

# Anodispareunia. Dolor Anal Durante las Relaciones Sexuales Anorreceptivas en Hombres que Tienen Sexo con Hombres

Luciana La Rosa

Centro Privado de Cirugía y Coloproctología. Buenos Aires, Argentina.

Centro de Educación Médica e Investigaciones Clínicas (C.E.M.I.C.). Buenos Aires, Argentina.

## RESUMEN

**Introducción:** La región perianal es un área muy rica en terminaciones nerviosas sensitivas, hecho que determina que el erotismo anal sea frecuente, independientemente de la identidad y orientación sexuales. Pese a ello, el impacto del sexo anal receptivo (SAR) en la salud anal ha sido poco estudiado. Algunas personas experimentan dolor durante las relaciones sexuales anorreceptivas. Los objetivos del presente trabajo fueron evaluar su prevalencia en una muestra del colectivo de hombres que tienen sexo con hombres (HSH) residentes en la Argentina, e identificar potenciales factores asociados a su aparición.

**Diseño:** Estudio descriptivo, transversal.

**Población y método:** Se diseñó una encuesta que incluyó variables demográficas y factores relacionados con el SAR. Fue respondida de forma voluntaria y anónima por Internet entre marzo de 2015 y febrero de 2016. Se incluyeron HSH mayores de 18 años residentes en la Argentina, que hubieran practicado SAR durante las últimas cuatro semanas. Se realizaron análisis estadísticos bivariados y multivariados en modelos de regresión logística.

**Resultados:** Respondieron la encuesta 208 HSH. Se seleccionaron para el análisis 135 (64,9%) que acreditaron haber mantenido SAR en las últimas cuatro semanas. El 76,3% pertenecía a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y Provincia de Buenos Aires. El 92,6% tenía estudios superiores. El 88,9% manifestó experimentar algún nivel de dolor durante el SAR, siendo grave en el 5,5% de los casos. En el análisis bivariado se identificaron como variables asociadas al desarrollo de dolor: "edad", "edad de inicio de las relaciones sexuales en general", "miedo a sufrir dolor", "fisting" y "miedo al ensuciamiento". En el modelo multivariado surgieron como potenciales factores de riesgo, "edad de salida del placard", "miedo a sufrir dolor" y "uso de poppers". Como posibles factores protectores, "fisting", "edad al momento del estudio" y "edad de inicio de relaciones con otros hombres".

**Conclusiones:** Este estudio se focalizó en la anodispareunia experimentada específicamente por el colectivo homosexual masculino en Argentina. El 88,8% experimentó algún nivel de dolor, siendo grave en el 5,5%. Como en otros estudios, en éste se identificaron posibles factores predisponentes, algunos modificables y otros no. Un mayor conocimiento de los potenciales factores influyentes permitirá un mejor asesoramiento de los profesionales sanitarios a la población afectada sobre prevención del dolor en particular y sobre el erotismo anal en general.

**Palabras clave:** Anodispareunia; Sexo Anal; Hombres que Tienen Sexo con Hombres

## ABSTRACT

**Introduction:** The perianal region is very rich in sensory nerve endings, which determines that anal erotism is frequent, regardless of sexual identity and sexual orientation. Despite this, the impact of receptive anal sex (RAS) on anal health has been little studied. Some people experience pain during anoreceptive sex. The objectives of this study were to evaluate its prevalence in a sample of men who have sex with men (MSM) resident in Argentina and identify potential factors associated with its appearance.

**Design:** Descriptive, transversal study.

**Population and method:** A voluntary and anonymous survey was designed. It included demographic variables and factors related to RAS. It was answered on the Internet between March 2015 and February 2016. MSM over 18 years of age resident in Argentina, who had practiced RAS during the last four weeks, were included. Bivariate and multivariate statistical analyzes were performed in logistic regression models.

**Results:** Two hundred and eight MSM answered the survey. One hundred and thirty-five (64.9%) who had maintained RAS in the last four weeks were selected for the analysis. 76.3% belonged to the Ciudad Autónoma de Buenos Aires and the Buenos Aires Province. 92.6% had higher education. 88.9% reported that they experienced some level of pain during RAS, being severe in 5.5% of cases. In the bivariate analysis were identified as variables associated with the development of pain: "age", "age of onset of sexual relations in general", "fear of suffering pain", "fisting" and "fear of getting dirty". In the multivariate model, the "age of coming out", the "fear of suffering pain" and the "use of poppers" appeared as possible risk factors. As possible protective factors, "fisting", "outing age", "age" and "age when starting relationships with other men".

**Conclusions:** This study focused on the anodyspareunia experienced specifically by the male homosexual group in Argentina. 88.9% experienced some level of pain, being severe in 5.5%. As in other studies, possible predisposing factors have been identified in this one; some modifiable and others not. A greater knowledge of the potential influential factors will allow a better advice of health professionals to the affected population on pain prevention and on anal erotism in general.

**Key words:** Anodyspareunia; Anal Sex; Men who Have Sex with Men

## INTRODUCCIÓN

El erotismo anal es frecuente tanto en hombres como en mujeres, independientemente de su preferencia sexual.<sup>1,2</sup>

Ninguno de los autores del trabajo presenta conflicto de interés.

Cristian Rodríguez

doccristianrodriguez@gmail.com

Recibido: Septiembre de 2019. Aceptado: Noviembre de 2019. Publicado: Enero de 2020

La región perianal es un área muy rica en terminaciones nerviosas;<sup>3</sup> el nervio pudendo inerva las estructuras sensitivas de los genitales, periné y ano, siendo el responsable de las sensaciones placenteras que desembocan en el orgasmo.<sup>4</sup> Este hecho influye en que la estimulación anal forme parte de la sexualidad de muchos individuos.

Entre los hombres que tienen sexo con hombres (HSH), los que realizan la penetración anal se denominan activos

y aquellos que son penetrados, pasivos. Quienes disfrutan de ambas prácticas se llaman versátiles.

Los estudios que evalúan la sexualidad anal en este grupo poblacional lo hacen mayoritariamente desde el impacto que puede tener en la transmisión del Virus de Inmunodeficiencia Humana (HIV).<sup>5</sup> Investigaciones epidemiológicas realizadas por Laumann y col.<sup>6</sup> en el contexto de esta infección, estimaron que hasta un 80% de los HSH practicaban sexo anal. Otro estudio reveló que el 46% de los HSH prefiere ser activo, mientras que el 43% prefiere el rol pasivo.<sup>7</sup> En los Estados Unidos de América la prevalencia del intercambio sexual anal entre HSH se fue incrementando significativamente en las últimas décadas: en San Francisco un trabajo efectuado por el Proyecto “Stop AIDS” reportó un aumento de la práctica del sexo anal entre los HSH de 57,6% en 1994 al 61,2% en 1997; en el subgrupo de HSH más joven (15-22 años), la tasa de prevalencia de esta práctica alcanza el 85-95%.<sup>8</sup>

Pese a su elevada frecuencia, el impacto del sexo anal receptivo (SAR) en la salud anal prácticamente no ha sido estudiado; los trabajos científicos que hay se basan en pocos pacientes<sup>7</sup> y tienen una evidencia científica pobre, siendo mayormente opiniones de expertos.

