

La terapia de testosterona puede restaurar la libido de las mujeres, pero todavía hay interrogantes

Aunque la hormona tiene pocos efectos secundarios graves a corto plazo, sus riesgos a largo plazo siguen siendo una caja negra.

En 1998 Elizabeth «Liddy» Dole, esposa del exsenador estadounidense y candidato presidencial Bob Dole, respondió una pregunta inusual durante una conferencia de prensa. Su esposo acababa de decirle al mundo en Larry King Live que estaba en ensayos clínicos para una nueva píldora para la disfunción eréctil conocida como Viagra, llamándola una «gran droga». Al día siguiente, un periodista le preguntó a Liddy Dole, entonces presidente de la Cruz Roja en los Estados Unidos, qué consejo tenía sobre la píldora. Sabía que se avecinaba la pregunta, y se hizo eco de las palabras de su marido, respondiendo audazmente: «Es una gran droga, ¿de acuerdo?»

Ese puede haber sido el único ejemplo de una pregunta a una mujer durante el debut del Viagra. La emocionante información sobre la droga en ese momento se centró casi exclusivamente en el deseo sexual de los hombres durante sus años dorados. Un urólogo en Florida incluso resumió la actitud predominante en una entrevista con el New York Times, diciendo que los hombres mayores «típicamente» todavía estaban interesados en el sexo, pero las mujeres mayores no estaban interesadas, por lo que la nueva píldora super popular de Viagra dejó al hombre «completamente vestido sin ningún lugar a donde ir».

Más de 20 años después, los investigadores están comenzando a separar estos supuestos sobre las mujeres y el deseo sexual. Un equipo informó recientemente que los cerebros de mujeres y hombres muestran respuestas espontáneas y similares ante las señales visuales sexualmente excitantes, desafiando las creencias comunes sobre las diferencias entre los sexos. En el centro de estas convicciones se

encuentra la controvertida idea, propuesta formalmente por Rosemary Basson de la Universidad de Columbia Británica en 2002, de que muchas mujeres pueden no experimentar excitación espontánea y, en cambio, necesitan un poco de persuasión para sentirse amorosas.

Lo que la evidencia realmente muestra, dice Susan Davis, directora del Programa de Investigación de Salud de la Mujer en la Universidad de Monash en Australia, es que las mujeres diagnosticadas con disfunción sexual femenina, o FSD (por sus siglas en inglés), tienden a confirmar la falta de excitación espontánea. Pero las mujeres sin FSD no informan tales problemas, dice ella. La ausencia de deseo no es una faceta inevitable del envejecimiento para las mujeres, dice Davis. Hay un nombre para la condición en la que las mujeres pierden ese impulso e interés espontáneo: trastorno de deseo sexual hipoactivo, una forma de FSD.

Estudios anteriores han sugerido que la testosterona puede ser una terapia efectiva para el bajo deseo sexual en las mujeres, pero los datos sobre otros impactos, como el estado de ánimo y el método óptimo de administración, fueron limitados. Recientemente, Davis y sus colegas publicaron resultados en *Lancet Diabetes & Endocrinology* confirmando que para las mujeres con esta afección, la terapia con testosterona puede ser efectiva. A diferencia del Viagra, no es un tratamiento agudo para superar las dificultades físicas y desencadenar la excitación en el momento, sino más bien un método para restablecer el deseo sexual, dice Davis.

En su amplio análisis de 46 estudios que informaron los resultados de la terapia con testosterona en 8.480 mujeres, el equipo de investigación descubrió que el tratamiento tuvo efectos positivos sobre el deseo y el placer, y también redujo la ansiedad sobre el sexo.

Tanto los hombres como las mujeres producen testosterona de forma natural, pero esta disminuye con la edad en ambos sexos, lo que contribuye a disminuir los impulsos sexuales. No es sorprendente que los efectos del reemplazo de testosterona en las mujeres se hagan eco de los de los hombres. El problema es que debido a que esta terapia y la investigación relacionada están principalmente dirigidas a los hombres, nadie está seguro de cuáles son los riesgos a largo plazo para las mujeres, dice Davis. Los estudios simplemente no se han realizado.

