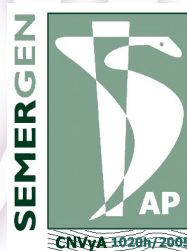


SEMERGEN DoC

Documentos Clínicos SEMERGEN

ÁREA SALUD MENTAL

Salud
sexual





• INTRODUCCIÓN	5
• SALUD SEXUAL	7
• CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS O DISFUNCIONES SEXUALES	13
• ESTRATEGIA DIAGNÓSTICA EN LOS PROBLEMAS SEXUALES	19
• EVALUACIÓN DE LOS PROBLEMAS SEXUALES	29
• INTERVENCIÓN DEL MÉDICO DE FAMILIA EN SALUD SEXUAL	37
• ACTIVIDADES PREVENTIVAS	57
• INDICADORES DE CALIDAD	67
• ÍNDICE DE DIAPOSITIVAS	71

Consejo Editorial

Federico E. Pérez Agudo

Equipo de Atención Primaria de Madrid 5 (Madrid)

Webmaster Nacional de SEMERGEN

Grupo de Formación Pregrado y Universidad de SEMERGEN

Dulce Ramírez Puerta

Centro de Salud Los Fresnos (Madrid)

Coordinadora del Grupo de Trabajo de Calidad de SEMERGEN

Representante de SEMERGEN en la Comisión Nacional de la Especialidad

Ana María de Santiago Nocito

Centro de Salud de Meco (Madrid)

Vocal Nacional de Formación y MIR de SEMERGEN

Coordinadora Nacional de Grupos de Trabajo de SEMERGEN

Coordinador Editorial

Froilán Sánchez Sánchez

Centro de Salud de Rotglá (Valencia)

Coordinador del Grupo de Trabajo de Sexología de SEMERGEN

Autores

José Manuel Benítez Moreno

Área Básica de Salud 1 Santa Coloma de Gramenet (Barcelona)

Grupo de Trabajo de Salud Mental y de Sexología de SEMERGEN

Francisco José Brenes Bermúdez

Área Básica de Salud Llefia Badalona (Barcelona)

Grupo de Trabajo de Sexología de SEMERGEN

Coordinador del Grupo de Trabajo del Enfermo Urológico de SEMERGEN

Paloma Casado Pérez

Centro de Salud Canillejas (Madrid)

Grupo de Trabajo de Calidad de SEMERGEN

Ramón González Corrales

Centro de Salud de Piedrabuena (Ciudad Real)

Grupo de Trabajo de Sexología de SEMERGEN

Froilán Sánchez Sánchez

Centro de Salud de Rotglá (Valencia)

Coordinador del Grupo de Trabajo de Sexología de SEMERGEN

Elena Villalva Quintana

Equipo de Atención Primaria Ramiro II (Alcalá de Henares, Madrid)

Grupo de Trabajo de Salud Mental y de Sexología de SEMERGEN

Introducción

El monográfico que presentamos sobre “Salud Sexual y Medicina de Familia”, realizado por el Grupo de Sexología de SEMERGEN, nace con la pretensión de servir a los médicos de familia como herramienta práctica que les permita manejar con solvencia las cuestiones sexuales habituales que se presentan en clínica.

Los médicos de familia, en el cumplimiento del compromiso con la sociedad que nos ha encomendado el cuidado de su salud, siempre hemos sabido dar acertada respuesta a sus demandas. En referencia a los temas de salud sexual, no sólo hemos de responder de manera adecuada a las preguntas, dudas y peticiones de información que nos puedan plantear, sobre todo la población más joven; sino que también hemos de estar preparados para abordar con éxito los problemas de salud sexual que nos surjan o sospechemos en la clínica diaria; reconociendo que estas cuestiones, que siempre han estado ahí, en la actualidad afortunadamente van saliendo del cuarto oscuro en el que se mantenían secularmente y se nos presentan cada vez con mas frecuencia. Son trastornos siempre habituales pero por razones sociales, culturales y quizás, por qué no decirlo, debido a nuestra actitud hacia ellos, no han sido abordados como conviene. Sin embargo, han preocupado y preocupan a las personas afectadas y a su entorno próximo.

Un informe de la OMS de 1975, en base a una reunión previa de 29 expertos procedentes de 12 países celebrada en Ginebra, definió la salud sexual como “la integración de los elementos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del ser sexual, por medios que

sean positivamente enriquecedores y que potencien la personalidad, la comunicación y el amor”. Desde ese punto de vista se consideran muy importantes el derecho a la información sexual y el derecho al placer.

Los médicos de familia deberíamos tener muy presentes en nuestra actividad profesional los elementos básicos de salud sexual que la OMS enumera:

1. La aptitud para disfrutar de la actividad sexual y reproductiva, y para regularla de conformidad con una ética personal y social.
2. La ausencia de temores, de sentimientos de vergüenza y culpabilidad, de creencias infundadas y de otros factores psicológicos que inhiban la reacción sexual o perturben las relaciones sexuales.
3. La ausencia de trastornos orgánicos, de enfermedades y deficiencias que entorpezcan la actividad sexual y reproductiva.

Los problemas de salud sexual a veces son referidos espontáneamente por los pacientes pero otras, la mayor parte, no se comunican al médico y suele pasar inadvertida. Estos trastornos son muy prevalentes y provocan no sólo una verdadera agresión sobre el afectado y su entorno sociofamiliar, mermando su calidad de vida y generando serios conflictos personales y de pareja. También repercuten en nuestra práctica clínica al inducir en ocasiones incumplimiento terapéutico; sirvan a modo de ejemplo los casos de disfunción eréctil secundaria a la toma de ciertos fármacos que hace que, ante la aparición de este efecto adverso, se abandone la medicación de base.

Sinceramente, creemos que tanto por las características de nuestro ejercicio profesional: proximidad al paciente, atención continuada, confidencialidad, empatía, etc., como por nuestra capacidad de asistencia universal, si los médicos de familia no nos comprometemos en el abordaje de esta patología, es dudoso que se pueda hacer adecuadamente desde otros colectivos profesionales.

Es evidente que nuestras consultas están sobrecargadas, a menudo con labores de gestión y burocracia, pero no podemos perder de vista cual es nuestro horizonte profesional y el abordaje de la salud sexual lo es; son también un problema de salud y al respecto el paciente tiene derecho a recibir adecuada atención sanitaria. En aquellos casos concretos que superen nuestra capacidad de intervención, consultaremos o derivaremos a otros especialistas: ginecólogo, sexólogo, urólogo, psiquiatra, psicólogo clínico, etc, pero no miremos de soslayo ante la sospecha de una disfunción sexual y asumamos nuestro compromiso con una patología que está ahí y que altera seriamente la calidad de vida de los pacientes. Tengamos claro que son trastornos más frecuentes de lo que suponíamos, cuyo diagnóstico

requiere una búsqueda activa, basada en la sospecha y que para su reconocimiento, como siempre en nuestro ejercicio profesional y más aquí si cabe, es esencial asumir una actitud de empatía con el afectado.

En SEMERGEN estamos muy comprometidos en la promoción de las actividades de formación en salud sexual porque creemos que son una asignatura pendiente, no sólo en nuestra especialidad de medicina de familia, sino en el resto de las que integran el área médica.

Algunos médicos de familia no se implican en estas cuestiones, que forman parte de nuestro campo de competencias, por no sentirse suficientemente formados o desconocer el manejo de las situaciones clínicas más frecuentes. Nuestra fundamental pretensión es que esta monografía provea de formación y confianza suficiente para afrontar con soltura los problemas de salud sexual más habituales. Al tiempo deseamos que su consulta resulte gratificante y amena.

Froilán Sánchez Sánchez
Coordinador

Salud sexual

Froilán Sánchez Sánchez

1. Últimas evidencias

El concepto de salud integra aspectos relacionados con el bienestar orgánico, psíquico, social y por supuesto sexual.

La actividad sexual es un comportamiento aprendido, no instintivo y debe enseñarse.

El desconocimiento anatómico y fisiológico, así como la desinformación sexual, generan con frecuencia trastornos sexuales (Hartman WE, 1972), que son más frecuentes entre las personas menos instruidas (menor nivel de estudios) (Sánchez F y cols., Montreal 2005). También pueden surgir conflictos entre los valores y las creencias con las que se ha sido educado y las propias necesidades y deseos de expresión sexual (Offit AK, 1995).

En el siguiente apartado se expone el ciclo de la respuesta sexual humana.

Hay una clara relación entre calidad de vida y vida sexual satisfactoria:

- Así, en un estudio longitudinal (Palmore EB, 1982) se observó que para los hombres la frecuencia en las relaciones sexuales y para las mujeres el disfrute de las mismas eran factores predictivos significativos de longevidad.
- Otro estudio realizado en población reclusa (Carcedo R y cols., Sexología Integral 2005), con limitación para establecer relaciones sexuales interpersonales, ha demostrado que la variable más fuertemente asociada a la satisfacción sexual y a la vida de pareja es la frecuencia de las relaciones sexuales, tanto para mujeres como para hombres.

Una vida sexual sana reporta numerosos beneficios (tabla 1).

Tabla 1. Beneficios de disfrutar de buena salud sexual

- Posibilidad de vincularse al futuro a través de la procreación
- Medio de placer y de liberación física
- Sensación de conexión con los demás
- Medio de comunicación amable, sutil o intensa
- Potencia sentimientos de autoestima y autovaloración
- Contribuye a la identidad propia
- Calidad de vida
- Longevidad

Fogel CI, Lauver D, editores. *Sexual Health Promotion*. Filadelfia: WB Saunders; 1990:1-18.

Las disfunciones sexuales (DS) se han correlacionado con niveles más bajos de calidad de vida (Rosen RC, 2000):

- La calidad de vida ha sido medida con diversos instrumentos psicométricos y debido a la alta prevalencia de las DS esta cuestión supone un importante problema de salud pública (Laumann EO y cols., JAMA 1999) teniendo además un impacto significativo en las relaciones interpersonales.
- Tanto en hombres como en mujeres con DS (McCabe MP, 1997): eyaculación precoz, disfunción eréctil o bajo deseo sexual en ellos y anorgasmia, problemas de deseo y de excitación sexual en ellas, existe significativamente menor satisfacción con sus relaciones íntimas y peores índices de calidad de vida al compararlo con hombres y mujeres que no presentan trastornos sexuales.
- En pacientes con disfunción eréctil (Litwin MS y cols., 1998) se ha observado correlación entre función sexual, relaciones matrimoniales y percepción de salud en general, registrándose mejor función sexual entre los hombres con mayor nivel económico. Igualmente en otro amplio estudio en pacientes con disfunción eréctil (DE) resultó que la intervención terapéutica (en este caso fue con PGE1: alprostadil) no sólo mejoró el bienestar sexual sino que incrementó la satisfacción de vida en su totalidad, mostrándose la satisfacción sexual como un potente factor predictivo de satisfacción de vida.

Las disfunciones sexuales afectan también a la satisfacción sexual del compañero o compañera:

- En un estudio realizado en mujeres japonesas para evaluar la prevalencia de disfunciones sexuales y su relación con la calidad de vida, se observó que la rigidez de la erección de la pareja, el orgasmo y la excitación propios eran los factores que más contribuían a la frecuencia de las relaciones sexuales. Las caricias preliminares y el orgasmo eran los factores que más contribuían a que las mujeres estuviesen satisfechas con su vida sexual.
- Otros estudios publican que la prevalencia de disfunción sexual entre las compañeras de varones con DE ronda el 55% (Greenstein A y cols., 2006) y que este trastorno del varón puede facilitar la aparición de nuevas alteraciones sexuales en las mujeres o incrementar disfunciones previas (Fisher W y cols., 2005).
- De los actuales fármacos inhibidores de la fosfodiesterasa 5: sildenafilo, tadalafilo y vardenafilo es precisamente éste el que presenta mayor selectividad inhibitoria sobre dicha enzima *in vitro* (Sommer F, 2005) e igualmente ha demostrado mejorar la calidad de vida sexual tanto a los pacientes con DE como a sus parejas (Fisher W y cols., 2005).

Los problemas cotidianos de salud afectan a la sexualidad, sin embargo, generalmente esta relación no es tenida en cuenta:

- En las habituales relaciones del médico con los pacientes, la sexualidad suele ser un tema tabú que no se aborda y los pacientes de *motu proprio* no suelen consultar por ese motivo (Sánchez F, Semergen 2003).
- Los médicos se van concienciando cada vez más de lo importante que es abordar las cuestiones sexuales de los pacientes en su consulta (Villalva E, Sexología Integral 2006), dada la alta frecuencia de estos trastornos entre la población y su repercusión en la calidad de vida.

La habitual escisión entre sexualidad y salud, induce a que muchas personas con trastornos sexuales no las relacionen con otras enfermedades que sufren:

- Diversos estudios han relacionado de manera evidente enfermedades muy prevalentes: cardiopatías, hipertensión, diabetes, diversos fármacos, trastornos del estado de ánimo, etc. con DS (Feldman HA y cols., 1994, Martín Morales y cols., 2001).
- Los trastornos sexuales *per se* pueden generar enfermedades médicas, que a su vez deterioran la calidad de vida. Los aspectos relacionados con el desempeño sexual (Kaplan HS, 1985, Masters y Johnson, 1996): idoneidad, adecuada función sexual, miedo al abandono o al rechazo, etc., son con frecuencia generadoras de ansiedad y conflictos neuróticos que afectan a la autoestima y, de haberla, a la relación de pareja, mediante conductas de evitación, conflictos de pareja, etc.

2. Ciclo fisiológico de la respuesta sexual

La respuesta sexual humana es una sucesión de acontecimientos fisiológicos, cuyo fin es facilitar el desempeño placentero de actividad sexual.

Para que sea posible todo el organismo, y particularmente los órganos genitales de cada miembro de la pareja, ha de experimentar cambios importantes en su forma y su función, a través de un proceso de excitación, de tal modo que, por ejemplo, el coito es imposible si el pene permanece flácido o la vagina está seca y no se ha dilatado.

Hay que destacar que el coito vaginal no es el fin del proceso de respuesta sexual,

aunque tal hecho suele suceder en buena parte de los encuentros sexuales heterosexuales; los procesos fisiológicos que suceden durante la denominada “respuesta sexual” acontecen igualmente en cualquier otra forma de actividad sexual placentera, con independencia de si ésta alcanza alguna o varias descargas orgásmicas.

Hasta hace pocos años se tenía la idea de que en la respuesta sexual humana se producía una única fase que abarcaba todo, sin distinción entre el deseo, la excitación y el orgasmo. Consecuente con ello, todos los trastornos sexuales se consideraban una única entidad clínica, sin diferenciación entre eyaculación precoz, disfunción eréctil, anorgasmia, etc. y a los hombres incapaces de desempeñar la actividad sexual, por la razón que fuese, se les denominaba impotentes y a las mujeres frías.