Algunos HSH experimentan dolor durante el sexo anal receptivo (SAR). Esto se denomina anodispareunia (AD),<sup>10</sup> en analogía al término dispareunia referido al dolor experimentado por las mujeres durante el coito vaginal. Aunque este síntoma no es infrecuente, es escasa la información sobre esta disfunción sexual.

Existen controversias acerca la magnitud de dolor que debe ser experimentada para definirla como AD. Algunos autores consideran que el sexo anal conlleva un cierto nivel de malestar aceptable; sin embargo, otros creen que no debe ser necesariamente doloroso y es por ello que la presencia del mismo es incluida dentro de las disfunciones sexuales de la población de HSH.<sup>11,12</sup> Dependiendo de la definición elegida, su prevalencia oscila entre el 14% y el 61%.<sup>13-16</sup>

Se estudiaron posibles relaciones entre diversas condiciones situacionales, conductuales, sociales y biológicas y la aparición de SAR doloroso: grado de lubricación de la zona anal, estimulación digital previa y nivel de relajación preexistente, tamaño del pene del compañero sexual, homofobia internalizada, nivel de excitación sexual y edad, entre otros.<sup>13-17</sup> Las relaciones encontradas muestran diferentes grados de correlación pero no se ha logrado, por ahora, establecer claramente un conjunto de condiciones que por su fuerza de asociación puedan definirse como verdaderos factores predisponentes de AD.

Los objetivos del presente trabajo son evaluar la prevalencia de AD en una muestra del colectivo de HSH residente en la Argentina e identificar potenciales factores asociados a su aparición.

## POBLACIÓN Y MÉTODOS

Se incluyeron HSH mayores de 18 años residentes en la Argentina, que hubieran practicado SAR durante las últimas cuatro semanas.

Se diseñó una encuesta que fue respondida de forma voluntaria y anónima por Internet entre marzo de 2015 y febrero de 2016. Antes de iniciar el estudio, se realizó una prueba piloto en 30 individuos que luego no fueron incluidos en la muestra final, con el fin de evaluar su comprensión y corregir posibles errores en su diseño.

La muestra obtenida, no probabilística y por conveniencia, incluyó un total de 208 hombres, de los cuales se seleccionaron aquellos que hubieran mantenido SAR en las últimas cuatro semanas. La restricción del análisis a este lapso se fundamentó en que las preguntas referidas al subdominio del dolor se basaron en una adaptación del Female Sexual Function Index (FSFI). Este índice demostró su máxima confiabilidad como encuesta cuando se indagó sobre ese período de tiempo.<sup>18</sup> Este mismo plazo fue utilizado en la mayor encuesta publicada sobre sexualidad gay, el estudio GAMESS (GAy MEn Sex Studies).<sup>16</sup>

La muestra final incluida en el análisis fue de 135 hombres (64.9% del total encuestado).

La encuesta incluyó 41 ítems divididos en tres dominios:

1. Variables demográficas referidas a la población en estudio que incluían características generales (edad, país de origen, ocupación, nivel educativo, religión, etc.) y aspectos relacionados con la orientación y las prácticas sexuales (edad de “salida del closet”, edad de inicio de relaciones sexuales con hombres, rol en las prácticas sexuales con hombres, entre otras).
2. Variables que caracterizan específicamente al SAR, incluyendo la determinación de la prevalencia de AD y variadas condiciones asociadas a su padecimiento. Dado que no existe un test validado para evaluar el dolor durante las RSAP, se utilizó una versión adaptada del ítem dolor del FSFI, cambiando la palabra “vaginal” por “anal” tal como sugieren Vansintean J y col.<sup>18</sup> Se utilizó la escala visual analógica (EVA) para evaluar su magnitud; un dolor leve es aquel puntuado entre 1 y 3 puntos, moderado entre 4 y 6, y grave al mayor a 7.<sup>19</sup>
3. Variables referidas a prácticas eventualmente asociadas al SAR.

### Análisis estadístico

Se presentó la información descriptiva de los tres dominios de variables en tablas de frecuencias como variables categóricas. Se calculó el estimador de prevalencia puntual para AD en la muestra seleccionada. Se ejecutaron análisis bivariados y multivariados en modelos de regre-

sión logística (RL), considerando AD como variable dependiente. Se consideraron parámetros independientes a todas aquellas características y/o condiciones estudiadas que se consideraron potencialmente asociadas a la presencia de AD durante el SAR. Primero se ejecutó un análisis de regresión bivariado para cada parámetro considerado como variable independiente y AD, como dependiente. Luego, cada parámetro que logró significancia estadística ( $p \leq 0.05$ ) fue incluido en el modelo de regresión logística múltiple, estableciéndose el nivel de significancia estadística del modelo en 5% ( $p \leq 0.05$ ).

El tratamiento de los datos y los análisis estadísticos fueron llevados a cabo usando el programa SPSS Statistics 21.0.0 de IBM (SPSS Inc., Chicago, IL, USA) y Microsoft Excel (Microsoft Corporation, Redmond, WA, USA).

## RESULTADOS

Un total de 208 hombres mayores de 18 años (edad media  $37.9 \pm 11.7$  DE) residentes en la Argentina y auto identificados como HSH completaron la encuesta. Se seleccionaron 135 sujetos (64.9%) que acreditaron haber mantenido SAR en las últimas cuatro semanas; ésta constituyó la población sobre la que se ejecutó el análisis de resultados. El 85% tenía entre 21 y 50 años de edad, con una mediana de edad de 38.

### Estadística descriptiva

La Tabla 1 muestra las características demográficas y de actividad sexual general de la población en estudio. La mayor parte de la muestra correspondió a hombres nacidos en Argentina (91.1%) y oriundos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires o la Provincia de Buenos Aires (76,3%) de entre 21 y 50 años de edad. En su mayoría se trató de trabajadores activos independientes o en relación de dependencia (81.5%), con acceso a nivel educativo superior entre estudios terciarios, universitarios y de posgrado (92,6%).

En relación con las creencias religiosas, los encuestados se definieron principalmente como creyentes no practicantes de ninguna religión (39,3%) o como ateos o agnósticos (47,4%).

No se evidenciaron rasgos disfóricos respecto de identificarse como HSH: el 94,1% de los hombres encuestados se manifestó cómodo o muy cómodo con su orientación sexual.

