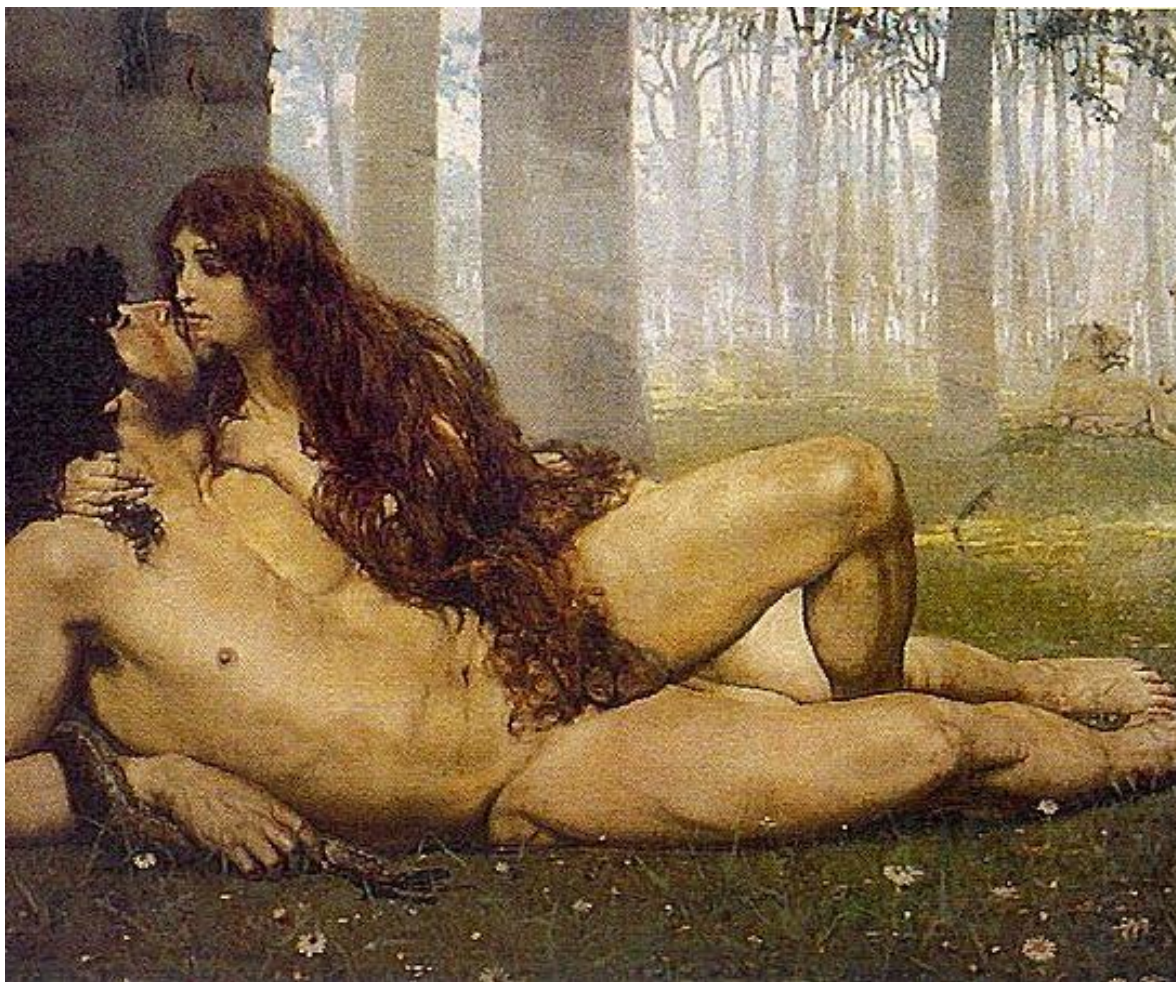


SEXOLOGÍA

AÑO 2026. VOLUMEN XXI. NÚMERO 1 (ENERO-JUNIO)

ISSN 1316-2756



**CENTRO DE INVESTIGACIONES PSIQUIÁTRICAS, PSICOLÓGICAS Y
SEXOLÓGICAS DE VENEZUELA**



**DIRECTOR
SEXOLOGÍA**

Fernando Torres
Doctor en Sexología Médica
Hospital Universitario de Caracas
CIPPSV

COMITÉ EDITORIAL

Fernando J. Bianco C, Luis Andrade, Rubén Hernández, Miguel Sira, Ender Boscán, Florangel Parodi, Gustavo Torres, César Bracho

COMITÉ CIENTÍFICO

Francisco Cabello Santamaría, Adriana Arcila, Lázaro Hernández, Luis Delgado, Lourdes Lobo, Elías Silva, Mónica Ortiz, Carlos Cotiz, Santiago Cedrés, Manuel Lucas, María Luisa de Aldana, José Luis Rodríguez Veracierta, Tania del Valle Mendoza, Johannny Ojeda Valbuena, Florencia Antonia Tiapa de Torres, Ligia Chavez Flores, Vicglady Pérez, Joel Torres, Mirian Zulay Sánchez de Díaz

EDICIÓN EJECUTIVA

Beatriz Bejarano

PORTADA

Arte: *El primer beso - Salvador Viniegra y Lasso de la Vega- 1891- Museo Nacional del Prado*

**CENTRO DE INVESTIGACIONES PSIQUIÁTRICAS, PSICOLÓGICAS
Y SEXOLÓGICAS DE VENEZUELA (CIPPSV)
PRESIDENTE: Fernando J. Bianco C.**

CONSEJO DIRECTIVO

Director: Eduardo Bianco C.
Coordinador Académico: Fernando Torres
Coordinador de Investigación: Vicglady Pérez
Coordinador Asistencial: Arbanys Galea
Secretario: Herman Bandez

La revista Sexología es una publicación anual con un número semestral, orientada a la difusión de los temas en el campo de la sexología y afines. Edición del Centro de Investigaciones Psiquiátricas, Psicológicas y Sexológicas de Venezuela (C.I.P.P.S.V), Instituto de Investigación y Posgrado
revistasexologia@gmail.com www.cippsv.com.ve

Depósito Legal p.p.199602DC2359

ISSN: 1316-2756



**CENTRO DE INVESTIGACIONES PSIQUIÁTRICAS,
PSICOLÓGICAS Y SEXOLÓGICAS DE VENEZUELA**

Doctorados, maestrías, especializaciones y diplomados

Preinscripciones abiertas permanentemente

Conoce nuestra oferta académica e intégrate a nuestra comunidad:

<https://cippsv.com.ve>

info@cippsv.com.ve

+58 412-226.00.22

 Posgrados Virtuales CIPPSV

 cippsv_oficial_ve



ÍNDICE

Editorial.....pág. 7

Fernando Bianco

León Roberto Gindin, Hermano de Elección.....pág. 8

Héctor García

Abordaje Integral de la Función Sexual y la
Afectividad en la Vejez: Perspectivas Psiquiátricas
y Sociológicas en el Contexto de la Viudez.pág. 11

Fernando Torres

De lo Espiritual en el Sexo.pág. 24

Estrella R. Orozco Castro

Mindfulness para el Control de la Conducta Sexual
Compulsiva en Paciente con Enfermedad de
Huntington: Una Aproximación Terapéutica con Base
en la Atención Plena. Estudio de Caso.pág. 36

Hilari O. Bolívar A.

Impacto de la Rehabilitación del Piso Pélvico en la
Función Sexual y en la Integridad
Neuromuscular Femeninapág. 53

Calendario de eventos 2026.....pág. 71

NORMAS PARA POSTULACIÓN DE ARTÍCULOS EN LA REVISTA SEXOLOGÍA

Junio 2025

1. La extensión del artículo no superará las dieciocho (18) páginas tamaño carta, a 1,5 espacios, letra Arial 12 y márgenes estándar, en formato Word y resumen en español e inglés no mayor de 150 palabras. En la extensión mencionada se incluyen tablas, cuadros, gráficos y referencias.
2. El título debe escribirse todo en mayúsculas, en negritas, centrado.
3. El título no deberá incluir tiempo ni lugar de recolección de la data, si fuera el caso
4. El tiempo y lugar de recolección de la data deberá mencionarse una sola vez, al describir la población y la toma de la muestra, en el aparte Metodología.
5. Debajo del título, nombre del(los) autor(es), alineado a la izquierda, sin negritas y sin grado académico.
6. Debajo de cada autor, su correo electrónico.
7. Las citas y referencias bibliográficas en el área de salud deben ser hechas con apego a las normas de Vancouver. En las ciencias de la conducta, en formato APA.
8. La estructura del artículo deberá ajustarse al siguiente esquema: Resumen, Abstract, Introducción, Objetivos, Metodología, Resultados, Discusión, Conclusiones, Recomendaciones, Referencias.
9. En hoja aparte se anotarán los siguientes datos: título del artículo, nombre y apellido del autor o autores, grado académico, filiación institucional, número telefónico y correo electrónico.
10. Los artículos serán sometidos a arbitraje (revisión por pares) a fin de garantizar la calidad y validez de las investigaciones.
11. Los artículos aceptados serán publicados y quedarán como propiedad de la revista Sexología.
12. El o los autores aceptan los “cambios de forma” que la redacción de las revistas estime oportunos.
13. Si el Consejo Editorial considera alguna corrección al artículo, la misma deberá ser realizada por el autor de este, para lo cual dispondrá de dos semanas.
14. La dirección y redacción de las revistas no se hacen responsables de las ideas y opiniones expresadas por los autores en los artículos publicados.
15. No se aceptarán cambios en los manuscritos una vez admitidos para su publicación.
16. La dirección y redacción de las revistas no están obligadas a explicar las razones que las llevaron a lo no aceptación de un artículo para su publicación.
17. Enviar los artículos al correo electrónico de cada sede o núcleo del CIPPSV, de donde serán reenviados al correo revistasexologia@gmail.com en la medida en que sean recibidos.

GUIDELINES FOR THE SUBMISSION OF ARTICLES TO SEXOLOGÍA

June 2025

1. Article length must not exceed eighteen (18) letter-sized pages, with 1.5 line spacing, Arial font size 12, and standard margins, in Word format. The abstract must be provided in both Spanish and English, not exceeding 150 words. The mentioned length includes tables, charts, graphs, and references.
2. The title must be written entirely in uppercase letters, bold, and centered.
3. The title should not include the time or place of data collection, if applicable.
4. The time and place of data collection should be mentioned only once, when describing the population and sample collection, in the Methodology section.
5. Below the title, the author(s)' name(s) should be aligned to the left, without bold and without academic degrees.
6. Below each author's name, their email address should be included.
7. Citations and bibliographic references in the health field must follow Vancouver style guidelines. In behavioral sciences, APA format should be used.
8. Article structure must follow this outline: Summary, Abstract, Introduction, Objectives, Methodology, Results, Discussion, Conclusions, Recommendations, References.
9. On a separate page, the following information must be provided: Article title, author(s)' full name(s), academic degree(s), institutional affiliation, telephone number, and email address.
10. Articles will be subject to peer review to ensure the quality and validity of the research.
11. Accepted articles will be published and become property of Sexología.
12. The author(s) agree to the "formatting changes" that the journal's editorial team deems appropriate.
13. If the Editorial Board requests any corrections to the article, these must be made by the author(s) within two weeks.
14. The editorial office and management of the journals are not responsible for the ideas and opinions expressed by the authors in the published articles.
15. No changes will be accepted in manuscripts once they have been approved for publication.
16. The editorial office and management of the journals are not obliged to explain the reasons for rejecting an article for publication.
17. Articles must be sent to the email address of each CIPPSV branch or center, from where they will be forwarded to revistasexologia@gmail.com as they are received.

EDITORIAL

Ya tenemos un año, se publicó el Volumen XX con los números 1 y 2, y en abril publicamos un primer suplemento.

La Revista Sexología se ha ido convirtiendo en una referencia obligatoria de consulta, lo cual nos obliga a publicarla también en inglés, proyecto que va en camino.

La Sexología, como disciplina científica de las ciencias biológicas, es una de las dos ramas de las ciencias naturales; la otra es la de las ciencias físicas. Cada vez más se apodera de su verdad, lo cual obliga a cultivar la Sexología como disciplina madre y la sexología médica, social, forense, histórica, teológica, psicológica y otras como subdisciplinas.

El pedagogo, el investigador, el clínico, el forense, entre otros, de la sexología, cada vez exigen que su campo de acción sea definido y conceptualizado, así como las habilidades y capacidades que deba tener. El intrusismo se limitará al máximo con el desarrollo de las subespecialidades de la sexología.

Analizábamos durante una sesión de trabajo en el CIPPSV que Magnus Hirschfeld (+ 14/5/1935), Gregorio Marañón (+ 27/5/1960), Alfred Kinsey (+ 23/8/1956) y su grupo: Wardell Pomeroy (+ 6/9/2001), Clyde Martin (+ 5/12/2014) y Paul. Gerhard (+9/7/2015), William Masters (+16/2/2001) y Virginia Johnson (+24/7/2013), no tenían formación previa en Sexología y lo que hicieron fue investigar en esta área para intentar explicar lo que habían observado durante la práctica clínica, de allí que no hayan producido teoría propia, pero señalaron el camino. La Escuela Bianco (julio de 1972-) ha teorizado y aplicado lo que afirma, ha ido creciendo, inició el postgrado Maestría en Ciencias mención Sexología Médica en 1985, tiene más de 60 egresados y contando; lo mismo sucede con Adriana Arcila, nacida en Manizales, Colombia, el 28 de mayo de 1959, graduada de médico en 1982, digna discípula de Helí Alzate (1934-1998), inicio el Programa de Postgrado Especialización en Sexología Clínica en la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Caldas en Manizales en 2014, tiene 15 egresados y contando. En España, Efigenio Amezáa (+23/7/2024) ha dejado un legado que espera el trabajo de sus discípulos; la Teoría de los Holones de Eusebio Rubio (19/9/1955 -) necesita ser desarrollada.

Para hacer escuela, la teoría es fundamental, la investigación constante es un hábito y la publicación de los resultados obtenidos es una obligación.

Respetar la Sexología como disciplina científica exige conocer su historia y el desarrollo de sus escuelas.

León Roberto Gindin, Hermano de Elección

Hace 9 años, el 24 de julio de 1917, León Roberto Gindin inició su viaje a la eternidad. Esto ha motivado la publicación del escrito de Fernando Bianco.

Corría el año 1981, los preparativos para asistir al V Congreso Mundial de Sexología estaban en progreso. Ir a Jerusalén en junio con objetivos claros: seguir dando a conocer la Teoría de la Variante Fisiológica, intercambiar ideas sobre la formación de posgrado en Sexología, discutir la clínica de la eyaculación precoz en la mesa "Lunch with the Expert" y optar por la Secretaría General/Tesorería del Comité Ejecutivo de la World Association for Sexology (Asociación Mundial de Sexología).

La World Association for Sexology (WAS) la habíamos fundado en Roma, en oct. de 1978, durante el III Congreso Mundial de Sexología magistralmente presidido por el profesor y doctor Romano Forleo. La institución había tenido su primera crisis, que habíamos resuelto en Sorrento, Italia, en septiembre de 1980, meses antes del V Congreso, en la reunión del Hotel Cocumella.

La Mesa Lunch se llenó; eran diez. Inicié mi presentación en inglés; alguien interrumpió y preguntó: "¿Todos hablan español? La respuesta fue sí. Me solicitó hacer la presentación en español. Así conocí a León Roberto Gindin. La verdad que no me impresionó y no lo volví a ver después de eso.

Un año después asistí al I Congreso Latinoamericano de Sexología y Educación Sexual (I CLASES) realizado en la Asunción, Paraguay en junio 1982. Era el primer evento científico internacional al que asistía en mi calidad de Secretario General/Tesorero de la World Association for Sexology (WAS).

