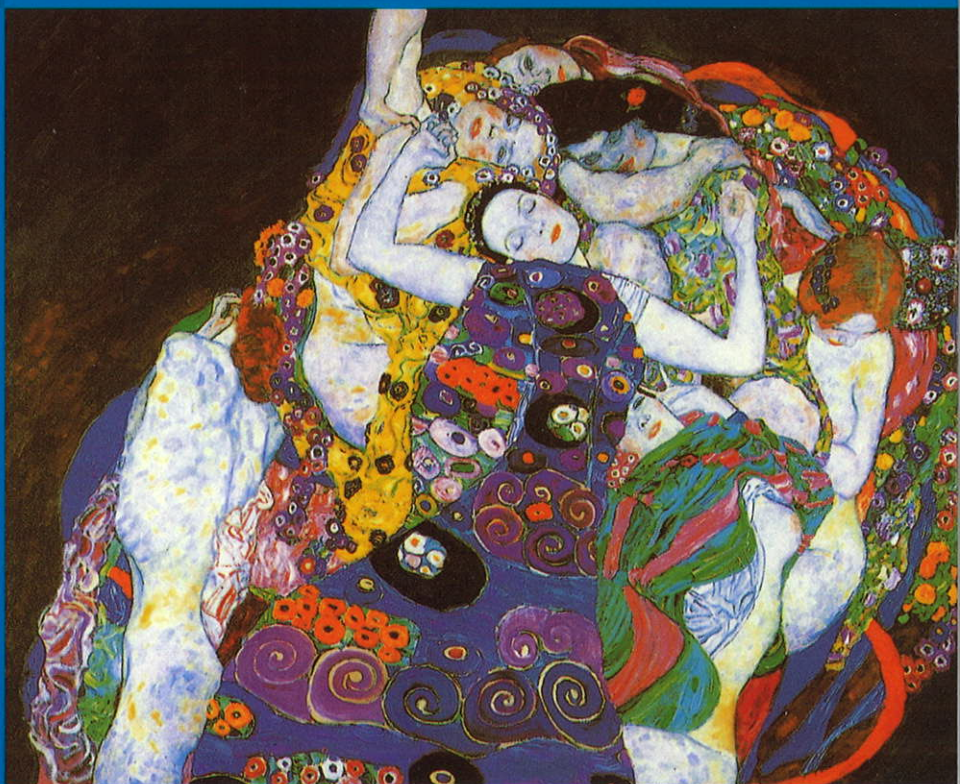


C. Castelo-Branco

Sexualidad Humana

Una aproximación integral

Coordinadores: J. J. de la Gándara • A. Puigvert



EDITORIAL MEDICA
panamericana

¿CRIBADO DE SALUD SEXUAL?

M. J. Bertran Luengo, A. Vilella Morató y A. Trilla García

Históricamente se ha utilizado el término «salud sexual» para referirse a situaciones tan diferentes como las relacionadas con las enfermedades de transmisión sexual o con la salud reproductiva. Con el objetivo de dar al término «salud sexual» un significado único y comprensible, la OMS y la Organización Panamericana de la Salud (PAHO) definieron en el año 2000 la salud sexual como el proceso de bienestar continuo físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad¹. Por lo tanto, la salud sexual es más que la simple ausencia de enfermedad o disfunción; es una parte vital y esencial del ser humano.

La salud sexual se manifiesta en las expresiones libres y responsables de las capacidades sexuales que favorecen el bienestar personal, familiar y social, enriqueciendo así la vida del individuo y del conjunto de la sociedad. Para conseguir y mantener la salud sexual es necesario que se reconozcan y respeten los derechos sexuales de todas las personas.

Un ejemplo del impacto de la salud sexual en el ámbito social ha sido el derivado de la transmisión del VIH, principalmente a través de relaciones sexuales sin protección, que ha resul-

tado en más de 42 millones de personas infectadas y más de 20 millones de fallecidos en el mundo 20 años después del inicio de la epidemia, además de muertes prematuras, sufrimiento humano y un efecto devastador en la economía.

