para el abordaje del funcionamiento sexual.....	161
10.4. Fases de la respuesta sexual humana masculina.....	162
10.5. Abordaje y clasificación de las disfunciones sexuales masculinas .....	165
10.5.1. Disfunciones en la fase del deseo .....	166
10.5.2. Disfunciones en la fase de la excitación .....	172
10.5.3. Disfunciones en la fase de la eyaculación y del orgasmo .....	180
10.5.4. Disfunciones inducidas por sustancias/medicamentos .....	191
10.6. Bibliografía.....	194
<b>Capítulo 11. Otros conflictos en la vivencia de la sexualidad.....</b>	<b>197</b>
11.1 Fobias específicas sociales (DSM V 300.29) (Sexuales) (F40.248) .....	197
11.2 Conflictos con la propia sexualidad y de la pareja.....	200
11.2.1. Tamaño del pene.....	201
11.2.2. Rendimiento sexual masculino .....	203
11.2.3. Placer anal .....	204
11.2.4. Falocentrismo .....	204
11.2.5. Coitocentrismo.....	205
11.2.6. Fase de resolución en la relación sexual.....	207
11.3. Trastornos parafilicos (DSM V 373).....	208
11.4. Bibliografía.....	212
<b>Anexo 1: Pautas para la atención a las situaciones de violencia sexual en todos los servicios de urgencia y emergencia de los prestadores del SNIS.....</b>	<b>213</b>
<b>Anexo 2: Sugerencias para indagar violencia en varones.....</b>	<b>214</b>
<b>Anexo 3: Ejercicios de Kegel.....</b>	<b>221</b>
<b>Anexo 4: Técnica de Seamans (STOP-START) .....</b>	<b>223</b>

<b>Anexo 5:</b> Valoración de riesgo suicida .....	224
<b>Anexo 6:</b> Preguntas que pueden orientar para realizar la historia sexual .....	225
<b>Anexo 7:</b> Técnica de placereado .....	226
<b>Anexo 8:</b> Uso correcto de condones .....	227
<b>Anexo 9:</b> Inhibidores selectivos de la enzima PDE-5 .....	230

**Aclaración:**

Para la redacción de este documento se procuró favorecer el uso de un lenguaje inclusivo y evitar al mismo tiempo la recarga en la lectura producto del uso reiterado de *a/o, as/os, las/los* para finalizar palabras que puedan referir al género masculino o femenino. Para ello se optó por la utilización de fórmulas y términos neutros cuando fuera posible o por el uso tanto del femenino como del masculino en conjunto o alternadamente.

## Índice de abreviaturas

ACSP	Asociación Canadiense de Salud Pública
ANEP	Administración Nacional de Educación Pública
ANONG	Asociación Nacional de Organizaciones No Gubernamentales
APS	atención primaria de salud
ASI	abuso sexual infantil
AUDEPP	Asociación Uruguaya de Psicoterapia Psicoanalítica
BCG	bacilo de Calmette–Guérin
CCR	cáncer colorrectal
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
CI	Congreso de Intendentes
CIPD	Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo
CNCLVD	Consejo Nacional Consultivo de Lucha contra la Violencia Doméstica
COM	Comisión de las comunidades europeas
CUC	colitis ulcerosa crónica
DD. HH.	derechos humanos
DD. RR.	derechos reproductivos
DD. SS.	derechos sexuales
DE	disfunción eréctil
DLSP	Departamento de Laboratorios de Salud Pública
DLSP	Departamento del Laboratorio de Salud Pública
DRHSNIS	División Recursos Humanos del Sistema Nacional Integrado de Salud
DSDR	derechos sexuales y derechos reproductivos
DSH	deseo sexual hipoactivo
DSM–IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV
DSM–V	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders V
EBDH	enfoque basado en DD. HH.
ECOSOC	Consejo Económico Social de Naciones Unidas
EVBBG	Encuesta de Violencia basada en Género y Generaciones
FCC	fibrocolonoscopia
FGN	Fiscalía General de la Nación
FLACSO	Facultades Latinoamericanas de Ciencias Sociales
HNE	historia natural de la enfermedad
HPB	hiperplasia benigna prostática
HPV	virus del papiloma humano
HSH	hombres que tienen sexo con hombres
HTA	hipertensión arterial
IM	Intendencia de Montevideo
IMAN	Estrategia IMAN (integración del manejo de los adolescentes y sus necesidades)
IMC	índice de masa corporal
INAU	Instituto del Niño y del Adolescente del Uruguay
INE	Instituto Nacional de Estadística

INMUJERES	Instituto Nacional de las Mujeres
ISRS	inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina
ITS	infecciones de transmisión sexual
IVE	interrupción voluntaria del embarazo
JUNASA	Junta Nacional de Salud
LGTBIQ	lesbianas, gais, bisexuales, transexuales, intersexuales, queer
LGV	linfocitoma venéreo
MAC	métodos anticonceptivos
MEC	Ministerio de Educación y Cultura
MET	equivalente metabólico
MI	Ministerio del Interior
MIDES	Ministerio de Desarrollo Social
MM	morbimortalidad
MP	medidas prioritarias
MSP	Ministerio de Salud Pública
MSPAS	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala
MSYBSC	Ministerio de Salud y Bienestar Social de Canadá
NNA	niñas, niños y adolescentes
OHCHR	Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos
OIM	Organización Integral para las Migraciones
OIT	Organización Internacional del Trabajo
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONU Mujeres	Entidad de la ONU para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de la Mujer
ONUSIDA	Programa de Naciones Unidas sobre el VIH-sida
PA	presión arterial
PDE5	enzima fosfodiesterasa tipo 5
PJ	Poder Judicial
PNA	primer nivel de atención
PNSA	Programa Nacional Salud Adolescente
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
PR	prueba rápida
PS	promoción de salud
PSA	antígeno prostático específico
PT	prueba treponémica
PNT	prueba no treponémica
RPR	reagina plasmática rápida
RUCVDS	Red Uruguaya Contra la Violencia Doméstica y Sexual
sida	síndrome de inmunodeficiencia adquirida
SIG	Sistema de Información en Género
SIPIAV	Sistema Integral de Protección a Niños, Niñas y Adolescentes contra la Violencia
SNIS	Sistema Nacional Integrado de Salud
SNS	Sistema Nacional de Salud
SOHi	sangre oculta en heces inmunológico
SS y SR	salud sexual y salud reproductiva
SSA	Secretaría de Salud de México

TIC	tecnologías de la información y comunicación
TR	tacto rectal
UG	uretritis gonocócica
UNESCO	United Nations Educational Scientific and Cultural Organization
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
UNG	uretritis no gonocócica
UNICEF	Fondo de Naciones Unidas para la Infancia
UNPOPIN	United Nations Population Information Network
URSS	Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas
USPSTE	US Preventive Services Task Force
VBG	violencia basada en género
VD	violencia doméstica
VDRL	Veneral Disease Research Laboratory
VHA	virus de hepatitis A
VHB	virus de hepatitis B
VHS	virus de herpes simple
VIH	virus de inmunodeficiencia adquirida
VM	violencia masculina
WAS	World Association for Sexual Health



## Prólogo

Durante los últimos 30 años han ocurrido grandes cambios respecto al reconocimiento de los derechos sexuales y derechos reproductivos a nivel mundial. Desde la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo en El Cairo en 1994, en la que se reconocen la salud sexual y la salud reproductiva (SS y SR) como un derecho humano y se asume abordarla con una perspectiva de derechos, a la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe (Consenso de Montevideo) en 2013, mucho se ha avanzado.

Nuestro país no ha estado ajeno a estos avances, es así que en 2008 se promulga la Ley 18.426 de Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Salud Reproductiva, que establece un sólido marco legal que instituye los derechos de los ciudadanos y las obligaciones del Estado a este respecto. Esta avanzada desde lo legal se ha acompañado del establecimiento de servicios para la atención de la SS y SR en el Sistema Nacional Integrado de Salud, guías de práctica clínica, inclusión de nuevas prestaciones sanitarias y fortalecimiento de acciones para la prevención y promoción de la salud, entre otras. Hoy nuestro país se encuentra en un sitio de privilegio en pos de que los derechos sexuales y reproductivos se transformen en hechos. Sin embargo, se debe reconocer que las mismas han hecho mayor foco en la SS y SR de las mujeres, en parte debido a la histórica desigualdad e inequidad de la cual han sido objeto. Sin dejar de avanzar al respecto, surge la necesidad, fundada en derechos, de avanzar en el abordaje de la SS y SR de los varones.

La Ley 18.426 establece la equidad de derechos entre los géneros y la necesidad de ser objeto de políticas y programas específicos de SS y SR. La declaración del Consenso de Montevideo reconoce la necesidad de «garantizar el acceso universal a los servicios de SS y SR de calidad, tomando en cuenta las necesidades específicas de hombres y mujeres». A esto se suma la reciente declaración de ministros del Mercosur y Estados asociados sobre Salud Sexual y Reproductiva de diciembre de 2017, en la que se asume establecer y consolidar estrategias y acciones referidas a la SS y SR de los varones.

Es por ello que el Ministerio de Salud Pública (MSP) ha tomado la firme decisión de avanzar en el abordaje de la SS y SR de este grupo de la población. Se debe reconocer, además, que los varones suelen consultar menos y en forma más tardía sobre sus problemas e inquietudes vinculadas a la SS y SR, lo que lleva a retrasos en el abordaje de los problemas de salud tanto de los varones como de sus parejas. El educar a la población, promover su salud y establecer claras rutas de acceso para el abordaje de estos temas es un proceso en construcción.

En cuanto a la formación de los equipos de salud en el abordaje de la SS y SR de los varones se deben reconocer carencias en la formación técnica específica. Mejorar este aspecto resulta clave para el proceso, en el entendido de que la respuesta del sistema de salud debe ser adecuada a las necesidades que plantea el individuo.

Por estas razones, el MSP consideró de gran importancia elaborar recomendaciones dirigidas a los equipos de salud respecto a la SS y SR de los varones y proceder, en base a ellas, a capacitar a los equipos de salud.

Así, se elaboraron estas «*Recomendaciones para el abordaje de la salud sexual y salud reproductiva de los varones de entre 20 y 65 años en el primer nivel de atención*». Ellas buscan orientar a los equipos de salud en una atención sustentada en derechos, preventiva, holística y basada en la evidencia de la SS y SR, al mismo tiempo que promueven la resolutivez del primer nivel de atención y la derivación oportuna, cuando es necesaria.

Por lo dicho, nos complace presentar estas recomendaciones, en el entendido de que son un primer y sustancial aporte para el mejor abordaje de la SS y SR de los varones de nuestro país.

**Dr. Jorge Basso**  
Ministro de Salud Pública

## Introducción

Los derechos sexuales y los derechos reproductivos son derechos humanos reconocidos internacionalmente. En nuestro país han sido reconocidos en la Ley n.º 18.426 de Defensa del Derecho a la Salud Sexual y la Salud Reproductiva (SS y SR), reglamentada por el Decreto n.º 293 en el año 2010.

Dicha normativa reconoce como derecho el abordaje de la SS y SR de todas las personas y establece al Estado como garante y responsable de los servicios que permiten su abordaje.

Históricamente los varones han presentado dificultades para identificar sus necesidades en SS y SR, lo cual, sumado a un cierto desconocimiento de sus derechos y a las deficiencias en la asistencia por parte del sistema de salud, ha llevado a generar barreras en el acceso y en el abordaje de su SS y SR.

Si bien en nuestro país existen varios antecedentes de publicaciones vinculadas a la SS y SR de los varones, no existen herramientas que faciliten la orientación técnica de los equipos de salud en pos de dar la mejor respuesta a dichas demandas de los varones.

Es por ello que las siguientes recomendaciones procuran fortalecer la atención en SS y SR de los equipos de salud del primer nivel de atención de todos los prestadores del Sistema Nacional Integrado de Salud.

Esta iniciativa busca lograr un abordaje integral e interdisciplinario, con perspectiva de género y diversidad, sin caer en el reduccionismo de sumar un «grupo poblacional» (los varones) a otros «grupos de riesgo», o interpretar la visibilización de su asistencia como una «competencia» por los recursos destinados a la SS y SR de las mujeres. La promoción de salud en varones, la prevención y el tratamiento de afecciones o disfunciones masculinas impacta de manera saludable, directa e indirectamente, sobre la salud de las mujeres, otros varones, niños y adolescentes.

Es necesario tener en cuenta que no existe una única forma de vivir como varones, y que muchos de los determinantes sociales condicionan sus maneras de estar en el mundo e inciden sobre el cuidado de su salud, la esperanza de vida y las principales causas por las que enferman y mueren.

El objetivo de este documento es fortalecer a los equipos de salud del primer nivel de atención del SNIS, para potenciar el abordaje en salud sexual y salud reproductiva de los varones y así contribuir a lograr la captación oportuna de estos, eliminar barreras de acceso, disminuir inequidades y promover formas, conductas y estilos de vida saludables.

Área Programática Salud Sexual y Salud Reproductiva



# 1. Antecedentes

En las últimas décadas ha tomado relevancia la preocupación por la condición del varón, tanto en América Latina como en el resto del mundo. La búsqueda de equidad entre varones y mujeres ha llevado a revisar de manera permanente los estereotipos sociales de género, las definiciones en las políticas públicas, así como las diferentes acciones de la vida cotidiana. Específicamente en dos conferencias internacionales de Naciones Unidas (El Cairo 1994 y Beijing 1995), que el país ha ratificado, se enfatizó la necesidad de promover un papel activo de los varones en la construcción de la equidad de género.

Principalmente se destaca la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo de El Cairo (CIPD, 1994), en la que se «Alentó a los hombres a que se responsabilicen de su comportamiento sexual y reproductivo y a que asuman su función social y familiar» (Programa de Acción de El Cairo, párrafos 4.24 y 4.25). A partir de esta conferencia se generó un cambio de paradigma: defender un enfoque centrado en las personas como sujetos de derecho, a partir de lo intersectorial, con énfasis en el acceso universal a la salud y a la educación, con un enfoque de género, incluyendo la búsqueda del empoderamiento de las mujeres y convocando a la incorporación de los varones en los programas de salud reproductiva y planificación familiar.

En 1998, en Santiago de Chile se llevó a cabo la conferencia regional «La equidad de género en América Latina y el Caribe: desafíos desde las identidades masculinas». En el mismo año, en Oaxaca, México, se realizó el simposio «Participación masculina en la salud sexual y reproductiva: nuevos paradigmas».

Todos estos eventos fueron abriendo camino hacia la visibilización de la necesidad del trabajo con niños y hombres para el logro de equidad e igualdad entre los sexos y de su implicancia en la salud de los varones.

Hoy en día, diversas organizaciones de la sociedad civil en América Latina y el Caribe, así como también en el resto del mundo, trabajan responsablemente el tema de masculinidades, de manera académica y militante, poniendo énfasis en la salud de los varones.

En el año 2013 en Uruguay se celebró el Consenso de Montevideo, 1.ª Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe (CEPAL, agosto 2013), que definió diversas medidas prioritarias (MP) para incluir en la agenda de trabajo, la igualdad de género y las masculinidades:

- MP 37: «Garantizar el acceso universal a servicios de salud sexual y salud reproductiva de calidad, tomando en consideración las necesidades específicas de hombres y mujeres...»
- MP 41: «Promover programas de prevención y de autocuidado en salud sexual y salud reproductiva de los hombres».

- MP 53 – MP 57: «Hacer efectivas las políticas adoptadas y adoptar medidas preventivas de protección y atención que contribuyan a la erradicación de todas las formas de violencia y estigmatización contra las mujeres y las niñas...».
- MP 57: «Hacer efectivas las políticas adoptadas y adoptar medidas preventivas de protección y atención que contribuyan a la erradicación de todas las formas de violencia y estigmatización contra las mujeres y las niñas...».
- MP 59: «Incrementar el acceso de los hombres (incluidos niños, adolescentes y jóvenes) a la información, la consejería y los servicios de salud sexual y salud reproductiva y promover la participación igualitaria de los hombres en el trabajo de cuidados, a través de programas que los sensibilicen, respecto a la igualdad de género, fomentando la construcción de nuevas masculinidades».
- MP 61: Garantizar la corresponsabilidad de [...] las mujeres y los hombres en el trabajo doméstico y de cuidado no remunerado [...] que maximicen la autonomía y garanticen los derechos, la dignidad, el bienestar y el disfrute del tiempo libre para las mujeres».

En el año 2015, la Asamblea General de la ONU adoptó en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible un plan de acción a favor de las personas, el planeta y la prosperidad. En dicha Agenda se plantean 17 objetivos con 169 metas de carácter integrado e indivisible que abarcan las esferas económica, social y ambiental. Al adoptarla, los Estados se comprometieron a movilizar los medios necesarios para su implementación mediante alianzas centradas especialmente en las necesidades de los más pobres y vulnerables.

En el Objetivo de Desarrollo Sostenible (ODS) 3 se plantea «Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades», la meta 3.7 hace referencia a «Garantizar el acceso universal a servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos la planificación familiar, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales».

En nuestro país los derechos sexuales y los derechos reproductivos se contextualizan en procesos históricos que llevan a una necesidad colectiva de crearlos y definirlos como tales. Diferentes actores vienen trabajando desde hace décadas en lo que refiere específicamente al trabajo con varones y masculinidades.

Uruguay asume los compromisos para involucrar a los varones en la promoción y atención de la SS y RR desde las conferencias de El Cairo 1994 y Beijing 1995, en las cuales se propuso la participación de los varones en la SS y RR, con miras al cumplimiento de las metas para el año 2015, con el objetivo de promover la equidad en el campo de la salud.

En el período de gobierno 2005–2009, la agenda de género en Uruguay comenzó a incluir el tema de los varones, que incorporó en el trabajo para la equidad e igualdad de género (Güida, 2010).

El MSP creó en el 2005 el Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género, y dentro este, el área «La Condición del Varón». Allí se elaboraron algunos documentos a partir de investigaciones para el trabajo con varones: *Participación de los varones en calidad de acompañantes en el parto y puerperio. El papel de los equipos de salud* (2005); *El papel de los varones en el diseño e implementación de estrategias para la atención de la violencia basada en género, en el contexto de la Reforma del Sistema de Salud en Uruguay* (2008); *Salud de los hombres uruguayos desde una perspectiva de género* (2010), así como una *Guía en salud sexual y reproductiva*, Cap. «Diversidad sexual» (2010).

En el año 2008, la Ley n.º 18.426 de Defensa del Derecho a la Salud Sexual y la Salud Reproductiva constituyó un hito, en tanto concretó a nivel normativo el marco legal del país, que aceleró mecanismos que permitieran garantizar el ejercicio de dichos derechos.

Esta ley abrió puertas para concretar avances en la implementación de múltiples iniciativas y prestaciones para la atención de la SS y SR de toda la población. Una de ellas es la exigencia a todas las instituciones de salud de contar con servicios en SS y SR (Decreto n.º 293/2010) como forma concreta de garantizar y vehicular el cumplimiento de las prestaciones en SS y SR a las que toda la población tiene derecho.

Con la creación y el fortalecimiento de los servicios de salud sexual y salud reproductiva en el Sistema Nacional Integrado de Salud, los varones comenzaron a identificar lugares específicos donde poder evacuar algunas de sus consultas. De esta manera, el sistema de salud comenzó a identificar las dimensiones del problema en atención a varones, que antes quedaba invisibilizado por la falta de servicios específicos y porque las consultas, cuando se realizaban con diversos profesionales, no estaban sistematizadas.

En el año 2011 se celebró en la ciudad de Montevideo el IV Coloquio Internacional de Estudios sobre Varones y Masculinidades. Ese mismo año, se creó la Mesa de Trabajo sobre Masculinidades y Género, en la cual participaron diversas organizaciones e instituciones públicas y la sociedad civil.

En el año 2012 se creó en la Secretaría de la Mujer de la Intendencia de Montevideo (IM) el Servicio de Hombres que Deciden Dejar de Ejercer Violencia, el cual se convirtió en política pública departamental en el 2013 y continúa funcionando hasta el momento, administrado por el Centro de Estudios sobre Masculinidades y Género, coordinado por la División Asesoría para la Igualdad de Género de la IM.



## Bibliografía

- Amorín, D., Graña, F., Güida, C., Rondan, J., y Urioste, A. (2005). *Participación de los varones en calidad de acompañantes en el parto y puerperio: el papel de los equipos de salud*. MSP y UNFPA. Montevideo.
- Asamblea General de Naciones Unidas. (1948). Declaración Universal de Derechos Humanos.
- Asamblea General de Naciones Unidas. (1994). Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo. Naciones Unidas, El Cairo.
- Asamblea General de Naciones Unidas. (1995). Asamblea Mundial de la Salud: La mujer, la salud y el desarrollo y Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer. Organización Mundial de la Salud.
- Asamblea General Naciones Unidas. (2015). Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. 4.ª sesión plenaria.
- Badinter, E. (1992). *XY, la identidad masculina*. Buenos Aires: Paidós.
- Bonino, L. (2005). *Micromachismos, el poder masculino en la pareja moderna*. Recuperado de HYPERLINK <http://www.luisbonino.com>
- Bourdieu, P. (2000). *La dominación masculina*. Madrid: Paidós.
- Burin, M., y Meler, I. (2000). *Varones, género y subjetividad masculina*. Buenos Aires: Paidós.
- Consenso de Montevideo. (2013). I Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe. Uruguay.
- De Keijzer, B. (1998). La masculinidad como factor de riesgo. En E. Tuñón (coord.), *Género y salud en el sureste de México*. Universidad Autónoma de Tabasco, México.
- Gomensoro, A., Corsino, D., Güida, C., y Lutz, E. (1995). *La nueva condición del varón. ¿Renacimiento o reciclaje?* Uruguay.
- Gomensoro, A., y Güida, C. (1998). *Ser varón en el dos mil. La crisis del modelo tradicional de masculinidad y sus repercusiones*. Montevideo: UNFPA.
- Güida, C. (2003). El papel de los servicios de salud en la consolidación de las masculinidades hegemónicas. *Revista de la Asociación Uruguaya de Psicoterapia Psicoanalítica*, 6(3). Montevideo.
- Güida, C. (2006). Equidad de género y políticas en Uruguay. Avances y resistencias en contextos complejos. En G. Careaga y S. Cruz (coords.). *Debates sobre masculinidad*. México: UNAM PUEG.
- Güida, C. (2011). Varones, paternidades y políticas públicas en el primer gobierno progresista uruguayo. En F. Aguayo y M. Sadler (2011). *Masculinidades y políticas públicas: involucrando hombres*.
- Katzkowitz, S., La Buonora, L., Pandolfi, J., Pieri, D., Semblat, F., Álvarez, L., y Penna, N. (2016). Construcciones de la masculinidad hegemónica: una aproximación a su expresión en cifras. *Cuadernos del Sistema de Información de Género*. INMUJERES, Uruguay.
- Kaufman, M., y Horowitz, G. (1989). *Hombres, placer, poder y cambio*. Centro de Investigación para la Acción Femenina.
- Kimmel, M. S. (2005). *The history of men: Essays on the history of American and British masculinities*. SUNY Press.
- Promundo, M. (2010). UNFPA. *Engaging men and boys in gender equality and health: a global toolkit for action*. Río de Janeiro.

## Leyes, decretos, ordenanzas, guías y protocolos en Uruguay

- Intendencia de Montevideo. (2014). *Políticas públicas, masculinidades y género: la experiencia de la Intendencia de Montevideo, Uruguay (2006–2014)*. Informe de consultoría. Montevideo: Montevideo Mujer, 3.er Plan de Igualdad de Género y UNFPA.
- Ministerio de Salud Pública. *Programa Nacional Salud de la Mujer y Género. (2005). Participación de los varones en calidad de acompañantes en el parto y puerperio: El papel de los equipos de salud*. Uruguay.
- Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional Salud de la Mujer y Género. (2008). *El papel de los varones en el diseño e implementación de estrategias para la atención de la violencia basada en el género, en el contexto de la Reforma del Sistema de Salud en Uruguay*. Documento elaborado por el Área Condición del Varón. Uruguay, Montevideo.
- Ministerio de Salud Pública. (2010). *Salud de los hombres uruguayos desde una perspectiva de género*. Montevideo, Uruguay.
- Ministerio de Salud Pública. (2014). *Líneas estratégicas para el abordaje en varones de su salud sexual y reproductiva, con perspectiva de género, derechos humanos y diversidad*. Documento elaborado por el Área Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Salud Pública de Uruguay. Montevideo.
- Poder Legislativo. (2008). Ley n.º 18.426. Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva. Diario Oficial, 10, 18.426–2008.
- Presidencia de la República. (2010). Decreto 293. Reglamentación de la Ley 18.426. Uruguay.

## 2. Fundamentación

En todas las culturas, a nivel mundial, existen diversas maneras de ser varón y posicionarse en una identidad masculina, lo que implica atravesar la socialización de género que impone cada sociedad. Cada forma de ser varón está transversalizada por haber sido educado en una ciudad o en la zona rural, así como también por la religión, la clase social, la orientación sexual, la raza, la etnia y el momento histórico en que se ha nacido.

Se puede distinguir entre las llamadas *masculinidades hegemónicas* y las conocidas como nuevas masculinidades. Las masculinidades hegemónicas se caracterizan por tratarse de varones con poco contacto con las propias emociones, con escasa empatía con la pareja, hijos e hijas, que culpabilizan a otras personas de las dificultades o defectos propios y que solucionan problemas/dificultades con violencia, entre otras características. Encarnar una masculinidad hegemónica también suele implicar tener conductas de riesgo como la conducción temeraria de automóviles, el consumo problemático de sustancias psicoactivas (alcohol y otras drogas) o la adicción al trabajo. Estos aspectos que caracterizan a la masculinidad hegemónica no necesariamente están presentes todos juntos ni en su máxima expresión, sino que son elementos asociados a ella, que la mayor parte de las veces se evidencian como rasgos que emergen coyunturalmente, variando en frecuencia e intensidad.

También existen otras formas de ser varón, que se identifican con las llamadas *nuevas masculinidades*, que caracterizan a varones que se responsabilizan de sus afectos, sus problemas vinculares, que vivencian la paternidad a partir del cuidado, el apego y el amor, que resuelven las dificultades sin violencia y son personas equitativas y cuidadosas con los demás. Entre ambas modalidades existen varones que se encarnan aspectos de ambas a la vez, con características predominantes de una u otra indistintamente.

En Uruguay existen estadísticas que muestran claramente que los varones utilizan los servicios de salud mucho menos que las mujeres (Herrera, Güida y Meré, 2009). Uno de los motivos de esto puede ser el poco cuidado que tienen de sí mismos, como consecuencia de algunos estereotipos derivados de la socialización de género, acuñados en esta cultura. Esta masculinidad hegemónica también insta socialmente algunos de los siguientes estereotipos: «los procesos reproductivos son responsabilidad solo de las mujeres», «los hombres no precisan controles de salud periódicos», «hay que consultar por la salud solo cuando hay un problema» y «a los hombres no les pasa nada porque son fuertes». Estas son algunas de las opiniones que expresan muchas veces los varones, que se constituyen en una de las barreras para el acceso a la salud (Aguayo, Sadler, Obach y Kimelman, 2013).

Los antecedentes nacionales, regionales e internacionales sobre el abordaje de las masculinidades ponen de relieve la necesidad de priorizar la promoción de nuevos modelos de masculinidad que permitan generar cambios significativos para la

promoción de hábitos saludables y cambios en la cultura dominante. Son necesarias transformaciones que lleven a la equidad e igualdad de género y a mejorar las condiciones de salud de los varones y de la población en general (parejas, mujeres, otros varones, NNA, personas transgénero e intersexuales).

En este contexto y en continuidad con las acciones realizadas hasta el momento, en el año 2015 el MSP comenzó a trabajar sostenidamente en la construcción de estas *Recomendaciones para el abordaje de la salud sexual y la salud reproductiva de los varones de 20 a 65 años*, para implementar en el primer nivel de atención, con énfasis en problemas prevalentes.

Estas recomendaciones tienen el propósito de orientar a los equipos de salud del primer nivel de atención (PNA) del SNIS que asisten a varones de entre 20 y 65 años.

En el primer nivel de atención es posible promover, prevenir, tratar y rehabilitar diversos aspectos vinculados a la SS y SR de los varones. Se pueden resolver algunas situaciones vinculadas a la salud sexual, detectar precozmente muchas problemáticas o enfermedades, realizar derivaciones o referencias oportunas a especialistas o a equipos especializados de salud del prestador del SNIS correspondiente,<sup>11</sup> para tratamientos de enfermedades o disfunciones específicas, ya instaladas o en vías de hacerlo.

Se busca promover la construcción de relaciones de género más saludables posicionando a los varones en un lugar de responsabilidad con su propia SS y SR, así como con la de las personas con las que se relacionan sexual y afectivamente.

## 2.1. Aspectos conceptuales

### 2.1.1. Masculinidad hegemónica

Hay quienes, desde las ciencias sociales y antropológicas han estudiado la constitución de diferentes manifestaciones de la masculinidad en contextos y momentos históricos diferentes, llamando a esas manifestaciones «masculinidades», aludiendo a su importancia en tanto diversidades de un único modelo predominante de masculinidad. Entre ellos, algunos enfatizan que esas masculinidades tienen entre sí relaciones jerárquicas, habiendo una forma hegemónica —cambiante según épocas y lugares—, pero que al menos desde el Renacimiento, mantiene estables sus elementos básicos. **Esta forma, la masculinidad tradicional, llamada más exactamente masculinidad hegemónica (MH), no es solo una manifestación predominante, sino que como tal queda definida como modelo social hegemónico que impone un modo particular**

---

1. La Ley 18.426 de Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva y su decreto de aplicación n.º 293/2010 dan el encuadre normativo habilitante para efectuar las derivaciones necesarias dentro de cada prestador de salud del SNIS.

**de configuración de la subjetividad, la corporalidad, la posición existencial del común de los hombres y de los hombres comunes, e inhibe y anula la jerarquización social de las otras masculinidades,** más aún en estos tiempos de globalización homogeneizante donde esta MH también lo es. (Bonino, 2003)

Según algunos investigadores la construcción de la masculinidad en Latinoamérica, representa un verdadero factor de riesgo, para la salud de los varones, las mujeres y NNA; a mayor identificación del varón con rasgos hegemónicos, aumentan dichos riesgos (De Keijzer, 1998).

#### La masculinidad hegemónica entonces, se caracteriza por:

- Construir la identidad masculina basada en lo que «no se puede ser». No se puede ser mujer ni tener nada de femenino (Badinter, 1992).
- Acentuar el dominio del varón sobre las mujeres.
- Creer que las mujeres están para dar servicios a los varones, vale decir, que los varones utilicen los recursos de ellas para su beneficio: sexuales, domésticos, intelectuales, parentales y logísticos.
- Considerar que la fuerza física es una herramienta para el dominio y el control.
- Creer que la agresividad y la violencia son lo mismo, o sea, que la violencia es algo innato en los varones, y también creer que la testosterona tiene algo que ver con la violencia.
- La tendencia a resolver los conflictos y las diferencias en pareja con violencia.
- La alexitimia y la inexpresividad emocional, siendo que, darse cuenta de las emociones y expresarlas, los hace «sentirse menos hombres».
- Utilizar la competitividad como una forma de avanzar laboral y socialmente.

Sin embargo, no todos los «rasgos masculinos» implican riesgo para la salud propia y/o de otras personas. Por ejemplo, el pragmatismo y la racionalidad masculina, características tradicionalmente adjudicadas a varones, son útiles para enfrentar la adversidad cotidiana con creatividad, siempre que el pragmatismo no sea excesivo y se continúe manteniendo el contacto con las propias emociones.

Más allá de lo descrito, existen también *masculinidades* alternativas, que se expresan en varones que buscan vivir de forma más equitativa, en contra de los privilegios individuales y colectivos, que significaría vivir según el modelo de *masculinidad hegemónica*. Cada vez y con mayor frecuencia, más varones comprenden que el ejercicio de una masculinidad hegemónica conlleva más perjuicios que beneficios en lo que refiere a la salud, incluso para ellos mismos. Y comienzan a transitar un recorrido y un cambio paulatino hacia la equidad.

## **2.1.2. Derechos sexuales y derechos reproductivos**

El Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de El Cairo plantea en el ítem 7.3:

«Los derechos reproductivos abarcan ciertos derechos humanos que ya están reconocidos en las leyes nacionales, en los documentos internacionales sobre derechos humanos y en otros documentos pertinentes de las Naciones Unidas aprobados por consenso. Esos derechos se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre éstos. A disponer de la información y de los medios para ello y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. También incluye el derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia, de conformidad con lo establecido en los documentos de derechos humanos. En ejercicio de este derecho, las parejas y los individuos deben tener en cuenta las necesidades de sus hijos nacidos y futuros y sus obligaciones con la comunidad. La promoción del ejercicio responsable de dichos derechos, debe ser la base primordial de las políticas y programas estatales y comunitarios en la esfera de la salud reproductiva, incluida la planificación de la familia. Como parte de este compromiso, se debe prestar plena atención, a la promoción de relaciones de respeto mutuo e igualdad entre hombres y mujeres, y particularmente a las necesidades de los adolescentes en materia de enseñanza y de servicios con objeto de que puedan asumir su sexualidad de modo positivo y responsable» (CIPD El Cairo, 1994).

Posteriormente, refiriéndose a los derechos sexuales, en el Consenso de Montevideo se ha planteado:

«Considerando que los derechos sexuales y reproductivos son parte integral de los derechos humanos y su ejercicio es esencial para el goce de otros derechos fundamentales y para alcanzar las metas internacionales de desarrollo y eliminación de la pobreza. [...] Acuerdan [los países]: 34. Promover políticas que contribuyan a asegurar que las personas ejerzan sus derechos sexuales, que abarcan el derecho a una sexualidad plena en condiciones seguras, así como el derecho a tomar decisiones libres, informadas, voluntarias y responsables sobre su sexualidad, con respeto de su orientación sexual e identidad de género, sin coerción, discriminación ni violencia, y garantizar el derecho a la información y a los medios necesarios para su salud sexual y salud reproductiva» (Consenso de Montevideo, 2013).

## **2.1.3. Salud sexual, salud reproductiva y otros conceptos**

La salud sexual y la salud reproductiva son dos conceptos vinculados e interdependientes, pero que es necesario diferenciar para comprenderlos debidamente.

**Salud Reproductiva** es «un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria, sin riesgos y la capacidad de procrear, la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información y el derecho de planificar la familia según su elección» (CIPD El Cairo, 1994). «Incluye también la **salud sexual**, cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual» (CIPD El Cairo, 1994).

El término **sexo** refiere al «conjunto de características biológicas que definen al espectro de humanos como hembras y machos» (OPS-OMS-WAS, 2000). Esta definición ha sido cuestionada desde hace tiempo por diversos autores. Las nuevas definiciones de sexo biológico van más allá del dimorfismo fijo y clásico, consideran al sexo como «un continuo, con personas que nacen con genitales asignables a la categoría macho, hembra, y personas intersexuales» (Ramos, Forrisi y Gelpi, 2015).

**La sexualidad** refiere a «una dimensión fundamental del hecho de ser un ser humano: basada en el sexo, incluye al género, las identidades de sexo y género, la orientación sexual, el erotismo, la vinculación afectiva y el amor, y la reproducción. Se experimenta o se expresa en forma de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, actividades, prácticas, roles y relaciones. La sexualidad es el resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos, socioeconómicos, culturales, éticos, religiosos o espirituales. Si bien la sexualidad puede abarcar todos estos aspectos, no es necesario que se experimenten ni se expresen todos. Sin embargo, la sexualidad se experimenta y se expresa en todo lo que somos, sentimos, pensamos y hacemos» (OPS-OMS-WAS, 2000).

«En la actualidad, el libre ejercicio de una sexualidad saludable es entendido como parte de un derecho humano, y como tal, resulta un componente fundamental de la salud. En este marco, la SS y la SR constituye una dimensión fundamental en cualquier intervención sanitaria, por parte de los prestadores de salud» (Gemetro y Bacin, 2012).

**Género** es la suma de valores, actitudes, papeles, prácticas o características culturales basados en el sexo. El género, tal como ha existido de manera histórica, transculturalmente y en las sociedades contemporáneas, refleja y perpetúa las relaciones particulares de poder entre el hombre y la mujer (OPS-OMS-WAS, 2000).

**Diversidad sexual:** Existen dos maneras de referirse a esta: «Una manera define la diversidad sexual como las formas de expresar, vivir y ejercer la sexualidad que escapan a lo hegemónico y heterosexual, o sea solamente en referencia a las personas homosexuales, bisexuales, trans e intersexuales. La segunda posición la define en un sentido más amplio y de mayor unidad. En ese modelo también sería parte de la

diversidad sexual la heterosexualidad, ya que hay diversidad incluso en los modos de ser heterosexual» (MSP-UdelaR-ASSE, 2016). A partir de un enfoque de derechos humanos, el respeto y reconocimiento de la diversidad sexual constituye la base para la igualdad y la no discriminación

**Las normas de género masculinas** son las expectativas sociales y las funciones asignadas a los varones, con relación o en contraposición a las de las mujeres. Estas orientan que para ser «hombres de verdad» deberán no ser mujeres, no ser bebés y no ser homosexuales (Badinter, 1993; Barker et al., 2007).

El término **masculinidades** hace referencia a las múltiples maneras en que la virilidad se define socialmente en el contexto histórico, cultural y respecto a las diferencias de poder entre las diversas versiones de la masculinidad (Connell, 1994). «La masculinidad [...] implica un lugar en las relaciones de género, en las prácticas a través de las cuales los varones y las mujeres ocupan ese espacio en el género, y en los efectos de dichas prácticas en la experiencia corporal, la personalidad y la cultura» (Connell, 1995; Schongut, 2012).

El término **patriarcado** refiere a los «desajustes de poder históricos, a las prácticas culturales y a los sistemas que atribuyen a los hombres en su conjunto, un mayor poder en la sociedad [...] y mayores ingresos que las mujeres a igual tarea, así como validar el escaso involucramiento masculino en las tareas domésticas, así como beneficiarse de los cuidados prestados por las mujeres y las niñas en la familia» (Barker et al., 2007).

## 2.2. Énfasis y enfoques de estas recomendaciones

Los contenidos de estas recomendaciones buscan estar enmarcados en un enfoque de derechos humanos, de derechos sexuales y derechos reproductivos, de diversidad, diversidad sexual, con perspectiva de género y enfoque de masculinidades.

- **El enfoque basado en derechos humanos (EBDH)** es «un marco conceptual para el proceso de desarrollo humano que, desde el punto de vista normativo, está basado en las normas internacionales de derechos humanos y desde el punto de vista operacional está orientado a la promoción y la protección de los derechos humanos» (OHCHR, 2006).
- **El enfoque de género** «es el proceso de evaluación de las consecuencias para las mujeres y los hombres de cualquier actividad planificada, inclusive las leyes, políticas o programas, en todos los sectores y a todos los niveles. Es una estrategia destinada a hacer que las preocupaciones y experiencias de las mujeres, así como de los hombres, sean un elemento integrante de la elaboración, la aplicación, la supervisión y la evaluación de las políticas y los programas en todas las esferas políticas, económicas y sociales, a fin de que las mujeres y los hombres se beneficien por igual y se impida que se perpetúe

la desigualdad. El objetivo final es lograr la igualdad [sustantiva] entre los géneros» (ECOSOC, 1997).

- El **enfoque de masculinidades**, en este caso, se concentra en la SS y RR de los varones, sin desenfocarse de los valores feministas y la perspectiva de género, considerando que, para mejorar el empoderamiento de las mujeres, es fundamental que los varones ejerzan no solo sus derechos, sino también sus obligaciones éticas y legales, en tanto ciudadanos.
- La **perspectiva de diversidad** «significa que todos somos aceptados como personas humanas, con igual poder para participar en la vida social desde nuestras identidades y modos de vida diferentes». «Lo diverso incluye la diversidad sexual, étnica, cultural, etc. Integrarlo implica un gran avance hacia la equidad, la convivencia democrática y la justicia social. Pero a la vez implica deconstruir una serie de mitos, estigmas, creencias y prejuicios, que sostienen las múltiples discriminaciones, así como reconocer y derribar las causas que legitiman y reproducen estos mecanismos en las instituciones en general y en las instituciones sanitarias, en particular» (MSP-DIGESA-PNSA, 2009).
- La **perspectiva de la diversidad sexual** enriquece los enfoques de derechos y de género, cuestionando la heterosexualidad como única y principal forma de vivir la sexualidad. En un enfoque de derechos humanos, el respeto y reconocimiento de la diversidad constituyen la base para la igualdad y la no discriminación. Las personas con orientaciones sexuales diferentes de la heterosexualidad en ocasiones sienten incomodidad o resultan discriminadas por el personal de salud por sus preferencias sexoafectivas, cuando consultan en los servicios de salud.

### 2.3. ¿Qué implica ser varón en nuestra cultura?

Existe evidencia de que las normas de género hegemónicas influyen de manera determinante en diversos aspectos de la vida de los varones. Por ejemplo, en los modos de interacción con la pareja y demás personas, en las conductas de prevención de ITS-HIV, en el uso de métodos anticonceptivos, en la búsqueda de asistencia sanitaria, en el ejercicio de violencia contra mujeres y varones y en los modos de participación en las tareas domésticas y en la crianza de los hijos. Con el uso de escalas estandarizadas de actitud se ha visto que los varones con creencias hegemónicas más fuertes (varones que generalmente creen que los hombres tienen más «necesidades» sexuales que las mujeres, que creen en dominar a las mujeres y que las mujeres son responsables de las tareas domésticas) presentan luego las actitudes más violentas hacia sus parejas, más antecedentes de ITS, más detenciones policiales y mayor consumo problemático de drogas. Varios estudios indican que tanto los varones como las mujeres son afectados por factores de riesgo derivados de normas relacionadas con la masculinidad (Barker et al., 2007).

Desde una perspectiva de *masculinidad hegemónica*, en nuestra cultura, ser varón implica muchas veces «tener que» ser activo, fuerte, valiente, temerario y despreocupado por el cuerpo. Esta idea de invulnerabilidad genera la resistencia a solicitar ayuda frente a problemas de salud física o mental, lo que favorece la postergación o no realización de consultas en el prestador de salud. Se debe tener en cuenta que algunas culturas institucionales en organizaciones integradas principalmente por varones (fuerzas armadas, policía, cárceles, etc.) pueden promover conductas orientadas a la dominación y la violencia y potenciar así los riesgos para el propio varón y para las personas con las que se vincula.

Los varones, adultos y niños, han sido tenidos en cuenta en las políticas de salud, aunque quizás no suficientemente, en una perspectiva de género. En los programas dirigidos a las mujeres, niñas y adolescentes, la «presencia» del varón muchas veces no es explícita, pero luego en la práctica este termina muchas veces influyendo o limitando las decisiones de las mujeres.

El paradigma de atención materno-infantil y la noción del binomio madre-niño han colaborado a institucionalizar esa concepción en las prácticas de los centros de salud, que ha ayudado a internalizar y naturalizar por parte tanto del personal como de las usuarias formas de funcionamiento, formación y selección de recursos humanos, asignación de tareas, estructuración de los espacios físicos y definición de prioridades y campos de trabajo que condicionan el tipo de demandas de la población y atentan contra la inclusión de los varones (López Gómez et al., 2003).

Frecuentemente, no se considera la diversidad y complejidad de situaciones que viven los varones. **Muchas veces se generaliza la visión de que absolutamente todos los varones son violentos y no colaboradores, sin considerar que también ellos padecen las normas de género que condicionan sus conductas y pensamientos. Es fundamental complejizar esta visión para facilitar la generación de estrategias que apunten a mejorar el cuidado de la salud de los varones y de su entorno**, sin justificar ni minimizar la incidencia de la masculinidad hegemónica y sus consecuencias negativas.

**Las intervenciones deben reconocer las necesidades y las realidades específicas de las diferentes formas de vivir la masculinidad.** Los enfoques transformadores en materia de género tratan de intervenir en los roles de género y promover relaciones más equitativas. Se procura cuestionar, cambiar o someter a la reflexión crítica las prácticas institucionales y las normas sociales más generales que crean y refuerzan la desigualdad de género y la consecuente vulnerabilidad de todas las personas (incluidos los varones), particularmente de las mujeres y NNA.

## 2.4. Información y tendencias nacionales

A continuación, se presentan algunos datos relevantes, discriminados por sexo, que

aportan cifras para el análisis de la salud de los varones en Uruguay.

Los indicadores demográficos presentan los siguientes valores (INE):

- En el año 2017 hubo 93,84 varones en Uruguay cada 100 mujeres.
- La esperanza de vida al nacer para los varones fue de 73,99 años y para las mujeres de 80,72 años en el año 2017.
- En Uruguay (INE, 2015) la distribución de la jefatura del hogar según el sexo y la presencia del cónyuge o la pareja en el hogar es la siguiente:
  - Del total de varones jefes de hogar, el 76,8 % tienen cónyuge y el 23,3 % no tienen.
  - Del total de mujeres jefas de hogar, el 31,9 % tienen cónyuge y el 61,1 % no tienen.

Un análisis a partir del enfoque de masculinidades refiere a la dificultad que tienen los varones que se identifican con la masculinidad hegemónica y «necesitan» vivir en pareja, respondiendo al imperativo social dominante, en el que los varones «necesitan de una mujer para que les brinde servicios»: domésticos, sexuales, emocionales, maternos, intelectuales y logísticos (Ramírez, 2000). Esto podría conducir a los varones hegemónicos a generar predominantemente relaciones de pareja heterosexuales de manera veloz y urgente a partir de una separación.

Los siguientes datos pueden dar cuenta de la morbimortalidad que implicaría nacer hombre y el modo de vivir y experimentar la masculinidad en esta cultura, tanto de manera personal como a partir de las otras personas y las instituciones/organizaciones que los tratan.

**1. Tasa de mortalidad<sup>2</sup> por suicidios consumados** según sexo en todo el país para el año 2014 (SIG-INMUJERES, 2016) fue la siguiente:

- Tasa de mortalidad por suicidios consumados cada 100.000 habitantes = 17,4
- Tasa de mortalidad por suicidios consumados cada 100.000 varones = 27,9
- Tasa de mortalidad por suicidios consumados cada 100.000 mujeres = 7,6

Según fuera presentado por diversos autores de UdelaR en la publicación *70 años de suicidios en el Uruguay*, del año 2017, se han analizado las principales causas de suicidio y su relación con la masculinidad.

---

2. La tasa de mortalidad por suicidio consumado resulta del cociente entre el número de defunciones ocurridas por suicidios consumados en determinado año y el número total de población (total, masculina o femenina) proyectada para dicho año, multiplicado por 100.000 habitantes.

«Existe una relación importante entre algunas causas de suicidio y el rol de la masculinidad [...] – algunas, consecuencia posterior al ejercicio de actos de violencia de género, otros asociados a los roles dominantes y patriarcales de nuestra sociedad, otros encierran aquellas cuestiones que tienen su sustento en el ejercicio de su sexualidad, otros asociados a los divorcios o separaciones matrimoniales (muchas veces leídas como abandonos) [...] Algunos analistas lo ven como un desamparo y una dificultad que tienen los hombres a expresar o exteriorizar sus sentimientos frente a otros, considerándolo como una debilidad. Por ende, los hechos de depresión pueden no ser detectados a tiempo con mayor probabilidad entre los hombres que en las mujeres. [...] Por último es importante remarcar que en nuestro país existen más datos desde la perspectiva médico-psicológica-epidemiológica que nos inclinan a pensar que el suicidio es una cuestión de enfermedad psíquica, pero también es el resultado de muchas condicionantes sociales, culturales y económicas, generadas por los estereotipos de género que logran trascender e instaurarse en el individuo y, por ende, en la sociedad» (Hein y Rodríguez, 2017).

2. Distribución por sexo en el consumo de sustancias, según la Junta Nacional de Drogas, VI Encuesta Nacional en Hogares sobre Consumo de Droga 2016:

- Los varones comienzan a consumir alcohol antes que las mujeres. La edad promedio de inicio en varones es de 16 años, mientras que en las mujeres es de 17,8 y la edad promedio de inicio para ambos sexos de 16,9 años.
- Respecto al consumo de sustancias psicoactivas:
  - El 18,4 % de los varones que consumieron marihuana en el último año tuvieron un uso problemático; y en el caso de las mujeres, fue el 13,6 %.
  - El consumo de cocaína se da mayormente en hombres, residentes en Montevideo y menores de 35 años de edad.

3. Las tasas de notificación de VIH informadas por el MSP presentaron un aumento sostenido hasta el año 2012, con una tendencia al descenso en años más recientes, manteniendo la proporción de varones en 65 % y la relación hombre-mujer en 2 a 1 durante el año 2017. La mayor tasa de nuevos diagnósticos se sitúa en varones de 25 a 44 años. Si bien la tasa de nuevos diagnósticos desciende en todos los grupos etarios, en el año 2017 se observó un leve incremento en el grupo de varones de 15 a 24 años. La tasa de mortalidad por sida en 2016 fue de 4,94 por 100.000 habitantes, y se observó que los varones mantienen una tasa de mortalidad superior a la de las mujeres (7,07 vs. 2,95 por 100.000 h) (MSP, Boletín epidemiológico diciembre 2017).

Al analizar las cifras epidemiológicas sobre sífilis informadas por el MSP, se observa que existe en el país una buena captación de sífilis en mujeres embarazadas. Sin embargo, persiste una falla en la captación de sus parejas sexuales varones y por tanto en el tratamiento efectivo y su repercusión sobre los embarazos. Los varones compañeros de esas mujeres embarazadas a las que se les ha diagnosticado sífilis

concurrir poco o no concurrir a los servicios de salud para ser tratados. Esto da cuenta de que los varones mantienen un menor autocuidado y una menor prevención de las infecciones de transmisión sexual con respecto a las mujeres, lo que lleva no solo a un acceso tardío al diagnóstico y al tratamiento, sino también a la persistencia de estas infecciones como causas de reinfección de las mujeres y/o de otras personas con las que mantendrán nuevos contactos sexuales (MSP, Informe: Sistematización de auditorías de sífilis, 2016).

**4. Cantidad de personas procesadas por rapiñas y homicidios consumados** según sexo del agresor en la totalidad del país para el año 2015, según el Observatorio de Violencia y Criminalidad del Ministerio del Interior (INMUJERES, 2016):

- Varones: 1.061 procesados por rapiña y 159 procesados por homicidio.
- Mujeres: 46 procesadas por rapiña y 10 procesadas por homicidio.

**5. Distribución de conductores fallecidos en accidentes de tránsito** según el sexo para el 2015 en todo el Uruguay (SIG-INMUJERES, 2016), a partir de la información que otorgó la Unidad Nacional de Seguridad Vial, fue de:

- 72,8 % de fallecimientos de conductores varones en siniestros de tránsito.
- 27,2 % de fallecimientos de conductoras mujeres en siniestros de tránsito.

Estas cifras «dan cuenta de la existencia de una mayor predisposición y exposición de los varones a adoptar conductas de riesgo en la conducción de vehículos y por consiguiente a mayores probabilidades de sufrir accidentes de tránsito» (INMUJERES, 2016).

**6. Tasas de participación dedicadas al trabajo de cuidados en hogares** con presencia de personas dependientes, como cuidado infantil (0 a 12 años), cuidado de personas con discapacidad y cuidado de personas mayores de 65 años, en todo el país urbano (SIG-INMUJERES, en base a EUT 2013, INE, en INMUJERES 2016):

- El 58,8 % son varones, con un promedio de dedicación de 16,8 horas semanales.
- El 79,7 % son mujeres, con un promedio de dedicación de 22,4 horas semanales.

Estas tasas dan cuenta de la diferencia claramente significativa entre varones y mujeres respecto a las tareas de cuidados de personas dependientes, lo que permite visualizar que la socialización de género masculina predispone a los varones a desarrollar menor capacidad de cuidado y que dichas tareas son trasladadas a las mujeres.

## 2.5. Bibliografía

- Aguayo, F., Sadler, M., Obach, A., y Kimelman, E. (2013). *Talleres sobre sexualidad, paternidad y cuidados con hombres jóvenes. Manual con perspectiva de género y masculinidades para facilitadores y facilitadoras*. Santiago de Chile: CulturaSalud/EME.
- Asamblea de Naciones Unidas. (1994). Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. El Cairo, Egipto.
- Asociación Mundial de Sexología, A. M. (2000). *Promoción de la salud sexual. Recomendaciones para la acción*. Guatemala.
- Badinter, E. (1993). *XY la identidad masculina/XY The Male Identity*. Alianza Editorial.
- Barker, G., Christine, R., y Nascimento, M. (2007). *Cómo hacer participar a los hombres y los niños en la lucha contra la inequidad de género en el ámbito de la salud*. Organización Mundial de la salud.
- Bonino, L. (2003). Masculinidad hegemónica e identidad masculina. *Dossiers feministas*, 6. España.
- CEPAL. (2013). Primera Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe: Consenso de Montevideo. Uruguay.
- Connell, R. W. (1995). *Masculinities*. Berkeley: University of California Press.
- De Keijzer, B. (1998). La masculinidad como factor de riesgo. En E. Tuñón, *Género y salud en el sureste de México*. ECOSUR y UA de Tabasco, Villahermosa, México.
- Defensoría del Pueblo, D. (2017). *Módulo de la A a la Z en derechos sexuales y reproductivos*. 1.ª edición. Torreblanca Agencia Gráfica. Colombia.
- Gemetto, F., y Bacin, G. (2012). *Guía para personal de salud sobre salud sexual y reproductiva y prevención de la violencia hacia población LGTB*. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Argentina.
- Gómez, A. L., Benia, W., Contera, M., y Güida, C. (2003). *Del enfoque materno-infantil al enfoque de la salud reproductiva: Tensiones, obstáculos y perspectivas*. Universidad de la República, Facultad de Psicología.
- Güida, C. (2013). La salud de los hombres desde la perspectiva de género: algunas consideraciones para el análisis. Curso virtual Género y Salud en el marco de la Diversidad y Derechos Humanos. OPS.
- Hein, P., y Rodríguez, L. (2017). Cuídate de ti mismo. En 70 años de suicidio en Uruguay: 7 disciplinas, 7 entrevistas, 7 encuentros. Art. 2. UdelaR/CSCIS. Uruguay.
- Herrera, T., Güida, C. y Meré, J. J. (2009). *Salud de los hombres uruguayos desde una perspectiva de género. Informe de investigación*. Aire.Uy. Uruguay.
- IMAN. (2005). *Normas de atención de salud sexual y reproductiva de adolescentes*. Washington DC: OPS.
- Katzkowitz, S., La Buonora, L., Pandolfi, J., Pieri, D., Semblat, F., Álvarez, L., y Penna, N. (2016). *Construcciones de la masculinidad hegemónica: una aproximación a su expresión en cifras*. Mides/InMujeres. Uruguay.
- López, P., y Ferrari, F. (2010). *Apuntes para el trabajo en sexualidad desde los enfoques de género, derechos y diversidad*. Uruguay.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Fondo de Población de Naciones Unidas. (2005). *Guía de atención a la salud sexual y reproductiva del adulto masculino*. 2.ª ed. San Salvador: UNFPA.
- Movilh (2010). *Educando en la diversidad, orientación sexual e identidad de género en las aulas*. 2.ª edición. Santiago de Chile.
- Naciones Unidas, O. D. A. C. (2006). *Preguntas frecuentes sobre el enfoque de derechos humanos en la cooperación para el desarrollo*. Naciones Unidas Nueva York, Ginebra.

- Principios de Yogyakarta. (2007). *Principios sobre la aplicación de la legislación internacional de derechos humanos en relación con la orientación sexual y la identidad de género*. Yogyakarta: Comisión Internacional de Juristas y Servicio Internacional para los Derechos Humanos. Recuperado de [www.yogyakartaprinciples.org/principles\\_sp.pdf](http://www.yogyakartaprinciples.org/principles_sp.pdf)
- Ramírez, A. (2000). *Violencia masculina en el hogar: Alternativas y soluciones*. México: Editorial Pax.
- Ramos, V., Forrisi, F. y Gelpi, G. (2015). Capítulo 3: Salud y derechos sexuales y reproductivos desde un enfoque de diversidad sexual. En *Salud y diversidad sexual: Guía para profesionales de la salud*. MSP-ASSE-UdelaR, Fac. Medicina, Fac. Psicología, Ovejas Negras, UNFPA. Montevideo.
- Ramos, V., Forrisi, F., y Gelpi, G. (2015). Capítulo 1: Nociones básicas sobre sexualidad, género y diversidad: Un lenguaje común. En *Salud y diversidad sexual: Guía para profesionales de la salud*. MSP-ASSE-UdelaR, Fac. Medicina, Fac. Psicología, Ovejas Negras, UNFPA. Montevideo.
- Schongut Grollmus, N. (2012). *La construcción social de la masculinidad: Poder, hegemonía y violencia*. Barcelona.
- UNPOPIN. (1994). *Report of the international conference on population and development*. El Cairo, UN Population Division, Department of Economic and Social Affairs.
- World Association for Sexual Health. (2013). *Declaración de los Derechos Sexuales*. 21.º Congreso Mundial. Brasil, 2013.