Masters y Johnson tuvieron la valentía de romper con los prejuicios emocionales que impedían el abordaje científico de la fisiología sexual y estudiaron, de manera muy detallada, las interacciones sexuales de 382 muje-

res y 312 hombres de 18 a 89 años, en más de diez mil episodios de actividad sexual, en la Fundación de Biología Reproductiva de San Luis. En 1966 publicaron en el libro *Respuesta Sexual Humana* los resultados de sus investigaciones que fueron sorprendentes para su época. Algunos de ellos fueron:

- La importancia del clítoris en la excitación y el orgasmo de las mujeres.
- La descripción de la posibilidad de orgasmos múltiples en las mujeres.
- La identificación, en el hombre, del “punto de inevitabilidad eyaculatoria” momento en el que proceso eyaculatorio se activa desde el interior y ya no puede detenerse.
- La descripción del “período refractario” tras la eyaculación en los hombres, período de tiempo que varía de unos a otros, durante el cual, a pesar

Tabla 2. Cambios fisiológicos en el hombre durante el ciclo de respuesta sexual

Fase de deseo	- Ningún cambio físico concreto
Excitación	- Comienza la erección - El escroto comienza a engrosarse y los testículos a ascender - Los pezones pueden ponerse erectos - Aumentan el ritmo cardíaco y la presión sanguínea, así como la tensión neuromuscular general
Meseta	- Se incrementa la rigidez eréctil, agrandándose el glande ligeramente - Los testículos incrementan su tamaño y se acercan más al cuerpo - Puede aparecer fluido preeyaculatorio - Puede aparecer rubor sexual en pecho y abdomen superior (en uno de cada cuatro hombres) - El ritmo cardíaco y la presión sanguínea aumentan y la respiración puede hacerse más superficial y rápida - Contracción voluntaria del esfínter rectal, empleada por algunos hombres como técnica de estimulación - Mayor aumento de la tensión neuromuscular y disminución de la agudeza visual y auditiva
Orgasmo	- Se inician contracciones rítmicas involuntarias en la próstata, vesículas seminales, recto y pene - Poco después tiene lugar la eyaculación - Los testículos quedan muy pegados al cuerpo - El rubor sexual, si está presente, alcanza su máximo color y extensión - Ritmo cardíaco, presión sanguínea y ritmo respiratorio al máximo - Pérdida del control voluntario muscular; pueden producirse espasmos en los músculos de la cara, las manos y los pies
Resolución	- Rápida pérdida de la mayor parte de la erección del pene, con lento regreso al tamaño normal - Los testículos vuelven a su posición habitual y recobran su tamaño normal - Fase de período refractario, durante el cual no es posible la excitación sexual. Su duración es muy variable, siendo generalmente más corto en los hombres jóvenes y aumentando su duración con la edad. - Pérdida de la erección en los pezones y rápida desaparición del rubor sexual - La tensión neuromuscular puede continuar, con temblores o contracciones involuntarias de grupos de músculos aislados - El ritmo cardíaco, la presión sanguínea y el ritmo respiratorio vuelven a los niveles previos a la excitación - Sensación general de relajación y recuperación de agudeza visual y auditiva

Tabla 3. Cambios fisiológicos en la mujer durante el ciclo de respuesta sexual

Fase de deseo	- Ningún cambio físico concreto
Excitación	- Comienza la lubricación vaginal - Los dos tercios interiores de la vagina se expanden y los labios externos se hinchan y se retiran de la abertura vaginal. Los labios interiores se hacen más gruesos - El útero asciende - Los pezones se ponen erectos y el tamaño de las mamas aumenta ligeramente - Puede aparecer rubor sexual (en una de cada dos mujeres) - Se incrementa el ritmo cardíaco y la presión sanguínea así como la tensión neuromuscular general
Meseta	- La lubricación vaginal continúa, pero puede aumentar y disminuir - Hinchazón del tercio exterior de la vagina (plataforma orgásmica) que se expande interiormente y se estrecha - El útero se eleva todavía más y los dos tercios internos de la vagina se expanden y alargan aún más - El clítoris se retrae bajo el capuchón clitorideo - Los labios vaginales se hinchan y cambian de color - El rubor sexual, si está presente, se intensifica y extiende - Mayor incremento del tamaño de las mamas; la areola se hace más prominente - El ritmo cardíaco y la presión sanguínea aumentan más, la respiración puede hacerse más superficial y rápida - Contracción voluntaria del esfínter rectal, empleada por algunas mujeres como técnica de estimulación - Mayor aumento de la tensión neuromuscular y disminución de la agudeza visual y auditiva
Orgasmo	- Se inician contracciones rítmicas involuntarias de la plataforma orgásmica y el útero - El rubor sexual, si está presente, alcanza su máximo color y expansión - Contracciones involuntarias del esfínter rectal - Ritmo cardíaco, presión sanguínea y ritmo respiratorio al máximo - Pérdida del control voluntario muscular; pueden producirse espasmos musculares en la cara, las manos y los pies
Resolución	- El clítoris regresa a su posición normal pasados unos cinco a diez minutos después del orgasmo - Desaparece la plataforma orgásmica - Los labios vaginales vuelven a su grosor, posición y color normales - La vagina regresa rápidamente a la posición de reposo; la vuelta al color de reposo puede tardar entre diez y quince minutos - El útero y el cuello uterino vuelven a su posición no estimulada - La aureola regresa con rapidez a su tamaño normal; la erección de los pezones desaparece con mayor lentitud. Rápida desaparición del rubor sexual - La tensión neuromuscular puede continuar, con temblores o contracciones involuntarias de grupos de músculos aislados - El ritmo cardíaco, la presión sanguínea y el ritmo respiratorio vuelven a los niveles previos a la excitación - La sensación general de relajación predomina y se recuperan la agudeza visual y auditiva

de que haya estimulación, no es posible procesar dichos estímulos como sexualmente eficaces.

- La capacidad de disfrute sexual de los adultos de mayor edad.
- La similitud esencial de la respuesta sexual de hombres y mujeres.

El descubrimiento de que las mujeres no experimentan período refractario y el de su capacidad multiorgásmica, impactaron fuertemente en la sociedad de la época y desinflaron el mito de la superioridad sexual masculina.

Masters y Johnson describieron las distintas fases de la respuesta sexual, tal y como son actualmente reconocidas, excepto la primera de ellas, referente al deseo sexual, que fue propuesta por la Dra. Helen

Singer Kaplan, en 1979 y posteriormente aceptada por todo el mundo.

En la actualidad, se reconoce que la respuesta sexual comprende cinco fases que se manifiestan de distintas maneras, según el sexo: deseo sexual, excitación, meseta, orgasmo y resolución.

En 1991 Carrolles y Sanz, sensatamente, incluyen una fase final más en relación a la satisfacción de la experiencia sexual, lo que tiene connotaciones importantes en relación al deseo de repetirla o no con la misma persona, en las mismas o distintas circunstancias, etc.

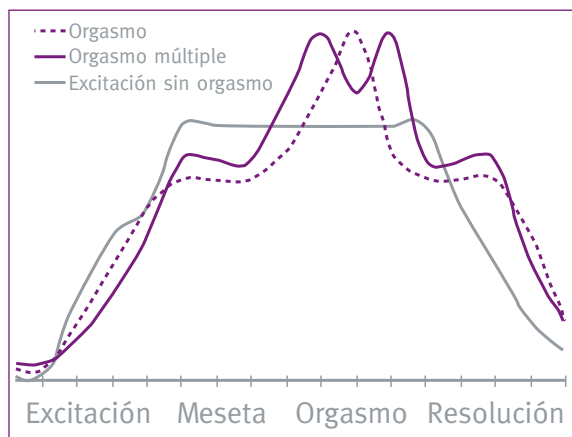


Figura 1. Expresión gráfica de la respuesta sexual del hombre y de la mujer.
www.abcsexología.com

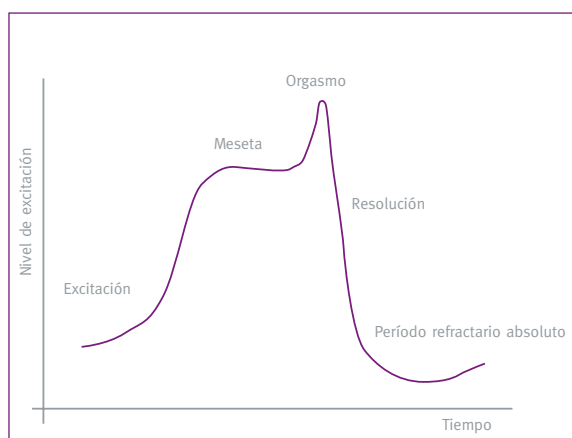


Figura 2. Gráfico en el que se esquematiza la respuesta sexual masculina.
www.abcsexología.com

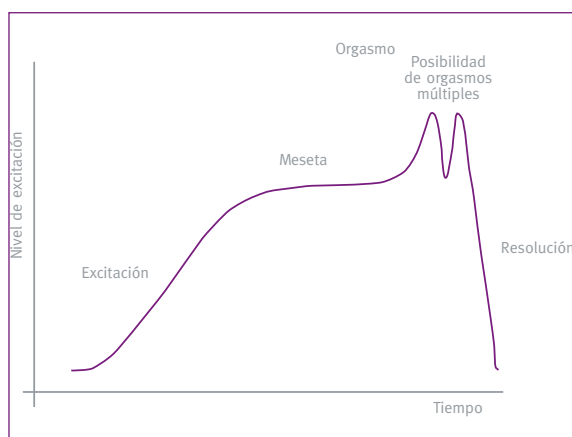


Figura 3. Gráfico en el que se esquematiza la respuesta sexual femenina.
www.abcsexología.com

En las tablas 2 y 3 se resumen los cambios físicos que suceden durante la respuesta sexual en hombres y en mujeres.

En la fase de resolución sucede el período refractario absoluto, en el cual, aunque hubiese estímulo no es posible una nueva eyaculación.

Algunas mujeres después de la sensación orgásmica, permanecen en la fase de meseta y si continúa la estimulación sexual, pueden presentar nuevos orgasmos.

Si superponemos ambos gráficos (figuras 1, 2 y 3) podremos apreciar que el hombre con mayor facilidad alcanza la fase de meseta y el orgasmo, por lo que puede suceder que el varón tenga su orgasmo y la mujer esté en la fase de meseta y no alcance el orgasmo durante el coito, alcanzándolo posteriormente, si lo desea, con otras formas de estimulación propia o de la pareja.

En general, los modelos de respuesta sexual femenina se basan en el masculino y tratan de establecer un paralelismo entre ambas respuestas, lo que cada vez se considera más erróneo (Pérez M. y cols. 2006), ya que, como se ha demostrado científicamente, la respuesta de la mujer tiene especificidad e identidad propia.

El paralelismo de las respuestas sexuales en ambos géneros no siempre es posible. En 1997 Whipple y McGreer proponen unas fases no lineales en relación a la respuesta sexual de la mujer que podrían experimentar: excitación, orgasmo y satisfacción sin deseo sexual y también deseo, excitación y satisfacción sin orgasmo.

Es interesante saber que:

- La respuesta sexual, al igual que la sexualidad, en cada individuo tiene un marcado carácter personal y específico.
- El deseo sexual sustenta todas las fases de la actividad sexual. Si los niveles de deseo son altos la respuesta sexual será más fácil y alcanzará mayor intensidad.
- La motivación juega un papel muy importante en el deseo. El acto sexual no se realiza sólo por ser una necesidad física o de descarga orgásmica, hay otros factores motivadores esenciales, como la necesidad de unirse y conectarse, de abrazar y ser abrazado/a, de amar y ser amado/a, el deseo de sentirse seguro/a, o incluso de sentirse dominado/a o de realizar una conquista. También la necesidad de emociones e incluso el correr riesgo pueden estar implicados en el deseo sexual.
- Los pensamientos y fantasías sexuales contribuyen mucho en el complejo proceso del deseo sexual.

Lectura recomendada

- Carcedo González R, López Sánchez F, Orgaz Barz MB. Variables asociadas a la satisfacción sexual de los presos. *Sexología Integral* 2005; 2(2):61-67.
- Feldman HA, Goldstein I, Hatzichristou DG, Krane RJ, McKinlay JB. Impotence and its medical and psychological correlates: results of the Massachusetts Male Aging Study. *Journal of Urology* 1994;151:54-61.
- Fisher W, Rosen R, Eardley I, Sand M, Goldstein I. Sexual experience of Female Partners of Men with Erectile Dysfunction: The Female Experience of Men's Attitudes TO Life Events and Sexuality (females) Study. *J Sex Med* 2005;2:675-684.
- Fisher W, Rosen RC, Mollen M, Brock G, Karlin G, Pommerville P, et al. Improving the sexual quality of life of couples affected by erectile dysfunction: a double-blind, randomized, placebo-controlled trial of vardenafil. *J Sex Med* 2005;2:699-708.
- Fogel CI, Lauver D, editores. *Sexual Health Promotion*. Filadelfia: WB Saunders; 1990:1-18.
- Greenstein A, Abramov L, Matzin H, Chen J. Sexual dysfunction in women partners of men with erectile dysfunction. *Int J Impot Res* 2006;18(1):44-46.
- Hartman WE, Fithian MA. *Treatment of sexual dysfunction: a biopsychosocial approach*. Long Beach, California: Center for Marital and Sexual Studies;1972.
- Kaplan ES. *Trastornos del deseo sexual*. Ed. Grijalbo SA. Barcelona,1982.
- Kaplan HS. *Evaluación de los trastornos sexuales*. Barcelona: Ed. Grijalbo SA;1985.
- Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States. Prevalence and predictors. *JAMA* 1999;281(6):537-544.
- Litwin MS, Nied RJ, Dhanani N. Health-related quality of life in men with erectile dysfunction. *J Gen Intern Med*. 1998;13(3):159-166.
- Martín Morales A, Sánchez Cruz JJ, Sáenz de Tejada I, Rodríguez Vela L, Jiménez Cruz JF, Burgos Rodríguez F. Prevalence and independent risk factors for erectile dysfunction in Spain: results of the Epidemiología de la Disfunción Eréctil Masculina Study. *J Urol* 2001;166(2): 95-104.
- Masters WH, Johnson VE, Kolodny RC. *Eros los mundos de la sexualidad*. Ed. Grijalbo SA. Barcelona, 1987.
- Masters WH, Johnson VE. *Human Sexual Response*, Little Brown, 1966.
- Masters WH, Johnson VE, Kolodny RC. *Eros los mundos de la sexualidad*. Barcelona: Ed. Grijalbo SA;1996.
- McCabe MP. Intimacy and quality of life among sexually dysfunctional men and women. *J Sex Marital Ther* 1997;23(4):276-290.
- Offit AK. *The sexual self how character shapes sexual experience*. Northvale, Nueva Jersey: Jason Aronson;1995.
- Palmore EB. Predictors of the longevity difference: a 25-year follow up. *Gerontologist*. 1982;22(6):513-518.
- Pérez M, Borrás JJ, Sánchez F, Casaubón A. *Sexo y Salud, Guía Práctica*. Eroski Publicaciones. Vizcaya, 2006.
- Rosen RC. Prevalence and risk factors of sexual dysfunction in men and women. *Curr Psychiatry Rep* 2000;2(3):189-195.
- Sánchez F, Pérez M, Borrás JJ, Gómez O, Aznar V, Caballero A. Prevalence of sexual dysfunction and its characteristics, in women of the Valencian Community (Spain). Results obtained with the sexual function questionnaire for women WSF. XVII World Congress of Sexology, Montreal 2005; Book of abstracts: 413-414. Disponible en: <http://www.worldsexology.org/esp/doc/sexoabstracts.pdf>
- Sánchez F. La disfunción eréctil y otros trastornos en la consulta del médico de familia: ¡asumamos nuestro compromiso! *Semerger* 2003;29(5):227-229.
- Sommer F. *Expert Opin. Drug Metab.Toxicol* 2005; 1(2):295-301.
- Villalva Quintana E. Aproximación a la mujer del varón con disfunción eréctil. *Sexología Integral* 2006;3(1):40-43.

Clasificación de los trastornos o disfunciones sexuales

Elena Villalva Quintana

1. Generalidades

La DSM-IV define el trastorno sexual (TS) como aquella “*alteración del deseo y/o de cualquier otra fase del ciclo de respuesta sexual que causa malestar subjetivamente importante y/o dificultades interpersonales.*” La DSM-IV define estos dos criterios en lugar del más amplio y ambiguo de la CIE-10 que es “*...que condiciona dificultad para llevar a cabo una relación sexual tal y como el individuo desearía.*” Estas dos clasificaciones toman como eje central el ciclo de la respuesta sexual humana tal y como fue descrito por Masters y Jonhson y posteriormente reelaborado por Kaplan.

La clasificación más aceptada internacionalmente es la que hace la DSM-IV, que periódicamente es revisada por los diversos grupos de estudio sobre sexología, dando lugar a la aportación de nuevas consideraciones a lo largo del tiempo.

Pueden darse simultáneamente alteraciones en distintos niveles del ciclo, existiendo importante solapamiento y comorbilidad entre ellos, siendo a veces difícil discernir entre el trastorno primario y los secundarios.

2. Clasificación por subtipos de los trastornos sexuales

Se pueden diferenciar los TS en diferentes **subtipos** (tabla 4).

Tabla 4. Clasificación por subtipos de los trastornos sexuales

- 1- Según su naturaleza temporal
 - a) *Primario o “de toda la vida”*
 - b) *Secundario o “adquirido”*
- 2- Según el contexto en que aparece
 - a) *General*
 - b) *Situacional*
- 3- Según factores etiológicos
 - a) *Debido a factores psicológicos*
 - b) *Debido a factores combinados (psicológicos ± médicos ± sustancias tóxicas)*
- 4- Según la parcela de la sexualidad implicada
 - a) *Trastornos del ciclo de la respuesta sexual*
 - b) *Trastornos relacionados con dolor durante la actividad sexual*
 - c) *Trastornos relacionados con la identidad sexual*
 - d) *Trastornos relacionados con la orientación del deseo y el patrón de excitación sexual*

3. Trastornos sexuales relacionados con otros problemas

Si el TS aparece exclusivamente **en el seno de un trastorno mental** (por ejemplo, deseo hipoactivo en el seno de una depresión), no debe establecerse el diagnóstico independizado de TS. Se observan también TS secundarios a dificultades en las relaciones interpersonales, por ejemplo, una mala relación de pareja, que no hay que clasificar como TS *per se*.

Los **TS asociados a enfermedad médica** (enfermedades neurológicas, endocrinas, genitourinarias y vasculares) deben especificarse como este ejemplo: “Trastorno en la erección secundario a diabetes”.

Si el **TS está relacionado con el consumo de drogas** o con la abstinencia de ellas (antidepresivos, antihiper-tensivos, anticonvulsivantes, antihistamínicos, opiáceos, cannabis, alcohol, cocaína), también debe especificarse.

4. Trastornos en el ciclo sexual

El panel de expertos que conforman el Grupo de Consenso Internacional sobre Disfunciones Sexuales Femeninas, matizan la clasificación de la DSM-IV y añaden una nueva categoría. En este trabajo se van a incluir para la clasificación de las DSF las observaciones de dicho grupo (tabla 5).

a) Alteración del deseo sexual

- **Deseo sexual hipoactivo**, definido como la deficiencia o ausencia recurrente o prolongada de fantasías y/o pensamientos relacionados con el sexo y/o ausencia de deseo de mantener relaciones sexuales de cualquier tipo. Esta situación además es vivida como fuente de conflictos y displacer, interfiriendo en las relaciones personales. Puede enmascarar otras alteraciones sexuales.