El I Congreso coincidió con la Guerra de las Malvinas y se realizó en un país gobernado por un dictador, Alfredo Stroessner. A los venezolanos y colombianos nos habían retenido los pasaportes (todos habíamos estado en Cuba). Esto causó una gran molestia, pero el Dr. Sapena Pastor, presidente del evento, nos pidió ponderación debido a las condiciones políticas vigentes.

Durante la recepción inicial fui abordado por el Dr. Gindin, el traía un mensaje del Grupo que lideraba el Dr. Saltanick. Teníamos una dificultad con ese grupo debido a un proyecto de investigación y la adquisición de unos equipos. La excusa y la propuesta eran inadmisibles; se lo dije de inmediato. Trató León Roberto de ser lo más diplomático posible. Recuerdo haberle dicho que le agradecía su intervención, pero eso lo estábamos resolviendo con el profesor Ismet Karacan quien era el coordinador del proyecto de investigación y quien conocía lo acontecido.

Ello no impidió que siguiéramos intercambiando durante el congreso sobre todo con la posición valiente que había asumido una de sus alumnas, Licda Claudia Grossman, frente a la posición del Profesor Hugo Segú quien había dicho que la homosexualidad era una enfermedad. Fue una discusión asertiva y académica.

La amistad continuó su desarrollo. Conocí a su asociada de trabajo la Dra. Caldiz y la historia de cómo se conocieron durante un reencuentro de Psiquiatras y Psicólogos sucedido en Buenos Aires en 1980, cuya finalidad verdadera era saber quién estaba vivo, exilado o muerto; eran tiempos de la dictadura de José Rafael Videla. Gindín le propuso trabajar juntos. Fundaron el CETIS, una institución formadora de sexólogos. Toda una historia, todo un ejemplo.

Nuestra amistad, que evolucionó a una hermandad de elección, duró 36 años: del Gindin flaco al gordo, del Gindin aprendiz al Maestro, del Gindin duro al tierno.

Cosas, entre otras, a recordar: mis estadías en el Gindin INN, educarlo sobre el Tratamiento de Vaginismo en la calle Agüero de Buenos Aires, la intervención que hizo durante el IX Congreso Mundial de Sexología cuando de manera irreverente le dijo al panel que discutía el tema del Sida “a ver cuántos de Uds. usan el forro cuando tienen relaciones sexuales”, tu posición frente al Manual Diagnostico en Sexología durante el CLASES celebrado en Guayaquil, Ecuador; tu prudencia al asumir el liderazgo de la FLASSES, siendo vicepresidente de ésta; las discusiones sobre tus libros (todos muy importantes); tus consejos frente a los problemas personales que yo vivía; y muchas más.

Siempre me hacía bien observar y disfrutar de tu relación con tu compañera de siempre, Cristina Tania Friedman, esposa amante. Fuiste un padre amoroso y un amigo. Tus hijos te aman.

León Roberto, tienes la dicha del reencuentro en este viaje a lo eterno; te abrazarás con los Maestros Oswaldo Quijada Cerda, Celestino Álvarez Lajunchere y Domingo Olivares, y ellos dirán: llegó el cuarto Maestro: León Roberto Gindín.

Al Dr. Rafael García, Primer Vicepresidente de la FLASSES, le toca la difícil tarea de asumir la Presidencia. En Gindín hay un ejemplo a seguir.

León Roberto.... tengo vívidamente presente nuestro último encuentro, desayunando juntos en la cafetería El Horno, a escasos metros del Hotel Juan de Austria, donde nos hospedamos durante el XVIII CLASES, Madrid, septiembre de 2016. Hablamos de la Sexología, del futuro, de lo personal y de la eternidad en función de nuestra historia... ¿Recuerdas?

Para nosotros, María de los Ángeles (Biankito), Fernando Jr., Katherine, Jesús María, María Fernanda e Isabel Cristina...estarás siempre allí.

Caracas, lunes, 24 de julio de 2017

Abordaje Integral de la Función Sexual y la Afectividad en la Vejez: Perspectivas Psiquiátricas y Sociológicas en el Contexto de la Viudez

Héctor García
hectorg91@gmail.com

Resumen

Un enfoque integral de la función sexual en personas mayores es esencial en geriatría y requiere un marco biosocial y multidisciplinario. Este ensayo examina cómo la viudez altera el ámbito emocional, físico y social del envejecimiento. Aunque la disminución hormonal y los cambios vasculares modifican la respuesta sexual, no la anulan. La pérdida del cónyuge genera desafíos afectivos y emocionales específicos, como el “fuego de la viuda” (resurgimiento intenso del deseo sexual) y sentimientos de culpa. Sociológicamente, existen diferencias de sexo en volver a emparejarse: los hombres buscan apoyo instrumental; las mujeres priorizan autonomía y modelos LAT (Living Apart Together). También se identifican barreras institucionales, como el edadismo y la patologización del deseo, que obstaculizan los derechos sexuales. El informe recomienda integrar modelos clínicos (PLISSIT, BETTER) para una práctica geriátrica y psiquiátrica centrada en la persona que reconozca la función sexual como indicador clave de calidad de vida.

Palabras clave: Función sexual, geriátrica, viudez, edadismo, autonomía.

Abstract

A comprehensive approach to sexual function in older adults is essential in geriatrics and requires a biosocial, multidisciplinary framework. This report examines how widowhood alters the emotional, physical, and social domains of aging. Although hormonal decline and vascular changes modify sexual response, they do not eliminate it. The loss of a spouse creates specific affective and emotional challenges, such as “widow’s fire” (an intense resurgence of sexual desire) and feelings of guilt. Sociologically, there are sex differences in re-partnering: men tend to seek instrumental support, while women prioritize autonomy and LAT (Living Apart Together).

Together) models. Institutional barriers are also identified, such as ageism and the pathologization of desire, which hinder sexual rights. The report recommends integrating clinical models (PLISSIT, BETTER) into person-centered geriatric and psychiatric practice that recognizes sexual function as a key indicator of quality of life.

Keywords: Sexual function, geriatric, widowhood, ageism, autonomy

Introducción

La función sexual es una dimensión central del desarrollo humano que se prolonga a lo largo de todo el ciclo vital, desafiando las concepciones tradicionales que la confinan exclusivamente a la etapa reproductiva o a la juventud. En el contexto del envejecimiento, la función sexual ha sido históricamente invisibilizada y estigmatizada, considerándose en muchos círculos culturales y profesionales como algo inapropiado o inexistente. Sin embargo, la creciente esperanza de vida y la mejora en los indicadores de salud general han generado un interés renovado en cómo los adultos mayores viven su erotismo y sus vínculos afectivos, transformando este tema en un eje fundamental de la salud pública contemporánea (Algec, 2023).

El presente ensayo se propone analizar la función sexual en el adulto mayor, con un énfasis crítico en la transición hacia la viudez. Esta condición no solo representa el fin de una relación de pareja, sino que inaugura una fase de reestructuración profunda de la identidad personal y sexual. En opinión con Martínez Pascual et.al. (2004) la viudez, como fenómeno biosocial, exige un abordaje multidisciplinario que integre la psiquiatría, la sociología, la medicina de familia y la sexología para comprender las necesidades de una población que, a menudo, es víctima de un "edadismo" institucionalizado que niega su derecho al placer y a la compañía (Martínez Pascual et.al.,2004)

A través de este análisis, se revisarán los determinantes biológicos —como los cambios hormonales y las enfermedades crónicas—, los procesos afectivos y emocionales del duelo y la emergencia del deseo post-pérdida, y los factores

sociológicos que dictan las normas de comportamiento para viudos y viudas. Asimismo, se explorarán las estrategias clínicas para la evaluación y el tratamiento de las disfunciones sexuales, subrayando la importancia de modelos como el EXPLISSIT y el BETTER para normalizar la conversación sobre función sexual en el entorno sanitario. La función sexual en la vejez, lejos de ser un tema tabú, debe ser reconocida como un indicador de bienestar, dignidad y derechos humanos fundamentales (Formación en Psicoterapia, 2025).

Fisiología de la Función Sexual en el Envejecimiento

El proceso de envejecimiento conlleva cambios biológicos inevitables que modifican la respuesta sexual, pero que bajo ninguna circunstancia deben interpretarse como la anulación de la capacidad de sentir placer. Es imperativo que el profesional de la salud diferencie entre el envejecimiento fisiológico normal y las alteraciones patológicas que pueden ser mitigadas mediante intervención clínica. (Martínez Pascual et al., 2004)

Modificaciones hormonales y estructurales en la mujer

En la mujer, el hito biológico más significativo es la menopausia, caracterizada por una disminución severa en la producción de estrógenos y progesterona por parte de los ovarios. Esta alteración hormonal tiene repercusiones directas en la anatomía genital. Se observa una atrofia de la mucosa vaginal, que se vuelve más delgada, menos elástica y más friable. Además, la lubricación vaginal se retrasa y disminuye en volumen, lo que puede provocar dispareunia o dolor durante el coito, un factor que contribuye significativamente a la evitación de la actividad sexual si no se trata adecuadamente (Carr, 2004).

El autor antes mencionado expresa que a pesar de estos cambios, la mujer conserva su capacidad multiorgásmica, aunque la intensidad de las contracciones y la respuesta vaso congestiva pueden ser menores que en etapas previas. El deseo sexual en la mujer mayor es altamente dependiente de factores emocionales, la calidad de la relación previa (en el caso de viudas, la memoria de dicha relación) y su autoimagen corporal.

Cambios en el varón: Andropausia y respuesta eréctil

En los hombres, el declive hormonal es más gradual y se denomina comúnmente andropausia. El descenso en los niveles de testosterona, sumado a cambios vasculares y neurológicos, afecta la función eréctil (Algec, 2023). La disfunción eréctil se vuelve más común, no como una consecuencia inevitable de la edad, sino como resultado de la interacción entre el envejecimiento y condiciones como la hipertensión o la diabetes.

La respuesta sexual masculina se vuelve más lenta; se requiere de una estimulación táctil más directa y prolongada para alcanzar la erección, la cual puede no ser tan firme como en la juventud. El periodo refractario —el tiempo necesario para lograr una nueva erección tras el orgasmo— se extiende significativamente, pasando de minutos a horas o incluso días. No obstante, el placer orgásmico permanece intacto, y muchos hombres reportan una mayor capacidad para controlar la eyaculación, lo que puede favorecer encuentros íntimos más centrados en el afecto y la sensualidad que en el rendimiento (Algec, 2023).

Comparativa de cambios biológicos por sexo

Dimensión Fisiológica	Cambios en la Mujer (Postmenopausia)	Cambios en el Varón (Andropausia)
Niveles Hormonales	Caída drástica de estrógenos y progesterona.	Descenso gradual de testosterona.
Anatomía Genital	Atrofia vaginal, acortamiento del canal, menor elasticidad.	Disminución de la firmeza testicular; cambios vasculares peneanos.
Excitación	Lubricación más lenta y escasa; menor congestión labial.	Erección más lenta; requiere mayor estímulo físico directo.

Dimensión Fisiológica	Cambios en la Mujer (Postmenopausia)	Cambios en el Varón (Andropausia)
Orgasmo	Capacidad multiorgásmica conservada; contracciones menos intensas.	Menor fuerza eyaculatoria y volumen seminal.
Periodo Refractario	Generalmente ausente o mínimo.	Significativamente prolongado (horas a días).

Fuentes: Medicina Familiar (2023)

La viudez como crisis vital y su impacto afectivo y emocional

La viudez representa una de las transiciones más estresantes en el ciclo vital, afectando profundamente el bienestar afectivo, emocional y físico del sobreviviente. Desde la psiquiatría, este evento afectivo-emocional se analiza como una ruptura del apego primario que exige una reorganización completa de la vida cotidiana y de la identidad íntima (Medicina Familiar (2023)).

El Duelo y la Inhibición del Deseo

El proceso de duelo suele ir acompañado de una retracción del deseo sexual. La tristeza profunda, la ansiedad y, en ocasiones, los síntomas depresivos clínicos generan una anhedonia que se extiende a la esfera sexual. Muchos adultos mayores informan que, tras la pérdida de su cónyuge, la función sexual se vuelve una idea lejana o incluso "repugnante", lo cual es una respuesta normal al choque emocional y a la falta de disponibilidad de un compañero significativo.

El impacto afectivo y emocional varía según la calidad de la relación previa. Aquellos que mantenían un vínculo conflictivo pueden experimentar una paradójica sensación de liberación, mientras que quienes gozaban de una intimidad plena pueden sentir que una parte de su propio cuerpo ha muerto con el otro. Es fundamental que el abordaje clínico no patologice la falta del deseo inicial,

entendiéndola como un componente necesario de la etapa de "negociación" con la pérdida (Algec, 2023).

El Fenómeno del "Fuego de la Viudez" (Widow's Fire)

En contraposición a la inhibición, algunos individuos experimentan un aumento súbito e intenso del deseo sexual poco tiempo después del fallecimiento de su pareja. Este fenómeno, conocido como "fuego de la viudez", se describe como un deseo sexual casi incontrolable que surge como un mecanismo neuroquímico para contrarrestar el dolor del duelo (The widow's Handbook ,2022).

La neurobiología sugiere que el cerebro, ante la carencia de oxitocina y dopamina que proporcionaba el contacto cotidiano con la pareja, busca desesperadamente estas sustancias a través del orgasmo o la búsqueda de nuevas conexiones. La función sexual solo o en pareja actúan aquí como una distracción necesaria ante la angustia existencial, proporcionando un alivio temporal y una reafirmación de la vida frente a la presencia constante de la muerte (The widow's Handbook ,2022).

Sociología de la función sexual en la viudez

La función sexual no ocurre en un vacío; está condicionada por estructuras sociales, normas y expectativas culturales que definen qué es "normal" en la vejez. La sociología de la viudez revela disparidades significativas entre hombres y mujeres respecto a cómo reconstruyen su vida íntima (Medicina Familiar, 2023).

Diferencias de sexo en la formación de nuevas parejas

La literatura sociológica (Penhollow, 2024) ha documentado una brecha notable en la búsqueda de nuevas parejas tras la viudez. Los hombres suelen buscar nuevas relaciones mucho más rápido y con mayor frecuencia que las mujeres.

- **Perspectiva Masculina:** Muchos varones de las cohortes actuales han dependido exclusivamente de sus esposas para el soporte

emocional, la gestión del hogar y el cuidado de la salud. Al enviudar, experimentan una soledad que perciben como una privación insoportable de cuidados fundamentales. Para ellos, la nueva pareja cumple una función "instrumental" y de compañía necesaria para mantener su calidad de vida.

- **Perspectiva Femenina:** Las mujeres, por el contrario, suelen valorar su recién descubierta autonomía. Tras años de dedicación al cuidado de otros, muchas viudas ven la soledad no como una falta, sino como una liberación. Son menos propensas a casarse de nuevo porque temen convertirse en las cuidadoras de un segundo marido enfermo. Como indica la investigación, las viudas a menudo buscan "alguien con quien salir, pero no alguien que se mude a casa" (Penhollow, 2024).

Modelos de relación emergentes: Living Apart Together (LAT)

Ante la tensión entre la necesidad de compañía y el deseo de independencia, ha surgido el modelo de "Vivir Juntos pero Separados" (LAT). En este esquema, los adultos mayores mantienen una relación sentimental y sexual estable, pero conservan sus hogares independientes.

Factor de Influencia	Impacto en el Modelo LAT
Autonomía	Permite mantener rutinas personales y espacio propio.
Finanzas	Protege herencias y evita la pérdida de pensiones por nuevo matrimonio.
Cuidado de Salud	Evita la obligación legal y moral de cuidado a tiempo completo.
Relación con Hijos	Reduce el conflicto familiar al no introducir un "extraño" en el hogar familiar.

El Estigma del "Viejo Verde" y la Infantilización

La sociedad tiende a despojar al adulto mayor de su condición de sujeto deseante. Los términos peyorativos como "viejo verde" o el juicio hacia las mujeres que "ya no tienen edad para eso" actúan como mecanismos de control social (Servicio nacional del adulto mayor, 2025). Esta infantilización es especialmente grave en las instituciones de cuidado, donde el personal suele tratar las manifestaciones sexuales de los residentes como "problemas de conducta" que deben ser medicados o reprimidos, en lugar de reconocerlos como necesidades humanas básicas.