### **Leyes, decretos, ordenanzas, guías y protocolos en Uruguay**

- Instituto Nacional de Estadística. (2014). *Estimaciones y proyecciones de la población de Uruguay: metodología y resultados*. Revisión 2013. Uruguay.
- Instituto Nacional de Estadística. (2015). *Indicadores demográficos del Uruguay. Estimaciones y proyecciones*. Montevideo: INE.
- MIDES-InMujeres-Red Uruguaya de Autonomías. (2011). *Guía de Sexualidad y Género para Adolescentes «EligiendoNOS»*. Uruguay.
- MIDES-InMujeres-UNFPA. (2015). *Estadísticas de género 2015*. Sistema de Información de Género (SIG) Uruguay
- Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de Salud Adolescente. (2009). *Guías para el abordaje integral de la salud de adolescentes en el primer nivel de atención*. Tomo 1. Uruguay.
- Ministerio de Salud Pública. Área Salud Sexual y Reproductiva. (2010). *Guías para implementar servicios de atención a la salud sexual y salud reproductiva en las instituciones prestadoras de salud*. Uruguay.
- Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de Salud de la Adolescencia y Juventud. (2011). *Guías de abordaje integral de la salud de adolescentes en el primer nivel de atención. Módulo III. Salud Sexual y Reproductiva*. Centro de Participación Popular. Montevideo.
- Ministerio de Salud Pública. (2016). Informe. *Sistematización de auditorías de sífilis 2016*.
- Ministerio de Salud Pública. Departamento de Vigilancia en Salud. Área programática ITS-VIH-sida. (2016). Informe epidemiológico VIH. Uruguay.
- Ministerio de Salud Pública-ASSE-UdelaR-Ovejas Negras. (2016). *Salud y diversidad sexual. Guía para profesionales de la salud*. Uruguay.
- Ministerio de Salud Pública. (2017). *Boletín Epidemiológico*.

Presidencia de la República. Junta Nacional de Drogas. Observatorio Uruguayo de Drogas. (2016). VI Encuesta Nacional en Hogares sobre Consumo de Drogas. Informe de investigación. Uruguay.

Presidencia de la República. Junta Nacional de Drogas. (2015). IV Encuesta Nacional en Hogares sobre el Consumo de Drogas. Observatorio Uruguayo de Drogas. Uruguay.

## 3. Objetivos y alcances

Con la construcción de estas recomendaciones para la práctica clínica, se pretende impactar positivamente en el abordaje de la salud de todas las personas de manera integral. Es fundamental reconocer las diferentes necesidades que tienen la diversidad de personas (mujeres, varones, transgénero, intersexuales) para realizar la atención de la salud con una perspectiva de género y de diversidad, contemplando las especificidades individuales.

### 3.1. Objetivo general

Proponer recomendaciones oportunas y efectivas, dirigidas a los equipos de salud del SNIS, para el abordaje de la salud sexual y la salud reproductiva de los varones de entre 20 y 65 años, con énfasis en problemas prevalentes. Se busca orientar acciones de promoción de la salud, prevención y atención de enfermedades, disfunciones y dificultades vinculares, y eventualmente su rehabilitación correspondiente, para el primer nivel de atención.

### 3.2. Objetivos específicos

- Mejorar la calidad y oportunidad de la atención integral a la salud de los varones en todo el primer nivel de atención del SNIS, basadas en la mejor evidencia científica disponible.
- Mejorar la salud de las mujeres y de los varones mediante la prevención, la corresponsabilidad, el diagnóstico precoz, el tratamiento adecuado y oportuno.
- Promover una sexualidad responsable, saludable y placentera impulsando el acceso universal a la educación de la sexualidad integral, en un marco de derechos, masculinidades, diversidad y género.
- Fomentar el ejercicio de los DD. SS. y DD. RR. de las personas mediante la toma de decisiones informadas para la selección y uso de métodos de barrera y anticonceptivos seguros y eficaces.
- Mejorar la oferta de servicios de planificación familiar y el acceso a ellos por parte de los varones, garantizando estándares de calidad.
- Contener la incidencia de las ITS/VIH-sida y mitigar los efectos de la epidemia mediante acciones para la promoción de comportamientos individuales y

sociales responsables con respecto a la sexualidad, a la prevención de todas las formas de transmisión y al acceso del tratamiento específico.

- Promover la prevención de la violencia de género mediante el fomento de estilos de vida saludable, así como la detección, atención y rehabilitación de los varones implicados y las personas afectadas por sus comportamientos.
- Fomentar el ejercicio del derecho reproductivo a tener el número de hijos que se decida tener mediante la prevención y atención de los problemas de esterilidad e infertilidad de los varones.
- Mejorar la calidad de vida de los varones y el disfrute placentero de su sexualidad mediante el acceso al diagnóstico adecuado y al tratamiento oportuno de las disfunciones sexuales que pueden padecer.

**La sostenibilidad de las propuestas contenidas en estas recomendaciones se basa en lograr la motivación y el desarrollo de un nuevo paradigma de la atención de la SS y RR en quienes trabajan en los equipos del primer nivel de atención de salud.**

Esto supone la capacitación permanente para desarrollar habilidades y competencias que permitan apropiarse de la intervención para convertirla en una práctica habitual a nivel de los servicios. La participación de los equipos de salud, movimientos sociales y la comunidad en general en el diseño de actividades específicas y en su seguimiento y evaluación tienen la capacidad de garantizar la implementación y la continuidad de dichas intervenciones.

El Primer Nivel de Atención dentro del SNIS debe actuar como la puerta de entrada y el primer contacto que tiene el individuo con el sistema sanitario, es la base del sistema de salud. Los recursos asignados disponibles deben permitir resolver las necesidades básicas más frecuentes en la atención de la salud de una población determinada. La accesibilidad de la población debe ser asegurada desde todo punto de vista.

### 3.3 ¿A quiénes van dirigidas estas recomendaciones?

**Estas recomendaciones están pensadas y diseñadas para ser aplicadas en el PNA. Pretende ser una herramienta para todo el personal que desempeña tareas en ese nivel del SNIS en los centros de salud, sus policlínicas dependientes y consultorios de medicina general, familiar y comunitaria, así como otros servicios no estrictamente clínicos o médicos tradicionales. Se pueden encontrar aquí orientaciones para el trabajo con varones, aplicables en las diferentes tareas que se desarrollan tanto intra- como extramuros.**

Por tanto, estas recomendaciones están dirigidas a todo el personal de salud del primer nivel de atención del SNIS:

- Consejería
- Seguridad
- Informes
- Atención al usuario
- Registros médicos
- Farmacia
- Despacho de órdenes
- Equipos técnicos
- Equipos de gestión
- Agentes comunitarios

Desde el personal que recepciona usuarios hasta los responsables de la gestión de los servicios de salud, pasando por los equipos técnicos y administrativos, cada persona en su función, podrá incorporar elementos para el trabajo cotidiano, dirigido a mejorar las condiciones de salud de los varones y mejorar también la accesibilidad de estos a los diferentes servicios.

### 3.4. Bibliografía

- Alma-Ata. (1978). Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma-Ata. URSS.
- Doménech, D. (2007). Monografía. *Modelo de atención integral a la salud. Aporte desde la práctica de la residencia de medicina familiar y comunitaria*. Policlínica de San Antonio, Canelones. Abril 1999–2002. Dpto. de Medicina Familiar y Comunitaria. Facultad de Medicina–UdelaR. Recuperado de [www.medfamco.fmed.edu.uy/Archivos/monografias/MonografiaModAte-nInt.PDF](http://www.medfamco.fmed.edu.uy/Archivos/monografias/MonografiaModAte-nInt.PDF)
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social–UNFPA. (2005). *Modelo nacional de atención integral en salud al adulto masculino*. El Salvador: UNFPA.
- OMS. (1946). Conferencia Sanitaria Internacional. Nueva York. Official Records of the World Health Organization, n.º 2, p. 100. Recuperado de <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>
- OMS–Ministerio de Salud y Bienestar Social de Canadá–Asociación Canadiense de Salud Pública. (1986). *Carta para la promoción de la salud*. Ottawa, Canadá. Recuperado de <http://www1.paho.org/spanish/HPP/OttawaCharterSp.pdf>
- OMS–OPS. (1999). *Planificación local participativa: Metodologías para la promoción de la salud en América Latina y el Caribe*. Canadá: Serie PALTEX, OPS/OMS.
- Vignolo, J., Vacarezza, M., Álvarez, C., y Sosa, A. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Archivos de Medicina Interna*, 33(1).
- Villar, H. (2003). *La salud, una política de estado. Hacia un sistema nacional de salud*. Uruguay. Imprenta Grafinel.

#### Leyes, decretos, ordenanzas, guías y protocolos en Uruguay

- Ministerio de Salud Pública–División Recursos Humanos del SNIS. (2014). *Equipos de Salud del primer nivel de atención*. Uruguay.

## 4. Acceso y puntos de contacto de los varones con los servicios del Sistema Nacional Integrado de Salud

### 4.1. Accesibilidad a los servicios

Para que estas recomendaciones logren viabilidad, se hace necesario revisar la accesibilidad a los servicios de salud por parte de los varones.

**Es fundamental considerar en los servicios de salud que las diversas modalidades de organización, atención, horarios y procedimientos utilizados se adecuen a las características de los diferentes tipos de masculinidades existentes, a los contextos laborales, educativos y tradiciones de los varones de cada lugar.**

**Solamente un tercio de la población masculina joven y adulta realiza consultas preventivas.** La consulta preventiva en mujeres es el doble que en varones. Esta conducta está naturalizada, tal vez basada en la creencia de una mayor vulnerabilidad de las mujeres o en la atención a su rol materno y posiblemente sobre el estereotipo machista del «aguante» del dolor, aspecto que muestra coherencia entre las prácticas y los discursos masculinos (Herrera, Güida, Meré, 2009).

En el *Estudio de imagen de la profesión médica* (SMU y Equipos Mori, 2006) se confirma la menor cantidad de consulta masculina a los servicios de medicina. Este estudio evidencia lo siguiente: a) cuando los varones sienten molestias graves, consultan cuantitativamente igual que las mujeres; b) cuando hay un malestar que no se traduce en «enfermedad», cuando la molestia es indefinida o cuando se trata de controles en salud, en la consulta predominan las mujeres; c) cuando los varones se contactan con los servicios de salud, lo hacen casi siempre en una perspectiva asistencial-curativa.

**A medida que los varones crecen, se produce un distanciamiento del sistema de atención a la salud y se acostumbra el uso del sistema solo ante la urgencia.**

Esto evidencia la postergación (típica de la masculinidad hegemónica) vinculada también posiblemente a la omnipotencia masculina. Otras veces, esta característica se relaciona con vivencias de depresión o con varones centrados en las necesidades familiares, el tradicional proveedor familiar, con miedo a estar enfermos, la adicción al trabajo, etc

**Es destacable la escasa percepción masculina de las causas de mortalidad y de los factores de riesgo propios.** Existen evidencias de que algunos factores arraigados en determinadas modalidades de vivir como varones son factores asociados a

enfermedades cardiovasculares y a ciertas neoplasias, así como determinados oficios son asociados con mayor exposición al estrés y a factores tóxicos.

**El discurso tradicional de los varones parece menospreciar el papel de los problemas de salud.** Esto tiene incidencia en los controles y en las prácticas de autocuidado. Otras veces los servicios de atención a la salud no logran cubrir efectivamente la demanda de aquellos varones que desean consultar.

A pesar de que paulatinamente se ha incluido un enfoque de derechos en la salud sexual y salud reproductiva, **los servicios aún centran sus prácticas en la salud de las mujeres y en lo concerniente a los procesos vinculados a la consulta ginecoobstétrica y la anticoncepción** (Güida, 2003).

«Desde la salud pública, es fundamental diseñar políticas incluyentes, con perspectiva de género, porque la socialización de varones y mujeres, establecida por la diferenciación sexual, tiene una estrecha relación con problemáticas sociales diversas. Atender esta premisa, permitirá dar respuestas más acertadas a las demandas poblacionales en materia de salud» (Muñoz, 2012).

## 4.2. Captación de varones según puntos específicos de consulta

**En el proceso de atención, cada integrante de los equipos de salud aporta, a partir de su función, al cumplimiento de los objetivos de esta propuesta.** Según las realidades de los diferentes equipos, será necesario adaptar las formas de hacer efectivas las propuestas aquí planteadas; es fundamental el conocimiento e involucramiento de todos.

**La coherencia de los mensajes en cada uno de los puntos de contacto es fundamental y da fuerza para la captación de esta población.** Las estrategias de «consejería mínima» en temas específicos seleccionados y priorizados tienen un impacto probado. Si el varón se encuentra con mensajes acordes a objetivos, claros, concretos, mantenidos en el tiempo y repetidos en los diferentes ámbitos de atención, se facilita el cumplimiento de los objetivos.

**Conocer y reconocer cómo se desarrolla el trabajo de cada una de las partes del proceso asistencial facilitará y mejorará las respuestas a los usuarios,** aportando a reducir la fragmentación, la variabilidad de las respuestas y las intervenciones innecesarias.

**Es importante buscar resolver siempre la demanda del usuario, aunque desde la perspectiva del equipo no parezca prioritaria o relevante.** Es deber del equipo dar respuesta a las demandas de atención de los varones de manera empática, efectiva y respetuosa de las diversas masculinidades. Esto puede ser una oportunidad para iniciar, redireccionar y/o fortalecer el vínculo entre los varones y el sistema de salud, facilitando la incorporación de otras propuestas de promoción y prevención, que frecuentemente no son atractivas para muchos varones.

**Todo contacto de los varones con el SNIS es una oportunidad que debe jerarquizarse, dado que estas consultas suelen ser esporádicas, a veces tardías y con fines principalmente curativos por problemas coyunturales.**

El primer nivel de atención ocupa un lugar fundamental y privilegiado para la captación de los varones por los servicios de salud. Es donde se debe desarrollar y consolidar el vínculo con ellos, a través de un equipo de referencia, siguiendo los preceptos de la APS. La correcta referencia y contrarreferencia de los varones al PNA orientará el proceso asistencial de forma adecuada y eficaz.



**Esquema 1: Lugares de contacto de los varones con el SNIS.**

Se propone para quienes actúan como puertas de entrada ofrecer, de acuerdo a las capacidades y funciones del punto específico de contacto, los medios más adecuados disponibles para resolver la demanda del varón. **Se enumeran una serie de acciones que sería conveniente acentuar y pensar cómo facilitarlas:**

- Promover la importancia y necesidad de los controles de promoción de salud y prevención de enfermedades.
- Indagar si el varón tiene un médico de referencia y si se realizó control preventivo en el último año.
- Facilitar el contacto con un médico de referencia y eventualmente la coordinación de una consulta preventiva.
- Realizar recomendaciones breves y concretas sobre hábitos saludables, temas relacionados con las masculinidades y otros que se prioricen en cada lugar.
- Promover la entrega de información impresa o por otros medios dirigidas al varón, su/s pareja/s y su familia, que motiven la reflexión y el diálogo sobre temas que se prioricen de acuerdo al perfil de los usuarios y los problemas detectados.
- Actualizar datos que faciliten la convocatoria y el contacto futuro.
- Acordar las formas de comunicación (correo de voz, mensaje de texto, mensaje multimedia, correo electrónico, página web institucional, etc.).
- Ofrecer, facilitar y/o brindar prestaciones dirigidas a los varones, su pareja y su familia que no necesariamente requieren receta médica: control de presión arterial, control de peso, vacunas, pruebas para sífilis y VIH con consejería en salud sexual y salud reproductiva, etc.

**Acorde a las particularidades de cada punto de contacto y la situación específica, se vuelve prioritario poner énfasis en unas u otras acciones.**

- a) Las áreas de recepción, consejería, mostrador de informes y/o atención al usuario** son muchas veces puntos de primer contacto ineludibles por diversos motivos. En la atención habitual se pueden incorporar alguna/s de las acciones antes mencionadas, de un modo respetuoso, no intrusivo y acorde a las características del usuario.
- b) Los agentes comunitarios.** Muchas veces pueden resultar esenciales para la captación de los varones y su vinculación con el servicio de salud. Ellos poseen conocimiento acerca de los lugares de concentración, de cómo son y cómo actúan esos varones en su diversidad y cómo se relacionan en el territorio.
- c) La consulta de enfermería y la consulta médica del PNA, por problemas coyunturales,** son ámbitos muy propicios para iniciar o continuar acciones en

el sentido de los objetivos propuestos. Es importante que a los varones que consultan por motivos diversos se les pueda ofrecer una consulta preventiva por su salud, más abarcativa, en el mismo momento o coordinarla en diferido.

- d) **En las consultas en las que los varones participan como acompañantes**, se pueden dirigir a ellos algunas de las acciones propuestas en el mismo momento o coordinarlas en diferido. Por ejemplo, en la consulta obstétrica, en el control pediátrico, en el vacunatorio, en la consulta con nutricionista, en la consulta de salud mental, etc.
- e) **En las diversas modalidades de atención domiciliaria**, como la visita familiar programada y no programada y urgencia a domicilio, la emergencia móvil a domicilio, etc., se podrían incorporar varias de las propuestas y orientar al varón consultante o acompañante a referirse al servicio de salud para su seguimiento y control anual de salud.
- f) **En actividades comunitarias** que promueven los distintos equipos se toma contacto con varones que no concurren a los servicios de salud y pueden no tener otros vínculos con el sistema. Sabiendo esto y con esfuerzos creativos, se podría llegar a los varones de la comunidad, por ejemplo, en clubes deportivos, en los centros de trabajo y centros comerciales, en paradas de camiones, medios de comunicación, etc.
- g) **Al alta de los servicios de emergencia y de los servicios de internación hospitalaria o sanatorial**, orientar al paciente a un equipo del PNA que controle la evolución del problema que motivó la consulta o internación, y a su vez comience o continúe la coordinación de los controles en salud a mediano y largo plazo.
- h) **Especialistas de todos los niveles de atención** (cardiólogos, oftalmólogos, otorrinolaringólogos, urólogos, etc.) pueden orientar a los varones que asisten hacia los equipos de salud del PNA para que se constituyan en sus referentes. Incluso pueden ayudar a sensibilizarlos respecto a otras problemáticas de salud que no son específicas de esos servicios, pero se generan secundariamente durante la atención (violencia de género, control anual de salud, hábitos saludables, etc.).
- i) **En la valoración preoperatoria**, además de las valoraciones que corresponda a cada caso, es conveniente aprovechar para incorporar la recomendación de contactar a un médico de referencia.
- j) **Los sistemas de información** son clave para la identificación de los varones que se buscan contactar. El acceso a la información y su utilización adecuada en los diferentes puntos de contacto permitirán que estos continúen y mantengan el proceso asistencial.

- k) **Es importante que la comunicación institucional gráfica y por otros medios de los prestadores del SNIS incluya a los varones en toda su diversidad**, sin discriminación de ningún tipo, favoreciendo el desarrollo de nuevas y diversas masculinidades. A la hora de diseñar la cartelería y otros mensajes institucionales, estos pueden potenciar y facilitar las puertas de entrada y de contacto con el sistema de salud.
- l) Las nuevas **tecnologías de la información y comunicación (TIC)** podrían también constituir una puerta de entrada para muchos varones. Las posibles aplicaciones abarcan muchas actividades relacionadas con la atención, administración y educación en salud y ofrecen oportunidades tanto para incrementar la cobertura como para mejorar la calidad de la atención, efectividad y eficiencia del sistema de salud, mejorando las acciones de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, monitoreo y gestión.

### 4.3. Características fundamentales de los servicios en SS y SR

Según lo indica la normativa uruguaya, los servicios de SS y SR formarán parte de los programas integrales de salud sexual y salud reproductiva, debiendo brindar un abordaje que contemple las siguientes características:

- **Universal.** Asegurando el acceso a todos los usuarios y usuarias de los prestadores del Sistema Nacional Integrado de Salud.
- **Amigable.** Amigable, a fin de disminuir las barreras de acceso, en particular respecto a grupos vulnerables y socialmente excluidos, y promover la consulta oportuna.
- **Inclusivo,** contemplando a mujeres, varones y trans como usuarios y no solo acompañantes de las personas con quienes se relacionen sexualmente.
- **Igualitario,** respetando la diversidad de las personas y evitando la discriminación por género, condición étnico-racial, orientación sexual e identidad sexual, capacidades diferentes, convicciones filosóficas, confesionales e ideológicas.
- **Integral,** considerando a las personas en su dimensión bio-psico-social durante todo su ciclo vital, así como su salud en general, la de sus familias y la de la comunidad.
- **Multidisciplinario,** mediante la integración de equipos que incluyan profesionales que actúen en forma interdisciplinaria y técnicas adecuadas a las prestaciones a brindar.

- **Ético**, defendiendo y promoviendo el respeto por la autonomía de las personas, creando condiciones para el ejercicio de la misma, brindando información completa, pertinente, culturalmente adaptada, libre de prejuicios y validada desde el punto de vista científico y el marco de los derechos humanos, que facilite la toma de decisiones en personales libres, conscientes e informadas durante todo el proceso de atención.
- **Calificado**, tomando en cuenta las necesidades y expectativas de la población usuaria, incluyendo las derivadas de las capacidades diferentes y de la orientación e identidad sexual; observando indicadores básicos y evaluando periódicamente el grado de satisfacción para generar una mejora continua de la calidad.
- **Confidencial**, observando la normativa vigente en materia de confidencialidad y secreto profesional en todas las instancias y procedimientos de la atención». (Decreto Poder Ejecutivo 293. Uruguay, 2010)

#### 4.4. Pautas y recomendaciones para la entrevista con el personal técnico en el primer nivel de atención de salud

El PNA es un ámbito privilegiado para un primer contacto con la persona y para desarrollar el proceso asistencial con la necesaria continuidad y longitudinalidad. Es fundamental que el encuentro o la entrevista con el varón ocurran de una manera cordial, empática; que el varón no se sienta en un interrogatorio sin sentido para él y pueda plantear abiertamente sus dudas o generar algunas interrogantes en el momento del encuentro con la persona que lo está asistiendo.

Se intenta por un lado maximizar el efecto en la atención que se brinda al usuario que asiste al servicio, teniendo en cuenta que en ocasiones es uno de los pocos acercamientos que realizará con un servicio de salud. Al mismo tiempo, sin fomentar la excesiva medicalización, es conveniente estimular la periodicidad de la atención integral en salud.

**Se considera relevante recordar algunos aspectos o principios importantes al momento de realizar las entrevistas con los usuarios.**

- **Confidencialidad.** Garantizar explícitamente la confidencialidad respecto a todo lo que comente o surja en la consulta.
- **Tiempo suficiente.** Es imprescindible administrar el tiempo para dialogar con la persona de forma operativa, evitando interrogatorios al estilo de «completar

un formulario». El tiempo de espera para la atención es un aspecto a tener muy en cuenta con los varones, porque como consecuencia de las características del modelo hegemónico de masculinidad, los varones en general han sido menos educados para esperar y lo viven como «perder el tiempo». Esto los lleva a ser más proclives a realizar reclamos, generar conflictos con el personal de salud y evitar nuevas consultas.

- **Empatía.** La empatía es crucial para obtener un encuentro en un clima de confianza y de horizontalidad. Implica ponerse en el lugar del otro, intentando comprender y respetar sus valores, su cultura, cosmovisión, religión, orientación sexual, identidad y expresión de género, prácticas sexuales, etnia y creencias.
- **Horizontalidad.** Si bien el personal de salud tiene el conocimiento técnico, el usuario debe sentirse en condiciones de «abrirse» al profesional/equipo y permitir que este lo acompañe adecuadamente.
- **Construir una demanda.** En ocasiones la persona no tiene una solicitud o una duda específica, sino que la demanda puede surgir del encuentro con el profesional de salud. En la conversación inicial y buscando generar un clima apropiado, se podrían realizar algunas preguntas del siguiente tenor: ¿Cómo estás?, ¿Cómo estás viviendo tu vida sexual?, ¿Mantén relaciones sexuales?, ¿Con varones, mujeres o ambos?, ¿Sentís que tenés algo para mejorar en tu vida sexual?, ¿Tenés al momento una o más parejas sexuales?, ¿Usás métodos de barrera en las relaciones sexuales?, ¿Usás métodos de prevención de embarazo en las relaciones sexuales?, ¿Estás manejando con cuidado?, ¿Cómo has estado de ánimo en los últimos tiempos?, etc.
- **Evitar realizar juicios.** Hacer una entrevista con enfoque de diversidad es primordial para que la persona se distienda y pueda abrirse para recibir el apoyo suficiente. Se sugiere evitar comentarios negativos sobre aspectos estéticos, físicos, emocionales o sexuales.
- **Enfoque de diversidad.**

**No dar por supuesto que: una persona que figura con nombre masculino en la historia clínica o en el parte diario sea un varón; o que una persona que figura con nombre femenino sea una mujer.**

Puede tratarse de una mujer trans que consulte por algo en particular vinculado con sus genitales de nacimiento, o de un varón trans. En este sentido, es importante que:

- Cuando la persona entra a la consulta, preguntarle el nombre para corroborar el nombre de su ficha. Si hay una discordancia entre una

y otra, preguntarle su nombre evitando usar una tonalidad de juicio o de confusión. Esta puede ser una buena oportunidad para preguntarle si necesita asesoramiento para el cambio de nombre y sexo registral y actuar desde el personal de salud.

- Al inicio de la consulta es importante indagar sobre la identidad de género de la persona que consulta en relación con su sexo biológico de nacimiento o sus características sexuales. Esto permitirá identificar a personas trans y no llenar el casillero «sexo» sin realmente saber qué siente la persona al respecto.
  - Durante la consulta, nombrar al varón o la mujer trans con el nombre que emplea en su vida social, aunque no coincida con su ficha médica o con su cédula de identidad. Utilizar pronombres de acuerdo con el nombre social de la persona (si la persona se autoidentifica como varón y nos dice que su nombre es Juan, por ejemplo, evitar hablarle en femenino).
  - Se sugiere no asumir que, «si alguien nos dice que está en pareja con una mujer o un varón» no mantiene relaciones con otras personas del mismo sexo o no. Por ejemplo, un varón puede autoidentificarse como heterosexual y mantener relaciones sexuales con varones, o puede estar en el momento en pareja con un varón, pero no autoidentificarse como gay, sino como bisexual.
  - Hablar de la sexualidad del usuario de manera libre, abriendo el diálogo a diversas posibilidades respecto a su orientación sexual y sus prácticas sexuales. Por ejemplo: que sea varón, tenga hijos e hijas no es un indicador de que tenga relaciones sexuales solo con mujeres. Al mismo tiempo, no debe asumirse que un varón con una expresión de género más femenina sea homosexual.
  - Evitar comentarios y preguntas homofóbicas o discriminatorias a las personas, independientemente de conocer o no su orientación sexual. Se recomienda hacer preguntas neutras.
- **Respeto por la privacidad.** Es crucial respetar a una persona cuando no quiere hablar sobre algún tema específico. Esto implica no obligar ni inducir a ningún usuario a responder alguna pregunta, si no lo desea. En caso de que la respuesta a una pregunta técnica sea imprescindible para resolver un problema de su salud, de otra persona involucrada con su salud o de riesgo vital, plantear la importancia de conocer la respuesta a su pregunta de una manera amigable, pero en todos los casos se sugiere no presionar al respecto.
  - **Conocimientos y necesidades del usuario.** No presuponer que todos los varones tienen conocimientos sobre su sexualidad, porque muchas veces estos no tienen cabal conocimiento del funcionamiento de su cuerpo (ni del cuerpo femenino) y tampoco tienen incorporado el cuidado de su cuerpo, ni del de otras personas, respecto a la salud integral.
  - **Respeto por la autonomía.** El personal de salud deberá respetar la

autonomía de cada usuario respecto a las decisiones que tome para su salud y para su proyecto vital, pero se recomienda asesorar y orientar, para que el ejercicio de su autonomía sea lo más responsable posible.

- **Salud laica.** Es importante que las propuestas de salud no involucren mandatos religiosos de cualquier índole, ni introducir a la consulta emociones creadas por creencias o mitos tradicionales.
- **Escucha abierta.** Supone prestar atención a los detalles, sin prejuicios respecto a valores personales, orientación sexual, identidad de género, parámetros culturales propios de la comunidad en la que se vive y religión que se practique. La escucha por sí sola ya tiene un efecto terapéutico, lo que implica una actitud de interés por lo que la persona está diciendo. Escuchar lo que el usuario trae a la consulta espontáneamente, pero también ahondar en lo que no se entiende de sus prácticas, ya sean culturales, religiosas o sexuales.
- **Evitar consejos o actitudes de molestia.** La forma en la que los varones son generalmente educados en sociedad hace que muchos tiendan a rebelarse ante la autoridad, por la forma cómo la masculinidad viene gestándose desde la hegemonía, lo que conduce a que el «consejo» se rechace de manera no consciente, porque se interpreta que se da desde un lugar de «superioridad». Muchos varones tienen la tendencia a la transgresión, por lo que los planteos con una impronta de consejo o de molestia por parte del técnico/profesional pueden reforzar la conducta autodestructiva que puedan estar llevando a cabo y no solamente no querer cambiarla sino intensificarla. El tipo y la calidad de intervenciones del profesional son cruciales para que el usuario genere algún cambio en su vida cotidiana y comience a cuidarse/cuidar de una manera más responsable. Se propone tener una actitud de «sugerir y recomendar» al usuario y no tanto de «aconsejar».
- **Promover el reconocimiento de emociones.** Es probable que muchos varones escuchen por primera vez, después de semanas, meses o años, preguntas que sugiera el profesional que le realiza en el encuentro: ¿Cómo te sentís?, ¿Hay algo que te preocupe?, ¿Qué explicación le das vos a lo que está pasando?, ¿Qué emociones te surgen cuando pensás o sentís este problema: bronca, alegría, miedo, tristeza, esperanza? Es importante reafirmar que esas son emociones básicas, que las tienen todas las personas, que se selen sentir de manera cotidiana y que es saludable realizar el ejercicio de reconocerlas en uno mismo e incluso poder expresarlas.

## 4.5. Algunas líneas de acción transversales

Para mejorar el trabajo en SS y SR con varones en los servicios de salud, se propone:

- Generar reflexión crítica hacia el modelo hegemónico de masculinidad, así como promover la construcción de nuevas masculinidades.
- Promover reflexión crítica con perspectiva de género, de roles, vínculos y conductas socialmente asignados a los varones.
- Construir formas no violentas de resolución de conflictos como un aspecto importante de derecho y salud.
- Brindar información sobre anatomía y fisiología del sistema sexual masculino y femenino.
- Capacitar sobre respuesta sexual humana, en varones y en mujeres.
- Promover la expresión de los afectos y de los sentimientos como un tema de salud que favorezca que los varones puedan tomar contacto con sus propias emociones y procesarlas de manera saludable, sin violencia hacia otras personas y hacia uno mismo.
- Ofrecer experiencias sobre formas de paternidad responsable, informando sobre anticoncepción, métodos de barrera y vasectomía.
- Informar sobre el acompañamiento del parto y los beneficios para el papá, la mamá y el bebé, así como para el núcleo familiar (Ley n.º 17.386).
- Generar conductas de autocuidado de la propia sexualidad: conocimiento de ejercicios de Kegel, uso del condón, consulta de salud preventiva oportuna, etc.
- Informar sobre diversidad sexual como un tema de derechos humanos.
- Defender los derechos sexuales y derechos reproductivos (El Cairo, 1994) y la equidad de género como un derecho universal y de progreso de la humanidad.
- Informar que la defensa del derecho a la salud sexual y la salud reproductiva (Ley n.º 18.426) es un tema nacional.
- Comprometer a los servicios de salud y sus técnicos con la prevención de ITS-VIH-sida.

## 4.6. Bibliografía

- Barker, G., Ricardo, C., y Nascimento, M. (2007). *Cómo hacer participar a los hombres y los niños en la lucha contra la inequidad de género en el ámbito de la salud*. Organización Mundial de la salud. Brasil: Instituto Promundo y OMS.
- Comes, Y., Solitario, R., Garbus, P., Mauro, M., Czerniecki, S., Vázquez, A., y Stolkiner, A. (2007). El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios. *Anuario de investigaciones*, 14. Buenos Aires: Facultad de Psicología/UBA.
- Comisión de las comunidades europeas. (2006). *Health and ageing in the knowledge society: employment, social cohesion and e-healthpotential*. Bélgica: CCE.
- Figueroa Pedraza, D., y Cavalcanti Costa, G. M. (2014). Accesibilidad a los servicios públicos de salud: la visión de los usuarios de la Estrategia Salud de la Familia. *Enfermería Global*, 13(33).
- Grupo de Trabajo Interagencial sobre Género (2010). El hombre, la planificación familiar y la salud reproductiva. Guía de Orientación de Subcomité del Hombre y la Salud Reproductiva. Buscando la participación del hombre en la salud sexual y reproductiva: Guía de orientación. IGWG y USAID.
- Güida, C. (2003). El papel de los servicios de salud en la consolidación de las masculinidades hegemónicas. *Revista de la Asociación Uruguaya de Psicoterapia Psicoanalítica*, 6(3).
- Herrera, T., Güida, C., y Meré, J. J. (2009). *Salud de los hombres uruguayos desde una perspectiva de género*. Montevideo: MSP y Consultora Aire.uy.
- Hermann, A. et al. (2016). *Guía de saúde do homem para agente comunitário de saúde*. Río de Janeiro: Ministério de Saúde.
- Franco, N. E. M. (2012). Aprendizajes de género y cuidado de sí en la salud masculina: entre lo universal y lo específico. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 2(2). Colombia.
- Oviedo, E., y Fernández, A. (2010). *Tecnologías de la información y la comunicación en el sector salud: oportunidades y desafíos para reducir inequidades en América Latina y el Caribe*. CEPAL. Serie Políticas Sociales n.º 165.
- Ruxton, S. (2009). *Man made: Men, masculinities and equality in public policy*. Coalition on Men & Boys.
- Villarreal, E., Rocha, J. G., Martínez, A. S., Elizondo, M. G., Rocha, G. N., y Martínez, M. U. (2000). Evaluación de la accesibilidad en los servicios de salud. *Atención Primaria*, 25(7).

### Leyes, decretos, ordenanzas, guías y protocolos en Uruguay

- Ministerio de Salud Pública. División Recursos Humanos del SNIS. (2014). Equipos de Salud del Primer Nivel de Atención. DT 01/14. Uruguay.
- Presidencia de la República. (2010). Decreto 293/2010. Uruguay.

## 5. Consulta preventiva integral de salud

Como se menciona en capítulos anteriores, es poco frecuente que el varón realice consulta preventiva en salud, y en varias ocasiones la consulta por disfunción sexual en el varón es un signo precoz de una enfermedad orgánica oculta. Es necesario que el sistema de salud realice acciones específicas con el objetivo de captar al varón y mantenerlo vinculado, habilitando a la consulta preventiva integral en salud en forma periódica.

**Pensar acciones para generar la consulta preventiva integral de varones jóvenes y adultos, teniendo en cuenta las características de las masculinidades hegemónicas y de las nuevas masculinidades, redundará en una mejora de la captación, mayor eficacia y eficiencia de las propuestas, adhesión y cumplimiento de estas, todo lo cual generará mejores resultados en la salud de ellos mismos y de sus parejas.**

Es fundamental que se tengan presentes y se apliquen estas propuestas dirigidas a la atención en salud de los varones asintomáticos, aprovechando al máximo las oportunidades de consulta, debiéndose adaptar a las diversas situaciones y características personales.

En el caso de personas trans, se recomienda referirse a la publicación *Salud y diversidad sexual: Guía para profesionales de la salud* (2016), capítulo 6: Atención integral a personas trans.

### 5.1. Pautas generales de atención

En toda consulta preventiva es necesario realizar anamnesis **completa, examen físico y paraclínica** recomendada, apuntando a detectar oportunamente factores de riesgo que permitan plantear acciones de promoción y prevención y a su vez realizar un diagnóstico precoz y tratamiento de patologías prevalentes (cardiovasculares, metabólicas, oncológicas, neurológicas, psiquiátricas, etc.).

**El control en salud laboral y los certificados de aptitud médico-deportiva son en particular en este rango etario una gran oportunidad** para acciones de promoción de salud y prevención de enfermedades. En muchos casos, es el único contacto directo y presencial del varón con el sistema de salud.

**Existe controversia respecto al diagnóstico oportuno de cáncer de próstata y a su tamizaje.** No se recomienda el tamizaje (ni poblacional ni de oportunidad) en varones presuntamente sanos, asintomáticos y sin factores de riesgo. (Véase el capítulo 6.)

**Las asociaciones internacionales de urología y la Sociedad Americana de Oncología, así como servicios de urología nacionales e internacionales, recomiendan proponer al varón un tamizaje de oportunidad personalizado, de acuerdo al nivel individual de riesgo.**

Con relación al tamizaje de cáncer de colon para la población riesgo promedio, se recomienda tamizaje entre los 50 y 74 años con el test inmunoquímico de sangre oculta en heces cada dos años. Si el test resulta positivo debe estudiarse con colonoscopia. Para ampliar información, referirse a la *Guía de práctica clínica de tamizaje del cáncer colorrectal* (2018).

## **5.2. Motivos de consulta y formas de abordaje**

Las consultas de los varones en el sistema de salud pueden ocurrir por diferentes motivos.

Un tipo de motivos puede referir a consultas por diferentes aspectos de su salud personal, que aparentemente a priori parecerían no tener relación con la SS y SR.

Un segundo tipo de consultas puede referir a aspectos específicos de la SS y SR, por ejemplo:

- sospecha de posible ITS,
- posible disfunción sexual,
- aspectos relacionados con la paternidad,
- anticoncepción,
- aspectos conflictivos en la vivencia de la sexualidad,
- signos o síntomas de la esfera genital,
- situaciones de violencia, etc.

A continuación, se abordan los diferentes tipos de consulta:

### **5.2.1 . Consulta por aspectos generales de salud.**

Si el médico sospecha la presencia de dificultad específica en la vivencia de la sexualidad.

Se propone que en algún momento oportuno de la entrevista se interrogue o investigue de forma abierta:

- a) **Aspectos generales de la sexualidad** que buscan habilitar, facilitar al paciente para consultar sobre asuntos de su vida sexual: ¿Existe algo que te preocupa con relación a tu sexualidad?, ¿Existe algo que quieras preguntar con relación a esta temática?

b) **Sobre el nivel de información que posee y la existencia de conductas de riesgo:** si utiliza métodos anticonceptivos, si hay una o más parejas sexuales, si existe algún síntoma que pueda orientar hacia la existencia de ITS u otro tipo de trastornos (por ejemplo, síntomas prostáticos). Se recomienda consultar los capítulos 6 y 8 de esta publicación a los efectos de lograr una resolución adecuada.

c) **Con relación a la dimensión placentera de las relaciones sexuales:** ¿Consideras que tus relaciones sexuales son satisfactorias? Por ej., en caso de HTA: Hay pacientes con hipertensión, como tú, a los que les cuesta conseguir o mantener la erección. ¿En ese aspecto cómo van las cosas?

Se recomienda proponer formulaciones abiertas que den opción a que explique qué es lo que, desde su punto de vista, no va bien. Así, se puede preguntar con un simple: ¿Por qué? O bien con un: ¿Cuál crees que es el problema? Se podría concretar más con otras preguntas específicas inspiradas en los capítulos 10 y 11 de esta publicación. Se puede aportar información básica sobre la respuesta sexual, favorecer la deconstrucción de mitos. Por ejemplo, aquellos que pudieran estar generando o sosteniendo su disfunción, trastorno o conflicto.

Cuando un varón acude **acompañado** a la consulta por un motivo que inicialmente no guarda relación con su sexualidad, se obviarán la anamnesis sexual, salvo que alguno de los dos plantee alguna cuestión que dé pie a ello. Pero parecería más oportuno, antes de hablar del tema en presencia de la pareja, obtener información por separado, respetando su confidencialidad.

d) **Aspectos específicos de la vivencia de la dimensión de la paternidad:** ¿Qué cosas te preocupan?, ¿Cómo te preparas para la paternidad?, si acompaña o no a su pareja a las consultas obstétricas, posibles problemas de infertilidad, información sobre anticoncepción y sobre procesos de interrupción voluntaria de embarazo, sentimientos que predominan, etc. (Se recomienda consultar el capítulo 7 de esta publicación a los efectos de lograr una mirada más abarcativa.)

e) **Con relación a posibles situaciones de violencia de género en la vida cotidiana de ese varón:** ¿Cómo estás con tu pareja?, ¿Cómo es la relación entre ustedes?, ¿Qué MAC utilizan?, ¿Cómo lo deciden/acuerdan?, ¿Está todo bien en casa?, ¿Cómo es el ambiente?, ¿Discuten con tu pareja?, ¿Cuántas veces a la semana?, ¿Cómo solucionan los problemas durante o después de las discusiones?

Es importante promover la cultura del «buen trato» en el noviazgo y el hogar. Si se detectaran posibles signos de violencia, es importante

ayudar a ese varón a reconocer que tiene un problema con el manejo de sus emociones. Una vez reconocido el problema, apoyar al varón en la necesidad de pedir ayuda para solucionar su problema. (Véase el capítulo 9 de esta publicación.)

### **5.2.2. Consulta por aspectos específicos de la sexualidad**

Se propone que la consulta se oriente a resolver aquellos aspectos específicos por los que se consulta (véanse los capítulos correspondientes), pero que siempre se oriente además a lograr que sirva para captar y/o realizar una consulta integral preventiva de su salud.

**«Actualmente se sabe que las disfunciones sexuales son, o pueden ser, expresión de patologías subyacentes más relevantes desde el punto de vista vital o sanitario». (Cruz y García, 2011)**

Si los aspectos específicos por los que se consulta refirieran a aspectos relacionados con trastornos, disfunciones o algunos conflictos en la vivencia de la sexualidad, se deberá orientar el interrogatorio para despistar patología orgánica o funcional causante de estos. Se sugiere consultar los capítulos 5 y 10 de esta publicación.

En este tipo de consultas vinculadas a la esfera de la salud sexual y reproductiva, es importante que el profesional evalúe si se encuentra capacitado para resolverla; si cree que no lo está nunca debe dejar sin respuesta, deberá brindar orientación y referirlo al equipo de salud sexual y salud reproductiva de su prestador del SNIS.

### **5.3. Antecedentes**

Es siempre fundamental el espacio de diálogo y el trabajo del equipo con los varones respecto a sus propios preconceptos, mitos y tabúes.

Se construirá progresivamente, consignando claramente datos utilizables y prácticos desde el primer contacto, que se enriquecerán en los sucesivos encuentros.

De los antecedentes sexuales y reproductivos indagar sobre:

#### **Antecedentes sexuales:**

- Datos puberales. Edad de las primeras erecciones y eyaculaciones nocturnas. Inicio sexual.

- Prácticas sexuales (inexistentes, autoestimulación, monogámicas, parejas múltiples u ocasionales).
- Información sobre la respuesta del ciclo sexual (deseo, excitación, meseta, orgasmo, resolución) en el pasado y en el momento actual.
- Identidad de género.
- Uso habitual y correcto de condón.
- Participación en la negociación y uso de otros métodos (condón femenino, campos de látex).
- ITS previas, realización de pruebas de VIH, sífilis, virus de hepatitis B y C, etc.

#### **Antecedentes reproductivos:**

- Participación en embarazos
- Participación en IVE
- Número de hijos vivos y fallecidos (causas)
- Problemas de fertilidad

## **5.4. Examen físico**

Es una parte fundamental de la evaluación de síntomas, signos o lesiones, también de los varones asintomáticos y sanos. Se debe explicar por qué es importante el examen, cómo se realizará y realizarlo en un ámbito de privacidad, respeto y confianza, aun en acciones básicas como el control de peso o toma de presión arterial, etc. En algunos casos, en general poco frecuentes, esto puede llevar más de una consulta y debe quedar claro que solo se realizará con su consentimiento y en el momento en que ambas partes acuerden realizarlo.

Siempre que, desde el punto de vista del efector, se considere imprescindible la realización del examen físico de forma inmediata, para completar la evaluación preventiva o por un síntoma/signo específico, esto debe ser explicado, dando siempre la opción a la persona a negarse, sin que esto impida ofrecer una propuesta de acción o terapéutica acorde con las condiciones de atención que se pacten. En el caso de negativa mantenida del varón a ser examinado, se explicarán las limitaciones que esto impone al ofrecimiento de la propuesta diagnóstica y terapéutica. Así se reconoce el derecho de la persona, sin dejar de explicitar el punto de vista del equipo.

**La instancia del examen físico es una oportunidad para brindar a la persona un momento de contacto y conocimiento de su propio cuerpo, deconstrucción de mitos, resolución de dudas, promoción del autoconocimiento, enseñanza del autoexamen y educación en medidas de higiene.**

### 5.4.1. Examen genitourinario y anoperineal

**Gran parte de los varones desconocen su propio cuerpo, por lo cual se considera oportuno que en el encuentro se realice una tarea educativa al respecto.**

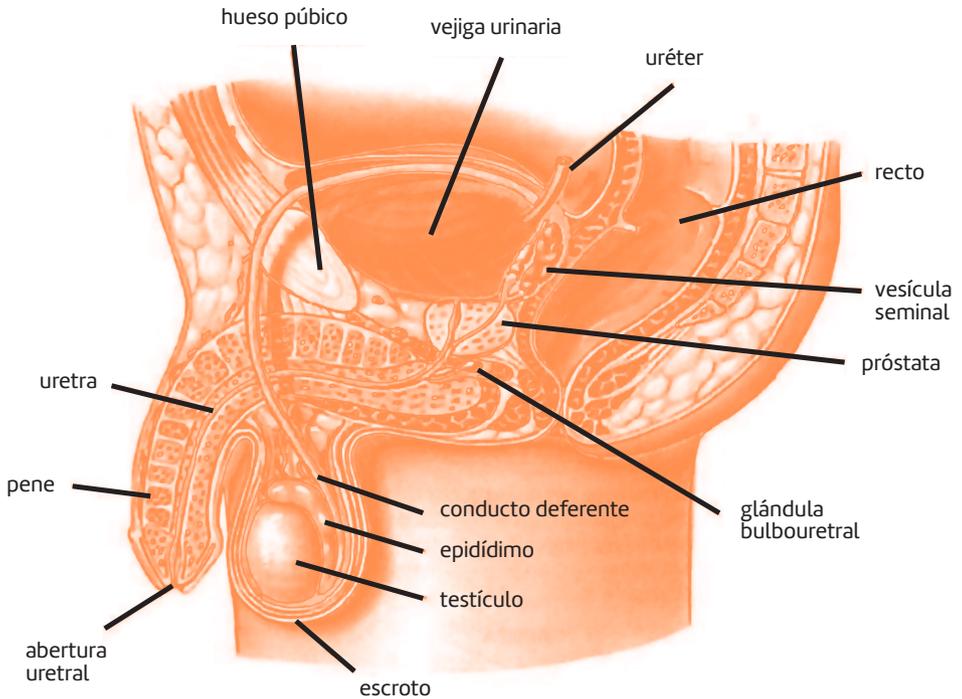
Es importante contar con insumos que posibiliten la privacidad: saleas o sabanillas, poncho, biombo, etc.

Preguntar si ya lo han examinado previamente y cómo ha sido la experiencia. Malas experiencias anteriores aumentan los temores, por lo cual, en este caso, la tarea educativa deberá ser fortalecida.

Esta parte del examen puede producir pudor, vergüenza, miedo a lo desconocido y al dolor, por lo que es conveniente realizar las maniobras delicadamente, tras explicar las características de estas, lo que ayuda en el proceso. Es importante contar con material de apoyo como láminas y/o maquetas de pelvis anatómicas para brindar la información, mostrar los elementos a utilizar en el examen y facilitar las tareas de educación.

**Compartir con los varones información sobre aspectos de su anatomía y fisiología es una parte de la tarea educativa recomendada tanto en la consulta como en otras instancias de encuentro. Esto redundará en una mejor comunicación, deconstrucción de mitos, comprensión de síntomas, mejora del autoconocimiento y autocuidado.**

## A) Breve reseña de anatomía y fisiología genital de los varones



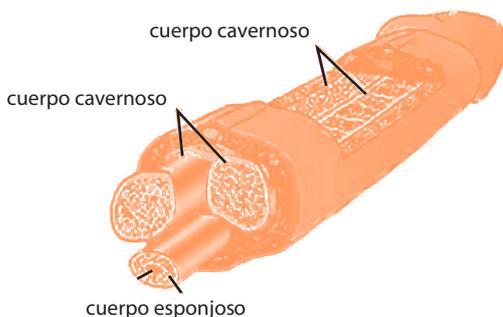
Los órganos genitales masculinos están formados por el pene, los testículos, el escroto, la próstata, las glándulas de Cowper o bulbouretrales y las vesículas seminales.

El pene está formado por dos cuerpos cavernosos, que forman el dorso y los lados, y el cuerpo esponjoso, que contiene la uretra. El cuerpo esponjoso se ensancha en el extremo distal para formar el glande y en su punta se encuentra el orificio uretral.

El prepucio cubre normalmente el glande (salvo en varones postectomizados). Entre ambos se produce un material sebáceo, de aspecto blanquecino, llamado esmegma.

En cuanto al tamaño del pene, contamos con datos nacionales de la investigación del doctor Russo y el doctor Puppo (2006) con 613 pacientes de 18 a 90 años:

- Longitud promedio:
  - Largo pasivo: 11,7 cm                      Rango 7,5 a 17,5 cm
  - Largo en erección: 14,5 cm              Rango 9,0 a 20,0 cm
- Circunferencia promedio: 8,2 cm



El escroto está dividido a la mitad por un tabique que conforma dos bolsas que contienen los testículos con sus correspondientes epidídimos. Por encima de los testículos se identifican los cordones espermáticos que están formados por los conductos deferentes, los vasos sanguíneos arteriales y venosos (plexos pampiniformes) y fibras del músculo cremasteriano.

Los testículos son órganos ovoideos pares, cada uno de unos 4 cm de eje mayor aproximadamente, cuyas principales funciones son la espermatogénesis y la hormonogénesis. El epidídimo se ubica por encima y por detrás del testículo y cumple una función de depósito, tránsito y maduración de los espermatozoides. El conducto deferente nace en la cola del epidídimo, asciende por el cordón espermático, atraviesa el conducto inguinal y se une con las vesículas seminales para formar el conducto eyaculador que llega a la uretra, a nivel de la próstata. Las vesículas seminales son dos sacos localizados uno a cada lado, por debajo de la vejiga y por encima de la próstata, con función de secreción. La próstata es una glándula medial que rodea la uretra y el cuello de la vejiga y está formada por dos lóbulos laterales y un lóbulo medio.

Mediante el tacto rectal es posible palpar los dos lóbulos laterales separados por un surco medio. Las glándulas de Cowper están en la base del pene debajo de la próstata, y segregan al interior de la uretra durante la excitación y antes de la eyaculación. El semen está formado por los espermatozoides más las secreciones de los conductos

deferentes, las vesículas seminales, las glándulas de Cowper y la próstata (PUCCh, s/f; MSPAS-UNFPA, 2005).

**Erección y eyaculación.** La erección es un proceso complejo psiconeurovascular, por el cual el pene se llena de sangre y se hace firme, vinculado a la excitación sexual por una estimulación mental o física (directa o no); también ocurre sin vínculo con la excitación sexual, por ejemplo, durante el sueño. Asimismo puede haber erección sin orgasmo y orgasmo sin eyaculación, sin que este implique daño de algún tipo para el varón.

La eyaculación consiste en la emisión de semen en el pico de máxima excitación sexual, que sucede por contracciones musculares placenteras que constituyen el orgasmo. El volumen eyaculado promedio es de unos 3 mililitros de semen, que contiene de 200 a 400 millones de espermatozoides en total en varones desarrollados y sanos. En la pubertad, se inicia la producción de esperma y se mantiene a largo de toda la vida, aunque con la edad en general el volumen se reduce. El esperma que no se evacua con las eyaculaciones se elimina con la orina o se reabsorbe; esto no genera daño alguno (MSPAS/UNFPA, 2005).

**Canal anal y ano.** El canal anal es un tubo cilindro de 3-4 cm que va desde el orificio anal hasta la ampolla rectal. Está rodeado por dos manguitos musculares concéntricos: el esfínter anal interno, constituido por músculo liso e inervado por el sistema autónomo, y el esfínter anal externo, compuesto por músculo esquelético e inervado por nervios somáticos. Ambos aseguran la continencia. El canal anal está dividido en dos por la línea pectínea, formada por las glándulas y criptas anales y situada a unos 2 cm del margen anal, que separa la zona cutánea hacia abajo, con un epitelio escamoso, y la mucosa verdadera del canal anal por encima, con epitelio columnar (Sanfélix, s/f).

## **B) Examen genitourinario**

El examen de los genitales puede ser una situación particularmente incómoda para el varón y para el examinador. Esto podría eventualmente acentuarse aún más cuando se trata de una mujer del servicio de salud que propone el examen a un varón en la consulta. Identificar y ponderar explícitamente esta situación entre ambas partes permitirá reducir barreras. Explicar por qué es importante el examen, cómo se realiza y asegurar su realización en un ámbito de privacidad, respeto y confianza facilita mucho a ambos actores. Esto puede llevar varias consultas y debe quedar claro que solo se realizará con consentimiento y en el momento en que ambas partes acuerden realizarlo.

En el caso que el efector considere imprescindible la realización del examen genital de forma inmediata para completar la evaluación preventiva o por un síntoma/signo específico, esto debe ser explicado, y rigen las mismas consideraciones previas, se le dará siempre la opción a la persona a negarse, sin que esto impida ofrecer una propuesta de acción o terapéutica acorde a esas condiciones de atención limitadas

por el derecho del paciente. Así se reconoce el derecho de la persona, sin dejar de explicitar el punto de vista del equipo.

El examen incluye inspección y palpación. Se deben identificar: el vello pubiano, el pene, el prepucio (en varones no postectomizados), el glande, el meato uretral, el escroto, los testículos, los epidídimos y los cordones espermáticos.

El vello genital o pubiano tiende a ser abundante y habitualmente en el varón se continúa hacia la cicatriz umbilical.

En los varones no postectomizados es necesario retraer el prepucio para examinar el glande y el meato uretral (MSPAS-UNFPA, 2005).

**La instancia del examen genital es una oportunidad para brindar información para la deconstrucción de mitos, resolución de dudas, promoción del autococimiento, enseñanza del autoexamen y educación en medidas de higiene.**

**Higiene.** Se debe informar que bajo el prepucio es común que se acumule esmegma, que al no eliminarse puede provocar picazón, irritación, inflamación y/o mal olor. La presencia de olores fuertes o inusuales puede indicar una infección (MSPAS-UNFPA, 2005)

**En todos los varones debe promoverse la responsabilidad de mantener su higiene personal en general y con particular atención al lavado del pene. En los varones con prepucio intacto es necesario informarle la importancia de replegar el prepucio hacia atrás y lavar bien esa región con agua y jabón diariamente y también después de tener relaciones sexuales.**

**Auto examen de pene.** Se recomienda proponerlo, sin definir una periodicidad fija, a los hombres que consultan, como herramienta de autoconocimiento, de autocuidado e higiene. La evidencia disponible no aconseja ofrecer ni promover el autoexamen del pene como parte de ningún tipo de tamizaje para la prevención del cáncer de pene.

**Es importante enfatizar, en el caso de examinar su pene y encontrar alteraciones, que debe realizar la consulta precoz con algún médico para su valoración (MSPAS-UNFPA, 2005; Pizzocaro et al., 2010; USPSTF, 2014).**

**Examen de escroto y de su contenido.** En la superficie del escroto, durante el examen habitual, se pueden encontrar pequeñas sobreelevaciones de aspecto

amarillento que corresponden frecuentemente a quistes sebáceos que en general no requieren otras valoraciones o tratamientos. Otras lesiones del escroto se valorarán clínicamente, y con paraclínica cuando lo requieran, de acuerdo a sus características y la noción etiológica. De requerirse, se consultará al servicio de urología de referencia. En el examen de los testículos, es frecuente y normal encontrar el izquierdo más abajo que el derecho (PUCCh, s/f).