- **Trastorno por aversión al sexo**, definido como la aversión extrema persistente o recidivante hacia, y con evitación de, todos o casi todos los contactos sexuales genitales con una pareja sexual, que provoca malestar acusado, o problemas interpersonales. La aversión al sexo puede enmascararse con conductas no indudablemente evitativas como ocupaciones excesivas, descuido del aspecto externo para no resultar agradable o deseable, abuso de tóxicos...

b) Alteración de la fase de excitación

- En la mujer: **trastorno de la excitación sexual femenina**, persistente o recurrente: incapacidad para conseguir o mantener la excitación sexual, que puede expresarse como una pérdida de excitación subjetiva con/sin dificultad para conseguir y mantener la lubricación vaginal u otras respuestas somáticas propias de esta fase. Causa problemas relacionales y disconfort personal. Con frecuencia hay también trastornos en el orgasmo.

- En el hombre: **trastorno de la erección**, definida como la dificultad o incapacidad permanente o recurrente para lograr o mantener una erección lo suficientemente potente como para iniciar y/o terminar un coito satisfactorio. Causa malestar acusado personal e interpersonal. Si se valora este diagnóstico se debe investigar la posibilidad de una causa médica o medicamentosa desencadenante, así como el abuso de drogas.

c) Alteración en la fase de orgasmo

- **Anorgasmia o inhibición orgásmica femenina**: ausencia o retraso persistente o recurrente para llegar al orgasmo a pesar de haber tenido una fase de excitación

Tabla 5. Trastornos relacionados con el ciclo sexual

- 1- Alteraciones en la fase de deseo
 - a) Deseo sexual hipoactivo
 - b) Trastorno por aversión al sexo
- 2- Alteraciones en la excitación
 - a) Trastorno de la excitación femenina
 - b) Trastorno de la erección
- 3- Alteración en la fase de orgasmo
 - a) Anorgasmia femenina
 - b) Trastornos orgásmicos/eyaculatorios masculinos
 - Eyaculación precoz
 - Eyaculación retardada
 - Aneyaculación



normal. El diagnóstico excluye aquellos casos en que la estimulación sexual no es adecuada en cuanto al objeto, intensidad y duración. Es importante considerar la experiencia sexual del individuo. Las mujeres pueden aprender a conseguir el orgasmo, una vez que esto se ha adquirido no suele perderse la capacidad. Puede ser un trastorno primario o secundario.

- **Trastornos orgásmicos masculinos o relacionados con la eyaculación:** se consideran como disfunciones si causan estrés personal y dificultades en las relaciones interpersonales.
 - **Eyaculación precoz:** incapacidad o falta de control por parte del hombre para posponer el orgasmo, independientemente del tiempo que tarde en eyacular. Se entiende por control adecuado de la eyaculación la posesión de un grado razonable de control voluntario que permita proseguir los movimientos durante el coito mientras se encuentra un alto nivel de excitación y placer, hasta el momento en que se decide eyacular. Hay que considerar factores tales como la novedad de la pareja, la frecuencia de coitos, la experiencia o la edad.
 - **Eyaculación retardada:** retraso persistente o recurrente para eyacular a pesar de haber tenido una fase de excitación normal. No están definidos los límites en el número de movimientos coitales a partir de los cuales se puede definir la demora eyaculatoria, lo que hay que considerar entonces es el grado de disconfort y la problemática interpersonal que causa el trastorno.
 - **Aneyaculación/anosgarmia:** imposibilidad de eyacular a pesar de haber obtenido una excitación correcta y satisfactoria. Hay que considerar como cuestión fundamental: la presencia o no de sensación orgásmica, ya que podría darse la no eyaculación pero con sensación orgásmica positiva o la eyaculación sin orgasmo. Los casos primarios frecuentemente se asocian con otras psicopatologías.

Trastornos relacionados con dolor durante la actividad sexual (tabla 6)

- **Dispareunia (masculina y femenina):** se define como dolor recurrente o persistente durante el coito. Puede coincidir con vaginismo. En varones frecuentemente es secundaria a patología médica (enfermedad de Peyronie, prostatitis, infección herpética, gonorrea).
- **Vaginismo:** aparición recurrente o persistente de espasmos dolorosos involuntarios de la musculatura del tercio externo vaginal interfiriendo o impidiendo la penetración del pene o de cualquier objeto (por

ejemplo, un espéculo) y que provoca distress importante y disminución de la calidad de vida. Puede ser “primario” (aparece con el primer intento de coito) o “adquirido” (frecuentemente relacionado con una experiencia traumática sexual o con enfermedades médicas).

- **Dolor sexual no coital:** dolor genital recurrente o persistente inducido por estimulación sexual no coital. Está descrito en mujeres.
- **Dolor posteyaculatorio:** es causado por el espasmo involuntario de la musculatura perineal. Puede deberse a conflictos psicológicos relacionados con el sexo o a efectos secundarios de medicación anti-depresiva.

Trastornos sexuales no especificados

Se denominan así a aquellas disfunciones clínicamente significativas que no cumplen criterios suficientes para ser incluidos en alguno de los grupos anteriores (tabla 7). Se describen a continuación algunos trastornos no contemplados en la DSM-IV.

- **Comportamiento sexual compulsivo o adicción sexual:** búsqueda compulsiva de contactos sexuales aunque no den lugar a satisfacción sexual. Implica dependencia psicológica y física, provocando que la vida gire exclusivamente en torno al sexo, de manera parecida a la que causan algunas drogas no legales. Es una alteración no universalmente reconocida aunque cada vez hay más estudios relacionados con ella. A veces se incluyen en este grupo la **ninfomanía** y la **satiriasis**.
- **Disforia postcoital:** ocurre durante la fase de resolución del ciclo sexual, puede aparecer ánimo depresivo, tensión psicológica, irritabilidad y ansiedad, a veces también agitación motora.
- **Orgasmo femenino precoz o prematuro:** se ha descrito que un 10% de las mujeres pueden presentar el orgasmo demasiado rápido, sin posibilidad de control. Esto causa importante distress personal e interfiere en sus relaciones sexuales interpersonales
- **Anhedonia orgásmica:** se ha descrito con este nombre aquel trastorno en el que, a pesar de aparecer los identificadores fisi-

Tabla 6. Trastornos relacionados con dolor durante la actividad sexual

- *Dispareunia (femenina/masculina)*
- *Vaginismo*
- *Dolor sexual no coital (en mujeres)*
- *Dolor posteyaculatorio*

Tabla 7. Trastornos sexuales no especificados

- *Adicción sexual o comportamiento sexual compulsivo*
- *Disforia postcoital*
- *Orgasmo femenino precoz*
- *Anhedonia orgásmica*

cos de orgasmo (eyaculación, por ejemplo), la sensación de placer no lo acompaña. Puede ser por causas físicas y/o psicológicas.

5. Trastornos relacionados con la identidad sexual

La DSM-IV los contempla en ambos sexos y todas las edades, considerándose trastorno sólo si causa importante **malestar íntimo y alteraciones en las relaciones con los demás**. Suele manifestarse en la infancia aunque a veces comienza en la adolescencia o la edad adulta. Consiste en la identificación persistente e intensa con el otro sexo a todos los niveles, acompañada de un constante malestar con el propio sexo o una sensación de estar ocupando un cuerpo que sexualmente no le corresponde. Con frecuencia se acompaña de conductas dirigidas a conseguir un cambio físico mediante cirugía u otros procedimientos médicos hacia el cuerpo que se siente que corresponde. Puede identificarse con el **transexualismo**.

6. Trastornos relacionados con excitación sexual anómala: parafilias

La característica principal de las parafilias es la presencia de repetidas e intensas **fantasías sexuales** de tipo excitatorio, de impulsos o comportamientos sexuales durante al menos 6 meses (criterio A), y que además dan lugar a distress clínicamente significativo que puede interferir en el funcionamiento social, laboral o de otras áreas importantes en la vida normal (criterio B). Son más prevalentes en varones y, con cierta frecuencia, cuanto menos rozan el terreno de la ilegalidad, pues pueden afectar a otras personas, teniendo repercusiones legales y sociales importantes.

Generalmente engloban:

- objetos inanimados,
- sufrimiento y/o humillación de uno mismo o de la pareja y/o
- niños o personas que no consienten la relación sexual

Aunque rara vez se diagnostican en Atención Primaria, es interesante conocer las más frecuentemente descritas. Las más observadas son la *pedofilia*, el

voyeurismo y el *exhibicionismo*.

Se considerarán a continuación alguna de ellas:

- **Pedofilia:** actividad sexual desarrollada por adultos con niños de ambos sexos, aunque preferentemente niñas, generalmente menores de 13 años. La actividad incluye masturbación con/sin participación activa del niño, penetración oral, anal y/o vaginal, tocamientos o exposición de genitales. Se ha descrito fundamentalmente en varones más frecuentemente heterosexuales.
- **Voyeurismo:** preferencia por la masturbación mientras se observa subrepticamente a personas desvestiéndose o desarrollando actividad sexual.
- **Exhibicionismo:** mostrar los genitales de forma sorpresiva a otros, generalmente en lugares públicos. Suele combinarse con voyeurismo y con la realización de llamadas telefónicas obscenas. Se ha descrito principalmente en varones.
- **Sadismo:** excitarse sexualmente realizando actos violentos y humillantes, tanto físicos como psicológicos en otra persona que sufre por ello. Frecuentemente representa la otra cara del masoquismo.
- **Masoquismo:** disfrutar sexualmente con el daño causado a uno mismo. Se asocia con frecuencia con otras parafilias como coprofilia y masoquismo.
- **Frotteurismo:** fantasías y actos compulsivos de frotamiento con mujeres que no consienten para conseguir excitación sexual.
- **Fetichismo:** cuando es necesaria la presencia de un objeto concreto (zapato, ropa interior, medias) para conseguir excitación sexual. Ha sido descrito sólo en varones y coexiste a veces con otras parafilias.

Lectura recomendada

- Basson R, Berman J, Burnett A, Derogatis L, Ferguson D, Fourcroy J, et al. Report of the International Consensus Development of Conference on Female Sexual Dysfunction: Definitions and Clasificacions. J.Urol. Vol 163, March., 2000;888-893.
- Cabello F. Otras disfunciones sexuales masculinas. En Actualizaciones en Sexología Clínica, ed. Itziar Alonso-Arbiol. Servicio Editorial de la Universidad del País Vasco (Educación y Psicología). Bilbao, 2005.
- DSM-IV. AP. Atención Primaria. Manual diagnóstico y estadístico de las enfermedades mentales. Texto revisado (2004). Masson SA. Barcelona.
- Ferrándiz Santos J, Sáez Pomarés M. Disfunciones sexuales. En Martín Zurro A, Cano Pérez JF: Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica. 5ª edición. Madrid, 2003. Elsevier España SA.
- Sadock V. Normal Human Sexuality and Sexual Dysfunctions. En Kaplan & Sadocck's Comprehensive Textbook of Psichiatry. Eighth edition Lippincott Williams & Wilkins. Philadelphia.USA, 2005.
- Spector Person E. Paraphilias. En Kaplan & Sadocck's Comprehensive Textbook of Psichiatry. Eighth edition Lippincott Williams & Wilkins. Philadelphia.USA, 2005.

Estrategia diagnóstica en los problemas sexuales

José Manuel Benítez Moreno
Froilán Sánchez Sánchez

1. La anamnesis sexual

La intimidad en juego

En nuestra práctica médica diaria hemos aprendido que, con una cierta frecuencia, preguntar sobre aspectos de la intimidad despierta recelos por parte de la persona explorada, sobre todo si aquello sobre lo que preguntamos no guarda relación aparente con el motivo inicial de la consulta. Nos estamos refiriendo aquí a todo aquello que atañe a la vida sexual de nuestros pacientes. Pero, ¿qué es la intimidad? Cualquier información que obtengamos del paciente forma parte de su intimidad; intimidad lo es todo (el ritmo deposicional, el estado civil, la fecha de la última menstruación, el estado anímico, los antecedentes patológicos, el insomnio, las digestiones, la glucemia basal, el hábito tabáquico, etc.), pero hay *grados de intimidad*, de la misma manera que hay temas que parecen intocables ante determinados pacientes. La sexualidad suele encontrarse en ese círculo blindado que tanto cuesta superar, o al menos eso es lo que piensa un gran número de médicos.

Por otra parte, aquellos aspectos más difíciles de explorar por constituir una amenaza a la intimidad, pueden estar relacionados con sentimientos de vergüenza o de culpa. Pongamos un ejemplo: un paciente fumador nos consulta por una tos persistente, le preguntamos si fuma, esta pregunta le irrita porque en su fuero interno reconoce su parte de responsabilidad en el hecho de toser, porque se avergüenza de no ser capaz de dejar de fumar, o porque cree que recordárselo es

una argucia por nuestra parte para culpabilizarlo y desentendernos del problema. Estas tres son algunas de las posibilidades ante un paciente fumador que tose. En definitiva, parece que vive la situación como un atentado a su intimidad y/o a su derecho a seguir fumando. De cómo abordemos el caso (empatía y asertividad) dependerá en gran medida la resolución del mismo.

Veamos otro ejemplo: un hombre de mediana edad nos consulta por insomnio, y nos pide un hipnótico. Procuramos obtener una anamnesis exhaustiva para descubrir la veracidad del insomnio, su magnitud y los motivos que puedan provocarlo. El paciente se apresura a decir que él no tiene ningún problema (no hay problemas familiares ni laborales, no hay consumo de sustancias, no padece enfermedades médicas que interfirieran el sueño). No sabemos qué provoca el insomnio en este paciente, pero si nos conformamos con la típica afirmación de *mi matrimonio funciona muy bien* sin indagar en su sexualidad, nos quedamos sin evaluar una parte importante de la persona que nos consulta. Quizás el insomnio obedezca a una insatisfacción o disfunción sexual, o tal vez no. Pero, en nuestro oficio, aquello que no se busca, difícilmente se encuentra.

La sexualidad constituye uno de los aspectos más íntimos de la persona, que frecuentemente se acompaña de sentimientos de vergüenza y/o de culpa

¿Debemos preguntar sobre su sexualidad a nuestros pacientes?

La salud sexual es un componente más de la salud global de la persona, tal argumento justifica por sí mismo una respuesta

afirmativa a la pregunta. A pesar de las dificultades para preguntar sobre la sexualidad a los pacientes, dicha costumbre debería integrarse de forma sistemática en el abordaje de aquellas personas que acuden a las consultas médicas, adoptando un criterio positivo, de manera que nuestra actuación no se limite al asesoramiento y asistencia relacionados con la procreación o las infecciones de transmisión sexual.

Quien ejerce de médico es también una persona con su propia sexualidad, su formación y sus vivencias. La sexualidad humana es un terreno cargado de emociones, sentimientos y sensaciones, donde lo pulsional se satisface, se reprime o se sublima, con su correspondiente carga afectiva.

El médico está sujeto a los fenómenos de transferencia y contratransferencia, con sus propias actitudes y prejuicios ante la sexualidad, que debiera obviar cuando actúa como médico. La neutralidad exige despojarse de prejuicios, informar y respetar las opciones elegidas libremente por quien consulta (tabla 8).

Las dificultades con las que suele encontrarse el profesional de Atención Primaria ante la sexualidad de sus pacientes pueden ser inherentes al propio profesional, pueden proceder del paciente o bien pueden ser barreras secularmente instauradas por el propio sistema. La mayor parte de las veces, dichos obstáculos tienen un efecto aditivo, de manera que la sexualidad de quien nos consulta suele quedar al margen del interés médico.

La anamnesis sobre la salud sexual debería incorporarse sistemáticamente en la historia clínica de nuestros pacientes

Enumeramos a continuación algunos de los factores que pueden motivar la omisión de la exploración sexual o de su abordaje en la Atención Primaria.

- Dificultades por parte del médico (tabla 9)

Nuestras propias experiencias sexuales no deberían contaminar el abordaje de la salud sexual de nuestros pacientes

- Dificultades de los pacientes (tabla 10)
- Dificultades inherentes al sistema (tabla 11)

No explorar la sexualidad significa tener una información parcial de la realidad biopsicosocial de nuestros pacientes

¿Cuándo y cómo preguntar?

Una condición indispensable para realizar una anamnesis productiva en Atención Primaria es que el médico sepa crear un clima de confianza en el que el paciente detecte en nuestra escucha activa la garantía de confidencialidad, nuestro respeto y nuestra máxima atención e interés por ayudarlo.

En la anamnesis de aquellos aspectos más íntimos de la persona, el clima de confianza y la empatía cobran un mayor valor. Cuando el paciente no consulta por un problema específico de índole sexual, habrá que considerar la conveniencia o no de intervenir en dicha materia (tabla 12).

En líneas generales podemos decir que la presencia de factores de riesgo cardiovascular (FRCV), de patología cardiovascular o de enfermedades vésico-prostáticas, hace aconsejable indagar sobre aspectos sexuales en la entrevista con un varón. En el caso de la mujer, los tratamientos con anovulatórios, la existencia de síntomas climatéricos, la demanda de contracepción postcoital o la existencia de síntomas ginecológicos y/o urinarios, justifican la anamnesis sexual. En ambos sexos, la presencia de determinadas erupciones cutáneas o de lesiones circuncritas a labios, cavidad oral, genitales y región perianal, deberán acompañarse de preguntas dirigidas a descartar infecciones de transmisión sexual.

