ALPHA ONE
MÉTODO

EL CICLO DE TESTOSTERONA

Gustavo Nutricoach

1 Definición y Propósito del Régimen

Un **ciclo de testosterona** es un programa de consumo estratégico de andrógenos, sustancias que pertenecen a la clase de Esteroides Anabólicos Androgénicos (EAA).

- **Propósito**: El objetivo principal es maximizar el rendimiento físico o lograr la hipermusculación y efectos estéticos.
- **Mecanismo**: El uso de testosterona exógena, ya sea sola o combinada con otros esteroides ("apilamiento" o stacking), se lleva a cabo para alcanzar niveles suprafisiológicos (niveles muy por encima de lo normal) que inducen la hipertrofia de las fibras musculares. La testosterona es el principal andrógeno circulante en hombres y sus derivados son los AAE más utilizados en este contexto.
- **Administración**: Los EAA se toman por vía oral o se inyectan en ciclos que duran semanas o meses.



2 Distinción Fundamental: Ciclo vs. Terapia (TRT)

Es esencial diferenciar el uso recreativo (el "ciclo") de la Terapia de Reemplazo de Testosterona (TRT), que es un tratamiento médico legal y supervisado para tratar la deficiencia de testosterona o hipogonadismo.

Caracteristicas	Ciclo de Testosterona (Uso No Médico)	Terapia de Reemplazo de Testosterona (TRT)
Objetivo	Búsqueda de rendimiento o fines estéticos.	Restaurar la Testosterona Total (TT) al tercio medio del rango normal (450–600 ng/dL).
Dosis	Suprafisiológicas	Fisiológicas (terapéuticas), bajo estricta supervisión. Por ejemplo, las terapias tópicas buscan dosis iniciales como 40.5 mg/día o 50 mg/día.
Régimen	Uso cíclico y temporal.	Terapia continua y a largo plazo.
Supervisión	A menudo carece de control médico.	Requiere seguimiento médico riguroso (urólogo o endocrinólogo).

3 Distinción Fundamental: Ciclo vs. Terapia (TRT)

El uso de testosterona exógena en dosis elevadas **suprime la producción natural (endógena)** de testosterona en el cuerpo. Si esta producción no se restablece, el usuario puede experimentar síntomas de hipogonadismo transitorio, como fatiga o depresión.
Por esta razón, la **Terapia Post Ciclo (PCT)** es una fase necesaria tras finalizar el consumo de esteroides, con el fin de mitigar los efectos adversos y apoyar la recuperación del equilibrio hormonal.



Estrategias en la PCT o el Apoyo Hormonal:

Para ayudar a la producción hormonal, se utilizan estrategias y suplementos que tienen un impacto en el eje hormonal:

- Fármacos (SERMs/hCG): En el contexto médico para la deficiencia hormonal, se utilizan medicamentos como el Citrato de Clomifeno (un Modulador Selectivo del Receptor para Estrógeno o SERM) y la Gonadotropina Coriónica Humana (hCG) para estimular la producción endógena de testosterona.

- Nutrición y Micronutrientes: Una dieta adecuada es clave durante el PCT y el mantenimiento, enfocándose en un alto contenido de fibra e hidratación.

    - **Cofactores Esenciales:** Para la síntesis de testosterona a partir del colesterol, se necesitan cofactores imprescindibles, incluyendo el Zinc (siendo su deficiencia común a nivel mundial), Magnesio (preferiblemente citrato o bisglicinato), y Vitamina D (preferiblemente D3).

    - **Control del Estrés (Cortisol):** Se puede utilizar Ashwagandha, un adaptógeno que ayuda a mantener el cortisol a raya. El cortisol es un antagonista de la testosterona, por lo que al bajarlo se ayuda a subir la testosterona.

    - **DHEA:** La dehidroepiandrosterona (DHEA) es una prohormona precursora de la testosterona. Su suplementación (típicamente entre 50 y 100 mg al día, ajustada por un médico) puede ser una solución para aquellos con deficiencia de testosterona causada por deficiencia de DHEA. La DHEA también actúa como antagonista del cortisol.



4

Riesgos de Salud y Necesidad de Monitoreo

El abuso de EAA puede llevar a **reacciones adversas graves**. Incluso el tratamiento terapéutico (TRT) requiere monitoreo continuo debido a los siguientes riesgos:

1. **Ginecomastia y Estrógeno:** La testosterona puede aromatizarse a estradiol (E2). La ginecomastia (crecimiento de las mamas) es un efecto colateral poco común en la terapia con testosterona.

- Se deben medir los niveles séricos de estradiol en pacientes con síntomas en las mamas o ginecomastia antes de iniciar la terapia con testosterona.

1. **Riesgo Cardiovascular (MACE/VTE):** Aunque la evidencia no es concluyente sobre si la terapia con testosterona aumenta o disminuye el riesgo de eventos cardiovasculares mayores (MACE, por ejemplo, infarto miocárdico), la deficiencia de testosterona es un factor de riesgo para el desarrollo de enfermedad cardiovascular.



3. **Policitemia**: La terapia con testosterona puede aumentar el riesgo de desarrollar policitemia (hematocrito, Hct, >52%).

- Los médicos deben medir los niveles de hemoglobina y el hematocrito antes de ofrecer terapia con testosterona.

4. **Fertilidad:** La testosterona exógena tiene un impacto a largo plazo en la espermatogénesis.

- La terapia con testosterona exógena no debe prescribirse a varones que estén buscando tener familia. La supresión de la producción natural de testosterona interrumpe la formación de espermatozoides, lo que puede causar esterilidad temporal.

5. **Cáncer de Próstata:** La secreción del Antígeno Prostático Específico (PSA) es dependiente de los andrógenos.

- Debe informarse a los pacientes sobre la ausencia de evidencia que relacione la terapia con testosterona con el desarrollo de cáncer de próstata.

- Sin embargo, se deben medir los valores del PSA antes de iniciar la terapia en varones mayores de 40 años para descartar un cáncer de próstata oculto.