Algunos problemas de salud sexual, como las enfermedades de transmisión sexual, se han considerado problemas de salud pública desde hace años. Sin embargo, no ha sido hasta la última década cuando se han producido avances importantes en la prevención de este tipo de enfermedades, gracias al impulso del reconocimiento de la gravedad de las complicaciones y secuelas asociadas a este tipo de enfermedades y a la pandemia de VIH/SIDA.

Otros problemas de salud sexual, como los relacionados con las disfunciones sexuales, quizás han sido menos estudiados y su relevancia se ha puesto de manifiesto de manera más reciente, motivo por el que centraremos en ellos nuestra atención.

Se ha estimado la prevalencia de disfunciones sexuales en algunas poblaciones. Un estudio reciente² que investiga el comportamiento sexual y las disfunciones sexuales en hombres

y mujeres de 40 a 80 años de 29 países muestra que las disfunciones sexuales más frecuentes son, en los hombres, la eyaculación precoz (14%) y problemas de erección (10%) y, en las mujeres, la pérdida de interés sexual (21%), la falta de orgasmo (16%) y alteraciones en la lubricación (16%). Además, el 28% de los hombres y el 39% de las mujeres dicen haber sufrido al menos una disfunción sexual. Otros estudios, como el realizado por el *National Health and Social Life Survey*, pusieron de manifiesto que el 43% de un total de 1.749 mujeres de edades comprendidas entre 18 y 59 años presentaban disfunción sexual³.

En la respuesta sexual intervienen factores biológicos, psicológicos y sociales. Por tanto, las disfunciones sexuales pueden estar relacionadas con una combinación de estos tres tipos de factores. Las disfunciones sexuales pueden producirse en una o más de las tres fases del ciclo de respuesta sexual: deseo, despertar y orgasmo. Entre las causas orgánicas de las disfunciones sexuales se encuentran determinados fármacos, el alcohol y algunas enfermedades. Además, la respuesta sexual puede sufrir cambios en algunos hombres y mujeres a medida que transcurren los años, especialmente a partir de los 40 a 50 años⁴. Se han descrito tres tipos de variaciones básicas relacionadas con la función sexual y la edad en las mujeres: descenso del deseo sexual, respuesta sexual disminuida y dispareunia. Tanto en hombres como en mujeres, los niveles de testosterona empiezan a disminuir

a partir de la década de los 50, resultando a menudo en una disminución del deseo sexual. La pérdida de deseo sexual se asocia a una respuesta sexual menor, por lo que la reducción de niveles de estrógenos circulantes a partir de la menopausia afecta a la respuesta sexual tanto física como psicológica. Disminuye el flujo sanguíneo de los tejidos vaginales y genitales y la estimulación sensorial de estos órganos es menor. Estos cambios originan sequedad vaginal y dolor en el coito. En los cambios experimentados con la edad no sólo intervienen factores físicos, sino también psicológicos, culturales y personales.

Con la edad, los roles sociales de las mujeres cambian, éstas adquieren mayores responsabilidades y en muchas ocasiones la sexualidad queda relegada a un segundo término. Los trastornos de salud sexual son un tema tabú, por lo que muchas veces es difícil obtener información al respecto y llegar a un diagnóstico. Sin embargo, estudios recientes muestran que las disfunciones sexuales pueden afectar a la calidad de vida de los pacientes y ser causa de depresión y de otros trastornos psiquiátricos o psicósomáticos que pueden tener implicaciones individuales, familiares o sociales.

Ante la evidencia aportada por los estudios epidemiológicos, que muestran que estamos ante un problema con alta prevalencia en la población y que, además, puede tener consecuencias en cuanto a la salud individual o colectiva, se podría plantear un programa de detección precoz. Sin

embargo, antes de implantar cualquier programa de este tipo es conveniente analizar todos los aspectos que intervienen, sin olvidar las implicaciones éticas y psicológicas que comporta.

CRIBADO

Es el examen de un grupo previamente definido de personas asintomáticas para clasificarlas como probables o improbables enfermos de una determinada enfermedad o poseedores de un determinado factor de riesgo objeto de detección. Ésta y el tratamiento precoz constituyen una modalidad de prevención secundaria altamente necesaria cuando el conocimiento científico, las dificultades de aplicación o la economía impiden llevar a cabo el nivel de actuación más deseado por los profesionales de la sanidad, es decir, la prevención primaria.