Una persona que padezca una enfermedad crónica con repercusión metabólica, vascular, neurológica o psiquiátrica, debe ser interrogada en la anamnesis sobre su sexualidad, siempre que las circunstancias o el sentido de la oportunidad no lo desaconsejen. Así, evitaremos preguntar en pacientes con sintomatología paranoide, en aquellos con síntomas maníacos o con ideación

Tabla 8. Importancia de la anamnesis en sexualidad

- Debemos preguntar sobre la sexualidad de nuestros pacientes porque las disfunciones sexuales pueden ser el origen de trastornos afectivos y de ansiedad, y, a la inversa, éstos ser causantes de aquéllas.
- Debemos preguntar sobre la sexualidad de nuestros pacientes porque algunas disfunciones sexuales son premonitorias de patologías orgánicas (por ejemplo, cardiovasculares, neurológicas, endocrinas).
- Debemos preguntar sobre la sexualidad de nuestros pacientes porque la salud sexual y reproductiva debe ser un elemento a integrar sistemáticamente entre las tareas preventivas de la Atención Primaria.
- Por último, debemos explorar la sexualidad de nuestros pacientes porque en ocasiones nos puede poner sobre la pista de violencia de género y de abusos sexuales.

Tabla 9. Dificultades en la anamnesis sobre sexualidad para el profesional de la medicina

1. Los planes de formación pregrado adolecen de un pobre interés por la sexualidad, por lo que los conocimientos sobre sexología clínica del médico de familia son escasos.
2. Interés de la medicina de familia excesivamente centrado en la patología médica, donde priman las enfermedades mayores (diabetes, hipertensión arterial, dislipemias, EPOC, etc.) en perjuicio de otros aspectos también fundamentales de la salud integral del sujeto (la salud mental, la salud sexual).
3. Resistencia (consciente o no) del profesional a abordar la sexualidad, debido a sus limitaciones, a que sigue constituyendo un tema tabú en nuestra cultura médica, y/o temor a ser juzgado negativamente por los pacientes o por los propios compañeros.
4. Reduccionismo sexista: identificar sexualidad tan sólo a cuestiones relacionadas con la procreación o con la disfunción eréctil.
5. Creencia de que el profesional de Atención Primaria no dispone de instrumentos que puedan aportar beneficio alguno a las personas con disfunción sexual.
6. Temor a ser malinterpretado, generalmente cuando el género del profesional y el de la persona explorada son distintos. Temor a la judicialización del acto médico.
7. No prestar la debida atención a grupos más vulnerables (por ejemplo, adolescentes), que requieren por nuestra parte información dirigida a la prevención de situaciones de riesgo, y a la promoción de una sexualidad responsable.

Tabla 10. Dificultades en la anamnesis sobre sexualidad para el paciente

1. Temor/pudor a plantear al médico aspectos de su intimidad sexual, temor a ser juzgado por el profesional.
2. Temor a que otras personas conozcan sus tendencias, sus problemas o sus dificultades sexuales (vulneración de la confidencialidad)
3. A menudo ignora que muchos síntomas físicos (por los que consulta a su médico) pueden deberse a trastornos o disfunciones de la esfera sexual.
4. Carencias importantes en cuanto a información-educación sexual. Tendencia a una excesiva genitalización de la sexualidad.
5. Negación de la sexualidad por parte del paciente.
6. Creencias religiosas y convicciones morales que identifican la sexualidad exclusivamente con la función reproductora.
7. Dificultades en la comunicación, bien sea por desconocimiento del idioma o por las barreras culturales. Cabe considerar también la escasa receptividad que en ocasiones se da por parte del médico.

Tabla 11. Dificultades del sistema en el abordaje sexual

1. La sexualidad, como elemento a considerar en el estado de bienestar global del sujeto, no constituye uno de los aspectos prioritarios en los planes de salud.
2. Los problemas derivados de la sexualidad, en el mejor de los casos, pueden ser detectados, pero no se dedican suficientes recursos públicos para su abordaje.
3. Los centros de salud no suelen disponer de una infraestructura que garantice la confidencialidad necesaria, aunque en ocasiones son los profesionales, con sus actitudes negativas o sus omisiones, quienes no favorecen el clima adecuado.
4. Las condiciones de trabajo en el sistema público dificultan poder llevar a cabo actividades preventivas y de orientación sobre temas sexológicos y reproductivos.
5. Escasa colaboración entre los sistemas sanitario y educativo para implantar en las escuelas e institutos modelos que incorporen de forma sistemática y efectiva toda la información sexual que requieren nuestros jóvenes.

delirante, así como en los que por su avanzada edad y circunstancias personales, la pregunta resulte del todo inapropiado.

En el caso de los adolescentes convendrá sondear su conocimiento y actitudes respecto a los métodos anticonceptivos y a la prevención de enfermedades de transmisión sexual (ETS), cuando las circunstancias de la entrevista (evitemos preguntar en presencia de los

padres o de otros acompañantes) y del joven (edad, grado de autonomía, tendencias grupales) así lo recomienden.

La condición previa es un clima de confianza, dentro del estricto marco profesional y nuestra garantía de confidencialidad

Tabla 12. ¿Qué factores tendremos en cuenta antes de iniciar una anamnesis sexual?

- Edad (las edades extremas tienen mayor riesgo de disfunción o de conductas de riesgo)
- Nivel cultural de la persona que consulta y situación familiar
- Si tiene o no pareja estable
- El motivo de consulta: ¿guarda relación directa con su sexualidad? ¿acude solo/a o acompañado/a?
- Los antecedentes patológicos
- La presencia de FRCV
- Factores de riesgo de ETS
- Factores de riesgo de maternidad no deseada
- Factores de riesgo de maltrato
- Factores de riesgo de disfunción sexual
- Consumo de fármacos o de drogas
- El estado cognitivo y afectivo (ansiedad, duelo, depresión, trastorno adaptativo, TCA, etc.)

En cualquier caso, la entrevista sobre aspectos sexuales deberá regirse por el sentido de la oportunidad y llevarla a cabo con naturalidad, la misma que desarrollamos al preguntar por otras parcelas de la salud. Intentaremos adentrarnos en la anamnesis desde lo general a lo concreto, con una actitud empática y una escucha activa, cuidando mucho nuestro lenguaje no verbal (no debemos emitir juicios de valor), y utilizando un lenguaje neutral al preguntar acerca de los compañeros sexuales.

Si detectamos resistencia por parte del paciente, habrá que aceptarla e intentar vencerla poniendo en práctica la empatía, pero sin insistir, ya que el resultado puede ser contrario al que se persigue. En la entrevista clínica cada pregunta tiene su momento adecuado, saberlo encontrar forma parte del buen oficio. Una de las posibles fórmulas para afrontar la resistencia del paciente puede ser echar mano de nuestra asertividad: *“Me parece que le incomoda hablar de estas cuestiones, es comprensible, pero piense que si cree tener algún problema, puede ser beneficioso para usted explicarlo, ya que, conociendo de qué se trata, podremos intentar ayudarlo. Si lo desea, lo hablamos ahora, y sino, lo dejamos para otro momento, ¿qué me dice?”*

A veces lo que incomoda al paciente es el género de quien le entrevista. En ese caso también convendrá abordar la situación de una forma empática y asertiva, respetando que la persona en cuestión prefiera hablar con otro profesional. Lo que nunca debe ocurrir es que el médico se ofenda y muestre su enojo porque el paciente se niegue a tratar de estos temas con él.

Como recomiendan los expertos en sexología clínica, a un paciente se le puede preguntar, por ejemplo, por su posible disfunción eréctil con una fórmula semejante a la que se expone: *“Hay pacientes con hipertensión, como usted, que me cuentan que les cuesta conseguir o mantener la erección ¿a usted también le ocurre?”*

Deberemos tener en cuenta que existe una serie de circunstancias que incrementan el riesgo de padecer disfunción sexual, entre las que citamos:

- Edad (sobre todo por encima de los 60 años)
- Nivel cultural bajo
- Diagnóstico reciente de enfermedad crónica y/o grave
- Factores de riesgo cardiovascular

- Enfermedad cardiovascular o respiratoria crónicas
- Antecedentes de abusos sexuales y/o violencia de género
- Alcoholismo, adicciones a otras drogas
- Conflictos entre la pareja
- Aislamiento social
- Trastorno adaptativo, duelo prolongado y otros trastornos mentales

Varias de las preguntas de la tabla 13 pueden intimidar al paciente, la conveniencia o no y el momento de hacerlas dependerá de cada caso y del grado de confianza que el profesional haya conseguido inspirar en la persona entrevistada.

Por todo lo anterior, proponemos la siguiente secuencia en la anamnesis sexual:

En el momento oportuno de la entrevista clínica, con la mayor naturalidad y de forma respetuosa, podemos preguntar *“¿Considera que sus relaciones sexuales son satisfactorias?”* Si el paciente responde que sí, podemos añadir *“¿tanto para usted como para su pareja?”* Si la respuesta vuelve a ser afirmativa, podemos hacer preguntas orientadas a conocer el nivel de información que posee el o la paciente, y la existencia de conductas de riesgo: saber si utiliza métodos anticonceptivos, si hay una única pareja sexual o más, si existe algún síntoma que pueda orientarnos sobre la existencia de enfermedades de transmisión sexual u otro tipo de trastornos (por ejemplo, del ciclo genital femenino, o síntomas prostáticos en el varón). Por otra parte, la forma en que nos responda y su **lenguaje no verbal** nos orientará sobre su actitud ante la sexualidad o, mejor dicho, su actitud ante nuestras preguntas. Podemos encontrarnos con actitudes defensivas, evitativas o de franco rechazo, ante las que debemos responder con respeto, pero de forma asertiva (podemos aclarar: *“la sexualidad, aunque usted no lo crea, también forma parte de su estado de*

Tabla 13. ¿Qué información puede ser útil para tener configurada una anamnesis sexual básica?

- Datos puberales (edad de la menarquía, poluciones nocturnas)
- Primeras experiencias sexuales (edad, orientación sexual, conductas de riesgo de embarazo o de ETS, vivencia y/o grado de satisfacción)
- Relaciones actuales (inexistentes, masturbatorias, monogámicas, promiscuidad)
- Información sobre la respuesta del ciclo sexual (deseo, excitación, orgasmo) en el pasado y en el momento actual

salud, es por eso que le he preguntado, pero si le molesta, lo dejamos para otro momento”). Cabe la posibilidad de que esta última fórmula sea la introducción a la anamnesis sexual.

Cuando a la pregunta inicial el o la paciente no responde que sus relaciones sexuales no son satisfactorias, proponemos una fórmula abierta que dé opción a que el paciente explique qué es lo que, bajo su punto de vista, no funciona, así podemos preguntar con un simple “¿por qué?”, o bien con un “¿cuál cree usted que es el problema?” A medida que avanzamos en esta anamnesis, vemos que el abanico de posibilidades de respuesta se va abriendo más. Nos puede responder que no mantiene relaciones sexuales, que no tiene pareja estable, puede que nos comente que tiene conflictos con su pareja (que podrían explicar la insatisfacción), o que la falta de sintonía en las relaciones sexuales ha precipitado conflictos entre los dos, puede ser que tenga más de una pareja sexual, o que exista un conflicto de orientación sexual, etc. Como vemos, las posibilidades son múltiples. Lo importante es que hemos accedido a la exploración de un área en la que los médicos no tenemos, en general, mucha experiencia, pero que conviene conocer.

Tampoco es infrecuente que en este punto de la entrevista nos responda que agradece que le preguntemos sobre ello, porque tiene un problema que no sabía cómo, ni a quién plantear.

Si la actitud de la persona entrevistada es receptiva, pero después de haberla escuchado aún no nos queda claro cuál es el problema, podemos concretar más con preguntas sobre el **deseo** (que puede estar alterado en uno u otro sentido, o bien puede ser asincrónico con el de la pareja), sobre la **fase de excitación** (generalmente, problemas relacionados con la lubricación vaginal o con la erección) y sobre la **fase de orgasmo** (anorgasmia, eyaculación precoz, retardada, ausencia de eyaculación). Es conveniente saber qué circunstancias pueden estar motivando el trastorno (dispareunia, vaginismo, tratamiento con determinados fármacos, enfermedades médicas intercurrentes, trastornos mentales, consumo de drogas, etc.). Interesa saber también si el trastorno o la dificultad sexual es desde siempre (primario) o si aparece después de un tiempo de actividad normal (secundario), y si se produce siempre, o sólo en determinadas circunstancias.

No olvidemos que en todas los casos habrá que valorar, además, de qué forma el trastorno o la disfunción sexual está repercutiendo sobre el psiquismo de la persona. Generalmente se verá afectada la autoestima, incluso a veces, aunque la causa de la disfunción no se encuentre en el o la paciente, sino que sea debida a un problema de la pareja o a otras circunstancias.

Cuando la pareja está cohesionada puede haber una autoinculpación. La inculpación abierta o solapada del otro suele verse en parejas sin cohesión.

Ante un paciente que acude **acompañado** a la consulta por un motivo que inicialmente no guarda relación con su sexualidad, deberemos evitar abordar la anamnesis sexual, salvo que alguno de los dos plantee alguna cuestión que dé pie a ello. Pero parece más oportuno, antes de hablar del tema en presencia de la pareja, obtener información por separado, para evitar el sesgo que puede desvirtuar la anamnesis sexual en presencia de otra persona, al tiempo que así le estamos dando a entender que respetamos plenamente su confidencialidad.

Una vez iniciada la anamnesis sexual, si de ésta se desprende que existe algún tipo de disfunción, se deberá orientar la entrevista a obtener básicamente respuesta a las siguientes preguntas:

- 1) **¿Cuál es el problema?** Debemos poder distinguir si se trata de un trastorno en el ciclo de la respuesta sexual, un problema en relación con la identidad sexual, con la orientación del deseo y del patrón de excitación sexual, un trastorno relacionado con el dolor durante la actividad sexual, etc.
- 2) **¿Desde cuándo?** Será secundario cuando aparece después de un período de actividad normal.
- 3) **¿Cuándo se manifiesta?** Si se da siempre o por el contrario sólo en determinadas circunstancias.
- 4) **¿A qué cree que se debe?** Factores psicológicos pueden incidir en el comienzo, en la gravedad, en la exacerbación y en la persistencia del trastorno; puede ser el resultado de factores combinados: psicológicos, enfermedad médica, drogas.
- 5) **¿Cómo lo vive usted? ¿Cuál es la actitud de la pareja?**

El médico deberá utilizar un lenguaje neutral al preguntar acerca de los compañeros sexuales, asegurándose de que el personal de la consulta y su entorno no establezcan juicios de valor. La anamnesis deberá seguirse de una exploración física básica que se trata en otro apartado.

La necesidad de la búsqueda activa

La salud sexual es un derecho básico del ser humano (OMS, 1987), una de nuestras obligaciones como médicos es la de informar a nuestros pacientes de aquellos hábitos de vida que favorecen la salud y previenen o combaten la enfermedad. También tenemos encomendada la tarea de encontrar la enfermedad, sea cual sea su nombre, detrás del síntoma o del signo, es decir, dar con aquellas circunstancias que menoscaban la salud o provocan su pérdida; por lo que todo aquello que pueda estar en el origen de una disfunción sexual y sea competencia del médico, deberá ser abordado en beneficio de la salud sexual del paciente.

Las disfunciones sexuales pueden ser la expresión de patologías ocultas, convirtiéndose así la sexualidad en un eficaz indicador del estado de salud.

En pleno siglo XXI, en España la tasa de embarazos no deseados entre adolescentes sigue siendo elevada, por otra parte la incidencia de enfermedades de transmisión sexual crece de forma preocupante. Todo ello puede estar indicando que la información y educación en materia sexual son deficitarias. Los médicos debemos asumir nuestra parte de responsabilidad y aprovechar nuestras intervenciones (especialmente con los

jóvenes) para transmitir mensajes positivos que promuevan una sexualidad saludable con el menor riesgo posible. Es decir, la incorporación de forma progresiva en nuestro quehacer diario de la anamnesis sobre salud sexual nos permitirá detectar aquellas ideas y conductas erróneas, así como la existencia de disfunciones, y actuar en consecuencia.

La detección activa de las disfunciones sexuales (o de las ideas erróneas sobre sexualidad y reproducción) se consigue preguntando a los pacientes sobre su sexualidad. La resistencia del médico de familia a abordar tales cuestiones puede deberse a una escasa formación al respecto y/o en actitudes de distanciamiento, provocadas por prejuicios y temores que deben ser vencidos.