De los antecedentes patológicos valorados, el 55,7% de los hombres encuestados refirió haber padecido infecciones de transmisión sexual (ITS) en algún momento de su vida. El 26% tuvo alguna patología de localización anal, predominando los condilomas (16,7%).

Los rangos etarios en los que la mayoría de la población encuestada (88,1%) refirió haber asumido su orientación sexual fueron de 12-20 años (48,1%) y de 21-30 años (40%).

La edad de inicio de las relaciones sexuales (independiente del género de la pareja) que predominó estuvo dentro de los 12 y 20 años (77,4%), coincidiendo con el rango en que se mantuvo la primera relación sexual con un hombre (65,4%).

En cuanto a las preferencias respecto de las distintas prácticas sexuales anales, prevalecieron aquellos que se inclinan por el rol pasivo, aunque sin descartar un ocasional rol activo (43,7%) y quienes se asumieron como versátiles (37%). La mayoría (60%) manifestó compartir sus prácticas sexuales con una sola pareja y el 31,8% con dos a cinco.

En la Tabla 2 se resumen las principales características específicas del SAR analizadas en la muestra. En poco más de la mitad de los casos (54%) la primera relación ocurrió antes de los 20 años y en el 31,6% entre los 21 y 30 años. El 68,1% refirió más de 50 SAR a lo largo de su vida.

El 88% de los hombres encuestados manifestó algún tipo de temor relacionado al SAR: el 30% expuso miedo al ensuciamiento, el 23% a sufrir dolor, el 21,4% al contagio de alguna ITS y el 13,6%, al sangrado anal.

Por otro lado, el 65,2% del total de ellos encuestados no refirió experimentar sensaciones de ansiedad, malestar, tensión nerviosa o preocupación, previamente o durante la práctica anorreceptiva. Con respecto al grado de excitación con que se llegaba al encuentro sexual y al grado de placer que se experimentaba durante el mismo, la mayoría de los encuestados otorgó los máximos puntajes a ambas categorías.

Subdominio del dolor durante las RSAP y prevalencia de AD: Del total de los pacientes, 120 (88,9%) refirieron experimentar algún nivel de dolor durante el SAR. Ciento nueve de ellos respondieron acerca de la intensidad del dolor. Fue leve (1 a 3 en la EVA) en el 69,7% de los casos, en tanto que en el 30,3% restante fue moderada (EVA 4 a 6, 24,8%) a grave (EVA 7 o mayor, 5,5%). El 67,4% lo refirió como un hecho dependiente de la situación y/o pareja y sólo un 5,9% lo mencionó como un evento de ocurrencia constante. Tanto el tamaño del pene como la brusquedad durante la penetración fueron considerados factores de alta relevancia en la aparición de dolor por la mayoría de los encuestados (67% y 93%, respectivamente).

La AD tuvo consecuencias no deseadas para el 29,6% de los individuos: evitar el SAR para evitar el dolor (17,8%), malestar evacuatorio posterior al coito (16,3%), necesidad de restringir el rol a la posición activa (11%) o percibir dificultad para entablar nuevas relaciones de pareja (2,2%).

En la Tabla 3 se describen un conjunto de prácticas eventualmente asociadas al SAR entre los HSH que muestran una distribución de frecuencias muy diferentes. El 66% refirió estimulación digital de la zona anal previa al coito; uso de pornografía, el 44,5%; enemas o duchas anales, el 44,2%. Sólo el 40,7% refirió uso de preservativo en todas las relaciones. El 88,8% de los sujetos confir-

TABLA 1A: CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA POBLACIÓN (N= 135)

Características Generales		Recuento	%
País de nacimiento	Argentina	123	91,10%
	Otros países	11	8,10%
	Sin información	1	0,70%
Provincia	CABA	69	51,10%
	Provincia de Buenos Aires	34	25,20%
	Otras Provincias	20	14,80%
	No corresponde	12	8,90%
Edad	18-20 años	3	1,40%
	21-30 años	58	27,90%
	31-40 años	68	32,70%
	41-50 años	51	24,50%
	51-60 años	19	9,10%
	Mayor a 60 años	9	4,30%
Ocupación	Desocupado	1	0,70%
	Estudiante a tiempo completo	8	5,90%
	Estudiante de medio tiempo y trabajador	12	8,90%
	Jubilado	4	3,00%
	Trabajador independiente o en relación de dependencia	110	81,50%
Nivel Educativo	Estudios Primarios Incompletos	2	1,50%
	Estudios Secundarios Incompletos	1	0,70%
	Estudios Secundarios Completos	7	5,20%
	Estudios Terciarios Incompletos	12	8,90%
	Estudios Terciarios Completos	12	8,90%
	Estudios Universitarios Incompletos	37	27,40%
	Estudios Universitarios Completos	27	20,00%
	Estudios Posgrado Incompletos	9	6,70%
Estudios Posgrados Completos	28	20,70%	
Religión	Ateo o Agnóstico	64	47,40%
	Creyente no practicante	53	39,30%
	Creyente practicante	18	13,30%
Antecedentes Patológicos	Cirugías anales	14	6,50%
	Tratamiento local de condilomas o verrugas (aplicación de ácido TCA u otra sustancia)	36	16,70%
	Ligadura de hemorroides	6	2,80%
	Enfermedad Inflamatoria Intestinal (Enf. de Crohn/Colitis Ulcerosa)	2	0,90%
	Depresión	14	6,50%
	Ataques de pánico	12	5,60%
	Otras Infecciones de Transmisión Sexual (ITS: Sífilis, Herpes, Gonorrea, Clamidiasis, Hepatitis B)	53	24,60%
	HIV	31	14,40%
	Ninguna de las anteriores	47	21,80%
	Edad aproximada de "salida del closet"	Menos de 12 años	5
12-20 años		65	48,10%
21-30 años		54	40,00%
31-40 años		8	5,90%
41-50 años		1	0,70%
Aún no salió del placard		2	1,50%

mó la utilización de lubricantes durante el SAR. El 73% manifestó no usar nunca o casi nunca juguetes sexuales anales. El 14,8% de los encuestados admitió la práctica de fisting (inserción braquioproctal), siendo siempre o casi siempre en el 2,2%.

Con respecto al uso de sustancias psicoactivas como estímulo durante el SAR, el 47% de refirió el consumo de alguna de ellas, predominando marihuana (20%) y nitritos de amilo inhalatorios -Poppers- (17%).