En los últimos años ha aumentado la aplicación de programas de cribado, tanto con el objetivo de detectar enfermedades como posibles factores de riesgo. Diversas intervenciones preventivas, como el cribado de exceso de peso y obesidad, hipertensión arterial, hipercolesterolemia, cáncer de mama y de cuello uterino y del consumo excesivo de alcohol, están integradas en la práctica asistencial. No sucede así con el cribado de las disfunciones sexuales.

Un programa de cribado debe cumplir siempre los requerimientos exigibles tanto a actividades de carácter más curativo o asistencial como a las propias actividades preventivas y

de promoción de la salud. Teniendo en cuenta que el individuo a quien se le ofrece participar en actividades de cribado está aparentemente sano, no basta con la existencia de evidencia científica de la efectividad de la intervención, sino que es imprescindible que los efectos beneficiosos esperables superen los posibles efectos indeseables. También resulta importante considerar la utilización eficiente de los recursos y el contexto sociocultural en el que se desenvuelve el sistema sanitario y las características organizativas de éste.

Además, algo fundamental que muchas veces se olvida es que, cuando se ofrece a un individuo participar en un programa de cribado, se debe disponer no sólo de facilidades asistenciales para aplicar la prueba, sino también para ofrecer el tratamiento más adecuado a todos aquellos a quienes se les detecte la enfermedad, y siempre dentro de un plazo de tiempo adecuado.

Los criterios que justifican la práctica de actividades de prevención secundaria fueron ya propuestos por Wilson y Junger en 1968. Según estos requisitos:

- La historia natural de la enfermedad debe ser conocida y ha de existir una fase preclínica lo suficientemente prolongada y detectable en la que el tratamiento influya de forma favorable en el curso y pronóstico de la enfermedad (vulnerabilidad).
- La enfermedad tiene que ser lo suficientemente importante en térmi-

nos de morbilidad, mortalidad y coste económico y social.

- Hay que disponer de las pruebas de cribado adecuadas.

Por lo tanto, tres aspectos básicos que hay que tener en cuenta son: la enfermedad o factor de riesgo objeto de cribado, la prueba diagnóstica utilizada y la población a quien debe dirigirse el cribado. A continuación revisamos estos tres aspectos en relación a la necesidad de un cribado de las disfunciones sexuales.

Objeto de cribado

Los factores que se han de considerar respecto al problema de salud que se debe incluir en un programa de cribado son su prevalencia, mortalidad asociada, transmisibilidad y su impacto social y económico. En este sentido, las disfunciones sexuales tienen una alta prevalencia estimada y representan una pérdida de la calidad de vida del individuo. Además, este tipo de problemas de salud sexual tiene implicaciones individuales, familiares y sociales.

Los problemas que conciernen a la salud sexual pueden estar relacionados con la presencia de otros tipos de problemas de salud, que son la causa o la consecuencia, por lo que su diagnóstico podría permitir en algunos casos un diagnóstico precoz de posibles enfermedades subyacentes.

Antes de iniciar un programa de cribado es indispensable definir los criterios diagnósticos de la enferme-

dad. Además, la enfermedad objeto de cribado ha de ser tratable o controlable y el tratamiento que se aplique después de efectuado el diagnóstico precoz tiene que resultar más efectivo que el que se aplicaría al hacerse el diagnóstico clínico. En esta línea, a pesar de que los estudios epidemiológicos demuestran que las disfunciones sexuales afectan más a las mujeres, en el hombre han sido más estudiados y se dispone de una herramienta útil para su diagnóstico y de un tratamiento relativamente eficaz. Por lo que se refiere a las disfunciones sexuales en la mujer, se ha publicado recientemente una nueva clasificación de las disfunciones sexuales⁵ y una revisión⁶ de los tratamientos farmacológicos utilizados para tratar las disfunciones concluye que no existe evidencia científica para el uso rutinario de estrógenos o andrógenos para mejorar la libido en las mujeres postmenopáusicas; tampoco hay evidencia de que otro tipo de terapias farmacológicas puedan recomendarse de forma general. En definitiva, el tratamiento de la disfunción sexual, aunque posible, es difícilmente estandarizable y requiere una actuación individual, multifactorial y multidisciplinaria.