Antes de abordar la anamnesis sexual de nuestros pacientes deberemos conocer su perfil psicológico y sus circunstancias personales, lo que nos permitirá elegir el momento y la forma más adecuados. Eso,

Tabla 14. Circunstancias habituales en Atención Primaria en las que se recomienda la búsqueda activa o el consejo sexológico

Independientemente del género

- Presencia de FRCV, patología cardiovascular o respiratoria crónicas
- Infecciones urinarias o genitales
- Infecciones o lesiones traumáticas proctológicas
- Incontinencia de orina
- Convalecencia tras cirugía. Antecedentes de cirugía pélvica
- Lesiones dermatológicas sugestivas de ETS
- Si acude solicitando serología de VIH, lúes o VHB/VHC
- Si su pareja es seropositiva (VIH o VHB)
- Drogodependencia (especialmente UDVP)
- Viajes (turismo sexual)
- Antecedente de traumatismos pélvicos o perineales
- Síntomas psicológicos: insomnio, depresión, trastorno de pánico, TOC y otros trastornos de ansiedad, trastorno somatomorfo, anorexia o bulimia nerviosas, trastorno de personalidad (especialmente el trastorno límite de personalidad)
- Tratamiento con fármacos que alteran la libido o la respuesta sexual
- Hipersensibilidad al látex

En la mujer

- Antecedente de embarazo no deseado
- Desarreglos menstruales
- Cuando solicite consejo sobre métodos anticonceptivos
- Si toma anovulatorios sin control médico
- Cuando solicite anticoncepción de emergencia
- Durante el embarazo y en el puerperio
- Síntomas climatéricos
- Otros síntomas ginecológicos
- Si sospechamos malos tratos o abusos sexuales

En el varón

- Presencia de síntomas urinarios, prostáticos o genitales
- Síndrome de deficiencia androgénica o andropausia
- Especialmente cuando acuda como pareja de una mujer que solicita contracepción postcoital o consejo sobre métodos anticonceptivos
- Cuando sospechemos que es el causante de malos tratos o de abusos sexuales

claro está, exige tiempo y dedicación, un precio que a medio plazo suele tener su recompensa.

En la tabla 14 se exponen las principales situaciones en las que, no siendo el motivo de consulta una posible disfunción sexual, se recomienda la búsqueda activa y el consejo.

La salud sexual es un derecho básico de todo ser humano.

La salud sexual es un componente más de la salud integral de la persona.

Los médicos de Atención Primaria debemos interesarnos activamente por la salud sexual de nuestros pacientes.

Actitudes ante la sexualidad

A lo largo de la historia las actitudes ante la sexualidad humana han sufrido notables cambios, en función del modelo cultural imperante. En los últimos decenios, la aparición de los contraceptivos orales y el posterior desarrollo de diferentes **métodos anticonceptivos**, unido a otros múltiples factores (como la incorporación progresiva de la mujer al mundo laboral) ha favorecido un cambio significativo en los comportamientos sexuales. Así, la mujer –en términos generales– ha podido acceder a la libre elección de su maternidad, y se ha ido desvinculando la actividad sexual del mero hecho reproductivo. No obstante, como ha quedado dicho, las tasas de embarazos no deseados siguen siendo preocupantes.

La pandemia de **SIDA**, con sus repercusiones emocionales, sociales y psicológicas, también ha condicionado en gran parte las conductas sexuales de amplios sectores de la población en los últimos años, potenciando a su vez la difusión de una forma de *sexualidad aséptica y sin vinculaciones afectivas*, nos estamos refiriendo al **cibersexo**, el sexo on line o virtual a través

de internet, lo que a su vez está generando un gran número de adicciones y de conductas de aislamiento social.

Como elemento que también está contribuyendo a un cambio de actitudes respecto a la sexualidad, cabe mencionar la lenta, pero progresiva tolerancia social de otras formas de relación, como la **homosexualidad**, que gozó de gran aceptación en otras épocas y que aún hoy se da en otras culturas. El desarrollo de leyes que reconocen los derechos a estas formas de relación y convivencia entre las personas favorece la normalización de la vida de éstas.

Los avances científicos, que a menudo marcan el sendero que ha de seguir la ley, han permitido la posibilidad de la **reproducción asistida**, que ha abierto la puerta a la viabilidad de engendrar, sin un necesario contacto carnal, lo que, en determinadas circunstancias, contribuye aún más a la desvinculación de la sexualidad y la reproducción. También las técnicas quirúrgicas han avanzado posibilitando el denominado **cambio de sexo**.

El incremento considerable de la esperanza de vida en el mundo occidental nos plantea la necesidad de considerar la **sexualidad en las personas mayores**, como dice María Lameiras y cols. *ofreciéndoles posibilidades y no proponiéndoles exigencias*.

Otra circunstancia que sin duda influirá en los cambios de actitud ante la sexualidad en los últimos años es el creciente **flujo migratorio humano**.

En definitiva, vemos que la actitud social ante la sexualidad está sujeta a múl-

Tabla 15. Registro del problema sexual

1. Descripción del problema sexual	Tratar de que el paciente describa lo más detalladamente posible y con sus propias palabras el problema sexual, haciendo las aclaraciones que se consideren necesarias. Tratar de comprender lo que el paciente quiere decir. Determinar la frecuencia y las circunstancias del problema (p. ej. disfunción eréctil: ¿se produce con la pareja pero no en una relación extraconyugal?)
2. Desarrollo y evolución del mismo	¿Cuándo comenzó y cuál ha sido su evolución? ¿Se ha agravado o ha disminuido?
3. Evaluación por el paciente de la causa (o causas) del problema	El paciente puede tener una buena idea sobre la causa o, tal vez, existe espacio para la información sexual: ¿cuál cree usted que es la causa del problema? ¿Cómo cree que se originó?
4. Historia de los intentos de resolución	Tratamientos profesionales previos o libros y otros recursos consultados. ¿Qué ha intentado hacer para solucionar el problema? ¿Qué resultados ha obtenido en estos intentos?
5. Expectativas y objetivos del paciente y, en muchos problemas sexuales, de su pareja	¿Qué esperan el paciente y su pareja, si la hay, de nuestra intervención? ¿Cuál es su objetivo?

tiples factores que están influyendo en dicha transformación, cuyo punto de origen más próximo en el tiempo es un modelo monolítico basado en la ortodoxia católica.

Los médicos debemos cambiar de actitud. La primera muestra de este cambio debiera ser la incorporación de la sexualidad en las **historias clínicas** de nuestros pacientes. Un paso previo a éste es el ejercicio de introspección que cada profesional debiera llevar a cabo para conocer sus propias actitudes ante la sexualidad y así corregir aquellas que puedan ser disfuncionales, es decir, que puedan perjudicar a nuestros pacientes.

La única actitud que debe regir el quehacer del médico, en cualquier ámbito de su actuación, es la **actitud comprensiva**, no moralizante, la del respeto a la libre elección del modelo de vida de cada paciente, no punitiva, la actitud de informar verazmente sobre todo aquello que pueda ser beneficioso para el individuo y para la comunidad desde la perspectiva de la salud integral. Y, en la medida de lo posible, ofrecer a los y las pacientes nuestro apoyo y lealtad.

2. Cómo registrar el problema sexual en la historia clínica

El registro del problema sexual en la historia clínica debe contemplar diversos apartados (tabla 15).

3. Recursos diagnósticos: laboratorio, cuestionarios y otros recursos

En sexología se establecen cuatro áreas básicas para la correcta evaluación de un trastorno sexual:

- Área médica
- Área psicológica
- Área de la sexualidad
- Área de la pareja

Dentro del área médica, de manera complementaria a la realización de una óptima anamnesis y exploración física, contamos con diferentes recursos diagnósticos.

Laboratorio

Las determinaciones analíticas en los pacientes con problemas sexuales se han de individualizar, sobre todo en función de la patología que se sospeche. No obstante las pruebas que habitualmente se requieren para la evaluación de estas patologías en la consulta del médico de familia son:

- Hemograma
- Glucemia basal
- Perfil lipídico (colesterol total, HDL, LDL)

- Iones (Na, K)
- Función renal y hepática
- FSH, LH y prolactina
- Testosterona libre o total
- TSH y T4 libre
- Cortisol plasmático y/o libre en orina de 24 horas

Evaluación psicométrica

Existen cuestionarios que se utilizan tanto en clínica como en investigación para facilitar el abordaje de las disfunciones sexuales.

En sexología, dada las connotaciones que se suelen establecer, resultan más útiles los autocumplimentados al preservar mejor la intimidad. En realidad son inventarios de conducta.

Es necesario dejar bien sentado que, a pesar de sus bondades, los cuestionarios nunca deben sustituir a una correcta entrevista clínica. En los trastornos sexuales pueden ser muy útiles para facilitar la aproximación diagnóstica, pero finalmente será la entrevista clínica, junto a las pruebas complementarias, quienes nos conducirán al diagnóstico definitivo.

En sexología existen instrumentos globales que tratan de realizar una evaluación total de la función sexual y específicos para evaluar exclusivamente alguna de las fases de la respuesta sexual.

Entre los globales destacamos:

1. *Inventario de interacción sexual de LoPiccolo y Steger (IIS)*. Permite realizar una evaluación exhaustiva y fomenta la comunicación en la pareja, si se les anima a comentar conjuntamente las respuestas de cada uno.
2. *Golombok-Rust Inventory of Sexual Satisfaction (GRISS)*. Evalúa la existencia y gravedad de problemas sexuales. Consta de siete subescalas: impotencia, eyaculación precoz, anorgasmia, vaginismo, infrecuencia, falta de comunicación acerca de sexo, satisfacción, falta de sensualidad, y evitación. Está constituido por 56 ítems, 28 para hombre y otros 28 para mujeres. Los ítems se contestan mediante una escala Likert de frecuencia de cinco valores, donde 1 equivale a nunca y 5 a siempre. Las puntuaciones transformadas en cada escala pueden oscilar entre 1 y 9, indicando una puntuación igual o superior a 5 la existencia de problemas en esa área. Proporciona una puntuación global (para hombres y mujeres separadamente) sobre la calidad del funcionamiento sexual en el contexto de una relación de pareja, así como puntuaciones en cada una de las subescalas.

3. *Cuestionario de Función Sexual de la Mujer (FSM)*. Evalúa la función sexual femenina, es autoaplicado y está validado en español. Evalúa la actividad sexual de la mujer, tanto propia como en pareja, y puede utilizarse para el diagnóstico clínico así como para la realización de estudios epidemiológicos. Consta de 14 ítems que se agrupan en 2 tipos de dominios bien diferenciados:

A- Dominios evaluadores de la actividad sexual, que evalúan la respuesta sexual (siguiendo fielmente los criterios del DSM-IV) y la posible presencia de disfunción; comprende los dominios: deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción de la actividad sexual, satisfacción sexual general, problemas con la penetración vaginal, ansiedad anticipatoria, iniciativa sexual y grado de comunicación sexual.

B- Dominios descriptivos, que facilitan la descripción de aspectos interesantes de la actividad sexual y comprende los siguientes: actividad sexual sin penetración vaginal, frecuencia de actividad sexual y existencia o no de pareja sexual. El tiempo de cumplimentación del FSM oscila entre 5 y 10 minutos y proporciona una puntuación para cada uno de los diez dominios DEAS, así como una puntuación global. En cada dominio se establecen como alternativas diagnósticas: trastorno severo, moderado o sin trastorno. Tiene como importante valor añadido su capacidad para propiciar la búsqueda de trastornos sexuales en la pareja.

Adaptado al entorno cultural de donde procede (Atención Primaria de nuestro medio), se considera útil y accesible al médico de familia.

4. *Cuestionario de Disfunción Sexual Secundaria a Fármacos (PRSexDQ)* es un instrumento de cribaje de disfunción sexual, heteroaplicado, mínimamente intrusivo para el paciente y sensible a los cambios. El PRSexDQ consta de un total de siete ítems que evalúan los aspectos: presencia de disfunción sexual y comunicación espontánea, disfunciones específicas, tolerancia ante la disfunción sexual. Este instrumento proporciona una puntuación global de gravedad de la disfunción sexual que se obtiene sumando las puntuaciones en los ítems 3 a 7. El posible rango de puntuación oscila entre 0 y 15 puntos. Los autores no proponen puntos de corte; por el momento se realiza una interpretación dimensional, a mayor puntuación mayor gravedad de la disfunción.

Entre los específicos destacamos:

1. *Sexual Arousalability Inventory (SAI)*, 1976. Se trata de un cuestionario que evalúa el grado de excitación que experimentan las mujeres ante 28 experiencias eróticas. Ha sido validado en español.
2. *Índice Internacional de Función Eréctil (IIFE)*, 1997. Fue desarrollado con el objeto de obtener una medida breve, fiable, autoevaluada, y transcultural de la función eréctil. Se trata de un instrumento sencillo de 15 ítems que se agrupan en

cinco dominios de función sexual: función eréctil, función orgásmica, deseo sexual, satisfacción con la relación sexual, y satisfacción global. Con este instrumento obtenemos puntuaciones en las cinco dimensiones exploradas, y a mayor puntuación menor grado de disfunción. El dominio de función eréctil, incluye 6 preguntas (puntuación máxima 30) y proporciona una medida fiable para clasificar la intensidad de la DE como leve, moderada o grave.

3. Recientemente se ha desarrollado y validado un nuevo cuestionario para la DE el Cuestionario Corto de Diagnóstico para la Disfunción Eréctil, SQUED (*Short Diagnostic Questionnaire for Erectile Dysfunction*). Este nuevo instrumento de 'screening' parece sencillo, fácil de usar y fiable y puede ser una herramienta útil en AP para realizar un cribado rápido en pacientes con DE.

Otros recursos: los autorregistros

Al igual que otros recursos de aplicación en sexología los autorregistros proceden de la psicología clínica.

Pueden resultar difíciles de utilizar en la consulta del médico de familia.

No obstante, en ocasiones, puede ser de interés solicitar a los pacientes con trastornos sexuales que registren el día, la hora, la situación y la duración tanto de sus relaciones sexuales como de los pensamientos, sentimientos y actos anteriores, simultáneos o posteriores a la experiencia sexual.

Lectura recomendada

- Aluja A, Torrubia R, Gallart S. Validación española del autoinforme de ansiedad y excitación sexual ampliado (SAI-E). *Rev Psiquiatría Fac Med Barna* 1990;17-6: 252-268.
- Annon JS. *The Behavioral Treatment of Sexual Problems: Brief Therapy*. Nueva York: Harper & Row;1976.
- Bobes J, García MP, Sáiz PA, Bascarán MT, Fernández JM, Bousoño M. Evaluación del comportamiento sexual en los pacientes psiquiátricos. *Actas Esp Psiquiatr*, 2002;30:32-37.
- Borrás Valls JJ, Sánchez Sánchez F. Una aportación desde la sexología a un gravísimo problema sanitario. *Sexología Integral* 2005;2(4):180-181.
- González de Alba L. La orientación sexual. *Paidós Croma* 13. 1ª ed. México, 2003;185.
- Heaton JPW, Morales A. Andropause- a multisystem disease. *Can J Urol*;8(2);April 2001:1213-1222.
- Knight D. Screening de atención sanitaria para los hombres que practican el sexo con otros hombres. *Am Fam Physycian*;12(2) mayo-ago 2005;75-84.
- Lameiras Fernández M, Menéndez Dacosta J, Rodríguez Castro Y. Creencias y actitudes sobre la sexualidad de las personas mayores. *Sexología Integral* 2005;2(4):182-188.
- LoPiccolo J, Steger JC. The sexual interaction inventory: a new instrument for assesment of sexual behavior. *Arch Sex Behav* 1974;3:585-595.
- Martín-Morales A, Meijide F, Miniño G, García JL, Romero P, Manero M, García-Losa M, Muñoz A, on behalf of the ESTIMA research group. Desarrollo y validación de un nuevo cuestionario corto de diagnóstico para la disfunción eréctil (SQUED). XIXth Congress of the EAU, Vienna, March 24-27, 2004.
- Montejo AL, García M, Espada M, Rico-Villademoros F, Llorca G, Izquierdo JA, y Grupo Español de Trabajo para el Estudio de las Disfunciones Sexuales Secundarias a Psicofármacos. Propiedades psicométricas del Cuestionario de las Disfunción Sexual Secundaria a Psicofármacos. *Actas Esp Psiquiatr* 2000; 28:141-150.
- Rosen RC, Riley A, Wagner G, Osterloh IH, Kirkpatrick J, Mishra A. The international index of erectile function (IIEF): A multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction. *Urology* 1997;49-6:822-830.
- Rust J, Golombok S. The GRIS: a psychometric instrument for the assessment of sexual dysfunction. *Arch Sex Behav* 1986;15:157-165.
- Sánchez F, Pérez M, Borrás JJ, Gómez O, Aznar J, Caballero A. Diseño y validación del Cuestionario de Función Sexual de la Mujer (FSM). *Aten Primaria* 2004;34(6):286-292.
- Segraves RT. Psychiatric illness and sexual function. *Int J Imp Res* (1998);10, Suppl2: S131-S133.
- Sierra JC. Métodos y técnicas de evaluación de las disfunciones sexuales. *Manual de Psicología Clínica Aplicada*. Madrid: Siglo XXI; 1991.

Evaluación de los problemas sexuales

Francisco José Brenes Bermúdez

1. Introducción

Como se ha expuesto en el capítulo anterior, los médicos de Atención Primaria (AP) habitualmente hemos tenido dificultades para abordar la sexualidad de nuestros pacientes y se debe a la presencia de varios factores:

- **La falta de tiempo** no nos permite la creación de un clima terapéutico que es fundamental y enormemente necesario para que podamos abordar las disfunciones sexuales (DS).
- **Las actitudes**, que mostramos ante la sexualidad, tanto nuestra como la de nuestros pacientes, puede generar vergüenza, incomodidad y desconfianza y provocar igualmente la transmisión a los pacientes de nuestros temores y mitos. Debemos aprender a ser imparciales.
- La evidente **falta de formación** sexológica, que hemos recibido los médicos, condiciona la actuación de muchos de nosotros, ante la falta de conocimientos y de los escasos recursos clínicos que tenemos, optamos por la actitud siempre más cómoda de no preguntar sobre temas sexuales.
- La tradicional **dificultad** de los pacientes para consultar con su médico **por vergüenza**, desconocimiento de la existencia de soluciones eficaces, o por considerar que las DS son “hechos normales con la edad”.