**Frente al hallazgo en la superficie del testículo de induraciones o nódulos, es necesario referir al servicio de urología de su prestador para completar a la brevedad la valoración, en vistas a descartar lesiones malignas del testículo. Particularmente en este caso se debe asegurar que la referencia sea procesada rápidamente.**

También se examinarán los epidídimos, los conductos deferentes y el cordón espermático. Los epidídimos se palpan como un cordón que sigue el borde posterolateral de los testículos y que es más grueso en el polo superior. Los conductos deferentes, cuando son normales, se palpan como cordones lisos, indoloros, y forman parte de los cordones espermáticos. Si existe una hernia inguinoescrotal, el volumen de ese lado del escroto se puede apreciar abultado (PUCCh, s/f).

**Auto examen de testículo.** El momento del baño puede ser un buen momento para autoexaminar el testículo como forma de autoconocimiento y autocuidado. La piel mojada con agua tibia y enjabonada permite revisar los testículos y el epidídimo con mayor facilidad (MSPAS/UNFPA, 2005). La propuesta del autoexamen de los testículos no es parte de ninguna forma de tamizaje (USPSTF, 2014). Es común encontrar discretas diferencias de tamaño entre un testículo y otro.

**Se debe promover la consulta precoz con médico en caso de hallazgo de cambios en las características percibidas por el varón para una valoración a la brevedad con urólogo en su prestador de salud.**

## C) Examen anoperineal

Para muchas personas el examen rectal puede ser molesto y embarazoso. Algunos varones incluso lo consideran un tabú social y agresivo para su virilidad. El examinador debe actuar con seriedad y ética, como en cualquier otra parte del examen físico, considerando similares particularidades que en el examen genitourinario. Debe establecerse una atmósfera agradable y con la privacidad necesaria, debe ofrecerle explicaciones simples sobre el proceder y la necesidad del examen, que le brinden seguridad y confianza, sin manifestaciones verbales o extraverbales que obstaculicen la realización del examen, violen la ética o produzcan iatrogenia. Debe explicarle, además, algunas sensaciones que pueden presentarse, como urgencia de defecar,

cuando se palpan el canal anal y el recto distal. Debe advertirse que puede sentir urgencia de eyaculación cuando se palpe la próstata (Sanfélix, s/f; Villegas, 2009).

Antes de comenzar el examen es recomendable sugerirle a la persona que vaya al baño a evacuar vejiga. Para que la persona se sienta menos incómoda y disminuir su ansiedad debe respetarse el pudor, cubriéndola con una sábana desde el comienzo de la exploración (Sanfélix, s/f; Villegas, 2009).

El examen ano perineal consta de la inspección anoperineal y el tacto rectal (TR). Un examen proctológico completo permite establecer un diagnóstico clínico primario en la mayoría de los pacientes que consultan por síntomas anorrectales (Canessa, 2011).

El TR forma parte del examen clínico anorrectal, prostático y pelviperitoneal. Aporta información anatómica y funcional del anorrecto, su contenido, así como también de tejidos y estructuras pelviperineales contiguas (Villegas, 2009). Para cumplir el objetivo clínico, la maniobra requiere una adecuada ejecución acorde a estos objetivos y experiencia para interpretar la información obtenida (Canessa, 2011). Como en tantas otras maniobras semiológicas, en las que siempre existe una curva de aprendizaje, la práctica clínica fortalece la maniobra como herramienta, al ejecutarla adecuadamente y con frecuencia. Sin duda se trata de una maniobra particular, para la cual existen barreras a superar, que puede plantear el varón, barreras del/la examinador/a y de las circunstancias de atención. De todos modos, es una maniobra semiológica, que, utilizada adecuadamente, aporta a una correcta valoración clínica, por lo que no se recomienda abandonarla. Las limitaciones propias de la maniobra tampoco permiten proponer su uso aislado de otras valoraciones, como estrategia de tamizaje de cáncer colorrectal ni de cáncer de próstata.

En pacientes con síntomas anorrectales, la inspección anoperineal posibilita realizar un diagnóstico clínico primario en un alto porcentaje de casos (Canessa, 2011). Dado que esta maniobra es la que exhibe «el mayor rendimiento, permitiendo establecer el diagnóstico de hemorroides con manifestaciones externas, plicoma sintomático, fisura, prolapso exteriorizado, fístulas y abscesos con signos perianales, y condiciones dermatológicas variadas (dermatitis, hidroxadenitis, senopilonidales, condilomas, herpes, leucoplasias y neoplasias)» (Canessa, 2011). Por lo tanto, debemos jerarquizarla como parte eficaz y eficiente del examen anoperineal.

### **Inspección ano perineal.**

Se realiza habitualmente en decúbito lateral izquierdo (posición de Sims), aunque puede realizarse en otras posiciones. Se visualiza detalladamente la piel de la zona, desde la base escrotal a la región sacrococcígea y los glúteos, en busca de lesiones, cicatrices, orificios fistulosos, verrugas, úlceras, etc. Se observa la contracción voluntaria del esfínter anal. Se solicita al varón que tosa y puje para ver la funcionalidad del ano y descartar procidencias.

Luego se procede a la palpación del periné sector por sector, y finalmente a desplegar la margen anal. Pueden encontrarse zonas de dolor, induración, trayectos fistulosos y fisuras (Canessa, 2011; Sanfélix, s/f; Villegas, 2009).

## **D) Tacto rectal (TR)**

Las consideraciones previas son válidas para esta parte del examen en cuanto a consentimiento, privacidad, comodidad, respeto y todo lo expuesto previamente.

El dedo índice enguantado y lubricado se introduce con presión suave y constante para vencer la presión de reposo. Mientras se evalúa el calibre y tono del conducto anal, se introduce el dedo evaluando la percepción de contenido, hasta la altura máxima, en general menor a unos 8 cm, dependiendo de las condiciones del examinador y del varón examinado (Villegas, 2009). En retirada suave y minuciosa se van palpando, sector por sector, las estructuras al alcance del dedo en busca de alteraciones: dolor, induración, orificios fistulosos, tumores, etc. (Leitón Chaves, 2016). Se deben tener en cuenta los síntomas (si los hubiese) y los hallazgos de inspección anoperineal como orientación para focalizar la valoración durante el TR. Se evalúan, además, estructuras adyacentes de la pelvis, como la próstata, las vesículas seminales, etc. Habitualmente el TR no permite diagnosticar hemorroides internas, dado que suelen no ser palpables por su consistencia blanda y porque se aplanan al tacto (Canessa, 2011; Sanfélix, s/f).

La próstata normal es redondeada, de 4 cm de ancho por 2,5 cm de largo, con un surco mediano palpable separando los dos lóbulos, de consistencia firme, elástica y libre de nódulos y masas. No debe ser dolorosa, aunque puede generar deseos de orinar cuando se palpa. Al retirar el dedo, se deben observar las características de las heces adheridas al guante (si las hubiese) y la presencia de sangre, moco o pus u otros elementos anormales.

## **5.5. Recomendaciones generales orientadas a los varones**

- Realizar control anual en salud con el médico de referencia.
- Consulta precoz frente a dificultades de fertilidad, esterilidad y/o anticoncepción. Asesoramiento en acompañamiento de embarazo, parto y posparto. (Véase el capítulo 7.)
- Frente a situaciones de riesgo o sospecha de ITS, consulta precoz. (Véase el capítulo 8 de esta publicación.)
  - Uso adecuado del preservativo en todas las relaciones sexuales.
  - Consulta precoz frente a sospecha de alguna alteración o disfunción en la esfera sexual.
  - Promoción de relaciones sexuales placenteras y responsables.
  - Promoción del disfrute del rol de una paternidad responsable.

- Desarrollar relaciones interpersonales libres de violencia basadas en el respeto, el afecto, el diálogo, con disposición para la negociación. No ejercer violencia de ningún tipo hacia mujeres, NNA o pares. (Véase el capítulo 9.)
- Consulta precoz ante conflictos en la sexualidad. (Véanse los capítulos 10 y 11.)
- Consulta precoz ante sentimientos de angustia, cambios del humor (detección sistemática de depresión [USPSTF, 2014] y valoración del riesgo de suicidio [MSP, 2014]). (Véase el anexo 5.)
- Consultar precozmente a médico de referencia de su prestador de salud ante síntomas y/o signos de alerta (cambios en el tránsito digestivo —alto o bajo— y/o urinario, tumoraciones, tos o disfonía persistente, lesión/es que no cicatriza/n, cambios en la piel (manchas, verrugas o lunares), pérdida anormal de sangre o secreciones, cambios drásticos en el peso corporal, exceso de peso.
- Disfrutar de una vida sexual plena, segura, libre, sin discriminación, coerción o abuso.
- Tener vigentes las vacunas según al esquema de vacunación obligatorio.
- Tener espacios para la reflexión, la introspección y el disfrute de sí mismo.
- Potenciar espacios de recreación, participación y desarrollo personal.
- Evitar fumar y no iniciar el consumo de tabaco. En los varones fumadores, favorecer fuertemente el proceso de cesación de tabaquismo.
- Evitar el consumo problemático de alcohol y drogas. Cuando exista consumo, proponer un consumo responsable.
- Recomendación sistemática sobre alimentación saludable, de acuerdo a las recomendaciones de la última *Guía alimentaria para Uruguay adaptadas al grupo etario y género*.
  - Disfrutar de la comida, comer despacio y en lo posible hacerlo en compañía.
  - Basar la alimentación en alimentos naturales y evitar en el día a día el consumo de productos ultraprocesados, con alto contenido en grasa, azúcar y sal.
  - Comenzar el día con un buen desayuno que incluya un lácteo, pan y fruta, y no saltarse comidas.
  - Descubrir el gusto por la cocina y que pueda ser una actividad compartida. Cocinar los propios alimentos.
  - Ser críticos con la información, las propuestas y los mensajes publicitarios que se reciben sobre alimentación y cuidados de la salud en general.
  - Acumular al menos 150 minutos semanales de una actividad física moderada (ej. caminata) y disminuir el tiempo sentado, quieto o acostado, realizando pausas activas en el lugar de trabajo y en la actividad cotidiana.
  - Preferir siempre el agua a otras bebidas. Limitar los refrescos, los jugos artificiales y las aguas saborizadas.
  - Incorporar verduras y frutas en todas las comidas lo ayudarán a mantenerlo saludable y con un peso adecuado.
  - Elegir aceite para sus preparaciones, en lugar de margarina, grasa animal o manteca.
  - Evitar comprar productos que contengan entre sus ingredientes grasas

trans, como aceites hidrogenados o grasas refinadas.

- Incluir en la alimentación el pescado, al menos una vez a la semana, y disminuir el consumo de carnes procesadas como fiambres y embutidos.
- Disminuir la sal y el azúcar cuando se cocina. Pequeñas cantidades son suficientes para realzar el sabor.
- Mantener un peso corporal adecuado o consultar con el profesional de referencia para iniciar un plan de reducción de peso, si se requiere.
- Recomendación sobre exposición segura al sol evitando exposición innecesaria y promoviendo el uso adecuado de protectores solares.
- Usar las medidas de seguridad recomendadas, de acuerdo al ámbito de desempeño (hogar, trabajo, tránsito, deporte, etc.) y evitar conductas no seguras.
- Recomendación de control odontológico anual.

*(MSP-DGS-Área Programática Nutrición, 2016) (MSP-PRONACANN, S/F; CHS-CV-SUMD, 2007)*

## 5.6. Bibliografía

- Canadian Task Force on Preventive Health Care. (2014). *The Canadian Task Force on Preventive Health Care Guidelines*.
- Canessa, C. (2011). Examen proctológico y tacto rectal en el diagnóstico clínico de síntomas anorrectales. *Rev. Med Urug.*, 27. Recuperado de <http://www.rmu.org.uy/revista/27/2/2/es/>
- Cruz, N., y García, C. (2011). Tipos de disfunciones sexuales femeninas y manejo en la primera consulta. En N. Cruz Navarro, *Tratado de andrología y medicina sexual*. España: Médica Panamericana.
- Galván, B., J. L. (2009). *Pruebas de tamizaje*. Red de Comunicación e Integración Biomédica Red. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Medicina, Depto. de Bioquímica. Gérvas, J., Gavián, E., y Jiménez, L. (2012). *Prevención cuaternaria: es posible (y deseable) una asistencia sanitaria menos dañina*.
- Heidenreich, A., Bolla, M., Joniau, S., Mason, M. D., Matveev, V., Mottet, N., Schmid, H.-P., Van der Kwast, T. H., Wiegel, T., y Zattoni, F. (2010). *Guía clínica sobre el cáncer de próstata*. European Association of Urology. Recuperado de <http://uroweb.org/wp-content/uploads/01-GUIA-CLINI-CA-SOBRE-EL-CANCER-DE-PROSTATA.pdf>
- Leitón, A., y Vargas, V. (2016). Patología anorrectal frecuente en atención primaria. *Revista Clínica de la Escuela de Medicina UCR-HSJD*, 6(2). Costa Rica. Recuperado de <http://revistas.ucr.ac.cr/index.php/clinica/article/view/24384/24505>
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Fondo de Población de Naciones Unidas. (2005). *Guía de atención a la salud sexual y reproductiva del adulto masculino*. 2.ª ed. El Salvador: Fondo de Población de Naciones Unidas.
- OMS/OPS. (2000). *Promoción de la salud sexual. Recomendaciones para la acción*. Asociación Mundial de Sexología. Guatemala.
- Pizzocaro, G., Algaba, F., Solsona, E., Tana, S., Van der Poel, H., Watkin, N., y Horenblas, S. (2010). *Guía clínica sobre el cáncer de pene*. European Association of Urology. Recuperado de [http://www.aeu.es/UserFiles/05-GUIA\\_CLINICA\\_CANCER\\_PENE.pdf](http://www.aeu.es/UserFiles/05-GUIA_CLINICA_CANCER_PENE.pdf)
- Puppo, C., y Russo, C. (2006). *Antropometría peneana*. Montevideo. Monografía.
- Pizzanelli, M. (2015). ¿Overscreening o prevención a escala humana? Tamizaje excesivo. *Rev Bras Med Fam Comunidade*, 10(35). Recuperado de [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10\(35\)1068](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10(35)1068)
- Sáez, N. (2003). Del examen físico segmentario: Examen de los genitales masculinos y próstata. En *Apuntes de Semiología*. Pontificia Universidad Católica de Chile (PUCCH)–Escuela de Medicina.
- Sánchez-Sánchez, F., González-Correales, R., Jurado-López, A. R., San Martín-Blanco, C., Montaña-Hernández, R. M., Tijeras-Úbeda, M. J., y Villalba-Quintana, E. (2013). La anamnesis en la historia clínica en salud sexual: habilidades y actitudes. *SEMERGEN-Medicina de Familia*, 39(8), 433–439.
- Schwedt, E., Solá, L., Ríos, P., y Mazzuchi, N. (2006). *Guía clínica para identificación, evaluación y manejo del paciente con enfermedad renal crónica en el primer nivel de atención*. Programa de Salud Renal. Publicación Técnica n.º 2. Montevideo: Fondo Nacional de Recursos. Sociedad Uruguaya de Cardiología, Sociedad Uruguaya de Aterosclerosis. 1.er Consenso Nacional de Aterosclerosis.
- Villegas, O., Villegas, J., y Villegas, V. (2010). Examen perineoanorrectal y tacto rectal. *Archivos de Medicina (Manizales)*, 10(1). Colombia. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo>

oa?id=273819493006

U. S. Preventive Services Task Force. (2014). *The Guide to Clinical Preventive Services. Recommendations of the U.S. Preventive Services Task Force.*

### **Leyes, decretos, ordenanzas, guías y protocolos en Uruguay**

Ministerio de Salud Pública. (2007). *Guías de prevención y detección de factores de riesgo de conductas suicidas.* Programa Nacional de Salud Mental.

Ministerio de Salud Pública. (2009). *Abordaje de situaciones de violencia doméstica hacia la mujer: Guía de procedimientos en el primer nivel de atención de salud.* Uruguay.

Ministerio de Salud Pública. División Epidemiología. (2013). 2.ª Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades No Transmisibles. Uruguay. Recuperado de <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/tematica/enfermedades-no-transmisibles-ent>

Ministerio de Salud Pública. (2009). *Manual de oncología para el primer nivel de atención.* Programa Nacional de Control del Cáncer. Uruguay.

Ministerio de Salud Pública. (2011). Comisión Honoraria de Prevención del Suicidio. Plan Nacional de Prevención del Suicidio para Uruguay 2011-2015 «Un compromiso con la vida».

Ministerio de Salud Pública. (2014). Programa Nacional de Salud Mental. Valoración del Riesgo Suicida. *5 pasos para la evaluación y triage: Guía para profesionales.* Uruguay. Recuperado de <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/tematica/salud-mental>

Ministerio de Salud Pública. (2016). *Guía alimentaria para la población uruguaya: Para una alimentación saludable, compartida y placentera.* Área Programática Nutrición (APN). Uruguay. Recuperado de <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/campanas/campana-de-alimentacion-saludable>

Ministerio de Salud Pública, Secretaría Nacional del Deporte. (2017). *¡A moverse! Guía de actividad física.* Uruguay. Recuperado de <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/campanas/campana-de-alimentacion-saludable>

Ministerio de Salud Pública. (2017). *Guía de práctica clínica de diabetes mellitus tipo 2 para la atención en el ámbito ambulatorio.* Área Programática Enfermedades No Transmisibles Recuperado de <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/guia-de-practica-clinica-de-diabetes-mellitus-tipo-2-para-la-atencion-en>

Ministerio de Salud Pública. (2017). *Recomendaciones para el abordaje de la hipertensión arterial sistémica en el primer nivel de atención.* Área Programática Enfermedades No Transmisibles Recuperado de <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/recomendaciones-para-el-abordaje-de-la-hipertension-arterial-sistemica>

Ministerio de Salud Pública. (2018). *Guía de práctica clínica de tamizaje del cáncer colorrectal.* Programa Nacional de Control del Cáncer. Recuperado de <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/guia-de-practica-clinica-de-tamizaje-del-cancer-colo-rectal>

Ministerio de Salud Pública. (2018). *Recomendaciones de diagnóstico, tratamiento, prevención y vigilancia de las infecciones de transmisión sexual.* Área programática ITS-VIH-sida. Uruguay.

Presidencia de la República. (2017). Decreto n.º 274/2017 Control en Salud Laboral y Certificados de Aptitud Médico-Deportiva. Uruguay. 6. Afecciones genitourinarias prevalentes..



## 6. Afecciones genitourinarias prevalentes

### 6.1. Afecciones de los genitales externos

Entre las alteraciones que se pueden encontrar al respecto, destacamos las siguientes:

**a) Pediculosis pubiana.** Es la infestación con *Phthirus pubis* (piojo pubiano) que se transmite por contacto sexual o corporal estrecho. Aproximadamente un tercio de los individuos infestados con piojos pubianos pueden tener otra infección de transmisión sexual. Las personas infestadas presentan prurito (picazón) intenso.

**El tratamiento de primera línea para la pediculosis pubiana son las lociones de permetrina al 1%, las cuales se indican al paciente y a su/s pareja/s, aplicada por 10 minutos con una segunda aplicación a la semana, si fuera necesario. Pueden verse máculas eritematosas y pápulas con excoriaciones e infección secundaria, en cuyo caso se debe realizar tratamiento para el prurito y la infección secundaria, para luego realizar tratamiento con permetrina.** (Maguiña-Vargas, 2005)

**b) Balanitis/ Balanopostitis.** Es una inflamación del glande, o de este y el prepucio, que ocurre en varones no circuncidados/postectomizados, vinculada frecuentemente a déficit de higiene o a otras condiciones como diabetes con mal control metabólico. No siempre se puede identificar una causa, aunque múltiples organismos han sido considerados como agentes etiológicos, los pacientes son empíricamente tratados sin identificar el germen.

Las causas pueden ser: infecciosas, mecánica/traumática y/o dermatitis de contacto. Se ha enfatizado en la etiología multifactorial en la mayoría de los casos. En la mayoría de los varones, no se puede identificar una causa específica aun luego del examen clínico, cultivos y test serológicos.

Como tratamiento se recomiendan lavados con agua y jabones neutros o agua boratada. El tratamiento farmacológico se realizará según la orientación etiológica. Ante probable etiología candidiásica, se recomienda un imidazólico tópico asociado o no a hidrocortisona al 1%.

Se deben evitar los tratamientos con corticoides tópicos prolongados en el pene. En los casos recurrentes se recomienda valoración clínica y/o paraclínica para descartar infecciones, diabetes mal controlada, etc. En estos últimos, si no mejora o desarrolla fimosis, se debe referir a urólogo. (AEU, 1996; PIRASOA, 2011)

**c) Úlceras y otras lesiones por ITS.** El equipo referente del PNA, frente a una ITS, debe actuar de acuerdo a las guías de ITS (MSP,2019). (Véase el capítulo II de ITS).

**d) Secreciones uretrales.** Puede corresponder a una ITS. El equipo referente del PNA, frente a una ITS, debe actuar de acuerdo a las guías de ITS (MSP,2019). (Véase el capítulo I de ITS).

**e) Fimosis.** Consiste en la dificultad para retraer el prepucio sobre el glande debido a un prepucio contraído que forma un anillo estrecho. En el adulto, en general es secundaria a un proceso cicatricial del prepucio distal, por ejemplo episodios recurrentes de balanopostitis, traumas como la retracción forzosa del prepucio, liquen escleroso y atrófico también denominado balanitis xerótica obliterans que es una dermatosis inflamatoria progresiva, atrofiante y esclerosante que afecta principalmente el glande y el prepucio, de etiología incierta (Vial, 2015).

En los casos en que aún es posible retraer el prepucio, el tratamiento es la higiene dos a tres veces por día con agua y jabón neutro. En los diabéticos se debe lograr un buen control glucémico, con lo cual en general retrocede el cuadro local. En caso de no evolucionar favorablemente, se pueden agregar corticoides tópicos, pero por pocos días. De persistir, referirlo a servicio de urología del prestador de salud para definir conducta. En los diabéticos puede ser aconsejable en estos casos la postectomía. (Castro et al., 2010)

**f) Parafimosis.** Es un trastorno en el que el prepucio no puede regresar a su posición normal una vez que se ha retraído sobre el glande. El anillo de la piel del prepucio causa congestión venosa que origina edema y crecimiento del anillo y glande, agravando el cuadro. Dejándolo evolucionar, puede haber oclusión vascular con lesiones necróticas de prepucio, y menos frecuente del glande.

**En la consulta del varón con parafimosis en el PNA, se puede intentar reducir llevando la piel sobre el glande, para descongestionar el edema y aliviar al paciente. En caso contrario, derivarlo a servicio de emergencia. (AEU, 1996)**

**g) Hipospadias.** Es una condición con la que la persona nace, en la que el meato uretral desemboca en una posición más ventral en el glande, a cierta distancia del extremo distal del pene, donde habitualmente se localiza.

**Se realizará la referencia al servicio de urología del prestador para valoración y tratamiento.**

**h) Enfermedad de La Peyronie.** Consiste en el desarrollo de placas fibrosas en los cuerpos cavernosos, lo que provoca la desviación peneana hacia el lado opuesto a la placa. Clínicamente puede presentar: erecciones dolorosas, disfunción sexual eréctil, en ocasiones asocia fibrosis en la palma de la mano (enfermedad de Dupuytren).

**Se derivará a servicio de urología de su prestador para valoración y tratamiento.**

**i) Cáncer de pene.** El cáncer de pene es un carcinoma epidermoide relativamente raro. Se origina habitualmente en el epitelio de la porción interna del prepucio y glande. Los principales factores de riesgo son: la fimosis, una higiene deficiente, afecciones inflamatorias crónicas (por ejemplo, balanopostitis, liquen escleroso y atrófico, balanitis xerótica obliterante), condilomatosis y el tabaquismo. En un muy alto porcentaje de neoplasias interepiteliales y cáncer invasor de pene se identifica ADN del HPV. En la mayoría de las piezas tumorales resecaadas se detecta ADN de HPV, principalmente del serotipo 16. La progresión de la infección por HPV al cáncer requiere muy probablemente de la acción de otros cofactores.

El primer paso para prevenir esta enfermedad es lavar diariamente el pene con agua y jabón y siempre después de la relación sexual y la autoestimulación genital.

No existen métodos de tamizaje para cáncer de pene según la evidencia disponible. Cuando este cáncer es descubierto en su etapa inicial, el tratamiento es curativo (Pizzocaro, 2010).

Para un diagnóstico oportuno se debe informar al paciente y promover la consulta precoz ante la presencia de:

- Lesión ulcerada que no cicatriza a pesar de un tratamiento médico.
- Tumores que no desaparecen después de un tratamiento o que presentan secreciones con mal olor.
- Inflamaciones con enrojecimiento y picazón de largo período de evolución en hombres con fimosis que no pueden exponer el glande totalmente.
- Manchas blanquecinas o pérdida de la pigmentación.
- Crecimiento de ganglios inguinales.

**Ante estas alteraciones se realizará la referencia al servicio de urología del prestador de salud, para su evaluación y tratamiento. (MSP-PRONACCAN)**

## 6.2. Afecciones del escroto y de su contenido

Entre las alteraciones que se pueden encontrar se destacan:

**I) Síndrome escrotal agudo** (AEU, 1996; Monge, 2003). Se define clínicamente por la aparición súbita de dolor intenso y signos inflamatorios en el escroto. Este síndrome clásicamente incluye: torsión testicular, orquitis, epididimitis y traumatismos escrotales. Cuando se acompaña de elementos neurovegetativos como náuseas, vómitos y/o síncope, el diagnóstico clínico presuntivo es el de torsión de testículo.

**Esto constituye una urgencia urológica de cuya resolución rápida puede depender la viabilidad del testículo afectado.** Puede deberse a diversas causas, cuyo reconocimiento se busca sobre todo en la clínica. La ecografía escrotal/testicular con doppler es útil en la valoración del síndrome escrotal agudo, principalmente cuando se sospecha una torsión testicular o complicaciones de otros procesos (abscesos, etc.).

**Torsión testicular/torsión del cordón espermático.** Es una emergencia quirúrgica en la que el testículo gira sobre su eje y puede llegar a comprometer la circulación de la glándula. El testículo se ve retraído y la palpación es extremadamente dolorosa. Produce

dolor intenso local, a veces irradiado al abdomen. Los hallazgos de la exploración física, muy característicos, consisten en la elevación y la fijación del testículo, que aparece congestivo y muy doloroso al tacto.

**Requiere ser derivado a la puerta de emergencia para un tratamiento quirúrgico de emergencia por riesgo vital del órgano.**

**Orquitis.** Por definición, la orquitis es la inflamación del testículo. También hace referencia al dolor escrotal localizado en el testículo sin evidencias objetivas de inflamación. La orquitis aguda es la aparición de dolor brusco y engrosamiento del testículo asociado con inflamación aguda de este.

La orquitis crónica involucra inflamación y dolor del testículo, usualmente sin engrosamiento, por más de seis semanas. La orquitis aislada (sin epididimitis) es una condición relativamente rara y cuando se presenta usualmente es de origen viral. La orquitis viral más frecuente es causada por el virus de paperas (infección por virus de la parotiditis epidémica denominado mixovirus parotiditis), clásicamente llamada orquitis urliana. Se disemina al testículo por vía hematógena. Los síntomas de orquitis urliana se presentan por lo general entre el cuarto y séptimo día después de la parotiditis. (Secretaría de Salud, 2015). Según datos internacionales, afectaría a un 20 a 30 % de los varones pospúberes con paperas (Ludwig et al., 2008).

**La mayoría de los casos de orquitis son secundarios a una diseminación local de una epididimitis ipsilateral** y deben ser denominados más correctamente como orquiepididimitis. Las etiologías más frecuentes de las orquiepididimitis bacterianas son:

- en **adultos jóvenes** las ITS (*Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamidia trachomatis*),
- en **adultos mayores** más frecuentes las enterobacterias, particularmente *Escherichia coli*.

Las infecciones por *Mycobacterium tuberculosis* o los tratamientos con BCG pueden también causar orquitis. Las orquitis micóticas son aún más raras.

Las orquitis no infecciosas pueden ser idiopáticas, farmacológicas (p. e. amiodarona), autoinmunes (p. e. enfermedad de Behcet) o relacionadas con traumatismos.

Clínicamente se plantea ante la aparición brusca de dolor testicular en general unilateral, acompañado a veces de dolor abdominal, náuseas y/o vómitos, así como de fiebre.

Puede haber otros síntomas según la etiología, en particular corrimiento uretral en las ITS o síntomas de infección urinaria, en particular en pacientes añosos. El antecedente

de parotiditis orienta al diagnóstico de orquitis urliana.

En el examen físico, la afección es generalmente unilateral, con la piel del escroto eritematosa y/o edematosa, el testículo está aumentado de tamaño y es doloroso. La elevación del escroto alivia el dolor en la orquitis (signo de Prehn positivo) y el reflejo cremasteriano está presente (Secretaría de Salud, 2015)

**En la orquitis aguda no infecciosa**, el paciente no presenta fiebre, pero aparecen los elementos inflamatorios locales ya descritos.

- No se requieren pruebas de laboratorio para la valoración de la orquitis urliana.
- Cuando se sospecha clínicamente etiología bacteriana inespecífica (p. e. *E. coli*) se recomienda solicitar examen de orina y urocultivo, aunque su normalidad no descarta el diagnóstico.
- Cuando se sospecha una ITS se recomienda solicitar exudado uretral y serología para ITS según las recomendaciones nacionales (MSP, 2016).

**El tratamiento sintomático se basa en:**

- **Reposo de 7 a 14 días preferentemente en cama.**
- **Elevación escrotal con suspensorio de 7 a 14 días.**
- **Hielo o compresa fría local 3 veces por día 15 a 20 minutos por 3 a 5 días.**
- **Analgésico-antipirético: Paracetamol 0,5-1g/ 6-8 h**

**En el caso de la orquitis urliana el tratamiento es exclusivamente sintomático, no hay tratamiento antiviral específico.**

**El tratamiento podrá ser conducido en el PNA por el médico de referencia** del prestador de salud, con controles semanales en policlínica, cuando no haya sospecha de otras causas de síndrome escrotal agudo, y particularmente si no hay sospecha de torsión testicular.

En la mayoría de los casos el cuadro se resuelve espontáneamente en menos de 10 días, aunque el dolor escrotal puede persistir hasta 30 días.

**Si no hay buena respuesta al tratamiento inicial o aparecen complicaciones, se derivará al servicio de urología de referencia.**

**En el caso de orquitis bacterianas o más correctamente en las orquiepididimitis, las recomendaciones son las mismas que para las epididimitis que se exponen a continuación.**

**Epididimitis.** La orientación etiológica varía con la edad:

- En los **niños** está relacionada con disfunciones vesicales y es causada por enterobacterias.
- En el **adulto joven** suele deberse a infecciones por gérmenes de transmisión sexual.
- En el **adulto mayor**, también está producida por ***E. coli***, y **menos frecuentemente *Proteus*, *Klebsiella*, *Pseudomona***, y suele asociarse con hipertrofia prostática benigna.

El inicio del cuadro es más insidioso que en otros procesos. Se caracteriza por dolor intenso localizado a nivel escrotal, fiebre y manifestaciones urinarias; a menudo, se acompaña de prostatitis o de orquitis en casos evolucionados.

El tratamiento sintomático es el mismo recomendado en el ítem de orquitis.

El tratamiento antibiótico de **la epididimitis y la orquiepididimitis** en general es empírico, aunque de ser posible deberían realizarse los cultivos correspondientes. **Estos pacientes serán referidos a la policlínica del servicio de urología de su prestador de salud a la brevedad, para descartar otras causas de síndrome escrotal agudo, valoración e iniciar tratamiento; es posible completar el tratamiento, la valoración y el control evolutivo con el seguimiento del equipo referente del PNA.**

Si el cuadro clínico del paciente lo habilita, **podrá iniciarse la valoración y el tratamiento en el PNA** y realizar la consulta con servicio de urología luego. De ser necesario, se derivará al paciente a emergencia.

En el **adulto joven**, de acuerdo a las recomendaciones de diagnóstico, tratamiento y vigilancia de ITS (MSP, 2016), se propone, si fuera posible, tomar muestras de exudado uretral antes del tratamiento y de elección realizar tratamiento empírico con **ceftriaxona 250 mg IM o IV dosis única + doxiciclina 100 mg c/12 h v/o por 10 días**. Siempre se realizará y se insistirá en:

- Educación y consejería.
- Provisión y promoción del uso de condones.
- Prueba de VIH y sífilis (y serología para hepatitis B y C).
- Reevaluación en siete días.
- Recomendación de no tener relaciones sexuales por los siete días siguientes.
- Identificación de los contactos sexuales de los dos meses previos y tratamiento de estos con el mismo plan terapéutico que el caso índice.

En el **adulto mayor**, se recomienda, de ser posible, tomar muestra de orina para examen y urocultivo antes del inicio del tratamiento. Existen varias pautas de tratamiento empírico en las guías internacionales que se han ido modificando de acuerdo a los cambios en la sensibilidad de los gérmenes involucrados. **Levofloxacin 500 mg v/o/día por 10 días es una opción de tratamiento empírico válida en la actualidad** (Trojjan, 2009). **No se recomiendan amoxicilina ni ampicilina para el tratamiento empírico.**

**Traumatismos escrotales.** Sus principales causas son los accidentes laborales, de tránsito y los deportes de contacto.

Existen diferencias entre las lesiones no penetrantes, las penetrantes y aquellas por avulsión, las que **deberán ser valoradas en el servicio de emergencia por especialista en urología.**

## II) Otras alteraciones benignas:

- **Quiste de la cabeza del epidídimo o espermatocoele.** Es una formación quística que se palpa como un nódulo en la cabeza del epidídimo, fuera de los límites del testículo.

**En general, es de evolución benigna. Preocupa mucho a los pacientes, en particular a los jóvenes. En caso de duda diagnóstica, considerar la indicación de ecografía. Debe ser valorado en servicio de urología de su prestador de salud.**

**Hidrocele.** Es un aumento de volumen debido a la acumulación de líquido en la túnica vaginal, siendo esta una membrana que rodea al testículo y que normalmente deja una cavidad virtual. Si se apoya una linterna sobre la piel del escroto, en la zona del aumento de volumen se observa un fenómeno de transluminación que consiste en que la luz difunde en un área extensa correspondiente al líquido acumulado.

**Se recomienda realizar una ecografía de escroto para valorar el testículo y el epidídimo, que podrá realizarse en el PNA para una referencia más orientada. Debe ser valorado en servicio de urología de su prestador de salud.**

**Varicocele.** Corresponde a dilataciones varicosas de las venas del plexo pampiniforme del cordón espermático. Se observa de manera más frecuente en el lado izquierdo, estando el usuario de pie. Puede asociarse a una disminución de la fertilidad.

**Debe ser valorado en servicio de urología de su prestador de salud.**

**Criptorquidia.** Es una condición en la que el testículo no logró descender a la bolsa escrotal y queda en el canal inguinal o dentro del abdomen. El diagnóstico clínico se plantea cuando en el examen físico por la palpación no se detecta la presencia del testículo en la bolsa escrotal. La ecografía escrotal permite confirmarlo. Estos testículos se atrofian y con el tiempo tienen mayor tendencia a desarrollar un cáncer.

**Debe ser valorado en servicio de Urología de su prestador de salud.**

### **III) Cáncer testicular.**

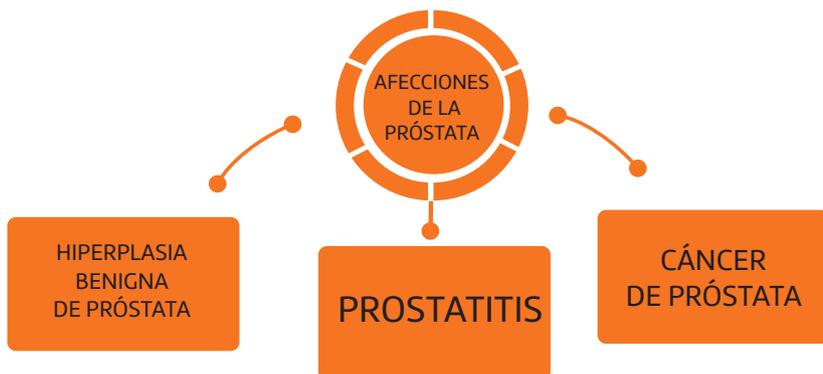
Representa aproximadamente el 1 % de los cánceres masculinos (Barrios, Garau, Alonso y Musetti, 2012). Aunque los tumores pueden ocurrir a cualquier edad, la mayor parte de los tipos histológicos tienen predilección por grupos específicos de edad. Es el tumor más frecuente entre los 15 y los 42 años de edad y la principal causa de muerte por cáncer en esta franja etaria. El seminoma típico tiene mayor prevalencia entre los 33 a 42 años y el seminoma espermatocítico en mayores de 50 años. Se identifican como factores de riesgo: criptorquidia, cáncer de testículo en familiar de primer grado o en testículo contralateral.

Se manifiesta como un aumento de volumen, que puede ser muy localizado o formar una masa, habitualmente indolora; aparece con mayor frecuencia en adultos jóvenes, de entre 15 y 42 años. Generalmente ocurre en uno de los testículos. El examen físico debe incluir el examen testicular periódicamente en los controles preventivos. Frente a síntomas o signos testiculares detectados por el paciente es imprescindible, y no puede dejar de realizarse. Detectado precozmente, la probabilidad de curación es mayor. Ante la detección de alteraciones que planteen la sospecha clínica de cáncer testicular se derivará a servicio de urología de su prestador de salud.

Frente a su sospecha, debe ser referenciado inmediatamente al servicio de urología de su prestador, con prioridad. Se debe garantizar que se efective la consulta con especialista con las mínimas demoras posibles. Se recomienda que el equipo de PNA se asegure de que el varón tenga en el momento una fecha definida de consulta en los plazos mínimos posibles, o en su defecto, sea derivado a puerta de emergencia para ser valorado por especialista en urología. En esta situación se debe contar con datos del varón que permitan el contacto efectivo para su seguimiento.

### 6.3. Afecciones de la próstata

Los procesos patológicos más prevalentes vinculados a la próstata en el PNA son:



Esquema 3: Tipos de afecciones de la próstata.

#### I) Hiperplasia benigna de próstata (HPB).

Esta es la enfermedad más frecuente de la próstata y se estima que actualmente más de la mitad de los varones a partir de los 60 años presentan en mayor o menor grado síntomas de HPB, y que una cuarta parte de ellos requieren tratamiento quirúrgico antes de los 80 años. La verdadera causa de por qué se produce permanece en parte desconocida (Roehrborn, 2010).

La HPB se inicia aproximadamente a partir de los 40 años y como consecuencia de este crecimiento se produce una elongación y distorsión en la uretra prostática, así como cambios en la vejiga, que van a desencadenar una serie de trastornos en la micción.

**Manifestaciones clínicas:** van apareciendo, en la mayoría de los casos, de manera lenta y progresiva; pueden producirse una serie de síntomas que forman parte de lo que clásicamente se ha denominado prostatismo o síndrome prostático, pero que actualmente denominamos **síntomas del tracto urinario inferior:**

- Disminución en la fuerza del chorro de la orina.
- Retardo en el inicio de la micción.
- Sensación de vaciado incompleto de la orina.
- Disuria.
- Urgencia miccional.
- Goteo una vez terminada la micción.
- Aumento de la frecuencia miccional, nicturia y nocturia.
- Retención aguda de orina.

Como el propio nombre lo indica, se trata de un proceso benigno, que no se maligniza. Sin embargo, pueden coexistir los siguientes dos procesos en un individuo al mismo tiempo: adenoma y carcinoma. La obstrucción infravesical puede comprometer la vía urinaria baja y alta, y llevar a una enfermedad renal crónica. El diagnóstico de carcinoma se desarrollará más adelante en el punto C dedicado al cáncer de próstata.

**Frente a un paciente con síntomas del tracto urinario inferior, hay que descartar siempre un globo vesical, ya que su presencia debe hacer plantear una etapa de distendido urinario.**

**Frente a un globo vesical, dilatación bilateral de las cavidades renales por ecografía y cifras elevadas de creatinina y azoemia, se debe referir al paciente al servicio de emergencia.**

**Descartado el globo vesical, la dilatación de cavidades renales y la insuficiencia renal, se puede iniciar tratamiento médico de la HPB, con alfabloqueantes como tamsulosina 0,4 (con el desayuno), terazosina 1 mg (al acostarse), subiendo la dosis progresivamente a 2 y luego a 5 mg. Otra opción es alfuzosina 10 mg (con la cena).**

En todos los casos, se debe informar sobre los efectos colaterales, como la posibilidad de hipotensión postural con las primeras dosis; en general este efecto se atenúa o desaparece al continuar el tratamiento; en los pacientes hipertensos se debe tener en cuenta este efecto para adecuar la medicación antihipertensiva.

**En el tratamiento quirúrgico de la HPB se extirpa el tejido hipertrofiado y queda el resto de la glándula. Por tanto, no excluye la posibilidad de padecer un cáncer de próstata en el tejido remanente.**

Hay que destacar que algunos de los síntomas presentes en la HPB son iguales o parecidos a los que aparecen en un cáncer de próstata, si bien en este último caso, evolucionan frecuentemente con mayor rapidez, es decir, en algunos meses en lugar de años, como ocurre habitualmente en la hiperplasia. Clínicamente es difícil diferenciar ambas entidades, pero es posible lograrlo con el tacto rectal, el apoyo de la paraclínica (ecografía, dosificación de PSA, biopsia prostática, etc.) y el seguimiento.

## II) Prostatitis.

El término *prostatitis* se utiliza para definir aquellos procesos de naturaleza inflamatoria o infecciosa que afectan a la glándula prostática. Son benignos y su padecimiento no aumenta el riesgo de presentar un cáncer.

Los patógenos más frecuentemente vinculados etiológicamente a la prostatitis son principalmente *Escherichia coli*, y menos frecuentemente, klebsiella, proteus, enterococo fecal y pseudomona. Menos frecuentemente aún se presentan estafilococos, estreptococos, gérmenes de ITS como *Chlamydia trachomatis*, *Ureaplasma urealyticum* y *Mycoplasma hominis* (European Association of Urology, 2010).

La sintomatología suele presentarse de manera brusca y producir frecuentemente dolor perineal, escrototesticular, en el pene y/o en el hipogastrio, y puede asociar síntomas del tracto urinario inferior como dolor e irritación miccional, aumento de la frecuencia miccional y dificultad para evacuar la orina, además de fiebre, hematuria, piuria y retención aguda de orina. En la prostatitis aguda la próstata, en el tacto rectal, suele estar tumefacta y ser dolorosa. La prostatitis aguda puede determinar un cuadro grave con sintomatología intensa, fiebre alta y gran afectación del estado general.

El diagnóstico es fundamentalmente clínico. El patógeno causal se detecta solo en un 5 a 10 % de los casos. De todos modos, se solicitará examen de orina para valorar elementos inflamatorios y urocultivo en vistas a definir el agente etiológico. Se solicitarán exámenes para ITS según las recomendaciones de diagnóstico, tratamiento y vigilancia de ITS (MSP, 2016). De ser necesario y según la severidad del cuadro clínico, se solicitarán otros exámenes generales para valorar repercusiones del cuadro infeccioso y comorbilidades.

**La prostatitis es una enfermedad benigna, no tiene relación causal directa con el cáncer de próstata ni con la hiperplasia benigna.**

Aunque frecuentemente no se encuentra una causa infecciosa como responsable del proceso, el tratamiento utilizado habitualmente se basa en la administración de antibióticos y antiinflamatorios.

Las prostatitis agudas graves se referirán a la emergencia para internación y tratamiento intravenoso.

En las prostatitis agudas menos graves se realizará tratamiento ambulatorio, que puede ser iniciado por el médico/a del PNA, con valoración por especialista en urología en policlínica en diferido. Una pauta clásica es ciprofloxacina v/o 500 mg c/12 h inicialmente por 10 a 15 días, que puede prolongarse de acuerdo a la valoración del urólogo. Otra opción es levofloxacina v/o 500 mg c/12 h, que además es activo frente a clamidias y micoplasmas.

Las prostatitis crónicas y síndrome de dolor pélvico crónico serán derivadas al servicio de urología de referencia. En general el tratamiento es con ciprofloxacina o levofloxacina v/o por 4 a 6 semanas (EAU, 2010).

En caso de sospecha de ITS, agregar empíricamente azitromicina 2 g v/o única dosis en una sola toma y se realizará: educación y consejería, provisión y entrega de condones, prueba de VIH y sífilis, reevaluación en siete días, recomendación de no tener relaciones sexuales, identificación de los contactos sexuales de los dos meses previos y tratamiento de estos contactos para las mismas ITS sospechadas o identificadas en el caso índice con el mismo plan terapéutico.

Como tratamiento sintomático, principalmente en prostatitis crónicas y SDPC, los alfabloqueantes asociados a los antibióticos son frecuentemente utilizados por los urólogos (EAU, 2010): terazosina con dosis progresivas hasta 5 mg al acostarse o tamsulosina 0,4 con el desayuno. Para el tratamiento del dolor e inflamación se utilizan frecuentemente antiinflamatorios no esteroideos a dosis habituales. Otra opción para el alivio inicial de los síntomas puede ser fenozapiridina 200 mg c/ 6 h.

### III) Cáncer de próstata.

El cáncer de próstata es el tumor maligno más frecuente en el hombre. En nuestro país es responsable de aproximadamente el 19 % de los casos de cáncer y constituye la segunda causa de muerte por cáncer en los varones (Barrios, Musetti, Alonso y Garau, 2015).

**La tasa de incidencia estandarizada por edad se ha casi duplicado en el período que va de 1991 (35,2 casos por cada 100.000 hombres) (De Stefani, Vassallo, Barrios y Ronco, 1996) a 2011 (60 casos por 100.000 hombres) (Barrios, Garau, Alonso y Musetti, 2014). El número de casos nuevos diagnosticados anualmente pasó de 786 en 1991 a unos 1.500 en el período 2007–2011 (Barrios, Garau, Alonso y Musetti, 2014).**

El aumento de la incidencia del cáncer de próstata se ha verificado en casi todo el mundo, aunque con enormes variaciones, y se atribuye un rol difícil de cuantificar a la aparición y difusión del diagnóstico mediante el antígeno prostático específico (PSA) (Center, Jemal, Lortet-Tieulent, Ward, Ferla, Brawley y Bray, 2012).

Con cierto retraso se han observado en Uruguay tendencias similares a las registradas en varios países desarrollados. Con relación a la mortalidad, entre 1991 y 2004 se observó un incremento muy leve pero significativo de la tasa estandarizada por edad que acompañó al aumento de incidencia registrado en el mismo período. Desde entonces se observa un decrecimiento de algo más del 2 % anual. Si bien el número de muertes no sigue una tendencia descendente tan clara como aquella observada en la tasa estandarizada por edad en 2004, coincidiendo con el pico en la tasa de mortalidad se registraron 660 muertes por cáncer de próstata, mientras que en 2014 este número fue de 580.

Diferentes explicaciones se han propuesto para dar cuenta de este descenso. Si bien se ha asignado relevancia relativa a la introducción del PSA, trabajos recientes muestran que el descenso de la tasa de mortalidad por cáncer de próstata comenzó antes de la difusión del uso del PSA y es mayor en magnitud que el esperado por el impacto del tamizaje (Dickinson y cols., 2016). Otros factores, como los avances en las prácticas diagnósticas y terapéuticas y una mejor codificación de la causa de muerte, podrían contribuir a explicar dicho descenso (Dickinson y cols., 2016). En nuestro país, dada la estabilidad de los criterios de codificación de la causa de muerte, el error de codificación no sería un factor determinante, pero deberían considerarse tanto los factores diagnósticos como terapéuticos y la accesibilidad general al sistema de salud.

Las estrategias preventivas para cáncer de próstata están en constante evaluación para ofrecer a los varones las mejores propuestas considerando los beneficios y riesgos de las diferentes acciones. Los equipos deben estar atentos a las evidencias que van surgiendo para mantener actualizadas sus acciones y trabajar coordinadamente en conjunto con el servicio de urología de referencia cuando corresponda. Explicar las propuestas en los contactos de los varones con el equipo del PNA, tanto en la consulta como en otras actividades, permitirá tomar las mejores decisiones en una atención centrada en la persona. Como en muchos temas, existen controversias que obligan a mantener una actitud crítica, sabiendo que no está cerrada la discusión.

En el primer nivel de atención, en las diferentes actividades de promoción y prevención (consultas, actividades comunitarias, etc.) tomamos contacto más frecuentemente con población sana y/o que se siente sana, por lo que es responsabilidad del equipo del PNA dar respuestas acordes a las características de esta población, sin subestimar ni

sobreestimar los problemas, tratando de evitar el sobrediagnóstico y sobretratamiento y ofreciendo lo mejor acorde a la evidencia, con el apoyo del especialista urólogo/a, manteniendo en el equipo de primer nivel la responsabilidad que le corresponde en la atención integral y continua del varón (Pizanelli, 2015).

En las últimas décadas ha habido un sustancial cambio a un estadio más temprano en la presentación de los pacientes con cáncer de próstata. Esta migración, desde el punto de vista de los especialistas, estaría vinculada al tamizaje con PSA.

Sin embargo, no existe demostración suficiente a favor de que el tamizaje reduzca la mortalidad por cáncer de próstata en la población de riesgo promedio (hombres sin riesgo genético y no afrodescendientes). En efecto, estudios randomizados bien diseñados han resultado negativos (Andriole y cols., 2009; Kilpeläinen y cols., 2013; Sandblom y cols., 2011; Labrie y cols., 1998) y los positivos (Schröder y cols., 2014; Hugosson y cols., 2010) muestran una reducción muy pequeña del riesgo de morir por cáncer de próstata. Más aún, los metaanálisis comunicados resultaron negativos (Lee y cols., 2013; Illic y cols., 2013; Lumen y cols., 2012; Djulbegovic y cols., 2010).

Por otra parte, existe evidencia firme del riesgo de sobrediagnóstico y en consecuencia de sobretratamiento y sus principales complicaciones, en particular la incontinencia urinaria y la disfunción eréctil (Etzioni y cols., 2002; Schröder y cols., 2012; Harris y Lohr, 2002; Stanford y cols., 2000; Hamilton y cols., 2001; Wilt y cols., 2008).

La mayoría de los cánceres de próstata detectados mediante tamizaje se diagnostican en etapa temprana y los pacientes son tratados con prostatectomía radical y/o radioterapia, tratamientos que se asocian a un riesgo significativo de estas complicaciones (20-70 %), con el consiguiente impacto negativo en la calidad de vida (Harris y Lohr, 2002; Stanford y cols., 2000; Hamilton y cols., 2001; Wilt y cols., 2008).

Hoy en día la introducción de la **vigilancia activa**, una opción cada vez más frecuente en la práctica urológica, ha permitido disminuir el sobretratamiento.

La **vigilancia activa** es una propuesta terapéutica que acuerda el especialista con el paciente evaluando la información disponible, riesgos y beneficios, la realización de un seguimiento periódico y personalizado del cáncer ya diagnosticado (American Cancer Society, 2016).

## Recomendaciones según la evidencia actual disponible:

**En consecuencia, hoy en día la tendencia es realizar un tamizaje oportunista personalizado, basado en el análisis de los factores de riesgo, la expectativa de vida y la preferencia del paciente ampliamente informado sobre los potenciales beneficios y riesgos del tamizaje.** (Wilt, MacDonald, Rutks et al., 2008).

### **Los factores de riesgo considerados son:**

- **Los antecedentes de cáncer de próstata en familiares de primer grado** (padre y/o hermanos); si a estos se agregan antecedentes entre los de segundo grado, el riesgo es mayor. Evidencias epidemiológicas y moleculares sugieren que el cáncer de próstata tiene un fuerte componente familiar. Si bien ha habido grandes avances en la identificación de genes que confieren mayor riesgo de desarrollar cáncer de próstata, aún no tienen aplicación clínica para definir dicho riesgo.

- **La etnia afro-descendiente.** En Estados Unidos, los afrodescendientes tienen la mayor incidencia de cáncer de próstata. Y si bien se ha observado una mayor disminución en la mortalidad que en los caucásicos, aún sus tasas de mortalidad son mayores. En Uruguay no se tienen datos estadísticos que confirmen estas tendencias; se observa que los afrodescendientes presentan enfermedad más avanzada al momento del diagnóstico.

### **Otros factores de riesgo relacionados son:**

- **La obesidad,** que se asocia a un modesto aumento en la incidencia de cáncer de próstata. Tres grandes estudios prospectivos sugieren que la obesidad se asocia con una menor incidencia de tumores de menor grado, pero un mayor riesgo de enfermedad de mayor grado.

- Con respecto a factores que pueden prevenir el desarrollo y progresión del cáncer de próstata, como la dieta, no se pueden extraer conclusiones concretas, ya que la complejidad de la dieta occidental, la asociación de dietas saludables con hábitos de vida saludables como actividad física, cesación del tabaquismo y la potencial interacción de nutrientes específicos con variabilidad genética entre individuos tienen limitaciones significativas para entender cómo la dieta influye en los riesgos. Sin lugar a dudas, mejorar los hábitos alimenticios, incentivar el ejercicio y evitar el tabaquismo mejora la salud global de los pacientes.

Las recomendaciones sobre la edad de inicio del tamizaje oportunista y su periodicidad varían según el nivel individual de riesgo.

**Cuando el paciente presenta factores de riesgo, se recomienda interconsulta con especialista en servicio de urología.**

**Cuando no se presentan factores de riesgo, si el paciente ampliamente informado sobre los riesgos y beneficios decide realizar el tamizaje, no se recomienda su inicio antes de los 50 años ni más allá de los 69–70 años.**

**Si bien no se conoce un intervalo óptimo, se recomienda su repetición cada 2 o 4 años.**

## Síntomas

El cáncer de próstata no da síntomas específicos, y cuando el paciente tiene síntomas del tracto urinario inferior se debe a que posiblemente tiene una hiperplasia prostática benigna asociada. En caso de metástasis la presencia de dolores óseos con componente nocturno, repercusión general y/o la repercusión sobre otros órganos pueden estar presentes.

**Tacto rectal (TR) en la evaluación prostática. La realización del tacto rectal es una maniobra semiológica que puede ser realizada por cualquier médico que tenga experiencia. En caso contrario, se dejará para que lo realice el urólogo en el servicio correspondiente.** La experiencia del especialista con esta técnica mejora su eficacia.

«El valor predictivo positivo del tacto rectal alcanza el 40 %; de 100 nódulos detectados por el urólogo, 40 serán cánceres y el resto corresponderán a HPB, prostatitis crónica, infartos prostáticos, TBC, etc.» (SSA, 2001; Secretaría de Salud, 2016).

## Antígeno prostático específico (PSA)

El PSA es una proteína producida casi exclusivamente en la próstata y se segrega junto con el semen en altas concentraciones. El PSA es un marcador específico para la próstata pero no es específico para una patología en particular.

Algunas circunstancias pueden alterar, discretamente, los valores normales de PSA en la sangre y crear situaciones de falsa alarma. Estas circunstancias son las siguientes:

- Tacto rectal previo a la extracción de sangre.
- Masaje prostático.
- Ecografía transrectal previa.
- Procesos infecciosos e inflamatorios de la próstata.
- Retención urinaria.
- Biopsias de próstata, después de las cuales puede llegar a tardar hasta un mes en regresar el PSA a su valor basal.
- HBP de gran volumen.
- Colocación de sonda vesical y procedimientos endoscópicos.

Por tanto, la presencia de niveles altos de PSA, salvo que estos estén muy elevados, generalmente indica la existencia de una alteración prostática, pero no necesariamente es sinónimo de cáncer de próstata.

Una determinación de PSA en la sangre que presenta un resultado normal (menor de 4 ng/ml) no excluye totalmente la posibilidad de que exista un cáncer, ya que existe un porcentaje de cánceres de próstata que no producen elevación del PSA por encima de los valores considerados normales (Heidenreich et al., 2010; INEC, 2013; MS-SSSP, 2010; Molina et al., 2000).