TABLA 1B: CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA POBLACIÓN (N= 135)

Características Generales		Recuento	%
Edad de inicio de las relaciones sexuales en general	Menos de 12 años	7	3,40%
	12-20 años	161	77,40%
	21-30 años	35	16,80%
	31-40 años	5	2,40%
Edad de su primera relación sexual con un hombre	Menos de 12 años	11	5,30%
	12-20 años	136	65,40%
	21-30 años	55	26,40%
Rol en las prácticas sexuales con hombres	31-40 años	6	2,90%
	Exclusivamente activo	0	0,00%
	Exclusivamente pasivo	4	3,00%
	Generalmente activo, aunque a veces pasivo	22	16,30%
	Generalmente pasivo, aunque a veces activo	59	43,70%
Nivel de comodidad con su orientación sexual actual	Versátil (activo y pasivo por igual)	50	37,00%
	Extremadamente cómodo	46	34,10%
	Muy cómodo	53	39,30%
	Cómodo	28	20,70%
	Poco cómodo	6	4,40%
Cantidad de parejas sexuales	Nada cómodo	2	1,50%
	Ninguna pareja	0	0,00%

TABLA 2A: CARACTERÍSTICAS DEL SAR Y PREVALENCIA DE AD

Características de las RSAP y Prevalencia de AD		Recuento	%
Edad de inicio SAR	Menos de 12 años	4	2%
	12-20 años	113	54%
	21-30 años	66	31,60%
	31-40 años	21	10%
	41-50 años	2	1%
	Mayor de 50 años	3	1,40%
Frecuencia aproximada de SAR a lo largo de su vida	Nunca	0	0,00%
	Menos de 10 veces	4	3,00%
	10 a 20 veces	8	5,90%
	21 a 50 veces	31	23,00%
Creencia de obligatoriedad de SAR por ser HSH	Mayor a 50 veces	92	68,10%
	Sí	15	11,10%
	No	119	88,10%
Posibles temores relacionados con la práctica de las SAR	No responde	1	0,70%
	Ningún temor	29	12,00%
	A sufrir dolor	56	23,00%
	Ensuciamiento	73	30,00%
Sensación de ansiedad, malestar, tensión nerviosa o preocupación, previamente o durante las SAR	Contagio de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)	52	21,40%
	Al sangrado	33	13,60%
	Nunca	54	40,00%
	Casi nunca	34	25,20%
	A veces	33	24,40%
Presencia de dolor durante el SAR	Casi siempre	11	8,10%
	Siempre	1	0,70%
	No responde	2	1,50%
	Sí	120	88,90%
	No	13	9,60%
	No responde	2	1,50%

TABLA 2B: CARACTERÍSTICAS DEL SAR Y PREVALENCIA DE AD

Características de las RSAP y Prevalencia de AD		Recuento	%
Durante el SAR, el dolor habitualmente es experimentado	Ahora SI, Antes NO	1	0,70%
	Antes SI, ahora NO	23	17,00%
	Dependiendo de la pareja y/o de la situación	91	67,40%
	Siempre	8	5,90%
	No responde	12	8,90%
Grado de excitación previo al SAR	Nada de excitación	1	0,70%
	Muy poca excitación	1	0,70%
	Poca excitación	4	3,00%
	Moderada excitación	53	39,30%
	Mucha excitación	73	54,10%
	No responde	2	2,20%
Nivel de placer experimentado durante el SAR	Nada de placer	0	0,00%
	Poco o muy poco placer	6	4,50%
	Moderado placer	33	24,40%
	Mucho placer	94	69,60%
	No responde	2	1,50%
Grado de dolor experimentado durante SAR (n:109)	1	36	33%
	2	22	20,20%
	3	18	16,50%
	4	14	12,80%
	5	8	7,30%
	6	5	4,70%
	7	3	2,75%
	8	3	2,75%
	09-oct	0	0,00%
Consecuencias de sentir dolor durante o luego del SAR	Ninguna	95	70,40%
	Evitar el sexo anal pasivo	24	17,80%
	Ruptura de una pareja	0	0,00%
	Dificultad para entablar nuevas relaciones de pareja	3	2,20%
	Restringir el sexo anal a la posición "activa" o de "penetrador"	15	11,10%
	Otros	1	0,70%
Dificultad evacuatoria luego del SAR	Sí	22	16,30%
	No	111	82,20%
	No responde	2	1,50%

TABLA 3A: PRÁCTICAS COMÚNMENTE ASOCIADAS AL SAR

Prácticas comúnmente asociadas a las RSAP		Recuento	%
Uso de juguetes sexuales durante el SAR	Nunca	82	60,70%
	Casi nunca	16	11,90%
	A veces	32	23,70%
	Casi siempre	1	0,70%
	Siempre	2	1,50%
	No responde	2	1,50%
Estimulación digital anal antes o durante el SAR	Nunca	21	15,60%
	Casi nunca	23	17,00%
	A veces	41	30,40%
	Casi siempre	24	17,80%
	Siempre	24	17,80%
	No responde	2	1,50%

### Estadística inferencial

En la Tabla 4 se muestran la frecuencia y el porcentaje de casos con AD, con independencia del nivel o intensidad

de la sensación dolorosa.

La Tabla 5 refleja los resultados del análisis de regresión logística bivariado realizado para identificar factores pre-

TABLA 3B: PRÁCTICAS COMÚNMENTE ASOCIADAS AL SAR

Prácticas comúnmente asociadas a las RSAP	Recuento	%
Fisting	Nunca	112 83,00%
	Casi nunca	8 5,90%
	A veces	9 6,70%
	Casi siempre	1 0,70%
	Siempre	2 1,50%
	No responde	3 2,20%
Uso de pornografía antes o durante el SAR	Nunca	54 40,00%
	Casi nunca	18 13,30%
	A veces	36 26,70%
	Casi siempre	12 8,90%
	Siempre	12 8,90%
	No responde	2 2,20%
Uso de enemas/duchas anales antes del SAR	Nunca	67 49,60%
	Casi nunca	9 6,70%
	A veces	15 11,10%
	Casi siempre	15 11,10%
	Siempre	27 20,00%
	No responde	2 1,50%
Uso de preservativos para el SAR	Nunca	33 24,40%
	Casi nunca	6 4,40%
	A veces	18 13,30%
	Casi siempre	20 14,80%
	Siempre	55 40,70%
	No responde	2 2,20%
Uso de lubricantes durante el SAR	Nunca	5 3,70%
	Casi nunca	8 5,90%
	A veces	15 11,10%
	Casi siempre	35 25,90%
	Siempre	70 51,90%
	No responde	2 1,50%
Tipos de lubricantes utilizados	Acuoso	80 59,30%
	Cremas	22 16,30%
	Aceites / Vaselinas	33 24,40%
	Saliva (aislada o en conjunto con otros lubricantes)	71 52,60%
Sustancias utilizadas antes o durante el SAR	Ninguna	91 67,40%
	Marihuana	27 20,00%
	Cocaína	12 8,90%
	Éxtasis	1 0,70%
	Poppers (nitrito de amilo)	23 17,00%
Frecuencia de utilización de Poppers antes o durante el SAR	Nunca	100 74,10%
	Casi nunca	7 5,20%
	A veces	8 5,90%
	Casi siempre	8 5,90%
	Siempre	4 3,00%
No responde	8 5,90%	

dictores independientes para el desarrollo de AD, considerando ésta como variable dependiente. Al comparar sujetos con y sin AD, surge que el odds ratio de tener AD se hallan influenciadas en forma significativa por las variables “edad”, “edad de inicio de las relaciones sexuales en general”, “miedo a sufrir dolor”, “fisting” y “miedo al enuciamiento”. Otros factores como “edad de inicio de las

RSAP”, “años de práctica de las RSAP”, “edad de salida del “placard” y “tratamiento de condilomas” se mostraron altamente influyentes, aunque sin alcanzar significancia estadística en los modelos de RL.