Abordaje clínico y psiquiátrico de la función sexual

Como orientador sexual, el objetivo clínico es restaurar la autonomía y el bienestar del paciente, integrando la salud sexual en la rutina de atención general mediante:

Evaluación integral y anamnesis sexual

El diagnóstico de cualquier alteración sexual debe partir de una historia clínica exhaustiva que contemple factores orgánicos, farmacológicos y relacionales. Es fundamental preguntar de manera proactiva, ya que la mayoría de los adultos mayores no mencionarán sus preocupaciones sexuales por vergüenza o porque creen que a su médico no le interesa el tema (Penhollow, 2024).

La evaluación a juicio de los autores consultados debe incluir:

- **Revisión de Medicamentos:** Muchos fármacos comunes en la vejez (antihipertensivos, betabloqueantes, diuréticos, antidepresivos) tienen efectos secundarios que inhiben la erección o el deseo.
- **Estado Cardiovascular y Metabólico:** La disfunción eréctil puede ser el primer síntoma de una enfermedad cardiovascular subyacente.

- Cribado de Salud Mental: Diferenciar entre una disfunción sexual orgánica y una pérdida de deseo sexual secundaria a un cuadro depresivo o a un duelo complicado.

Modelos de Intervención: EX-PLISSIT y BETTER

Para facilitar la comunicación sobre función sexual, se recomiendan modelos estructurados que el profesional pueda aplicar en la consulta de atención primaria o especializada (National Institute on Aging (2022)).

El Modelo EX-PLISSIT:

1. Permiso (Permission): Es el paso más crítico. El profesional otorga permiso al paciente para ser un ser sexual y para hablar de ello. En la viudez, esto significa validar que es lícito volver a sentir deseos.
2. Información Limitada (Limited Information): Explicar cómo el cuerpo cambia con la edad, desmitificando falsas creencias (como que la menopausia acaba con la función sexual).
3. Sugerencias Específicas (Specific Suggestions): Pautas prácticas para mejorar el encuentro sexual, como el uso de lubricantes, cambios de posición para mitigar el dolor articular o el ajuste de horarios de medicación.
4. Terapia Intensiva (Intensive Therapy): Derivación a especialistas para casos de trauma, disfunciones psicógenas severas o conflictos relacionales profundos.

Farmacoterapia y Consideraciones de Seguridad

El uso de inhibidores de la fosfodiesterasa-5 (como sildenafil) ha revolucionado la función sexual en la vejez, pero su prescripción en viudos que retoman la actividad debe ir acompañada de consejería sobre salud cardiovascular y prevención de ITS. En mujeres, el uso de estrógenos locales puede revertir la atrofia vaginal de forma segura, mejorando la calidad de vida sexual sin los riesgos

de la terapia hormonal sistémica en ciertos perfiles (Formación en Psicoterapia, 2025)

Repercusiones Sociales y Salud Pública

La salud sexual del adulto mayor viudo tiene implicaciones que trascienden el bienestar individual, afectando la integración social y los sistemas de salud pública (Penhollow, 2024).

El aumento de las ITS en la tercera edad

Un efecto colateral de la nueva vitalidad sexual en viudos es el incremento de diagnósticos de VIH y otras infecciones de transmisión sexual en mayores de 60 años. Esta población a menudo no utiliza preservativos porque no existe riesgo de embarazo y porque crecieron en una era donde las ITS no se percibían como un riesgo para su grupo de edad. Los médicos deben incluir el cribado de ITS en las revisiones anuales del adulto mayor, independientemente de su estado civil aparente. (The Widow's Handbook 2022).

Función sexual como derecho humano

La Organización Mundial de la Salud y diversos organismos internacionales como el citado anteriormente, subrayan que la salud sexual es un derecho humano que debe ser garantizado a lo largo de toda la vida. En la vejez, esto implica el derecho a la privacidad, al consentimiento informado y a la libre expresión del patrón de expresión fenotípico, incluyendo a la población mayor LGBT+, que a menudo enfrenta un doble estigma al enviudar y verse obligada a "regresar al armario" en entornos institucionales (World Health Organization, 2016).

Impacto en el envejecimiento exitoso

La actividad sexual y la satisfacción afectiva son predictores potentes de un envejecimiento saludable. Los adultos mayores sexualmente activos reportan una mayor calidad de vida, mejores indicadores de salud mental y una red social más sólida, lo que reduce el riesgo de aislamiento y deterioro cognitivo. Promover la

función sexual en la viudez es, en última instancia, promover la formación de un adulto operativo y la capacidad de seguir proyectándose hacia el futuro con esperanza y placer (World Health Organization, 2016).

Conclusiones

La función sexual en el adulto mayor viudo constituye un territorio de gran complejidad psiquiátrica y sociológica que demanda una mirada compasiva y científicamente rigurosa. A lo largo de este ensayo se ha demostrado que el deseo no desaparece con los años ni con la pérdida de la pareja, sino que se reconfigura bajo nuevas necesidades de afecto, compañía y validación personal.

El abordaje integral debe dismantelar el edadismo imperante que infantiliza a los mayores y reprime su erotismo. Es vital que los sistemas de salud formen a sus profesionales en modelos de intervención como el EX-PLISSIT, permitiendo que la conversación sobre el sexo sea una parte natural de la atención geriátrica. La viudez, lejos de ser el "final de la vida sexual", puede ser una etapa de redescubrimiento y de formación de vínculos basados en una libertad madura, siempre y cuando el entorno social y sanitario brinde el apoyo y la información necesarios. Garantizar el derecho a una función sexual plena en la vejez no es solo una cuestión de placer, sino de dignidad humana. Al reconocer al viudo y a la viuda como sujetos de deseo y afecto, estamos promoviendo una sociedad más justa, saludable e integradora, donde la edad no sea una barrera para el disfrute de la vida en todas sus dimensiones.

Referencias

- Algec (2023). *Guía de Educación Sexual Integral para personas mayores*. Asociación de lucha contra el cáncer y la expresión sexual integral. <https://www.algec.org/wp-content/uploads/2023/12/GUIA-ESI-para-PM.pdf>
- Carr, D. (2004). Gender differences in older widowed persons' interest in dating and remarriage. *Changing Lives of Older Couples study*. <https://sites.bu.edu/deborahcarr/files/2018/01/remarriage-1.pdf>

Formación en Psicoterapia (2025). *Terapia sexual en tercera edad: formación clínica avanzada*. <https://formacionpsicoterapia.com/blog-psicoterapia/formacion-terapia-sexual-tercera-edad/>

https://www.senama.gob.cl/storage/docs/01.Orientaciones_para_abordar_la_sexualidad_Centros_Diurnos.pdf

Martínez Pascual, B., Díaz Palarea, M. D., Calvo Francés, F., & Alonso Valera, J. M. (2004). Factores biológicos, psicológicos y sociales de la sexualidad en ancianos. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 14(3), 150-157. <http://www.acpgerontologia.com/documentacion/sexualidadalonsoycols.pdf>

Medicina Familiar (2023). Sexualidad en el adulto mayor: una perspectiva desde la medicina de familia. *Acta Médica Familiar*, 23(1), 18. <https://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2023/amf231j.pdf>

National Institute on Aging (2022). *La sexualidad en la edad avanzada*. National Institutes of Health. <https://www.nia.nih.gov/espanol/sexualidad/sexualidad-edad-avanzada>

Penhollow, T. M. (2024). Sexuality in older adults: Comprehensive strategies for clinicians and patient-centered care. *American Journal of Lifestyle Medicine*, 19(3), 392–402. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC11556589/>

Servicio nacional del adulto mayor. (2025). *Orientaciones para abordar la sexualidad en Centros Diurnos de SENAMA*. Ministerio de Desarrollo Social y Familia, Gobierno de Chile.

The Widow's Handbook (2022). *Seven Deadly Sins of Widowhood: Lust (aka Widow's fire)*. <https://www.thewidowshandbook.com/home/widows-fire>

World Health Organization (2016). *Sexual health and aging*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sexual-health>

DE LO ESPIRITUAL EN EL SEXO

Fernando Torres

fernandotorres1950@gmail.com

ORCID 0009-0003-9182-1401

*La función sexual
es un componente
de la buena salud,
inspira la creación
y es parte del
camino del alma.*
Allende I, 1997 (1)

Resumen

La función sexual trasciende la genitalidad para convertirse en una experiencia integral de bienestar, conexión emocional y trascendencia. Mientras que la cultura judeocristiana históricamente la vinculó con la culpa y la reproducción, las filosofías orientales proponen una visión sagrada y terapéutica. El Taoísmo la considera un equilibrio de energías *Yin* y *Yang* esencial para la salud y la longevidad. El Tantra propone transformar el impulso sexual en amor y meditación, integrando cuerpo y espíritu sin control mental. Finalmente, el Budismo aboga por la responsabilidad ética, rechazando conductas dañinas pero permitiendo una vivencia natural basada en el respeto y el consentimiento. En conjunto, estas perspectivas definen la espiritualidad no solo como religión, sino como la búsqueda de sentido y conexión con lo sagrado a través de la presencia plena y el respeto mutuo.

Palabras clave: función sexual, taoísmo, Tantra, budismo.

Abstract

Sexual function transcends mere genitality to become an integral experience of well-being, emotional connection, and transcendence. While Judeo-Christian culture has historically linked it to guilt and reproduction, Eastern philosophies propose a sacred and therapeutic vision. Taoism regards it as a balance of *Yin* and *Yang* energies, essential for health and longevity. Tantra suggests transforming the sexual impulse into love and meditation, integrating body and spirit without mental control. Finally, Buddhism advocates for ethical responsibility, rejecting harmful behaviors while allowing for a natural experience based on respect and consent. Together, these perspectives define spirituality not just as religion, but as a search

for meaning and connection with the sacred through mindfulness and mutual respect.

Keywords: sexual function, Taoism, Tantra, Buddhism.

Introducción

Comienzo señalando que el título no es original; lo tomé de la conocida obra del pintor ruso Wassili Kandinsky (2) “De lo espiritual en el arte”, publicada en 1911; un discurso estético de gran poder comunicativo lleno de resonancias orientales.

Hablar de función sexual es hablar del descubrimiento de nosotros mismos y de los demás a través de las interacciones sociales. Nos relacionamos en totalidad, con cuerpo y espíritu. La relación corporal ha de ser una relación privilegiada y placentera. Pero la función sexual desborda la genitalidad hasta alcanzar las fantasías, la cercanía emocional, la comunión afectiva, el patrón de expresión fenotípico, etc. Incide directamente en nuestro bienestar personal y social (3).

La función sexual es la vivencia plena de nuestra existencia como seres poseedores de una capacidad sensual, de los sentidos y las sensaciones, que nos permite relacionarnos con el mundo, con el otro y con nosotros mismos. Las funciones sexuales reducidas a la genitalidad son sólo un aspecto de esta vivencia que, sin el desarrollo de los otros aspectos sensuales y espirituales, se convierte en una expresión de nuestra limitada conciencia sobre nosotros mismos y el universo.

La función sexual es vista en las culturas orientales como una representación física de la unión de los principios masculinos y femeninos que se suceden en el cosmos y que son el mismo motor de la creación Divina: la unión del cielo y la tierra, de los principios receptores y creadores, de la vida y la muerte (4).

Espiritualidad y religión

Al tratar de describir el significado de espiritualidad nos encontramos con dos tendencias claras: una que la vincula estrechamente con la religión al punto de confundirse, y otra según la cual ambas realidades marchan por caminos diferentes. Así por Ej. Koenig y col. (5) consideran que la religión envuelve creencias, prácticas

y rituales relacionados con lo trascendente, donde lo trascendente es un poder superior. Esto a menudo implica lo místico o sobrenatural. Las religiones generalmente tienen creencias específicas sobre la vida después de la muerte y reglas sobre la conducta dentro de un grupo social.

La espiritualidad se distingue de todas las demás cosas (humanismo, valores, moral y salud mental) por su conexión con lo trascendente, con lo sagrado. Lo trascendente es lo que está fuera del ser y, sin embargo, también dentro del ser. La espiritualidad está íntimamente conectada con lo sobrenatural, lo místico y la religión organizada, aunque también se extiende más allá de ésta.

Por lo anterior vemos que para estos autores la definición de espiritualidad es muy similar a la de religión y hay una superposición clara, por lo que en muchos casos se utilizan ambos términos como sinónimos.

Otros como Sessanna y col. (6), señalan que a pesar del acuerdo entre las disciplinas relacionadas con la salud y la enfermedad de que la espiritualidad y la religiosidad son conceptos distintos y diversos, el concepto de espiritualidad a menudo se usa indistintamente con el de religión para evaluar la espiritualidad del paciente.

La espiritualidad también puede ser interpretada como una dimensión de la vida que debe determinar, guiar y controlar cada decisión, acción y reacción con la esperanza de alcanzar una existencia más profunda y rica (7) o como la búsqueda del sentido a la vida mediante el desarrollo de una sensación de un vínculo con uno mismo, con los demás, con el entorno y con lo trascendente, independientemente de la religión (8).

Aunque es diferente en cada persona, la espiritualidad se puede describir como la conexión de los seres humanos con la energía de la vida y su deseo para explorar su significado. Puede tener como origen las ideas religiosas tradicionales, o estar basada en otras creencias no relacionadas con la religión. Los rezos, la meditación, el yoga y la concienciación son todos ejemplos de actividades

espirituales que nos pueden ayudar a encontrar el significado y el objetivo en este mundo (9).

Además de lo dicho anteriormente, la espiritualidad también puede ser entendida como la necesidad del ser humano de encontrar solución a diversos cuestionamientos acerca de la vida, su valor, su expresión y la correlación con lo sagrado, que es dado por la experiencia como funcional, dinámico, personal y subjetivo. No está relacionada de manera directa con la religión y se encuentra establecida en todas las culturas (10,11).

En la cultura judeocristiana, que divide al individuo en cuerpo y alma, y al amor en profano y divino, todo lo referente a la función sexual, excepto la reproducción, es abominable. Se llegó al extremo de que las parejas virtuosas hacían el amor a través de un hueco en forma de cruz bordado en la camisa de dormir.

En el resto del mundo la sexualidad es un componente de la buena salud, inspira la creación y es parte del camino del alma; no se asocia con culpas o secretos, porque el amor sagrado y el profano provienen de la misma fuente y se suponen que los dioses celebran el placer humano (1).

En algunas culturas se recomiendan ayuno y abstinencia para alcanzar la iluminación. Durante la edad media existía en algunas regiones de Europa la tradición de que los novios durmieran tres noches juntos antes de la boda, desnudos y sin tocarse, separados por una espada (1).

Taoísmo, Tantra y Budismo

No es posible hablar de la relación entre espiritualidad y función sexual sin referirse a tres grandes corrientes filosóficas orientales: Taoísmo, Tantra y Budismo. A ellas dedicaremos los siguientes párrafos.

El Taoísmo es una filosofía que contempla al universo como unidad esencial de donde surge la dualidad Yin(+, masculino, solar, emisivo) y Yang (-, femenino,

lunar, receptivo) que combinadas forman un todo, así, la función sexual es Yin y Yang en interacción.

Los textos taoístas incluyen varios capítulos en que se expone la conexión entre función sexual, salud, medicina y longevidad, en los cuales se explica que cualquiera que siga estas reglas correctamente vivirá una larga vida; mientras que el que las viole generará enfermedad.

El Espíritu, la Esencia y el Qi son los tres tesoros de la vida que, usados y conservados acorde con los principios del taoísmo, ayudan al ser humano a mantener la salud y alcanzar la realización espiritual. El objetivo de la función sexual taoísta es lograr la unión de estas tres sustancias.