## 6.4. Bibliografía

- Albers, P., Albrecht, W., Algaba, F., Bokemeyer, C., Cohn Cedermark, G., Fizazi, K., Horwich, A, y Laguna, M. P. (2010). *Guía clínica sobre el cáncer de testículo*. European Association of Urology.
- American Cancer Society. (2016). Espera en observación o vigilancia activa para cáncer de próstata. *Last Medical Review*. Recuperado de <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-prostata/tratamiento/espera-en-observacion.html>
- Andriole, G., Crawford, E., Grubb, R., Buys, S., Chia, D., Church, T., Fouad, M., Gelmann, E., Kvale, P., Reding, D., Weissfeld, J., Yokochi, L., O'Brien, B., Clapp, J., Rathmell, J., Riley, T., Hayes, R., Kramer, B., Izmirlian, G., Miller, A., Pinsky, P., Prorok, P., Gohagan, J. y Berg, C. (2009). Mortality results from a randomized prostate-cancer screening trial. *PLCO Project Team*. *N. Engl J. Med.* Mar 26.
- Asociación Española de Urología. (1996). *Urgencias urológicas. Servicio de Urología del Hospital General Universitario Gregorio Marañón de Madrid*. ENE Ediciones.
- Bell, N., Connor Gober, S., et al. (2014). *Recommendations on screening for prostate cancer with the prostate-specific antigen test*. CMAJ. Canadian Task Force on Preventive Health Care. Recuperado de [www.screening.nhs.uk/prostatecancer](http://www.screening.nhs.uk/prostatecancer)
- Carroll, P., Parsons, J., Andriole, G., et al. (2016). Prostate Cancer Early Detection, Guidelines Insights. *Natl Compr Canc Netw*.
- Castro, F., Castro, A., y Raby, F. (2010). Fimosis y circuncisión. Artículo de revisión. En *Rev Chilena Pediatría*.
- Center, M., Jemal, A., Lortet-Tieulent, J., Ward, E., Ferlay, J., Brawley, O. and Bray, F. (2012). International Variation in Prostate Cancer Incidence and Mortality Rates. *Ind Eur J Urology*.
- De Stefani, E., Vassallo, J., Barrios, E., Ronco, A. (1996). *Incidencia del cáncer en el Uruguay, 1991*. Comisión Honoraria de Lucha Contra el Cáncer.
- Dickinson, J., Shane, A., Tonelli, M., Connor, S., Joffres, M., Singh, H., y Bell, N. (2016). CMAJ Open 2016. En DOI:10.9778/CMAJO.20140079.
- Djulgovic, M., Beyth, R., Neuberger, M., Stoffs, T., Vieweg, J., Djulgovic, B. and Dahm, P. (2010). Screening for prostate cancer: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ*. Sep 14. Review. PubMed PMID: 20843937.
- Etzioni, R., Penson, D., Legler, J., et al. (2002). Overdiagnosis due to prostate-specific antigen screening: lessons from U.S. prostate cancer incidence trends. *En J Natl Cancer Inst*.
- European Association of Urology (2010). *Guía clínica sobre las infecciones urológicas*.
- Gina, B., Scarsdale, M. and Kaufmann, M. (2016). *Guía clínica sobre las infecciones urológicas*. European Association of Urology. American Urological Association.
- Guía Terapéutica Antimicrobiana del Área Aljarfe (2011). *Equipos de atención primaria. Balanitis y balanopostitis en adultos*. Programa Integral de Prevención y Control de Infecciones Relacionadas con la Asistencia Sanitaria y Uso Apropiado de Antimicrobianos. España.
- Hamilton, A., Stanford, J., Gilliland, F., et al. (2001). *Health outcomes after external-beam radiation therapy for clinically localized prostate cancer: results from the Prostate Cancer Outcomes Study*. In: *J Clin Oncol*.
- Harris, R., y Lohr, K. (2002). Screening for prostate cancer: an update of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med*.
- Heidenreich, A., Bolla, S., Joniau, M., Mason, V., Matveev, N., Mottet, H., Schmid, T., Van der Kwast, T., y Wiegel, F. (2010). *Guía clínica sobre el cáncer de próstata*. European Association of Urology.

- Horwich, A., Hugosson, J., De Reijke, T., et al. (2012). Prostate cancer: ESMO Consensus Conference Guidelines 2012. *Ann Oncol* 2013.
- Hugosson, J., Carlsson, S., Aus, G., et al. (2010). Mortality results from the Göteborg randomised population-based prostate-cancer screening trial. *Lancet Oncol*.
- Instituto Nacional de Cancerología. (2013). Sistema General de Seguridad Social en Salud: Guía de práctica clínica para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación del cáncer de próstata. En *Guía para profesionales de la salud* (2013). Guía No. GPC- 2013-21. ESE- Sociedad Colombiana de Urología.
- Kilpeläinen, T., Tammela, T., Malila, N., Hakama, M., Santti, H., Määttänen, L., Stenman, U., Kujala, P., y Auvinen, A. (2013). Prostate cancer mortality in the Finnish randomized screening trial. *J Natl Cancer Inst*. May 15.
- Ilic, D., Neuberger, M., Djulbegovic, M., y Dahm, P. (2013). Screening for prostate cancer. In: *Cochrane Database Syst Rev*. Jan 31. Review. *PubMed PMID*: 23440794.
- Labrie, F., Candas, B., Cusan, L., Gomez, J., Bélanger, A., Brousseau, G., Chevette, E., y Lévesque, J. (1998). Screening decreases prostate cancer mortality: 11-year follow-up of the 1988: In: Quebec prospective randomized controlled trial. *Prostate* 59.
- Lee, Y., Park, J., Jeon, B., Lee, S., Kim, S., y Lee, Y. (2013). Is prostate-specific antigen effective for population screening of prostate cancer? In: A systematic review. *Ann Lab Med*. Jul. Review. *PubMed Central PMCID*: PMC3698300.
- Ludwig, M., et al. (2008). Diagnosis and therapy of acute of prostatitis, epididymitis and orchitis. *Urological practice, Journal compilation*. Capítulo andrología.
- Lumen, N., Fonteyne, V., De Meerleert, G., Ost, P., Villeirs, G., Motttrie, A., De Visschere, P., De Troyer, B., y Oosterlinck, W. (2012). Population screening for prostate cancer: an overview of available studies and meta-analysis. *Int J Urol*. Feb. Review. *PubMed PMID*: 22103653.
- Maguiña-Vargas, C., Osorio, F., Farías, H., Torrejón, D., y Alcorta, T. (2005). Enfermedades por ectoparásitos: En *Dermatol Perú*.
- Ministerio de Salud. (2010). *Guía clínica cáncer de próstata en personas de 15 años y más*. Gobierno de Chile.
- Molina, R., Filella, A., y Ballesta. (2000). El antígeno prostático específico en el diagnóstico precoz del cáncer de próstata. En: *Medicina Integral*, 36(6).
- Monge, R., et al. (2003). Valoración del síndrome escrotal agudo en atención primaria. *Med Integral*.
- Pizzanelli, M. (2015). ¿Overscreening o prevención a escala humana? Tamizaje excesivo. *Rev Bras Med Fam Comunidade*, 10(35). Recuperado de [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10\(35\)1068](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10(35)1068)
- Pizzocaro, G., Algaba, F., Solsona, E., Tana, S., Van der, P., Watkin, N., y Horenblas, S. (2010). *Guía clínica sobre el cáncer de pene*. European Association of Urology.
- Qaseem, A., Barry, M., Denberg, T., et al. (2013). Screening for prostate cancer: a guidance statement from the Clinical Guidelines Committee of the American College of Physicians. *Ann Intern Med* 2013. Recuperado de [www.auanet.org/education/guidelines/prostate-cancer-detection.cfm](http://www.auanet.org/education/guidelines/prostate-cancer-detection.cfm)
- Roehrborn, C. (2010). *Hiperplasia prostática benigna*. Campbells Urology.
- Sáez, N. (2003). Del examen físico segmentario: examen de los genitales masculinos y próstata. En *Apuntes de Semiología*. Pontificia Universidad Católica de Chile-Escuela de Medicina.
- Secretaría de Salud. (2001). *Programa de acción: Cáncer de próstata*. Subsecretaría de Prevención y Protección. México. Recuperado de [http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/cancer\\_prostata.pdf](http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/cancer_prostata.pdf)

- Sandblom, G., Varenhorst, E., Rosell, J., Löfman, O., y Carlsson, P. (2011). Randomised prostate cancer screening trial: 20-year follow-up. In: *BMJ*. Mar 31.
- Schröder, F. H., Hugosson, J., Roobol, M. J., et al. (2012). Prostate-cancer mortality at 11 years of follow-up. *N Engl J Med*.
- Schröder, F., Hugosson, J., Roobol, M., et al. (2014). Screening and prostate cancer mortality: results of the European Randomised Study of Screening for Prostate Cancer (ERSPC) at 13 years of follow-up. In: *Lancet*.
- Secretaría de Salud. (2015). Diagnóstico y tratamiento de orquitis en niños y adolescentes. México. Recuperado de <http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/catalogoMaestroGPC.html>
- Stanford, J., Feng, Z., Hamilton, A., et al. (2000). Urinary and sexual function after radical prostatectomy for clinically localized prostate cancer: the Prostate Cancer Outcomes Study. In: *JAMA*.
- Trojan, T. et al. (2009). Epididymitis and Orchitis: An Overview *Am Fam Physician*. 79(7):583-587.
- U.S. Preventive Services Task Force. (2014). *The Guide to Clinical Preventive Services. Recommendations of the U.S. Preventive Services Task Force.*
- Vial, V., y col. (2015). Balanitis xerótica obliterante en el adulto. *Rev. Argent. Dermatol*, 96(3). Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- Wilt, T., MacDonald, R., Rutks, I., et al. (2008). Systematic review: comparative effectiveness and harms of treatments for clinically localized prostate cancer. In: *Ann Intern Med*.
- Wolf, A., Wender, R., Etzioni, R., et al. (2010). *American Cancer Society guideline for the early detection of prostate cancer.*

### **Leyes, decretos, ordenanzas, guías y protocolos en Uruguay**

- Barrios, E., Musetti, C., Alonso, R., y Garau, M. (2015). *V Atlas de mortalidad por cáncer en el Uruguay*. En Registro Nacional de Cáncer, Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer. Montevideo.
- Barrios, E., Garau, M., Alonso, R., y Musetti, C. (2014). *IV Atlas de Incidencia del Cáncer en Uruguay: 2007-2011*. En Registro Nacional de Cáncer. Comisión Honoraria de Lucha Contra el Cáncer.
- Ministerio de Salud Pública (2009). *Manual de oncología para el primer nivel de atención*. Programa Nacional de Control del Cáncer (PRONACCAN). Uruguay.
- Ministerio de Salud Pública. (2018). *Guía para el tamizaje del cáncer colorrectal*. Pronaccan. Uruguay.
- Ministerio de Salud Pública. (2019). *Recomendaciones de diagnóstico, tratamiento, prevención y vigilancia de las infecciones de transmisión sexual*. Dirección General de la Salud. Área programática ITS-VIH-sida. Uruguay.



## 7. Paternidades

La experiencia de paternidad forma parte de la salud sexual y la salud reproductiva masculina responsable, que puede tener diversas formas de expresión, puede ser una elección individual y/o de pareja. Asimismo, la paternidad puede presentarse en personas con diferentes orientaciones sexuales, y puede referirse a hijos biológicos o adoptivos. Por esta razón, esta publicación se referirá a la *coparentalidad* compartida.

En nuestro país no existe una sistematización de experiencias relacionadas con el abordaje de los varones respecto a sus paternidades. Para promover esta temática, es importante que los equipos de salud que trabajan en el PNA conozcan y apliquen la reglamentación vigente, ya sea respecto al acompañamiento del embarazo, parto y posparto, al proceso del IVE, a la detección de ITS, al uso y acceso a los MAC, como también a los procesos de adopción y de reproducción asistida. Además es importante promover en los varones la corresponsabilidad en los cuidados de los hijos y en las tareas domésticas.

### 7.1. Dimensiones de las paternidades

**«El derecho a planificar la paternidad de forma libre y responsable» es un derecho sexual y un derecho reproductivo. Esto implica que todo varón tiene derecho a decidir ser padre o no serlo, así como también decidir sobre el número de hijos que tendrá y cuál será el espaciamiento temporal entre ellos.**

La vivencia de una co-parentalidad responsable significa que:

#### a) Los varones tienen RESPONSABILIDADES en:

- La prevención de embarazos.
- El acompañamiento físico y emocional de su pareja sexual, sea durante el embarazo como también frente a la interrupción de un embarazo.
- El acompañamiento durante el trabajo de parto, parto y posparto.
- La manutención de todos los hijos (intencionales o no).

#### b) Los varones tienen DERECHO a:

- Prevenir un embarazo.
- Expresar su opinión respecto de interrumpir o no un embarazo. Eso no le otorga derecho a presionar a su pareja sexual para que realice o no una IVE.

El ejercicio del derecho a una paternidad responsable involucra no solo la fase de anticoncepción, embarazo, parto y posparto, sino que incluye además la posibilidad de vivir la paternidad como un ejercicio que puede ser placentero en todas las etapas del proceso y en todas las edades.

La igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres favorecen el involucramiento de los varones en una coparentalidad responsable. Esto ha generado que las mujeres dispongan del compromiso (imprescindible) de la pareja sexual para compartir: la prevención de los embarazos no intencionales, la interrupción voluntaria de un embarazo, el acompañamiento en el proceso de embarazo, el trabajo de parto, el nacimiento, el posparto, la crianza y la manutención de ese hijo compartido.

En el año 2015 se llevó a cabo una reunión global en Washington D. C., con participación de miembros de MenCare Fatherhood Campaign de todos los continentes y allí se elaboró un producto llamado *El panorama del estado de los padres en el mundo* y un resumen y recomendaciones acordadas internacionalmente. Se destacan:

- Aproximadamente el 80 % de los varones serán padres biológicos en algún momento de sus vidas y prácticamente todos los hombres tienen algún tipo de interacción con niños.
- La paternidad equitativa ayuda a los hijos a crecer saludablemente.
- La paternidad equitativa permite que las mujeres y las niñas de hoy y de generaciones futuras alcancen su máximo potencial.
- La paternidad equitativa hace a los varones más felices y sanos.
- La proporción de varones que proveen cuidados está aumentando en determinados países, pero en ninguna parte iguala a la de las mujeres.
- La participación y el apoyo de los varones es vital para que todos los niños sean hijos deseados.
- La participación de los padres (en la forma que deseen las mujeres) desde las primeras consultas prenatales, durante el parto e inmediatamente después del nacimiento puede producir beneficios duraderos en el tiempo para el padre, la madre y el recién nacido.
- Promover el compromiso de los padres debe incluir actividades para romper el ciclo de la violencia.
- La mayor participación de los varones en las labores de cuidados también produce beneficios económicos.

**La presencia de los varones en el sistema de salud acompañando a su pareja gestante es una oportunidad que no se puede desaprovechar como instancia para involucrarlo en el cuidado de su propia salud. Es fundamental fomentar y apoyar la presencia de los varones en los servicios de atención a la salud.**

Si el varón concurre y el sistema no tiene nada para ofrecerle, será una mera figura acompañante, y quizás no regrese nuevamente. Por esta razón, es recomendable promover estrategias y diseñar acciones encaminadas en este sentido, que podrían ser de resolución simultánea o de coordinación en diferido, de acuerdo a las posibilidades

del sistema de salud y la creatividad de cada prestador de salud.

En el siguiente esquema se muestran las diferentes situaciones en las que es posible involucrar y/o captar al varón.



## 7.2. Prevención del embarazo

Si bien los varones tienen derecho a evitar un embarazo que no desean, también son corresponsables de cualquier ausencia de cuidado, «incidente» o «accidente» en la prevención de estos. En este sentido, para ayudar a su involucramiento de forma adecuada, es importante que cuando un varón realiza una consulta de salud también se le realicen preguntas relacionadas con la anticoncepción: uso de métodos anticonceptivos y correcto uso de estos.

### 7.2.1. Métodos anticonceptivos (MAC)

**Es importante que todos los varones se involucren en la elección y el uso de los métodos anticonceptivos que utilizan con sus parejas mujeres, y también con los métodos de barrera que utilizan con todas sus parejas sexuales.**

La elección y el uso de los MAC es siempre una responsabilidad compartida. La prevención de los embarazos y la prevención de las ITS nunca son «solo un tema de mujeres». **Por esto, es siempre recomendable lograr un acuerdo con la pareja en el método a utilizar.**

**Es fundamental que todos los servicios y consultorios del PNA del SNIS dispongan de:**

1. Materiales educativos y afiches/folletos para informar sobre el buen uso de MAC y de métodos de prevención de ITS.
2. Información sobre métodos tanto de barrera como anticonceptivos en cualquier momento del proceso de detección, diagnóstico y tratamiento de las ITS.
3. Acceso a información sobre planificación familiar y prevención de ITS en las salas de espera y en actividades comunitarias dirigidas a varones.
4. Acceso fácil a preservativos, dando cumplimiento al decreto 009/2011.
5. Información específica para el uso adecuado de los MAC y de los métodos de barrera durante las consultas ginecoobstétricas y/o posparto.

**Para realizar una consejería adecuada, es importante habilitar un espacio de escucha y diálogo** en el que indagar acerca de la situación real del usuario, sus fantasías y deseos, así como sus proyectos a futuro con relación a sus posibles parejas sexuales.

**El personal de salud puede informar de manera básica sobre el uso de los diferentes métodos**, sus ventajas y desventajas para cada uno de los integrantes de la pareja, de manera que puedan elegir el método o los métodos que más se adecuen a su situación particular, salud, estilo de vida, etc.

Se **debe estimular al varón a analizar ventajas y desventajas de los MAC** en los que piensa inicialmente.

**Es importante siempre informar y explicar acerca del uso correcto del preservativo** (se detalla en el anexo 8).

**Además de la preferencia de elección de un MAC, se recomienda siempre la doble protección, utilizando el método elegido conjuntamente con el preservativo.** (MSP, 2013).

## 7.2.2. Métodos anticonceptivos permanentes. Vasectomía

Los MAC permanentes son los métodos de esterilización quirúrgica masculina y femenina: vasectomía en el varón y ligadura tubaria en la mujer.

**Ambos procedimientos se consideran irreversibles.** Se sugiere explicar al usuario qué es la vasectomía, para qué sirve, cómo es el procedimiento y cuáles son sus beneficios y riesgos.

La vasectomía es un MAC que implica una cirugía menor, en la que se interrumpe la continuidad de los conductos deferentes. Es importante informar que no genera ningún cambio hormonal, ni en el placer sexual, ni en la micción.

**Para realizar la vasectomía alcanza con la sola voluntad del varón,** aunque es recomendable que el personal de salud realice siempre una correcta orientación para asegurarse de que tome una decisión libre e informada.

- **Mecanismo de acción.** Se interrumpe la continuidad de los conductos deferentes mediante su sección quirúrgica, por lo que los espermatozoides que producen los testículos no se expulsan al exterior del cuerpo a través de la eyaculación. De esta manera se mantiene la eyaculación, **pero sin espermatozoides.** Hasta tres meses luego de la cirugía pueden permanecer espermatozoides remanentes con capacidad fecundante en la porción distal del deferente y en las vesículas seminales. Por esta razón, se recomienda que durante ese período después de la cirugía se utilice un anticonceptivo eficaz. Si hay disponibilidad del examen, se recomienda realizar un espermatograma a los tres meses de la operación para garantizar que el semen no contenga espermatozoides.

**En Uruguay, los varones tienen derecho a optar por una vasectomía y solicitarla a su prestador de salud, dado que está incluido en el Plan Integral de Atención en Salud (PIAS) como prestación obligatoria, sin cobro de tasa moderadora alguna. Esta prestación es independiente de la edad, del estado civil y de haber tenido o no hijos al momento del procedimiento.** (Decreto P. E. 383/2010)

- **¿Qué complicaciones o riesgos puede tener?**

Son aquellos riesgos inherentes a una intervención quirúrgica menor (infección, hemorragia, edema en el escroto). En general, se trata de una intervención de bajo riesgo cuyas potenciales complicaciones deberán ser discutidas con el varón consultante en cada caso individual.

- **Condiciones de salud de riesgo a considerar**

Se deben investigar los aspectos que se especifican a continuación para determinar si tiene alguna condición de salud que contraindique la cirugía o que hagan recomendable posponerla o realizarla en un centro quirúrgico del SNIS con determinados cuidados especiales. Se recomienda posponer la cirugía si existe alguna de las siguientes condiciones (MSP, 2013):

- ✓ ITS activa.
- ✓ Inflamación del pene, cordón espermático o testículos.
- ✓ Infección cutánea del escroto.
- ✓ Infección sistémica o gastroenteritis.
- ✓ Filariasis o elefantiasis.

- **Asesoramiento y orientación hacia los varones**

- **Orientar sobre todas las alternativas de MAC** para que pueda decidir libremente sobre el método anticonceptivo.
- **Informar sobre la simplicidad del procedimiento quirúrgico**, su accesibilidad y sobre la posibilidad de tener que esperar seis meses, como máximo, para que el prestador de salud coordine la intervención.
- **Explicitar que la vasectomía no protege de ITS**, sino que solo evita los embarazos.
- **Asesorar claramente sobre los beneficios, y también sobre los riesgos**, sin hacer énfasis en ninguno de ellos.
- **Explicar que es un método eficaz y resaltar su característica de irreversibilidad.**
- **Es importante cuestionar y derribar algunos mitos que giran en torno a la situación posvasectomía.** Por ejemplo: que el varón queda debilitado, tendrá disfunciones eréctiles como consecuencia del procedimiento, se generarán efectos secundarios permanentes como dolor u otras enfermedades físicas o mentales, generará disfunciones del deseo sexual y alargará el período refractario o generará desequilibrio hormonal.

Informar que se realiza con anestesia local y/o sedación en un servicio de cirugía ambulatoria. Luego se realiza una pequeña incisión en el escroto con el fin de realizar la ligadura y sección de los conductos deferentes en ambos testículos.

Después de la operación, el hombre debe quedarse en reposo en la clínica por 30 minutos a una hora y después se le otorga el alta a domicilio. Es recomendable, pero no obligatorio, hacer reposo relativo por dos días.

El usuario debe firmar un consentimiento informado, independientemente de la edad, en el que se responsabiliza de la decisión y acepta los riesgos que implica la intervención (Manual de orientación anticonceptiva. Método temporales y permanentes, MSP, 2013).

### 7.2.3. Métodos anticonceptivos de barrera

Se designan métodos de barrera a los preservativos masculinos y femeninos. Se consideran métodos anticonceptivos moderadamente eficaces. Su eficacia depende de que se los use correctamente. Establecen una barrera y previenen también las ITS. (Véase el capítulo 8.)

Esto es, que siempre se recomienda el uso de un **doble método**, usar siempre el preservativo y, sumando, una segunda opción de MAC. (MSP, 2013)

**Es importante siempre informar y explicar acerca del uso correcto del preservativo en todas las relaciones sexuales** (se detalla en el anexo 8), **así como acerca de la posibilidad de acceder** a estos mediante el sistema de cuponerías a través de su prestador habitual del SNIS, de forma gratuita o mediante un ticket moderador de bajo costo, según si el servicio de salud es público o privado (Decreto 009/2011).

**Es fundamental ayudar a entender a los varones que el uso sostenido del condón en todas las relaciones sexuales** y durante toda la relación hace la diferencia en el autocuidado, el cuidado de la salud de su pareja y del posible futuro embarazo.

## 7.3. Acompañamiento en la interrupción voluntaria del embarazo

El embarazo es una situación que acontece en la vida de dos personas, pero sucede en el cuerpo de la mujer, lo que la ubica en un lugar diferente. En un estereotipo de género suele pensarse que la interrupción es un tema solo de la mujer. Teniendo en cuenta que, aunque quien transita el embarazo es la mujer y es quien va a experimentar en su cuerpo la interrupción de este, es recomendable que la pareja se involucre en el acompañamiento del proceso y pueda expresar su sentir, aunque siempre en una posición de respeto a la decisión de la mujer.

**En este sentido, los varones deben respetar el deseo de su pareja sexual de continuar o de interrumpir un embarazo.**

ESTO NO QUIERE DECIR QUE no puedan pensar en conjunto cuál podría ser la mejor decisión para ambos. Con frecuencia, cuando toman la decisión en pareja, ambos transitan el proceso contando con un sostén emocional mutuo y por tanto con mayor conformidad y de forma más saludable.

### **7.3.1. Marco normativo**

La Ley n.º 18.987 del año 2012 despenaliza la interrupción voluntaria del embarazo en determinadas condiciones y otorga el derecho a la mujer de tomar la decisión de interrumpir un embarazo.

#### **El proceso en Uruguay según la normativa vigente consta de cuatro consultas:**

La mujer que desea acceder a una interrupción y se halla en los plazos y condiciones que plantea la ley (gravidez menor de 12 semanas o menor de 14 semanas en casos de violación) debe realizar:

**1.ª consulta.** Una consulta ante un médico del SNIS para expresar su voluntad de interrumpir la gestación.

**2.ª consulta.** Se le debe coordinar en el mismo día o al día siguiente una segunda consulta con un equipo interdisciplinario compuesto por ginecoobstetra, un especialista del área de salud mental y otro del área social. Se le brinda información sobre alternativas a la IVE, el proceso de IVE en sí mismo y se le solicita y registra si la mujer consiente o no que el equipo interdisciplinario de salud se entreviste con el progenitor. Se le otorgan cinco días de reflexión para procesar su decisión y ratificar o no su voluntad de interrumpir.

**3.ª consulta.** A partir del sexto día, se la cita a una tercera consulta con ginecólogo, quien recibe la expresión final de la mujer acerca de interrumpir o no la gestación. En caso de que ratifique la interrupción, se le brinda mayor explicación sobre el procedimiento para la interrupción, se le solicita la firma para su consentimiento informado y se procede a llevar adelante la interrupción. Si decide continuar con el embarazo, se inicia el control correspondiente.

**4.ª consulta.** Aproximadamente luego de 10 días de la interrupción se producirá una cuarta consulta de control y asesoría sobre anticoncepción.

### 7.3.2. ¿Cuál es el proceso que habitualmente transita el varón?

Es fundamental tener en cuenta que la confirmación de un embarazo no intencional suele generar una situación de crisis, en la que habitualmente se transita por diferentes momentos:

Primero el shock (sensación de pérdida de control de la vida y/o desorganización) sucede con una intensa movilización emocional, negación, se siente una sensación de irrealidad («esto no puede estar pasándome»).

Luego, se toma más contacto con los diferentes aspectos en juego, implicancias, sentimientos que movilizan. Esto da lugar a «la aceptación», momento en que se está en mejores condiciones para la reflexión y decisión responsable. Emocionalmente, en general, es muy intenso y conflictivo, y varía con la singularidad de las personas, su historia y su situación actual.

La toma de decisión acerca de la continuidad o no de un embarazo no intencional supone un proceso personal y compartido diferente según el grado de compromiso afectivo en la pareja. Tomar contacto y compartir la movilización afectiva favorece el proceso de reflexión y la experiencia en general. Es importante enfatizar que, si bien esto sucede en el cuerpo de la mujer y por esto prima su decisión, el varón también está implicado en el proceso. Esto significa que están en juego también sus sentimientos, lo que él piensa y valora en esta situación, lo que él puede compartir y escuchar, de acuerdo al vínculo y la comunicación con la mujer involucrada.

Es fundamental recomendar al varón una actitud permanente de respeto mutuo.

### 7.3.3. Asesoramiento y orientación para acompañar a varones vinculados a mujeres que desean interrumpir un embarazo

Se sugieren las siguientes recomendaciones:

- **Promover que el varón se conecte con las emociones que siente** frente al deseo de la mujer de interrumpir el embarazo y frente a la propia pérdida posible y respecto a la posibilidad de continuar con ese embarazo en particular. Las emociones básicas que podemos plantearle para ayudarlo son: rabia, alegría, esperanza, tristeza y miedo. Esto es fundamental para lograr la conexión afectiva con una decisión y un procedimiento que pueden involucrar movilizaciones emocionales fuertes, por tener que acompañar acciones en contra de su deseo.
- **Procurar que el varón se conecte con los sentimientos que la situación genera** en su pareja, escuchar sus motivos, lo que significa para ella este embarazo e intentar ponerse en su lugar (empatía).

- **Es importante favorecer que los varones se responsabilicen por sus acciones no preventivas, evitando generar sentimientos de culpa.** El control de la propia fertilidad es una responsabilidad personal y a su vez compartida.
- **Es importante habilitar que el varón logre contactar consigo mismo y expresar sus emociones sin violencia,** que valore con quién acompañarse y cómo compartirlo con su pareja, ya que esta en este momento podría estar más sensible y vulnerable emocionalmente. En general la IVE implica una movilización emocional para ambos.
- **Explicarle al varón en qué consiste el procedimiento de IVE** e informarle en qué momentos y por qué es importante que esté presente física y emocionalmente, si su pareja lo permite.
- Se recomienda que el varón consulte a la mujer respecto a si ella desea y necesita que él y/u otra persona la acompañe a las consultas con el equipo de salud que aborda el proceso de la IVE. Ella tiene el derecho a ingresar a la consulta sola, acompañada por su pareja sexual o por otra persona; y el varón debe respetar esta decisión.

**De acuerdo a la ley, el equipo de salud deberá solicitar y registrar el consentimiento de la mujer a través de su firma, en el formulario previsto para la interrupción, acerca de si consiente o no que el equipo interdisciplinario de salud se entreviste con el progenitor.**

- **Durante el acompañamiento a las consultas, si la mujer plantea que quiere ser acompañada, es importante que el varón no se descentre de sus emociones;** para esto es crucial que tenga en cuenta que la prioridad en ese momento es la emocionalidad de la mujer, por el hecho de que el procedimiento que se va a realizar será sobre el cuerpo de ella.
- **En la cuarta consulta –control pos-IVE– también el varón podrá participar, en tanto esté en concordancia con la voluntad de la mujer.** En caso de que ella no quiera concurrir a la cuarta. consulta, el varón puede ayudarla a no perder de vista la relevancia y los beneficios que tendrá el hecho de asistir para su salud física y mental; aunque deberá respetar su decisión final.
- **En caso de que la mujer desee que el varón esté presente en una o varias de las consultas con el equipo de salud es fundamental promover la participación activa de ese varón.** Él podrá acompañarla en el proceso de interrupción y para reforzar aspectos como la elección de métodos anticonceptivos a futuro. Para esto será muy útil que cuente con la misma información que la mujer. Les dará mayor seguridad a ambos.

### 7.3.4. Derivación y referencia

Si el varón que consulta por la situación que está viviendo actualmente, si presentara un monto elevado de angustia o ansiedad, se podrá referir al servicio de salud mental del prestador para valorar oportunidad de intervención terapéutica.

## 7.4. Embarazo, parto y posparto

**El embarazo, el trabajo de parto, el parto y el posparto también son procesos que se recomienda a los varones acompañar con compromiso y responsabilidad.**

Es una situación movilizante emocionalmente también para ellos. Por eso es conveniente tenerlos en cuenta, no solo como meros acompañantes.

La mujer recorre estos tres procesos desde su propia subjetividad y corporalidad. Es un camino extenso e intenso, donde no solo surgen necesidades emocionales, sino también logísticas respecto a la maternidad.

Es recomendable que los progenitores varones, estén o no en pareja, acompañen, siempre que sea posible, a la mujer (madre de su futuro hijo). Ellos tienen derecho a disfrutar y a acompañar el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el posparto. Y a su vez, tienen obligaciones frente al hijo que nace (Ley n.º 17.386/2001 y Decreto 67/2006).

Cuando una mujer decide continuar con su embarazo, el varón progenitor comienza a tener obligaciones impostergables, para con ella y el futuro hijo, así como también después de nacido este. La paternidad es un camino y es crucial afrontar la responsabilidad económica y logística que significa.

### 7.4.1. Acompañamiento del embarazo y del trabajo de parto

Si bien gran parte de las mujeres cursan la gravidez sin alteraciones, igualmente puede ser deseable o recomendable el acompañamiento de su pareja. Cuando hay indicación médica de reposo, será fundamental que el varón participe en los aspectos logísticos, tanto domésticos como de trámites formales respecto al embarazo y parto, así como del cuidado del entorno, de manera que la mujer pueda guardar reposo, con las menores alteraciones posibles, a modo de funcionamiento en equipo.

**La mujer podrá elegir si su pareja la acompaña o no a las consultas ginecoobstétricas y a los estudios paraclínicos/ecografías de rutina.** Esto significa que se promoverá la disponibilidad del varón para acompañar y formar parte de la evolución del embarazo.

**El decreto 35/2004** establece recomendar a toda mujer embarazada que concurra acompañada por su pareja sexual al menos a una consulta en el primer trimestre y a otra en el tercer trimestre de embarazo, y realizar consejería en transmisión vertical de sífilis así como solicitar la paraclínica correspondiente.

**La Ordenanza 447/2012 del MSP** establece que en los casos de mujeres embarazadas con diagnóstico de sífilis, el propio prestador del que es usuaria la mujer embarazada le administre de forma inmediata el tratamiento correspondiente a sus contactos sexuales.

**La Ordenanza 119/2018** establece que se debe ofrecer la prueba diagnóstica de sífilis y VIH a la pareja de la mujer embarazada, al menos una vez en el embarazo.

Es conveniente que el varón esté informado sobre la importancia y la frecuencia de los controles obstétricos de la mujer, así como de la importancia y el derecho que tiene de que la acompañe a las consultas. Su presencia en estas contribuirá a disminuir la transmisión vertical de la sífilis y el VIH, ya que la normativa vigente establece realizar consejería y medidas de prevención en ITS.

**El involucramiento de los varones en la etapa del embarazo es fundamental para que se produzca la comunicación padre-hijo antes del nacimiento.**

En Uruguay, desde el año 2006, cuando se reglamentó la ley de acompañamiento, toda mujer tiene derecho a ser acompañada durante el trabajo de parto, parto y nacimiento de su bebé por una persona de su confianza, o a su elección personal, que le brinde apoyo emocional, en la institución que le ofrezca su prestador de salud (Ley n.º 17.386).

**Esta ley contempla la posibilidad de que el progenitor acompañe en todo el trabajo de parto y el proceso de nacimiento, siempre y cuando la mujer lo quiera y así lo plantee explícitamente.**

- **Asesoramiento y orientación** al varón respecto a la importancia de:
  - **Participar en el curso de preparación al parto.** El varón tiene derecho a acompañar a su pareja a los cursos de preparación para el parto en el prestador de salud, si ella lo desea.
  - **Apoyar a la mujer para brindarle la atención y el apoyo** durante el trabajo de parto, parto e internación posparto y/o en el domicilio.
  - **Promover el contacto físico precoz del bebé con el padre para favorecer el vínculo madre-padre-hijo y el apego del bebé** con su padre, respetando las condiciones del nacimiento.

- **Informar sobre la importancia de que el varón comparta aquellas funciones que tradicionalmente se consideran (erróneamente) propias de la mujer:** la higiene del bebé, su alimentación, así como entender, poner en palabras y actuar cuando el bebé se muestra molesto, con hambre, con sueño, etc.
- **Conocer lo que es esperable respecto a la vulnerabilidad de la mujer en su estado emocional.** Unas horas después del parto es esperable que la mujer transite cambios emocionales relacionados con cansancio físico, dolor por procedimientos quirúrgicos (cesárea o episiotomía), su nuevo rol y sus expectativas respecto a este, dudas respecto a su capacidad de ejercer el rol de madre, así como la preocupación por el bienestar del recién nacido.
- **Después del parto es conveniente que el varón se involucre en la decisión del MAC a utilizar y que adecue las relaciones sexuales que desea tener, respetando los tiempos emocionales y físicos de la mujer, acordando con ella el momento de reinicio de estas.**

#### 7.4.2. Coparentalidad compartida

El posparto implica que a partir del parto surge la posibilidad de que el varón se vincule de manera placentera, empática y afectuosa con el recién nacido y con su pareja, de modo que pueda generar apego con su hijo.

**La etapa de posparto puede ser extremadamente placentera para el padre, integrada a sus responsabilidades cotidianas.**

Es recomendable ayudar a los varones a vivenciar la etapa del posparto como un período de placer, disfrute y responsabilidad compartida. La paternidad, sea por primera vez o se tengan otros hijos, es una nueva oportunidad para vincularse afectivamente desde el nacimiento. Potencia desde una nueva masculinidad: el amor, el cuidado, el apego y la empatía.

Muchas de estas recomendaciones aplican también para el caso de varones solos o en pareja que deciden adoptar hijos.

- **Asesoramiento y orientación**

**Se sugiere informar al varón acerca de la importancia de acompañar a su pareja de manera activa en el puerperio.**

De esta forma se logran el apoyo emocional y la corresponsabilidad en las tareas domésticas que la pareja necesita para conectarse con su bebé y con ella misma.

**Informar sobre la importancia de que el varón desarrolle conductas de apego con el bebé para lograr el desarrollo de una relación de confianza, seguridad emocional y afecto.**

La expresión de la figura parental de sus emociones, gestos, señales y lenguaje (Bowlby, 1980) durante las actividades de contacto con el bebé en los primeros meses de vida son de vital importancia para su sano desarrollo.

El apego es la búsqueda de proximidad con un adulto confiable (que puede ser cualquiera de las figuras parentales o ambas) cuya función será proteger al recién nacido de los peligros, para que sienta que hay alguien disponible e incondicional para darle respuestas y seguridad a sus necesidades básicas, en la vida cotidiana.

Después del nacimiento cada bebé necesita el contacto físico y afectivo de ambas figuras parentales. Esto significa que es recomendable sugerir que ambos participen y compartan activamente las tareas de cuidado, como cambiar pañales y ropa, hacerlo dormir, levantarse en la noche para atenderlo, etc. Esto, a su vez, permitirá que ambas figuras parentales descansen adecuadamente y logren recuperar el equilibrio emocional y no sentirse desbordados.

**Es importante que el equipo de salud aplique estrategias de detección de situaciones de violencia en este período de mayor vulnerabilidad para la mujer.**

Muchos varones se sienten relegados y expulsados del triángulo madre-padre-bebé, quedando en un lugar del «tercero excluido». En ocasiones hay un fuerte apego mamá-bebé y al varón se le dificulta comprenderlo y generar un vínculo propio con su bebé, lo que le produce sentimientos de impotencia, miedo, tristeza y/o bronca.

**Si se detectaran sentimientos en este sentido**, sería conveniente que el personal del PNA oriente a ese varón sugiriéndole lo siguiente:

- Él también puede generar una relación de contacto físico y afectivo con su hijo.
- Es esperable que por un tiempo él tenga el mismo vínculo con su mujer que tenía antes del nacimiento.
- Animarlos a estar atentos a los comportamientos de su pareja para apoyar en caso de que exprese irritabilidad, tristeza, llanto, inseguridad y cambios de humor. En dichas situaciones es recomendable consultar a la brevedad a su prestador de salud, a los efectos de valorar la posibilidad de intervención terapéutica.
- Es recomendable adecuar las relaciones sexuales respetando los tiempos emocionales y físicos de la mujer.

- En el caso de consumo problemático de sustancias, sugerirle al varón que consulte al departamento de psicología y/o psiquiatría del equipo del PNA del prestador de salud, para que este despliegue sus estrategias terapéuticas de abordaje adecuándose al caso específico.

- **Licencia por paternidad (Ley 19.161).**

**La Ley n.º 19.161 otorga el derecho a los varones de licencia por paternidad.**

La licencia por paternidad aumentó de 7 a 10 días a partir del 1.º de enero del 2016. En la actividad privada, al finalizar la licencia maternal, tanto el padre como su pareja podrán hacer uso de **medio horario hasta el sexto mes de vida del bebé**, pero tendrán que elegir cuál de ellos gozará de ese beneficio.

## **7.5. Varón infértil/estéril y la reproducción asistida**

El potencial reproductivo en la especie humana implica una fecundidad mensual máxima del 30 % para una pareja joven, lo que significa que una pareja sana, con una sexualidad activa, puede conseguir el embarazo en un 60 % a los 6 meses, un 80 % en 12 meses y un 90 % en 18 meses (Manual de procedimientos para el manejo sanitario de la reproducción asistida, MSP, 2014).

De acuerdo a la Ley n.º 19.167/2013, las técnicas de reproducción asistida están incluidas dentro de las prestaciones del SNIS.

**Cuando una pareja no logra un embarazo luego de 12 meses, se recomienda derivación a especialista en esterilidad-infertilidad del prestador de salud.**

Se recomienda evaluar antecedentes y realizar prevención en aquellas afecciones que puedan influir sobre la fertilidad:

- Cirugía testicular, criptorquidia, cirugía inguinal por hernias, así como otros procedimientos quirúrgicos pélvicos, procesos inflamatorios (epididimitis y orquitis), traumatismos testiculares, atrofas y estados obstructivos de las vías seminales, que el varón conozca de antemano.
- Consumo de drogas o tabaco, dado que los estos afectan la calidad espermática.
- Frecuencia en las relaciones sexuales. En ocasiones la baja o muy alta frecuencia eyaculatoria disminuye fuertemente la posibilidad de embarazo.

- Enfermedades autoinmunes u oncológicas, tratamientos con radio- o quimioterapia podrían provocar una calidad espermática baja.
- Exposición prolongada o sostenida de los testículos a mayor temperatura de lo habitual puede afectar la calidad espermática.

## 7.6. Bibliografía

- Bowlby, J. (1958). The nature of the child's tie to his mother. *International Journal of Psychoanalysis*, 39.
- Bowlby, J. (1968). *Los cuidados maternos y la salud mental*. Organización Mundial de la Salud.
- Güida, C. (2005). Elementos esenciales para desarrollar un modelo de atención en salud sexual y reproductiva que incorpore hombres y mujeres, en el marco del proyecto Promoción de la Participación de los Hombres en los Programas de Salud Sexual y Reproductiva en Centroamérica. Panamá.
- Mahler, M. S. (1969). Autismo y simbiosis: dos trastornos extremos de la identidad. *Revista International Journal of Psychoanalysis*, 26(1). Nueva York.
- Levtov, R., Van der Gaag, N., Greene, M., Michael, K., y Barker, G. (2015). State of the World's Fathers. A MenCare Advocacy Publication. Promundo.
- Heilman, B., Levtov, R., Van der Gaag, N., Hassink, A., Barker, G y cols. (2017). State of the World's Fathers A MenCare Time for Action. Promundo.
- Menéndez Álvarez-Dardet, S. e Hidalgo García, M. V. (1998). La participación del padre en las tareas de crianza y cuidado de sus hijos e hijas. *Revista Apuntes de Psicología*, 16(3).
- Benazzi, A. S. T., Lima, A. B. S., y Sousa, A. P. (2012). Pré-natal masculino: um novo olhar sobre a presença do homem. *Revista de Políticas Públicas*, 15(2). Brasil.
- Agrest Wainer, B. (2007). Homoparentalidades. Nuevas Familias.
- Vives, J., Lartigue, T., y Córdova, A. (1994). Apego y vínculo. En T. Lartigue, *Guía para la detección de alteraciones en la formación del vínculo materno-infantil durante el embarazo*. Universidad Iberoamericana.

### Leyes, decretos, ordenanzas, guías y protocolos en Uruguay

- Ministerio de Salud Pública. (2005). *Participación de los varones en calidad de acompañantes en el parto y puerperio. El papel de los equipos de salud*. Uruguay.
- Ministerio de Salud Pública. (2013). *Guías en salud sexual y reproductiva. Manual de orientación anticonceptiva, métodos temporales y permanentes*. Programa de Salud Integral de la Mujer. Uruguay.
- Ministerio de Salud Pública. (2014). *Guías en salud sexual y reproductiva. Manual para la atención a la mujer en el proceso de embarazo, parto y puerperio*. Uruguay.
- Ministerio de Salud Pública. (2014). *Manual de procedimientos para el manejo sanitario de reproducción asistida según Ley n.° 19.167/2014*. Uruguay.
- Ministerio de Salud Pública. (2016). *Manual y guía de procedimientos para el manejo sanitario de la interrupción voluntaria del embarazo (IVE)*. 2.ª Edición corregida. Uruguay.
- Poder Legislativo. (1950). Ley n.° 11.577/1950 Industrias insalubres. Creación de la Comisión Honoraria de Trabajos Insalubres. Prohibición de despido (Arts. 16 y 17). Uruguay.
- Poder Legislativo. (2001). Ley n.° 17.386/2001. Ley de Acompañamiento del Parto. Uruguay.
- Poder Legislativo. (2005). Ley n.° 17.930/2005. Presupuesto Nacional (2005–2009). Uruguay.
- Poder Legislativo. (2008). Ley n.° 18.426/2008. Ley en Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva. Uruguay.
- Poder Legislativo. (2012). Ley n.° 18.987/2012. Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo, Reproductiva. Uruguay.

Poder Legislativo. (2013). Ley n.° 19.161/2013. Licencia por Maternidad y Paternidad. Uruguay.

Poder Legislativo. (2013). Ley n.° 19.167/2013. Regulación de las Técnicas de Reproducción Humana Asistida. Uruguay.

Presidencia de la República. (2006). Decreto 67/2006. Reglamentación de la Ley Acompañamiento del Parto. Ley n.° 17.386/2001. Uruguay.

Presidencia de la República. (2010). Decreto 383/2010. Acceso a Esterilización Quirúrgica en el SNIS. Uruguay.

Presidencia de la República. (2011). Decreto 009/2011. Inclusión de los Métodos Anticonceptivos como Canasta Básica de Prestaciones. Uruguay.

Presidencia de la República. (2012). Decreto n.° 375/012. Reglamentación de la Ley sobre Interrupción Voluntaria del Embarazo. Ley del Aborto. Uruguay.

Presidencia de la República. (2016). Decreto n.° 101/016 Delegación al MSP para Regular IVE según Sentencia del TCA. Uruguay.

Tribunal Contencioso Administrativo. (2015). Sentencia 586/2015. Anulación Parcial de Artículos del Decreto 375/2012 de IVE. Uruguay..

## 8. Infecciones de transmisión sexual

Las ITS y específicamente las infecciones por VIH son un problema de salud pública de gran importancia en la mayoría de los países del mundo. La estrategia mundial (OMS) del sector de la salud contra las ITS para los años 2016–2021 tiene por objetivo «poner fin al problema de salud pública que representa la epidemia de ITS» (OMS, 2015).

En Uruguay contamos con las *Recomendaciones de diagnóstico y tratamiento de ITS actualizadas* (MSP, 2019) para la prevención, vigilancia, diagnóstico oportuno y tratamiento precoz en adolescentes y adultos, alineadas con las *Guías para el tratamiento de las ITS de la OMS* (2001), *Recomendaciones para realizar consejería en VIH con énfasis en poblaciones vulnerables y nuevos algoritmos diagnósticos* (MSP, 2014), así como *Pautas de atención a personas con VIH en el PNA* (MSP, 2016), abordaje de ITS y VIH en población LGBTI en la *Guía salud y diversidad sexual* (2015) y *Guía clínica para la eliminación de la Sífilis congénita y transmisión vertical del VIH* (2015). Para mayor detalle, profundidad y desarrollo del abordaje de estas enfermedades, referirse a estos materiales. Las recomendaciones, pautas y guías mencionadas brindan con detalle herramientas para el abordaje integral de las ITS e infección por VIH.

**Las fallas en el diagnóstico y el tratamiento de las ITS en estadios tempranos pueden ocasionar graves complicaciones y secuelas en el varón, su/s pareja/s sexuales y eventualmente en los hijos. Surge entonces como prioridad en el PNA incluir para el abordaje del usuario con una ITS la recomendación del equipo respecto a la comunicación con este y sus contactos sexuales con el fin de facilitar el acceso a la consulta, proporcionar un tratamiento precoz adecuado, hacer profilaxis y consejería, con lo que además se disminuye el riesgo de transmisión por VIH. Asimismo, es conveniente brindar la realización de la prueba para VIH a todo varón que lo solicite o que sea diagnosticado con una ITS.**

### 8.1. Detección y manejo sindrómico

El manejo de los casos incluye:

- Entrevista.
- Examen físico.
- Diagnóstico correcto.
- Tratamiento temprano y efectivo.
- Asesoramiento sobre comportamientos sexuales.
- Promoción y suministro de condones.
- Notificación si corresponde y tratamiento de la pareja.
- Informe de casos y seguimiento clínico cuando corresponda (OMS, 2001).

Para una correcta realización de la entrevista clínica, es importante no perder de vista que el concepto de sexualidad es un concepto amplio que abarca otros aspectos claves a tener siempre presentes:

- Orientación sexual, identidad de género y prácticas sexuales, en el sentido de que una persona que se define como heterosexual puede no excluir la posibilidad de relaciones sexuales con personas de igual sexo.
- Las prácticas sexuales anales no definen la orientación sexual (pueden ser prácticas de mujeres, varones gays, bisexuales, heterosexuales y personas trans).

Se sugiere entonces, para el desarrollo de la entrevista clínica con foco en salud sexual y la correspondiente anamnesis, hacerla siempre en un marco de respeto, confidencialidad y libre de prejuicios, incluyendo preguntas acerca de:

- Inicio de las relaciones sexuales.
- Identidad de género.
- Relaciones sexuales con personas del mismo sexo y del otro sexo.
- Prácticas sexuales: vaginales, orales, anales.
- Relaciones sexuales placenteras, dificultades, síntomas durante la práctica de estas.
- Uso de métodos de barrera.
- Pareja estable.
- Parejas ocasionales.
- ITS previas y tratamientos recibidos.
- Vacunas para VHB, VHA.
- Conocimiento sobre ITS y métodos de prevención.

Las causas frecuentes de ITS siguen siendo: sífilis, infecciones causadas por *Chlamydia trachomatis* (C. Trachomatis) y *Neisseria Gonorrhoeae* (N. Gonorrhoeae), a pesar de ser curables con antibióticos (MSP, 2016). «Las ITS de etiología viral, incluyendo el virus del herpes simple (VHS) y el HPV, son de elevada incidencia y no son curables. Las infecciones por virus de hepatitis B, si bien no son curables, pueden transformarse en infecciones crónicas y son prevenibles. La coinfección con múltiples ITS es frecuente y favorece la transmisión sexual del VIH» (MSP, 2016).

El abordaje de estas infecciones de transmisión sexual se realiza a través de intervenciones similares. La aplicación adecuada de estas medidas ha generado descensos importantes en la incidencia de las ITS, la eliminación de algunas ITS y la reversión de la epidemia del VIH (MSP, 2016).

El diagnóstico etiológico de las ITS puede generar dificultades operativas para los prestadores de salud en los distintos niveles de atención y principalmente en el primer nivel. Genera problemas de tiempo y recursos, aumenta los costos y en algunos casos puede reducir el acceso al tratamiento (OMS, 2001).

Para superar estos problemas y mejorar la efectividad, **se ha establecido y estimulado el manejo sindrómico para el abordaje y tratamiento de los pacientes con ITS** (OMS, 2001). Esto no significa no realizar la búsqueda etiológica del agente causal o que la atención sea de inferior calidad.

**El manejo sindrómico se basa en la identificación de grupos uniformes de síntomas y signos fácilmente reconocibles (síndromes) y la administración de un tratamiento dirigido contra la mayoría de los microorganismos, o contra los más peligrosos, responsables del desarrollo de ese síndrome (OMS, 2001).**

**Entonces, los objetivos son:**

- **tratar al usuario, que debe encontrar una solución a su problema desde su primera consulta;**
- **cortar rápidamente la cadena de transmisión;**
- **identificar y tratar a los contactos sexuales;**
- **educar en la prevención y promoción de salud (MSP, 2016).**

Es importante tener en cuenta que los síndromes clínicos pueden ser causados por agentes etiológicos múltiples. Es frecuente la etiología mixta y a su vez un mismo microorganismo puede determinar diversos síndromes. Por esta razón, **si bien realizar un tratamiento empírico debe ser la primera respuesta en el servicio de salud, también se deben llevar a cabo todos los esfuerzos para realizar la búsqueda etiológica, extrayendo la toma de muestra en el mismo acto clínico, si esto fuera posible.**

El tratamiento realizado en base al encare sindrómico se inicia empíricamente, con relación al cuadro clínico, la valoración de los factores de riesgo, la epidemiología regional y la conocida sensibilidad de los agentes infecciosos en el área, teniendo en cuenta la frecuente asociación de patógenos (MSP, 2016).

En todas estas enfermedades también se debe contactar a la o las parejas sexuales de los varones para la detección de una posible ITS, en cuyo caso se instaurará el tratamiento inmediato para la o las mismas enfermedades que la/s del usuario.

El manejo exclusivamente sindrómico tiene su mayor aplicabilidad en determinadas situaciones de mayor riesgo y en poblaciones con dificultades de accesibilidad al diagnóstico, poca adherencia al sistema de salud y con alta vulnerabilidad, entre otras. No debería generalizarse a la totalidad de la población y tampoco excluir el diagnóstico etiológico de las ITS, considerando la disponibilidad de los laboratorios, la toma de muestras y/o el acceso a pruebas rápidas. Se debe tener presente que el uso de antimicrobianos en forma indiscriminada es un factor de riesgo para el desarrollo de resistencia a estos.

Una actitud amplia, de respeto y sin prejuicios permitirá abordar la atención de todos, con un lenguaje inclusivo y no discriminador, sin presuponer conductas acordes a lo hegemónico y a la heteronormatividad.

Se deben considerar en esta situación con especial énfasis el consentimiento informado, la confidencialidad, la «consejería» (sugerencias preventivas) y la continuidad de la atención. El consentimiento informado es verbal y no firmado.

La sospecha clínica que surge de la anamnesis, el examen físico, la valoración de los factores de riesgo y la noción epidemiológica permite aproximarse a un diagnóstico con orientación etiológica precoz, lo que autoriza el inicio de un tratamiento oportuno.

Es importante considerar que los **factores más destacables que aumentan el riesgo de adquirir ITS y VIH son:**

- **No usar correctamente condón en todo tipo de relaciones sexuales.**
- **Desinformación sobre prácticas sexuales seguras (MSP, 2016).**

Estos factores pueden afectar a cualquier persona, por lo tanto deben ser valorados siempre, evitando basarse en prejuicios.

## **8.2. Promoción y prevención**

El enfoque de derechos y de promoción de la salud siempre debe ser tenido en cuenta y jerarquizado, considerando la inclusión de acciones dirigidas a los determinantes de la salud en general y en particular de la SS y RR. Debemos tener en cuenta que los DDSS incluyen la salud sexual, pero no se agotan en el ámbito de la salud. La medicalización de la vida y en particular de la sexualidad produce un alejamiento de las personas y de su realidad, por lo tanto, va en contra de la mejora de la calidad de vida y de la salud.

**La prevención y control de ITS y la infección por VIH se basan en:**

- 1. Educación y asesoramiento de todas las personas, y particularmente de las que tienen prácticas de riesgo,** sobre todas las formas de evitar las ITS. Promoción de comportamientos sexuales placenteros y saludables. Promoción del uso de las medidas de prevención recomendadas.

**2. Vacunación antes de la exposición de ITS, según las pautas nacionales vigentes:**

- a. Vacuna contra el papilomavirus humano (VPH) ofrecida en el esquema de vacunación a los 11 años y sugerida para trabajadores sexuales, varones que tienen sexo con varones y personas que sufrieron violencia sexual hasta los 26 años inclusive.
- b. Vacuna contra el virus de hepatitis B (VHB): vacunación infantil obligatoria (Plan de Vacunación Nacional), vacunación de adultos no vacunados previamente en mayor riesgo de infección como: personal de la salud, trabajadoras/es sexuales, personas con VIH, pacientes en hemodiálisis, personas que requieren transfusiones frecuentes, receptores de trasplante, usuarios de drogas inyectables, varones que tienen sexo con varones, población privada de libertad y personas que sufrieron violencia sexual.

**3. Promoción enfática del uso correcto y continuo durante las relaciones sexuales de métodos de barrera como preservativos masculinos, femeninos y campos de látex.** Es importante destacar que el correcto uso de estos métodos es la principal medida de prevención de ITS e infección por VIH a recomendar en todas las prácticas sexuales. (Véase el anexo 8: «Uso correcto de condones»).

**4. Identificación de las personas infectadas asintomáticas y de las personas con síntomas asociados a ITS.**

**5. Diagnóstico oportuno y eficaz, tratamiento, asesoramiento y seguimiento de las personas infectadas.**

**6. Evaluación, tratamiento y consejería de la/s pareja/s sexual/es.**

**7. Profilaxis preexposición.** Esta herramienta hace referencia, más allá de las vacunas, al uso de medicación antirretroviral para prevenir la adquisición de VIH en situaciones con mayor riesgo de exposición y transmisión (no existen actualmente pautas nacionales)

**8. Profilaxis posexposición.** Uso de medicación (gammaglobulina hiperinmune, antimicrobianos, tratamiento antirretroviral) y vacunas (en no inmunizados previamente) luego de la exposición sexual, incluidas situaciones de abuso, relaciones consensuadas con riesgo y accidentes laborales.