Población diana

Por lo que se refiere a la población a la que debe dirigirse un programa de cribado, existen fundamentalmente dos estrategias posibles. Se habla de «cribado poblacional» cuando la prueba se aplica a grandes grupos de población, generalmente definidos

según criterios de edad y sexo. La búsqueda activa de casos (*case finding*) se basa en aprovechar las visitas de los individuos a centros de asistencia sanitaria por cualquier otro motivo para invitarles entonces a que, voluntariamente, se sometan a una determinada prueba con el fin de diferenciar a los que pueden padecer la enfermedad de aquellos que no es probable que la padezcan.

Prueba diagnóstica

Las pruebas de detección precoz deben ser válidas y precisas, pero además han de tener un coste bajo, ser de fácil aplicación y suponer un mínimo discomfort. Las pruebas diagnósticas disponibles para detectar una disfunción sexual se describen en el siguiente apartado.

MÉTODOS DIAGNÓSTICOS

Se dispone de un instrumento para la valoración de la disfunción sexual en los varones, considerado como el estándar de referencia, denominado *International Index of Erectile Function*; sin embargo, no existe todavía un instrumento equivalente para la valoración de la disfunción sexual en la mujer.

La evaluación debe empezar con la realización de una buena historia clínica y una exploración física, con la posibilidad de realizar una determinación analítica hormonal, tal como defienden algunos autores. La evaluación fisiológica de la respuesta sexual

puede incluir una fotopletismografía vaginal o una ultrasonografía, pruebas que no siempre están disponibles. Muchos autores consideran que los cuestionarios autoadministrados son la herramienta más válida para medir la respuesta sexual, ya que permiten valorar la función sexual de la paciente en su propio medio, muchas veces incluso en su propio domicilio, lo que resulta habitualmente más cómodo y aceptable.

Durante la década de los años 70, autores como Hoon, Wincze, Zuckerman describieron escalas unidimensionales para medir el comportamiento sexual. Posteriormente se desarrollaron cuestionarios multidimensionales (Derogatis y Melisaratos en 1979, Taylor, Rosen y Leiblum en 1994) que proporcionan información acerca de la actividad sexual, el deseo y la excitación. Sin embargo, todos ellos fueron desarrollados antes de la Conferencia Internacional de Consenso sobre disfunción sexual femenina, en la que se establecieron las definiciones y la clasificación actual de las disfunciones sexuales.

Los cuestionarios de los que se dispone permiten medir actividad sexual, deseo, excitación, orgasmo y dolor, teniendo en cuenta que estos factores pueden intervenir en la función sexual de maneras distintas. Los diferentes factores que intervienen en la aparición de un trastorno pueden interactuar entre sí. No es raro diagnosticar una categoría de disfunción sexual en la que los elementos que intervienen se solapan con los de otras categorías.

Se necesitan, por tanto, instrumentos que permitan medir el peso relativo de cada elemento dentro de cada categoría. A pesar de que fueron diseñados para la investigación o para llevar a cabo estudios epidemiológicos, estos cuestionarios han podido ser estandarizados para fines diagnósticos para orientar el tratamiento, así como para determinar la respuesta a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos. Los más utilizados han sido los siguientes:

Brief Index of Sexual Functioning for Women (BISF-W) (22 ítems)⁷

Fue uno de los primeros instrumentos con características multidimensionales para valorar la disfunción sexual en mujeres. Se basó en uno similar que se utilizaba para estudiar la disfunción sexual en varones. Inicialmente exploraba tres aspectos: deseo, actividad y satisfacción sexuales. Fue diseñado para su uso en mujeres sanas y en aquellas con alteraciones orgánicas o inorgánicas como causas de disfunción sexual. Posteriormente, el cuestionario se modificó y adoptó un sistema de puntuación estandarizado⁸. Las modificaciones efectuadas iban en la línea de evitar el solapamiento de factores, de modo que a partir de entonces se valoraron también: pensamientos y deseos, excitación, frecuencia de la actividad sexual, receptividad e iniciación, orgasmo, satisfacción en las relaciones y otros problemas que afectaban a las relaciones sexuales. Este cuestionario se ha empleado en

los últimos años para valorar la función sexual de las mujeres que recibían tratamientos con testosterona.