Al pasar del modelo logístico bivariado a un análisis en conjunto, donde cada una de las variables muestra su efecto en presencia de las otras (modelo logístico multivaria-

TABLA 3C: PRÁCTICAS COMÚNMENTE ASOCIADAS AL SAR

Prácticas comúnmente asociadas a las RSAP		Recuento	%
Ingesta de alcohol antes del SAR	Nunca	59	43,70%
	Casi nunca	20	14,80%
	A veces	48	35,60%
	Casi siempre	5	3,70%
	Siempre	1	0,70%
	No responde	2	1,50%
Influencia del tamaño del pene del compañero sobre el dolor durante el SAR	Sí	90	66,70%
	No	38	28,10%
	NS/NC	7	5,20%
Influencia de la brusquedad de la penetración sobre el dolor	Sí	125	92,60%
	No	6	4,40%
	NS/NC	4	3%

TABLA 4: NÚMERO DE CASOS DE AD EN HSH QUE MANTUVIERON SAR EN LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS

	Anodispareunia		
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje
No	15	11,2	11,2
Sí	120	88,8	88,8
Total	135	100	100

do), aquellas que evidencian significancia estadística son “Edad”, “Miedo a sufrir dolor”, “Fisting”, “Edad de salida del placard”, “Edad de inicio de relaciones sexuales con hombres” y “uso de Poppers” (Tabla 6).

Las significancias estadísticas en el modelo de RL multivariado evidencian diferentes signos en sus coeficientes ( $\beta$  positivos y negativos), por lo que se revelan como asociadas con mayor o menor prevalencia de AD, respectivamente. De modo que, como potenciales factores de riesgo de AD aparecen “edad de salida del placard” ( $\beta=1,914$ ), “miedo a sufrir dolor” ( $\beta=4,065$ ) y “uso de Poppers” ( $\beta=2,651$ ) en tanto que como posibles factores de protección surgen “edad” ( $\beta=-0,063$ ), “edad de inicio de relaciones sexuales con hombres” ( $\beta=-0,148$ ) y “fisting” ( $\beta=-1,868$ ).

## DISCUSIÓN

Este estudio se focalizó en la anodispareunia experimentada específicamente por el colectivo homosexual masculino. Dado que la mayor parte de los encuestados son habitantes de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y la Provincia de Buenos Aires, la caracterización aquí detallada se refiere a un perfil de HSH propio de centros urbanos de Argentina. Se trata en su mayoría de jóvenes y adultos jóvenes, trabajadores activos y con amplio acceso a educación superior, perfil similar al del estudio belga GAMESS.<sup>16</sup>

Existen en la literatura trabajos que evaluaron la AD en mujeres heterosexuales con resultados diversos;<sup>2,20</sup> no obstante, las conclusiones de un subgrupo al otro no son ex-

trapolables por diversas razones, que van desde la diferente percepción simbólica de una misma práctica sexual en estos grupos sociales (mujeres heterosexuales y HSH) hasta diferencias anatómicas entre ambos sexos biológicos como la longitud del conducto anal y el afinamiento anterior característico en las mujeres o el área anorrectal en los hombres, que contacta con una estructura sólida.

En base a los limitados estudios con que se cuenta hasta la fecha, el dolor durante el SAR aparece como un problema que, aunque difícil de cuantificar, afecta a un porcentaje significativo de HSH.<sup>11,13-16</sup> Entre los distintos trabajos existen diferencias en las poblaciones estudiadas y en la forma para valorar la presencia de la AD.<sup>13-16</sup>

En un primer estudio, Rosser y col.<sup>14</sup> reportaron que el 61% de 197 HSH padecieron SAR doloroso a lo largo de su vida. Damon y col.,<sup>13</sup> restringiendo a la AD como dolor grave y frecuente, encontraron una prevalencia del 14% en una muestra de 404 HSH. Sin embargo, pese a no cumplir con los criterios clínicos impuestos para ser considerada AD, el 43% de los individuos de la serie, refirió presentar dolor moderado que interfería con su sexualidad. Sobre una cohorte de 277 HSH, el mismo grupo de trabajo examinó la frecuencia y severidad del dolor durante el SAR de los sujetos respondedores o de sus parejas activas, encontrando que un 24% de los hombres calificaban de “frecuentes” sus episodios de dolor en tanto que para el 11% eran graves en intensidad.<sup>15</sup> Cuando ambas medidas de efecto se asociaban para constituir una variable de resultado compuesta (frecuencia e intensidad del dolor) se alcanzó una prevalencia del 13% de AD frecuente y grave, porcentaje muy similar a las estimaciones de prevalencia de dispareunia femenina (10-15%).<sup>2</sup> En ese estudio se incluyeron HSH que hubieran mantenido SAR durante los 3 años anteriores a la encuesta. El tiempo transcurrido entre las últimas relaciones ano receptivas y el llenado de la encuesta pudo haber influido en el porcentaje de AD reportada. Fue con la intención de reducir el sesgo de la memoria, además de para fundamentar la habitualidad

TABLA 5: MODELO DE ANÁLISIS BIVARIADO

Odds ratios crudos	OR	IC 95 inf	IC 95 sup	p-valor
Edad	0,954	0,922	0,988	0,008*
Edad inicio RS en general	0,913	0,838	0,994	0,036*
Edad inicio RS HSH	0,975	0,902	1,055	0,533
Edad inicio SAR	0,951	0,899	1,005	0,076
Años práctica SAR	0,973	0,942	1,004	0,09
N° RSAP / 4 semanas	1,219	0,778	1,909	0,387
N° hombres / 4 semanas	1,063	0,846	1,336	0,598
Miedo a sufrir dolor	25,463	3,332	194,694	0,002*
Edad salida placard	1,791	0,94	3,41	0,076
Religión	0,775	0,327	1,838	0,563
Miedo al contagio de infecciones	1,523	0,609	3,809	0,368
Uso de juguetes	1,725	0,729	4,084	0,215
Estimulación digital	0,659	0,232	1,871	0,434
Fisting	0,359	0,133	0,971	0,044*
Duchas anales	1,188	0,504	2,801	0,693
Pornografía	0,888	0,373	2,116	0,789
Uso de preservativo	1,379	0,565	3,368	0,48
Uso de lubricante	1,959	0,816	4,703	0,132
Marihuana	1,471	0,461	4,694	0,515
Cocaína	1,212	0,249	5,898	0,812
Poppers	2,864	0,627	13,08	0,175
Cirugías anales	0,861	0,222	3,336	0,828
Tratamiento local de condilomas	3,329	0,934	11,861	0,064
Ligadura hemorroides	1,202	0,134	10,75	0,869
Depresión	3,385	0,423	27,126	0,251
Otras ITS	1,279	0,523	3,126	0,59
HIV	0,766	0,288	2,038	0,594
Miedo ensuciamiento	3,324	1,329	8,312	0,010*

\* p-valor < 0,05

RS: relaciones sexuales.