**La seroselección como forma de protección frente a la adquisición de ITS no se debe promover.** Esto significa que no debe promoverse que una persona elija a un/a compañero/a sexual que comparta el mismo estado serológico con respecto a la infección por el VIH.

**La seroselección por ser VIH positivo tampoco debe ser promovida.** Si personas que viven con VIH mantienen relaciones sexuales sin condón existen dos riesgos: adquirir otra ITS y sobreinfección por el VIH 1 o 2 y posible transmisión de farmacorresistencia.

**El uso sistemático del condón es la mejor protección.** El uso correcto de los preservativos masculinos y femeninos presenta una alta eficacia en la prevención de la transmisión del VIH e ITS.

Las parejas pueden decidir usar ambos alternadamente, en un contacto un tipo de preservativo y en otro contacto otro. No deben usarse simultáneamente preservativos femeninos y masculinos porque aumenta el riesgo de rotura de estos. Se debe enseñar su correcto uso para todas las prácticas sexuales.

**El condón es una herramienta fundamental para la prevención** y debe jerarquizarse en los servicios de salud en el contacto con los varones. Se debe facilitar su entrega evitando obstáculos burocráticos

## 8.3. Tamizaje de ITS e infección por VIH

### 8.3.1. Tamizaje para VIH

#### I. Consejería

**El diagnóstico temprano redunda en grandes beneficios para el usuario, y además disminuye la transmisión del VIH a otras personas.** Para lograr esta meta es indispensable ofrecer la prueba diagnóstica en forma amplia (Ordenanza Ministerial n.º 567/014).

Además de realizar los exámenes de laboratorio pertinentes, se deben cumplir los siguientes puntos que se esquematizan como las 7 C: consentimiento informado, confidencialidad, consejería, contactos, condones, resultados confiables y vinculación a los cuidados.

**Información pretest.** En esta se recomienda:

- Explicar por qué realizarse la prueba: por qué es importante conocer si se está infectado por VIH, dado que esto posibilitaría un tratamiento oportuno.
- Explicar que la infección por VIH-sida puede controlarse como una enfermedad crónica si se trata en forma oportuna y se controla periódicamente. Esto es útil para «preparar» a la persona para la eventualidad de un resultado reactivo.
- Reafirmar el carácter voluntario y confidencial del examen.
- Informar acerca del proceso diagnóstico y los eventuales resultados y significados.
- Fomentar el uso de condón masculino y/o femenino.
- Ofrecer la prueba diagnóstica de sífilis y otras pruebas disponibles para detección de ITS.
- Establecer un diálogo acorde a las necesidades de cada usuario.

**Información postest.** Se recomienda realizarla junto con la entrega de:

- La prueba de tamizaje (de laboratorio o prueba rápida), sea reactiva o no.
- La primera y la segunda prueba rápida, cuando se realiza diagnóstico con dos pruebas rápidas secuenciales.
- Resultado definitivo del Departamento de Laboratorios, cuando se realiza algoritmo de laboratorio.

Para profundizar en los contenidos de la consejería, referirse a las Recomendaciones para realizar consejería en VIH, con énfasis en poblaciones vulnerables y nuevos algoritmos diagnósticos (MSP, 2014).

## II. Estrategias diagnósticas complementarias

### a. Prueba “iniciada por el proveedor de salud”

El médico debe incorporar esta práctica y naturalizarla. Para ello se recomienda fuertemente incluir la evaluación de la salud sexual como parte esencial de la evaluación de salud de los usuarios.

**Para aumentar el acceso al diagnóstico de VIH, es necesario que el testeo de VIH se naturalice y sea solicitado como una prueba diagnóstica más a incluir en el control de salud habitual de los usuarios y no solo cuando el médico sospeche conductas de riesgo o enfermedad avanzada.**

## INDICACIONES PARA RECOMENDAR LA PRUEBA DIAGNÓSTICA DE VIH:

- 1) Exposición a situación de riesgo conocida de transmisión: mantener sexo sin condón, accidente laboral, abuso sexual, parejas sexuales de personas que viven con VIH.
- 2) Embarazo. Se debe ofrecer la prueba en el primer control, rutinas del segundo y tercer trimestre.
- 3) Ofrecer la prueba a la pareja de la mujer embarazada, así como prueba de sífilis y otras ITS. Se recomienda el acompañamiento de la pareja sexual de la mujer embarazada al menos una vez en el primer y tercer trimestre, realizar asesoría y ofrecerle pruebas diagnósticas de ITS.
- 4) Hijo de madre infectada por VIH.
- 5) Poblaciones donde se han identificado mayores tasas de prevalencia de VIH: mujeres trans, personas que realizan trabajo sexual, HSH, varones privados de libertad y personas con consumo problemático de drogas.
- 6) Personas con otra ITS y sus parejas sexuales.
- 7) Síntomas sugestivos de inmunodepresión o enfermedad avanzada por VIH-sida.
- 8) Donante de sangre y donante de órganos y tejidos. La realización de la prueba en donantes es obligatoria.

**En poblaciones vulnerables se recomienda SIEMPRE la prueba anual o bianual de VIH y otras ITS.**

### *b. Prueba ‘iniciada por el usuario’*

***Siempre que un usuario solicita la prueba de VIH, el profesional actuante debe indicarla sin cuestionamientos ni preguntas al respecto que obstaculicen la realización de la prueba.***

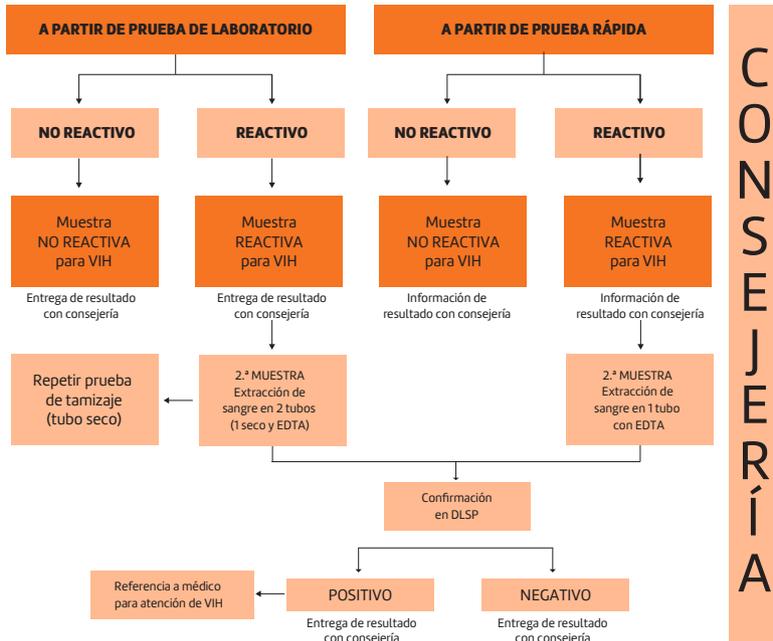
Se recomienda que las instituciones de salud, así como los laboratorios en general, dispongan de espacios donde los usuarios puedan acercarse espontáneamente, sin derivación de un médico, por propia iniciativa, para recibir la asesoría necesaria y el acceso a la prueba.

## III. Algoritmos para detección de VIH.

Actualmente el diagnóstico de VIH se puede realizar en un laboratorio con sangre extraída por venopunción en una o dos oportunidades, o con sangre de punción dactilar en el sitio de atención (point of care).

## Algoritmo diagnóstico de TAMIZAJE.

Este algoritmo se inicia a partir de la realización de una prueba de tamizaje (que detecte al menos anticuerpos anti-VIH-1 del grupo M y O, y anticuerpos anti-VIH-2) en un laboratorio de análisis clínicos o en un servicio de atención de salud de cualquier nivel. Comprende inmunoensayos, equipo dependiente o prueba rápida inmunocromatográfica.



CONSEJERÍA

**Figura 1: Algoritmo a partir del uso de un ensayo de tamizaje equipo dependiente o prueba rápida.**

MSP/Uruguay (2014): Recomendaciones para realizar consejería en VIH con énfasis en poblaciones vulnerables y nuevos algoritmos diagnósticos.

Una prueba de tamizaje (o screening) NO REACTIVA (independientemente de la técnica) debe ser informada como RESULTADO: «NO REACTIVO» y realizar la consejería/asesoría correspondiente en el momento de entregar dicho resultado.

## Frente a un resultado REACTIVO:

***i. Tras una prueba de tamizaje inmunoenzimática realizada en un laboratorio de análisis clínicos se debe citar al usuario en un plazo no mayor a 7 días para::***

- Entrega de resultado escrito, con consejería.
- Completar formulario de solicitud de test confirmatorio de VIH.
- Extracción de una segunda muestra en dos tubos: un tubo seco para repetir la prueba de tamizaje (confirmación de identidad), un tubo con anticoagulante EDTA para enviar sin separar al Departamento de Laboratorios de Salud Pública (DLSP), acompañado del formulario de solicitud de test confirmatorio de VIH.

**Frente a un resultado NO REACTIVO de la segunda muestra:**

Se recomienda citar nuevamente al usuario para una tercera extracción y repetir la misma prueba de tamizaje.

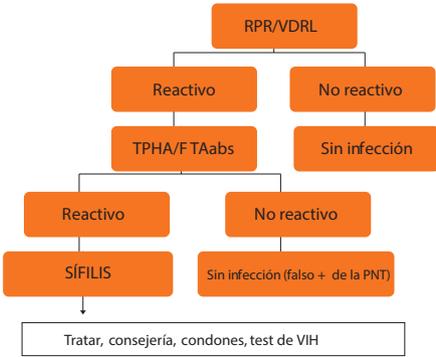
***ii. Tras una prueba de tamizaje inmunocromatográfica (prueba rápida) se debe:***

- Si el estudio se realizó en un laboratorio, entregar el resultado con consejería. Si el estudio se realizó en un centro de PNA, además de informarse verbalmente al usuario, el resultado se registrará en una orden/receta médica y/o en la historia clínica.
- Completar el formulario de solicitud de test confirmatorio de VIH.
- Extracción de una segunda muestra en un tubo con anticoagulante EDTA y envío de este al DLSP, sin separar, acompañado del formulario de solicitud de test confirmatorio de VIH. De no ser posible realizar esta extracción en el mismo acto, se coordinará día y hora, en un plazo no mayor de siete días y se realizará la extracción de la segunda muestra en dos tubos: un tubo seco y un tubo con anticoagulante EDTA. En el tubo seco se debe repetir la prueba de tamizaje y confirmar identidad, el tubo con EDTA se enviará al DLSP, sin separar.

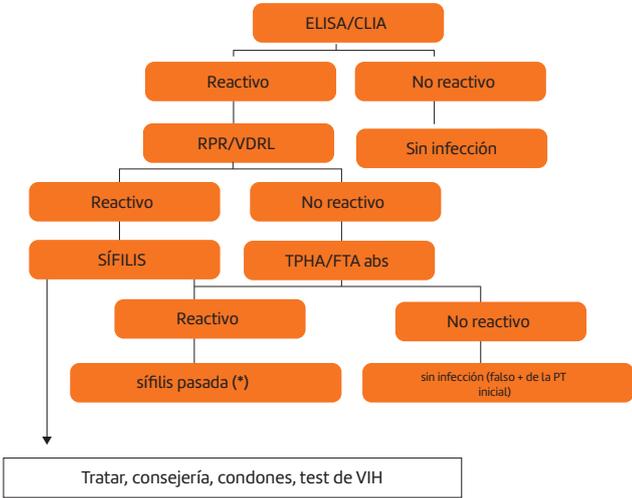
### **8.3.2. Tamizaje para sífilis**

Para mayor información, referirse a las Recomendaciones de diagnóstico, tratamiento, prevención y vigilancia de las ITS (MSP, 2019).

Se proponen los siguientes algoritmos:



**Figura 2: Algoritmo tradicional para diagnóstico de sífilis (basado en laboratorio)**  
 MSP/Uruguay (2019): Recomendaciones de diagnóstico, tratamiento y vigilancia de las infecciones de transmisión sexual. Área programática ITS–VIH–sida.



(\*) Tratar si nunca recibió tratamiento.

**Figura 3: Algoritmo para diagnóstico de sífilis basado en el laboratorio. Tamizaje con inmunoensayo automatizado.**  
 MSP/Uruguay (2019): Recomendaciones de diagnóstico, tratamiento y vigilancia de las infecciones de transmisión sexual. Área programática ITS–VIH–sida.

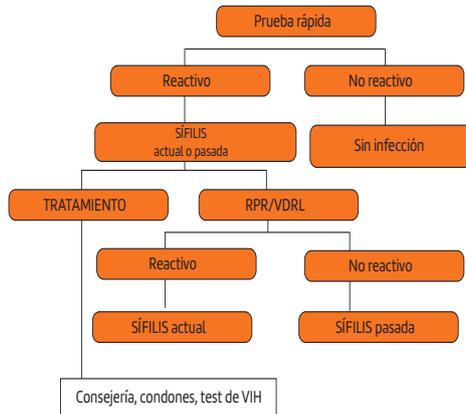
**Se propone especialmente el uso de pruebas rápidas en policlínicas del PNA y en poblaciones con riesgo de transmisión alto.**

Si bien estas pruebas se comportan como las pruebas treponémicas clásicas, diferencias en la sensibilidad de las técnicas utilizadas pueden determinar pequeñas variaciones en la interpretación de los resultados. Es muy importante conocer cuál es la prueba treponémica empleada al momento de interpretar un resultado.

Las pruebas inmunocromatográficas utilizan antígenos treponémicos y detectan anticuerpos circulantes específicos anti *T. Pallidum*. El comportamiento de estas técnicas es igual al de las otras pruebas treponémicas, es decir, no se negativizan luego del tratamiento, se mantienen positivas por el resto de la vida del usuario. Por esta razón no permiten diferenciar entre infección actual e infección pasada.

Sin embargo, dado su bajo costo, su fácil realización e interpretación, estas pruebas desempeñan un papel primordial en el PNA y son una herramienta imprescindible en poblaciones de difícil captación y dudoso control.

**Un resultado reactivo** de una prueba rápida, significa que la persona tuvo (pasado) o tiene (actual) una sífilis. En mujeres embarazadas y en poblaciones de riesgo y difícil manejo, frente a un resultado reactivo de una prueba rápida se recomienda iniciar el tratamiento específico de forma inmediata. Posteriormente se continuará con el estudio del usuario mediante la solicitud de un RPR o VDRL para evaluar la infección actual, actuando en consecuencia en función del resultado.

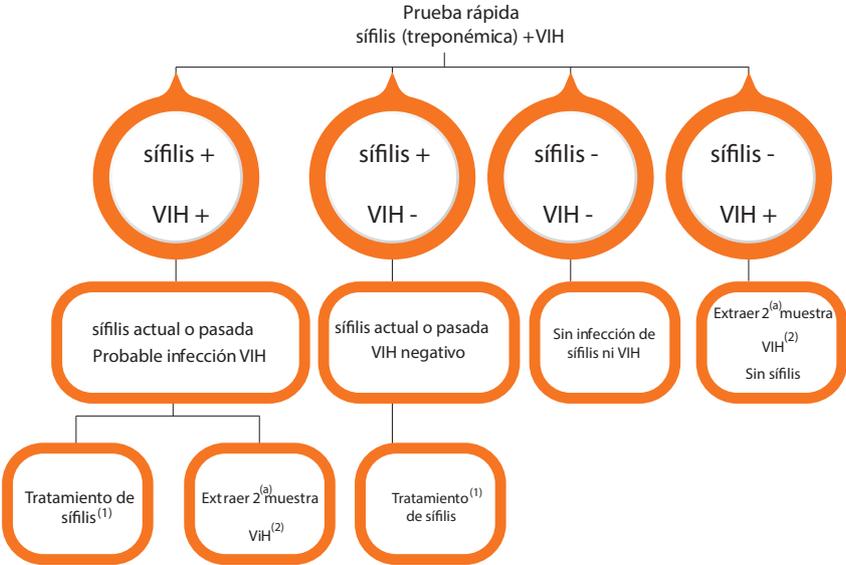


**Figura 4: Algoritmo tradicional para diagnóstico de sífilis basado en el lugar de acción, tamizaje con prueba rápida.** MSP/ Uruguay (2019): Recomendaciones de diagnóstico, tratamiento y vigilancia de las infecciones de transmisión sexual. Área programática ITS-VIH-sida.

Recientemente, se ha incorporado en la región y en Uruguay un ensayo inmunocromatográfico para el diagnóstico de sífilis y VIH en forma simultánea (PR VIH-sífilis DUO).

Esta prueba presenta un excelente desempeño diagnóstico que avala su uso para tamizaje. El estudio diagnóstico en conjunto de VIH y sífilis podría ser de gran impacto en embarazadas, en poblaciones de riesgo y en centros del PNA. En este escenario, la estrategia de uso de una prueba rápida dual para sífilis y VIH, con entrega de resultados, da la posibilidad de tratamiento de sífilis en el momento y diagnóstico probable de VIH.

Con este algoritmo se detectan infecciones pasadas y activas, por ende, puede haber sobretratamiento (al tratar una infección pasada), sin embargo, se facilita el diagnóstico y tratamiento el mismo día.



\*\* Confirmar diagnóstico. Segunda muestra.

(1) Continuar con algoritmo diagnóstico de sífilis: extraer muestra para PNT. En lo posible, esta extracción se realizará en el mismo acto, de lo contrario realizar coordinación segura para extracción diferida en un plazo menor de 7 días.

2) Continuar con algoritmo diagnóstico de VIH: extraer muestra en 2 tubos (uno con EDTA) y enviar a laboratorio con formulario de «solicitud de test de VIH». En lo posible esta extracción en el mismo acto, de lo contrario realizar coordinación segura para extracción diferida en un plazo menor de 7 días.

**Figura 5: Algoritmo para diagnóstico de sífilis-VIH. Prueba dual sífilis-VIH en el lugar de atención.** MSP/ Uruguay (2019): Recomendaciones de diagnóstico, tratamiento y vigilancia de las infecciones de transmisión sexual. Área programática ITS-VIH-sida.

## Tratamiento sífilis

Tabla 1

sífilis	Recomendación	Dosis	Alternativa
Primaria, secundaria o latente temprana menor de 1 año	Penicilina G benzatínica	2,4 millones de unidades IM, dosis única	Doxiciclina 100 mg c/12 h v/o, 14 días Ceftriaxona 1 g día IM, 10-14 días
Latente temprana mayor de 1 año, terciaria no neurosífilis o duración desconocida	Penicilina G benzatínica	2,4 millones de unidades IM, 3 dosis, 1 vez por semana	Doxiciclina 100 mg c/12 h v/o, 28 días
Neurosífilis	Penicilina C cristalina	18-24 millones de unidades IV, divididas en 6 dosis. 10-14 días	Ceftriaxona 2 g IM día, 10-14 días
Embarazo	Penicilina G benzatínica Remitirse a: <i>Guía clínica para la eliminación de la sífilis congénita y la transmisión vertical del VIH. MSP, 2.ª Ed., 2015</i>	Ídem no embarazo En sífilis primaria, secundaria o latente temprana se recomienda 2.ª dosis a la semana	En caso de alergia, internar a la paciente, de preferencia en UCI, y realizar protocolo de desensibilización Tablas 12 y 13

Para más información, referirse a las *Recomendaciones de diagnóstico, tratamiento, prevención y vigilancia de las ITS* (MSP, 2019).

### 8.3.3 Tamizaje de otras ITS: gonococo y clamidia

Se recomienda realizar tamizaje periódico en poblaciones con mayor exposición o en las que el diagnóstico y tratamiento previene secuelas:

- **Para C. trachomatis:** De estar disponibles, técnicas diagnósticas de elevada sensibilidad y especificidad (mayor 95 %). Los ensayos de amplificación de ácidos nucleicos son los de mayor sensibilidad y especificidad (99 %) para confirmar el diagnóstico.
- **Para N. gonorrhoeae:** con amplificación de ácidos nucleicos o por cultivo.

1) Se recomienda tamizaje periódico en:

- mujeres menores de 25 años que han iniciado las relaciones sexuales: anual.
- mujeres mayores de 25 años con mayor exposición: múltiples parejas sexuales y uso irregular de condón: anual.
- HSH: anual para clamidia, cada seis meses para gonococo.
- trabajadoras/es sexuales: anual para clamidia, cada seis meses para gonococo.
- personas que viven con VIH: anual para clamidia y gonococo.

2) Se recomienda posexposición: víctimas de abuso sexual.

#### Tratamiento de ITS causadas por *Clamidia trachomatis*

Tabla 2

Recomendación		Embarazo
<b>De elección</b>	Azitromicina 1 g v/o (dosis única) repetir igual dosis a los 7 días	Ídem
<b>Alternativo</b>	Doxiciclina 100 mg c/12 h v/o, 7 días Eritromicina 500 mg C/6 h v/o, 7 días Levofloxacin 500 mg día v/o, 7 días	Eritromicina 500 mg c/6 h v/o 7 días

#### Tratamiento de ITS causada por *Neisseria gonorrhoeae*

Tabla 3

Recomendación	
<b>De elección</b>	Ceftriaxona 250 mg IM + azitromicina 1 g v/o (dosis única)
<b>Alternativo</b>	Azitromicina 2 g v/o en una dosis

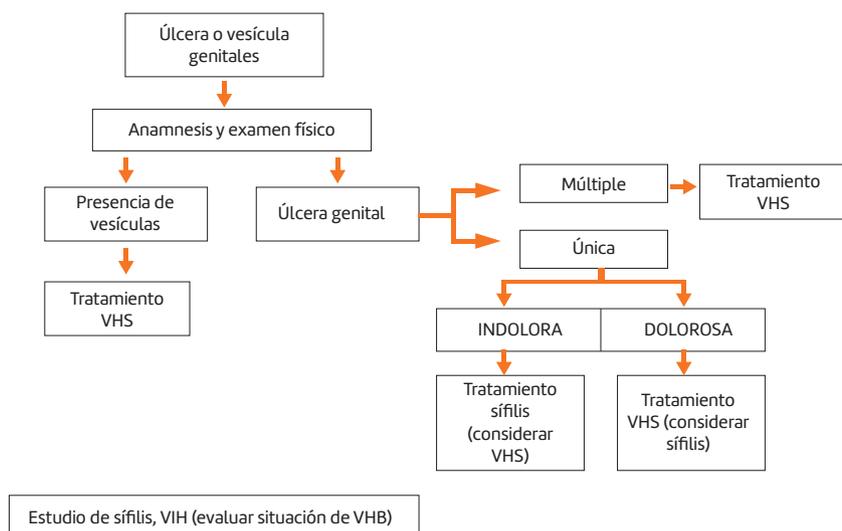
Para más información, referirse a las *Recomendaciones de diagnóstico, tratamiento, prevención y vigilancia de las ITS* (MSP, 2019).

## 8.4. Encare clínico etiológico

Se presentan aquí los síndromes más comunes bajo los que se presentan las ITS y sus etiologías más habituales. Para más información, referirse a las *Recomendaciones de diagnóstico, tratamiento, prevención y vigilancia de las ITS* (MSP, 2019).

### 8.4.1. Úlcera genital

Se puede presentar en ambos sexos. Las etiologías más frecuentes son el herpes simple (VHS), *Treponema pallidum* (sífilis), y menos frecuentes, linfogranuloma venéreo (LGV) y *Haemophilus ducreyi* (chancro blando), con diferentes presentaciones clínicas.



**Figura 6: Algoritmo de síndrome de úlcera genital.**

MSP/Uruguay (2019): Recomendaciones de diagnóstico, tratamiento, prevención y vigilancia de las infecciones de transmisión sexual. Área programática ITS-VIH-sida.

## Tratamiento

Ante la presencia de úlcera genital de bordes sobreelevados y fondo limpio e indurado sin dolor, tratar para sífilis con penicilina G benzatínica 2,4 millones de unidades IM, dosis única. La presencia de úlcera dolorosa orienta más a VHS, y se deberá considerar el tratamiento conjunto para sífilis y VHS.

Ante la presencia de vesículas genitales sin úlcera, tratar para VHS con aciclovir 200 mg v/o, 5 veces al día durante 7-10 días o valaciclovir 500 mg v/o 2 veces/día 7-10 días.

Es fundamental conjuntamente:

- Realizar educación y consejería.
- Proveer condones y promover su uso.
- Realizar prueba de VIH y Sífilis (y serología para Hepatitis B y C).
- Reevaluar en 7 días.

De persistir síntomas a los 7 días o acompañarse de adenitis supurativa, se recomienda ampliar tratamiento para cubrir LGV y/o chancroide a: doxiciclina 100 mg v/o c/12 h por 21 días + azitromicina 1 g v/o dosis única.

**Contactos sexuales.** Se recomienda en el caso de sífilis:

- Tratar a todos los contactos sexuales (de los 90 días previos) de una persona con diagnóstico de sífilis primaria, secundaria o latente temprana.
- Tratar a todos los contactos sexuales de más de 90 días de una persona con diagnóstico de sífilis primaria, secundaria o latente temprana con serología positiva o en la que no se obtendrá serología.
- Evaluar a todos los contactos sexuales de personas con sífilis latente y tardía, y tratar según resultado de serología.

**Controles postratamiento.** Para el caso de sífilis, el control serológico se debe realizar con la misma prueba no treponémica que se utilizó en el diagnóstico, en los meses 3, 6, 12 y 24 después de iniciado el tratamiento específico o hasta la negativización de los títulos de anticuerpos.

Habitualmente, si el tratamiento fue adecuado, los síntomas desaparecen y los títulos descienden. Se considera que el descenso es significativo si el nivel de anticuerpos desciende por lo menos cuatro veces (dos diluciones). En los pacientes con sífilis primaria y secundaria, el RPR cuantitativo desciende alrededor de cuatro veces en 6 meses y ocho veces en 12 meses.

Para sífilis tardía, los títulos suelen descender cuatro veces en 12 a 24 meses. Si los títulos de anticuerpos se mantienen reactivos por más de un año, debe considerarse un probable compromiso neurológico y para ello deberá derivarse al paciente a un segundo nivel de atención para consulta con especialista.

Por otra parte, si los títulos comenzaron a descender y luego ascienden, debe sospecharse reinfección, debe interrogarse si fue tratada la pareja sexual y sobre la existencia de nuevos compañeros sexuales.

El seguimiento se realiza con pruebas no treponémicas (RPR o VDRL); debe optarse siempre por la misma técnica durante el seguimiento.

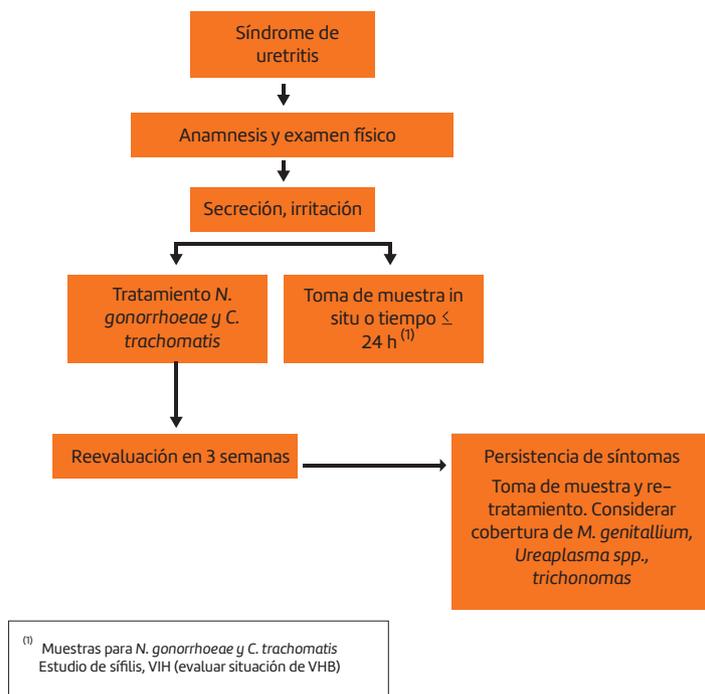
Todas las pruebas treponémicas (PT) permanecen reactivas por el resto de la vida, por lo que no son útiles en el control del tratamiento.

#### **8.4.2. Síndrome de secreción uretral**

En el caso de varones, se presenta como síndrome de uretritis, caracterizada por corrimiento uretral con o sin disuria y aumento de frecuencia miccional.

Las uretritis pueden clasificarse por su etiología en gonocócicas (UG) o no gonocócicas (UNG). En este segundo caso, los agentes causales por orden de frecuencia son: *Chlamydia trachomatis*, *Ureaplasma urealyticum*, *Mycoplasma genitalium*, *Trichomonas vaginalis* (más raros: virus herpes simple, coliformes vinculables a sexo anal, levaduras, otros).

El diagnóstico es de sospecha clínica, y en la práctica, en la mayoría de los casos, no se realiza confirmación diagnóstica mediante pruebas de laboratorio.



**Figura 7: Algoritmo del síndrome de secreción uretral.**

## Tratamiento

Confirmada la secreción uretral, se propone, si fuese posible, tomar muestra de exudado uretral previa y de elección tratamiento con ceftriaxona 250 mg IM 1 dosis + azitromicina 1 g v/o 1 dosis; repetir igual dosis de azitromicina a los siete días.

Siempre se realizará:

- Educación y consejería.
- Provisión y promoción del uso de condones masculinos y femeninos.
- Prueba de VIH y Sífilis (y serología para Hepatitis B y C).
- Reevaluación en 7 días.
- Recomendación de no tener relaciones sexuales por 7 días siguientes.

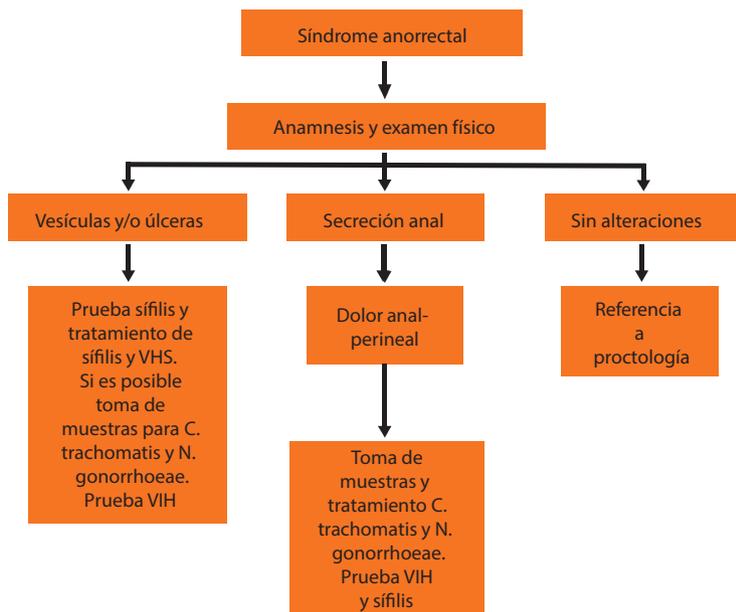
### Contactos sexuales

Los contactos sexuales de los últimos 60 días deben ser identificados y tratados, aplicando el mismo plan terapéutico usado para el caso índice.

#### 8.4.3. Síndrome anorrectal

Las prácticas anales receptivas sin protección tienen un riesgo aumentado de infección por VIH, clamidias, gonococo, HVS, sífilis y HPV. Pueden requerir anoscopia o rectoscopia para visualización de lesiones y toma de muestra.

Pueden presentar: dolor y/o secreción anal, vesículas, úlceras y/o tumoraciones. Para su manejo, referimos a las *Recomendaciones de diagnóstico y tratamiento de ITS»* (MSP, 2019) y otras guías y recomendaciones nacionales correspondientes.



**Figura 8: Algoritmo del síndrome anorrectal.**

MSP/Uruguay (2019): Recomendaciones de diagnóstico, tratamiento y vigilancia de las infecciones de transmisión sexual. Área programática ITS-VIH-sida.

#### **8.4.4. Verrugas anogenitales (condilomas)**

Es una ITS frecuente. El agente causal es el virus del papiloma humano (HPV). Las verrugas anogenitales en general son indoloras cuando no asocian complicaciones.

La extirpación de la lesión no significa que la infección esté resuelta. Ningún tratamiento es completamente curativo. En la mayoría de las situaciones clínicas se utiliza podofilina, podofilotoxina o ácido tricloroacético (ATC), tanto para el tratamiento de verrugas genitales como para las perianales externas.

Se debe examinar a la o las parejas sexuales para detectar la presencia de verrugas. Además, se debe informar a los pacientes con verrugas anogenitales que dichas lesiones transmiten el HPV a sus parejas sexuales.

**Se recomienda el uso de condones para reducir la transmisión.**

## 8.5. Bibliografía

Organización Mundial de la Salud. (2001). Guías para el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual.

Organización Mundial de la Salud. (2016). Estrategia mundial del sector de salud contra las ITS 2016–2021.

### **Leyes, decretos, ordenanzas, guías y protocolos en Uruguay**

Ministerio de Salud Pública. (2005). *Guía de infecciones de transmisión sexual. Pautas de diagnóstico, tratamiento y control epidemiológico*. Uruguay.

Ministerio de Salud Pública. (2014). *Recomendaciones para la realizar consejería en VIH con énfasis en poblaciones vulnerables y nuevos algoritmos diagnósticos*. Uruguay.

Ministerio de Salud Pública. (2016). *Pautas de atención a personas con VIH en el primer nivel de atención*. Uruguay.

Presidencia de la República. (2011). Decreto 009/2011. Inclusión de MAC en las prestaciones..

## 9. Prevención de la violencia de género

El MSP se alinea con el modelo ecológico respecto al concepto de violencia basada en género (VBG), entendiéndolo como un fenómeno complejo y multicausal. La VBG afecta a todas las personas, tiene impactos negativos sobre las personas que son víctimas de esa/s violencia/s, sobre quienes la ejercen y sobre toda la comunidad. El modelo ecológico pone énfasis en la vinculación existente entre los diversos niveles y ámbitos de acción social para prevenir, atender, sancionar y erradicar la VBG.

**Las intervenciones en las políticas públicas locales y vigentes apuntan a focalizarse en los factores de riesgo que emergen del contexto social, tomando en cuenta la multiplicidad de niveles y planos sociales, así como la diversidad de formatos de expresión y aparición en el PNA.**

La violencia de género, doméstica o en el noviazgo se produce también en las parejas que forman las personas LGBTI+. Por esta razón, también es necesario aplicar las pautas para indagar el ejercicio de la violencia de los varones gays, bisexuales y transgénero, así como también investigar la eventualidad de que hayan sido víctimas de violencia en su relación de pareja.

Es importante la detección desde el sistema de salud, porque las personas LGBTI+ no suelen denunciar en otras dependencias los actos de violencia que suceden en sus vínculos de pareja (Gemetro y Bacín, 2012).

### **Violencia doméstica y violencia sexual.**

Los estudios de género plantean que **la violencia no es innata, ni instintiva, ni está biológicamente determinada, sino que es una construcción social, cultural e histórica, un dispositivo que creó la sociedad patriarcal para que los varones** puedan ejercer dominio, control y poder sobre las mujeres y otros varones (Burin, 2000; Bourdieu, 1998; Connell, 1987, 1986; Lagarde, 1998; Kaufman, 1999; Ramírez, 2000).

Por el contrario, **la agresividad** «es la representación mental de una fuerza disponible del espíritu, una energía que existe para crear, preservar y proteger la vida. Dicho de otra manera, es la capacidad para oponerse a la amenaza, la coacción y la coerción. Cuando se intenta regular la agresividad, en ocasiones se logra dicho objetivo de manera exitosa, pero en otras oportunidades, existen fallas en dicha regulación» (Perrone, 2012).

**La tríada de la violencia de los hombres (Kaufman, 1999) implica que los varones ejerzan violencia contra las mujeres, contra otros varones y contra sí mismos.** La mayoría de los varones se comportan y viven socialmente manifestando una violencia naturalizada. Esto

hace que los efectos e impactos del ejercicio de la violencia los sufran también las mujeres, los NNA, otros varones y también aquellos que la ejercen. De Kaijzer (1997) plantea el concepto de masculinidad como factor de riesgo, lo que implica que a los varones los socializan para que encarnen una masculinidad que genera riesgos hacia las mujeres, hacia otros varones, pero también hacia sí mismos.

Los varones tienden a negar no solo las conductas violentas que asumen, sino también sus situaciones de enfermedad y si tienen que tomar medidas de autocuidado (De Keijzer, 1994)

## 9.1. Conceptualizaciones y descripción del problema

### 9.1.1. Violencia basada en género

La ONU señala que el término **violencia basada en género** se refiere a aquella violencia dirigida contra una persona en función del género que él o ella tiene, así como a las expectativas sobre el rol que él o ella deben cumplir en una sociedad o cultura. La violencia basada en el género pone de relieve cómo la dimensión de género está presente en este tipo de actos, es decir, la relación entre el estado de subordinación femenina en la sociedad y su creciente vulnerabilidad respecto a la violencia.

Sin embargo, es importante advertir que tanto hombres como niños también pueden ser víctimas de la violencia basada en el género, especialmente de la violencia sexual. Si bien es importante destacar que los estudios estadísticos evidencian que las mujeres han sido y continúan siendo las principales víctimas de esta violencia.

La violencia de género no es un sinónimo de violencia doméstica, porque la primera incluye todas las violencias que se ejercen a partir de una posición dominante masculina sobre cualquier representación de posiciones subordinadas para el sistema patriarcal, como son las mujeres, los niños, niñas y adolescentes, los/as adultos mayores, las personas con alguna discapacidad o en situación de discapacidad, personas que se identifican o son percibidas como integrantes del colectivo LGBTI, minorías étnico-raciales y migrantes.

Las Naciones Unidas definen la violencia contra la mujer como «todo acto de violencia de género que resulte, o pueda tener como resultado un daño físico, sexual o psicológico para la mujer, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria».

### 9.1.2. Violencia doméstica (VD)

La OMS (2005) pone de manifiesto en un estudio sobre VD que la violencia ejercida por la pareja es la forma de violencia más común en la vida de las mujeres, mucho más que las agresiones o violaciones perpetradas por extraños o conocidos. En este mismo estudio se plantea que las mujeres están más expuestas a la violencia en el hogar que en la calle, lo que genera graves repercusiones para su salud. (Lee Jong-Wook, 2005).

**«En Uruguay, la violencia doméstica sigue siendo el delito que genera más víctimas. Es un problema político, social y una violación a los derechos humanos.** En nuestro país es más probable que una mujer, un niño, una niña o una adolescente sean violentados en su casa, que en la calle. La terrible paradoja es que el lugar de amparo se convierta en centro de tortura, abuso o muerte. La violencia que proviene de los seres amados y de los que se espera protección es emocionalmente devastadora, dolorosa, y causa daños irreparables en quienes la sufren» (Plataforma RUCVDS, 2010).

Constituye *violencia doméstica (VD)* «toda acción u omisión, directa o indirecta, que por cualquier medio menoscabe, limitando ilegítimamente el libre ejercicio o goce de los Derechos Humanos (DD. HH) de una persona, causada por otra, con la cual tenga o haya tenido una relación de noviazgo o con la cual tenga o haya tenido una relación afectiva, basada en la cohabitación y originada por parentesco, matrimonio, o por unión de hecho» (Ley n.º 17.514/2002 art. 2).

**La VD es un problema de salud pública porque tiene impactos negativos sobre la salud de toda la comunidad, el desarrollo social y económico de todos los sectores de la población, limitando el desarrollo individual y social, lo que refuerza la reproducción de la inequidad de género y de desigualdad de oportunidades para todas las personas.**

En Uruguay, el problema de la VD ha sido abordado por las políticas públicas, que incluyen la creación del Consejo Nacional Consultivo de Lucha Contra la Violencia Doméstica (CNCLVD) (creado por la Ley n.º 17.514, art. 24), órgano intersectorial al que le compete ser responsable de asesorar al Poder Ejecutivo, coordinar, integrar y dar seguimiento a las diferentes políticas sectoriales en la materia. Debe diseñar, organizar y dar seguimiento a los Planes Nacionales que permitan articular la política. Actualmente el CNCLVD está integrado por los siguientes organismos: MIDES, INMUJERES, MEC, MI, MSP, INAU, PJ, FGN, ANEP, CI, RUCVDS y ANONG.

Esta guía propone abordar también con los varones la problemática de la violencia doméstica en el PNA, lo que implica un esfuerzo importante de los prestadores de salud para apoyar a todo su personal en considerar la violencia doméstica como un problema integral de salud.

Si bien la violencia doméstica es un tema de salud pública, también requiere un trabajo en red intersectorial, lo que implica tomar en cuenta la importancia de trabajar en conjunto, integrando instituciones públicas y privadas, sociedad civil, comunidades o líderes que coordinan, comparten e intercambian conocimiento, experiencias y recursos con el propósito de alcanzar el objetivo común, para dar respuesta a la situación específica del problema de la VD.

Para ello es necesario realizar un seguimiento longitudinal de los varones previamente evaluados, con el objetivo de analizar la evolución de su «problema con la violencia» a lo largo del tiempo. Implica: 1) detectar la violencia, 2) evaluar riesgos, 3) derivar o referir a servicios, especialistas o equipos correspondientes y 4) de ser necesario, seguir protocolos y pautas para violencia doméstica o violencia sexual.

Este seguimiento también requiere valorar el impacto sociofamiliar de la violencia del usuario, atender las necesidades de su familia, persona/s víctima/s de violencia, con el fin de optimizar la calidad de vida del usuario y su familia en todas las etapas de su proceso de reeducación.

### 9.1.3. Violencia en el noviazgo

«Alude a todo acto, omisión, actitud o expresión que genere o tenga el potencial de generar daño emocional, físico o sexual a la pareja afectiva con la que se comparte una relación íntima sin convivencia ni vínculo marital. **La violencia en el noviazgo ha sido planteada como la raíz de la violencia de pareja**; es el eslabón entre la (posible) violencia experimentada o atestiguada durante la niñez y la (posible) violencia conyugal ejercida o padecida ya en la vida adulta» (Castro y Casique, 2010, en Allyón, Fernández y Vargas, 2014).

### 9.1.4. Abuso sexual hacia niñas, niños y adolescentes (NNA)

En el año 2015, los tipos de violencia registrados por SIPIAV hacia NNA fueron los siguientes:

Negligencia: 14 %

Maltrato emocional: 46 %

Abuso sexual: 21 %

Maltrato físico: 19 %

Se observó que, en general, el abuso ocurre dentro de la familia y son varones la gran mayoría de los abusadores. El 80 % de las violencias hacia NNA son recurrentes y el 20 % se dan como episodios únicos (SIPIAV, 2015).

Los varones encarnan un género particular respecto al abuso sexual, dado que la gran mayoría de los victimarios y perpetradores de violencia sexual hacia NNA pertenecen a ese sexo.

### 9.1.5. Violencia sexual

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la violencia sexual como: «todo acto sexual, la tentativa de consumir un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de ésta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo». <sup>3</sup>

---

3. *Violencia contra la mujer: violencia de pareja y violencia sexual contra la mujer* (2011). Nota descriptiva n.º 239. Ginebra, OMS.

Varias entrevistas realizadas para una investigación a nivel latinoamericano y el Caribe, muestran las diversas afirmaciones de algunos varones, que ejercen violencia sexual. Las proponen socialmente como una forma de justificar la violencia sexual. (Bott, 2012, en ONU Mujeres, 2015). Éstas también pueden aplicarse a Uruguay por encontrarse en una misma región y compartir algunos aspectos culturales. Se enumeran algunas de estas:

- «Es obligación de la esposa tener sexo con su marido, incluso si ella no quiere.»
- «Está justificado golpear a la esposa cuando el marido descubre que ella le es infiel.»
- «Está justificado golpear a la esposa cuando ella desobedece al marido.»
- «La mujer debe pedir permiso en instancias como salir, administrar el dinero de la casa.»
- «La mujer debe hacer las tareas de cuidado o domésticas.»
- «Una mujer debe obedecer a su esposo aunque no esté de acuerdo con él.»
- «Un hombre necesita mostrar a su esposa que él es el jefe.»

Estas afirmaciones están incorporadas a la subjetividad de muchas personas, por lo que es importante apoyar también a los varones para que comprendan cómo tales creencias perjudican el sano desarrollo de su SS y SR, la de las mujeres y la de NNA que entran en contacto con ellos.

La explotación sexual comercial y no comercial de mujeres adultas y NNA también es una forma de violencia sexual.

La violencia sexual abarca actos que van desde el acoso verbal a la penetración forzada y una variedad de tipos de coacción, desde la presión social y la intimidación hasta la fuerza física.

La violencia sexual incluye, pero no se limita a lo siguiente:

- violación en el matrimonio o en citas amorosas; violación por desconocidos o conocidos; insinuaciones sexuales no deseadas o acoso sexual (en la escuela, el lugar de trabajo, etc.);
- violación sistemática, esclavitud sexual y otras formas de violencia particularmente comunes en situaciones de conflicto armado (por ejemplo, fecundación forzada);
- abuso sexual de personas física o mentalmente discapacitadas; violación y abuso sexual de niños;
- formas «tradicionales» de violencia sexual, como matrimonio o cohabitación forzados

Tipos de violencia doméstica.

El artículo 3 de la Ley de Violencia Doméstica (Ley n.º 17.514) plantea que «son manifestaciones de VD, constituyan o no delito (delito implica acción contra la ley):

- Violencia física. Acción, omisión o patrón de conducta que dañe la integridad corporal de una persona.
- Violencia psicológica o emocional. Toda acción u omisión dirigida a perturbar, degradar o controlar la conducta, el comportamiento, las creencias o las decisiones de una persona, mediante la humillación, intimidación, aislamiento o cualquier otro medio que afecte la estabilidad psicológica o emocional.
- Violencia sexual. Toda acción que imponga o induzca comportamientos sexuales a una persona mediante el uso de: fuerza, intimidación, coerción, manipulación, amenaza o cualquier otro medio que anule o limite la libertad sexual.
- Violencia patrimonial. Toda acción u omisión que con ilegitimidad manifiesta implique daño, pérdida, transformación, sustracción, destrucción, distracción, ocultamiento o retención de bienes, instrumentos de trabajo, documentos o recursos económicos, destinada a coaccionar la autodeterminación de otra persona».

### 9.1.6. Varones víctimas de violencia en su propia infancia

La violencia y el abuso sexual infantil (ASI) que algunos varones vivenciaron en su infancia generan consecuencias en la adolescencia y en la vida adulta.

Si dichos varones no lograron procesar ese trauma infantil adecuadamente con herramientas de resiliencia que disminuyeran o erradicaran sus repercusiones, se generarán efectos y daños, en ocasiones con difícil reversibilidad.

Es importante detectar a los varones que han sido víctimas de violencia y/o de ASI, y de esta manera hacer profilaxis para preservarlos de la reproducción de la violencia hacia ellos mismos, hacia sus parejas, hijas e hijos. Cuando un varón vivencia una situación traumática en su infancia, como por ejemplo haber sido abusado sexualmente, hay una tendencia a que esa persona al convertirse en adulta repita ese patrón de conducta con otras personas.

En ocasiones las barreras culturales inhiben a algunos varones adultos de poder hablar del abuso sexual que sufrieron en la infancia o adolescencia, lo que genera dificultades para acudir a los servicios de salud y conversar del tema con profesionales que puedan prestarles ayuda.

Se han detectado algunas repercusiones de la violencia y el ASI en las personas adultas que las padecieron y una de ellas es la transmisión intergeneracional. Esto implica que en ocasiones los varones que ejercen violencia y/o ASI plantean que han sufrido maltrato o ASI en su infancia. Por lo que se puede decir que el maltrato infantil (físico y sexual) es un factor de riesgo para que el individuo se convierta en posterior victimario. Si bien no puede establecerse que existe una relación causa-efecto de manera directa, ya que existen múltiples factores personales, familiares y sociales que pueden llegar a mitigar el riesgo (Cannon, 2001, en Pereda, 2010).

Diversas investigaciones (SIPIAV, 2016) muestran que la VD se transmite de generación en generación por aprendizaje de las experiencias vividas en la familia de origen (Luz, 2005), dado que un formato violento de relaciones padres-madres-hijos-hijas generan un aprendizaje que cobrará vida en los vínculos intrafamiliares que genere ese varón en su vida adulta.

En las preguntas que se sugieren al final de este capítulo se propone indagar violencia y abuso sexual en la infancia del consultante.

### **9.1.7. Datos relevantes para todo el Uruguay**

Durante el año 2013 se realizó en Uruguay la primera Encuesta de Violencia Basada en Género y Generaciones (EVBGG) enmarcada en el conjunto de políticas públicas que viene desarrollando el Estado uruguayo para la erradicación de la violencia basada en género y generaciones y específicamente en el proyecto «Uruguay unido para poner fin a la violencia hacia mujeres, niñas y adolescentes».

Esta fue ejecutada por el Consejo Nacional Consultivo de Lucha contra la Violencia Doméstica (CNCLVD) y el Sistema Integrado de Protección a la Infancia y Adolescencia contra la Violencia (SIPIAV) junto con el Sistema de Naciones Unidas (ONU-MUJERES, UNFPA, PNUD, UNESCO Y OIM). La encuesta fue ejecutada por el Instituto Nacional de Estadística (INE) en coordinación con el CNCLVD y el SIPIAV. La encuesta fue realizada a un total de 3.732 mujeres de 15 años o más, residentes en localidades de 5.000 o más habitantes, en hogares particulares.

Su gran aporte es el de establecer una línea de base a nivel nacional sobre la magnitud del fenómeno de la violencia hacia mujeres, niñas y adolescentes y sus características, dado que los datos con los que cuenta el país hasta el momento provienen únicamente de denuncias, servicios de atención a la violencia o encuestas parciales.

Algunos datos relevantes para el tema que compete a esta guía:

- **En Uruguay, casi 7 de cada 10 mujeres (700.000 mujeres) han vivido violencia basada en género en algún momento de sus vidas (sexual, física, psicológica y/o patrimonial).**
- **La violencia de género afecta en mayor medida a las mujeres más jóvenes, en particular a quienes tienen entre 19 y 29 años, a las mujeres que declaran ascendencia afro y a quienes viven en la región sureste del país.**
- **La violencia psicológica (en comparación con la patrimonial, física y sexual) es la de mayor prevalencia en todos los ámbitos donde fue relevada y en todas las etapas de la vida, a excepción de la infancia, etapa en la cual la violencia física fue declarada con mayor frecuencia que la psicológica.**
- **Más del 45 % de las mujeres entrevistadas en Uruguay que tienen o han tenido pareja declaran haber vivido algún tipo de violencia de pareja a lo largo de la vida. Por otro lado, más de un quinto de ellas la han vivido recientemente (últimos 12 meses, 2013).**

En el año 2013 también se realizó la Encuesta de Prevalencia de VD entre las mujeres mayores de 15 años asistidas en servicios de salud públicos y privados; fue el resultado de la cooperación de la Facultad de Medicina de la Udelar, el Instituto Nacional de Estadística y el Ministerio de Salud Pública. La encuesta se aplicó en servicios de salud de atención ambulatoria no urgente, públicos y privados de todo el país. El tamaño de la muestra fue de 1.200 casos distribuidos en cinco regiones a nivel nacional en localidades de 5.000 o más habitantes.

Dicha Encuesta muestra lo siguiente:

- **Más de 1 cada 4 mujeres de 15 y más años usuarias del servicio de salud público o privado en localidades urbanas del país, manifiesta haber vivido episodios de VD en alguna de sus expresiones (27,7%).**
- **Más de un tercio de estas mujeres experimentan tales situaciones con frecuencia semanal o diaria y aproximadamente una cada cuatro lo ha vivido una sola vez en los últimos 12 meses.**
- **En algo más del 40% de los casos el agresor es su pareja actual (esposo o compañero permanente). Si además se consideran novios, ex novios o ex esposos, este guarismo supera el 60% del total de casos.**

- **En 7 de cada 10 situaciones de violencia doméstica la mujer declara convivir con el agresor y en 8 de cada 10 casos el agresor es del sexo masculino.**
- **Se registra una mayor prevalencia de VD entre las mujeres jóvenes de entre 15 y 18 años (35,4 %) y una menor prevalencia entre las más adultas, con 65 y más años (22,0 %).**
- **Entre las diferentes formas de violencia doméstica, la violencia psicológica es la que registra la mayor prevalencia, seguida de la física y la sexual, estas últimas con guarismos muy similares.**

### Otros datos estadísticos

Según datos del Ministerio del Interior, en el año 2018 el 58,7 % de las mujeres asesinadas en el país corresponden casos de homicidio por violencia doméstica, es decir, perpetrados por parejas, exparejas o familiares, todos ellos perpetrados por varones, el 81,8 % de ellos sin antecedentes penales. Dicho ministerio recibió en el período comprendido entre enero y octubre del 2018 32.307 denuncias de violencia doméstica y asociados.

El programa «Tecnologías de verificación de presencia y localización de personas (tobilleras electrónicas) para casos de alto riesgo en violencia doméstica» entre 2013 y 2017 incrementó en forma exponencial el número de conexiones, alcanzó a más de 1.700 casos y más de 3.400 personas monitoreadas. En 2018 en igual período, enero–octubre, se realizaron 636 conexiones de tobilleras electrónicas y 50 reconexiones, el 93,5 % de las cuales fueron colocadas a exparejas.

Durante 2018, el Sistema de Respuesta en Violencia Basada en Género del Instituto Nacional de las Mujeres atendió a 3.729 mujeres y 520 varones en todo el país, lo que implica un incremento general en la atención y en particular hacia varones. Los servicios de atención a mujeres en situación de violencia basada en género atendieron a 2.658 mujeres en todo el país, con un total de 13.975 consultas.

En el período enero–diciembre 2018, las instituciones de asistencia médica colectiva (IAMC) que integran el Sistema Nacional Integrado de Salud atendieron en su totalidad a 3.790 mujeres mayores de 15 años en situaciones de VD, de las cuales 412 fueron valoradas de riesgo medio o alto, y los servicios de urgencia/emergencia atendieron 157 situaciones de VS y 447 situaciones de VD con lesiones.

## 9.2. Impactos de los estereotipos de género sobre la VD en la salud de los varones

Para ahondar en las consecuencias de la VD sobre la salud de las mujeres, es conveniente referirse a la guía de procedimientos en PNA de salud Abordaje de situaciones de violencia doméstica hacia la mujer (MSP, 2006).

La presente guía profundizará sobre los impactos que los estereotipos de género y el ejercicio de la violencia masculina tienen sobre la salud de los varones y más específicamente sobre la SS y SR de estos.

**Los varones también sufren impactos negativos visibles y sutiles frente a la violencia que ellos mismos ejercen hacia sus (ex) parejas, hijos e hijas. Diversos autores de estudios de varones y masculinidades plantean que los varones se ven afectados fuertemente por el ejercicio de sus propias violencias** (De Keijzer, 1997; Kaufman, 1999; Ramírez, 2000).

A continuación, se presentan algunas de las consecuencias e impactos negativos de la violencia que ejercen los varones sobre sí mismos, de manera directa o indirecta:

- a) **No compartir ni convivir por un lapso prolongado con sus hijos e hijas**, porque deben ser protegidos con medidas cautelares/prohibición de acercamiento, tobillera electrónica o privación de libertad.
- b) **Suicidarse como consecuencia de un homicidio hacia pareja, hijos e hijas.**  
En el año 2015 (noviembre 2014 a octubre 2015) el 28,6 % de los autores se suicidaron luego del homicidio. Los autores de asesinatos de mujeres por franja etaria en todo el país (2015) fueron los siguientes: el 8,7 % tenía entre 15 y 29 años, el 52,2 % tenía entre 30 y 44 años, el 21,7 % tenía entre 45 y 59 años y el 17,4 % tenía 60 años o más al momento del homicidio, lo que da cuenta de que la franja de edad más vulnerable para los varones en este sentido va de los 30 a los 44 años.
- c) **Alteraciones funcionales agudas y crónicas, orgánicas y psicológicas sobre sí mismos.**
- d) **Algunos varones generan un malestar significativo como consecuencia del daño que ejercieron por haber violado los DD. HH., derechos sexuales y derechos reproductivos de otras personas.**

Las consecuencias psíquico-emocionales en las mujeres que han vivido algún tipo de violencia por parte del varón pareja o expareja a lo largo de su vida suelen generar impactos negativos directos e indirectos también en dichos varones. Las consecuencias en las mujeres son las siguientes:

depresión, angustia, tristeza o miedo (54,4 %), dificultades o alteraciones del sueño (38,4 %), agresividad o mal humor (33,2 %), problemas o alteraciones alimenticias (28,2 %) e ideas o deseos de morir o suicidarse (21,6 %) (Encuesta SIG-INE, 2013). Las mujeres que han sufrido violencia de pareja tienen casi el doble de probabilidades de padecer depresión y problemas con el alcohol (ONU, 2013).