Todos estos factores condicionantes los médicos de familia podremos resolverlos a medida que nos impliquemos y aumentemos nuestro interés por la salud

sexual de nuestros pacientes, ya que éstos cada vez nos solicitan y demandan una mayor atención respecto a sus patologías, valorándose mucho la calidad de vida y en esta participa la salud sexual. Por lo que tenemos la obligación moral y profesional de conocer y aportar una información sexual que debe ser cada vez más rigurosa. Somos unos profesionales claves a la hora de diagnosticar y tratar las DS que presentan nuestros pacientes.

El abordaje integral de la sexualidad y de sus disfunciones es un hecho complejo, debido fundamentalmente a la falta de concreción de lo que consideramos como normalidad. No siempre está claro y bien definido.

La sexualidad de los individuos va a depender de distintos aspectos:

- Biológicos
- Psicológicos
- Culturales

Un problema frecuente desde la AP es la de saber exactamente a qué nos referimos cuando hablamos de DS. Con el término DS, se pueden agrupar distintas alteraciones que no tienen por qué coincidir en todos los sujetos, pero sí que son problemas con suficiente fuerza, para que produzcan alteraciones sexuales, no siempre fáciles de conocer y evaluar.

- ¿Por DS nos referimos a disfunción eréctil?
- ¿A alteraciones de la libido?
- ¿Disminución o ausencia de la satisfacción sexual?
- ¿Alteraciones en la eyaculación?

Como vemos las DS pueden afectar a cualquier parte del ciclo. En ocasiones éstas se ven solapadas y lo que inicialmente era un problema de erección o excitación se transforma en un problema de deseo y viceversa.

El deseo sexual es un estado variable en el que la combinación e interacción de distintos factores y componentes, producirán un determinado estado de deseo sexual; si éste es alto la excitación es más rápida, si por el contrario el estado de deseo sexual es bajo puede bloquearse la excitación.

La sexualidad es uno de los ejes sobre los que se sustenta el ser humano, formado por aparatos y órganos, el órgano rector es el cerebro, el cual procesa la información que recibe de los sentidos (vista, oído, olfato, gusto, tacto) y a partir de aquí gestiona las distintas fases de la respuesta sexual. Por lo que siempre debemos realizar una evaluación de cada una de las distintas fases del ciclo sexual. Mediante la **historia clínica** (*elemento primordial en la valoración de las disfunciones sexuales desde la Atención Primaria*), **exploración física** y si es necesario el uso de cuestionarios de valoración, **estudios morfológicos y funcionales**.

Por todo ello, al plantearnos el abordaje y la evaluación de las DS, desde AP requiere que seamos conscientes de los factores que condicionan nuestra actividad asistencial, así como en el paciente, sin olvidarnos nunca de su pareja, si la tiene.

Hasta conocer las características de la DS, de entrada lo consideraremos como un problema, no como una enfermedad.

Los objetivos que debemos marcarnos en la evaluación de las DS, son:

- Identificar causas médicas y psicológicas
- Evaluar la severidad
- Marcarnos una estrategia terapéutica compatible con los objetivos del paciente y su pareja

2. Motivos de consulta

Antes de preguntar sobre la causa de su consulta debemos crear un clima empático, distendido y confidencial. Transmitiremos confianza y comprensión de su problema, ya que para el paciente sexológico son elementos muchas veces determinantes, para el diagnóstico y tratamiento de las DS.

Debemos ser conscientes del impacto emocional que el problema está provocando en el paciente y de que podemos estar ante una oportunidad “única” para que nos relate lo que le ocurre.

Comenzaremos preguntando de un modo genérico con preguntas abiertas, sin prisa, y esperando la respuesta sin realizar comentarios al respecto: *¿qué le pasa?, ¿desde cuándo?, ¿en qué circunstancias?, ¿a qué lo atribuyen?*

Si viene la pareja podemos preguntar a los dos, para que cada uno dé su versión desde su perspectiva, la cual no es siempre coincidente. Insistiremos en que hagan un relato descriptivo de lo que les ocurre. Solicitándoles, en una segunda fase, tras una escucha activa, todas las aclaraciones que creamos necesarias para que podamos hacernos una idea, lo más cercana posible del motivo que les trae a nuestra consulta, conoceremos igualmente sus miedos y angustias.

Solicitaremos a continuación que describan las características de la relación sexual en que apareció por primera vez (con ésta u otra pareja) y una de las últimas en que también haya aparecido. Evaluaremos las distintas fases del ciclo de respuesta sexual (deseo, excitación y orgasmo), conducta sexual y las emociones que tuvieron después.

Debemos saber qué mecanismos han puesto en marcha para superar la disfunción (a veces estas soluciones se convierten en el auténtico problema).

¿Han pedido ayuda especializada anteriormente para resolverlo?

Las DS desencadenan un círculo vicioso de autoobservación, ansiedad de desempeño y anticipatoria. El paciente se obsesiona precisamente con lo que no puede hacer, se autoobserva y la ansiedad lo invade, con lo cual se desconecta de los estímulos eróticos y la respuesta sexual se altera hasta extinguirse. Además, como la relación sexual es insatisfactoria el paciente trata de evitarla, lo que genera todo tipo de malentendidos con su pareja.

Nuestro principal objetivo debe ser recabar el máximo de información sobre la esfera sexual.

3. Evaluación de la relación interpersonal y del nivel de motivación y compromiso

Es primordial en la evaluación de una DS saber si el sujeto afecto de una DS vive en pareja, ya que la relación de esa pareja casi siempre estará más o menos afectada. Además si la relación de pareja previamente estaba deteriorada, siempre acaba desencadenándose una crisis, que en no pocas ocasiones desemboca en una ruptura de esta relación.

Las DS se viven con mucha angustia, pueden alterar los mecanismos de comunicación de la pareja. Igualmente, y viceversa, las crisis de relación de la pareja son una causa de la DS.

No olvidemos nunca que las personas afectadas de una DS si viven en pareja, la relación casi siempre se verá afectada. Se disparan los miedos y los malentendidos.

Las abordaremos con preguntas como:

- *Cuando hay un problema en la esfera sexual es frecuente que se produzca*

can conflictos en la pareja ¿cómo ha/han vivido esto?

- *¿Se siente apoyado o comprendido por su pareja?*
- *¿Muchas personas viven una dificultad en el terreno sexual como si hubiera disminuido el amor que se tienen. ¿Cómo han vivido esto?, ¿se aman?*

Como vemos son preguntas que fácilmente detectarían si la relación está deteriorándose. Igualmente hay que prestar atención a la comunicación verbal y no verbal, observar cómo se tratan en la consulta, cómo se hablan.

Si apreciamos una mala relación derivamos a un profesional cualificado. Si la relación es buena, solicitaremos la implicación de los dos para superar el problema.

Las mujeres de los varones con DS suelen mostrar cuatro formas distintas de afrontar las DS de su pareja:

1. Cooperan y solicitan relaciones sexuales en las que sus compañeros también buscan este apoyo e intentan buscar una solución a su problema.
2. La mujer anima y estimula a su compañero, pero éste rechaza su cooperación.
3. La mujer no estimula a su compañero y éste se conforma y tampoco busca una solución a su problema de una manera independiente.
4. La mujer rechaza la relación sexual, no quiere colaborar en la solución del problema y el varón se encuentra mal con esta situación.

Como cita Elena Villalva “es importante que sepamos identificar el tipo de relación de pareja que le corresponde a nuestro paciente. Como es obvio, el primer tipo será el de más fácil abordaje y en el que podremos alcanzar un mayor éxito terapéutico”.

Debemos considerar las DS como un problema de pareja, que afecta a las relaciones interpersonales y siempre es aconsejable, antes de pautar un tratamiento, consensuarlo. Un 55% de mujeres de varones con DS, presentan disfunción sexual femenina (DSF). Las DS también tienen una alta prevalencia en las mujeres y ejercen alteraciones sobre su estado de ánimo, autoestima y la calidad de vida exactamente igual que en los varones. El *Nacional Health and Social Life Survey* (NHSL) de Estados Unidos indica que un tercio de las mujeres presentan falta de interés sexual y un cuarto no presentan orgasmos, un 20% considera que el sexo no es placentero y el mismo porcentaje presenta alteraciones en la lubricación vaginal. Durante la menopausia las mujeres

presentan cambios, ya descritos por Masters y Johnson en 1966, que condicionan disminución de la respuesta sexual, menor deseo, dispareunia. Las DS presentan un efecto de retroalimentación negativa en la pareja.

No centremos nuestro objetivo terapéutico sólo en alcanzar una erección satisfactoria para el varón, no debemos olvidar otros aspectos biopsicosociales. El abordaje debe ser integral contando con las expectativas de la pareja.

No olvidemos que la relación sexual satisfactoria no sólo es la genital, incluye la realización de nuestras necesidades afectivas, además de la confianza, la seguridad y la estabilidad de la relación. En la mujer, inicialmente se desarrolla más la sensibilidad periférica (oído), que la genital.

En parejas de largo tiempo de relación, destaca el hecho de que es más importante el aspecto **afectivo-íntimo** de las relaciones sexuales, en las que no podemos aplicar la secuencia clásica de la respuesta sexual: deseo-excitación-orgasmo-resolución; si la de: intimidad-caricias-excitación-deseo-orgasmo (o no). Este enfoque de la sexualidad corre el riesgo de que la sexualidad, sobre todo la femenina, sólo se sustente en el afecto. Todos sabemos que no siempre es necesario este afecto para que existan unas relaciones sexuales placenteras, por lo que algunos autores previenen de una excesiva valoración de este afecto en las relaciones sexuales, pudiendo generarse el concepto de “sexualidad sana”.

Si tenemos la sospecha que el paciente o su pareja no están motivados y dudan de que podamos ayudarles, difícilmente nuestra intervención tendrá éxito. Abordémoslo con franqueza y no dudemos en derivarlo (tabla 16).

Si el paciente no tiene pareja estable habrá que evaluar qué relaciones sentimentales y sexuales tiene y actuar según el problema que presente. Aunque en un principio la terapia sexual estaba enfocada a parejas, actualmente hay programas de tratamiento para personas que acuden solas.

Tabla 16. Criterios de derivación a un especialista

- Si el paciente o su pareja solicitan una valoración especializada
- Paciente joven con antecedentes de traumatismo pélvico o perineal
- Trastorno psiquiátrico o sexual complicado
- Deterioro importante en la relación de pareja
- Mala evolución tras el tratamiento inicial
- Sospecha de patología de base o concomitante que requiera valoración y tratamiento especializado

San Martín C. En *Guía de Buena Práctica Clínica en Disfunciones sexuales. Atención Primaria de Calidad OMC. Ministerio de Sanidad y Consumo IM&C, SA. Madrid, 2004.*

4. Evaluación de la salud física

Conoceremos los antecedentes personales y familiares, hábitos tóxicos, toma de medicamentos y otros factores de riesgo.

Preguntaremos por las **enfermedades actuales y los antecedentes personales** que tiene el paciente. La función sexual puede verse afectada por cualquier enfermedad sistémica.

Prestaremos especial atención a enfermedades crónicas, procedimientos quirúrgicos previos, traumatismos pélvicos o perineales, enfermedades endocrinas, enfermedades de transmisión sexual (ETS) y factores de riesgo cardiovascular. Hay DS más ligadas a causas orgánicas, como la disfunción eréctil o la dispareunia y otras más ligadas a causas psicosexuales, como la eyaculación precoz o los trastornos de orgasmo en la mujer. Pero en todos puede influir en un porcentaje variable alguna causa orgánica.

Debemos valorar y preguntar activamente sobre la existencia de enfermedades y alteraciones; **cardiovasculares** (hipertensión, infarto de miocardio, angor, enfermedad arterial periférica oclusiva), **metabólicas** (dislipemia, diabetes, enfermedades renales, hepáticas), **endocrinas** (hipotiroidismo, hipertiroidismo, hipogonadismo, hipopituitarismo), **neurológicas** (Parkinson, esclerosis múltiple, polineuropatías, Alzheimer, AVC, etc.), **traumatismos** (pélvico, perineal, del pene), **tratamientos quirúrgicos radicales** (prostatactomía, vejiga, colorectal), **enfermedades del tracto genito-urinario** (priapismo, hiperplasia de próstata, enfermedad de Peyronie, prostatitis, enfermedades venéreas).

Preguntaremos también sobre el consumo de fármacos, de sustancias como alcohol y tabaco, y del consumo de drogas (marihuana, cocaína, etc.). Algunos estudios relacionan a ciertos antihipertensivos, tranquilizantes, antidepresivos, alcohol, opiáceos, marihuana, una acción habitualmente inhibidora de la respuesta sexual. En el caso de los antihipertensivos la evidencia es C.

Conviene que realicemos una exploración física dirigida, centrada fundamentalmente en el área **abdomino genital**. La presencia de testículos pequeños y atrofiados, ginecomastia, distribución de vello, distribución de grasa, en busca de signos de hipogonadismo y feminización en los hombres las alteraciones del hábito corporal pueden ser indicativas de hipogonadismo o hiperprolactinemia, y en jóvenes de síndromes genéticos (Klinefelter, Kallmann): en pene valoraremos la presencia de placas fibróticas, sugestivas de Peyronie. Solicitaremos una analítica que incluya parámetros que puedan estar relacionados con el problema y otras exploraciones complementarias que se consideren necesarias.

La realización de un **examen neurológico** puede ser importante en pacientes con trastornos neurológicos y diabetes, al poder ser la DS secundaria a la presencia de neuropatía periférica. La realización del reflejo

bulbo-cavernoso y la evaluación de la sensibilidad genital y perineal pueden ser útiles en la evaluación de una DS de origen neurológico.

Es importante que realicemos una **exploración cardiovascular**: toma de tensión arterial, pulsos periféricos, auscultación cardíaca.

La primera conferencia internacional sobre disfunción eréctil (DE), recomienda la evaluación en todos los pacientes de:

- Hábito corporal
- Caracteres sexuales secundarios
- Evaluación cardiovascular
- Evaluación neurológica
- Examen de las características de pene testículos y tacto rectal

La realización de una adecuada anamnesis y el examen físico pueden aportar un diagnóstico etiológico de la DS, que disminuya el coste y se eviten estudios innecesarios.

El conocimiento que tengamos de las repercusiones sobre la salud sexual de distintos problemas médicos servirá para que podamos ofrecer un consejo sexual que sea útil, para que el paciente pueda adaptarse a esta situación. Informaremos sobre las repercusiones sexuales de su patología.

Las situaciones clínicas en las que, debido a su incidencia, los médicos de familia debemos estar más sensibilizados son:

- Diabetes mellitus
- Hipertensión arterial
- Cardiopatía isquémica
- Patología prostática
- Insuficiencia renal crónica
- Enfermedad de Parkinson
- Esclerosis múltiple
- Histerectomía (algunos autores indican que desinhibe y aumentan las relaciones sexuales)

5. Evaluación de la salud mental

Valoraremos la presencia o antecedentes de ansiedad, depresión, ya que algunas enfermedades psiquiátricas y sus tratamientos pueden generar DS.

Debemos tener en cuenta la sensación que transmiten por su manera de comunicarse.

Si los pacientes nos sugieren por su actitud algún rasgo de personalidad significativo, o que ésta pueda ser sugestiva de un problema psicopatológico, debemos explorarlo específicamente.

Preguntaremos a todos los pacientes si tienen o han tenido problemas de salud mental y el tipo de tratamiento. Muchas veces los psicofármacos pueden ser causantes de DS. Los ISRS y otros tipos de antidepresivos afectan en una proporción variable los distintos ciclos de la respuesta sexual, principalmente en las fases de excitación y de orgasmo.

La respuesta sexual y sus distintos ciclos igualmente pueden afectarse por trastornos afectivos y por trastornos de ansiedad.

Antes de iniciar cualquier tratamiento con psicofármacos que puedan afectar la esfera sexual, deberíamos preguntar sobre la función sexual.

Preguntaremos también a las mujeres, ya que en éstas los fármacos pueden generar: *disminución del deseo, sequedad vaginal y dificultad para llegar al orgasmo*.

Muchos pacientes abandonan el tratamiento por este motivo, debemos ofrecerles una adecuada información en relación a sus efectos secundarios, los cuales, a medida que ejercen su efecto terapéutico, pueden incluso ser beneficiosos para su DS, al mejorar su estado de ánimo.

Valoraremos también su estado de ánimo y cómo le afecta en su problema sexual y del estado mental de su pareja, a veces problemas de ansiedad de la pareja repercuten negativamente en el estado anímico y de disposición para la relación sexual.

Observaremos la presencia de rasgos de personalidad más o menos patológicas. En ocasiones es útil el uso de la escala de Golberg, que nos permite valorar la existencia de ansiedad o depresión. La detección de una patología psiquiátrica, plantea que iniciemos su abordaje antes de tratar la DS.