TABLA 6: MODELO DE REGRESIÓN LOGÍSTICA MULTIVARIADO\*

	B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)	I.C. 95% para EXP(B)	
							Inferior	Superior
Edad	-0,063	0,026	5,826	1	0,016	0,939	0,893	0,988
Edad salida placard	1,914	0,585	10,696	1	0,001	6,777	2,153	21,333
Edad inicio RS HSH	-0,148	0,065	5,239	1	0,022	0,862	0,759	0,979
Miedo a sufrir a dolor	4,065	1,249	10,593	1	0,001	58,24	5,037	673,34
Fisting	-1,868	0,861	4,71	1	0,03	0,154	0,029	0,834
Poppers	2,651	1,073	6,104	1	0,013	14,166	1,73	116,034
Constante	3,092	1,285	5,788	1	0,016	22,026		
Hosmer Lemeshow	p-valor	0,554						

\*En la aproximación multivariada, se ejecutó el análisis de regresión múltiple "pasos adelante" ("forward") y "pasos atrás" ("backward") para las variables seleccionadas, con idénticos resultados.

en esta práctica sexual, que se eligió el periodo de cuatro semanas en este estudio, al igual que en el trabajo de Vansintejan y col.<sup>16</sup> Los autores analizaron una subpoblación del estudio belga sobre sexualidad homosexual y hallaron que, si bien el 59% manifestó dolor, el mismo fue grave sólo en el 2% de los casos. En nuestro análisis, el 88,8% de los 135 HSH encuestados experimentaron algún nivel de dolor, siendo grave en el 5,5%.

Sin embargo, pese a que la intensidad del dolor fue ca-

lificada como leve en la mayor parte de los casos de esta casuística, el 30% de los individuos manifestó dolor moderado a grave; además, haberlo padecido tuvo consecuencias negativas (evitar el SAR, restringir la actividad sexual al rol activo, dificultad para entablar nuevas relaciones) en cerca de un tercio de los encuestados. En la serie de Damon y col.,<sup>13</sup> este porcentaje ascendió a casi el 50%.

Al analizar los posibles factores de riesgo, es necesario aclarar que el tamaño de la población pudo haber influido en que

sólo algunos de ellos hayan alcanzado significancia estadística en el análisis inferencial en tanto que otros se hayan mostrado altamente influyentes sólo en el nivel descriptivo. Así, los miedos al dolor y al ensuciamiento, antecedentes de patología anal previa (particularmente el tratamiento de condilomas) y algunas otras condiciones subjetivas como la edad de salida del placard, mostraron predisposición a la AD.

Los temores a un sufrimiento potencial durante el coito pueden interferir en lograr una adecuada relajación anal, indispensable para facilitar la penetración, incrementando el riesgo de padecer dolor. Con respecto a la relación con el momento de salida del placard, asumir la homosexualidad tardíamente podría reflejar una mayor homofobia internalizada,<sup>21</sup> que podría hacer más difícil alcanzar la entrega emocional necesaria para lograr la relajación esfinteriana durante el SAR, aumentando así la posibilidad de percibir dolor. Sin embargo, en este estudio, la mayoría de los encuestados se manifestó cómodo o muy cómodo con su orientación sexual, lo que refleja mayoritaria autoaceptación. Damon y col analizaron la presencia de homofobia internalizada entre aquellos que sufrían AD en comparación con quienes no la manifestaban en dos trabajos diferentes y en uno encontraron diferencias significativas, pero en el otro, no.<sup>13,15</sup>

Algunos factores como el temor al contagio de infecciones, el uso de juguetes sexuales y la depresión también mostraron alta influencia predisponente, aunque no alcanzaron significación estadística. El uso de Poppers mostró una asociación positiva con la AD (aunque no estadísticamente significativa); esta tendencia contraria a la esperada podría deberse a que aquellos que deciden utilizar nitritos de amilo sean quienes más dificultades experimentan durante la penetración. Esta correlación no fue confirmada por Damon y col.,<sup>13</sup> quienes encontraron mayor AD entre quienes no lo consumían.

Otro aspecto involucrado en muchas disfunciones sexuales es el religioso. Por ese motivo, a diferencia de otros estudios, en éste se indagó acerca de las creencias religiosas. El 86,7% de este grupo, mayoritariamente de grandes centros urbanos, era ateo o agnóstico o creyente no practicante; es posible que, de haber participado mayor número de individuos de provincias más conservadoras, los porcentajes fueran diferentes. De todas formas, no se encontró asociación entre la práctica religiosa y el desarrollo de AD. En concordancia con este hallazgo, no se evidenciaron rasgos disfóricos respecto de la autoidentificación como HSH.

Tampoco fue evaluado en otros estudios el impacto del tratamiento de condilomas anales. Si bien no alcanzó significancia estadística, probablemente relacionada con el bajo número de casos, sí se evidenció una tendencia predisponente ( $p:0,064$ ). En este factor en particular se encuentran involucrados dos aspectos: uno físico, relaciona-

do con las eventuales secuelas posteriores al tratamiento y otro emocional, asociado al hecho de ser portador de una infección de transmisión sexual. Ambos deben ser tenidos en cuenta al momento de abordar su resolución, hablando claramente con el paciente acerca de su sexualidad y las posibles consecuencias del tratamiento o su falta, para que sea partícipe de la decisión. En este estudio no se discriminó entre los diferentes tratamientos para esta patología; futuros estudios son necesarios para valorar las eventuales diferencias. Esta información podría ser útil al momento de definir la conducta terapéutica.