**e) Algunos varones generan un perjuicio a su propia salud física y mental en la vivencia de su sexualidad que los aleja de una posible recuperación y de una vida saludable sin violencia.** Esto sucede porque desde el modelo hegemónico de masculinidad, se sienten habilitados/legitimados a violentar a otras personas para controlarlas y dominarlas.

**f) Alteraciones funcionales orgánicas agudas y crónicas sobre sus hijos, como depresión, trastornos de aprendizaje, hiperactividad, vulnerabilidad frente al abuso sexual y el bullying, alcoholismo y conductas sexuales riesgosas durante la adolescencia,** entre otros, lo que implica:

- ✓ baja calidad en la relación con la pareja o ex pareja y una disminución en la calidad vincular con esos hijos,
- ✓ algunos varones toman conciencia del daño ocasionado a sus propios hijos, mientras que para otros esto puede conducir a tomar caminos nocivos hacia sí mismos (consumo de alcohol, de sustancias y aumentar el ejercicio de la violencia, desarrollar trastornos psíquicos como depresión, insomnio, etc.).
- ✓ hay varones que no pueden tomar conciencia de su propia violencia (negación), por lo tanto no empatizan con el dolor de la persona víctima y no visualizan los impactos sobre otras personas y sobre sí mismos.
- ✓ otros varones frente al ejercicio de su propia violencia tienen impactos emocionales y experimentan alguna de estas sensaciones, emociones y sentimientos:

- Sentimiento de culpa
- Sentimiento de vergüenza
- Sentimiento de extrañeza
- Miedo a diversas consecuencias
- Sensación de que «no hay salida»
- Aumento de la bronca
- Arrepentimiento
- Humillación
- Asco por sí mismos
- Desesperanza
- Tristeza

- Desprecio y menosprecio por sí mismos y hacia las personas que se ejerce la violencia.
- Deseos de venganza por creer que las otras personas ocasionan su violencia.
- Sensación de ‘perderlo todo’, como pareja, hijos, casa, trabajo, etc.
- Desconfianza de sí mismos y de los otros miembros de la familia.

- Lástima por sí mismo y por las personas a las que se ejerce violencia.
- Sensación de tener que controlar cada vez más.
- Culpar a la otra persona por creer que ocasiona su violencia.
- Minimizar su violencia, para mitigar la culpa y la vergüenza.
- Sensación de no ser bienvenido en el hogar cuando llegan de trabajar.

Estos sentimientos y emociones experimentados por algunos varones que ejercen violencia les generan malestar subjetivo y los perjudica en el ejercicio de sus derechos sexuales y derechos reproductivos y los de otras personas, así como los aleja de la responsabilidad que tienen frente a estos derechos, pertenecientes a su pareja, expareja, hijos.

**g) Impactos sobre hijos. La VD afecta directa e indirectamente a los hijos, aunque no la presenciaron, porque los impactos les llegan a través de la pareja y del mismo ejecutor de la violencia.**

Si se le pregunta a un padre si quiere que sus hijos sufran los efectos de su propia violencia hacia otras personas, la gran mayoría contesta: «No quiero» (Ramírez, 2000). Esto da cuenta de la naturalización de la violencia en los varones, por lo tanto, no saben que la están ejerciendo. Otros sí saben que la ejercen, pero no conocen la manera de abandonar el ejercicio de esta.

**h) Los varones pueden sufrir impactos directos en los casos de embarazos imprevistos, e indirectos vinculados al impacto de su salud impacta en la salud de su pareja y eventualmente en la del hijo.** El maltrato hacia la mujer aumenta cuatro veces en los casos de embarazos imprevistos como desencadenantes de la violencia hacia ella (MSP, 2006).

**i) Existen también impactos económicos:**

- Directos. Atención en servicios legales y ayuda social hacia el varón consultante, otros varones, las mujeres, así como los NNA.
- Indirectos. Baja en la productividad, ausentismo laboral, disminución en la participación social, bajo desarrollo personal, inadecuado ejercicio de la ciudadanía, tanto propia como la de la mujer que es o fue víctima de violencia. Por otra parte, también existen repercusiones económicas sobre la salud de las mujeres que se atienden en sectores privados, así como para el Estado.

**j) Existen impactos en la comunidad:** los impactos negativos sobre la comunidad son elevados. Los varones consultantes del PNA viven en la misma comunidad donde ejercen violencia, por lo tanto, este ejercicio impacta sobre su hábitat circundante y sobre la sociedad en que viven. Esto genera un circuito de violencia que se retroalimenta y se reproduce de manera masiva, afectando sus vidas directa e indirectamente.

### 9.3. Creencias irracionales y mitos sobre la violencia masculina

En el colectivo social circulan diversos mitos respecto al ejercicio de la violencia y el maltrato. Estos deberían ser problematizados y catalogados como erróneos, para poder así realizar intervenciones que beneficien tanto a varones como a mujeres, niños y niñas.

Análisis de algunas de estas creencias:

- **«Algunos hombres pierden el control y cometen violencia hacia las mujeres.»** La gran mayoría de los varones que ejercen violencia pueden controlarla, ya que ejercer violencia es una decisión. Los varones que no pueden controlar su violencia son la minoría y en ese caso existirían problemas psicopatológicos graves.
- **«Los hombres violentos son personas enfermas.»** Siguiendo con el mito anterior, más del 95 % de los varones que ejercen violencia no tienen trastornos cognitivos ni daño cerebral (Allyón, Fernández y Vargas, 2014).
- **«La violencia es solo el golpe.»** La violencia no es solamente física, existen otros tipos de violencia más sutil como la violencia sexual, psicológica y económica, lo que implica una mayor dificultad para detectarla.
- **«Cuando hay violencia es porque se agreden mutuamente.»** La violencia de género se sostiene en la desigualdad, así como la dominación de los hombres hacia las mujeres por el hecho de ser mujeres. En pocas ocasiones las mujeres ejercen violencia sobre sus parejas varones, por lo general es la reacción frente a la violencia que reciben de ellos durante mucho tiempo.
- **«El alcohol y otras sustancias que generan dependencia son la causa de la violencia.»** Estas sustancias y el alcohol son desinhibidores del sistema nervioso, lo que hace que la violencia que el varón viene ejerciendo hacia su pareja e hijos se agrave. Cuando un varón ejerce violencia bajo esos efectos, es porque también es violento sin alcohol o sustancias.
- **«Los hombres violentos son pobres e incultos.»** Esto también es un mito. La violencia masculina se ejerce por igual en todos los estratos y condiciones sociales. El único rasgo en común de todos los varones que la ejercen es que tienen o han tenido un vínculo afectivo con la persona que sufrió o sufre dicha violencia.
- **«Si ella no se va de su casa es porque le gusta» y ella no denuncia porque le gusta que le peguen.»** En diversas ocasiones las mujeres no vislumbran

posibilidades de cambiar de proyecto de vida a corto plazo, lo que hace que no se vayan de sus hogares, no denuncien o no les pidan a sus parejas violentas que se retiren. En ocasiones existe una dependencia económica o sostienen empleos en común y la mujer tiene que crear alternativas para lograr autonomía y retirarse o que él se vaya del hogar, y eso les lleva tiempo. A ninguna mujer le gusta que la violenten de alguna de las maneras posibles que existen.

- **«La violencia doméstica es un asunto privado.»** La violencia contra las mujeres es un problema social, de toda la comunidad, y también es un delito, por lo que las instituciones públicas y privadas de salud deberán hacerse cargo de este problema.

(Estos mitos fueron planteados por Allyón, Fernández y Vargas en 2014).

## 9.4. Signos de alerta, rutas de derivación y abordaje de la violencia masculina

### Actitudes acerca de violencia doméstica en el PNA

Indagar sobre cómo se relaciona el usuario con su pareja, expareja e hijos orientará al personal de salud a:

- promover la cultura del «buen trato» en el noviazgo y el hogar;
- condenar la conducta de violencia, no a la persona que la ejerce;
- prevenir la violencia del varón hacia otras personas;
- prevenir que el ejercicio de la violencia se naturalice y se cronifique;
- ayudar al varón a reconocer que tiene un problema con el manejo de sus emociones y la violencia;
- una vez reconocido el problema, apoyar al varón en la construcción de la demanda o la necesidad de pedir ayuda para solucionar su problema;
- guiar al consultante hacia una atención adecuada para el abordaje de su problema de violencia.

### Formas de investigar en la consulta

En la consulta con varones se deben considerar aquellos aspectos más relevantes a indagar frente a situaciones de VD, para orientar, derivar y referir oportunamente a los equipos del prestador de salud correspondientes. Es fundamental que siempre el personal de salud del PNA asuma como actitud permanente la desnaturalización de la violencia.

### Preguntas o diálogos posibles

En la consulta existen formas indirectas de comenzar a investigar y conversar sobre el tema, por ejemplo, a través de preguntas sencillas como:

- ¿Cómo estás con tu pareja?, ¿cómo es la relación entre ustedes?
- ¿Qué MAC utilizan? ¿Cómo lo deciden/acuerdan?
- ¿Está todo bien en casa?, ¿cómo es el ambiente?
- ¿Discuten con tu pareja?, ¿cuántas veces a la semana?
- ¿Cómo solucionan los problemas durante o después de las discusiones?

En caso de haber más de un integrante de la familia que se atienda en el mismo servicio, el equipo de salud puede recibir información sobre la violencia del varón por el relato de otro integrante, lo que implicará indagar más profundamente sobre esta sin perder la confidencialidad.

Solo se podría romper el secreto profesional con el consentimiento explícito de las «víctimas».

En el anexo 1 se presentan las pautas vigentes para la asistencia en todos los servicios de urgencia y emergencia en caso de agresión sexual de todos los prestadores del SNIS.

## 9.5. Pautas de entrevista para indagar violencia masculina

Se sugiere volver a leer las pautas de entrevistas en el capítulo 4, pero se recomienda poner énfasis en las siguientes condiciones:

Construir una demanda

Muchos varones tienen naturalizada la violencia. Esto demanda un esfuerzo importante de los técnicos durante el encuentro con ellos para lograr que pidan ayuda. Recién después de logrado esto, será posible ayudarlos realizando una derivación o referenciación oportuna al prestador de salud.

Esto significa, por ejemplo, que se le podrán exponer ejemplos de situaciones de violencia y ayudarlo a aprender a reconocerla como forma de ayudarse a sí mismo.

Para esto se sugiere ejemplificarle al usuario algunas situaciones cotidianas naturalizadas de violencia, para poder «sacar el tema»:

- I La violencia emocional surge cuando un varón hace, dice o no dice algo que a la pareja la saca de equilibrio, como no contestar cuando se le pregunta algo o no hacer las tareas del hogar que le corresponden por acuerdos previos.
- II Cuando alguien insulta, «levanta la voz» o llama a otra persona con nombres que la desvalorizan, como por ejemplo decirle «gorda» o «mala madre» a una mujer, está ejerciendo violencia verbal.

- III Cuando un varón evita aportar dinero a quien tiene más tiempo a los hijos está ejerciendo violencia económica.
- IV Cuando una persona empuja, aprieta, deja encerrado alguien en algún lugar como un dormitorio, tira objetos al piso, o también golpea puertas, paredes o mesas, está ejerciendo violencia física.
- V Cuando un varón quiere «tener sexo» con su pareja, ella le dice que no quiere o no tiene ganas, él insiste y terminan «teniendo sexo», estamos hablando de violencia sexual.

Las violencias IV (física) y la V (sexual) son las que requieren de una intervención más urgente y las que ameritan una derivación o referencia a un tratamiento específico para abordar el problema.

Las violencias I (emocional), II (verbal) y III (económica) se pueden conversar en el consultorio o en algún dispositivo que se genere en las salas de espera o en las policlínicas, como afiches, folletos, talleres, charlas, y en ocasiones hacer una referencia a «trabajarse» como varón. Aunque es importante tomar en cuenta que la violencia emocional intensa y recurrente puede tener impactos negativos con riesgos vitales para la persona víctima de violencia, pudiendo esta llegar al suicidio.

### **Evitar juicios descalificantes**

Es primordial que el usuario no se sienta juzgado por el personal de salud. Por esta razón es fundamental que la persona que pesquise y encuentra indicadores de violencia esté sensibilizada en la temática y comprenda que la violencia es individual y social a la vez.

Por lo general, si se le pregunta a un varón si él quiere ser violento, contesta que NO; esta respuesta casi siempre es auténtica, a no ser que haya una patología grave.

**Apojar al usuario implica desnaturalizar con él la violencia, lo que no significa que se la justifique. Tomar una postura como profesionales de la salud frente a la violencia es una posición ética y por momentos es necesario apoyar en la confrontación (sin violencia).**

La mayoría de los varones tienen naturalizada la violencia y aunque sepan que la ejercen, no saben cómo dejar de hacerlo, porque fueron socializados para ejercer control y dominio hacia las personas que viven en su hogar.

Los varones que ejercen violencia sexual y física necesitan apoyo y ayuda para dejar de hacerlo y «el maltrato o enojo» del personal de salud no habilita a que el varón logre el interés por abandonar el ejercicio de la violencia.

En este sentido, es importante que el personal de salud que trabaja con varones trabaje su propia historia de violencia personal en su mundo emocional, sea como víctima o como victimario de VD, para poder tomar una distancia óptima y apoyar al usuario.

### **Necesidades del usuario**

En ocasiones el personal de salud da por obvio que los varones tienen conocimiento sobre el concepto de violencia. Creer que todos están informados sobre lo que es la violencia es un estereotipo social vinculado con el género y la sexualidad.

Gran parte de los varones dicen «yo no soy violento» y ese es otro estereotipo, porque ser violento no implica únicamente «pegar y/o violar a otras personas». La violencia está naturalizada en nuestra sociedad.

Esto requiere del PNA una actitud de apoyar al usuario con información sobre dicho concepto y los formatos en los cuales puede expresarse. Es fundamental indagar la violencia porque «más del 95 % de los varones que ejercen violencia no tienen trastornos o daño cerebral», por lo tanto, solo unos pocos, tienen algún problema cognitivo o algún trastorno de personalidad o psicosis.

Esto implica que cualquier varón, de cualquier clase social y «nivel cultural», puede ejercer violencia y aparentar ser un «hombre pacífico», seductor y «empático» (Allyón, Fernández y Vargas, 2014).

### **Escucha empática**

Se vuelve a recomendar una escucha abierta y empática para que ese varón que consulta sienta la confianza que merece para recibir apoyo en el PNA. Solo así va a poder explicar cuál es su problema y cuáles son los riesgos que corren las personas en contacto con él cercanas.

Las intervenciones del técnico profesional son cruciales para que el consultante genere algún cambio en su vida cotidiana y comience a cuidarse/cuidar de una manera más responsable.

En ciertas ocasiones, es recomendable informar sobre los impactos de la violencia de manera explícita. «Es importante reconocer que la violencia que ejerces no solo afecta a tu pareja y/o a tus hijos, sino que afecta tu propia salud. Yo te puedo apoyar, conversando algunas cosas contigo, pero también es fundamental que consultes con tal o cual equipo de salud».

En el anexo 2, se presentan preguntas orientadoras para profundizar la indagación en varones sobre violencia.

## 9.6. Asesoramiento, orientación, derivación y referencia

En el año 2006, el Poder Ejecutivo promulgó el Decreto 494/2006 sobre violencia doméstica hacia la mujer, considerándolo un problema de salud pública y estableciendo la obligación de las instituciones y servicios de salud de abordarlo, sean públicos o privados. En el año 2017 se promulgó la Ley Integral de Violencia hacia las Mujeres Basada en Género, y en el año 2018 se publicó (Ley n.º 19.580).

**En ocasiones, en la consulta el técnico toma conocimiento de la situación de violencia que viven sus parejas, exparejas, hijos.**

En caso de haber riesgo grave o vital por violencia emocional, sexual o física para terceros, se recuerda que toda institución de salud tiene un protocolo de atención a víctimas de violencia y que la protección de estas es uno de los principios orientadores de la intervención. En este sentido es importante la coordinación con otros integrantes del equipo para trabajar en interdisciplina y en red.

**Se recomiendan algunas posibles intervenciones a realizar con aquellos varones que ejercen o han ejercido violencia:**

- ✓ Dialogar con el usuario sobre la violencia que ejerce y los impactos que esta tiene sobre su pareja, expareja, sobre sus hijos y sobre sí mismo.
- ✓ Invitar al usuario a participar de la atención individual y grupal en servicios disponibles de la comunidad para varones que desean erradicar su propia violencia en el hogar.
- ✓ En caso de que el consultante haya sido víctima de abuso sexual infantil o abuso sexual en la adolescencia, referirlo a salud mental de su prestador para valorar la posibilidad de intervención terapéutica.

Al momento de publicarse esta guía se está implementando la Ley Integral de Violencia hacia las Mujeres Basada en Género, n.º 19.580, documento que establece las directrices para las políticas públicas y las competencias del sector salud en la atención a varones que ejercen violencia.

## 9.7. Bibliografía

- Aguayo, F., Kimelman, E., Saavedra, P., y Kato-Wallace, J. (2016). Hacia la incorporación de los hombres en las políticas públicas de prevención de la violencia contra las mujeres y las niñas. Santiago: *EME/CulturaSalud*, 30.
- Bourdieu, P. (2000). *La dominación masculina*. Madrid: Paidós.
- Burin, M. (2000). La hostilidad: modalidades de procesamiento propias de la masculinidad. En M. Burin y I. Meler, *Varones, género y subjetividad masculina*. Buenos Aires: Paidós.
- Connell, R. W. (1987). *Gender and power* Cambridge. *Polity*, 10.
- Connell, R. (1998). Masculinities and globalization. *Men and masculinities*, 1(1).
- De Keijzer, B. (1994). La salud y la muerte de los hombres. Veracruz. *Revista Mexicana de Sociología*.
- De Keijzer, B. (1998). La masculinidad como factor de riesgo. En E. Tuñón (coord.), *Género y salud en el sureste de México*. Universidad Autónoma de Tabasco, México.
- De Keijzer, B. (2010). *Masculinidades, violencia, resistencia y cambio*. Tesis de Doctorado en Salud Mental Comunitaria. México: Universidad Veracruzana.
- Fernández, M., y Ayllón, R. (2014). *Aprendiendo a querer: noviazgos libres de violencia. Guía metodológica para prevenir la violencia contra las mujeres entre estudiantes de secundaria [Learning to love: Dating relationships free of violence. A methodological guide to prevent violence against women in junior high school]*. Ciudad de México, México: GENDES, AC.
- Gemetto, F., Bacin, G. (2012). *Guía para personal de salud sobre salud sexual y reproductiva y prevención de la violencia hacia población LGTB*. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Argentina.
- Ireland, J., Ireland, C., y Birch, P. (2012). *Violent and sexual offenders: Assessment, treatment and management*. Routledge.
- Kaufman, M. (1999). Las siete P's de la violencia de los hombres. *International Association for Studies of Men*, 6(2).
- Lagarde, M. (1998). *Violencia de género y paz social unida por la vida y la libertad de las mujeres. En 10 Años de Historia 1995-2005*. Granada: Asociación Seminario Mujer Latinoamericana-Mujer Andaluza.
- Levtov, R., Van der Gaag, N., Greene, M., Michael, K., y Barker, G. (2015). *State of the World's Fathers 2015: A MenCare Advocacy Publication*. Promundo.
- Luz Magdalena, S. (2005). Transmisión intergeneracional de la violencia intrafamiliar: evidencia para las familias colombianas. *Revista Desarrollo y Sociedad* (56).
- Norcross, J., y Goldfried, M. (2005). *The transtheoretical approach. Handbook of psychotherapy integration*. Second Ed. New York: Oxford University Press.
- OMS. (2005). *Women's Health and Domestic Violence Against Women. [Estudio Pionero sobre la Violencia Doméstica]*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2005/pr62/es/>
- Pereda, N. (2010). Consecuencias psicológicas a largo plazo del abuso sexual infantil. *Papeles del Psicólogo*, 31(2). Madrid. Recuperado de <http://www.cop.es/papeles>
- Perrone, R. (2012). *Síndrome del ángel. Consideraciones acerca de la agresividad*. Madrid: Paidós Ibérica.
- Prochaska, J. O., y DiClemente, C. (2005). The transtheoretical approach. *Handbook of psychotherapy integration*, 2.
- Pueyo, A. (2005). *SARA Manual para la valoración del riesgo de violencia contra la pareja*. Ediciones Universidad Barcelona.

- Ramírez, A. (2000). *Violencia masculina en el hogar*. México DF: Editorial Pax México.
- World Health Organization. (2005). *Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y la violencia doméstica: Primeros resultados sobre prevalencia, eventos relativos a la salud y respuestas de las mujeres a dicha violencia: resumen del informe*.

### **Leyes, guías, protocolos y mapas de ruta para el abordaje de la VD en Uruguay**

- ANEP, CEP y UNICEF. (2007). *Mapa de ruta en el ámbito escolar para las situaciones de maltrato y abuso sexual que viven niños, niñas y adolescentes*. Uruguay.
- ANEP. (2010). *Protocolo para enseñanza media. Situaciones de violencia doméstica en adolescentes*. Uruguay.
- InMujeres/MIDES, AECID. (2009). *Guía de recursos en violencia doméstica*. Uruguay.
- Ministerio del Interior. (2010). *Guía de procedimiento policial para las actuaciones en violencia doméstica y de género*. Uruguay.
- Ministerio del Interior. (2012). *Protocolo gestión de información de violencia doméstica*. Uruguay.
- Ministerio del Interior (2015). *Informe anual sobre violencia y criminalidad en todo el país*. Montevideo: Observatorio Nacional sobre Violencia y Criminalidad en Uruguay. División de Estadísticas y Análisis Estratégico.
- Ministerio del Interior. (2015). *Observatorio Nacional sobre Violencia y Criminalidad. División de Estadísticas y Análisis Estratégico*. Uruguay.
- Ministerio Salud Pública. (2006). *Guía de procedimientos en el primer nivel de atención de salud. Abordaje de situaciones de violencia doméstica hacia la mujer*. Decreto 494/2006. Uruguay.
- Ministerio de Salud Pública. (2008). *El papel de los varones en el diseño e implementación de estrategias para la atención de la violencia basada en el género*. Reforma del Sistema de Salud en Uruguay. Uruguay.
- Ministerio Salud Pública. (2009). *Guía para el abordaje integral de la salud de adolescentes en el primer nivel de atención*. Programa Nacional de Salud Adolescente. Uruguay.
- Ministerio Salud Pública. (2015). *Pautas para el abordaje a situaciones de violencia sexual en servicios de urgencia y emergencia*. Uruguay.
- Poder Legislativo. (1981). Ley n.° 15.164/1981. Aprueba la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer (CEDAW) de las Naciones Unidas. Uruguay.
- Poder Legislativo. (1996). Ley n.° 16.735/1996. Aprueba la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, conocida como Convención de Belém do Pará.
- Poder Legislativo. (2001). Ley n.° 17.338/2001. Aprueba el protocolo facultativo de la CEDAW. Uruguay.
- Poder Legislativo. (2002). Ley n.° 17.514/2002. Violencia Doméstica. Uruguay.
- Poder Legislativo. (2017) Ley n.° 19.580/2017. Ley de Violencia Hacia las Mujeres basada en Género. Uruguay.
- SIPIAV, INAU. (2007). *Protocolo de intervención para situaciones de violencia hacia niños/as y adolescentes*. Uruguay.
- SIPIAV, MSP y UNICEF. (2009). *Mapa de ruta para la prevención y la atención de situaciones de maltrato y abuso sexual infantil en el sector salud*. Uruguay.
- SIPIAV, CNCLVD, MIDES, INAU, UNFPA, ONU Mujeres, AUCI, INE. (2013). *Primera Encuesta Nacional de Prevalencia sobre Violencia Basada en Género y Generaciones*. Uruguay.

- SIPIAV, MI, ANEP, MIDES, MSP, ASSE, INAU Y UNICEF. (2016). Sistema de Protección contra la Violencia hacia NNA. Uruguay.
- UdelaR. (2013). Encuesta de Prevalencia de Violencia Doméstica en Servicios de Salud. Principales Resultados. Uruguay: Unidad de Sociología de la Salud. Departamento de Medicina Preventiva y Social. Facultad de Medicina. UdelaR.
- SIPIAV. (2015). Informe de gestión: Sistema Integral de Protección a la Infancia y a la Adolescencia contra la Violencia, en el marco del Programa Integral de Lucha Contra la Violencia de Género. Uruguay.



# 10. Disfunciones sexuales o trastornos sexuales

## 10.1. Definición

**Las disfunciones sexuales son alteraciones en cualquiera de las etapas de la respuesta sexual humana, que generan dificultades para una actividad sexual saludable, imposibilitando el desarrollo placentero y/o reproductivo del varón, impactando de manera negativa, física y emocionalmente sobre sí mismo, su pareja sexual y la calidad del vínculo entre ambos.**

En este sentido, se considera fundamental definir las disfunciones sexuales masculinas en función del propio placer, pero también tomando en cuenta a la otra persona. Cuando existe una actividad o relación sexual, cualquiera sea, la vivencia de placer de cada uno de los implicados incidirá y podrá obstaculizar cualquiera de las fases de la respuesta sexual en cada una de las personas involucradas.

La pareja sexual puede ser estable y/o duradera en el tiempo o puede ser ocasional y efímera, pero se propone igualmente tener en cuenta el compromiso afectivo-sexual con la otra persona, en el sentido de «cuidar al otro» (mujer, varón o trans), dado que el derecho al placer es un derecho sexual básico humano.

La conceptualización de las disfunciones sexuales ha ido evolucionando, ya que en un primer momento se consideraba que eran «el conjunto de alteraciones —en su mayor parte por inhibición— de algunas de las fases de la respuesta sexual del individuo y su función ética. Según el DSM-IV se caracterizan por una alteración de los procesos propios del ciclo de la respuesta sexual o por dolor asociado con la realización del acto sexual» (Flores Colombino, 2000).

Con el tiempo, algunos técnicos, siguiendo el planteo del DSM-V, refieren a estas como trastornos que afectan el comportamiento sexual del ser humano, que le impiden disfrutar de las relaciones sexuales, interfieren con sus relaciones personales y afectan negativamente su calidad de vida.

Entonces desde la mirada de la medicina sexual suelen definir las como una alteración persistente o recurrente de cualquiera de las fases del ciclo de la respuesta sexual, que interfiere con su adecuada realización o satisfacción y es debida a factores orgánicos, psicológicos, dolor y/o efectos adversos de fármacos (Cruz y García, 2011).

**«Actualmente se sabe que las disfunciones sexuales son, o pueden ser, expresión de patologías subyacentes más relevantes desde el punto de vista vital o sanitario. La salud sexual es una ventana a la salud en general».** (Cruz y García, 2011)

**La etiología de las disfunciones sexuales** suele ser multifactorial, de causas:

- **Psicógenas y/o psicosociales.** De origen emocional, a partir de mandatos socioculturales y/o individuales.
- **Orgánicas.** Por algún problema fisiológico, por enfermedad, accidentes, adicciones o lesiones quirúrgicas.
- **Farmacológicas.** Como efecto primario o secundario de fármacos y/o por consumo de sustancias psicoactivas.
- **Hormonales/endocrinas.** El déficit de algunas hormonas puede incidir en el deseo sexual o en la función sexual en general.

«La evidencia científica disponible demuestra que, tanto en Europa como en Estados Unidos, el Síndrome de Deficiencia de Testosterona es una entidad de muy elevada prevalencia. [...] no es solo una patología de la esfera sexual. Es ampliamente conocido el papel de la testosterona en la génesis del deseo y en la fisiología de la erección» (García, 2011).

El bajo nivel de testosterona puede tener múltiples causas. Entre estas, se puede deber a trastornos como hipogonadismo de inicio tardío, enfermedades testiculares, hipopituitarismo, medicación antiandrogénica, adenomas pituitarios, hipotiroidismo, insuficiencia renal crónica, fármacos psicotrópicos y algunos antihipertensivos (Flores, 2000).

**«Parece claro que los niveles bajos de testosterona tienen un efecto negativo sobre la función sexual».** (Martínez, 2011)

## **10.2. Medidas de prevención, orientación, abordaje y derivación**

En múltiples situaciones, la educación sexual no formal en un consultorio puede generar una solución o la disminución de la intensidad de una disfunción sexual masculina. Esto requiere la apertura del personal de salud a dialogar sobre el tema sexual de manera descontracturada y sin inhibiciones.

**El personal de salud puede propiciar un ambiente favorable para dialogar sobre la sexualidad haciendo preguntas específicas.** Se sugieren algunas:

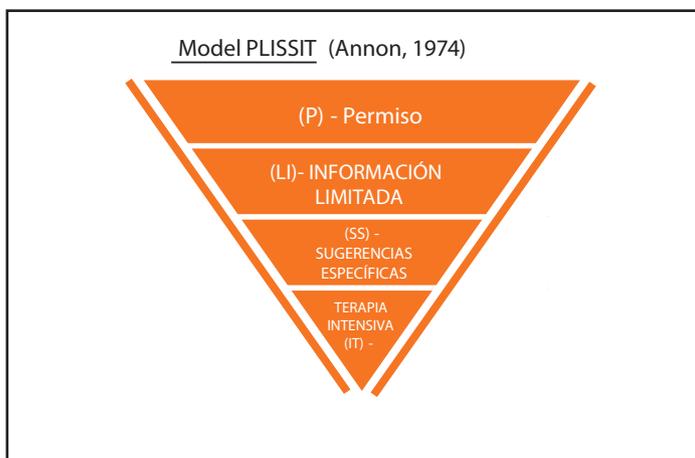
- ¿Cómo se está sintiendo con su vida sexual?
- ¿Quisiera plantear algo respecto a su sexualidad o la sexualidad que comparten con su pareja?
- ¿Tiene alguna duda o preocupación respecto a la sexualidad en general?

**La educación sexual también se puede articular y fomentar a través de folletos, afiches, «dejar a la vista» sobre el escritorio maquetas de genitales, métodos anticonceptivos (preservativo femenino, masculino, DIU, pastillas).**

Algunas de las disfunciones sexuales por las que un varón puede consultar en el PNA pueden tener una rápida resolución en las indicaciones que se sugieran en ese nivel. Otras necesitan una serie de derivaciones que suponen una atención especializada o interconsultas a especialistas concretos para lograr una resolución adecuada (servicio de salud mental, de urología, de endocrinología, servicios SS y SR del prestador de salud del usuario), ya que **la sexualidad es una esfera del ser humano altamente interdisciplinaria.**

### 10.3. Modelo para el abordaje del funcionamiento sexual

Se propone el **modelo PLISSIT** (Annon, 1974). Con este se pueden solucionar la gran mayoría de las interrogantes de la esfera sexual que pueda traer el varón consultante e implica tomar en cuenta los siguientes cuatro niveles/ítems:



**Esquema 1**

- PERMISO. «Dar permiso», en el sentido de habilitar, facilitar al paciente para consultar sobre asuntos de su vida sexual.
- INFORMACIÓN LIMITADA. Dar información limitada acerca de su consulta. Aportar información básica sobre la respuesta sexual, favorecer la deconstrucción de mitos. Por ejemplo, conversar sobre los efectos secundarios de medicación que utiliza, aquellos que puedan estar generando su disfunción, etc.
- SUGERENCIAS ESPECÍFICAS. Realizar sugerencias específicas sobre su disfunción sexual.
- TERAPIA INTENSIVA. Derivar a especialidades que puedan abordar y comprender las disfunciones sexuales masculinas para su tratamiento específico. Solo 10 % lo necesitan.

Siempre será recomendable contar con la historia clínica completa, que debe componerse no solo de la historia médica y quirúrgica, sino además de la historia sexual y psicosocial que posibilite un enfoque multidisciplinario. También se recomienda, frente a una disfunción o trastorno sexual, la exploración física por parte del médico para valorar desde el punto de vista uroandrológico (Cruz, 2011).

En este sentido, se ponen a disposición una serie de preguntas posibles que pueden ayudar a la realización de la historia sexual del varón que consulta por una disfunción sexual. (Véase el anexo 6.)

Siempre será recomendable contar con la historia clínica completa, que debe componerse no sólo de la historia médica y quirúrgica sino además de la historia sexual y psicosocial que posibilite un enfoque multidisciplinario. También se recomienda, frente a una Disfunción o trastorno sexual, la exploración física, por parte del médico, para valorar desde el punto de vista uroandrológico (Cruz, 2011).

En este sentido, se pone a disposición una serie de preguntas posibles que pueden ayudar a la realización de la historia sexual del varón que consulta por una Disfunción sexual. (Véase el anexo 6).

#### **10.4. Fases de la respuesta sexual humana masculina**

A continuación, se presentan los principios básicos de la respuesta sexual humana, tal cual la concibe la medicina sexual y la sexología clínica.

Es importante que el personal de salud conozca y comprenda cómo funciona la respuesta sexual humana para transmitirlo de manera correcta a los varones que consultan frente a dudas o dificultades en el proceso de su propia sexualidad.

### **Fase de deseo sexual**

Refiere al momento en que el varón comienza a tener interés en tener algún tipo de actividad sexual. El deseo sexual por lo general comienza en la mente del varón a partir de las fantasías sexuales, imaginando lo que lo estimula y excita sexualmente; puede reprimir dicho deseo o concretarlo.

Por lo general, cualquier varón tiene la capacidad de reprimir su deseo sexual, por encontrarse en una situación/estado en el cual no puede satisfacerlo, o también por ideología o convicciones relacionadas con sus creencias.

### **Fase de excitación**

Es un proceso psíquico y físico, que genera cambios corporales, como la vasocongestión genital, produciendo la erección penéana, en un varón sano y que haya transitado por la etapa anterior del deseo. Otro cambio físico durante la excitación implica que los testículos ascienden y la piel del escroto se enrojece, por la acumulación sanguínea en la zona (vasocongestión). Las glándulas de Cowper segregan líquido pre seminal. Luego se expulsa el semen, en su mayor parte constituido por líquido segregado desde la próstata. Si un varón no tiene deseo sexual, no logrará la excitación y por lo tanto tampoco una erección.

### **Fase de meseta**

Se trata del mantenimiento de la excitación, sosteniendo la tensión sexual. El varón sano debería poder extender la fase de la meseta el tiempo que decida hacerlo, también tomando en cuenta los tiempos sexuales acordados por ambos.

Algunos varones, pueden plantear la dificultad para percibir la sensación de 'inevitabilidad eyaculatoria', lo que les produce cierta dificultad para mantener cierto control sobre la fase de excitación.

### **Fase del orgasmo**

Refiere al clímax y a la liberación de la excitación sexual; es el momento en que se descarga la tensión psíquica y física que se acumuló en la excitación y en la meseta sexual. Durante el orgasmo suceden contracciones involuntarias de la musculatura pélvica (músculo pubococcígeo) que se acompañan de sensaciones intensas de placer.

Esta experiencia es acompañada por contracciones del esfínter anal, lo que también genera un intenso placer. El orgasmo en los varones coincide con la eyaculación.

Una vez que se instala la **sensación** de «**inevitabilidad eyaculatoria**», el orgasmo

(eyaculación) no se puede detener porque es un acto reflejo.

### Fase de resolución

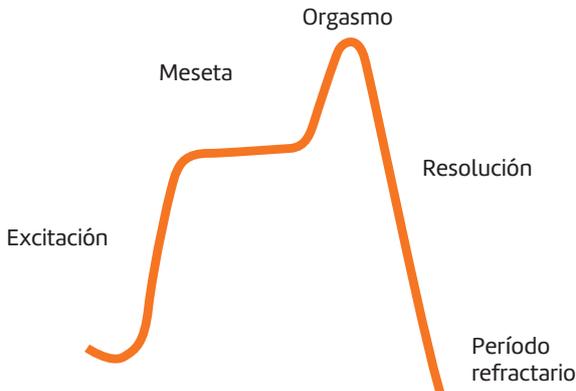
Para Masters y Johnson o para Kaplan (que la denomina fase de satisfacción), implica una sensación de relajación general y de bienestar.

En el varón existe el período refractario, que es el intervalo que transcurre desde la eyaculación/orgasmo hasta la próxima erección.

En todos los varones el período refractario es diferente, puede ir desde minutos hasta horas o días; esto depende de la individualidad sexual, del estado de salud de la persona y de la edad.

**En general la función sexual en varones sanos declina con la edad y puede tener diversas manifestaciones:**

- El tiempo de latencia entre la estimulación sexual y la erección se incrementa.
- La turgencia eréctil se reduce.
- La eyaculación no es tan potente.
- El volumen eyaculatorio disminuye.
- Se alarga el período refractario.
- Los niveles de testosterona disminuyen.
- El tono del músculo cavernoso se incrementa.
- Por último, se reduce la sensibilidad peneana a la estimulación.



Esquema 2: Respuesta sexual según Masters & Johnson (1966) y Kaplan (1982).

## 10.5. Abordaje y clasificación de las disfunciones sexuales masculinas

Es importante señalar que para realizar las intervenciones adecuadas en la temática que se describen en este capítulo es recomendable que las instituciones de salud, a través de los servicios de SS y SR, desarrollen rutas de referencia y contrarreferencia claras. Esto permitirá una resolución eficaz de las disfunciones sexuales masculinas.

Se recomienda referir al equipo de SS y SR o al equipo de profesionales que el prestador de salud haya designado para el abordaje de los problemas sexológicos de la población consultante para seguimiento sexológico.

- a) Cuando un varón consulta por alguna disfunción sexual, siempre es importante investigar si su malestar orienta sobre la presencia de otras patologías (endocrinas, vasculares, neurológicas, hormonales, metabólicas, etc.).**
- b) En este sentido, se recomienda realizar siempre el control y la valoración global del estado de salud del paciente. (Véase el capítulo 5.)**
- c) Se deberá abordar la consulta no solo buscando la desaparición transitoria del malestar y/o síntomas que presenta, sino que se deberán realizar el control en salud y la paraclínica que correspondan de acuerdo a la edad, factores de riesgo y tipo de disfunción, investigando las condiciones y determinantes que pudieran estar incidiendo sobre estos.**

A continuación, se presentan las principales disfunciones sexuales que pueden encontrarse en la consulta, clasificadas según la fase de la respuesta sexual que estuviese afectada:

### I. Disfunciones en la fase del deseo:

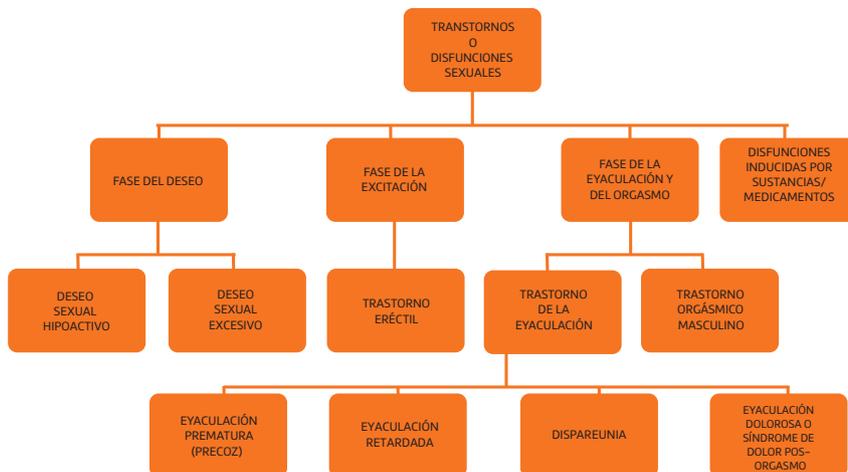
- a. Trastorno del deseo sexual hipoactivo (DSM-V, 302.71 / F52.0)
- b. Trastorno del deseo sexual hiperactivo (CIE-10, F52.7)

### II. Disfunciones en la fase de la excitación: trastorno eréctil (DSM-V, 302.72 / F52.21) o disfunción eréctil.

### III. Disfunciones en la fase de la eyaculación y del orgasmo:

- a. Eyaculación prematura o precoz (DSM V, 302.75 / F52.4, 232).
- b. Eyaculación retardada (DSM-V, 302.74 / F52.32).
- c. Dispareunia y trastornos durante la eyaculación: dolor psicógeno eyaculatorio y poseyaculatorio (DSM-V, 302.79 / F52.9).
- d. Trastornos orgásmicos (DSM-IV-TR, 302.74 / F52.3).

### IV. Disfunciones sexuales inducidas por sustancias/ medicamentos (DSM V, 302.75 / F52.4, 233).



**Esquema 3: Tipos de trastornos o disfunciones sexuales.**

### 10.5.1. Disfunciones de la fase del deseo

#### a. Deseo sexual hipactivo (DSH)

Esta disfunción se presenta con el siguiente patrón: fantasías o pensamientos sexuales o eróticos y deseo de actividad sexual reducidos o ausentes de forma constante y recurrente.

#### El DSH se caracteriza por:

- Ausencia de interés y motivación por actividades/situaciones/fantasías sexuales.
- Ausencia de frustración ante la privación de oportunidades de relaciones sexuales.
- Poca o ninguna iniciativa para tener actividades sexuales con otras personas o para la autoestimulación.
- Se vive una sensación de «comer sin hambre» al mantenerse relaciones sexuales.
- Rechazo y fastidio ante estimulaciones sexuales (Flores, 2000).

La evaluación de esta deficiencia la realiza el clínico, teniendo en cuenta factores que afectan a la actividad sexual, como la edad y los contextos generales y socioculturales de la vida del individuo. Las características a tomar en cuenta son las siguientes:

- Los síntomas han persistido durante unos seis meses como mínimo.
- Los síntomas provocan un malestar clínicamente significativo al individuo.
- La disfunción sexual no se explica mejor por un trastorno mental no sexual o como consecuencia de una alteración grave de la relación u otros factores estresantes significativos.
- La disfunción sexual no se puede atribuir a los efectos secundarios de una sustancia/medicación o a otra afección médica (DSM-V, 2013)

### **Clasificación**

Según el tiempo que hace que la padece, puede ser:

- De toda la vida. El trastorno ha existido desde que el individuo alcanzó la madurez sexual
- Adquirida. El trastorno empezó tras un período de actividad sexual relativamente normal.

Según el tipo de situaciones en las que ocurre, puede ser:

- Generalizada. No se limita a determinados tipos de estimulación, situaciones o parejas.
- Situacional. Ocurre solamente con determinados tipos de estimulación, situaciones o parejas.

### **Causas del DSH**

Las causas más comunes son:

Causas orgánicas: enfermedades orgánicas y/o disminución de testosterona. La testosterona disminuye con la edad, el estrés, la depresión, el consumo de sustancias psicoactivas y alcohol, el tabaquismo, el sobrepeso, etc.

Causas psicosociales: si fue adquirida, suele deberse a causas psicológicas como depresión, estados elevados de estrés, ansiedad, bajo nivel de autoestima, pobre concepto de la imagen corporal, historia de abusos sexuales, moral o educación rígida, miedo a la pérdida de intimidad, una mala relación de pareja y rutina sexual, entre otras.

## Asesoramiento, orientación y tratamiento:

### I. Acciones psicoeducativas

**Es muy importante poder desnaturalizar con ese varón que consulta algunos de los mitos que sostienen algunas de sus prácticas sexuales:**

- a) En ocasiones, por códigos culturales machistas, los varones consideran que tienen que tener deseo sexual por cualquier mujer (hetero- y bisexuales) o por cualquier varón (homo- y bisexuales), por lo que se sugiere indagar y educar al respecto.

En este sentido se puede explicar que todas las personas son sexuadas y eso implica que no desean indiscriminadamente a cualquiera que pertenezca al sexo que las atraiga. Es sustancial reconocer y cuestionar aquellos mitos que circulan vulgarmente y que suelen promover malestar y favorecer la creencia de estar padeciendo una disfunción sexual en muchos varones, cuando muchas veces no suelen serlo.

- b) También es importante problematizar ciertos mitos respecto a la sexualidad femenina que afectan a algunos varones que tienen parejas mujeres respecto a la convicción de que sus parejas tienen una necesidad imperiosa de tener relaciones sexuales.

En diversas oportunidades, varones que no tienen deseo sexual temen que sus parejas tengan otros vínculos sexuales. Es importante transmitirles la importancia de no tener relaciones sexuales sin deseo, porque dicha actividad en esas condiciones les retroalimenta una desvalorización de sí mismos y una preocupación injustificada por sus parejas.

- c) No es conveniente indicar ni sugerir a los varones «pagar por sexo» con el fin de aumentar el deseo sexual y «reactivar» la sexualidad.

Esta recomendación es inadecuada como tratamiento de cualquier disfunción o problemas de la sexualidad masculina.

- d) La ausencia de deseo sexual no es lo esperable en una SS y SR durante cualquier etapa de la vida, por lo que **no es adecuado** decirle a un adulto mayor «es normal que a su edad no tenga deseo sexual».

En el caso de adultos mayores, será posible el deseo sexual siempre y cuando no existan problemas de salud físicos ni mentales severos, en su historia personal no exista educación moral restrictiva o concepciones negativas hacia el disfrute de su cuerpo y no exista interferencia con fármacos o sustancias.

## II Tratamiento farmacológico

- Se puede sugerir la ingesta de drogas inhibitoras de la PDE5 que producen vasocongestión en la región genital (sildenafil o tadalafilo). (Véase el anexo 9.)
- Se recomienda solicitar paraclínica: LH, testosterona libre y total en sangre. Derivar a servicios de urología o endocrinología del prestador de salud del usuario para su análisis y seguimiento.

Es importante no prescribir testosterona sin la determinación previa en plasma de LH, testosterona total y libre; no dar testosterona si no se está familiarizado con los efectos secundarios, así como las diferentes opciones de reemplazo.

## III. Técnicas recomendadas

- a) En caso de estar en pareja, sugerir la dedicación de tiempos periódicos para compartir la misma estimulando el acercamiento afectivo-sexual y por tanto el deseo sexual.
- b) Ayudar a pensar en posibilidades de actividades semanales de ocio/diversión/encuentro fuera del hogar, en pareja, que puedan gestar en la relación un reencuentro como personas sexuadas, y así generar un corte en la rutina cotidiana laboral, parental y doméstica. Si fuera posible, indicar actividades que generen erotismo.
- c) Se recomienda el autoerotismo periódico para reactivar el deseo sexual y la secreción de testosterona.
- d) Explicar al usuario los beneficios de los ejercicios de Kegel y el procedimiento para llevarlos a cabo. (Véase el cuadro explicativo en anexo 3.)

## Derivación/interconsulta

- Se sugiere referir al servicio de urología o endocrinología del prestador de salud para valorar el nivel de testosterona en sangre (deficiencia androgénica) y evaluar esta posible causa.
- Si el trastorno es de toda la vida, es importante descartar aspectos orgánicos/hormonales/endocrino-metabólicos.
- Si se sospecha de una depresión u otro trastorno psiquiátrico, es conveniente referir al usuario al servicio de salud mental de su prestador.

## b. Deseo sexual excesivo.

Si bien esta alteración no es considerada por la clasificación del DSM-V, se hace referencia a ella en la clasificación CIE-10 con el numeral F52.7 denominada impulso sexual excesivo. Por su parte, el DSM-IV-TR no lo considera una entidad diagnóstica por sí mismo, si bien incluye este tipo de alteraciones dentro del trastorno sexual no especificado. Ha tenido muchos nombres: *donjuanismo*, *satiriasis*, *compulsividad sexual*, *hiperfilia*, *adicción al sexo*, *hipersexualidad*, *deseo sexual hiperactivo*, etc.

Se ha descrito como un deseo sexual tan frecuente e intenso que la búsqueda de satisfacción interfiere con otras actividades vitales del individuo. Hay una imposibilidad de controlar el deseo y el ejercicio de la actividad sexual. Se ha considerado un desorden conflictivo y maladaptativo, no parafilico (Contreras, 2014) (Plenus).

De acuerdo al criterio B que el DSM-IV menciona para otros trastornos sexuales, sería «excesivo» cuando el trastorno provoca malestar acusado o dificultad en las relaciones interpersonales.

La naturalización cultural y social del deseo sexual exacerbado en los varones ha generado la imposibilidad de cuestionarse y problematizarse esta vivencia de la sexualidad como una alteración.

El varón en ocasiones, además, puede buscar una frecuencia sexual intensa con su propia pareja, lo que podrá generar un malestar y, como consecuencia, muchas veces podría predisponer a situaciones de violencia sexual.

## Síntomas y signos

- Comportamiento sexual persistente y recurrente con características autodestructivas. No puede controlar ni postergar la necesidad de satisfacer ese deseo sexual y piensa casi permanentemente en cómo, cuándo y con quién tendrá relaciones sexuales.
- Incapacidad de evitar o reprimir dicha conducta. Ocurre una interferencia importante en su vida cotidiana.
- El varón que está en pareja comienza a tener dificultades con dicho vínculo a consecuencia del deseo sexual permanente.

## Etiología

Existen diferentes teorías:

- Demencia, daño cerebral orgánico, abuso de sustancias, cirugías y otros.
- Intento de recuperarse de experiencias sexuales negativas durante la niñez (Goodman, 1998; Montaldi, 2002).

- Excesiva ansiedad y/o depresión (Bancroft, 1999; Bancroft y cols., 2009).
- Desorden obsesivo-compulsivo: ausencia de control de impulsos y mecanismos de reducción de ansiedad (Anthony y Hollander, 1993; Bradford, 1999; Coleman, 1990; Hollander, 1993).
- Trauma temprano en la vida que lleva al individuo a alguna forma de conducta que produzca placer como medio de aliviar emociones dolorosas y a regular el propio sentido del ser (Goodman, 2001).
- Socioculturales. La sociedad fomenta y acentúa que los varones vivan conductas sexuales excesivas, producto de mandatos machistas existentes.

## **Asesoramiento, orientación y tratamiento:**

### **i) Acciones psicoeducativas**

- a) Evitar fomentar conductas que refuercen los mandatos culturales machistas y referenciar al equipo de salud sexual y salud reproductiva del prestador para abordaje terapéutico.
- b) Se sugiere siempre consejería en ITS y uso correcto del condón.

### **II) Tratamiento farmacológico**

- Antidepresivos del tipo ISRS o tricíclicos, anticonvulsivos.
- Se recomiendan técnicas para disminuir la ansiedad y el estrés que provoca la compulsión por tener actividad sexual.

### **III) Técnicas recomendadas**

- Psicoterapia.
- Se recomiendan técnicas para disminuir la ansiedad y el estrés que le provoca la compulsión por tener actividad sexual.

### **Derivación/interconsulta**

- Se sugiere consulta al servicio de salud mental del prestador de salud del usuario para evaluar la posibilidad de intervención terapéutica.

## 10.5.2. Disfunción de la fase de la excitación

### Trastorno eréctil

El trastorno eréctil, más conocido como disfunción eréctil (DE), consiste en experimentar uno o más de los tres síntomas que se describen a continuación en casi todas las ocasiones (aproximadamente 75–100 % de las veces) en que se tiene actividad sexual en pareja (en situaciones y contextos concretos o, si es generalizada, en todos los contextos):

- a. Dificultad marcada para conseguir una erección durante la actividad sexual.
- b. Dificultad marcada para mantener la erección hasta finalizar la actividad sexual.
- c. Reducción marcada de la rigidez de la erección durante el acto sexual.

Para ser diagnosticada una disfunción eréctil, debe cumplir con los siguientes ítems:

- Los síntomas han persistido durante unos seis meses como mínimo.
- Los síntomas provocan un malestar clínicamente significativo al individuo.
- La disfunción sexual no se explica mejor por un trastorno mental no sexual o como consecuencia de una alteración grave de la relación u otros factores estresantes significativos.
- La disfunción sexual no se puede atribuir a los efectos secundarios de una sustancia/medicación o a otra afección médica (DSM-V, 2013).

#### Factores de riesgo de Disfunción Eréctil

- \* Edad
- \* Dislipemia
- \* Hipertensión
- \* Diabetes
- \* Tabaquismo
- \* Vida sedentaria
- \* Obesidad
- \* Depresión
- \* Enfermedad vascular periférica
- \* Enfermedad coronaria

Cuadro extraído de A. MARTÍN y E. VIVAS (2012): «Escalones de tratamiento modificación de causas reversibles, control de factores de riesgo y estilos de vida», en *Tratado de andrología y medicina sexual*.

## Clasificación

Según el lapso que la presenta, puede ser:

- **De por vida.** El trastorno ha existido desde que el individuo alcanzó la madurez sexual.
- **Adquirida.** El trastorno empezó tras un período de actividad sexual relativamente normal.

Según el tipo de situaciones en las que ocurre, puede ser:

- **Generalizada.** No se limita a determinados tipos de estimulación, situaciones o parejas.
- **Situacional.** Ocurre solamente con determinados tipos de estimulación, situaciones o parejas.

**El Tratado de andrología y medicina sexual (Cruz, 2011) plantea: «La disfunción eréctil ha trascendido los límites de la respuesta sexual masculina y se ha posicionado, además, como un excelente marcador de salud, lo que habilita la posibilidad de intervenciones tempranas en salud general y sobre todo cardiovascular, ahorrando costos sanitarios e incrementando cantidad y calidad de vida».**

## Etiología

En los casos de varones que presentan trastorno eréctil se pueden presentar diferentes causas que a veces pueden estar asociadas:

**Causas orgánicas de tipo cardiovascular:** infarto de miocardio, obesidad, diabetes mellitus, cirugía de bypass coronario (cirugía de revascularización miocárdica), accidente vascular cerebral (ataque cerebrovascular), enfermedad vascular periférica, hipertensión, hiperlipidemia y tabaquismo (Atobieta y Leibar, 2011).

**La disfunción eréctil sería una expresión precoz de disfunción endotelial en un territorio vascular, y de este modo podría ser considerada un predictor de expresiones en otro territorio vascular como el coronario. La disfunción eréctil es un elemento predictivo de cardiopatía isquémica en un intervalo de 26 meses previo a esta. (Cedrés, Dufrechou y Pereda, 2008)**

**Causas orgánicas de tipo neurológico:** alteraciones de las vías nerviosas centrales y los nervios periféricos (Sánchez, Godino y Oliviero, 2011).

**Causas orgánicas de tipo hormonales y endocrino-metabólico:** deficiencia de testosterona, elevada concentración plasmática de prolactina (hiperprolactinemia), alteración de la función tiroidea, alteraciones adrenales, alteraciones del estradiol, alteración del metabolismo lipídico (Martínez, 2011).

**Causas quirúrgicas:** cirugía vascular abdominal, cirugía colorrectal, cirugía prostática, cirugía de trasplante renal, cirugía de la uretra, causas iatrogénicas no quirúrgicas como por ejemplo radioterapia externa (Martínez-Salamanca y Carballido, 2011)

**Causa tóxicas, fármacos y drogas:** opiáceos, antidepresivos, antivíricos, alcohol, tabaco, cocaína, cannabis y otras drogas, estatinas y antihipertensivos (Portillo, 2011).

Tradicionalmente se asocia a los antihipertensivos con DE, pero en realidad no hay evidencia fuerte que apoye esta hipótesis para los fármacos actualmente en uso.

Se vincula clásicamente a los diuréticos y a los betabloqueantes con DE, pero la evidencia no es tan clara como para afirmarlo. No existe evidencia clara que vincule los fármacos antihipertensivos de uso actual y habitual en Uruguay a la disfunción eréctil, incluso algunos podrían mejorarla.

Tampoco está clara la acción de las estatinas como causa de DE.

**Causas de tipo estructural peneano:** adquiridas: enfermedad de La Pyronie, priapismo, traumáticas, cavernositis y congénitas: incurvación de pene, hipoplasia de cuerpos cavernosos, micropenes, etc. (Cruz, 2011).

#### Principales causas neurológicas del trastorno eréctil

- Alteraciones de las vías nerviosas centrales
- Alteraciones en los nervios periféricos
- Alteraciones en la médula
- Alteraciones en la cauda equina o el cerebro

Cuadro elaborado a partir de contenidos de A. SÁNCHEZ, J. GODINO y A. OLIVIERO (2012): «Etiopatogenia y fisiopatogenia de la disfunción eréctil. Causas neurológicas», en *Tratado de andrología y medicina sexual*.