Derogatis Interview for Sexual Functioning (DISF/DISF-SR)⁹ (25 ítems)

Utilizado para valorar la calidad de la función sexual, consta de una entrevista personal y un cuestionario autoadministrado. Explora cinco campos: fantasía y cognición sexual, excitación sexual, comportamiento sexual y experiencias, orgasmo y las relaciones. Se establece una puntuación por ítem, otra por grupos y otra total. Es fácil de cumplimentar y requiere una media de 15 a 20 min para la cumplimentación total. Se ha usado en investigaciones clínicas.

Female Sexual Function Index (FSFI) (19 ítems)¹⁰

Fue desarrollado y validado por Rosen *et al.* en el año 2000 a raíz de la Conferencia Internacional de Consenso, que estableció la definición y clasificación de las disfunciones sexuales. Se caracteriza por su brevedad y sencillez, además de permitir un abordaje multidimensional del trastorno sexual femenino independientemente de la edad de la mujer. Consta de dos partes: en la primera se recogen las características sociodemográficas y en la segunda, formada por 19 preguntas, se analiza la función sexual en las últimas cuatro semanas. Cada una

de las preguntas tiene seis respuestas posibles de las que la paciente tiene que seleccionar la que mejor describa su situación (0: no actividad, 5: menor deterioro y 1: mayor deterioro).

Las 19 preguntas recogen cinco aspectos de la actividad sexual que se deducen del análisis factorial: deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor.

El cuestionario es útil sólo para aquellos individuos que tienen algún nivel de actividad sexual durante el período en el que se mide.

Estos tres cuestionarios tienen en común la valoración de los principales componentes del ciclo sexual de la mujer, pero difieren en la consideración de los aspectos emocionales y de comportamiento de la disfunción sexual, de la frecuencia de la actividad sexual y de la aplicación del sistema de clasificación que se estableció en la Conferencia de Consenso sobre sexualidad femenina.

Otros cuestionarios que se han utilizado en diferentes estudios epidemiológicos han sido el *Sexual Function Questionnaire* (SFQ-V1), que explora 31 ítems, el *Change in Sexual Functioning Questionnaire* (CSFQ) y el *McCoy Female Sexuality Questionnaire* (MFSQ), que fue diseñado para medir los aspectos de la sexualidad femenina relacionados con los cambios hormonales durante la menopausia y valorar la terapia hormonal sustitutiva en mujeres menopáusicas sin o con patología (hemodializadas, histerectomizadas o sometidas a radioterapia o

quimioterapia tras un carcinoma rectal). Otros autores han diseñado variaciones de estos cuestionarios para detectar trastornos sexuales en situaciones especiales, como después del diagnóstico y tratamiento de un cáncer ginecológico (el SAQ fue diseñado para investigar el impacto de la administración de tamoxifeno a largo plazo en la función sexual en mujeres con alto riesgo de desarrollar cáncer de mama), supervivientes de cáncer (Syrjala *et al.*), que se ha utilizado para pacientes jóvenes tras un trasplante de progenitores hematopoyéticos y ha mostrado no ser aceptable para cualquier tipo de paciente, y otros, como SVQ (*Sexual Function-Vaginal changes Questionnaire*), que se ha empleado para la evaluación del tratamiento específico de problemas vaginales y el UGQ (*Uro-Gynecological Questionnaire*), que sirve para evaluar la morbilidad urológica y ginecológica después del tratamiento del cáncer ginecológico.