La principal forma de pérdida de energía sexual en los hombres es la eyaculación y en las mujeres la menstruación. Tan pronto se eyacula, el cuerpo trata inmediatamente de reponer esta pérdida, lo que supone a su vez un alto gasto de energía. Así, la pérdida frecuente de este líquido le quita al cuerpo los nutrientes más preciosos que puede usar para otros procesos fisiológicos, acelerando el deterioro físico hacia la vejez; por lo tanto, retener el semen dentro del cuerpo es el primer paso para enlentecer el proceso del envejecimiento (12).

En cuanto a las mujeres, se debe aprender a hacer recircular las secreciones femeninas por el cuerpo; lo que a largo plazo terminará por regular el flujo menstrual, ya que evitarlo es fisiológicamente imposible. Como la función sexual es finalmente un intercambio de Yin y Yang, el objetivo es aprender a absorber y a dar la energía de y para la pareja para tener mejor y mayor salud. La salud de la mujer se beneficia cuando absorbe la energía sexual liberada por los hombres durante la función sexual (12).

Según los taoístas, si se aprende a reencauzar el Ching Qi hacia adentro y hacia arriba en vez de hacerlo hacia afuera, puede sentirse la experiencia del orgasmo con más fuerza e intensidad debido a que se prolonga el tiempo de erección y se involucra no solo a los órganos genitales sino a todos los órganos y glándulas del cuerpo, creando a su vez mayor cantidad de Ching Qi que revitaliza

al cuerpo, conserva la salud y transforma emociones negativas en positivas que aumentan el estado de bienestar.

La función sexual no es un problema para la medicina tradicional china siempre y cuando se lleve a cabo sin ningún tipo de exceso y bajo las reglas del Yin y del Yang dictadas en el taoísmo; por el contrario, se considera un deber supremo que debe vivirse con excelencia moral y virtud para cuidar el cuerpo y vivir por mucho tiempo sin mayores dificultades (13).

Uno de los secretos del Tao es tomar la función sexual como una ceremonia, como un ritual. La pareja debe construir antes su propio universo. Algunos de sus consejos (14):

- Es importante preparar un lugar agradable, donde no haya distracciones. Se puede utilizar inciensos de canela y una música suave que los inspire. También se pueden realizar masajes con esencias aromáticas para ir generando un clima adecuado para el encuentro.
- El estado de ánimo de cada integrante de la pareja también posee su valor; es conveniente despejar los malos pensamientos antes del encuentro. Ir a la cama enojados impedirá que el Yin y el Yang interactúen correctamente y habrá una desarmonía en la pareja.
- Es fundamental dejar de lado todo tipo de prejuicios, y disfrutar del cuerpo del otro libremente sin complejos. Desnudarse lentamente uno al otro es una buena manera de comenzar. Tomar un baño juntos y enjabonarse mutuamente irá generando el clima propicio.
- El erotismo es otro punto fundamental para el Taoísmo. Para cultivar el placer es importante dedicar un buen espacio para “saborear a la pareja” con besos y caricias, en los puntos más eróticos y sensibles. Se puede comenzar por las manos, los labios, los pies, la espalda, los muslos, las orejas, el cuello, para finalizar en las zonas íntimas.

- Al igual que otras prácticas orientales, a la hora de la función sexual, consideran importante la utilización de la respiración. Aconsejan respirar por la nariz, relajarse y centrarse en el cuerpo y la mente. La experiencia debe ser total, física, mental y espiritual.

Según el Tantra la energía sexual está ahí; es la energía básica -a través de la cual has nacido, con la que has venido-. Las células de tu ser, de tu cuerpo, son sexuales y por eso la mente humana gira en torno al sexo (15).

El Tantra dice: utiliza la energía sexual, no luches contra ella, ¡transformala! No pienses en términos de antagonismo, sé amigable con ella. Es tu energía; no es maligna ni nociva. Toda energía es neutral; puede ser utilizada contra ti o a tu favor; puedes crear un bloqueo, una barrera, o puedes hacer de ella un escalón. Se puede utilizar: si se hace correctamente se vuelve amistosa; si se usa equivocadamente se vuelve tu enemiga.

Si aceptas la función sexual con naturalidad, sin ninguna ideología, sin ninguna filosofía a favor o en contra; si lo aceptas de la misma forma que aceptas tus manos, tus ojos; si lo aceptas totalmente como algo natural, entonces te atraerá el Tantra y te será de gran ayuda.

El Tantra ha desarrollado muchas técnicas para transformar la energía sexual: aborda la función sexual como si entrases en un templo divino, como si fuera una plegaria o una meditación; siente lo sagrado que ello contiene.

La función sexual no debe permanecer como tal -ésa es la enseñanza del Tantra-, debe transformarse en amor; y éste no debe permanecer como amor, debe transformarse en luz, en una experiencia meditativa, en la suprema experiencia mística. ¿Cómo transformar el amor? Sé el «acto» y olvida el «actor». Cuando ames, sé amor, simplemente amor. Entonces no es tu amor, ni el mío, ni el de ningún otro: es simplemente amor. Cuando no estás ahí, estás en manos de una fuente suprema, de una corriente, estás enamorado. No eres tú el que está enamorado; es el amor el que te ha engullido, tú has desaparecido. Te has convertido en una energía que fluye (16).

La función sexual es una energía inocente, la vida fluyendo dentro de ti, la existencia viva en ti. No la mutes; permítele que se eleve, que se vuelva amor. ¿Cuál es la diferencia? Cuando tu mente es sexual estás explotando al otro, que es entonces nada más que un instrumento para usar y tirar; cuando la función sexual se vuelve amor, el otro no es un instrumento, no es explotado. El otro no es realmente el otro. Cuando amas, no estás centrado en ti mismo. Al contrario: el otro se vuelve significativo, único.

Eso es la intimidad: estar con tu amado o con tu amada en una habitación como si estuvieras solo, sin ningún temor hacia el otro; entonces puedes adentrarte en la función sexual totalmente. De otro modo, el otro es una presencia inhibidora. Si hay verdadero amor, entonces puedes comportarte como si estuvieras solo. Y cuando dos cuerpos se vuelven uno, tienen un solo ritmo; desaparece la dualidad y la función sexual puede liberarse completamente (16).

La función sexual puede llenarte profundamente y devolverte a tu totalidad, a tu ser real, a tu ser natural. Esto ha de entenderse bien: se trata de un acto total que te saca de tu conciencia, te desequilibra. Estás identificado con la conciencia, y la función sexual es un acto no-mental; te saca de la cabeza. Durante el coito no tienes cabeza, no hay razonamiento, no hay proceso mental; y si lo hay, el encuentro no es real ni auténtico. No hay orgasmo, ni tampoco dicha. Entonces la relación sexual se convierte en algo local, cerebral, y eso es precisamente lo que está sucediendo.

El Tantra utiliza la función sexual para integrarte, pero tendrás que adentrarte en él muy meditativamente, olvidando todo lo que has oído sobre ella; lo que has estudiado acerca de ella; lo que la sociedad, la Iglesia y la religión te han dicho; así como tus profesores... olvida todo eso, implícate totalmente. ¡No te controles! El control es la barrera. Deja que la función sexual te posea; no lo controles.

En el encuentro entre dos amantes no tengas prisa, no ansíes el final. Permanece con tu amada o con tu amado como si se hubieran vuelto uno. Convierte

tu función sexual en un encuentro entre dos corazones, entre dos sentimientos. ¿Cómo conseguirlo? No lo tomes como algo que te conduce a alguna parte. No lo acometas como un medio: es el fin en sí mismo. No pienses en el futuro; permanece en el presente. Goza del encuentro entre los dos cuerpos, entre las dos almas... fundíos el uno en el otro. Olvida que tienes que alcanzar algo. Permanece en el momento, sin tratar de conseguir nada, fúndete. La pasión, el amor, es una oportunidad para que os fundáis el uno en el otro (17).

Si no tienes prisa en acabar el encuentro, poco a poco éste se vuelve menos sexual y más espiritual. Los órganos sexuales se funden entre sí. Una comunión profunda y silenciosa sucede entre las dos energías, y pueden permanecer juntos durante horas. La unión se hace más profunda a medida que pasa el tiempo. Pero no pienses, permanece en el momento, profundamente fundido. Se volverá éxtasis (18).

Por otro lado el budismo (19), como expresión también de su procedencia asiática, no contempla la función sexual como algo sucio o dañino. De manera general en Asia se ha considerado desde tiempos antiguos esta experiencia como una función necesaria para mantener el equilibrio entre el cuerpo y la mente, idea a menudo reforzada por las medicinas tradicionales como la India o la China. Excepto para el camino de renuncia de los monjes, quienes comprometidos con la iluminación deben observar completo celibato, las indicaciones budistas respecto a la función sexual están en la misma línea de otras actividades, evitando los extremos de adicción o represión.

Uno de sus preceptos es No tener una mala conducta sexual. Este se refiere a evitar cualquier conducta sexual que provoque daño a uno mismo o a cualquier otra persona involucrada, como lo sería naturalmente la violación, la pedofilia, el abuso sexual, la zoofilia y el adulterio. En general ejercer la función sexual con alguien que no puede dar su consentimiento debido a sus límites mentales o intelectuales (por ejemplo, un niño, una persona discapacitada o bajo los efectos de drogas o alcohol, un paciente en coma, un animal, etc.) se considera incorrecto (20).

A diferencia de otras religiones, el budismo no condena la homosexualidad, haciendo libre a sus feligreses, imperando el mutuo respeto.

Conclusión

De todo lo dicho en los párrafos anteriores se deduce que no ha resultado fácil elaborar un vínculo entre estas dos realidades, función sexual y espiritualidad, tal vez porque cada una de ellas tiene su propio ritmo y se transforman de manera diferente a lo largo del tiempo, o quizá porque ese vínculo requiere el cultivo del alma, tan difícil de lograr.

Referencias

- 1- Allende I. Afrodita. 1997. Plaza & Janés editores. Barcelona.
- 2- Kandinsky W. De lo espiritual en el arte. 8^{va} ed, 2001. Ediciones Coyoacán, S.A de C.V. México, D.F.
- 3- Barriga S. La sexualidad como producto cultural. Perspectiva histórica y psicosocial. Anduli. Revista andaluza de Ciencias Sociales. N° 12 – 2013. 91-111
- Álvarez Carniago J. <https://homeratpenat.wordpress.com/2016/09/07/sexualidad-y-espiritualidad/>
- 4- Koenig HG, King DE, Carson VB. Handbook of religion and health. 2nd edition. New York, NY, USA: Oxford University Press; 2012.
- 5- Sessanna L, Finnell DS, Underhill M, Chang YP, Peng HL. Measures assessing spirituality as more than religiosity: a methodological review of nursing and health-related literature. J Adv Nurs. 2011 Aug;67(8):1677-94. doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05596.x. edition. New York, NY, USA: Oxford University Press; 2012.
- 6- Doswell WM, Kouyate M, Taylor J. The role of spirituality in preventing early sexual behavior. American journal of health studies. 2003. 18(4),195- 202.
- 7- González-Rivera JA. Espiritualidad en la clínica: integrando la espiritualidad en la psicoterapia y en la consejería. 2015. San Juan, Puerto Rico: Ediciones

Psicoespiritualidad. <https://www.durex.es/blogs/articulos-sobre-sexo/beneficios-del-sexo-espiritual>

8- Quiceno J, Vinaccia S. La salud en el marco de la psicología de la religión y la espiritualidad. Diversas perspectivas en psicología. 2009; 5(2): 321- 336.

9- Maristany C. El poder terapéutico de la escucha en medicina crítica. HUMANITAS, Humanidades Médicas. 2008; 27

10- Córdoba Toro MP, Ángel Macías M, Mercado Pedroza ME. La sexualidad: desde el taoísmo a la medicina china. Rev Int Acupunt. 2018;12(2):62–67. Disponible en: <https://www.elsevier.es/acu>

11- Córdoba Toro MP, Macías MA, Mercado Pedroza ME. La sexualidad: desde el taoísmo a la medicina china. *revinta cupuntura*. 2018;12(2):62–67 https://www.clarin.com/entremujeres/tao-sexo-sexualidad-taoismo-posiciones sexuales-erotismo-yin-yang_0_VJsEQpOjdl.html Sitio web kuestiona.com. (consultado 27 de febrero de 2026). Disponible en <https://www.kuestiona.com/articulos/que-es-el-tantra-guia-completa-para-principiantes/>

12- Tordini GB. La esencia del Tantra. Rev Cien y Cult [Internet]. 2011 [citado 27 Feb 2026];(27):185-199. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-33232011000200009

13- Satyananda Saraswati S. Meditaciones de los Tantras. Bogotá: Yoga Publications Trust; 2010.

14- Tantra, espiritualidad y sexo. © Osho International Foundation, 1998. ArkanoBooks, Madrid. https://es.wikipedia.org/wiki/%C3%89tica_budista

15- Ética budista [Internet]. Wikipedia, la enciclopedia libre. 2024 [citado 27 Feb 2026]. Disponible en: https://es.wikipedia.org/wiki/Ética_budista

**“MINDFULNESS” PARA EL CONTROL DE LA CONDUCTA SEXUAL
COMPULSIVA EN PACIENTE CON ENFERMEDAD DE HUNTINGTON: UNA
APROXIMACIÓN TERAPÉUTICA CON BASE EN LA ATENCIÓN PLENA
ESTUDIO DE CASO**

Estrella R. Orozco Castro.

oroscoestrella567@gmail.com

Orcid: D: 0009-0005-8922-2535.

Resumen

La enfermedad de Huntington (EH) es un trastorno neurodegenerativo hereditario, causado por una mutación en el gen *HTT*, que provoca alteraciones motoras, cognitivas y conductuales, entre las que destaca la desinhibición sexual compulsiva. Este estudio analiza el caso de una paciente de 44 años con EH y comportamiento sexual compulsivo, quien fue tratada con una intervención basada en *mindfulness* (atención plena). El programa incluyó ejercicios de respiración, exploración corporal y movimientos conscientes, con apoyo y supervisión del entorno familiar. Las evaluaciones clínicas (MoCA y Bech-Rafaelsen) confirmaron el deterioro cognitivo y la conducta impulsiva de la paciente. Los resultados preliminares sugieren que el *mindfulness* favorece la regulación emocional, disminuye la ansiedad y ayuda a controlar los impulsos sexuales en estos pacientes. Aunque los hallazgos no son generalizables por ser un caso único, abren una vía prometedora para el manejo clínico de la desinhibición en enfermedades neurodegenerativas.

Palabras clave: Enfermedad de Huntington, Mindfulness, comportamiento sexual compulsivo

Abstract

Huntington's disease (HD) is an inherited neurodegenerative disorder caused by a mutation in the *HTT* gene. It triggers motor, cognitive, and behavioral

alterations, notably including compulsive sexual disinhibition. This study analyzes the case of a 44-year-old female patient with HD and compulsive sexual behavior who underwent a mindfulness-based intervention. The program included breathing exercises, body scans, and mindful movements, with support and supervision from her family environment. Clinical evaluations (MoCA and Bech-Rafaelsen) confirmed the patient's cognitive decline and impulsive behavior.

Preliminary results suggest that mindfulness promotes emotional regulation, reduces anxiety, and helps control sexual impulses in these patients. Although the findings cannot be generalized since this is a single case study, they open a promising avenue for the clinical management of behavioral disinhibition in neurodegenerative diseases.

Keywords: Huntington Disease, Mindfulness, compulsive sexual behavior.

Introducción.

Desde hace más de dos milenios, la meditación ha sido un pilar en diversas tradiciones espirituales. En el ámbito clínico contemporáneo, se define como el proceso mediante el cual el individuo observa y toma conciencia de los eventos físicos y mentales presentes, aceptando la experiencia sin juicios (Vásquez-Dextre, 2016). En Occidente, este interés derivó en el concepto de *Mindfulness* o Atención Plena: una herramienta que induce un estado de consciencia caracterizado por la intencionalidad y la ausencia de crítica hacia los pensamientos y emociones (Kabat-Zin, 2013).