Al igual que en otros estudios, el tamaño del pene y la brusquedad durante la penetración fueron percibidos por la mayoría de los encuestados como predisponentes para padecerla.<sup>13,15</sup> Otros factores descriptos son la falta de lubricación, de estimulación digital del ano y la pobre excitación sexual previas a la penetración.<sup>16</sup>

En relación con las condiciones vinculadas a una menor prevalencia de AD, se destacaron significativamente tener mayor edad (al igual que en el estudio GAMESS),<sup>16</sup> tener más años al iniciar las relaciones sexuales en general y con hombres en particular y tener mayor edad durante el primer SAR. También alcanzaron una influencia protectora significativa la cantidad de años de SAR y la práctica de fisting. Ser mayor y haber mantenido SAR durante más tiempo se asociarían a una mayor relajación esfinteriana. De acuerdo con estudios manométricos, la presión anal de reposo se encuentra disminuida en HSH respecto de la de hombres heterosexuales, avalando esta presunción.<sup>22,23</sup> El estiramiento extremo de las fibras musculares durante el fisting justificaría una menor presión esfinteriana, disminuyendo la fricción durante el coito y, como consecuencia de ello, el dolor.

Otros factores “protectores”, de acuerdo con el estudio GAMESS<sup>16</sup> son tener una mayor frecuencia de SAR, más cantidad de parejas sexuales y formar parte de una pareja estable. Si bien no encontramos estas asociaciones, el 67,4% de los encuestados manifestó que la AD era un hecho dependiente de la situación y/o pareja.

No resulta tan clara la explicación al hecho de que la AD sea menos prevalente a una mayor edad de inicio de las relaciones sexuales en general y con hombres en particular y a tener más años al iniciar el SAR, ya que una mayor edad de salida del placard tiene una tendencia contraria. Son necesarios estudios a mayor escala para obtener más conclusiones.

### **Fortalezas y limitaciones del estudio**

Este estudio constituye un primer paso en Argentina en el estudio de la AD, condición que indudablemente es causa de sufrimiento en un alto porcentaje de HSH. La exploración de factores potencialmente asociados a AD

fue más amplia que en otros estudios.

Sólo se pudieron explorar las condiciones vinculadas a AD en 135 sujetos, que fueron los que mantuvieron SAR durante las últimas 4 semanas. Esto podría haber explicado la falta de asociación entre ciertas condiciones de riesgo y una mayor o menor probabilidad de AD. Por otro lado, los datos reflejan solamente población HSH altamente instruida de zonas urbanas con acceso a internet. Aunque su uso está muy extendido en la actualidad, pudieron haber quedado excluidos de la encuesta individuos de pobres recursos o personas no habituadas al uso de la red (por ejemplo, los de mayor edad).

Si bien la naturaleza no probabilística de esta muestra no permite inferir una prevalencia poblacional del problema, el porcentaje estima que el alcance social de la condición es muy relevante.

Finalmente, es posible que hayan respondido la encuesta más individuos que sufren dolor durante el SAR en un intento por encontrar una respuesta a su problema, sobreestimando así su prevalencia.

## CONCLUSIÓN

El dolor durante el SAR es frecuente y tiene consecuencias negativas en la calidad de vida sexual y de relación. Éste y otros estudios han identificado posibles factores predisponentes, algunos modificables y otros no. La suavidad durante la penetración, el uso de lubricación abundante y la estimulación anal previas podrían disminuir el riesgo de padecer AD. Un mayor conocimiento de los potenciales factores influyentes permitirá un mejor asesoramiento de los profesionales sanitarios a la población afectada sobre prevención del dolor en particular y sobre el erotismo anal en general.

## AGRADECIMIENTOS

Dra. Laura Svidler López, por el acompañamiento y la lectura crítica, siempre enriquecedora.

Grupo Consultor en Bioestadística, por el apoyo en la confección de la encuesta y el análisis estadístico.

## BIBLIOGRAFÍA

- Štulhofer A, Ajduković D. Should We Take Anodyspareunia Seriously? A Descriptive Analysis of Pain during Receptive Anal Intercourse in Young Heterosexual Women. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 26:2, 191-208, DOI: 10.1080/009262300278597
- Štulhofer, Ajduković D. A Mixed-Methods Exploration of Women's Experiences of Anal Intercourse: Meanings Related to Pain and Pleasure. *Arch Sex Behav*. 2013; 42(6):1053-62. doi: 10.1007/s10508-012-0068-7.
- Rosenbaum TY, Owens A. The role of pelvic floor physical therapy in the treatment of pelvic and genital pain-related sexual dysfunction. *J Sex Med*. 2008; 5:513-523.
- Cour F, Droupy S, Faix A, Methorst C, Giuliano F. Anatomy and physiology of sexuality. *Prog Urol*. 2013 Jul;23(9):547-61. doi: 10.1016.
- Luzzi GA, Law LA. The male sexual pain syndromes. *Int J STD AIDS* 2006; 17(11):720-6; quiz 726.
- Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States. *JAMA* 1999; 281:537-44.
- Breyer BN, Smith JF, Eisenberg ML, Ando KA, Rowen TS, Shindel AW. The impact of sexual orientation of sexuality and sexual practices in North American medical students. *J Sex Med* 2013; 7:2391-400.
- Stop Aids Project Non-Profit Organization. <https://local.yahoo.com/info-21369230-stop-aids-project-san-francisco>
- Štulhofer A, Šević S, Doyle DM. Comparing the Prevalence and Correlates of Sexual Health Disturbances among Heterosexual and Nonheterosexual Men: An Overview of Studies. *Sex Med Rev* 2014. DOI: 10.1002/smrj.31
- Hollows K. Anodyspareunia: a novel sexual dysfunction? An exploration into anal sexuality. *Sexual and Relationship Therapy* 2007; 22 (4): 429-443.
- McDonough L, Bishop CJ, Brockman MA, G. Morrison TG. "A Systematic Review of Sexual Dysfunction Measures for Gay Men: How do Current Measures, Measure Up? *Journal of Homosexuality* (2014). Doi: 10.1080/00918369.2014.870452.
- Leuillet P, Courb F, Droupyc S. Male sexual dysfunctions and homosexuality. *Progrès en Urologie* 2013; 33 (9): 727-733 Doi: 10.1016/j.purol.2013.02.008
- Damon W, Rosser BRS. Anodyspareunia in Men Who Have Sex with Men: Prevalence, Predictors, Consequences and the Development of DSM Diagnostic Criteria. *Journal of Sex & Marital Therapy* 2005; 31:129-141.
- Rosser BRS, Metz ME, Bockting WO, Buroker, T. Sexual difficulties, concerns, and satisfaction in homosexual men: An empirical study with implications for HIV prevention. *Journal of Sex & Marital Therapy* 1997; 23, 61-73.
- Rosser BRS, Brian J. Short, Thurmes PJ, Coleman E. Anodyspareunia, the Unacknowledged Sexual Dysfunction: A Validation Study of Painful Receptive Anal Intercourse and its Psychosexual Concomitants in Homosexual Men. *Journal of Sex & Marital Therapy* 1998; 24:281-292.
- Vansintean J, Vandevoorde J, Devroey D. The GAY MEn Sex StudieS: Anodyspareunia among Belgian Gay Men. *Sex Med* 2013; 1:87-94.
- Lau JTF, Kim JH, Tsui H-Y. Prevalence and factors of sexual problems in Chinese males and females having sex with the same-sex partner in Hong Kong: A population-based study. *Int J Impot Res* 2006; 18:130-40.
- Rosen R, Brown C, Heiman J et al. The female sexual function index (FSI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *Journal of Sex & Marital Therapy* 2000; 26 (2): 191-208.
- Collins SL, Moore RA, McQuay HJ. The visual analogue pain intensity scale: what is moderate pain in millimetres? *Pain*. 1997;72:95-7.
- Herbenick D, Schick V, Sanders SA, Reece M, Fortenberry JD. Pain experienced during vaginal and anal intercourse with other-sex partners: findings from a nationally representative probability study in the United States. *J Sex Med* 2015; 12: 1040-51
- [http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000322cnt-2016-07\\_guia-diversidad-sexual-2016.pdf](http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000322cnt-2016-07_guia-diversidad-sexual-2016.pdf)
- Chun AB, Rose S, Mitrani C et al. Anal sphincter structure and function in homosexual males engaging in anoreceptive intercourse. *Am J Gastroenterol* 1997; 92 (3): 465-68.
- Miles AJ, Allen-Mersh TG, Wastell C. Effect of anoreceptive intercourse on anorectal function. *J R Soc Med*. 1993 Mar; 86 (3): 144-7.