### Principales causas endócrino-metabólicas del trastorno eréctil

- Deficiencia de testosterona
- Elevada concentración plasmática de la prolactina
- Alteración de la función tiroidea
- Alteraciones adrenales
- Alteraciones del estradiol
- Alteración del metabolismo lipídico

Cuadro elaborado a partir de contenidos de J. M. MARTÍNE (2012): «Disfunción eréctil de origen hormonal exceto diabetes», en *Tratado de andrología y medicina sexua*.

### Principales factores de riesgo vasculares del trastorno eréctil

- Infarto de miocardio
- Diabetes melítus
- Cirugía de *bypass* coronario
- Accidente vascular cerebral
- Enfermedad vascular periférica
- Hipertensión
- Hiperlipidemia
- Tabaco

Cuadro extraído de A. ATOBIETA y A. LEIBAR (2012): «Etiopatogenia y fisiopatología de la disfunción eréctil. Causas Vasculares», en *Tratado de andrología y medicina sexual*.

### Principales causas quirúrgicas del trastorno eréctil

- Cirugía vascular abdominal
- Cirugía colorectal
- Cirugía prostática
- Cirugía del trasplante renal
- Cirugía de la uretra
- Causas iatrogénicas

Cuadro elaborado a partir de contenidos de MARTINEZ-SALAMANCA y CARBALLIDO (2012): «Causas quirúrgicas y iatrogénicas», en *Tratado de andrología y medicina sexual*.

### Principales causas tóxicas/ fármacos y drogas del trastorno eréctil

- Alfabloqueantes
- Antihipertensivos
- Opiáceos
- Antidepresivos
- Antivíricos
- Estatinas
- Ketoconazol
- Quimioterapia
- Antiandrógenos
- Alcohol, tabaco, cocaína, cannabis y otras drogas

Cuadro elaborado a partir de contenidos de J. A. PORTILLO (2012): «Causas tóxicas: fármacos y drogas», en *Tratado de andrología y medicina sexual*.

### Principales causas de tipo estructural peneano del trastorno eréctil

#### Adquiridas

- Enfermedad de La Pyronie
- Priapismo
- Diabetes
- Infiltraciones neoplásicas del pene
- Traumáticas:
  - Fístulas arteriovenosas
  - Fractura de pene
  - Iatrogenia quirúrgica
  - Cavernositis

#### Congénitas

- Incurvación de pene
- Drenaje anómalo de los cuerpos cavernosos
- Hipoplasia de cuerpos cavernosos
- Micropenes, estados intersexos y de ambigüedad sexual

Cuadro extraído de N. CRUZ (2012): «Disfunción eréctil de origen estructural peneano», en *Tratado de andrología y medicina sexual*.

## Principales causas medicamentosas de

- **Fármacos con acción hormonal**

Disminuyen o inhiben la acción de la testosterona: antiandrógenos estrógenos, anabolizantes, esteroides, espironolactona, ketoconazol, digoxima, clofibrato, haloperidol.

Aumentan los niveles de prolactina: cimetidina, metoclopramida, fenotiazinas, opiáceos, endorfinas, haloperidol, antidepressivos tricíclicos, metildopa.

- **Factores psicotropos**

Antipsicóticos y neurolépticos: fenotiazinas, tioxantinas, tioridazinas, butirofenonas.

Antidepressivos: tricíclicos, tetracíclicos, IMAO, ISRS

Ansiolíticos: benzodiazepinas

- **Factores antihipertensivos**

Simpaticolíticos: clonidina, metildopa, reserpina, guanetidina

Bloqueantes betaadrenérgicos: propanolol, pindolol, atenolol, metoprolol

Diuréticos: espironolactoma, tiacídicos

Cuadro extraído de E. JULVE (2012): «Diagnóstico de la disfunción eréctil», en *Tratado de andrología y medicina sexual*.

## Posibles causas psicológicas de

- Conflictos de pareja
- Problemas con la propia imagen
- Baja autoestima
- Estrés
- Problemas en el entorno social o laboral
- Factores del desarrollo y la educación sexual
  - Educación muy prohibitiva con respecto al sexo
  - Creencias sexuales erróneas
  - Traumas sexuales en la infancia o en las primeras experiencias
  - Abuso sexual en la infancia
  - Miedo excesivo al embarazo
  - Miedo excesivo a infecciones de transmisión sexual
- Otros trastornos sexuales y de la identidad sexual
  - Parafilias
  - Problemas de identidad sexual
  - Problemas de orientación sexual eyaculación precoz
  - Trastornos del deseo sexual
- Ansiedad de rendimiento y actitud de espectador
- Trastornos psiquiátricos
  - Depresión
  - Ansiedad
  - Psicosis

Cuadro extraído de JULVE E. (2012): «Diagnóstico de la disfunción eréctil», en *Tratado de andrología y medicina sexual*.

**Causas psicosociales.** Los mandatos sociales que empujan a los varones a «tener que sentirse» «potentes», «viriles», «poderosos», «controladores», «proveedores» y «omnipotentes» son algunas de las causas que agudizan un sufrimiento intenso.

Estas características se manifiestan sobre los vínculos con otras personas, consigo mismo, pero también colocan fuertemente expectativas sobre el funcionamiento del pene, como si esta parte del cuerpo tuviese una vida propia, autónoma del propio mundo afectivo y del cuerpo. Esta es la disfunción que más afecta a los varones emocionalmente.

Las causas psicosociales más frecuentes pueden ser: falta de autoconfianza, peso de los mandatos sociales y educativos, ansiedad respecto al desempeño sexual, mala comunicación y conflictos de pareja, temores, miedos y culpas. Estas actúan muchas veces como factores contribuyentes. Este tipo de causas suelen tener más peso en edades más jóvenes.

Diagnóstico diferencial entre disfunción eréctil psicógena y orgánica  
(Cuadro extraído de E. JULVE VILLALTA (2012): «Diagnóstico de la disfunción eréctil» en *Tratado de andrología y medicina sexual*).

	Orgánica	Psicógena
<b>Edad</b>	Mayor de 50 años	Menor de 40 años
<b>Comienzo</b>	Gradual	Agudo
<b>Tiempo de evolución</b>	Mayor de 1 año	Menor de 1 año
<b>Aparición</b>	Permanente	Situacional
<b>Curso</b>	Constante	Variable
<b>Erección extracoital</b>	Pobre	Rígida
<b>Problema psicosexual</b>	Secundario	Larga historia
<b>Problemas de pareja</b>	Secundario	Al inicio
<b>Ansiedad y miedo</b>	Secundario	Primario

## Asesoramiento, orientación y tratamiento:

### I) Acciones psicoeducativas

Este problema se puede resolver en una o más conversaciones con el usuario mediante educación sexual, desnaturalizando los mitos con relación a la erección peneana. Para lo cual, se sugiere:

- a) Erradicar del vocabulario técnico-profesional la palabra *impotencia* como sinónimo de trastorno eréctil, por ser peyorativa y nociva para la autoestima del varón. La potencia de una persona no se puede medir por medio de una erección, sino que tiene que ver con otros aspectos como el desarrollo personal y colectivo en el trabajo, el estudio, la sexualidad responsable, el mundo afectivo y la paternidad responsable, entre otros.
- b) Es primordial explicar con claridad y naturalidad que el pene no es una parte del cuerpo aislada. Por tanto, no funciona adecuadamente en paralelo o prescindiendo del cerebro y las emociones. Este aspecto también hace a los varones personas sexuadas, y aunque parezca evidente, muchos no lo saben, porque creen que el pene tiene que erectarse cuando ellos quieran, de manera voluntaria. Cuando se habla

con el usuario abiertamente de estos aspectos, el varón por lo general siente un gran alivio.

- c) En caso de varones que tienen relaciones sexuales con mujeres, es importante plantear que las mujeres no siempre necesitan un pene erecto para su satisfacción sexual. Se explica al usuario sobre la importancia del diálogo con su pareja sexual y se le sugiere descentrar el placer de sí mismo y del coito; de esta manera los varones mejoran su trastorno eréctil, porque «el peso simbólico» que centraban en su pene disminuye fuertemente.

## II) Tratamiento farmacológico

Existen tratamientos farmacológicos para la disfunción eréctil (proerectógenos) como son los inhibidores selectivos de la enzima PDE-5 (fosfodiesterasa-5) (sildenafil, tadalafilo y vardenafilo). (Véase el anexo 9.)

## III. Técnicas recomendadas

- Ejercicios de Kegel.
- Técnicas para disminuir la ansiedad y el estrés que provoca la compulsión por tener actividad sexual.

## Derivación/interconsulta

- Es conveniente su derivación al servicio de urología o endocrinología de su prestador de salud para evaluar niveles de testosterona y descartar patologías orgánicas/otras hormonales/endocrino-metabólicas.
- Es importante valorar la historia clínica del paciente para investigar sobre la posibilidad de efectos secundarios de un fármaco que pueda estar afectando la erección.
- Referenciar al servicio de salud mental para soporte emocional y valoración de intervención terapéutica cuando el técnico referente y el varón lo consideren necesario.
- Referenciar al equipo de SS y SR para seguimiento y psicoeducación.

### 10.5.3. Disfunciones en la fase de la eyaculación y del orgasmo

Si bien los trastornos de la eyaculación pueden ser variados, se centrará la atención fundamentalmente en cuatro de ellos:

## Clasificación de trastornos de la eyaculación

- Trastornos cronológicos
  - Eyaculación precoz
  - Eyaculación retardada
- Trastornos en la forma como se eyacula y en la cantidad eyaculada
  - Eyaculación asténica o babeante
  - Hipospermia
  - Aneyaculación
  - Eyaculación retrógrada
- Trastornos relacionados con las sensaciones que acompañan la eyaculación
  - Eyaculación dolorosa
  - Eyaculación insensible o anhedonía eyaculatoria
- Eyaculación refleja

Cuadro extraído de N. CRUZ y A. SAN JUAN (2012): «Anatomía y fisiología de la eyaculación. Clasificación de los trastornos de la eyaculación», en *Tratado de andrología y medicina sexual*.

### a) Eyaculación prematura (precoz)

La eyaculación precoz es la disfunción masculina más común, con «tasas de prevalencia del 20 al 30 %. A diferencia de la disfunción eréctil, la prevalencia de la eyaculación precoz no se ve afectada por la edad» (Cruz, 2012).

Según el DSM-V, se presenta con un patrón persistente o recurrente en que la eyaculación producida durante la actividad sexual en pareja sucede aproximadamente en el minuto siguiente o antes a la penetración anal o vaginal y antes de que lo desee el individuo.

Se deben experimentar algunos de los siguientes síntomas en casi todas las ocasiones (aproximadamente 75 a 100 %) de la actividad sexual en situaciones y contextos concretos o en todos los contextos:

- Los síntomas han persistido durante por lo menos seis meses.
- Los síntomas provocan un malestar clínicamente significativo al individuo.
- La disfunción sexual no se explica mejor por un trastorno mental no sexual o como consecuencia de una alteración grave de la relación u otros factores estresantes significativos.
- La disfunción sexual no se puede atribuir a los efectos secundarios de una sustancia/medicación o a otra afección médica (DSM-V, 2013).

La eyaculación sucede antes de que el varón lo desee, con un mínimo de estimulación sexual. En ocasiones, existen consecuencias negativas personales como angustia, estrés, ansiedad, molestias, frustración, evitación de la intimidad sexual y problemas en las relaciones interpersonales.

## Clasificación

Según el lapso de tiempo que la presenta, puede ser:

- De toda la vida. El trastorno ha existido desde que el individuo alcanzó la madurez sexual.
- Adquirida. El trastorno empezó tras un período de actividad sexual relativamente normal.

Según el tipo de situaciones en las que ocurre, puede ser:

- Generalizada. No se limita a determinados tipos de estimulación, situaciones o parejas.
- Situacional. Ocurre solamente con determinados tipos de estimulación, situaciones o parejas.

Según la gravedad actual, puede ser:

- Leve. La eyaculación se produce aproximadamente entre los 30 y 60 segundos siguientes a la penetración.
- Moderada. La eyaculación se produce aproximadamente entre los 15 y 30 segundos siguientes a la penetración.
- Grave. La eyaculación se produce antes de la actividad sexual, al principio de esta o aproximadamente en los 15 segundos siguientes a la penetración (DSM-V, 2013).

## Etiología

**Causas orgánicas:** prostatitis, intervenciones quirúrgicas que dañaron el centro sacro de la eyaculación o sus ramas pudendas internas, tumores medulares (Flores, 2000) y trastorno de ansiedad. Se diagnostica mediante los pilares clínico-semiológicos.

**Causas psicosociales:** Cuando la disfunción fue adquirida, sus causas suelen ser de tipo emocional y pueden tener mejor pronóstico.

Algunas de las **causas psicológicas** más comunes:

- Ansiedad por el acto sexual y/o por la penetración.
- Práctica cotidiana de «pagar por sexo», ya que las trabajadoras sexuales, por lo general, incentivan la eyaculación rápida, lo que genera el reflejo de hacerlo así durante el coito, en el futuro, también con otras personas.

- Dificultad para poner en palabras emociones y pensamientos con la pareja estable, genera acumulación de bronca/enojo no procesada. Esto puede ocasionar eyaculación rápida desde la no conciencia, con el fin de «sacar para afuera» (semen) rápidamente «lo que se tiene adentro» (lo que se tiene para decir y no se dice con palabras).
- Rol del espectador, lo que implica una obsesiva observación desde fuera de la escena sexual y una ausencia de registro de sensaciones para percibir la preparación orgánica del orgasmo (Flores, 2000).

## Asesoramiento, orientación y tratamiento

### I) Acciones psicoeducativas.

- Sugerir que, una vez alcanzado el orgasmo, se continúe disfrutando del encuentro sexual.
- Informar que esta disfunción en ocasiones se puede compensar con un período refractario corto, obteniendo rápidamente una erección nueva o perdiendo la erección anterior.
- Informar al varón que el pene erecto no es la única parte que participa en una actividad sexual y que existen diversas alternativas al coito, que pueden ser también muy disfrutables.

Estas informaciones pueden ayudar a quitarle preponderancia al orgasmo, lo que conducirá a un descentramiento y, por tanto, puede ayudar a mejorar la dificultad de eyaculación prematura, debido a la ansiedad que subyace a esta.

### II) Tratamientos farmacológicos (Fernández Lozano, 2012)

En general, **los antidepresivos tricíclicos o inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS)** ayudan a retrasar o impedir la eyaculación, como la sertralina, la paroxetina, la fluoxetina o el citalopram. La semivida de estos fármacos, las dosis empleadas y su efectividad en términos de incremento del tiempo de latencia intravaginal y eyaculatoria figuran en el cuadro anexo. (Véase el cuadro adjunto, en el que se detalla el incremento en minutos que producen en el tiempo de latencia intravaginal eyaculatoria.)

Se aconseja mantener el tratamiento durante 12 semanas como mínimo para evaluar resultados, así como asociarlo a algún tipo de terapia conductual. Este es un tratamiento de apoyo, que logra remitir la intensidad del síntoma pero no cura la eyaculación precoz.

Efectos adversos frecuentes de los ISRS: somnolencia, ansiedad, náuseas y en algunos casos disminución de la libido. Son efectos leves y normalmente desaparecen antes de dos semanas de uso del fármaco. En algunos casos y en tratamientos prolongados se ha informado de astenospermia. El tratamiento con ISRS no debe retirarse bruscamente, sino de forma progresiva.

**Otro fármaco usado es la dapoxetina.** A diferencia de los anteriores, es de corta acción y aumenta bruscamente los niveles de la serotonina, lo que lo hace útil para su administración a demanda. Se presenta en dosis de 30 y 60 mg. Se administra 1-3 horas antes del coito. Se inicia el tratamiento habitualmente con 30 mg y se asciende a 60 mg si la respuesta es insuficiente. No interfiere con la ingesta de alimentos, aunque no es aconsejable asociarlo a la ingesta de alcohol.

**Efectos adversos frecuentes:** náuseas, cefaleas, mareos, diarrea y somnolencia.

### III) Técnicas recomendadas

Tratamientos comportamentales y de inhibición de la eyaculación:

- **Ejercicio STOP-START de Seamans** (véase el anexo 4).
- **Ejercicios de Kegel** (véase el cuadro en anexo 3).
- **No se recomienda «pensar en otra cosa» para evitar la eyaculación prematura.** Este ejercicio, que muchos varones realizan de manera espontánea, aumenta la rapidez eyaculatoria por el hecho de perder contacto con las sensaciones genitales.

Fármacos inhibidores de recaptación de serotonina: semivida, dosis habitualmente empleada e incremento que producen en el tiempo de latencia intravaginal eyaculatoria (Extraído de A. FERNÁNDEZ LOZANO (2012): La eyaculación prematura, en <i>Tratado de andrología y medicina sexual</i> )			
Fármaco	Vida media	Dosis	Incremento de TLIE
Fluoxetina	4 días	20 mg/día	6
Paroxetina	24 horas	20 mg/día	7
Sertralina	Mayor de 1 año	50 mg/día	5,2
Citalopran	Permanente	10 mg/día	4,9
Dapoxetina	Constante	30 a 60 mg/día	3

TLIE: tiempo de latencia intravaginal eyaculatoria ( tiempo que transcurre desde la penetración hasta la eyaculación).

## Derivación/interconsulta

Se sugiere:

- Referir a equipos de SS y SR de su prestador de salud para seguimiento y psicoeducación.
- Referir al servicio de salud mental de su prestador de salud para valorar intervención terapéutica cuando el paciente y el equipo referente lo consideren necesario.

## b. Eyaculación retardada

Esta disfunción sexual implica que el varón necesita una estimulación anormalmente prolongada del pene erecto para conseguir el orgasmo/eyaculación. Es una patología poco frecuente con una incidencia del 3 al 11 % (Palma y Ruiz, 2011).

Según el DSM-V, puede presentarse como retardo marcado de la eyaculación, como infrecuencia marcada o ausencia de la eyaculación. Se deben experimentar algunos de los siguientes síntomas en casi todas las ocasiones (aproximadamente 75 a 100 %) de la actividad sexual en pareja (en situaciones y contextos concretos o en todos los contextos) y sin que el individuo desee el retardo:

- I. Los síntomas han persistido durante unos seis meses como mínimo.
- II. Los síntomas provocan un malestar clínicamente significativo en el individuo.
- III. La disfunción sexual no se explica mejor por un trastorno mental no sexual o como consecuencia de una alteración grave de la relación u otros factores estresantes significativos.
- IV. La disfunción no se puede atribuir a los efectos secundarios de una sustancia/medicación o a otra afección médica (DSM-V, 2013).

## Clasificación

Según el lapso en que la ha presentado, puede ser (DSMV, 2013):

- De toda la vida. El trastorno ha existido desde que el individuo alcanzó la madurez sexual.
- Adquirida. El trastorno empezó tras un período de actividad sexual relativamente normal.

Según el tipo de situaciones en las que ocurre, puede ser:

- **Generalizada.** No se limita a determinados tipos de estimulación, situaciones o parejas.
- **Situacional.** Ocurre solamente con determinados tipos de estimulación, situaciones o parejas.

## Etiología

### Causas orgánicas:

Trastornos neurológicos como lesiones de la parte inferior de la médula, esclerosis múltiple, tumor y traumatismos, así como también el párkinson. Antecedentes de cirugía pélvica o abdominal radical y prostatectomía, polineuropatías autónomas.

### Causas farmacológicas:

Las causas más frecuentes provienen de efectos secundarios a tratamientos farmacológicos.

FÁRMACOS ASOCIADOS A DISFUNCIÓN EYACULADORA	
<p><b>* Antihipertensivos y antiarrítmicos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Betanidina</li> <li>Bretilio</li> <li>Sulfato de guanetidina</li> <li>Hexametonio</li> <li>Clorhidrato de fenoxibenzamina</li> <li>Fenotolamina</li> <li>Clorhidrato de prazosina</li> <li>Reserpina</li> <li>Tiacidas</li> <li>Alfa – bloqueadores</li> </ul> <p><b>* Antisicóticos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Risperidona</li> <li>Clorpromazina</li> <li>Clorportixeno</li> <li>Haloperidol</li> <li>Perfenacina</li> <li>Tioridazina</li> <li>Clorhidrato de trufuperazina</li> <li>Quetiapina</li> </ul>	<p><b>* Antidepresivos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Inhibidores de la monoaminoxidasa</li> <li>&gt; Inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina               <ul style="list-style-type: none"> <li>Fluoxetina</li> <li>Paroxetina</li> <li>Sertralina</li> </ul> </li> <li>&gt; Antidepresivos tricíclicos               <ul style="list-style-type: none"> <li>Amitriptilina</li> <li>Cloripramina</li> <li>Clorhidrato de imipramina</li> </ul> </li> </ul> <p><b>* Benzodiazepinas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Alprazolam</li> <li>Clordiazepóxido</li> <li>Lorazepan</li> </ul> <p><b>* Miceláneos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Alcohol</li> <li>Baclofeno</li> <li>Ácido aminocapróico</li> <li>Levadopa</li> <li>Metadona</li> <li>Naproxeno</li> </ul>
<p>Cuadro extraído de C. PALMA y E. RUIZ (2012): «Otros trastornos de eyaculación», en <i>Tratado de andrología y medicina sexual</i>.</p>	

## **Causas psicosociales:**

- Ansiedad, estrés y/o cansancio.
- Encontrarse bajo efectos del alcohol u otras sustancias psicoactivas.
- Conflictos emocionales vinculados con la dificultad para «terminar o acabar» asociado al miedo inconsciente de «terminar siendo pareja de alguien».
- Miedo al embarazo, temor a engendrar o fecundar.
- Autoobservación excesiva, como consecuencia de tendencias obsesivas a «salirse de la escena» del acto sexual para controlar «si todo está en orden».

## **Asesoramiento, orientación y tratamiento:**

### **I) Acciones psicoeducativas**

Recomendar evitar períodos de abstinencia. Muchos varones intentan solucionar esta disfunción «absteniéndose de tener relaciones sexuales por varios días o semanas», con la falsa creencia de que, si acumulan excitación sexual, podrán eyacular más rápido al momento del encuentro.

Cuando un varón eyacula más cantidad de veces a la semana, su deseo sexual aumenta, entre otros motivos, porque segrega más testosterona y eso aumenta como consecuencia su deseo, por lo tanto, aumenta la excitación y es más probable que logre eyacular más rápido.

Se recomienda que el varón esté más atento a la satisfacción sexual de su pareja, evitando prolongar la estimulación con el objetivo de lograr una eyaculación si su pareja no lo desea.

### **II) Tratamiento farmacológico**

No existe tratamiento específico.

De ser secundario a efectos colaterales de tratamiento farmacológico, referir al médico tratante para revaloración.

### **III) Técnicas recomendadas**

Se sugieren:

- Técnicas para que el varón pueda evitar concentrarse en sus sensaciones físicas y sobre todo genitales, que lo habiliten a descontracturarse y dejar de retener su eyaculación, lo antes posible.
- Ejercicios de Kegel para fortalecer el músculo pubococcígeo. (Véase el anexo 3.)

## Derivación/interconsulta

Se sugiere:

- Referir a equipo de SS y SR de su prestador, para seguimiento y psicoeducación.
- Referir al servicio de salud mental de su prestador, para descartar posible trastorno psiquiátrico no sexual. La terapia psicológica reporta una efectividad de entre 42 y 82 % (Palma y Ruiz, 2011).

## c. Dispareunia

Esta disfunción es un trastorno sexual que sucede cuando el varón siente dolor recurrente o persistente en alguna zona de los genitales internos o externos antes, durante o después del coito vaginal o anal (DSM-IV-TR, 2000).

## Síntomas y signos

- El dolor puede ser en el glande, el prepucio, el escroto, la uretra, la próstata y/o los testículos. Tiene que ser persistente y no puede haber sido un episodio aislado en la vida sexual del usuario.

## Etiología

### Causas orgánicas:

Priapismo, lesiones del pene (fimosis, parafimosis, balanitis, balanopostitis, frenillo rígido, enfermedad de La Peyronie, curvatura del pene, tumores), lesiones dermatológicas (herpes, eczemas, tromboflebitis) y dolor al eyacular (prostatitis, uretritis, vesiculitis, epididimitis, hernia inguinal, espasmo cremastérico) (Flores, 2000).

En caso de alergia al látex, por uso de preservativo, se podrían producir laceraciones, prurito, enrojecimiento en la piel del pene, lo que podría generar dolor durante el coito.

### Causas psicosociales:

- Conversión histérica, depresión, esquizofrenia, trastorno borderline, hipocondría y trastornos obsesivos (Flores, 2004).  
Cuando no hay problema orgánico o efectos secundarios de algún fármaco, es probable que la dispareunia sea de origen psicológico.

## Asesoramiento, orientación y tratamiento

### I. Acciones psicoeducativas

Se recomienda asegurar que haya suficiente lubricación durante el coito. Es crucial explicar la importancia del uso de geles lubricantes en base acuosa para lograr una lubricación vaginal o anal en pro de un coito placentero.

### II. Tratamiento farmacológico

No existe tratamiento específico.

### III. Técnicas recomendadas

- En casos de alergia al látex, recomendar sustituir el condón masculino por el femenino durante la actividad sexual.
- Recomendar realizar ejercicios de Kegel para fortalecer el músculo pubococcígeo, lo que puede disminuir el dolor coital. (Véase el anexo 3.)

### Derivación/interconsulta

- Se sugiere interconsulta con el servicio de urología de su prestador de salud, para valorar fimosis u otras patologías.
- Una vez descartados problemas orgánicos y alergias, referir al servicio de salud mental de su prestador para valorar intervención terapéutica, y al equipo de SS y RR para seguimiento y psicoeducación.

### d. Eyacuación dolorosa o síndrome de dolor post orgasmo

Esta disfunción se presenta bajo la forma de dolor durante o después de la eyacuación, debido a espasmos musculares en los genitales que no se pueden controlar.

### Síntomas y características.

Dolor agudo o intenso durante o después de la eyacuación, que dura minutos, horas o días, provocado por la contracción espasmódica de uno o varios de los siguientes músculos: el cremáster, que comprime el testículo contra el perineo; los músculos lisos de los órganos reproductores internos, o los músculos perineales pubococcígeos (Flores, 2000). (Flores, 2000).

## Etiología

**Causas orgánicas:** prostatitis, epididimitis, vesiculitis, uretritis, herpes y cáncer de pene (Flores, 2000).

**Causas psicosociales:** conflicto emocional.

## Asesoramiento, orientación y tratamiento

### Tratamiento farmacológico

Si bien se han descrito múltiples abordajes, no existe sólida evidencia científica en cuanto a sus resultados.

### Derivación/interconsulta

- Referir a equipo de SS y SR de su prestador para seguimiento y psicoeducación.
- Se sugiere derivar a servicio de Salud Mental de su prestador, para evaluar intervención terapéutica.

## Trastorno orgásmico masculino

El DSM-IV refiere a este trastorno cuando se cumplen los siguientes criterios:

- «Ausencia o retraso persistente o recurrente del orgasmo tras una fase de excitación sexual normal, en el transcurso de una relación sexual que el clínico, teniendo en cuenta la edad del individuo, considera adecuada en cuanto a tipo de estímulo, intensidad y duración.
- El trastorno genera malestar específico o dificultades en las relaciones interpersonales.
- El trastorno no se explica mejor por la presencia de otro trastorno y no es debido exclusivamente a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o una enfermedad médica». (Cabello, 2011)

## **Etiología**

### Orgánicas:

Infecciones urinarias o seminales, pérdida o disminución de la contractilidad de las vías seminales, problemas hormonales (hiperprolactinemia), cirugía abdominopelviana, radical retroperitoneal, prostatectomía radical, diabetes mellitus, etc. (Cabello, 2011).

### Psicológicas:

Alto dogmatismo religioso, desprecio hacia la pareja, deseo de no tener hijos, temor a la falla de un anticonceptivo, temor a ser sorprendido en el momento del coito, falta de interés, mecanismos de evitación para evitar fracasos, uso prolongado del coito interrumpido, varones que no conocen/aceptan su orientación sexual, baja frecuencia sexual, actitudes sexuales negativas, trastorno obsesivo compulsivo e incapacidad de concentración en fantasías (Cabello, 2011).

## **Asesoramiento, orientación y tratamiento**

### **I. Acciones psicoeducativas:**

Brindar información y educación sexual para incidir sobre las actitudes sexuales negativas y recomendar mejorar la comunicación con la pareja.

### **II. Técnicas recomendadas**

Técnicas de erotización sensual corporal y genital para aprender a excitarse de manera progresiva (Cabello, 2011). Por ejemplo, técnicas de placereado (anexo 7).

### **III. Tratamiento farmacológico**

No existe tratamiento farmacológico eficaz.

### **Derivación/interconsulta**

- Referir a equipo de SS y SR de su prestador para seguimiento y psicoeducación.
- Descartados problemas orgánicos y alergias, referir al servicio de salud mental de su prestador para que se valore la posibilidad de intervención terapéutica.

### **10.5.4. Disfunciones sexuales inducidas por sustancias/medicamentos**

Algunos pacientes que consumen sustancias, fármacos o psicofármacos con dosis bajas, medias o elevadas pueden gozar de una buena salud sexual, o también pueden padecer algunas disfunciones sexuales.

El trastorno no se explica mejor por una disfunción sexual no inducida por sustancias o medicamentos, y no se produce exclusivamente durante el curso de un delirio, causando un malestar clínicamente significativo en el individuo.

Existen pruebas de que dicho trastorno puede ser inducido por dicha medicación o sustancia a partir de la historia clínica, la exploración física o las pruebas de laboratorio (DSM-V, 2013).

Estas pruebas de una disfunción sexual independiente del uso de sustancias o medicamentos pueden incluir lo siguiente: a) los síntomas fueron anteriores al inicio del uso de la sustancia/medicamento; b) los síntomas persisten durante un período importante (p. ej., aproximadamente un mes) después del cese de la abstinencia aguda o intoxicación grave; c) existen otras pruebas que sugieren la existencia de una disfunción sexual independiente no inducida por sustancias/medicamentos (por ej. antecedentes de episodios recurrentes no relacionados con sustancias/medicamentos) (DSM-V, 2013).

## Asesoramiento, orientación y tratamiento

### I. Acciones psicoeducativas

La información completa que se le puede otorgar al usuario respecto a las posibilidades de estar padeciendo una o varias disfunciones sexuales a partir de la ingesta o consumo de sustancias, fármacos o psicofármacos (referirse a cuadro adjunto) es fundamental para que este entienda que, una vez culminado el tratamiento, el síntoma sexual desaparecerá.

También es fundamental para el profesional de la salud valorar diferentes alternativas farmacológicas, solicitando interconsulta con médico tratante.

### II. Tratamiento farmacológico

- **Suspender o disminuir la dosis del fármaco o la sustancia.** Esta posibilidad irá acorde a la dependencia de la sustancia o fármaco. Por ejemplo, en caso de los antidepresivos ISRS, el médico tratante puede evaluar la posibilidad de disminuir la dosis (Rothchild, 1995, en Flores, 2004).
- **Dosis discontinuas o «drug holidays».** Implica suspender las dosis después del jueves al mediodía y retomarlas el domingo al mediodía (Reoloffs y cols., 1996, en Flores, 2004), según el fármaco, pero es más utilizado con sertralina, paroxetina y venlafaxina, por ejemplo, fármacos de corta vida media.
- **Agregado de otro antidepresivo antagonista.** Este procedimiento implica agregar otro antidepresivo sin suspender el otro, y si el efecto es positivo, se puede directamente sustituir el fármaco que indujo la Disfunción (Aizemberg y Zemishlany, 1997; Gardner y Johnston, 1985; Goodnick y Zivkov, 1997, en Flores, 2004; Thompson, 19976).

- **Sustitución de sustancia.** Implica la sustitución de fármacos que produjeron trastornos sexuales por otros que no lo produzcan.
- **Medicación coadyuvante.** Aquella medicación que contribuye o ayuda a la solución del problema o enfermedad, de manera suplementaria. Por ejemplo, recetar un antiparkinsoniano dopaminérgico para favorecer la sexualidad disminuida por algún antidepresivo ISRS (Flores, 2004).

### **Derivación/interconsulta**

Se sugiere valorar el riesgo/beneficio entre el efecto secundario y la afección que dio origen a la indicación del fármaco. Por tanto, es necesario referir al especialista que indicó dicho fármaco para revaloración.

## 10.6. Bibliografía

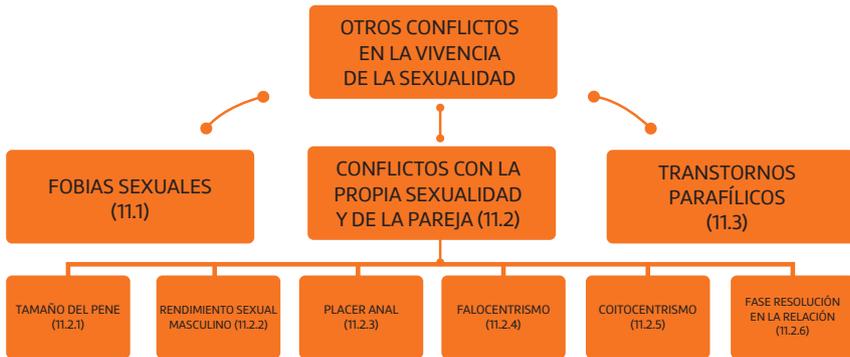
- American Psychiatric Association. (1995). *DSM-IV Manual de diagnóstico de los trastornos mentales*.
- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-V Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Médica Panamericana.
- Annon, J. S. (1976). The PLISSIT model: A proposed conceptual scheme for the behavioral treatment of sexual problems. *Journal of Sex Education and Therapy*, 2(1).
- Anthony, D. T., y Hollander, E. (1993). *Sexual compulsions. Obsessive-compulsive related disorders*.
- Atobieta, A., y Leibar, A. (2011). Etiopatogenia y fisiopatología de la disfunción eréctil. Causas vasculares. En Cruz N. Navarro, *Tratado de andrología y medicina sexual*. España: Médica Panamericana.
- Azócar, G., Castillo, O., Van Cauwelaert Rojas, R., Aguirre, C., Wohler, C., Campero, P., y Miguel, J. (1998). Sertralina en el tratamiento de la eyaculación precoz. *Revista Chilena de Urología*, 63(1).
- Bancroft, J. (1999). Central inhibition of sexual response in the male: A theoretical perspective. *Neuroscience & Behavioral Reviews*, 23(6).
- Bancroft, J., Graham, C. A., Janssen, E., y Sanders, S. A. (2009). The dual control model: Current status and future directions. *Journal of Sex Research*, 46(2-3).
- Bradford, J. M. W. (1999). The paraphilias, obsessive compulsive spectrum disorder, and the treatment of sexually deviant behaviour. *Psychiatric Quarterly*, 70(3).
- Cabello, F. (2011). Trastornos del orgasmo masculino. En N. Cruz Navarro, *Tratado de andrología y medicina sexual*. España: Médica Panamericana.
- Cedrés, S., Dufrechou, C., y Pereda, G. (2008). Asociación entre disfunción eréctil y cardiopatía isquémica en Uruguay. *European Journal of Sexology and Sexual Health*.
- Coleman, E. (1990). The obsessive-compulsive model for describing compulsive sexual behavior. *American Journal of Preventive Psychiatry and Neurology*, 2(3).
- Contreras, A. (2014). *Hombre y sexo: La respuesta sexual masculina y sus disfunciones*. EE. UU.
- Cruz Navarro, N. (2010). Disfunción eréctil de origen estructural peneano. *Archivos Españoles de Urología*, 63(8). (Ed. impresa).
- Cruz Navarro, N. (2011). *Tratado de andrología y medicina sexual*. España: Médica Panamericana.
- Cruz, N., y García, C. (2011). Tipos de disfunciones sexuales femeninas y manejo en la primera consulta. En N. Cruz Navarro, *Tratado de andrología y medicina sexual*. España: Médica Panamericana.
- European Association of Urology. (2014). *Guidelines on male sexual dysfunction*.
- Fernández Lozano, A. (2011). La eyaculación prematura. En N. Cruz Navarro, *Tratado de andrología y medicina sexual*. España: Médica Panamericana.
- Flores Colombino, A. (1987). *Disfunciones sexuales. Cuadernos de Sexología*. Montevideo: Punto Laser Edición.
- Flores Colombino, A. (1998). *La sexualidad en el adulto mayor*. Montevideo: Lumen Humanitas.
- Flores Colombino, A. (2000). *Disfunciones y terapias sexuales del 2000*. Montevideo: A&M Editores.
- Flores Colombino, A. (2004). *Fármacos y sexualidad. Trastornos sexuales del varón y la mujer inducidos por sustancias*. Montevideo: A&M Ediciones.
- García, E. (2011). Síndrome de deficiencia de testosterona. En N. Cruz Navarro, *Tratado de andrología y medicina sexual*. España: Médica Panamericana.
- Goodman, A. (1998). *Sexual addiction: An integrated approach*. International Universities Press, Inc.
- Goodman, A. (2001). What's in a name? Terminology for designating a syndrome of driven sexual behavior. *Sexual Addiction & Compulsivity. The Journal of Treatment and Prevention*, 8(3-4).

- Hollander, E. (Ed.). (1993). *Obsessive-compulsive related disorders*. American Psychiatric Pub.
- Ibarra, D. (2003). Fobias sexuales en la neurosis. *Revista de Terapia Sexual y de Pareja*, 15. Madrid: Asociación Española de Sexología Clínica.
- International Society for Sexual Medicine (2015). *Quick Reference Guide on Premature Ejaculation. Patient Information Sheet on Testosterone Deficiency for men*.
- Jackson, G., Rosen, R., Kloner, R., y Kostis, J. B. (2006). REPORT: the Second Princeton Consensus on Sexual Dysfunction and Cardiac Risk: new guidelines for sexual medicine. *The Journal of Sexual Medicine*, 3(1).
- Kaplan, H. (1980). *The new sex therapy. In The interface between the psychodynamic and behavioral therapies*. Springer, Boston, MA.
- Kaplan, H. (1982). *Trastornos del deseo sexual*. Buenos Aires: Grijalbo.
- Kegel, A. (1930). Active Exercise of the Pubococcygeus Muscle. En J. V. Meigs y S. H. Sturgis (Eds.) (1951), *Progress in gynecology* (Vol. 2). Grune & Stratton.
- Kegel, A. (1948). Progressive resistance exercise in the functional restoration of the perineal muscles. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 56(2).
- Killick, S., Leary, C., Trussell, J., y Guthrie, K. (2011). Sperm content of pre-ejaculatory fluid. *Human Fertility*, 14(1).
- Kovavisarach, E., Lorthanawanich, S., y Muangsamran, P. (2016). Presence of Sperm in Pre-Ejaculatory Fluid of Healthy Males. *J Med Assoc Thai*, 99(2).
- Martínez, J. M. (2011). Disfunción eréctil de origen hormonal excepto diabetes. En N. Cruz Navarro, *Tratado de andrología y medicina sexual*. España: Médica Panamericana.
- Martínez-Salamanca y Carballido (2011). Causas quirúrgicas y iatrogénicas. En N. Cruz Navarro, *Tratado de andrología y medicina sexual*. España: Médica Panamericana.
- Mas, M. (2005). Hipertensión arterial, medicación antihipertensiva y disfunción eréctil: una perspectiva basada en la evidencia. *Revista Internacional de Andrología*, 3(1).
- Masters, W., y Johnsons, V. (1977). *El vínculo del placer, un nuevo compromiso de vínculo sexual*. Barcelona: Grijalbo.
- Montaldi, D. F. (2003). Understanding hypersexuality with an Axis II model. *Journal of Psychology & Human Sexuality*, 14(4).
- Morales, A., Schulman, C., Tostain, J., y Wu, F. C. (2006). Testosterone deficiency syndrome (TDS) needs to be named appropriately—the importance of accurate terminology. Vol. 50. Issue 3. *European Urology*.
- Novoa Noceto, M. (2006). *Introducción a la sexología*. Montevideo: Central de Impresiones Ltda.
- OMS. (1992). *CIE 10: trastornos mentales y del comportamiento*. Meditor.
- Palma, C., y Ruiz E. (2011). Otros trastornos de la eyaculación. En N. Cruz Navarro, *Tratado de andrología y medicina sexual*. España: Médica Panamericana.
- Portillo, J. A. (2011). Causas tóxicas: fármacos y drogas. En N. Cruz Navarro, *Tratado de andrología y medicina sexual*. España: Médica Panamericana.
- Sánchez, A., Godino, J., y Oliviero, A. (2011). Etiopatogenia y fisiopatología de la disfunción eréctil. Causas neurológicas. En N. Cruz Navarro, *Tratado de andrología y medicina sexual*. España: Médica Panamericana.
- Seamans, J. H. (1956). Premature ejaculation: a new approach. *Southern Medical J.*
- Zapata, R., y Gutiérrez, M. (2016). *Salud sexual y reproductiva*. España: Universidad de Almería.
- Zukerman, Z., Weiss, D., y Orvieto, R. (2003). Does preejaculatory penile secretion originating from Cowper's gland contain sperm?. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, 20(4).



# 11. Otros conflictos en la vivencia de la sexualidad

A continuación se describen otros conflictos en la vivencia de la sexualidad:



Esquema: Otros conflictos en la vivencia de la sexualidad.

## 11.1. Fobias específicas sociales (DSM V 300.29) (Sexuales) (F40.248)

### Definición:

A partir de la definición de la fobia específica que plantea el DSM-V, se define 'fobia sexual' como el miedo o ansiedad intensa por un objeto o situación específica, en este caso hacia personas sexualmente significativas, situaciones sexualizadas, el acto sexual en sí mismo o sustitutos.

Las fobias sexuales no son disfunciones sexuales, pero pueden generar disfunciones. En el DSM-V (2013) se describe esta fobia específica, cuando el desencadenante de los síntomas de ansiedad involucra lo sexual.

## Síntomas y características

A partir del DSM-V (2013), las fobias sexuales se pueden caracterizar por:

- El objeto o la situación fóbica sexual casi siempre provoca miedo o ansiedad inmediata.
- El objeto o la situación fóbica sexual se evita o resiste activamente con miedo o ansiedad intensa.
- El miedo o la ansiedad no guarda proporción con el peligro real que plantea el objeto o situación específica ni con el contexto sociocultural.
- El miedo, la ansiedad o la evitación es persistente y dura típicamente seis o más meses.
- El miedo, la ansiedad o la evitación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo vincular sexual.
- La alteración no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental, como el miedo, la ansiedad y la evitación de situaciones sexuales asociadas a síntomas tipo pánico u otros síntomas incapacitantes (como en la agorafobia); objetos o situaciones relacionados con obsesiones sexuales (como en el trastorno obsesivo-compulsivo); recuerdo de sucesos sexuales traumáticos (como en el trastorno de estrés postraumático), o situaciones sociales (como en el trastorno de ansiedad social).

## Clasificación

Las fobias sexuales se pueden clasificar de la siguiente manera (Ibarra, 2003):

- Fobias sexuales propiamente dichas** (se despliegan en el área del propio cuerpo y en el cuerpo de la otra persona, se expresan a través del asco, rechazo y repugnancia por tener un cuerpo sexuado y/o la posibilidad de tener algún tipo de actividad sexual consigo mismo o con otra personas.
  - Fobia a los propios genitales o a los de la pareja.
  - Fobia a las secreciones durante el acto sexual, tanto genitales como extragenitales: lubricación peneana, vaginal, semen, sangre menstrual, sudoración y saliva.
  - Fobia a los olores sexuales: de los genitales, anales, del cuerpo de la otra persona.
  - Fobia al sexo bucogenital, a la fellatio, el cunnilingus y/o anilingus.
  - Fobia al beso profundo.
  - Fobia al coito vaginal.
  - Fobia al coito o estimulación anal, hetero- u homosexual.
  - Fobia al orgasmo, a la «petite mort» ('pequeña muerte'), miedo a perder el control.
- Fobia a las ITS.** El miedo aterrador y paralizante a las ITS, sobre todo al VIH, puede hacer cambiar las conductas sexuales de un varón por un tiempo considerablemente prolongado y hasta inhibir sus prácticas sexuales con otras personas.

- c. **Fobia al compromiso afectivo.** Algunos varones presentan dificultades para comenzar y/o mantener una relación afectiva de pareja.
- d. **Fobia al deseo sexual.** Esta fobia generalmente conduce a la inhibición y/o a la evitación del otro, posible objeto de deseo.
- e. **Homo/lesbo/transfobia.** Esta es la fobia más común en los varones que viven de acuerdo al modelo hegemónico, porque es una forma de organización de la masculinidad en esta cultura.
- f. **Fobia a la autoestimulación.** Es la fobia a la masturbación, por miedo a ser una persona inmadura, insegura y haber incorporado el estereotipo sexual que propone que «si una persona está en pareja, ya no necesita autoestimularse más».
- g. **Fobia al desnudo.** La extrema vergüenza de ver o mostrarse desnudo ante su pareja y/u otras personas.
- h. **Fobia a la relación sexual.** En ocasiones se despliega en las parejas que padecen la no consumación del matrimonio.
- i. **Fobia al embarazo.** Este miedo persiste aunque se tomen medidas de MAC para evitar un embarazo.

### **Posibles causas psicosociales**

- a) Prejuicios respecto a la sexualidad en general y/o respecto al tema específico de cada fobia sexual.
- b) Estereotipos de género sexistas vinculados con el tema de la fobia sexual específica de cada persona.
- c) Excesiva ansiedad frente al objeto fóbigeno.
- d) Conflictos emocionales de base para cada fobia específica.
- e) Puede estar asociada a algún trastorno psiquiátrico como esquizofrenia, psicosis delirante aguda/crónica o bipolaridad.

### **Asesoramiento, orientación y tratamiento**

#### **I. Acciones psicoeducativas**

Las fobias sexuales pueden aliviarse con información e intercambio respecto a su temática. La información que se proporcione respecto a los prejuicios y estereotipos sexuales es importante para comenzar el camino hacia la remisión del síntoma de la fobia sexual, pero cuando una fobia sexual se ha instalado en el funcionamiento psíquico, es muy difícil derribarla en el PNA con una charla/conversación con el usuario.

## II. Tratamiento farmacológico

Para las fobias sexuales se pueden indicar ansiolíticos y en ocasiones antidepresivos que contribuyan a disminuir la ansiedad y/o la angustia.

## III. Técnicas recomendadas

Ejercicios de relajación, con la intención de bajar el estrés y la ansiedad cuando el varón se enfrenta al objeto o situación que le genera fobia:

- Primeramente a través de la fantasía.
- Luego en presencia del objeto fobígeno.

Intervención psicoterapéutica.

## Derivación interconsulta

- Es importante referir a los varones con fobia sexual al servicio de salud mental de su prestador para valorar intervención terapéutica.
- Algunas fobias sexuales pueden aliviarse en el PNA con educación sexual, otorgando información que alivie el síntoma.

## 11.2. Conflictos con la propia sexualidad y de la pareja

Ciertas temáticas vinculadas con la sexualidad masculina generan malestar en algunos varones. La cultura contribuye a construir la sexualidad de todas las personas, por lo tanto, también influye en la generación de disfunciones sexuales, parafilias y fobias sexuales.

A nivel social, se reproducen estereotipos de género que, en lugar de resolverlos, fomentan el afianzamiento de algunos conflictos en la sexualidad masculina. Estos conflictos suponen dificultades con temáticas específicas y su resolución puede ser sencilla en el PNA.

La resolución de dichos conflictos involucra dos pasos consecutivos:

- El personal de salud debe estar informado de la existencia y vigencia de algunos estereotipos sexuales y de género.
- Durante la consulta se debe introducir el tema y/o estar «abiertos» a conversarlos con los varones.

## PRINCIPALES TEMÁTICAS QUE SUELEN GENERAR CONFLICTOS:

- Tamaño de pene.
- Rendimiento sexual masculino.
- Placer anal.
- Falocentrismo.
- Coitocentrismo.
- Fase de resolución en la relación sexual.

### 11.2.1. Tamaño del pene

El tamaño del pene es un conflicto masculino vigente y en ocasiones los varones lo conversan con alguna persona profesional, aunque otras veces no se animan a hacerlo.

Existe una creencia extendida en Occidente hegemónica respecto a que la virilidad del varón es directamente proporcional al tamaño del pene, y por lo general las medidas que los varones pretenden para sus penes no son las medidas promedio, sino que las exceden.

#### Etiología

Algunas de las causas individuales y sociales más comunes son las siguientes:

- El desconocimiento de la fisiología masculina en cuanto a que el pene en reposo y en erección tienen una diferencia de tamaño significativa.
- Este desconocimiento respecto a que todos los varones tienen el mismo funcionamiento anatomofisiológico es una de las causas de la «vergüenza o pudor» que algunos experimentan en los vestuarios masculinos.
- Los varones habitualmente desconocen el tamaño de un pene «estadísticamente standard», lo que les genera la sensación y hasta el convencimiento de «tener un pene chico», creencia extendida entre muchos.
- El consumo de pornografía por parte de algunos varones profundiza el conflicto de «sentir/creer que tienen pene chico».

Algunos varones consultan y solicitan una cirugía de alargamiento de pene a pesar de tener un pene dentro del tamaño promedio.

Esto da cuenta de la distorsión que puede generar al respecto este desconocimiento; al extremo de experimentar un malestar significativo con el propio cuerpo. Esto conduce al desarrollo de lo que se conoce como *distorsión mórfica*, entendida como

un trastorno. Esta tiene como característica «sentir la imagen distorsionada del propio cuerpo o de una parte de este».

La sociedad falocéntrica fomenta la construcción de estas distorsiones y patologías de la sexualidad en las personas no solo respecto al tamaño del pene, sino con relación a otras características, como las medidas estéticas y el peso que se debería tener para ser atractivo.

### Acciones psicoeducativas

- Informar que la zona de mayor placer sexual (zonas erógenas primarias) en las mujeres por lo general es el clítoris.

En caso de que también erogenicen la vagina, el área de mayor placer de esta son los primeros tres centímetros; o sea, el primer tercio externo vaginal. En este caso, la mujer solo «necesitaría» tomar contacto con tres centímetros de pene para experimentar el placer sexual, por frotamiento vaginal.

Por otra parte, con relación al grosor del pene, la vagina está rodeada de una musculatura elástica que le permite adaptarse al pene, independientemente de su circunferencia.

**Muchos varones creen, erróneamente, al igual que la cultura machista, que para todas las mujeres el tamaño del pene es muy importante.**

- **Se sugiere informar acerca de la diferencia que existe entre el tamaño del pene en reposo y en erección en la región.** La investigación llevada a cabo en el Uruguay en el año 2006 por los doctores Russo Puppo sobre el tamaño de los penes de 613 pacientes de 18 a 90 años describió lo siguiente:

#### Longitud promedio:

a. Largo pasivo:	Promedio	11,7 cm
	Rango	7,5 a 17,5 cm
b. Largo en erección:	Promedio	14,5 cm
	Rango	9,0 a 20,0 cm

<b>Circunferencia promedio:</b>	Promedio	8,2 cm
	Rango	9,0 a 12,5 cm

**Este dato ayuda a naturalizar la diversidad de medidas que se presentan en la realidad y por tanto a disminuir ansiedades y frustraciones al descubrir que la intensidad del placer no depende del tamaño del pene.** Contribuye a neutralizar

Los mandatos de la cultura machista, que propicia un modelo de varón que lleva consigo el fuerte deseo, o la ilusión para muchos varones, de tener un pene más grande de lo común.

La educación sexual en el área de la salud puede disminuir malestares en la sexualidad de las personas con un asesoramiento básico en el marco de una conversación descontracturada y fluida.

### 11.2.2. Rendimiento sexual masculino

Se puede definir el «rendimiento sexual» como la relación que existe entre los recursos sexuales que se emplean para mantener una actividad sexual con otra persona y los resultados obtenidos/esperados.

Los varones asocian el rendimiento sexual básicamente con el período refractario. Es decir, con el intervalo temporal que existe entre un orgasmo/eyaculación y la siguiente erección.

Algunos varones presentan disconformidad con su «rendimiento sexual» y otros lo viven con serenidad, aceptando su propia realidad.

### Etiología

- La creencia errónea de que el placer sexual propio y de la pareja está directamente relacionado con un período refractario breve, múltiples orgasmos/eyaculaciones y coitos extensos en el tiempo.
- El desconocimiento de que la calidad de un encuentro sexual está vinculada fundamentalmente con las características del encuentro y no con la cantidad de orgasmos que obtienen el varón y la otra persona.

### Acciones psicoeducativas

Es importante explicar a los varones que sienten este malestar que existen diferencias en los períodos refractarios que dependen de las individualidades fisiológicas y de la edad.

**Se sugiere además explicar que pensar y sentir el acto sexual en términos de «rendimiento» afecta negativamente a los varones y genera la sensación de «no llegar» a lo esperado por la cultura machista hegemónica.**

Es importante resaltar la importancia de una buena comunicación sexual con la pareja mediante actividades sexuales compartidas y es recomendable que estas siempre estén acompañadas con demostraciones de interés, afecto y cuidado hacia la otra persona.

### 11.2.3. Placer anal

Para algunos varones el ano puede resultar una zona erógena más. Otros varones, por diferentes motivos, no se permiten tomar contacto con esta parte del cuerpo durante el acto sexual.

#### Etiología

La cultura machista entiende el tabú del placer anal como prerrogativa de la homosexualidad. Se genera temor frente a la posibilidad de sentir placer durante la estimulación anal, ya que el ano es considerado en el imaginario individual y social de esta cultura una de las partes «prohibidas» del cuerpo masculino para el placer sexual.

#### Acciones psicoeducativas

**Explicar que sentir placer sexual mediante la estimulación directa o indirecta de cualquier parte del propio cuerpo puede ser una variante más en las relaciones sexuales**, si es consentida por ambos voluntariamente. El ano tiene terminaciones nerviosas, por lo que puede ser una zona erógena primaria, secundaria o terciaria más.

**Es importante señalar y educar acerca de que la estimulación anal implica medidas de higiene previas para evitar infecciones.** Antes de comenzar la estimulación anal es conveniente higienizar la zona del ano y del recto con jabón y abundante agua.

Recomendar el uso de preservativo o barreras de látex en toda práctica sexual que implique contacto de mucosas o intercambio de fluidos.

### 11.2.4. Falocentrismo

El falocentrismo es una forma machista de percibir la realidad por parte de varones y mujeres. Muchas veces provoca dificultades, conflictos o malestar en la vivencia de la sexualidad y en la interrelación con las otras personas.

Consiste en una concepción individual y social de que «lo masculino» (varones, pene, falo, poder masculino) es el eje. Este es un pensamiento que se erige desde hace siglos

y casi en todas las culturas existe; se observa en el arte, en la historia, en la literatura y en la política de diversas civilizaciones.

### **Acciones psicoeducativas**

Es conveniente siempre que se aborda esta temática dirigirse con respeto, teniendo en cuenta que las mujeres y los varones tienen los mismos derechos. Este mensaje se puede transmitir en cada consulta, sala de espera y consejería. De esta manera se contribuirá a promover una cultura de respeto, equidad y derechos entre sexos.

Se sugiere realizar reeducación focalizada en la temática del placer y el disfrute para ayudar a ese varón a valorizar la relación sexual en una concepción no centrada en el «falo», sino en el respeto recíproco y la comunicación.

#### **11.2.5. Coitocentrismo**

El coitocentrismo es la necesidad de practicar el coito en todas las relaciones sexuales como única manera de sentir/experimentar un encuentro sexual placentero, satisfactorio y completo.

Este refleja el mandato cultural con base en la función reproductiva de la sexualidad, centrado en la realización del coito vaginal para producir la fecundación.

El hecho de ser un mandato cultural significa que es invisible y que no está escrito ni dictaminado explícitamente por alguna persona, credo, Estado o institución educativa, pero que, por la vía de los hechos, funciona como un imperativo cultural que se ha extendido incluso a las relaciones sexuales de todas las personas.

El acto sexual genital como única expresión válida o importante del ejercicio de la sexualidad es a su vez lo que sostiene el coitocentrismo, es decir, la necesidad imperiosa de utilizar los genitales para tener una actividad sexual.

Muchas veces se transmite erróneamente la creencia coitocentrista de que para que haya placer sexual tiene que haber penetración: vagina, ano, boca. Esta noción coitocéntrica, entonces, se ha trasladado también a los encuentros sexuales varón-varón, varón-mujer, mujer-mujer, varón-trans, mujer-trans, trans-trans.

El impacto negativo del coitocentrismo para los varones en la órbita de la sexualidad propiamente dicha supone la asimilación y reproducción de las siguientes creencias:

- La necesidad de tener que practicar siempre la penetración durante las relaciones sexuales entre personas de igual o diferente sexo.
- La importancia de tener erecciones firmes en todas las relaciones y en todas

las edades.