Que es “*Mindfulness*”: Implica prestar plena atención al momento actual con aceptación y sin distracciones. La diferencial entre *mindfulness* y meditación, es que la meditación es un término más amplio que engloba diferentes prácticas mentales y espirituales, incluidas la “Meditación *Mindfulness*”. Mientras que el “*Mindfulness*” es una filosofía de vida, que se basa en la práctica. En este sentido, Kabat-Zinn (1990) define la atención plena como “la conciencia que surge al prestar atención a propósito, en el momento presente y sin juzgar”, al tiempo que señala

que "cuando hablamos de atención plena, también nos referimos a la cordialidad. Kabat-Zinn (2013: p.65) lo conceptualiza de la siguiente manera: "Mi definición operativa del "*Mindfulness*" es prestar atención deliberada y sin juicio al momento presente" En resumen, "*Mindfulness*" podría definirse como un estado de conciencia plena y aceptación del momento presente, intencional y no enjuiciadora de los pensamientos, sensaciones y/o sentimientos.

Por otra parte, es una técnica psicológica basada en la meditación budista que se ha adaptado y aplicado en contextos clínicos y terapéuticos. Las investigaciones científicas sobre el *mindfulness* han demostrado que esta práctica puede tener efectos medibles en el cerebro, así como en el sistema nervioso autónomo y el sistema inmunológico. Estos hallazgos respaldan la idea de que el *mindfulness* no solo es una técnica psicológica, sino también una práctica con efectos fisiológicos y neurológicos.

Componentes de "*Mindfulness*"

Diversos autores plantean diferentes componentes de "*Mindfulness*", pero todos ellos parten de la propuesta de factores de Kabat-Zinn (1990, como se cito en Asensio-Martínez et al., 2017), para el cual los fundamentos de la práctica de la atención plena son la actitud y el compromiso. Siete son los factores relacionados con la actitud que constituyen los principales soportes de la práctica de "*Mindfulness*":

1. No juzgar: consiste en asumir la imparcialidad en la observación de nuestras experiencias internas y externas, siendo conscientes del constante flujo de juicios y de reacciones que ponemos en marcha ante las experiencias.

2. Paciencia: es la capacidad de no llenar de ideas y actividad nuestras experiencias, sino de estar totalmente abierto en cada momento con aceptación plena, comprendiendo y aceptando las experiencias cuando suceden.

3. Mente de principiante: consiste en la actitud mental de estar dispuesto a ver las cosas como si fuera la primera vez y mantenerse abierto a nuevas posibilidades.

4. Confianza: abarca tanto la confianza en uno mismo, como en sus sentimientos, confiar en la intuición y en la propia autoridad.

5. No esforzarse: no se trata de utilizar la capacidad de mindfulness con un objetivo concreto o como un medio para conseguir algo, sino en dejar actuar, sin esfuerzo, para no generar pensamientos que interfieran en la capacidad de atención plena.

6. Aceptación: consiste en ser receptivo y abierto a ver las cosas tal y como son en el presente.

7. Ceder/Dejar ir: es la capacidad de no apegarse a determinados aspectos de la experiencia, sino dejar la experiencia tal y como es, sin rechazar o engancharse. Complementando lo anterior, Bishop et al. (2004) proponen un modelo operativo que incluye la autorregulación de la atención y una actitud de curiosidad, apertura y aceptación ante la experiencia presente.

En este sentido, Asensio-Martínez et al. (2017) afirman que La práctica del “*Mindfulness*” es una forma de atención que se desarrolla conscientemente, enfocada al aquí y ahora, sin cuestionar la experiencia (descentramiento). Con ello se entrena y mejoran los siguientes: a) regulación atencional; b) consciencia interoceptiva; c) regulación emocional; y d) autorregulación o reorganización de la referencia propia.

Esto nos lleva a mejorar nuestra atención y consciencia plena, y lo que es más importante, cuando regulamos nuestras emociones, lo que nos permite eliminar pensamientos rumiantes, intrusos y repetitivos de experiencias desagradables de nuestro día. También mejora en la expresión de las emociones, el estado de ánimo y la creatividad. En este sentido, se considera que la esencia del *mindfulness* es la

atención plena en el presente de manera genuina y sin juzgar, como se ha evidenciado en los postulados propuestos por Kabat-Zin (2013)

Enfoques basados en la atención plena.

Kabat-Zinn (1990 en Asensio-Martínez et al., 2017), indica que las practicas del *mindfulness* han sido utilizadas para tratar diferentes enfermedades en la Universidad de Massachusetts. El entrenamiento en *mindfulness* proporcionado por la REBAP (Reducción del Estrés Basado en la Atención Plena) o habilidades relativas al mindfulness (tipo de entrenamiento, creado por Kabat-Zinn (1990 en Asensio-Martínez et al., 2017), y otras intervenciones similares, han demostrado ser muy eficaces en la reducción del estrés y los problemas médicos asociados a la ansiedad, el pánico y la depresión.

Así como aprender a vivir de un modo más eficaz y pleno con el dolor crónico, aumentar la calidad de vida de quienes sufren cáncer, esclerosis múltiples y reducir la incidencia en la recaída de personas con un historial de trastornos de depresión mayor, que auguraban un riesgo en este sentido. También ha demostrado que influye positivamente en el modo que el cerebro procesa en situaciones de estrés, las emociones que facilitan en determinadas regiones de la corteza pre frontal, el paso de la activación del lado derecho a la activación del lado izquierdo (un cambio asociado a un mayor equilibrio emocional) induciendo cambios positivos en el sistema inmunitario.

Otros estudios, han evidenciados que las personas entrenadas en REBAP (como se citó en Asensio-Martínez et al., 2017 el programa de Reducción del Estrés Basada en la Atención Plena (REBAP), presentan una activación de las redes de la corteza cerebral, implicadas en la experiencia directa del momento presente. También se ha descubierto, (Kabat-Zinn, como se citó en Asensio-Martínez et al 2017), que la práctica en REBAP, provoca cambios en la estructura cerebral al engrosar ciertas regiones cerebrales como el hipocampo, que desempeña un papel muy importante en el aprendizaje, la memoria y adelgaza otras, tales como la amígdala derecha, la cual es una estructura del sistema límbico, que regula las reacciones que provienen del miedo, incluyendo las frustraciones de los deseos.

Su efectividad también se ha evidenciado, en el área anímica de las personas, mediante la observación de cambios en la actividad cerebral, tanto en reposo como en meditación. Durante la meditación, la consistencia interna en el precúneo y la unión temporoparietal aumenta, mientras que la consistencia interna de las regiones cerebrales frontales disminuye. (Kabat-Zinn, como se citó en Asensio-Martínez et al 2017).

En el área de la sexología clínica, se ha demostrado que la atención plena es un componente significativo en la terapia para regular el comportamiento sexual compulsivo. (Brotto, 2013; Kraus et al., 2018). Desde la neurociencia, estudios con resonancia magnética confirman que el “mindfulness” genera implicaciones positivas en la plasticidad cerebral de pacientes con cuadros orgánicos (Lazar et al., 2005; Hölzel et al., 2011).

BASES NEUROCIÉNTÍFICAS Y ENFERMEDAD DE HUNTINGTON

Plasticidad Cerebral y Redes Neuronales

Las investigaciones en neurociencia cognitiva han demostrado que la práctica sistemática de *mindfulness* induce cambios estructurales y funcionales en el cerebro. Estos cambios se manifiestan principalmente en el fortalecimiento de la corteza prefrontal, el área encargada de las funciones ejecutivas y el control inhibitorio. Para pacientes con enfermedades neurodegenerativas, esta plasticidad representa una oportunidad de compensación funcional ante la pérdida de volumen neuronal en otras áreas (Velissaris et al., 2023).

La Enfermedad de Huntington y los Ganglios Basales

La EH se caracteriza por una degeneración progresiva de las neuronas en los ganglios basales, específicamente en el núcleo caudado y el putamen (Velissaris., et.al. (2023). Esta degradación interrumpe los circuitos frontostriatales, los cuales son responsables de regular las respuestas emocionales y el control de los impulsos. El deterioro cognitivo progresivo es una característica esencial de la enfermedad de Huntington, con cambios tempranos en la función ejecutiva (es decir, velocidad de procesamiento, organización y planificación) en lugar de en el

aprendizaje y la memoria. Los cambios cognitivos y comportamentales asociados suelen proceder la aparición de las típicas anomalías motoras, la bradicinesia (es decir, la ralentización del movimiento voluntario) y la corea (es decir, movimientos involuntarios bruscos). . (Asociación Americana de Psiquiatría [APA], 2014, p. 638).

Se hace un diagnóstico definitivo de enfermedad de Huntington, si aparecen anomalía motoras extra piramidales inequívocas en un individuo con antecedentes familiares de enfermedad de Huntington o con una prueba genética que muestra una expansión de trinucleótidos CAG repetidos en el gen HTT, localizado en el cromosoma 4. La depresión, la irritabilidad, la ansiedad, los síntomas obsesivos-compulsivos y la apatía se asocian con frecuencia a la enfermedad de Huntington, mientras que la psicosis lo hace de forma más rara, y a menudo estos síntomas proceden al inicio de los síntomas motores. (APA, 2014, p. 639).

La enfermedad puede comenzar en la infancia o en la adolescencia antes de los 20 años. Esta forma de la enfermedad de Huntington se debe a un mayor número de repeticiones de fragmento de ADN. La enfermedad suele presentarse con síntomas más graves y rápidamente progresivos en comparación con la forma de inicio tardío. La enfermedad de Huntington de inicio tardío, la cual es la forma más común y generalmente comienza entre los 30 y los 50 años. Esta forma de la enfermedad se debe a un menor número de repeticiones en la mutación y suele presentarse con síntomas menos graves y progresión más lenta en comparación con la forma de inicio temprano. (APA, 2014, p. 639). En esta modalidad, tienden a ocurrir menos ataques epilépticos y mayor cantidad de movimientos involuntarios.

Mecanismo de Acción del *Mindfulness* en la Impulsividad

En la enfermedad de Huntington, la pérdida de neuronas GABAérgicas en el estriado desequilibra la vía indirecta de los ganglios basales, lo que resulta en una falla del control inhibitorio. Desde la neurociencia cognitiva, esto se traduce en una incapacidad de la corteza prefrontal para frenar impulsos biológicos o deseos inmediatos. En el caso del comportamiento sexual, el circuito de recompensa (vinculado al núcleo accumbens) queda desinhibido, provocando que la paciente no

pueda postergar o mitigar el impulso sexual, manifestándose como un comportamiento compulsivo (Deu-Queralt et al., 2020).

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) no define el deseo sexual como una condición clínica en sí misma, sino que lo entiende como un impulso o motivación hacia la actividad sexual, el cual se manifiesta principalmente a través de pensamientos y fantasías eróticas, el interés por iniciar la actividad sexual y la receptividad a los intentos de la pareja. En lugar de delimitar lo que es un deseo "normal", el DSM-5 se enfoca en las disfunciones sexuales, caracterizadas por una alteración persistente en este deseo que provoca un malestar significativo en la persona.

Debido a la ausencia de un diagnóstico directo para el deseo alto, los profesionales de la salud mental que utilizan el DSM-5 suelen clasificar estas conductas en otras categorías. El comportamiento sexual compulsivo no figura en el DSM-5-TR como un diagnóstico por sí mismo, pero a veces se diagnostica como parte de otra afección de la salud mental, como un trastorno del control de los impulsos o una adicción conductual.

De acuerdo con las directrices de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2019/2021) el trastorno por comportamiento sexual compulsivo queda oficialmente conceptualizado dentro de la categoría de los trastornos del control de los impulsos. Por lo cual se adopta este término en la presente investigación.

El Manual Diagnóstico en Sexología (2014) lo considera una alteración del factor frecuencia, y lo denomina "Frecuencia sexual excesivamente alta"

Vías neuronales de la atención plena

Según Rojas Estapé (2025), las vías neuronales de la atención plena (o mindfulness) se centran en la activación y fortalecimiento de la corteza prefrontal, la corteza cingulada anterior, el control de la amígdala y la regulación de neurotransmisores como el cortisol y la dopamina. En su enfoque de la neurociencia

de las emociones, la atención plena actúa como el mecanismo principal para desintoxicar el cerebro de la hiperestimulación digital y el estado de alerta constante.

Las investigaciones en neurociencia cognitiva demuestran que cuando las personas se encuentran en un estado de reposo o pensamientos difusos, se activa la denominada Red de Neuronas por Defecto (RND), un estado de ensoñación y habla interna espontánea que actúa como un "piloto automático" durante casi el 50% de nuestro tiempo (Raichle, 2001, como se citó en Rojas Estapé, 2024). La RND se activa cuando no se hace nada en concreto y se está divagando con pensamientos espontáneos que conectan el lóbulo parietal inferior, la corteza prefrontal (CPF) y la corteza cingulada, donde se activa la Red Ejecutiva. Ambas redes trabajan de manera alterna: "si una se activa, la otra se desactiva".

Por otra parte, Rojas (2024) acota que en el encéfalo existen mecanismos y circuitos neuronales encargados de realizar funciones cotidianas, tales como prestar atención a una preocupación, planificar una acción, recordar una fecha o encontrar un camino. Estas funciones principales se organizan a través de las siguientes estructuras y redes.

ACTIVADOR ASCENDENTE (SRAA) SISTEMA RETICULAR

El SRAA está constituido por un conjunto difuso de neuronas situadas en el tronco del encéfalo, cuya función biológica principal es el mantenimiento del estado de alerta y vigilia. Este sistema modula la actividad cerebral enviando proyecciones hacia los núcleos intratalámicos, los cuales, a su vez, se ramifican directamente hacia la corteza cerebral. (Rojas, 2024) Asimismo, se ha demostrado que la hiperactividad de este cerebro en reposo guarda una correlación directa con estados de infelicidad, insatisfacción y vacío conductual, al propiciar una divagación constante sobre el pasado o incertidumbres del futuro.

A pesar de que muchas personas asumen que sus mentes divagan hacia pensamientos positivos o agradables, Killingsworth y Gilbert (2010) concluyeron que una "mente errante es una mente infeliz". El estudio sugiere que la capacidad humana para pensar en lo que no está sucediendo a nuestro alrededor conlleva un

costo emocional significativo, y que enfocarse por completo en el "aquí y ahora" es un determinante mucho más fuerte de la felicidad que las circunstancias externas .

La Corteza Prefrontal (CPF): El centro de control ejecutivo

Es la zona del cerebro ubicada detrás de la frente y la estructura estrella en el enfoque de Rojas (2024): Es la encargada de la atención consciente, la concentración, la resolución de problemas y la fuerza de voluntad. Al practicar la atención plena, caminar de forma contemplativa o realizar respiración profunda, se libera y fortalece la corteza prefrontal. Esto nos permite frenar la impulsividad ante cualquier estímulo (Ej. la pantalla)

La Corteza Cingulada Anterior (CCA): El puente emocional

Rojas (2025) define a esta estructura como un componente crítico en los procesos de atención, ya que actúa como un puente integrador entre la razón (corteza prefrontal) y la emoción (sistema límbico). El internet y la gratificación instantánea dañan esta zona. Entrenar la atención plena ayuda a restaurar la corteza cingulada anterior, mejorando la capacidad de gestionar la frustración, regular el dolor social y discriminar lo que realmente es importante de lo superficial.

Todo lo anterior conduce a la pregunta de investigación:

Pregunta de Investigación

¿Cuáles son los efectos de una intervención basada en *mindfulness* sobre la atención plena consciente y el control del comportamiento sexual compulsivo en una paciente con la enfermedad de Huntington?

OBJETIVOS:

General

Evaluar la eficacia de un programa de intervención basado en *mindfulness* sobre la atención plena y la regulación del comportamiento sexual compulsivo en una paciente con la enfermedad de Huntington.