En pacientes afectos de **trastornos psicóticos** la función sexual igualmente puede verse afectada por los tratamientos. La evaluación de este tipo de pacientes se escapa del ámbito de la AP y debe ser realizada por el psiquiatra (tabla 16). En este tipo de pacientes debe primar la mejora de su patología mental, valorándose en una segunda etapa, los pros y contras de su tratamiento, así como el beneficio sobre su enfermedad mental.

6. Evaluación del estilo de vida

Debemos conocer los hábitos de vida del paciente sexológico ya que, las relaciones sexuales necesitan su tiempo, estar relajado, estar descansado requieren igualmente de tranquilidad e intimidad con la pareja.

Las actividades de la vida moderna no lo ponen fácil y muchos pacientes se enfrentan a múltiples exigencias.

Si preguntamos qué suelen hacer en un día normal, podremos conocer las actividades que desarrollan, y la distribución de su tiempo, que pueden servirnos para que tengamos una idea de su nivel de estrés.

El estilo de vida es fundamental para tener relaciones sexuales de calidad.

Es importante la detección de estilos inadecuados de vida para poder modificarlos. Tarea no siempre dependiente de nuestros consejos. Las obligaciones laborales suelen superar a las emocionales.

7. Historia psicosexual

Se acepta que el desarrollo psicológico humano es consecuencia de múltiples situaciones y se modela a lo largo de toda la vida.

En la evaluación de un paciente con DS debemos preguntar por:

- la educación recibida
- sus actitudes
- sus mitos

Debemos igualmente conocer cómo vive la sexualidad, no sólo en su mundo interno sino también en su mundo externo.

Las DS provocan en el individuo que las padece una serie de retos de adaptación que en nuestra entrevista intentaremos llegar a conocer, los cuales no van a ser siempre previsible desde nuestra visión de la sexualidad.

No debemos tener nunca prisa en interpretar todas sus ideas. Debemos centrarnos en aquellos elementos que subjetivamente nos parezcan más significativos.

Diversos estudios han valorado la importancia que tienen en la respuesta sexual y sus disfunciones las características culturales de la población, así como la edad y el sexo, elementos todos ellos sujetos a múltiples sesgos.

Deberíamos valorar también la capacidad adaptativa que tiene el sujeto a su situación.

Tener estos datos es fundamental para poder modificar ideas erróneas y reestructurar la vivencia del problema. No hay que tener prisa y hay que hacerlas en el momento adecuado, nunca violentando al paciente. Para el sexólogo éste es un apartado fundamental si va a realizar una terapia sexual y habitualmente interroga sobre las experiencias más significativas a lo largo del ciclo vital. Los médicos de familia podemos centrarnos en lo que consideremos más significativo en función del cuadro clínico.

Prestaremos, como hemos comentado, una especial atención a sus **actitudes hacia la sexualidad**, la **educación sexual** que ha recibido, **sus mitos y expectativas sexuales**,

sus **anteriores relaciones** sexuales y de pareja y la vivencia que tuvo de ellas.

Aún hoy existen cuestiones por responder para la comprensión de la sexualidad humana:

- ¿Qué es la sexualidad normal?
- ¿Cómo surge y se mantiene la atracción sexual?
- ¿Por qué unos estímulos son eróticos en unos y no lo son en otros?
- ¿Qué influencia tienen las vivencias infantiles en las relaciones sexuales adultas?

Conocer las preferencias sexuales puede ayudarnos a discernir una DS, ¿presenta problemas de identificación sexual?

Para poder responder a todas estas cuestiones es importante que **integremos** todos los factores que influyen en el desarrollo de la sexualidad humana, sean estos adecuados o alterados.

No debemos basar la sexualidad sólo centrada en el amor, con lo que se obstacularizarían los distintos caminos que tiene el impulso sexual y su utilidad para satisfacer distintas necesidades: *fisiológicas, psíquicas, vinculares y sociales.*

Lectura recomendada

- Brenes FJ. Evaluación de las disfunciones sexuales. En San Martín C. Comunicación y actitudes en la entrevista sexológica. GASSAP, 2005;15-19.
- Broderick GA, Lue TF. Evaluación y manejo no quirúrgico de la disfunción eréctil y el priapismo. En Campbell. Urología, 8ª ed, 2002; 1771-1831.
- Caballero F. Introducción. En Guía de Buena Práctica Clínica en disfunciones sexuales. Atención Primaria de Calidad OMC. Ministerio de Sanidad y Consumo IM&C, SA. Madrid, 2004.
- Davis-Joseph B, Tietzer L, Melman A. Accuracy of the initial history and physical examination to establish the etiology of erectile dysfunction. Urology 1995;45:498-502.
- Denis C. Brain development: The most important sexual organ. Nature 2004;427(6973):390-392.
- Dewirw D. Evaluation and treatment of erectile dysfunction. Am Fam Physician 1996;53:2101-2106.
- Díaz J. La sexología clínica: presente y futuro ¿De dónde venimos, dónde estamos y hacia dónde vamos? Sexología Integral 2004;1(1):17-19.
- Documento de Consenso sobre Disfunción Eréctil. Foro de la Salud del Hombre en Disfunción Eréctil. Barcelona: Pfizer Ediciones. 2002.
- García-Montes F, Gil-Vernet JM, Martín Morales A, Ozonas-Moragues M, Pizá-Reus P. Áreas de la sexualidad: libido, erección y eyaculación. En Carballido JA, Alcaraz A editores. Función sexual e hiperplasia benigna de próstata un nexo con implicaciones clínicas crecientes. Med Clin Monogr (Barc). 2005;6(3):14-32.
- González-Correales R, Sánchez F. Coord. Zarco, J. Talleres de práctica clínica en Atención Primaria, 1 Disfunción Eréctil. Manual del Asistente. Semergen y Scientific Communication Management. Madrid, 2004.
- González-Correales R. Habilidades básicas en entrevista clínica. Pulso ediciones. Barcelona. 2001.
- Laumann EO, Gagnon JH, Michael RT, Michaels S. The Social Organization of Sexuality. Sexual Practices in the United States. Chicago, University of Chicago Press, 1994
- Lue T, Giuliano F, Khoury S, Rosen R. Clinical Manual of Sexual Medicine Sexual Dysfunctions in Men. Health Publications Ltd 2004.
- Montejo AJ, Llorca G, Izquierdo JA y Grupo español de trabajo para el estudio de las disfunciones sexuales secundarias a psicofármacos. Disfunciones sexuales iatrogénicas. Antidepresivos y antipsicóticos. Psiquiatría y At Prim. 2000.Jul;1(3):10-15.
- O'Leary MP. Quality of life and sexuality. Methodological aspects. Eur Urol. 2001;40 Suppl 3:13-18.
- San Martín C. Consejo sexual desde atención primaria. En San Martín C. Comunicación y actitudes en la entrevista sexológica, GASSAP, 2005;20-24.
- Usall J. Sexo y cerebro: diferencias morfológicas y funcionales entre mujeres y hombres. Actas Esp Psiquiatr 2002;30(3):189-194.
- Villalva E. Aproximación a la mujer del varón con disfunción eréctil. Sexología Integral. 2006; 3(1):40-43.

Intervención del médico de familia en salud sexual

Ramón González Corrales

1. Manejo de problemas sexuales frecuentes en Atención Primaria

Manejo de preocupaciones frecuentes

Con frecuencia al médico se le plantean preguntas que están determinadas por falta de información o por

información errónea, muchas veces inductora de expectativas exageradas. Pueden creer mitos o falacias sexuales (tabla 17) muy extendidas socialmente y tener miedo a no ser “normales”, lo que les produce una gran angustia. Los miedos pueden variar según el grupo social y las actitudes ante la sexualidad. A las personas con actitudes prohibitivas les puede perturbar mucho tener fantasías o deseos contradictorios con sus creencias o disfrutar con conductas que consideran “no naturales”, como el sexo oral o anal, de las que se sienten culpables. A otras, con actitudes más permisivas, les puede preocupar no tener un cuerpo o una respuesta sexual como la que difunden algunos medios de comunicación. Así se exigen responder a ciertas expectativas a veces en contra de sus deseos o posibilidades

Tabla 17. Algunos mitos y falacias sexuales

- Cada persona dispone de un número limitado de experiencias sexuales y cuando esas experiencias se han agotado la actividad sexual para esa persona se ha terminado.
- Durante el embarazo se debe evitar el coito.
- Existen dos tipos de orgasmos en la mujer: uno vaginal y otro clitoral.
- La gratificación sexual en la mujer depende del tamaño del pene y el hombre con un pene grande tiene mayor potencia sexual que el que lo tiene más pequeño.
- Es peligroso tener relaciones sexuales en la menstruación.
- Los atletas deben abstenerse de todo tipo de actividad sexual durante varios días antes de participar en pruebas deportivas, tales como el fútbol o las carreras.
- Tanto el deseo como las habilidades sexuales pueden incrementarse mediante el uso de ciertos alimentos, drogas o aparatos mecánicos, conocidos popularmente como afrodisíacos.
- El orinar, por parte de la mujer, después del coito o el practicarlo en posición de pie, evita el embarazo.
- Durante el período de gestación un niño puede quedar “marcado” (antojos, traumas,...).
- Si una mujer ha tenido experiencias sexuales continuadas con un hombre, los posibles hijos engendrados posteriormente con otro hombre nacerán marcados por aquél (telegonía).
- La vida sexual de la mujer se interrumpe con la menopausia y la histerectomía.
- Para que se produzca la concepción en una pareja es necesario que ambos alcancen el orgasmo simultáneamente.

fisiológicas. De esta forma algunas personas pueden exigirse tener una determinada intensidad de deseo de forma constante u orgasmos múltiples, o tener una orientación bisexual, o retrasar indefinidamente la eyaculación, o responder como si fueran jóvenes aunque hayan sobrepasado con mucho la mediana edad, o tener el pene de un determinado tamaño. Son los peligros de tener actitudes normativas que no tienen en cuenta la variabilidad de la conducta sexual humana y que, en sí mismas, generan malestar y patología.

El médico debe ayudar a las personas que le consulten, aportándoles una información fidedigna de la respuesta sexual y de su variabilidad, estimulándole a no intentar responder a normas rígidas, sino a profundizar en una sabiduría erótica personal en función de sus preferencias y no de códigos externos. En sexualidad hay una amplia variación de la normalidad y sólo conocer eso, por una figura de autoridad científica, puede tranquilizar a muchos pacientes. El médico tiene que tener la formación necesaria para poder asesorar a sus pacientes desde esta perspectiva comprensiva de la sexualidad.

2. Variaciones y desviaciones sexuales o parafilias

Como hemos comentado anteriormente la conducta sexual humana se caracteriza por la variación y se resiste a ser encorsetada en criterios rígidos de normalidad/anormalidad. Hasta hace relativamente poco todas las variaciones de la conducta socialmente aceptada se trataban como un único grupo de marginados sociales a los que sólo la ley podía recuperar. Un claro ejemplo de eso lo tenemos en la homosexualidad, que ya no se considera un parafilia, pero que hasta hace poco tiempo se consideraba una enfermedad estigmatizante, con consecuencias muy negativas para los que eran así considerados.

La característica principal de una parafilia es la presencia de repetidas e intensas fantasías sexuales de tipo excitatorio, de impulsos o de comportamientos sexuales que por lo general engloban: 1) objetos no humanos, 2) el sufrimiento y la humillación de uno mismo o de la pareja o 3) niños u otras personas que no consienten y que se presentan durante un período de al menos 6 meses.

Lo determinante para considerar el problema como patológico es:

1. Que se produzcan conductas en las que no haya consentimiento por parte de los otros, lo que puede incluir la violencia. En este caso estas conductas se consideran delito (por ejemplo, la paidofilia) y el individuo puede ser detenido y encarcelado.
2. Que las fantasías, los impulsos sexuales o los comportamientos, provoquen malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes en la actividad del individuo.

Eso puede depender mucho del código moral del sujeto y del entorno social.

3. Un individuo puede ser diagnosticado de varias parafilias, así como de trastornos de otros ejes, lo que puede hacer el problema muy diferente en su gravedad y en su potencial riesgo social. Por ejemplo, si se añade un trastorno antisocial de la personalidad, ciertas parafilias pueden ser potencialmente peligrosas para otras personas, como en el caso del sadismo sexual.

El médico de familia puede explorar si existen estas características y derivar al especialista adecuado.

3. Trastornos de la identidad sexual

Para hacer este diagnóstico se tienen que dar los siguientes criterios:

1. Debe haber pruebas de que el individuo se identifica de un modo intenso y persistente con el otro sexo, lo cual incluye el deseo de ser, o la insistencia en que uno es del otro sexo. Esta identificación no es únicamente el deseo de obtener supuestas ventajas relacionadas con las costumbres culturales.
2. Deben existir pruebas de malestar persistente con el sexo asignado o un sentido de inadecuación en el papel de sexo.
3. El diagnóstico no debe establecerse si el individuo padece una enfermedad física intersexual (por ejemplo, síndrome de insensibilidad a los andrógenos o hiperplasia suprarrenal congénita).
4. Deben existir pruebas de malestar significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Generalmente los síntomas comienzan en la niñez y pueden darse en ambos sexos. Igualmente, ante la sospecha de este trastorno hay que derivarlo al especialista.

4. Manejo de las disfunciones sexuales (DS)

Cabría la reflexión de si las disfunciones sexuales deben abordarse en Atención Primaria y si los médicos de familia somos

los profesionales adecuados para hacerlo. Hay un hecho cierto: si nosotros no interrogamos sobre estos problemas y no tenemos unos conocimientos básicos sobre ellos, la posible ayuda no podrá darse a una gran mayoría de la población. La consulta del médico de Atención Primaria sigue siendo el sitio de mayor accesibilidad para que los pacientes manifiesten sus demandas y cada vez más, sobre todo si hay un buen clima de relación, y se trabaja con un concepto de salud integral, éstas incluirán aspectos sexuales. La mayoría de la gente tiene dificultades para acceder a un especialista por múltiples motivos y algunos problemas pueden resolverse con cierta facilidad en la consulta del médico de familia, si éste tiene una actitud abierta y unos conocimientos adecuados.

La variable principal para el éxito de cualquier intervención es que el paciente o la pareja acepten de buen grado ser tratados en este nivel asistencial. Si no es así, si no hay un buen clima en la relación asistencial por los motivos que sean, se impone una derivación al especialista. Igualmente debe derivarse a la pareja si no se dispone de un tiempo mínimo que poder dedicarles.

Si el problema es de larga duración, si la relación de pareja está muy deteriorada, si hay trastornos psiquiátricos serios (atención a los trastornos de la personalidad) o cualquier otra circunstancia que pueda complicar la disfunción, también está indicada la derivación a un especialista. En este caso el papel del médico de familia se reduce a hacerse una idea del problema y a plantear a los pacientes la posibilidad de que sean tratados, intentando pactar una tregua en las conductas destructivas si las hubiera, hasta el inicio de una terapia reglada.

El terreno de la sexualidad tiene dificultades para ser incluido en un modelo puramente médico de normalidad/anormalidad. Hay muchas variaciones individuales y muchas veces es difícil delimitar donde comienza la posible patología. El DSM-IV deja claro en los criterios B y C de todas las disfunciones que para diagnosticarlas el trastorno debe provocar un malestar acusado en el paciente, o dificultades en la relación interpersonal. Asimismo no debe poder explicarse mejor por trastornos del eje I (por ejemplo una depresión) y ni deberse exclusivamente a efectos fisiológicos de una sustancia (drogas, medicamentos) o de una enfermedad médica. En todas las disfunciones hay que tratar de discernir si son adquiridas o de toda la vida y si son situacionales o generales.

A continuación se comenta muy brevemente el manejo de las disfunciones sexuales que con mayor frecuencia pueden presentarse en la consulta de un médico de familia. La disfunción eréctil y la eyaculación precoz son las que pueden tener un manejo más asequible, por lo que se comentan un poco más ampliamente. En las demás se aporta una información básica que permita interrogar a los pacientes en informarlos de las alternativas terapéuticas posibles.

Disfunción eréctil (DE)

Últimas evidencias

- La disfunción eréctil se define como *la incapacidad del varón para conseguir y mantener una erección adecuada del pene que permita el desarrollo satisfactorio del coito* (hasta el final de la actividad sexual según el DSM IV).
- Según el estudio EDEM, la prevalencia en España de DE de cualquier grado entre los varones de 20-70 años es de un 19% (unos 2 millones de pacientes).
- La etiología es multifactorial, aunque en los últimos años ha aumentado la importancia de los factores orgánicos.
- En Atención Primaria es importante **preguntar de forma activa** a los pacientes que presenten los siguientes **factores de riesgo**: edad (> 50 años), diabetes, enfermedades cardiovasculares (HTA, hiperlipemia, etc.), tabaquismo, medicamentos (antihipertensivos, ISRS...), trastornos afectivos, consumo de tóxicos (alcohol, opiáceos...), enfermedades prostáticas, enfermedades sistémicas.
- El diagnóstico es fundamentalmente clínico. Conviene hacer una analítica para descartar FRCV o hipogonadismo en > 50 años. Desde la introducción de los inhibidores de la fosfodiesterasa tipo 5 (PD5) no es necesario, en general, hacer otro tipo de pruebas especializadas.
- La DE es tratable por el médico de familia con consejo sexual, más un inhibidor de la PD5.