La dificultad para encontrar un instrumento único que permita medir la respuesta sexual femenina se debe básicamente a que la sexualidad femenina es multifactorial, pues en ella intervienen factores biológicos, psicosexuales, sociales y culturales, pero a la vez es multisistémica, ya que requiere la integridad de la función de los sistemas inmune, hormonal, vascular, muscular y conectivo. Además, no es un proceso continuo y estable a lo largo de la vida, sino que varía tanto en función del contexto personal o social en el que se encuen-

tre como por los factores médicos que le puedan ocurrir a la paciente a lo largo de la vida. Uno de los aspectos que destacan la mayoría de estudios realizados para la detección de la disfunción sexual es la relación entre ésta y el distrés o insatisfacción que genera. Se observa que las disfunciones sexuales pueden presentarse con o sin distrés personal o interpersonal. Algunos estudios¹¹ han descrito que la satisfacción no se relaciona con la gravedad de la disfunción sexual: un 38% de la mujeres presentaban una disfunción sexual referida al deseo y un 25% a la excitación, pero el 78% de todas las mujeres declaraban estar satisfechas en su vida sexual.

Se ha descrito que el distrés asociado a las disfunciones es inversamente proporcional a la edad de las mujeres. De hecho, el componente subjetivo desempeña un papel muy importante en la presentación de una disfunción sexual. De esta manera, las disfunciones sexuales podrían describirse como un continuo que iría de la insatisfacción (con integridad de la respuesta fisiológica pero con frustración emocional o afectiva) a la disfunción (con o sin alteraciones patológicas) e incluso hasta llegar a una patología grave.

La magnitud del problema relacionado con las disfunciones sexuales, las dificultades en su diagnóstico y la falta de tratamiento eficaz para algunas de ellas sugieren la utilidad de las intervenciones de cribado, pero, a su vez, ponen de manifiesto la necesidad de realizar nuevas investigaciones y de aumentar la colabora-

ción y coordinación de los diferentes profesionales sanitarios implicados. Unificar criterios diagnósticos y de tratamiento permitiría avanzar en el conocimiento de las disfunciones sexuales y quizás haría posible en un futuro un circuito ágil para la búsqueda individualizada y activa de casos, probablemente desde el sistema de Atención Primaria, hasta alcanzar en caso necesario niveles asistenciales más especializados.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Panamerican Health Organization; World Health Organization. Promotion of sexual health: recommendations for action 2000.
- 2 Nicolosi A, Laumann EO, Glasser DB, Moreira ED, Paik A. Gingell CI for the global study of sexual attitudes and behaviors investigators' group. Sexual behavior and sexual dysfunctions after age 40: the global study of sexual attitudes and behaviors. *Urology* 2004;64: 991-7.
- 3 Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *JAMA* 1999;281: 537-44.
- 4 Hansen L, Mann J, McMahon SH, Wong T. Sexual health. *BMC Women's health* 2004;4(supl 1):S24.
- 5 Basson R, Berman J, Burnett A, Derogatis L, Ferguson D, Fourcroy J, et al. Report of the international consensus development conference on female sexual dysfunction: definitions and classifications. *J Urol* 2000 Mar;163(3):888-93.
- 6 American College of Obstetricians and Gynecologists Women's Health Care Physicians. Sexual dysfunction. *Obstet Gynecol* 2004 Oct;104(4 supl):85S-91S.

- 7 Taylor JF, Ros RC, Leiblum SR. Self-report assessment of female sexual function: psychometric evaluation of the Brief Index of Sexual Functioning for Women. *Arch Sex Behav* 1994;23:627-43.
- 8 Mazer NA, Leiblum SR, Rosen RC. The Brief Index of Sexual Functioning for Women (BISF-W): a new scoring algorithm and comparison of normative and surgically menopausal populations. *Menopause* 2000;7:350-363.
- 9 Derogatis LR. The Derogatis Interview for Sexual Functioning (DISF/DISF-SR): an introductory report. *J Sex Marital Ther* 1997;23:291-304.
- 10 Rosen R, Brown C, Heiman J, Leiblum S, Meston C, Shabsigh R, et al. The Female Sexual Function Index (FSFI): A Multi-dimensional Self-Report Instrument for the Assessment of the female sexual function. *J Sex Marital Ther* 2000;26:191-208.
- 11 González M, Viafara G, Caba F, Molina E. Sexual function, menopause and hormone replacement therapy (HRT). *Maturnitas* 2004 Aug 20;48(4):411-20.