## COMENTARIO

La anodispareunia es una dolencia de mucho discomfort para el paciente que la padece.

En este trabajo se hace solo referencia al grupo de pacientes varones que tienen sexo con varones.

Cuando se habla de “magnitud del dolor experimentado”, algunos autores consideran como un “nivel de malestar aceptable”. ¿Cómo evaluamos la intensidad y magnitud del dolor en un paciente que tiene relaciones anales? ¿Hasta qué punto y que parámetro se toma para que el paciente incorpore el termino aceptable o no?

Las variables ANO – PENE son los actores principales. Si bien la anatomía del orificio y del conducto anal pueden ser muy similares entre los pacientes, vamos a encontrar muchas diferencias entre ellos debido a otros factores, como cirugías previas, tiempo y frecuencia de las relaciones anales, con la consecuente diferencia en la complacencia muscular esfinteriana y dilatación anal.

También sabemos que la variabilidad en el tamaño del miembro masculino juega un rol fundamental en la generación de anodispareunia.

Otros factores, como es mencionado en el trabajo, son la lubricación de la zona, y el tiempo que le dedica la pareja al “juego sexual”, para conseguir una relajación adecuada, así como la situación de tensión emocional que presente el receptor antes y durante el acto sexual.

La relación médico – paciente, el interrogatorio clínico, así como el examen físico son las bases fundamentales para el diagnóstico adecuado y la consecuente solución al problema.

¿Es correcto realizar este trabajo estadístico en base a una encuesta con pacientes “VIRTUALES”, ya que la misma fue generada a través de internet, donde no tenemos conocimiento quien está del otro lado de la pantalla, no podemos saber si quien la contesta se toma seriamente el cuestionario, y donde no tenemos conocimiento de la condición anatómica del conducto anal de ese paciente y menos de su condición psicológica?

¿Podemos sacar conclusiones con todas estas variables?

La anodispareunia existe, puede ser un gran problema para quien la padece. Los factores emocionales, psicológicos, de situación, anatómicos (tanto del pasivo como del activo), físicos, de lubricación, de patologías anales asociadas, y otras; van a influir en la misma.

Es difícil encasillar todas las posibles causas de anodispareunia, cuando las variables son tan diversas.

Considero adecuado poner el tema en discusión, analizarlo, pero creería correcto que todos los datos obtenidos en el cuestionario y que fueron excelentemente analizados estadísticamente en este trabajo, sean tomados con pacientes evaluados personalmente, pacientes sentados en el consultorio médico, donde el interrogatorio sea dirigido y a su vez poder realizar el examen físico correspondiente al paciente. De esa manera también va a ser factible hacer la evaluación de la posible causa de la anodispareunia con mejor detalle y asesorar al paciente la forma de reducirla o evitarla.

Marcelo Pollastri

Centro de Coloproctología y Enfermedades Digestivas. Rosario, Santa Fé

## ACLARACIÓN

Estimado Dr. Laporte

Editor de la Revista Argentina de Coloproctología:

Me gustaría hacer una aclaración sobre el comentario realizado por el Dr. Marcelo Pollastri al trabajo de mi autoría “Anodispareunia. Dolor anal durante las relaciones sexuales anorreceptivas en hombres que tienen sexo con hombres.”

Para realizar la encuesta del presente artículo se eligió específicamente el formato autoadministrado (en este caso virtual) porque diferentes trabajos indican que, cuando se trata de aspectos relacionados con la sexualidad, con esta metodología se obtienen mejores resultados. Las preguntas sobre la orientación sexual se consideran preguntas “sensibles”, tanto por los participantes como por los entrevistadores; los encuestados pueden sentirse incómodos de revelar información por temor a ser juzgados o estigmatizados y los encuestadores pueden evitar realizar determinadas preguntas o sesgar inconscientemente las respuestas.

Si bien es cierto que en cualquier encuesta (independientemente del método utilizado) puede haber individuos que falten a la verdad, varios estudios sugieren que los cuestionarios autoadministrados mejoran el sentido de privacidad de los encuestados y su disposición a reportar información sensible.

Internet es la herramienta más utilizada actualmente para los sondeos autoadministrados. A modo de ejemplo, la encuesta más importante a nivel mundial sobre sexualidad homosexual, el estudio GAMESSS, fue realizada siguiendo esta

---

modalidad. Los autores concluyen que el uso de un cuestionario autoadministrado on-line resulta adecuado para obtener información sensible de una población oculta como la de los hombres que tienen sexo con hombres.

Finalmente, creo que las encuestas son herramientas valiosas para recolectar información sobre poblaciones numerosas; luego, los datos recabados servirán de guía para la práctica clínica. Coincido con el Dr. Pollastrí en que al atender los casos individuales se deberá realizar un interrogatorio y el examen físico correspondiente para buscar posibles causas del dolor. Conocer cuáles son los posibles desencadenantes de este síntoma a partir de los datos aportados por un gran número de individuos, facilitará dicha búsqueda.

Luciana La Rosa

---

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Vansintejan J, Vandevoorde J. *Cent Eur J Public Health* 2013; 21 (1): 48–53.
2. Catania JA, Binson D, Van der Straten A, et al. Methodological research on sexual behavior in the AIDS era. *Annual Review of Sex Research* 1995;6:77–125.
3. Badgett, M. (2009). Best Practices for Asking Questions about Sexual Orientation on Surveys. UCLA: The Williams Institute. Retrieved from <https://escholarship.org/uc/item/706057d5>