Davis y sus colegas confirmaron que los efectos secundarios a corto plazo de la terapia con testosterona en las mujeres incluyen acné, aumento del crecimiento del cabello y, en algunos casos, un aumento en el colesterol «malo». Pero de manera crucial, descubrieron que el uso de un parche en la piel para administrar testosterona en lugar de la administración oral limita el aumento del colesterol.

Rossella Nappi (que estará en noviembre con nosotros en Cartagena), profesora de obstetricia y ginecología en la Universidad de Pavia de Italia y el Hospital San Matteo asociado, que no participó en el estudio, escribió un editorial que acompaña la publicación de estos nuevos resultados. Ella dice que los hallazgos son definitivos sobre el potencial de la testosterona para revertir el trastorno de deseo sexual hipoactivo, pero señala que los factores psicológicos y sociales también pueden contribuir a disminuir el interés.

Algunos estudios anteriores también habían insinuado que la terapia de testosterona en sí misma podría actuar sobre algunos factores psicológicos. Los médicos a veces recetan testosterona a mujeres fuera de etiqueta debido a los supuestos beneficios para la cognición, el estado de ánimo, la densidad ósea o la fuerza muscular. Pero Davis y su equipo no encontraron efectos de la hormona en ninguna de estas medidas, incluido el estado de ánimo o la sensación de bienestar. «Este es un ejemplo [que demuestra] que la testosterona se está promoviendo para una amplia gama de supuestas indicaciones [para las cuales, mostramos] no puede justificarse actualmente», dice ella.

«El número de mujeres que realmente califican para ello médicamente es bajo», dice Jennifer Gunter, obstetra y ginecóloga en el área de la Bahía de San Francisco, que no participó en el trabajo. «Solo se recomienda para mujeres posmenopáusicas [cuando], no se puede identificar otra causa [de bajo deseo] y se han descartado problemas de relación». Incluso en tales casos, agrega Gunter, es importante decirle a la paciente que no hay datos de seguridad a largo plazo.

Todos parecen estar de acuerdo en que la cuestión de qué hace la terapia de testosterona a largo plazo necesita urgentemente más atención. Una gran preocupación es si esta terapia hormonal aumenta o no el riesgo de cáncer de seno de una mujer, porque los estudios son escasos. «Tengo que decir que no sabemos lo que no sabemos» sobre estos riesgos, dice Nappi. «Realmente no es posible sacar conclusiones finales con los datos que tenemos».

Cuando se le preguntó sobre el mejor enfoque basado en la evidencia para esta terapia, Davis se detuvo un poco, señalando que una publicación debe aparecer en septiembre. Esta «Declaración de posición de consenso global para el uso de testosterona en mujeres» ha sido respaldada por más de una docena de sociedades médicas importantes, dice, y «proporciona recomendaciones muy claras para los profesionales clínicos».

Sin embargo, quedan otras lagunas. Entre los miles de mujeres en los estudios que Davis y sus colegas analizaron, el 95 por ciento eran posmenopáusicas. Solo 226 eran premenopáusicas, y esta población también necesita más atención en términos de terapia con testosterona, dice Davis. La Administración de Alimentos y Medicamentos de EE. UU. ha aprobado un par de tratamientos para el bajo deseo sexual en mujeres premenopáusicas. Uno es Vyleesi^R, que debe inyectarse 45 minutos antes de la actividad sexual esperada, y sus efectos secundarios comunes incluyen náuseas y vómitos. El otro es Addyi^R (que no se consiguen en Colombia), una píldora que también debe tomarse justo antes de la actividad sexual, pero se advierte a las mujeres que eviten el

alcohol al menos dos horas antes de ingerir el medicamento y en las horas posteriores. Para muchas mujeres, estas terapias actuales, con sus efectos secundarios y advertencias, aún dejan algo que desear.

Scientific American. HEALTH & BIOLOGY,
July 30, 2019

Emily Willingham

Escritora científica y coautora, junto con Tara Haelle, de *El padre Informado: un recurso basado en la ciencia para los primeros cuatro años de su hijo* (Tarcher Perigee, 2016). Ella escribe en la intersección de la investigación del cerebro y la sociedad.