Específicos

1. Medir el nivel de atención plena consciente de la paciente antes, durante y después de la aplicación de la intervención basada en *mindfulness*.
2. Comparar la aplicación del protocolo de “Mindfulness” para determinar cambios en el control inhibitorio antes y después de su aplicación.

METODOLOGIA

Diseño de la Investigación

La presente investigación se define como un estudio de caso clínico con un enfoque cuantitativo –descriptivo.

Según Bianco (1996, p. 22) el valor de la investigación clínica para generalizar es reducido si se refiere a un solo caso, interviene un solo especialista y/o no puede ser revisado el proceso. Su valor se incrementa cuando el número de casos aumenta, lo lleva a cabo un equipo interdisciplinario y los estudios se repiten. Sin embargo, es insustituible para resolver problemas individuales

Procedimiento de Intervención.

Siguiendo los protocolos de intervenciones basadas en la atención plena (MBIs), se diseñó un programa de ocho semanas adaptado a las capacidades cognitivas de la paciente (Velissaris et al., 2023). La intervención se dividió en tres fases:

1. Fase Psicoeducativa: Explicación a la paciente y al núcleo familiar sobre la relación entre el centro de comportamiento sexual y la respuesta cerebral en la EH (Deu Queralt & Carballo, 2020).
2. Fase de Entrenamiento en *Mindfulness*: Aplicación de la técnica de *body scan* para la identificación de sensaciones corporales precursoras de la desinhibición.

3. Fase de Generalización: Realización de ejercicios de respiración asistida (*breathwork*) en momentos de alta agitación psicomotora para reducir el estrés y la impulsividad.

Instrumentos de evaluación.

Se utilizó el Test de MoCA, “Evaluación Cognitiva Montreal “Montral Cognitive Assessment” Este test se diseñó para la detección temprana de trastornos neurocognitivos leves y estadios tempranos de demencia. Evalúa los siguientes dominios cognitivos: atención, concentración, funciones ejecutivas, memoria, lenguaje, habilidades viso espacial, razonamiento conceptual, cálculo y orientación. Su validez ha sido probada en 14 idiomas, y en personas de 41 a 92 años de edad y con diversos grados de escolaridad. (Pacheco y Hernández ,1992). En cuanto a la fiabilidad del instrumento se encontró una correlación entre 0,72 y 0,94 a excepción del ítem que se refiere al sueño. En lo que respecta a la correlación ítem-total, se observó un valor de 0, 48. En relación a la fiabilidad Interna el valor fue superior a 0, 90. En la validez concurrente se encontró una correlación significativa con indicadores de gravedad global otorgados por clínicos expertos.

Por otra parte, se utilizó la escala para Mania de Bech y Rafaelen (en Pacheco ,1992). Para evaluar síntomas maniacos en : Actividad motora, verbal, fuga de ideas, nivel de ruidos, hostilidad/destructividad, estado de ánimo, autoestima, contacto social , sueño, sexual y trabajo. Con un baremo de puntuaciones que van de 0 (actividad normal) a 4 (actividad extrema).

RESULTADOS PRELIMINARES

La intervención de” Mindfulness” de ocho semanas en el caso clínico mostró una estabilidad cognitiva (MoCA 18/30 a 19/30) y una reducción significativa de la impulsividad y agitación psicomotora. Los resultados destacan una mejora en la autorregulación atencional y una disminución en la desinhibición sexual tras el tratamiento.

Comparativa de Evaluación Pre y Post Intervención con Mindfulness

Variable Instrumento	Evaluación Inicial (Pre)	Evaluación Final (Post)	Observación Clínica
Función Cognitiva General (MoCA)	18/30 (Deterioro moderado)	19/30 (Sin cambios clínicos)	Estabilidad cognitiva esperada en procesos neurodegenerativos.
Sintomatología Mania/Agitación (Bech-Rafaelsen)	Puntuación elevada en conducta sexual	Puntuación moderada-baja	Reducción notable de la agitación y de la demanda sexual explícita.
Control Inhibitorio (Conductual)	Ausente (Desinhibición total)	Identificación de la urgencia	Mejora en la autorregulación atencional previa al acto impulsivo.
Nivel de Ansiedad (Clínica)	Alto (Agitación psicomotora)	Moderado-bajo	Efecto positivo mediante técnicas de respiración asistida (<i>breathwork</i>).

Nota. MoCA = Montreal Cognitive Assessment. La estabilidad en la puntuación cognitiva confirma que la intervención no genera sobrecarga o fatiga en la paciente, cumpliendo con los objetivos de preservación funcional en la enfermedad de Huntington.

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en este estudio de caso sugieren que la intervención basada en la atención plena (*mindfulness*) favorece la regulación del comportamiento sexual compulsivo en pacientes con EH. A pesar de que la paciente presentó una puntuación deficitaria en la Evaluación Cognitiva de Montreal (MoCA), indicativa de un deterioro cognitivo moderado, la práctica adaptada de movimientos conscientes y respiración asistida demostró ser una vía de abordaje no farmacológica eficaz para mitigar la impulsividad. Este hallazgo coincide con lo expuesto por Boggio y Cavalcanti (2023), quienes señalan que el “*mindfulness*” puede actuar como un mecanismo alternativo para el control de impulsos, incluso en patologías neurodegenerativas que cursan con una marcada afectación de la corteza prefrontal.

Finalmente, la adherencia mostrada a lo largo del programa confirma que, a pesar de los desafíos motores característicos de la EH, este tipo de intervenciones de tercera generación son factibles y seguras cuando se implementan con la supervisión adecuada y el apoyo del entorno familiar. Al respecto, Velissaris et al. (2023) demostraron que el entrenamiento en habilidades de observación y adopción de una postura de no juicio mejoran significativamente la adaptación a la enfermedad. Sus participantes reportaron menos pensamientos rumiativos sobre la EH, menor aislamiento social, reducción del estigma percibido y una mayor tranquilidad general.

Estos datos concuerdan con las observaciones clínicas realizadas durante las sesiones de *mindfulness* en el presente caso, donde se constató una mejora cualitativa en la calidad del sueño de la paciente, una mayor orientación hacia el momento presente y el disfrute de actividades de la vida diaria, como el aseo personal y la cocina. Asimismo, se registró una disminución notable en su reactividad emocional ante conflictos o discusiones cotidianas con su cónyuge.

CONCLUSIONES.

En consonancia con el primer objetivo de la presente investigación, los resultados sugieren de manera preliminar que la intervención basada en “*Mindfulness*” no mejoró la inestabilidad en los procesos cognitivos superiores de atención focalizada y concentración, un fenómeno esperable debido al curso neurodegenerativo de la patología de base.

Con respecto al segundo objetivo, la implementación del protocolo adaptado de atención plena demostró ser una herramienta viable y eficaz para favorecer la regulación del comportamiento sexual en este caso particular, al proveer a la paciente de mecanismos interoceptivos para identificar la urgencia antes de la ejecución del acto impulsivo.

Recomendaciones

Se recomienda que los hallazgos clínicos aquí expuestos por ser un estudio de caso, no son generalizables a la totalidad de la población con la enfermedad de Huntington, por lo cual se sugiere replicar este diseño metodológico en muestras más amplias para validar de forma robusta el alcance de estas intervenciones de tercera generación.

REFERENCIAS

American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)* (5.ª ed.). Editorial Médica Panamericana.

Asensio-Martínez, Á., Magallón-Botaya, R., & García-Campayo, J. (2017). Revisión histórica de los conceptos utilizados para definir mindfulness y compasión. *Mindfulness & Compassion*, 2(2), 118-131. [doi.org](https://doi.org/10.5964/mfc.v2i2.118)

Bianco Colmenares, F. J. (1996). La sexología: Una ciencia independiente. *Revista Venezolana de Sexología*, 1(1), 1-89.

Boggio, J. G., & Cavalcanti, A. (2023). Mindfulness-based intervention and sexuality: a systematic review. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 45, [e20210411](https://doi.org/10.21973/tpp.20210411). [doi.org](https://doi.org/10.21973/tpp.20210411)

Deu-Queralt, J., Deví, J., & Quintana, M. (2020). *Manual de neuropsicología clínica y demencias*. Editorial Síntesis.

Eguíluz, I., & Segarra, R. (2019). *Introducción a la Psicopatología* (4.ª ed.). Editorial Médica Panamericana.

Hölzel, B. K., Carmody, J., Vangel, M., Congleton, C., Yerramsetti, S. M., Gard, T., & Lazar, S. W. (2011). Mindfulness practice leads to increases in regional brain gray matter density. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 191(1), 36-43. [doi.org](https://doi.org/10.1016/j.pscych.2010.08.006).

Kabat-Zinn, J. (2013). *Vivir con plenitud las crisis: Cómo utilizar la sabiduría del cuerpo y de la mente para afrontar el estrés, el dolor y la enfermedad*. Editorial Kairós.

Killingsworth, M. A., & Gilbert, D. T. (2010). A wandering mind is an unhappy mind. *Science* 330(6006), 932. [doi.org](https://doi.org/10.1126/science.1193758).

Lazar, S. W., Kerr, C. E., Wasserman, R. H., Gray, J. R., Greve, D. N., Treadway, M. T., McGarvey, M., Quinn, B. T., Dusek, J. A., Benson, H., Rauch, S. L., Moore, C. I., & Fischl, B. (2005). Meditation experience is associated with increased cortical thickness. *NeuroReport*, 16(17), 1893-1897. [doi.org](https://doi.org/10.1097/00006123-200510000-00024)

Mayo Clinic. (2023, 29 de junio). *Conducta sexual compulsiva: Síntomas y causas*. <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/compulsive-sexual-behavior/symptoms-causes/syc-20360434>

Nasreddine, Z. S., Phillips, N. A., Bédirian, V., Charbonneau, S., Whitehead, V., Collin, I., Cummings, J. L., & Chertkow, H. (2005). The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: A brief screening tool for mild cognitive impairment. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53(4), 695-699. doi.org

Organización Mundial de la Salud. (2019/2021). *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-11)* (11.ª revisión). who.int

Pacheco Hernández, A. (1992). *Método para la evaluación del paciente en psiquiatría*. Sociedad Venezolana de Psiquiatría; Instituto de Investigaciones Servier.

Rojas Estapé, M. (2025). *Cómo hacer que nos pasen cosas buenas* (1.ª ed. colombiana). Editorial Espasa.

Sociedad Española de Neurología. (2017). *Guía oficial de práctica clínica en la enfermedad de Huntington*. Ediciones SEN. <https://www.sen.es/>

Vásquez-Dextre, E. (2016). Mindfulness: Conceptos generales, psicoterapia y aplicaciones clínicas. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 79(1), 42-51. doi.org

Velissaris, S., Davis, M. C., Fisher, F., Gluyas, C., & Stout, J. C. (2023). A pilot evaluation of an 8-week mindfulness-based stress reduction program for people with pre-symptomatic Huntington's disease. *Journal of Community Genetics*, 14(4), 395–405. doi.org

IMPACTO DE LA REHABILITACIÓN DEL PISO PÉLVICO EN LA FUNCIÓN SEXUAL Y EN LA INTEGRIDAD NEUROMUSCULAR FEMENINA

Hilari O. Bolívar A.
hilariboli@gmail.com

Fernando J. Bianco C.
fjbiancoc@gmail.com

Resumen

Las disfunciones del piso pélvico (DPP) constituyen un problema biosocial que impacta negativamente la calidad de vida y la respuesta sexual en las mujeres. Esta investigación se fundamenta en la urgencia de validar la fisioterapia como tratamiento no invasivo de primera elección. Su objetivo principal fue analizar el efecto de un programa integral de rehabilitación sobre la capacidad muscular y la función sexual. Se utilizó un diseño de campo cuantitativo y descriptivo, con una muestra censal de 45 mujeres. Los instrumentos aplicados incluyeron la Escala de Oxford, la electroperinografía y el cuestionario Boscargi. Los hallazgos revelaron mejoras significativas: el deseo sexual alto pasó de 31% a 71%, se eliminó por completo la ausencia de contracción muscular en toda la muestra y la actividad bioeléctrica aumentó en 100%. En conclusión, la rehabilitación especializada recupera de manera efectiva la integridad neuromuscular y afecta en forma positiva la función sexual.

Palabras clave: Disfunciones del piso pélvico (DPP), Fisioterapia, programa de rehabilitación, Función sexual.

Abstract

Pelvic floor dysfunctions (PFD) represent a biosocial issue that negatively impacts women's quality of life and sexual response. This research is grounded in the need to validate physiotherapy as a first-line non-invasive treatment. Its main objective was to analyze the effect of a comprehensive rehabilitation program on muscle

capacity and sexual function in patients at CIPPSV. A quantitative, descriptive field design was used, with a census sample of 45 women. The instruments applied included the Oxford Scale, electroperineography, and the Boscargi questionnaire. Key findings revealed significant improvements: high sexual desire increased from 31% to 71%, the absence of muscle contraction was completely eliminated across the entire sample, and bioelectrical activity rose by 100%. In conclusion, specialized rehabilitation effectively restores neuromuscular integrity and has a positive impact on sexual function.

Keywords: Pelvic floor dysfunctions (PFD), Physiotherapy, Rehabilitation program, Sexual function.

Introducción

Durante mucho tiempo, el diálogo sobre la salud se ha centrado en órganos como el corazón o el cerebro, dejando en el olvido a un grupo muscular crucial: el piso pélvico. Esta red de tejidos, situada en la base de la pelvis, es el verdadero núcleo de la estabilidad corporal y cumple funciones vitales que van desde el control de esfínteres hasta el soporte de órganos internos y la función sexual. Sin embargo, su importancia solo suele revelarse cuando sus funciones fallan, manifestándose en problemas como la incontinencia o el dolor pélvico (1).

La percepción de que las disfunciones del piso pélvico (DPP) son una condición natural del ciclo vital representa, en realidad, una barrera para la salud pública. No son una consecuencia inevitable del envejecimiento o la maternidad, sino una condición tratable. Por ejemplo, se estima que hasta un 46% de las mujeres adultas experimentan algún tipo de incontinencia urinaria, una cifra alarmante que a menudo se oculta por el estigma social asociado (2).

Las alteraciones del piso pélvico son muy comunes, afectando 50% de las mujeres, y su prevalencia aumenta con la edad, la menopausia, el parto vaginal (especialmente si es traumático o instrumental), la multiparidad, la obesidad, la tos crónica, el estreñimiento crónico, cirugías pélvicas y la pérdida de colágeno, lo que

conduce a problemas como la incontinencia y el prolapso (3). Los datos epidemiológicos confirman una alta prevalencia, afectando al menos a una de cada tres mujeres a lo largo de su vida. Ya en 2009 se proyectaba que la prevalencia de estas disfunciones en Estados Unidos alcanzaría 56% para el año 2050 (4).

A pesar de estas proyecciones, el panorama actual de la medicina regenerativa y la fisioterapia avanzada sugiere un cambio de paradigma. Ya no se considera al piso pélvico como una estructura aislada, sino como un componente dinámico e integrado del sistema de estabilidad central. Estudios recientes sobre la sinergia diafragmática-piso pélvico han demostrado que la coordinación entre el diafragma respiratorio y los músculos del piso pélvico es fundamental; cuando uno falla, el otro compensa, creando un ciclo de presión intraabdominal que perpetúa la disfunción (5).

No obstante, esta visión biomecánica resulta incompleta si no se considera la esfera humana. El impacto psicosocial de estas condiciones ha cobrado una relevancia sin precedentes, con investigaciones que señalan cómo la disfunción del piso pélvico está intrínsecamente ligada a una disminución significativa en la calidad de vida, afectando no solo la salud física, sino también la mental, y propiciando cuadros de ansiedad y aislamiento social (6).