- La necesidad básica de sentir que se tiene que poder eyacular en todas las relaciones sexuales.
- La fantasía de que se debe poseer un pene de «gran dimensión» para satisfacer a la otra persona durante el coito vaginal, anal u oral.
- El mandato cultural acerca de que «es necesario» hacer que la mujer (siempre) alcance el orgasmo solo con el coito vaginal.
- El sentimiento imperioso, casi como necesidad, de «tener que penetrar» a la pareja sexual, más allá del deseo de esta.

### Acciones psicoeducativas

- **Es importante conversar sobre la calidad de los encuentros sexuales** que el varón establece con la/s pareja/s sexual/es, ayudándolo a erradicar algunas creencias erróneas que pueden estar sosteniendo dichos conflictos.
- **Informar que el coito es una opción más dentro del acto sexual y no una obligación**, que es posible disfrutar del encuentro sexual con otras actividades que no impliquen necesariamente la penetración, pero que incluyan el afecto, el cuidado mutuo y/o el grado de excitación sexual.
- **No siempre hay erecciones peneanas en un acto sexual, porque para que se produzca una erección de forma adecuada es conveniente que existan las siguientes condiciones:** estar descansado, tener deseo sexual, estar en una situación/lugar/tiempo adecuado a cada encuentro que genere tranquilidad, no haber consumido grandes cantidades de alimentos, drogas psicoactivas o alcohol, y las personas involucradas haber consentido voluntariamente en practicarlo.
- **La cantidad de eyaculaciones/orgasmos que se obtengan no necesariamente genera mayor placer.** Para poder practicar el coito es importante tomar siempre en cuenta los tiempos que ambos necesitan y contar a su vez con el deseo explícito de la pareja sexual. Para que se produzca una penetración placentera, debe existir:
  - a) Consentimiento mutuo.
  - b) Suficiente lubricación vaginal o anal.

### 11.2.6. Fase de resolución en la relación sexual

En la fase de resolución se presenta un problema cuando de forma persistente se da por culminado el encuentro sexual de manera abrupta, inmediatamente después de la eyaculación. Si bien no es descrito como disfunción sexual, genera conflictos en la pareja sexual porque disocia la actividad sexual de otras demostraciones de afecto y de contacto más allá del momento de la eyaculación.

La masculinidad hegemónica y la manera de muchos varones de experimentar la sexualidad más tradicional conduce a una actitud pos eyaculación/orgasmo que afecta en ocasiones a la pareja de manera significativa. Existe una tendencia masculina espontánea, culturalmente aprendida, de dar por terminada la relación sexual cuando el varón alcanza su orgasmo/eyaculación, impidiendo en ocasiones a su pareja conseguir su propio orgasmo o interrumpiendo el erotismo/placer/afecto de manera abrupta.

En un enfoque de género se propone que los varones consideren la sexualidad integral de su pareja sexual, lo que incluye el pos orgasmo/eyaculación como una etapa más de la relación sexual, «dando por terminada» la relación sexual cuando ambas personas consideren que se llegó a ese momento.

#### **Etiología**

Este es un problema sexual individual con influencia cultural por el peso de los mandatos sociales del modelo de masculinidad hegemónico. La cultura fomenta que los varones se satisfagan a sí mismos y no consideren la sexualidad de la pareja sexual.

#### **Acciones psicoeducativas**

- Recomendar a los varones que continúen con el encuentro sexual una vez alcanzado el orgasmo propiciando un período de resolución o fase satisfactoria. Esto, puede significar proporcionar a la pareja demostraciones afectivas (caricias, besos, abrazos, conversaciones, etc.). Este es un período importante para muchas personas, por lo que sugerimos prestar especial atención y atender las necesidades de la pareja sexual.
- Recomendar el diálogo con la pareja sexual sobre la importancia para ambos de las actitudes y actividades en la fase de resolución y sobre la forma de cerrar el encuentro sexual, considerando las necesidades de la otra persona.

## 11.3. Trastornos parafilicos (DSM V 373)

### Definición:

Las llamadas parafilias son aquellas formas de excitación del varón diferentes de las tradicionales que pueden afectar o no al propio varón y/o a otras personas o animales.

Las parafilias exigen un estudio exhaustivo, pero se sugiere al profesional de la salud tomarlas en cuenta en caso de que algún usuario presente o plantee malestar por la vivencia de estas.

Las parafilias no son disfunciones sexuales, sino que son disarmonías en el funcionamiento psíquico y no interfieren necesariamente en la respuesta sexual humana (DSM-V, 2013).

### La gravedad de las parafilias es la posible afectación a otras personas y vulneración de sus derechos sexuales y/o derechos reproductivos.

Por lo general, el varón que tiene una parafilia plantea su estímulo sexual como única manera posible de lograr la excitación sexual. No es común que un varón consulte o comente su parafilia en un PNA, dado que hay una tendencia a no sentir preocupación por esta.

### Clasificación

- Coprofilia (302.89 / F65.89). Excitación mediante el contacto directo con excrementos humanos o animales.
- Urofilia (302.89 / F65.89). Excitación mediante el contacto con orina humana o animal.
- Somnofilia (302.89 / F65.89). Excitación sexual con el mantenimiento de relaciones sexuales con una persona dormida.
- Necrofilia (302.89 / F65.89). Excitarse sexualmente con fantasías o relaciones sexuales con personas muertas.
- Gerontofilia (302.89 / F65.89). Excitación sexual teniendo relaciones sexuales con gente adulta mayor.
- Trastorno de pedofilia (302.2 / F65.4). Es la atracción sexual hacia niños y/o niñas que se puede expresar a través fantasías, consumo de pornografía infantil o teniendo actividades sexuales.

Esta parafilia se considera abuso sexual cuando el pedófilo «actúa su fantasía sexual» y toma contacto con niñas o niños, directa o indirectamente (por ejemplo, mediante el consumo o tráfico de pornografía infantil).

En la Ley n.º 17.815 (Uruguay, 2004) se considera delito: la fabricación, producción, comercio, difusión, facilitación de comercialización, exhibición, distribución, almacenamiento o adquisición, de material pornográfico de una o más personas menores de edad o incapaces, así como la contribución a la explotación sexual o tráfico de personas menores de edad o incapaces.

- Trastorno de frotteurismo (302.89 / F65.81). Es la excitación erótica mediante el rozamiento de los genitales u otra parte del cuerpo con otra persona sin su consentimiento. Frotamiento de los genitales con ropa o fuera de la ropa en lugares públicos, sin el consentimiento de la otra persona, por ejemplo en ómnibus con muchos pasajeros.
- Trastorno de voyeurismo (302.82 / F65.3). Es la conducta sexual que consiste en buscar placer sexual mediante la observación de otras personas en situaciones eróticas o desnudas.
- Masoquismo sexual (302.83 / F65.51). Es la conducta sexual en la que se obtiene excitación y satisfacción sexual a través del propio dolor físico o psíquico, a través de un pensamiento o situación real en que la persona se ubica en la posición de humillación y sometimiento.
- Trastorno de sadismo sexual (302.84 / F65.52). Es la conducta sexual consistente en infligir sufrimiento psicológico y/o físico a otra persona para lograr la excitación y satisfacción sexual.
- Zoofilia (302.89 / F65.89). Es la excitación sexual con la fantasía o el acto sexual con animales.
- Trastorno de exhibicionismo (302.4 / F65.2). Es el deseo persistente de exhibir los órganos genitales en público, sin consentimiento de personas que miran de manera forzada, como única o una de las formas de obtener excitación y placer sexual.
- Trastorno de fetichismo (302.81 / F65.0). El varón logra la excitación sexual a través de una parte del cuerpo propia o de otra persona (el pie, por ejemplo) y/o a través un objeto inanimado (un zapato, por ejemplo).
- Trastorno parafilico no especificado (302.9 / F65.9). Se utiliza esta clasificación cuando no existe información suficiente para hacer un diagnóstico más específico por haber incumplimiento de los criterios para un trastorno parafilico específico.

## Etiología

Las causas pueden ser múltiples y dependen de cada varón. Muchas veces pueden depender de las situaciones traumáticas que haya vivenciado en su infancia y/o adolescencia.

## Criterios para el diagnóstico

Según lo que plantea el DSM-V, debe verificarse el cumplimiento de tres criterios:

- A. Existe evidencia de excitación sexual intensa y recurrente ante la presencia de los síntomas que lo caracterizan durante un período de al menos 6 meses.
- B. El individuo ha cumplido estos deseos sexuales irrefrenables con una persona que no ha dado su consentimiento, o los deseos irrefrenables o fantasías sexuales provocan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento del sujeto.
- C. El individuo que experimenta esos síntomas tiene como mínimo 18 años de edad.

Es importante especificar si sucede:

**En un entorno controlado:** este especificador se aplica sobre todo a individuos que viven en una institución o en otros ámbitos en los que la oportunidad de un comportamiento es limitada.

**En remisión total:** el individuo no ha cumplido sus deseos irrefrenables con una persona sin su consentimiento, y no han existido malestar ni problemas sociales, laborales o en otros campos del funcionamiento durante al menos cinco años en los que ha estado en un entorno no controlado.

**Si cualquiera de estas parafilias ocurre solo en el plano de la fantasía personal y/o de la intimidad del varón consultante tienen menor complejidad en su abordaje.**

**Dichas parafilias tendrían una complejidad mucho mayor si la persona «pasa al acto» para satisfacer sus fantasías en lo real, con potencial daño, perjuicio o lesión de derechos de otras personas, algunas veces incluso con características delictivas.**

**Estas pueden ir acompañadas o no por montos de ansiedad y/o angustia.**

## Asesoramiento, orientación y tratamiento

### 1) Acciones psicoeducativas

Se recomienda conversar con el usuario que consulta por una parafilia, reiterarle los derechos sexuales y reproductivos de las personas con las que establece sus vínculos afectivo-sexuales. A su vez, se puede brindar asesoramiento respecto a las medidas de cuidado que tiene que tomar en cuenta para que su vida y la de otras personas no presenten riesgos para la salud.

### 2) Tratamiento farmacológico

Si la parafilia es invalidante y/o angustiante para el usuario y/o a su pareja sexual, se puede sugerir tratamiento con psicofármacos, según lo que el especialista considere de acuerdo a la estructura de personalidad del usuario y de la parafilia de la que se trate.

### 3) Técnicas recomendadas

- Técnicas de relajación para disminuir la ansiedad que genera el objeto de deseo.
- Técnicas de socialización para inhibir su práctica, si esta atenta contra los derechos de terceros, o para integrarla a la vida cotidiana sin que produzca malestar significativo.

## Derivación o interconsulta

- Si la persona expresa malestar o necesidad de cambiar y abandonar esta forma de sentir placer sexual, se recomienda orientación y referirla al servicio de SS y RR de su prestador de salud para seguimiento y psicoeducación.
- Si el usuario presenta conductas de tipo compulsivo con riesgo importante de posible daño o perjuicio manifiesto e inminente a terceros en que se vean amenazados sus derechos, o si siente un monto elevado de ansiedad y/o angustia, se sugiere referirlo al servicio de salud mental de su prestador para que se valore la posibilidad de intervención terapéutica.

## 11.4. Bibliografía

- American Psychiatric Association. (1995). *DSM-IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*.
- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-V Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Médica Panamericana.
- Azócar, G., Castillo, O., Van Cauwelaert Rojas, R., Aguirre, C., Wohler, C., Campero, P., y Miguel, J. (1998). Sertralina en el tratamiento de la eyaculación precoz. *Revista Chilena de Urología*, 63(1).
- Boscán Leal, A. S. (2006). Propuestas críticas para una concepción no tradicional de la masculinidad. *Revista Opción*, 22(51). Maracaibo: Universidad de Zulia.
- Cruz, N. y cols. (2012). *Tratado de andrología y medicina sexual*. España: Panamericana.
- European Association of Urology. (2014). *Guidelines on Male Sexual Dysfunction*.
- Flores, A. (1987). *Disfunciones sexuales*. Montevideo: Punto Laser Edición.
- Flores, A. (2000). *Disfunciones y terapias sexuales del 2000*. Montevideo: A&M Ediciones.
- Guasch, O. (1993). Para una sociología de la sexualidad. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas* (64). Madrid.
- Ibarra, D. (2003). Fobias sexuales en la neurosis. *Revista Terapia Sexual y de Pareja* (15). Madrid: Asociación Española de Sexología Clínica.
- International Society for Sexual Medicine. (2015). *Quick Reference Guide on Premature Ejaculation and Patient Information Sheet on Testosterone Deficiency for men*. ISSM: International Society for Sexual Medicine.
- Kaplan, H. (1974). *The New Sex Therapy. Basic Principles of Sex Therapy, in The Interface Between the Psychodynamic and Behavioral Therapies*. United States.
- Kaplan, H. S. (1982). *Trastornos del deseo sexual: nuevas ideas y técnicas en terapia sexual*. Barcelona: Grijalbo.
- Kegel, A. (1930). Active Exercise of the Pubococcygeus Muscle. In J. V. Meigs y S. Sturgis (Eds.), *Progress in Gynecology*, Vol. II, Nueva York: Grune & Stratton.
- Kegel, A. (1948). Progressive Resistance Exercise to the Functional Restoration of the Perineal Muscles. *Am. J. Obst. & Gynec.*
- Masters, W. y Johnsons, V. (1977). *El vínculo del placer, un nuevo compromiso de vínculo sexual*. Barcelona: Grijalbo.
- Morales, A., Schulman, C. C., Tostain, J., y Wu, F. C. (2006). *Testosterone deficiency syndrome (TDS) needs to be named appropriately—the importance of accurate terminology*. Vol. 50. Issue 3. *European Urology*.
- Poder Legislativo. (2004). Ley n.º 17.815. *Violencia Sexual Comercial o No Comercial Cometida Contra Niños, Adolescentes o Incapaces*. Uruguay.
- Puppo, C., y Russo, C. (2006). *Antropometría peneana*. Monografía. Montevideo.
- Szasz, I. (1999). Algunas reflexiones sobre la sexualidad de los hombres a partir de los estudios de la masculinidad. *Revista Salud Reproductiva y Sociedad*. México.

# ANEXO 1: Pautas para la atención a las situaciones de violencia sexual en todos los servicios de urgencia y emergencia de los prestadores del SNIS

(MSP: Pautas para el abordaje a situaciones de violencia sexual en servicios de urgencia y emergencia, 2017).

## PAUTA DE ATENCIÓN A LAS SITUACIONES DE VIOLENCIA SEXUAL EN LOS SERVICIOS DE URGENCIA Y EMERGENCIA.

Toda persona que haya sufrido violencia sexual deberá ser atendida según la siguiente pauta de recepción y tratamiento dentro de las primeras 72 horas.

La violación es una forma grave de Violencia Sexual. Su atención inmediata es obligatoria, los servicios de salud deben asumir la responsabilidad de la atención, basada en tres pilares: contención y apoyo emocional, prevención de embarazo no deseado y profilaxis de ITS- VIH /Sida. Se debe dar una respuesta sensible, cálida, y solidaria que facilite a la persona hablar de lo sucedido, en un ambiente de respeto, comprensión, privacidad y confidencialidad. En todos los casos se debe coordinar consulta de seguimiento con Salud Mental y /o con Equipo de Referencia en Violencia y/o con Espacio Adolescente. La denuncia debe ser efectuada directamente por la persona, siempre que se trate de un adulto y que su estado de salud lo permita. En caso contrario será responsabilidad de la Institución.

MUESTRAS			
Test	1ª consulta	4*-6* sem.	3º mes
VIH	✓	✓	✓
VHB*	✓		✓
VHC	✓		✓
Sífilis	✓	✓	
Test embarazo**	✓	✓	
Screening ITS (chlamydia, gonococo)	Opcional si está disponible		

**Prevención de Embarazo. Pastillas anticonceptivas de Emergencia.**



**Levonogestrel 1500 mcg en una sola toma**

La eficacia es mayor cuanto más precoz es la toma luego de la relación sexual no protegida. Su uso es posible hasta las 72 hrs post violación, pero su eficacia se reduce al aumentar el intervalo.

Debido a la brevedad de uso no existen condiciones médicas que impliquen contraindicación. Pueden ser utilizadas aun por las mujeres con contraindicación para el uso de anticonceptivos orales de uso continuo.

\*\* Adolescente con Tanner  $\geq 3$

### Profilaxis / Verificar esquema de vacunación vigente.

Hepatitis B: Si no está vacunado/a con 3 dosis, comenzar esquema inmediatamente. Si el esquema es incompleto, completarlo a la brevedad.

HPV: SI NO LA RECIBIÓ administrar a partir de los 9 años a todas las personas hasta los 26 años inclusive. Si ya fue recibida no se debe re vacunar. Ambas vacunas pueden ser administradas en cualquier vacunatorio público o privado de forma gratuita. Se deberá presentar una receta médica con la indicación sin el motivo de la misma.

Tratamiento		Consideraciones
< 45 Kg	$\geq 45$ Kg	
Ceftriaxona 125 mg i/m, 1 dosis + Azitromicina 20 mg/Kg (máx. 1g) v/o, 1 dosis + Metronidazol 15 mg/Kg/día v/o en 3 dosis (máx. 2g) Durante 7 días	Ceftriaxona 1 g i/m, 1 dosis + Azitromicina 1g v/o, 1 dosis + Metronidazol 2 g v/o, 1 dosis	Cobertura de: sífilis, chlamydia, gonococo, vaginosis, gardnerella, tricomonas
Zidovudina + Lamivudina+ Lopinavir/Ritonavir c/12hs (*ver dosis) Durante 1 mes	Tenofovir/emtricitabina 1/día (o tenofovir 1 día + lamivudina 1 c/12hs) + Lopinavir/Ritonavir 2 c/12hs (o raltegravir 1 c/12hs) Durante 1 mes	Lo ideal es antes de las 2 horas y no tiene indicación después de las 72 horas SI la Prueba de VIH es reactiva: Continuar plan de tratamiento y realizar protocolo de confirmación

\* Dosis: Zidovudina: 4 < 9 kg :12 mg/kg cada 12 hs.; 9 <30 kg: 9 mg/kg cada 12 hs.;  $\geq 30$  kg: 300 mg cada 12 hs

Lamivudina: 4 mg/kg (máximo 150 mg) cada 12 hs.

Lopinavir/Ritonavir: <15 kg: 13 mg por kg cada 12 hs.;  $\geq 15 - 45$  kg: 11 mg por Kg cada 12 hs. (Dosis máxima 400 mg cada 12 hs)

Estar embarazada no implica cambios al procedimiento, los diagnósticos, muestras y profilaxis antibiótica y antirretroviral se realizan de la misma forma expuesta. La pauta de toma de muestras y profilaxis de ITS es la misma independientemente del sexo e identidad de género.



Setiembre 2017

## ANEXO 2: Sugerencias para indagar violencia en varones

(Contenido elaborado y adaptado para la realidad uruguaya, a partir de *Guía metodológica para prevenir la violencia contra las mujeres entre estudiantes de secundaria*, Ayllón, Fernández, Vargas, 2014).

En este anexo se proponen sugerencias de interrogatorio para indagar violencia masculina. Las siguientes preguntas son orientadoras para profundizar en el posible ejercicio de violencia por parte del usuario varón hacia la pareja, expareja y NNA.

Son preguntas sugeridas, que se podrán realizar de forma aleatoria y sin el orden establecido en estas recomendaciones, ya que en ocasiones algunas de ellas no ameritan ser planteadas, por la situación, la ocasión o el caso específico.

### A) Primer nivel para preguntas

**Objetivo:** Investigar sobre la posibilidad del ejercicio de VD y violencia hacia NNA. Es importante tener en cuenta que algunos varones podrían responder a las siguientes preguntas de forma «políticamente correcta». Esto implica que un resultado positivo en la implementación de este «cuestionario» no exime a algún varón del ejercicio de violencia. Como consecuencia de este planteo, se sugiere tomar estas preguntas como orientadoras y no como un cuestionario infalible en sus resultados.

Se sugieren preguntas básicas y orientadoras, en el orden en que el profesional de la salud considere oportuno:

#### • ¿Presenciaste violencia en tu hogar cuando eras niño?

SÍ	NO
----	----

Que un varón haya presenciado o vivenciado violencia en su infancia es un posible indicador de estar ejerciendo violencia hacia su pareja o hijos, dado que fue socializado en un ambiente de violencia y se le enseñó el formato violento en las relaciones interpersonales.

Este dato orienta al personal de salud a profundizar en la entrevista para indagar violencia, aunque no necesariamente haber recibido violencia en la infancia obliga a un varón a ejercer violencia en su vida adulta.

#### • ¿Quién toma las decisiones en tu hogar?

• Yo	• Pareja	• Los dos
------	----------	-----------

Por lo general, los varones que ejercen violencia son los que toman todas las decisiones en el hogar. Esto también puede ser un indicador de ejercicio de violencia. Los varones fueron socializados para ser los proveedores y los que tienen el poder sobre las mujeres y su prole.

• **¿Quién aconseja o guía a los hijos e hijas?**

• Yo	• Pareja	• Los dos	• Otro/a: ¿Quién?
------	----------	-----------	-------------------

Otro indicador es el ejercicio de la paternidad de manera ausente. Por lo que en esta pregunta contestan: «Mi pareja aconseja y guía a los hijos». La dificultad para ejercer una paternidad comprometida, responsable, afectiva y empática forma parte del modelo hegemónico masculino y en ocasiones el varón desarrolla envidia de que sus hijos «no cuenten con él» a la hora de pedir apoyo emocional o consejos. Esta envidia en ocasiones los conduce a ejercer violencia en el hogar.

• **¿Te sientes mal cuando tu pareja quiere hacer cosas sin ti o hace cosas sin consultarte?**

SÍ	NO
----	----

Cuando dicen Sí, podría estar indicando que cuando «ella no pide permiso» o «tiene actividades sociales» fuera de la relación, esos varones probablemente ejerzan violencia. Los varones fueron socializados para controlar y dominar a la pareja, lo que implica que también este podría ser un indicador.

• **Generalmente, ¿quién empieza las discusiones o peleas en tu hogar?**

• Yo	• Pareja	• Los dos
------	----------	-----------

Por lo general, el varón que ejerce violencia culpabiliza a su pareja de la violencia que él ejerce, por lo tanto, generalmente dicen: «Mi pareja empieza las discusiones o peleas en el hogar».

• **Si tu pareja no quiere «tener sexo» contigo, ¿qué haces?**

Hablar para saber qué pasa	Insistírle para que acepte
Bromear para ponerla de buen humor	Irse a hacer otras cosas
Enojarse y/o emborracharse	Aceptar que no quiere
Golpearla y forzarla	Vas con una prostituta

**Las respuestas en orden de gravedad**, de mayor a menor riesgo/gravedad, son las siguientes:

- Golpearla y forzarla.
- Enojarse y emborracharse.
- Insistírle para que acepte.
- Bromear para ponerla de buen humor.
- Irse con una prostituta.
- Irse a hacer otras cosas.

Las respuestas más saludables son las siguientes:

- Aceptar que no quiere.
- Hablar para saber qué sucede y aceptar lo que ella le diga.

• **¿Crees que las mujeres son incapaces de entender razones?**

SÍ	NO
----	----

Esta es una frase muy común en los varones que ejercen violencia. Por lo que si la respuesta es SÍ, las posibilidades de que esté ejerciendo violencia hacia una pareja mujer son elevadas y el riesgo es también alto.

• **¿Piensas que ser padre es más difícil que ser madre?**

SÍ	NO
----	----

Los varones que ejercen violencia consideran que todo lo que hacen ellos es más difícil y tiene más valor que lo que hace una mujer, por lo tanto, la respuesta más común a esta pregunta es SÍ. Esta es una respuesta que amerita mayor cuidado en la indagación sobre VD en el resto de la entrevista.

• **¿Crees que debes tratar a tu pareja como un igual?**

SÍ	NO
----	----

Los varones que consideran a las mujeres inferiores tienen más probabilidades de ejercer violencia sobre ellas. Vivencian la inequidad entre los sexos en todos los aspectos de la relación y el riesgo de ejercer violencia se vuelve mayor.

• **En tu casa, ¿quién es la figura central?**

• Yo	• Pareja	• Los dos
------	----------	-----------

Cuando la respuesta es YO, existe un hogar donde él se cree que es la figura central, aunque no lo sea porque no tome decisiones cotidianas respecto a la familia, hijos/as. En caso de que así lo sea, dicha respuesta puede ser un indicador, aunque más débil, de ejercicio de violencia.

• **¿Tienes problemas económicos en tu casa?**

SÍ	NO
----	----

Está comprobado a nivel nacional y en otros continentes que cuando hay crisis económica en un país aumentan las denuncias por VD. Se puede deducir, explicar y

corroborar que los varones comienzan a manejar de manera violenta sus emociones vinculadas con el miedo y la bronca cuando hay escasez de trabajo y dinero, depositando muchas veces dichas frustraciones en sus parejas mujeres e hijos.

• **¿Tu pareja te ha acusado de ser violento?**

SÍ	NO
----	----

• **(Si la respuesta es SÍ) ¿Está de acuerdo con su pareja?**

SÍ	NO
----	----

Si la pareja lo acusó de ser violento o le hizo una denuncia policial y él NO está de acuerdo con ella, se estaría frente a un caso seguro de VD, lo que requiere una entrevista en profundidad para indagar riesgos para la integridad de la pareja.

• **¿Qué emoción sientes más seguido cuando estas con tu pareja?**

Miedo \_\_\_\_\_ Bronca \_\_\_\_\_  
Esperanza \_\_\_\_\_ Alegría \_\_\_\_\_ Tristeza \_\_\_\_\_

La bronca es la emoción que más rápidamente se convierte en violencia, lo que genera la necesidad de indagar más aún sobre los otros indicadores de violencia. Por otra parte, cuando el usuario responde: «no me doy cuenta», estamos frente a una masculinidad hegemónica y esto también es riesgoso para él y para otras personas, en el sentido de estar ejerciendo violencia doméstica.

• **¿Fuiste víctima de abuso sexual en tu infancia o adolescencia?**

SÍ	NO
----	----

Esta es una pregunta que hay que hacer con cuidado porque es muy íntima y se requiere generar confianza con el consultante en una o varias consultas previas, ya que genera intimidación y si no es preguntada en el momento apropiado es probable que el varón niegue que le sucedió esto, aunque sea consciente de que fue víctima de ASI.

Cuando un varón fue víctima de ASI o abuso sexual en la adolescencia es importante apoyarlo para elaborar dicho trauma, así como para evitar que reproduzca el abuso y la violencia con sus parejas o hijos.

Este dato orienta al personal de salud a profundizar en la entrevista para indagar violencia. No necesariamente haber sido víctima de ASI obliga a un varón a ejercer violencia sexual en su vida adulta.

## B) Segundo nivel para preguntas

Una vez confirmado que el varón ejerce VD con las pautas planteadas en el «Primer nivel para preguntas», se sugieren las siguientes preguntas básicas y orientadoras para profundizar:

- **Desde el principio de tu relación, ¿con qué frecuencia has sido violento con tu pareja o hijos?**

Tipo de violencia Frecuencia	* Diario	* Semanal	* Mensual	* Anual
* Física	■	■	■	■
*Verbal	■	■	■	■
*Psicológica	■	■	■	■
*Sexual	■	■	■	■

Permite indagar sobre las violencias más comunes que ejercen los varones sobre sus parejas o hijos. Es importante siempre que se tengan claros los conceptos de cada una de ellas:

- **Violencia psicológica o emocional:** implica «cualquier acto u omisión que dañe la estabilidad emocional de la otra persona y puede consistir en: negligencia, abandono, descuido reiterado, celotipia, insultos, humillaciones, devaluación, marginación, indiferencia, infidelidad, comparaciones destructivas, rechazo, restricción a la autodeterminación y amenazas, las cuales conllevan a la víctima a la depresión, a la devaluación de su autoestima e incluso, al suicidio» (LGAMVLV, 2007, en Allyón, Fernández y Vargas, 2014).
- **Violencia física:** es «cualquier acto que inflige daño no accidental, que usa la fuerza física o algún tipo de arma u objeto que puede provocar, o no, lesiones, ya sean internas, externas o ambas» (LGAMVLV, 2007, en Allyón, Fernández y Vargas, 2014).
- **Violencia económica:** implica controlar los recursos monetarios o bienes de la pareja o expareja, poniendo en peligro la supervivencia de ella o de algún miembro de la familia como hijos e hijas (Ramírez, 2000).

- **Violencia sexual:** es «cualquier acto que degrada o daña el cuerpo y/o la sexualidad de la víctima y que por tanto atenta contra su libertad, dignidad e integridad física. Es una expresión de abuso de poder que implica la supremacía masculina sobre la mujer, al denigrarla y concebirla como objeto» (LGAMVLV, 2007, en Allyón, Fernández y Vargas, 2014).

• **Cuándo eres violento, ¿a quién crees que afecta?:**

* Hijos e hijas 	* Parejas 	*Su comunidad 	*Nadie 
* Doctores 	* Sus padres 	*A sí mismo 	*Otras 

Cuantos más actores crea el varón que afecta su violencia, de mejor pronóstico será y existe mayor capacidad de darse cuenta de los impactos. Esto generará mayores posibilidades de apoyarlo para un tratamiento. La violencia afecta a hijos, hijas, pareja, expareja, comunidad, padres, sistema de salud y a sí mismo.

• **¿Has hablado con alguien de tu violencia?**

SÍ	NO
----	----

¿Con quién? \_\_\_\_\_

Es fundamental impulsar al usuario a seguir hablando de su violencia como una manera de pedir ayuda.

• **Cuándo eres violento, ¿tus familiares y amigos están de acuerdo en que la persona que empieza la violencia es?:**

• Yo	• Pareja	• Los dos	• No se enteran
------	----------	-----------	-----------------

- La respuesta de mejor pronóstico es: «Yo» o, en todo caso, «Los dos» empezamos la violencia y mis familiares o amigos están de acuerdo con eso.
- Que el usuario diga «Pareja» o «No se enteran» es un indicador para continuar con la indagación.

• **¿Crees que tu pareja exagera tu violencia?**

SÍ	NO
----	----

Por lo general el varón que ejerce violencia siempre cree que ella exagera. Un indicador que confirma esto es cuando:

- El usuario plantea explícitamente al personal de salud: «Ella dice que soy violento pero no es así, o está exagerando o ella está loca/es psiquiátrica».
- El usuario tiene medidas cautelares/prohibición de acercamiento a su expareja, hijos o hijas o tiene tobillera electrónica y no sabe por qué o minimiza la violencia que ejerció diciendo: «No era para tanto», «Yo solo la empujé, la insulté, le grité, la seguí», «No entiendo por qué pasó esto».

Este indicador nos da la posibilidad de hacer las derivaciones o referencias que se sugieren más abajo.

• **¿Crees que si tu pareja obedeciera, tú no serías violento?**

Por lo general, los varones que ejercen violencia consideran que su pareja tiene que obedecerlos, sobre todo si ella es mujer. En caso de que la respuesta sea Sí, el pronóstico no es bueno y existiría riesgo alto de violencia física y sexual.

## ANEXO 3: Ejercicios de Kegel

### OBJETIVO

Estos ejercicios permiten tonificar la musculatura del piso pélvico, que es la que participa en la erección y el orgasmo. Permiten mejorar la sintomatología de las incontinencias urinarias así como también mejorar el desempeño de la función sexual.

I. I. Permite establecer un vínculo consciente con los propios genitales, sentir cuál es el músculo relacionado con la erección y el orgasmo.

II. II. Fortalecen la musculatura del músculo pubococcígeo para:

- controlar el momento de la eyaculación.
- sentir un orgasmo intenso.
- aumentar la distancia de la eyaculación.
- mejorar la rigidez en las erecciones penianas.
- aumentar la rapidez inicial de las erecciones.
- mejorar la incontinencia urinaria en caso de que exista.
- colaborar en el acortamiento del período refractario.
- aumentar el placer y la confianza en las relaciones sexuales.

TÉCNICA – Esquema adoptado por el doctor Flores Colombino (2000).

En primera instancia, se recomienda asesorar al varón sobre la forma de identificar la musculatura a trabajar. Esto se puede lograr indicándole que durante la micción interrumpa esta e identifique los músculos que actúan.

Los ejercicios que Kegel consisten en contraer y elevar los músculos del piso pélvico, focalizando la atención en la uretra y en el ano.

Estos ejercicios se realizan independientemente de la micción, o sea, en cualquier lugar donde se encuentre.

**El ejercicio consiste en contraer la musculatura del piso pélvico durante 3 segundos y luego de 3 segundos de relajación se contrae nuevamente durante 3 segundos, y así en forma sucesiva según lo establece el cuadro adjunto.**

Por ejemplo:

- El primer día en la mañana se realizan 10 ejercicios de 6 segundos de duración cada uno, con un total de 60 segundos. En la tarde se lleva a cabo el mismo procedimiento y lo mismo se reitera en la noche.
- Cada día se agregan 5 contracciones. Por lo cual, el segundo día se realizarán 3 series de 15 (como indica el cuadro adjunto). Y así sucesivamente hasta completar los 19 días de ejercicios.

- A partir del quinto día se recomienda no controlar la cantidad de contracciones sino los minutos. Por ejemplo: en el día 11 se deben realizar 6 minutos de ejercicio.
- Cuando se completan los 19 días del plan, se continúa con ejercicios durante aproximadamente 10 minutos en la mañana, tarde y en la noche.

**Tabla: Cantidad de ejercicios por día**

DÍA	MAÑANA	TARDE	NOCHE	MINUTOS
1	10	10	10	1
2	15	15	15	1,5
3	20	20	20	2
4	25	25	25	2,5
5	30	30	30	3
6	35	35	35	3,5
7	40	40	40	4
8	45	45	45	4,5
9	50	50	50	5
10	55	55	55	5,5
11	60	60	60	6
12	65	65	65	6,5
13	70	70	70	7
14	75	75	75	7,5
15	80	80	80	8
16	85	85	85	8,5
17	90	90	90	9
18	95	95	95	9,5
19	100	100	100	10

## **ANEXO 4: Técnica de Seamans (STOP-START)**

**Objetivo:** ayudar a disminuir el volumen seminal de la uretra posterior, y por ende, disminuir la urgencia eyaculatoria.

**Técnica:** adaptación de esquema propuesto por el doctor Flores Colombino (2000). Consiste en estimular el pene en repetidas ocasiones para lograr altos niveles de excitación, hasta el momento justo antes de perder el control que conduce al orgasmo.

En ese momento, unos segundos antes de eyacular, hay que frenar el estímulo. (Evitar llegar al momento 5). Puede complementarse con una suave compresión sobre el glande para evitar la eyaculación.

Cuando el individuo pierde la sensación de que va a eyacular, vuelve a comenzar la estimulación del pene hasta volver a llegar a ese momento. Se repite tres veces.

La cuarta vez que se intenta no se detiene el estímulo, permitiendo lograr el orgasmo.

**Es importante tener en cuenta los grados de excitación sexual**, para lo cual se describe a continuación la secuencia esperable:

Momento 1 – El pene se presenta flácido.

Momento 2 – Tumescencia peneana.

Momento 3 – Se logra una erección.

Momento 4 – Todavía no se siente la sensación de eyaculación inminente.

Momento 5 – Inevitabilidad eyaculatoria.

Momento 6 – Orgasmo/eyaculación.

**Se recomienda:** realizar tres veces por semana, primero de forma individual y luego en pareja.

# ANEXO 5: Valoración del riesgo suicida

## Guía para profesionales: 5 pasos para evaluación y triage.

### Valoración del Riesgo Suicida: pasos para Evaluación y Triage

- 1-Identifique Factores de Riesgo**  
Tome en cuenta aquellas que pueden ser modificadas para reducir el riesgo
- 2-Identifique Factores Protectores**  
Tome en cuenta aquellas que puedan ser potenciadas para reducir el riesgo
- 3-Indague conducta suicida**  
Pensamientos suicidas, planes, comportamientos o intentos
- 4-Determine el Nivel de Riesgo/Intervención**  
Determine el riesgo. Elija la conducta apropiada para abordar y reducir el riesgo
- 5-Registre**  
Valoración del riesgo, justificación, intervención y seguimiento



La valoración del riesgo suicida debe basarse en el primer contacto, ante cualquier comportamiento suicida subsecuente, el aumento de la ideación, o cualquier cambio clínico que lo amerite. Para pacientes internados: antes de cualquier cambio en el nivel de cuidados y previo al alta

### 1 - Factores de Riesgo

- **Comportamiento suicida:** historia de intentos previos, intentos de suicidio frustrados o comportamiento autolesivo
- **Presencia o antecedentes de trastornos psiquiátricos:** especialmente *Trastornos del Humor, Trastornos Psicóticos, Abuso de alcohol/sustancias, Trastorno por Déficit Atencional con Hiperactividad, Truamatisma intracraneal, Trastorno por Estrés Post Traumático, Trastornos de Personalidad del Grupo B (antisocial, borderline, narcisista, histriónico), trastornos de conducta (conductas antisociales, agresividad, impulsividad). La comorbilidad y el reciente comienzo de la enfermedad aumentan el riesgo. La comorbilidad y el reciente comienzo de la enfermedad aumentan el riesgo.*
- **Síntomas clave:** anhedonia, impulsividad, desesperanza, ansiedad/pánico, insomnio, comando olucinatorio
- **Antecedentes Familiares:** de suicidio, intentos o trastornos psiquiátricos que hayan requerido hospitalización.

**Factores precipitantes/estresores/vinculos:** eventos desencadenantes humillantes, vergonzosos, o desesparanzados (por ej.: ruptura de relación, pérdida de estatus financiero o de salud, real o anticipado). Enfermedad médica en curso (especialmente trastornos del SNC, dolor). Disturbios familiares/coos. Historia de abuso físico o sexual. Aislamiento social.

• **Cambios en el Tratamiento:** alta de hospital psiquiátrico. Cambio en el proveedor de la atención.

• **Acceso a armas de fuego u otros métodos potencialmente letales**

### 2 - Factores Protectores

Los factores protectores, aún presentes, pueden no contrarrestar el riesgo agudo

• **Internos:** capacidad de afrontamiento del estrés, creencias religiosas, tolerancia a frustraciones

• **Externos:** responsabilidad por niños o mascotas queridas, relaciones terapéuticas positivas, soporte social

### 3 - Indagación de conducta suicida

Interrogatorio específico sobre pensamientos, planes, comportamientos, intencionalidad

• **Ideación:** frecuencia, intensidad, duración: en los últimos 48 hs., el último mes y en el peor momento

• **Plan:** momento, lugar, letalidad, disponibilidad, actos preparatorios

• **Comportamientos:** intentos anteriores, intentos frustrados, ensayos (probar nudos, cargar armas) versus conductas auto lesivas, no suicidas

• **Intencionalidad:** grado en que el paciente: 1) espera llevar a cabo el plan y 2) cree en la potencia del método: letalidad versus dolo. Explorar ambivalencia: razones para morir versus razones para vivir.

• **En jóvenes:** preguntar a los padres/cuidadores sobre evidencias de pensamientos suicidas, planes o conductas, o cambios en el humor, comportamiento o disposición.

• **Indagar ideas homicidas:** cuando está indicado, especialmente en trastornos del carácter u hombres paranoicos lidiando con pérdidas o humillación. Indague en las 4 áreas listadas arriba.

### 4 - Nivel de Riesgo/Intervención

- La Evolución del Nivel de Riesgo esto basada en el juicio clínico, una vez completados los pasos 1 a 3
- Re valoración, en la medida que las circunstancias ambientales o del paciente cambien

NIVEL DE RIESGO	FACTORES DE RIESGO Y PROTECTORES	SUICIDALIDAD	POSIBLES INTERVENCIONES
ALTO	Trastornos Psiquiátricos con síntomas severos, o eventos agudos precipitantes, factores protectores no relevantes	Intento de suicidio potencialmente letal, o ideación persistente, con firme intención o ensayo suicida	La internación está generalmente indicada, salvo que un cambio significativo reduzca el riesgo. Tomar medidas de precaución para la conducta suicida
MODERADO	Múltiples factores de riesgo, pocos factores protectores	Ideación suicida con plan, pero no intento o comportamiento	La internación puede ser necesaria, dependiendo de los factores de riesgo. Desarrollar un plan para la crisis. Dar teléfonos de contacto de emergencia o atención en crisis
BAJO	Factores de riesgo modificables y fuertes factores protectores	Pensamientos de muerte, sin plan, intención o comportamiento	Derivación a tratamiento ambulatorio, reducción de síntomas. Dar teléfonos de contacto de emergencia o atención en crisis

(Este cuadro está previsto para representar un rango de niveles de riesgo e intervenciones, no para tomar determinaciones específicas)

### 5 - Registro

- **Registrar:** nivel de riesgo y justificación, plan de tratamiento o implementación/reducción del riesgo actual (p.e. lugar de internación, medicación, psicoterapia, contacto con referentes familiares, consulti); instrucciones respecto a armas de fuego, de ser necesario. Para jóvenes el plan de tratamiento debe incluir el rol de los padres/cuidadores.

#### Recursos de interés

Los usuarios tienen el derecho de recibir atención integral en salud mental por parte de su prestador de salud.

Último Recurso: Líneas de crisis:  
• VIVE (8483): gratis para Antel y Movistar 095738483 los 24 horas o 0800 (VIVE) 8483 de 19 a 23 horas

Ministerio de Salud Pública, Programa Nacional de Salud Mental  
Av 18 de Julio 1892, Montevideo.  
Contacto: salud.mental@msp.gub.uy

Puede encontrar esta guía y otros materiales en:  
[www.msp.gub.uy](http://www.msp.gub.uy) y en:  
<http://eva.universidad.edu.uy/mod/forum/discuss.php?id=81511&lang=es>

Esta guía ha sido traducida y adaptada de "Suicide Assessment Five-Step Evaluation and Triage (SATE-5)", basado en el trabajo de Sotomayor Abus y del Mental Health Services Administration (SAMHSA), equipo del Programa Nacional de Salud Mental de Ministerio de Salud Pública, Uruguay

[www.msp.gub.uy](http://www.msp.gub.uy)



### Valoración del Riesgo Suicida: 5 pasos para Evaluación y Triage Guía para profesionales

Ministerio de Salud Pública  
Dirección General de la Salud  
División de Programación en Salud  
Programa Nacional de Salud Mental

## ANEXO 6: Preguntas que pueden orientar para realizar la historia sexual

Propuesta elaborada a partir de contenido extraído de E. JULVE VILLALTA (2012): Diagnóstico de la disfunción eréctil, en *Tratado de andrología y medicina sexual*.

- 1) Descripción de síntomas y/o malestar.
- 2) Tiempo de evolución: ¿desde cuándo tiene ese problema? Meses, años, etc.
- 3) Forma de comienzo: ¿cómo se inició?, ¿de forma insidiosa, progresiva o brusca?
- 4) Modo de evolución: ¿ha evolucionado de forma progresiva a peor o intermitente con períodos buenos y malos?
- 5) ¿Actualmente la calidad de la erección le permite el coito de forma satisfactoria con su pareja?
- 6) Calidad de la erección en otras situaciones: ¿tiene erecciones nocturnas, matinales, con masturbación, con imágenes eróticas, con otra pareja, etc.?
- 7) ¿El deseo sexual es normal, está disminuido o está ausente?
- 8) ¿Cómo es la eyaculación: normal, precoz, retardada o aneyaculación?
- 9) Orientación sexual del consultante y cuáles son las expectativas del consultante y de su pareja (si la tiene).
- 10) ¿La pareja está dispuesta a colaborar? ¿Es aceptablemente buena la relación de pareja? ¿Qué conocimientos tienen sobre la función sexual?
- 11) ¿Tiene su pareja alteraciones de la función sexual (deseo, trastorno orgásmico, dispareunia, etc.)?

## ANEXO 7: Técnica de placereado

**Objetivo:** Descondicionar la obligación de tener un orgasmo o tener una erección o cualquier otro resultado sexual que hasta el momento se buscaba con mucha ansiedad. Con ello se logra mediatizar el resultado sexual y también disfrutar del juego sexual, con lo que se disminuye el temor al desempeño, el temor al fracaso y el temor al éxito. Se logra, por tanto, mejorar la calidad del vínculo y la erotización de este.

**Técnica:** Propuesta adaptada por el doctor Flores Colombino a partir de indicaciones de Masters y Johnson y Kaplan (Flores Colombino, 2000).

Consta de tres etapas: a) placereado I, sin caricia de genitales en ambos y sin caricias de mamas en mujer; b) placereado II, incluye los genitales y las mamas, pero sin alcanzar el orgasmo; c) placereado III, con caricias de genitales y mamas hasta el orgasmo.

Las caricias se realizan con las manos, pero también con la boca o telas suaves. Pueden ser con la yema de los dedos, con las uñas, con o sin uso de cremas y perfumes. El tacto y la vista son los órganos sensoriales básicos del placereado. Los consultantes se ven en posturas y ángulos que nunca habían percibido antes, lo que incrementa su deseo y excitación. Se satisfacen los componentes voyeuristas, si existieran, o simplemente la valoración estética del desnudo y el disfrute de la intimidad. Se toma contacto con el otro mutuamente a través de las manos y la mirada.

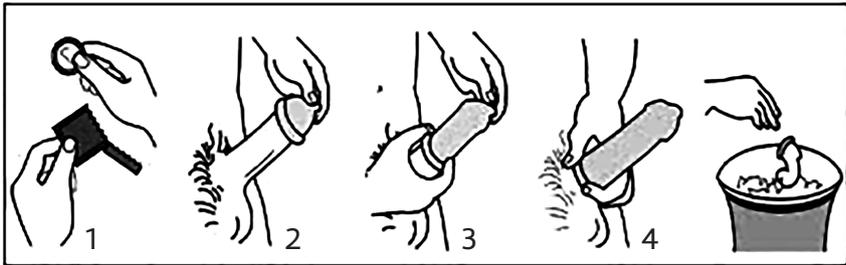
**Ambiente y preparación del lugar:** La privacidad del lugar donde se realizará esta técnica es muy importante. Debe otorgar el tiempo suficiente, sin interrupciones posibles por hijos/as o visitas. Se aconseja desconectar teléfono, celulares y timbres. Colocar tranca en la puerta del dormitorio. Buscar momentos en que no haya personas en la casa y con un ambiente cálido, evitando temperaturas extremas.

**Actitudes a lograr:** La actitud general frente al placereado debería ser de juego, pero a la vez seria. No se deben minimizar ni ridiculizar los actos que suelen ser realizados durante este. Se debe vivir un espíritu de experimentación y descubrimiento. El clima debe ser alegre y distendido. No se trata de un deber, una obligación o un ejercicio gimnástico. Se trata de una forma de comunicación íntima sin exigencia de resultados.

## ANEXO 8: Uso correcto de condones

### Condomes masculinos

Los preservativos masculinos se distribuyen en todos los servicios de salud, públicos y privados, del país, de forma gratuita o a muy bajo costo. Se puede acceder a 12 vales por año, de 15 condones cada uno (Decreto 009/2011).



En los puntos de contacto del servicio de salud con el varón se recomienda tener y mostrar material didáctico para explicar la técnica de utilización.

#### Realizar consejería en relación a:

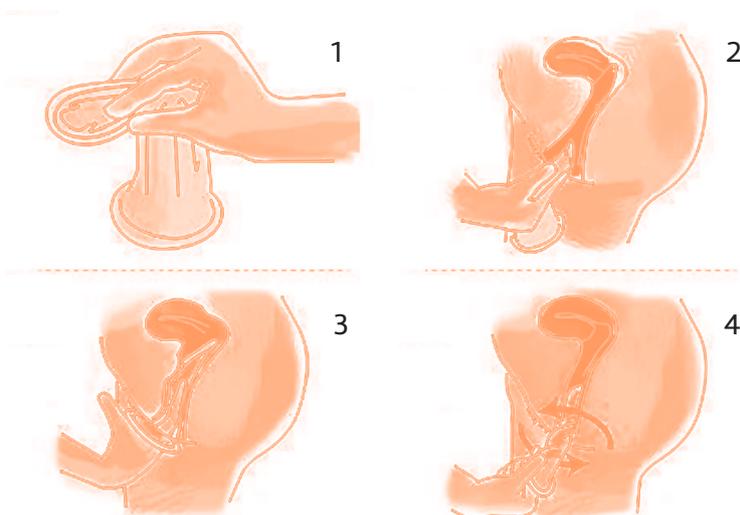
1. Importancia de revisar la fecha de vencimiento del preservativo. Los condones no deben usarse luego de su fecha de vencimiento. Revisar la integridad del envoltorio, controlar que la burbuja de aire del paquete se halle intacta. Si el paquete estuviera roto, se debe descartar el condón.
2. Apertura del sobre con las manos limpias y con cuidado para que no se rompa el preservativo. No utilizar elementos cortantes ni abrirlo con los dientes y tener cuidado de no rasgarlo con las uñas.
3. Colocación antes de que el pene contacte con el cuerpo de la pareja. Si tiene el prepucio intacto, replegarlo. Enfrentar el condón con el glande con el borde enrollado en la dirección contraria al cuerpo.
4. Apretar el extremo que está cerrado del preservativo para extraer el aire antes de apoyarlo en el pene, porque de lo contrario puede romperse.
5. Desenrollar el condón hasta la base del pene, cuidando de que no quede

aire en el extremo. No usar vaselina, aceite o crema de manos, porque estos pueden dañar el preservativo. Se pueden usar lubricantes «al agua», los que son recomendables sobre todo para la práctica del sexo anal.

6. Luego de la eyaculación, retirar el pene sosteniendo el extremo abierto del condón, para que no se deslice. Retirar el preservativo antes de que se pierda la erección, cuidando de que no se derrame el semen. Hacer un nudo y desecharlo.

7. El preservativo debe ser usado una sola vez.

### **Condones femeninos**



Los preservativos femeninos son de poliuretano o nitrilo, por lo que pueden ser usados en caso de alergia al látex y pueden usarse con lubricantes en base aceite o acuosa.

### **Realizar consejería en relación a:**

- El preservativo femenino se puede colocar hasta 8 horas antes de mantener relaciones sexuales.
- Antes de su uso se debe revisar la fecha de vencimiento y la integridad del envoltorio. Es conveniente abrir el envoltorio con las manos limpias y con cuidado de no dañar el condón, no utilizando cortantes ni punzantes, ni abrirlo con los dientes.
- Se retira el condón del envoltorio y se frota con los dedos para que se

distribuya el lubricante de forma uniforme.

- Es importante adoptar una postura cómoda y relajada para su colocación.
- Se debe sostener el condón desde el extremo cerrado. Se aprieta el extremo con el anillo interno con los dedos pulgar y medio. El dedo índice sirve de guía mientras se continúa apretando el anillo interno.
- Con la mano libre se separan los labios de la vulva y con la otra, sosteniendo el condón con tres dedos, se introduce el extremo cerrado en la vagina.
- Se aprieta el anillo interno del condón y se introduce hasta el fondo de la vagina.
- Introduciendo los dedos, hay que asegurarse de que esté bien colocado y no se encuentre retorcido. Una vez colocado, el anillo externo quedará fuera de la vagina sobresaliendo unos 2,5 cm sobre la vulva.
- En el momento de la penetración, debe sostenerse el anillo externo aplicándolo a la vulva.
- Una vez retirado el pene de la vagina, antes de extraer el condón, darle un movimiento de rotación para evitar que se derrame semen accidentalmente. Retirarlo suavemente hacia fuera y desecharlo. No es necesario retirarlo inmediatamente.
- Debe ser usado una sola vez.

Aunque está diseñado originalmente para uso vaginal, el condón femenino puede usarse siguiendo similares instrucciones también para sexo anal receptivo.

### **Uso de un campo de látex**

Para la realización del sexo oral o anal, se recomienda realizar un campo de látex con un preservativo masculino, de la siguiente manera:

#### **Realizar consejería en relación a:**

- a. Abrir el condón masculino y desenrollarlo. Sacarle el borde del extremo abierto.
- b. Romperlo a lo largo y abrirlo (con tijera o con la mano).
- c. Estirarlo con el índice y el pulgar para formar el campo de látex.
- d. Colocarlo sobre la zona en la cual se vaya a realizar el sexo oral.
- e. Cuando se culmina la estimulación, se debe desechar el campo de látex. Y se debe utilizar solo una vez.

## ANEXO 9: Inhibidores selectivos de la enzima PDE-5

### Administración

Quando extraído de FITER L Y GARCÍA N. (2012): «Tratamiento orales de la disfunción eréctil», en *Tratado de Andrología y Medicina Sexual*.

FÁRMACO	Efectividad	DOSIS DE ADMINISTRACIÓN	Presentaciones
Sildenafil	4 horas	Diariamente 25, 50 o 100 mg c/día entre 30 min y 1 hora antes de la relación	25, 50 y 100 mg
Tadalafil	36 horas	Diariamente 5mg/día o a demanda entre 10 o 20 mg c/toma 3 veces por semana	10, 20 y 5 mg
Vardenafilo	4 horas	25 a 30 minutos antes de la relación 10 a 20 mg/día	10 y 20 mg

**Recomendaciones para estratificar el riesgo cardiovascular antes de indicar tratamiento para la Disfunción sexual masculina.**  
(Modificado del Consenso de Princeton, 2000)

Riesgo cardiovascular	Situaciones de riesgo	Tratamiento recomendado
Bajo	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Asintomático con menos de 3 factores de riesgo (*)</li> <li>● Hipertensión arterial controlada</li> <li>● Angina estable grado I</li> <li>● Valvulopatía leve</li> <li>● Insuficiencia cardíaca clase I</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Control de atención primaria</li> <li>● Se pueden considerar los tratamientos de primera línea.</li> <li>● Reevaluar a intervalos regulares (6 a 12 meses)</li> </ul>
Intermedio	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 3 o más factores de riesgo</li> <li>● Angina estable grado II-III</li> <li>● Insuficiencia cardíaca clase II</li> <li>● Arteriopatía periférica, accidente vascular cerebral</li> </ul>	Hay que hacer prueba de esfuerzo para valorar clasificación como riesgo alto o riesgo bajo (que el paciente consiga 5-6 METs (&)) sin presentar arritmia o isquemia)
Alto	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Angina inestable o refractaria</li> <li>▶ Hipertensión mal controlada</li> <li>▶ Insuficiencia cardíaca clase II-IV</li> <li>▶ Arritmias de alto riesgo</li> <li>▶ Miocardiopatía hipertrófica obstructiva</li> <li>▶ Valvulopatía moderada o grave</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Control prioritariamente en atención especializada.</li> <li>▶ Diferir el tratamiento de la disfunción eréctil hasta que la situación cardíaca sea estable.</li> </ul>

(\*) Factores de riesgo a considerar: edad superiora 40-50 años, hipertensión, diabetes, obesidad, tabaquismo, dislipemia estilo de vida sedentario.  
(&) MET: Equivalente metabólico: Es la unidad que representa el consumo medio de oxígeno en condiciones basales.

### Efectos adversos de los inhibidores selectivos de la enzima PDE-5:

Globalmente sus efectos secundarios son leves y a menudo transitorios.

Los efectos secundarios más frecuentes en los pacientes con sildenafil son el rubor y la cefalea (por vasodilatación, presentes en poco más del 10 %), la dispepsia (por relajación del esfínter esofágico, 5 %) y las alteraciones de la visión del tipo de «visión azul» (por efecto sobre la PDE-6 de la retina, 3 %).

Todos estos efectos adversos son dosisdependientes, son muy infrecuentes las alteraciones de la visión con las dosis bajas. La congestión nasal es otro de los efectos secundarios característicos.

En cuanto al tadalafilo, los efectos adversos más comunes son la lumbalgia y los dolores musculares.

### Contraindicaciones de los inhibidores selectivos de la enzima PDE-5

(Jackson, Rose, Kloner y Kostis, 2006)

#### **Contraindicaciones absolutas:**

- Administración concomitante de nitratos
- Ángor inestable
- Insuficiencia cardíaca en estadio III-IV de NYHA
- Insuficiencia hepatocítica estadio C de Child-Pugh
- Insuficiencia renal en diálisis
- Hipotensión grave (< 90/55)
- Ataque cerebrovascular o IAM recientes (< 6 meses)
- Trastornos hereditarios degenerativos de la retina como retinitis pigmentaria
- Administración concomitante de inhibidores de la proteasa del VIH como ritonavir o indanavir, así como varones > 75 años con itraconazol, ketoconazol, por ser potentes inhibidores del CYP3A4.





Área Programática Salud Sexual y Salud Reproductiva

 Ministerio de Salud Pública – Uruguay

 @MSPUruguay

[www.msp.gub.uy](http://www.msp.gub.uy)