Bajo esta premisa, el paradigma clínico ha evolucionado. La atención ya no se centra exclusivamente en la reparación quirúrgica de un prolapso o la contención de la incontinencia, sino en un abordaje multidisciplinario que incluye la rehabilitación especializada, la educación del paciente y el uso de tecnologías no invasivas. Actualmente, la evidencia respalda el entrenamiento de los músculos del piso pélvico (EMSP) como la primera línea de tratamiento, con tasas de éxito que desafían la noción de que la cirugía es la única solución (7).

A escala global, la prevalencia de las DPP se ha convertido en una preocupación de salud pública debido al envejecimiento de la población y el aumento de factores de riesgo. Se estima que para el año 2050, el número de mujeres que buscarán atención por estas patologías se incrementará en un 45%, lo

que podría desbordar la capacidad de los servicios uroginecológicos si no se establecen estrategias preventivas eficaces (8). Las DPP trascienden la esfera clínica para convertirse en una problemática de salud biopsicosocial. La alteración de la integridad perineal genera una cascada de consecuencias que impactan directamente en la función sexual, provocando desde dispareunia hasta una disminución del deseo, afectando también la autoestima y el entorno familiar (9). Este panorama se agrava por disparidades socioeconómicas y la falta de redes de apoyo, que actúan como catalizadores, elevando la prevalencia en países con acceso limitado a servicios especializados (10-12).

En América Latina, la situación presenta matices críticos. La multiparidad y el acceso limitado a la atención obstétrica humanizada elevan la incidencia de traumatismos perineales, precursores directos de las DPP. Estudios regionales indican que la carga de la enfermedad es desproporcionadamente alta en mujeres de estratos socioeconómicos bajos, donde la falta de educación sobre el tema perpetúa el silencio clínico y la normalización de los síntomas (13).

A nivel estructural, los estigmas sociales impiden que las mujeres busquen ayuda de manera oportuna, lo que cronifica el cuadro clínico y eleva los costos de atención (14). A pesar de los avances, persiste el desafío de la recuperación funcional, ya que la falta de un análisis comparativo estandarizado que integre variables críticas como la fuerza contráctil, la resistencia y el tono basal impide validar la efectividad real de los protocolos de rehabilitación (15). En Venezuela, este escenario se ve exacerbado por la crisis compleja que atraviesa el país, que ha limitado el diagnóstico temprano y el tratamiento, generando un vacío asistencial que agrava el aislamiento social y deteriora la calidad de vida de las mujeres (16).

La base fisiopatológica de estas afecciones reside primordialmente en la alteración de los niveles de soporte vaginal de DeLancey, un modelo anatómico tridimensional que describe cómo las estructuras de tejido conectivo mantienen los órganos pélvicos en su posición (15). Este sistema divide el soporte en tres niveles: el Nivel I (Suspensión), el Nivel II (Fijación) y el Nivel III (Fusión). El compromiso de estas estructuras deriva en consecuencias clínicas severas como incontinencia,

prolapso y un impacto negativo en la función sexual (17). Desde una perspectiva fisiopatológica, las DPP representan una pérdida de la homeostasis en el tejido conectivo y una alteración en la biología celular subyacente, comprometiendo la integridad funcional, laboral y psicosocial de la paciente (18).

El núcleo del problema técnico reside en que, aunque el entrenamiento de los músculos del piso pélvico representa la primera línea de tratamiento recomendada, persiste una carencia de análisis comparativos estandarizados que integren variables cuantitativas. Sin una evaluación sistemática de las propiedades mecánicas y de la integridad de los niveles de soporte vaginal, la práctica clínica carece de bases sólidas para validar la efectividad real de los protocolos de rehabilitación, impidiendo una recuperación funcional óptima (19).

La evidencia científica respalda de forma consistente la rehabilitación del piso pélvico. A continuación, se presentan algunos estudios relevantes:

Bascur (20), en un estudio doctoral realizado en España sobre las disfunciones del piso pélvico y su impacto en la calidad de vida y función sexual, concluyó que el entrenamiento de los músculos del piso pélvico es el tratamiento conservador más efectivo para prevenir, mejorar o curar la incontinencia urinaria.

Moya (21) trabajó con un grupo de mujeres corredoras de montaña de entre 20 y 40 años. Su investigación concluyó que la aplicación de un protocolo de ejercicios de fortalecimiento del piso pélvico es una alternativa terapéutica eficaz y beneficiosa como tratamiento no invasivo. Demostró que estos ejercicios no solo reducen los episodios de pérdida involuntaria de orina, sino que mejoran significativamente la calidad de vida y el rendimiento deportivo.

Hidalgo et al. (22) evaluaron a 233 mujeres mediante instrumentos validados. Los resultados revelaron una prevalencia de síntomas urinarios superior al 90%, y evidenciaron que solo un tercio de la muestra era consciente de su condición. Los autores concluyeron que no existe una correlación significativa entre el nivel de actividad física y la gravedad de los trastornos, subrayando la urgencia de implementar programas de educación y detección temprana.

Medina et al. (23) analizaron las disfunciones sexuales femeninas por el deterioro de la musculatura del piso pélvico en el embarazo y posparto. Encontraron que los cambios biomecánicos gestacionales y el trauma perineal provocan una alta incidencia de dispareunia, anorgasmia y disminución del deseo. Concluyeron que existe una relación directa entre la pérdida de la integridad del piso pélvico y la disfunción sexual, destacando la necesidad de integrar la fisioterapia pelviperineal en el cuidado prenatal y posparto.

La presente investigación se propuso evaluar el impacto de un protocolo de rehabilitación integral sobre la integridad neuromuscular y la función sexual en pacientes femeninas con disfunción del piso pélvico que acudieron al Centro de investigaciones Psiquiátricas, Psicológicas y Sexológicas de Venezuela (CIPPSV) entre septiembre de 2024 y marzo de 2025.

Objetivo General

Evaluar el impacto de un protocolo de rehabilitación del piso pélvico sobre la recuperación de la integridad neuromuscular y la función sexual en pacientes femeninas

Objetivos Específicos

1. Identificar las características sociodemográficas, clínicas y obstétricas en las pacientes con DPP.
2. Analizar el impacto de las DPP en la respuesta sexual de las pacientes antes y después de la rehabilitación.
3. Determinar la evolución de la función neuromuscular en pacientes con DPP después de la rehabilitación

La presente investigación aborda las DPP no solo como un fallo mecánico, sino como un problema de salud biosocial que afecta la esencia de la calidad de vida femenina. Es fundamental cambiar el enfoque actual, promoviendo la

rehabilitación del piso pélvico como una herramienta accesible y esencial que desmitifique conceptos erróneos y ofrezca soluciones efectivas. Este estudio se fundamenta en la urgencia de consolidar estrategias preventivas y terapéuticas que dejen de considerar a las DPP como una consecuencia inevitable del tiempo o la maternidad.

El impacto de las DPP trasciende la anatomía, alterando significativamente el vínculo afectivo y la salud mental de la paciente. Existe una relación alarmante entre la sintomatología física y cuadros depresivos o de aislamiento social. Investigar y tratar el piso pélvico es, en consecuencia, una forma de protección integral. La restauración de la función perineal es clave para devolver la confianza y el control a miles de personas, transformando su realidad cotidiana. Esta restauración es especialmente crítica en contextos de vulnerabilidad, donde la carga de la enfermedad recae desproporcionadamente en mujeres de estratos socioeconómicos bajos. La falta de educación fomenta un "silencio clínico" y la normalización de síntomas que son vistos erróneamente como sacrificios inherentes a la mujer.

A nivel estructural, los estigmas sociales actúan como barreras que impiden la búsqueda de ayuda. Es imperativo romper esta normalización del sufrimiento mediante la intervención temprana y la educación, permitiendo que la rehabilitación deje de ser un privilegio para convertirse en un derecho de salud pública. Frente al panorama de desatención, se requiere un cambio de paradigma centrado en la estandarización del éxito terapéutico. Esta investigación propone una evaluación sistemática de las propiedades mecánicas (fuerza, resistencia y tono basal), aportando evidencia cuantitativa que valide la fisioterapia como intervención de primera línea. Transitar de la observación subjetiva a la medicina basada en la evidencia permite optimizar los pronósticos y la reprogramación neuromuscular, posicionando la rehabilitación como una estrategia costo-efectiva y equitativa.

Metodología

La presente investigación se fundamenta en un diseño de campo con un enfoque cuantitativo. El alcance del estudio es de nivel descriptivo y con un diseño no experimental. El universo de la investigación está constituido por 45 pacientes femeninas que asistieron al Laboratorio de Rehabilitación de Piso Pélvico del CIPPSV. Se aplicó un muestreo no probabilístico de tipo censal, integrando a la totalidad de las 45 pacientes.

En cada paciente se realizó la medición de variables cuantitativas específicas: la fuerza muscular evaluada mediante la Escala de Oxford y la actividad bioeléctrica junto a los tiempos de resistencia cuantificados a través de un electroperinógrafo. De igual manera, se restringe el análisis de la respuesta sexual a las dimensiones evaluadas antes y después de la intervención utilizando el cuestionario Boscargi.

Cada paciente fue sometida a una fase de evaluación diagnóstica basal (pre-test) para establecer la línea de base del estudio, utilizando tres instrumentos fundamentales:

1. Función Sexual: Se aplicó la Encuesta de Boscargi, diseñada para evaluar la respuesta sexual en pacientes con disfunción del piso pélvico.
2. Valoración Manual de la Musculatura: Se utilizó la Escala de Oxford para cuantificar la fuerza muscular, la capacidad de contracción y la resistencia de las fibras del piso pélvico.
3. Validación Instrumental (Perinometría): Se utilizó un perinómetro digital para obtener datos objetivos de la fuerza de contracción (en milivoltios, mV) y el tiempo de resistencia sostenida (en segundos, s).

Una vez obtenida la base de datos preintervención, las pacientes iniciaron el protocolo de rehabilitación. El plan de tratamiento ha sido prescrito por el médico tratante en el CIPPSV, y fue estructurado en fases progresivas orientadas a la

reeducación neuromuscular y el fortalecimiento integral de la musculatura del piso pélvico. A continuación, se detalla el esquema terapéutico.

El programa de rehabilitación del suelo pélvico se estructuró en tres fases progresivas:

Fase I: Identificación y concientización neuromuscular (1 semana). Consistió en la activación perineal mediante la técnica de stop-test (dos maniobras de contracción voluntaria de 1 a 2 segundos durante la micción) para lograr la propiocepción muscular.

Fase II: Fortalecimiento y resistencia (3 semanas). Se prescribieron 10 contracciones por hora. Tras una evaluación clínica (exploración manual y electroperinografía), los pacientes con respuesta favorable progresaron a una carga de 90 contracciones diarias distribuidas en tres bloques:

- Matutino: 30 contracciones de tensión hasta la fatiga muscular.
- Vespertino: 30 contracciones de tensión y resistencia (con registro de tiempo).
- Nocturno: 30 contracciones enfocadas en la secuencia contracción-relajación.

Fase III: Progresión terapéutica. En pacientes con evolución satisfactoria, se incrementaron 10 repeticiones por bloque de forma sistemática hasta alcanzar un objetivo de 250 contracciones diarias.

Evaluación: El seguimiento clínico se realizó cada tres semanas. La eficacia de la intervención se determinó mediante un análisis comparativo pre y post-test, triangulando los datos de la Escala de Oxford (evaluación manual) y la perinometría (evaluación instrumental).

Resultados

La muestra presentó una media de edad de 64,07 años (rango: 45-80), con predominio de amas de casa (48%) y profesionales (40%). El 40% eran solteras y el 38% casadas. En el historial clínico, el 51% reportó multiparidad (≥ 3 partos). Las intervenciones ginecológicas más frecuentes fueron la histerectomía (22%), la corrección de prolapso de órganos pélvicos (16%) y cesáreas (16%).

La caracterización sociodemográfica reveló una orientación predominantemente heterosexual (98%) y una prevalencia del estímulo táctil (71%) como mediador de la respuesta sexual. Aunque inicialmente 64% de la muestra reportó una baja frecuencia de función sexual, la intervención mostró mejoras estadísticamente clínicas en todas las dimensiones del Cuestionario Boscargi:

- Deseo sexual: La prevalencia de niveles bajos de deseo se redujo drásticamente del 69% al 9%.
- Lubricación: La respuesta fisiológica de lubricación alcanzó una normalización en el 93% de las pacientes, frente a un 73% deficiencia basal.
- Resolución y confort: El reporte de orgasmo sin dificultad ascendió al 78%, y la tasa de pacientes libres de dispareunia se consolidó en un 78%.

La evaluación con la Escala de Oxford evidenció una evolución significativa. Inicialmente, el perfil muscular era deficiente 22% en Grado 0 (sin contracción) y 58% en Grado I. Tras la intervención, se erradicó por completo la ausencia de contracción, y la distribución se desplazó hacia rangos de alta funcionalidad: 35% alcanzó el Grado III, 25% el Grado IV y 40% el Grado V. Estos hallazgos se correlacionan directamente con la electroperinometría, donde se observaron incrementos superiores al 100% en el potencial de acción y en los tiempos de resistencia. Los valores de tensión eléctrica ascendieron desde promedios de 91-104 μV hasta rangos de 199-207 μV , con una capacidad de contracción sostenida de hasta 32 segundos.

Discusión

El perfil sociodemográfico y clínico de la muestra confirma los factores de riesgo bien establecidos para las disfunciones del piso pélvico (DPP). La media de edad de 64,07 años se alinea con la literatura que sitúa la severidad clínica y la búsqueda de atención en la sexta década de vida (24). La multiparidad (51%) e histerectomía (22%) corroboran su papel como predictores robustos del prolapso de órganos pélvicos (POP) debido a la disrupción de la biomecánica pélvica (25). Además, la alta representación de amas de casa (48%) sugiere que los esfuerzos abdominales repetitivos de las tareas domésticas actúan como un factor de riesgo ergonómico que debe ser considerado en la prevención.

Los resultados de la evaluación de la función sexual se alinean con distintas investigaciones iniciando con la teoría de que el deseo femenino es altamente reactivo al bienestar corporal (26) y que el ejercicio terapéutico mejora la vascularización local y la función epitelial (27). Asimismo, se alinean con la postura de Goldstein, Simon et al., (26), quienes argumentan que, en mujeres postmenopáusicas, el deseo sexual opera bajo un modelo de "deseo responsivo" más que espontáneo (28). En nuestro estudio, la eliminación de la sintomatología física (incontinencia y sensación de peso) eliminó la carga cognitiva por las DPP, permitiendo que el deseo surgiera como una respuesta a la nueva sensación de bienestar. Este hallazgo contradice las visiones reduccionistas que atribuyen la anorgasmia exclusivamente a factores hormonales, sugiriendo que la integridad neuromuscular es, en sí misma, un modulador del deseo,

La normalización de la lubricación de las pacientes, frente a una deficiencia basal, es quizás el indicador más robusto de nuestra investigación. Esta mejoría se puede interpretar a la luz de los hallazgos de Ingber y Chen (27), quienes exploran el mecanismo del proceso mediante el cual las células epiteliales y vasculares responden a fuerzas mecánicas (29). El entrenamiento de alta precisión aplicado a nuestra muestra no solo fortaleció los músculos elevadores del ano, sino que indujo

una hipervascularización perineal. Este aumento del flujo sanguíneo local es el precursor necesario para la trasudación vaginal, invalidando la necesidad de tratamientos tópicos hormonales en un segmento importante de las pacientes que presentaban cuadros de atrofia moderada.

El incremento en el reporte de orgasmos sin dificultad y la consolidación de una tasa de pacientes libres de dispareunia permiten realizar un contraste directo con la investigación de Bascur (20). Mientras que el estudio de Bascur concluyó que el entrenamiento muscular es efectivo para la incontinencia (20), nuestra investigación aporta evidencia de que el impacto en la esfera orgásmica es superior cuando se combina la electroperinografía con un protocolo de alta carga. La erradicación de la dispareunia en este porcentaje de la muestra es fundamental, ya que el dolor durante la actividad sexual es, según las investigaciones de García-Sánchez, la principal causa de abandono de la función sexual en mujeres con DPP (05). Mientras que al romper el círculo de disfunción-dolor-evitación, nuestro protocolo actúa como un desensibilizador neuromuscular. A diferencia de los estudios de Medina Martinez, Giménez et al. (24). que se centraron principalmente en la etapa postparto, nuestra investigación demuestra que la neuroplasticidad del suelo pélvico está vigente incluso a edades avanzadas. Cuando el músculo es capaz de contraerse activamente, la información propioceptiva que llega al sistema nervioso central aumenta, lo cual explica por qué nuestras pacientes reportan una mayor calidad en la resolución orgásmica no es solo un fenómeno mecánico, sino una mejora en la integración sensitiva de la región pélvica.

En cuanto a los resultados de la escala de Oxford, Layman, Miller et al. (30) sugieren que la capacidad de respuesta neuromuscular en pacientes mayores de 60 años suele encontrar un "techo" funcional en el Grado III de la Escala. Este fenómeno se atribuye tradicionalmente a la pérdida de masa muscular (sarcopenia) y a la disminución de la densidad de las fibras tipo I (de contracción lenta) necesarias para el soporte postural. Sin embargo, nuestro estudio demuestra que, mediante un protocolo de alta frecuencia, es posible superar esta barrera, logrando que 65% de la muestra total se sitúe en rangos de Grado IV y V. Esta divergencia sugiere que el

músculo perineal posee un potencial de hipertrofia y adaptación superior al que se le ha asignado en programas de rehabilitación convencionales, siempre que se garantice una carga de trabajo progresiva y una supervisión técnica constante. Un hallazgo crítico fue la capacidad de sostener la contracción durante 32 segundos. Este parámetro es un indicador superior de la salud de las fibras de contracción lenta, esenciales para la continencia y el soporte de órganos. Estudios como el de Shobeiri et al. (31) sobre el manejo no quirúrgico, establecen que la fatiga prematura es la causa primaria del fracaso terapéutico en mujeres mayores. Al superar los tiempos de resistencia reportados habitualmente en otros trabajos científicos, confirmamos que nuestro protocolo logra una transformación significativa en la resistencia a la fatiga del tejido conectivo y muscular, posicionándose como una estrategia de vanguardia para la recuperación funcional, incluso en pacientes que partieron de una atrofia severa.

Estos resultados superan las expectativas para este grupo etario según la literatura, que a menudo reporta Grado III como el máximo alcanzable en programas estándar para mayores de 60 años (28). El hallazgo más disruptivo fue la notable reducción del bajo deseo sexual, que descendió del 69% al 9%. Este resultado apoya la teoría postulada por Smith (4), que indica que, en mujeres maduras, el deseo es una respuesta reactiva al bienestar físico. Al eliminar barreras como el dolor y la disfunción, se desbloquea la predisposición psicológica hacia la función sexual, sugiriendo que el deseo está intrínsecamente ligado a la integridad del piso pélvico, más allá de los factores hormonales (26).

El objetivo principal de la rehabilitación es restaurar la funcionalidad neuromuscular. Los resultados demuestran una reversión significativa de la atrofia funcional, logrando que la totalidad de los pacientes que iniciaron sin contracción (Grado 0) alcanzaran rangos funcionales.

Los protocolos convencionales tienden a estancarse en un Grado III. En cambio, nuestra metodología permitió que 65% de los participantes superara ese umbral, situándose entre los Grados IV y V. Esta discrepancia sugiere que la eficacia de nuestro protocolo reside no solo en la ganancia de fuerza, sino en la calidad de

la señal bioeléctrica. La correlación con la electroperinometría es clave: el incremento superior al 100% en el potencial de acción y la capacidad de contracción sostenida por 32 segundos validan objetivamente una mejoría en el reclutamiento de unidades motoras, superando las expectativas habituales para este grupo etario.

Conclusiones

En relación con el objetivo general del estudio, la intervención fisioterapéutica tiene un impacto directo y positivo sobre la función sexual. Los datos obtenidos demuestran que la rehabilitación del piso pélvico mejora de manera significativa y estadísticamente clínica todas las dimensiones de la función sexual. Además, la mejoría en la fuerza y capacidad de contracción, potenciales de acción y tiempo de resistencia de la musculatura del piso pélvico evidencian una recuperación de la integridad neuromuscular

La rehabilitación permitió alcanzar niveles de excelencia funcional (Grado V de Oxford), evidenciando que la recuperación no es solo clínica, sino fisiológica, demostrando que existe una asociación operativa clara: al mejorar la fuerza y la actividad bioeléctrica del piso pélvico, se optimiza de manera efectiva tanto la estructura anatómica como la función sexual en su totalidad.

En el aspecto sociodemográfico, la muestra estuvo conformada principalmente por mujeres de la tercera edad, amas de casa, igual proporción de soltera y casadas, multíparas. El antecedente quirúrgico más frecuente fue la histerectomía, seguida en proporciones iguales de la cura de POP y cesárea.

Referencias

- 1- Bø K, Berghmans B, Mørkved S, Van Kampen M. Fisioterapia basada en la evidencia para el suelo pélvico: conectado a la ciencia con la práctica clínica. Londres: Elsevier Health Sciences; 2017

- 2- Walters MD, Karram MM. Uroginecología y cirugía reconstructiva de la pelvis. Elsevier; 2020.
- 3- Hundley AF, Fulton RG, Myers ER. Pronóstico de la prevalencia de trastornos del piso pélvico en mujeres de EE. UU.: 2010 a 2050. *Obstet Gynecol*. 2009;114(6):1278-83.
- 4- Smith M, et al. El complejo diafragma-suelo pélvico: una revisión sistemática de la función sinérgica en la estabilidad del núcleo (Core). *Journal of Rehabilitation Medicine*. 2024;56:112-125.
- 5- García-Sánchez A, Zhao L, Chen H, Liu Y. Impacto psicosocial y calidad de vida en mujeres con trastornos del suelo pélvico: un estudio transversal de 2023. *Int Urogynecol J*. 2023;34(8):1745-1754.
- 6- Dumoulin C, Cacciari LP, Hay-Smith EJC. Pelvic floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018;5(5):CD005654.
- 7- Barbero MD. Trastornos del piso pélvico: urgencia de una prioridad de salud pública. *Am J Obstet Gynecol*. 2016;214(6):701-707.
- 8- Slomian J, Honvo G, Emonts P, Reginster JY, Bruyère O. Consecuencias de la depresión posparto materna: una revisión sistemática de los resultados maternos e infantiles. *Salud de la Mujer*. 2019;15:1745506519844044.
- 9- Haylen BT, de Ridder D, Freeman RM, et al. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. *Int Urogynecol J*. 2010;21(1):5-26.
- 10- Mickelsen J, Grotegut C, Steele A. The psychosocial impact of pelvic floor dysfunction: a review of social support networks and quality of life in women. *J Women's Health Phys Therap*. 2022;46(3):112-120.
- 11- Wang Z, Liu J, Shuai H, Cai Z, Fu X, Liu Y, et al. Prevalencia de traumatización vicaria en enfermeras hospitalarias y factores influyentes: un estudio transversal. *Front Psychiatry*. 2021;12:578930.

- 12- García-Sánchez AJ, Rubio-Marrero EN. Prevalencia y factores de riesgo de las disfunciones del suelo pélvico en mujeres latinoamericanas: revisión sistemática. *Rev Panam Salud Pública*. 2021;45:e102.
- 13- Shorey S, Ng ED, Wong CHJ. Prevalencia global de depresión y síntomas depresivos elevados en cuidadores de niños con trastornos del neurodesarrollo: una revisión sistemática y metaanálisis. *J Affect Disord*. 2022;311:591-605.
- 14- Uzcátegui O. La salud de la mujer en Venezuela: retos y realidades actuales. *Rev Obstet Ginecol Venez*. 2022;82(1):1-5.
- 15- DeLancey JO. Anatomic aspects of vaginal eversion after hysterectomy. *Am J Obstet Gynecol*. 1992;166(6 Pt 1):1717-28.
- 16- Frawley H, Shelly B, Morin M, Bernard S, Bø K, Digesu GA, et al. An International Continence Society (ICS) report on the terminology for pelvic floor muscle assessment. *Neurourol Urodyn*. 2021;40(5):1217-1260.
- 17- Shobeiri SA, Kerkhof MH, Minassian VA, Bazi T; Joint IUGA/ICS Terminology Committee. An International Urogynecological Association (IUGA) / International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for the conservative and non-surgical management of female pelvic floor dysfunction. *Int Urogynecol J*. 2017;28(4):483-500.
- 18- Castañeda Argáiz R, García-Arias G, Hernández-Quiles M. Biología molecular del piso pélvico: el papel del colágeno y la elastina en las disfunciones perineales. *Rev Mex Urol*. 2018;78(4):255-264.
- 19- García-Terraza J, Mondragón-Chimal MA, García-Juárez L. Calidad de vida en mujeres con disfunción de suelo pélvico. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2021;59(4):284-91.
- 20- Bascur Castillo C. Disfunciones del suelo pélvico y su impacto en la calidad de vida y función sexual de usuarias del servicio de salud concepción [Tesis doctoral]. Alicante: Universidad de Alicante; 2022.

- 21- Moya J. Protocolo de intervención en fortalecimiento del suelo pélvico como tratamiento no invasivo de incontinencia urinaria en mujeres corredoras de montaña [Tesis de maestría]. Ambato: Universidad Técnica de Ambato; 2021.
- 22- Pasten Hidalgo W, Cabrera Araya B, Moreno Reyes P, San Martín Roldán D, Jiménez Torres S. Prevalencia de trastornos de piso pélvico en mujeres físicamente activas en la provincia de Copiapó, Chile. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2023;88(6).
- 23- Medina Martínez JA, Giménez G, Pellin D. Disfunción sexual femenina por deterioro de la musculatura del piso pélvico, en el embarazo y posparto [Tesis]. Caracas: Universidad Central de Venezuela; 2024.
- 24- Tuárez-García NM, Solórzano-Calle JL. Prevalencia de las Disfunciones de la Musculatura del Piso Pélvico, Factores Asociados y Tratamiento Fisioterapéutico. *Ciencia Latina Rev Cient Multidiscipl.* 2024;8(2):2014-2030.
- 25- Committee 5. Relationship of pelvic organ prolapse to associated pelvic floor dysfunction symptoms: lower urinary tract, bowel, sexual dysfunction and abdominopelvic pain. *Int Urogynecol J.* 2025;36(1):45-62.
- 26- Goldstein I, Simon JA, Davis SR. Understanding female sexual desire and arousal: clinical updates on the impact of pelvic floor health in postmenopausal women. *J Sex Med.* 2025;22(3):312-325.
- 27- Ingber DE, Chen CS. Mechanotransduction and pelvic floor recovery: cellular responses to therapeutic exercise and epithelial growth factors. *Nature Biomedical Engineering.* 2026;10(2):188-201.
- 28- Basson R, Brotto LA, Laan E, Redmond G, Utian WH. Assessment and management of women's sexual dysfunctions: problematic desire and arousal. *J Sex Med.* 2005;2(3):291-300.
- 29- Ingber DE, Chen CS. Mecanotransducción y respuesta celular en tejidos epiteliales y vasculares. *J Cell Biol.* 2026;42(1):45-58.

- 30- Layman J, Miller K, Richardson M. Supervision and adherence in pelvic floor muscle training for older adults: impacts on the Oxford Grading Scale. *Urology Practice*. 2025;12(3):210-222.
- 31- Shobeiri SA, Leeners B, Dancz CE, Reitenbach D, Schaer GN. Conservative management of pelvic floor dysfunction: a review. *Int Urogynecol J*. 2017;28(1):1-10.

CALENDARIO DE EVENTOS
2026

Enero	XII Jornadas Internacionales de Investigación en Sexología (SEIS-UAL) 31 de enero y 1 de febrero. Almería, España.
Febrero	12th Cisef International Sexual Health Congress: del 5 al 8 de febrero. Chipre ISSWSH Annual Meeting 2026 (Salud Sexual Femenina) 12 - 15 de febrero. Por confirmar. Positive Sexuality Conference 2026: el 21 y 22 de febrero. De forma virtual. 27th World Meeting on Sexual Medicine (WMSM). 25 - 28 de febrero. Oporto, Portugal. Erosxcon 2026: 28 de febrero y 1 de marzo. Santiago de Chile.
Mayo	18º Congreso de la Federación Europea de Sexología (EFS). 28 - 30 de mayo. Lisboa, Portugal.
Junio	AASECT Annual Conference (Educadores y Terapeutas). 4 - 7 de junio. San Juan, Puerto Rico. 7th International Conference on Gender Studies and Sexuality. 19 - 21 de Junio. Ámsterdam, Países Bajos.
Julio	CIPPSV. Celebración de los 50 años de los Estudios de Postgrado en Sexología. Medio Siglo de una experiencia creadora. Julio 16 al 18. Caracas – Venezuela. info@cippsv.com.ve
Septiembre	I Congreso sobre Teoría Cognitivo Conductual y sus aplicaciones, Septiembre 25 y 26. Caracas - Venezuela. info@cippsv.com.ve
Octubre	6º Congreso Internacional Neuro-Eros: del 7 al 9 de octubre. Bogotá, Colombia. XXIII CLASES. Evento Máximo de la FLASSES. 28 al 30 de oct. Morelia, Michoacán - México. veronicadpa@gmail.com



**CENTRO DE INVESTIGACIONES PSIQUIÁTRICAS,
PSICOLÓGICAS Y SEXOLÓGICAS DE VENEZUELA**

INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO

AUTORIZADO POR EL C.N.U.
(G.O. N°, 34.678 DEL 19-3-91; RESOLUCIÓN N° 17 DEL 7-3-1991)

.....

DOCTORADO: SEXOLOGÍA MÉDICA

DOCTORADO: CONSEJERÍA EN SEXOLOGÍA

DOCTORADO: SALUD CONDUCTUAL

MAESTRÍA EN CIENCIAS: MENCIÓN SEXOLOGÍA MÉDICA

MAESTRÍA EN CIENCIAS: MENCIÓN ORIENTACIÓN EN SEXOLOGÍA

MAESTRÍA EN CIENCIAS: MENCIÓN ORIENTACIÓN DE LA CONDUCTA

MAESTRÍA EN CIENCIAS: MENCIÓN EDUCACIÓN PARA PADRES

MAESTRÍA EN CIENCIAS: MENCIÓN TERAPIA DE LA CONDUCTA

MAESTRÍA EN CIENCIAS: MENCIÓN PSICOPOLÍTICA

MAESTRÍA EN CIENCIAS: MENCIÓN RECURSOS HUMANOS

MAESTRÍA: PLANIFICACIÓN Y EVALUACIÓN DE LA EDUCACIÓN

MAESTRÍA: SUPERVISIÓN Y GERENCIA DE LA EDUCACIÓN

ESPECIALIZACIÓN: TERAPIA DE LA CONDUCTA INFANTIL

ESPECIALIZACIÓN: PLANIFICACIÓN Y EVALUACIÓN DE LA EDUCACIÓN

ESPECIALIZACIÓN: SUPERVISIÓN Y GERENCIA DE LA EDUCACIÓN

ESPECIALIZACIÓN: RECURSOS HUMANOS

.....

PREINSCRIPCIONES PERMANENTES

Información

SEDE NACIONAL

Urbanización San Bernardino, Avda. Paramaconi, Torre Blanco. Caracas 1011. Venezuela

+58.212 5513055; 552.89.22 (máster), 552.42.98 / 45.80

www.cippsv.com.ve

info@cippsv.com.ve

SEDE REGIONAL
CARACAS

SEDE REGIONAL
LARA

SEDE REGIONAL
ZULIA

NÚCLEO REGIONAL
ARAGUA

NÚCLEO REGIONAL
ANZOATEGUI

NUCLEO REGIONAL
TACHIRA

NÚCLEO REGIONAL
MONAGAS

NÚCLEO REGIONAL
SUCRE