Introducción

La disfunción eréctil, históricamente denominada impotencia, es definida por *NIH Consensus Development* de 1993 como *la incapacidad del varón para conseguir y mantener una erección adecuada del pene que permita el desarrollo satisfactorio del coito* (hasta el final de la actividad sexual según el DSM IV). Esta definición admite mucha variabilidad y también grados de afectación. Se ha tratado de estandarizar el diagnóstico con escalas, como el *Índice Internacional de Función Eréctil (IIEF)*, que es la que suele utilizarse en la mayoría de los estudios. Como screening se utilizan el *Índice sobre Salud Sexual del Varón (SHIM)*, una versión abreviada del anterior, o el *Cuestionario Corto de Diagnóstico para la Disfunción Eréctil (SQED)*, que pueden ser útiles en Atención Primaria.

En España el estudio EDEM (*Estudio Epidemiológico sobre Disfunción Eréctil Masculina*) encontró una cifra de prevalencia de disfunción eréctil de cualquier grado en la población de 25 a 70 años, del 19%

Tabla 18. Factores psicosexuales relacionados con DE y otras DS

1. Factores predisponentes
Educación sexual muy prohibitiva, traumas sexuales, parafilias, problemas de identidad u orientación sexual, baja autoestima, problemas con la autoimagen corporal
2. Factores desencadenantes
Conflictos de pareja, estrés, disfunción sexual previa, ansiedad ante enfermedades orgánicas, trastornos psiquiátricos
3. Factores mantenedores
Ansiedad de desempeño, actitud de espectador

(unos 2 millones de varones, según el censo de 1991). La prevalencia según la edad era: de 25 a 39 años del 8,6%; de 40 a 49 años 13,7%; de 50 a 59 años del 25,5%; de 60 a 70 años del 48,7%.

Etiología

Se considera actualmente que la etiología tiene un carácter multifactorial en el que están implicados factores orgánicos con superposición de importantes factores psicológicos y conductuales. Esto hace que pueda clasificarse de causa predominantemente **orgánica, psicológica o mixta**. Teniendo en cuenta esto, desde el punto de vista clínico, se sigue clasificando como **primaria** (muy infrecuente), cuando nunca ha existido erección, y **secundaria o adquirida**.

En las tablas 18, 19 y 20 se reseñan algunas de los principales causas orgánicas, psicológicas y medicamentos relacionados con la DE. En Atención

Primaria es importante preguntar a los pacientes que presenten los siguientes **factores de riesgo muy frecuentes**: edad, diabetes, enfermedades cardiovasculares (HTA, hiperlipemia, etc.), tabaquismo, medicamentos, trastornos afectivos, consumo de tóxicos (alcohol, opiáceos...), enfermedades prostáticas, enfermedades sistémicas.

Es importante comprender que, aunque el desencadenante inmediato de una DE sea un problema orgánico muy claro, eso siempre ocurre en un varón (que generalmente ha superado la mediana edad) que de inmediato comienza a tener pensamientos automáticos catastrofistas sobre sí mismo o sus posibilidades de curación, lo que le crea un gran impacto emocional. Es frecuente que los varo-

Tabla 19. Causas orgánicas de disfunción eréctil a tener en cuenta en Atención Primaria

CAUSAS VASCULARES (60-80%)	CAUSAS NEUROLÓGICAS (10-20%)	CAUSAS HORMONALES (5-10%)
Arteriosclerosis <ul style="list-style-type: none"> • Tabaco • Hiperlipemia • HTA • Diabetes • Enfermedad de Peyronie • Fracturas pélvicas • Traumatismos perineales • Fractura de cuerpos cavernosos • Trasplante renal heterotópico • Síndrome de Leriche • Bypass aorto-ilíaco o aorto-femoral • Secuelas de la radioterapia • Secuelas del priapismo 	Sistema nervioso central <ul style="list-style-type: none"> • Accidente cerebrovascular • Síndrome de apnea del sueño • Enfermedad de Alzheimer • Enfermedad de Parkinson • Tumor cerebral Médula espinal <ul style="list-style-type: none"> • Traumatismos • Hernia discal • Esclerosis múltiple • Tumor medular • Infarto medular • Mielomeningocele • Tabes dorsal Nervios periféricos <ul style="list-style-type: none"> • Neuropatía diabética • Neuropatía alcohólica Secuelas postquirúrgicas <ul style="list-style-type: none"> • Prostatectomía • Cistoprostatectomía • Resección transuretral de próstata • Cirugía de la médula espinal • Amputación rectal 	Exceso de estradiol <ul style="list-style-type: none"> • Obesidad • Hepatopatía Hiperprolactinemia <ul style="list-style-type: none"> • Farmacológica • Tumor hipofisario (prolactinoma) Alteraciones del tiroides <ul style="list-style-type: none"> • Hipertiroidismo • Hipotiroidismo Alteraciones suprarrenales <ul style="list-style-type: none"> • Síndrome de Cushing • Enfermedad de Addison Hipogonadismo <ul style="list-style-type: none"> • Anorquia • Quimioterapia • Radioterapia • Síndrome de Klinefelter

Tabla 20. Fármacos relacionados con la disfunción eréctil y otras DS

Antihipertensivos:**Simpaticolíticos:** metildopa, reserpina, clonidina, guanetidina**Bloqueadores beta:** propranolol, betapindolol, atenolol, metoprolol**Diuréticos:** tiazídicos, espirolonactona, antialdosterónicos**Hidralazina****Fármacos de actuación hormonal:****Disminuyen o inhiben la acción de la testosterona:** antiandrógenos, estrógenos, anabolizantes, esteroides, espirolonactona, ketoconazol, digoxina, clofibrato, cimetidina.**Aumentan los niveles de prolactina:** cimetidina, metoclopramida, fenotiazinas, opiáceos, endorfinas, haloperidol, antidepressivos tricíclicos, metildopa**Fármacos psicotropos:****Antidepressivos:** tricíclicos, tetracíclicos, ISRS, IMAO**Antipsicóticos y neurolépticos:** fenotiazinas, tioxantinas, tioridazinas, butirofenonas, haloperidol**Ansiolíticos:** benzodiazepinas**Fármacos quimioterápicos**

* ISRS: inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina; IMAO: inhibidores de la monoaminooxidasa.

nes se digan a sí mismos que “están acabados”, que “ya no son unos hombres completos”, que “están viejos”, que “van a perder el amor de sus parejas” (si la tienen) o que “ya no van a poder encontrar otra” (si no la tienen). Por otra parte sus parejas, que suelen estar también en una edad de crisis del ciclo vital, pueden sentirse inseguras de su atractivo o del afecto de sus compañeros, siendo frecuente que incluso piensen en la posibilidad de que tengan una relación extraconyugal. Todo esto, con frecuencia, lleva a malentendidos y dificultades de comunicación. También induce cambios en la dinámica sexual. De inmediato se instalan rutinas de autoobservación y ansiedad de actuación que pueden perpetuar el problema.

Diagnóstico

La historia clínica es la principal herramienta para diagnosticar la DE y para sospechar si la causa es orgánica o psicológica. En la tabla 21 se reseñan los principales datos que hay que recoger para hacer

el diagnóstico diferencial. Es importante insistir en los fármacos que toma y en concreto si toma nitratos ya que eso contraindicaría los inhibidores de la PD-5.

En todos los pacientes hay que hacer una exploración física dirigida y una analítica que incluya glucemia, perfil lipídico, función renal y hepática, testosterona libre en mayores de 50 años o cuando hay sospecha de hipogonadismo. Según la patología de base del paciente se harán las exploraciones que correspondan si las vemos necesarias. La aparición de los inhibidores de la PD-5 ha hecho que la mayoría de las veces sea innecesario hacer pruebas invasivas especializadas.

Tratamiento

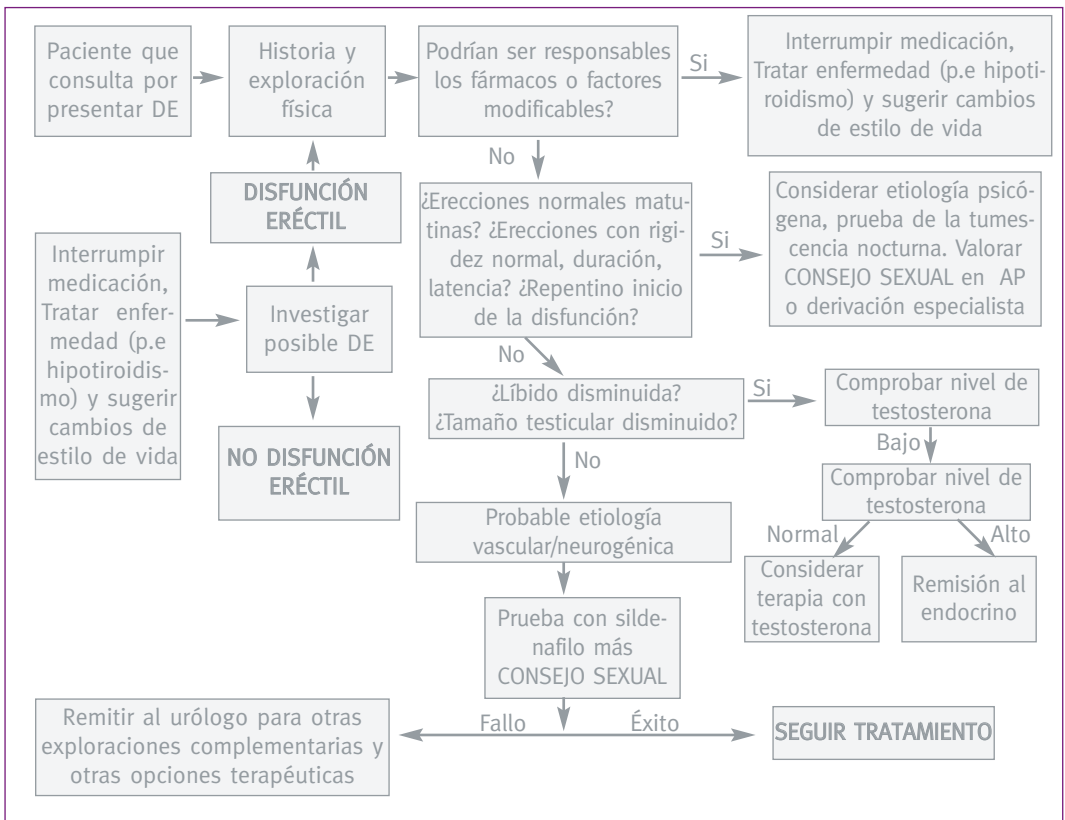
La intervención será individualizada y orientada por el paciente, según sus expect

Tabla 21. Diagnóstico diferencial de la disfunción eréctil psicógena y orgánica

CARACTERÍSTICAS	ORGÁNICA	PSICÓGENA
Edad	> 50 años	< 40 años
Tiempo de evolución	> 1 año	< 1 año
Aparición	Permanente	Situacional
Curso	Constante	Variable
Erección extracoital	Pobre	Rígida
Problemas psicosexuales	Secundarios	Larga historia
Problemas de pareja	Secundarios	Al inicio
Ansiedad anticipatoria	Secundarios	Primarios

Documento consenso sobre Disfunción Eréctil

Algoritmo diagnóstico de DE



Documento consenso sobre DE. Foro de la salud del hombre, 2002.

tativas y deseos. Si es posible, la pareja debe participar en la discusión y elección del tratamiento. En Atención Primaria, en el momento actual, se dispone fundamentalmente de dos recursos para tratar a la mayoría de los pacientes: el consejo sexual y los fármacos orales específicos.

Si se ha llegado a la conclusión de que **la causa es fundamentalmente psicológica y parece tener buen pronóstico** podemos intentar un tratamiento de prueba con consejo sexual y ejercicios de concentración sensorial (ver pág. 51). Para esto es necesario que el médico de familia tenga una formación básica en sexología, sino deberá derivar a un especialista.

Si la etiología parece ser orgánica de causa vascular o neurogénica puede intentarse, si no hay contraindicación, un tratamiento con los consejos sexuales y un inhibidor de la PDE5 incluido a ser posible dentro de un contexto de concentración sensorial. Si la DE se resuelve no es necesario hacer más pruebas ni remitir al nivel especializado.

El citrato de sildenafil fue el primer fármaco comercializado para el tratamiento sintomáticos de la DE. Recientemente se han comercializado dos nuevos fármacos inhibidores del PDE5, el **vardenaflilo** y el **adalafilo**. Son inhibidores potentes, selectivos y reversibles de la fosfodiesterasa tipo 5 (PDE5). Restablecen la respuesta natural del organismo a la estimulación induciendo la relajación del músculo liso del cuerpo cavernoso, permitiendo que se obtenga y mantenga la erección.

No deben utilizarse si existe tratamiento concomitante con nitratos o fármacos donadores de óxido nítrico, en los pacientes en los que está desaconsejada la actividad sexual (angina inestable, insuficiencia cardíaca grave, infarto reciente) y en aquellos que presenten alergia o intolerancia al fármaco. Se deben utilizar con precaución en pacientes con deformaciones anatómicas del pene (tales como angulación, fibrosis cavernosa o enfermedad de Peyronie) o en pacientes con antecedentes que puedan predisponer a priapismo (tales como anemia falciforme, mieloma múltiple o leucemia).

La eficacia varía según el grado de severidad de la DE y la patología asociada. En general la erección mejora como media en torno al 70-80% de los casos aunque éstas cifras pueden ser menores cuanto mayor sea la severidad (lo que generalmente va unido al tiempo de evolución) y según la patología orgánica acompañante.

Los tres precisan un estímulo erótico previo (lo que supone la gran ventaja sobre el tratamiento médico más aplicado anteriormente: las inyecciones intracavernosas de sustancias vasoactivas) y comienzan a hacer efecto a los 30-60 minutos. **Sildenafil**

y **varденаfilo** tienen una duración de unas 4 horas. El **tadalafilo** dura unas 36 horas. Se pueden dar con alcohol aunque hay que evitar las comidas grasas copiosas (sildenafil y vardenafil). La forma de prescripción es la siguiente: con el **sildenafil** comenzar con 50 mg si no hay mejoría volver a intentar otro día con 50 y si no se mejora pasar a 100 mg; con el **varденаfilo** comenzar por 10 mg, repetir otro día con 10 mg si no mejora, y luego subir a 20 mg; con el **tadalafilo** (de 10 y 20 mg) seguir la misma pauta que con el anterior. No debe usarse más de una pastilla cada 24 horas y no está aprobado su uso diario porque en la actualidad no hay estudios de seguridad de más de seis meses. Los efectos secundarios más frecuentes son cefalea, enrojecimiento facial, dispepsia y rinitis. El taladafilo puede producir también mialgias y dolor lumbar cuando se utiliza diariamente a dosis de 20 mg lo que no es recomendable.

Eyacuación precoz

Últimas evidencias

- La eyacuación precoz supone *una eyacuación persistente o recurrente en respuesta a una estimulación sexual mínima o antes, durante o poco tiempo después de la penetración y antes de que la persona lo desee*. No siempre es fácil de diagnosticar y para hacerlo es necesario que provoque en el individuo malestar acusado o dificultad en las relaciones interpersonales.
- La etiología no suele ser orgánica y se ha relacionado con un condicionamiento en el aprendizaje y con una dificultad para percibir las pistas de la inevitabilidad eyaculatoria.
- El tratamiento con terapia sexual es eficaz y trata de neutralizar la ansiedad anticipatoria y la autoobservación con ejercicios de concentración sensorial. Se utiliza la "técnica del apretón". También se están utilizando ISRS en casos que no evolucionan bien con terapia sexual.

Introducción

Se considera que un individuo tiene eyacuación precoz *cuando tiene una eyacuación persistente o recurrente en respuesta a una estimulación sexual mínima o antes, durante o poco tiempo después de la penetración y antes de que la persona lo desee*. El clínico debe tener en cuenta factores que influyen en la duración de la fase de excitación, como la edad, la novedad de la pareja o la situación y la frecuencia de la actividad sexual. La alteración tiene que provocar un malestar acusado o dificultad en las relaciones interpersonales. Puede ser primaria o secundaria, o general o situacional.

Puede haber dificultades para hacer operativa esta definición. El factor tiempo puede estar sesgado por apreciaciones subjetivas y expectativas sociales. Muchos autores coinciden en que el elemento básico para definir el problema es la incapacidad o falta de control del hombre para posponer su orgasmo con independencia del tiempo que tardan en eyacular. Esto estaría relacionado con la imposibilidad de estos hombres para discriminar las sensaciones en niveles eleva-

dos de excitación, previas a la inminencia eyaculatoria.

Etiología

En la eyacuación precoz no suelen estar implicados factores orgánicos. La abstinencia a opiáceos puede ser la causa en algunas ocasiones. A veces aparece en varones que han dejado de tomar alcohol de manera regular o en períodos de estrés.

Masters y Johnson la relacionan con un condicionamiento de eyaculaciones rápidas mediado por las primeras experiencias sexuales y con el papel de la ansiedad, sobre todo de actuación, lo que llevaría al establecimiento de un círculo vicioso. Sobre los mecanismos fisiológicos por los que esta disfunción se produce postulan que el eyaculador precoz es incapaz de percibir las pistas internas de la inevitabilidad eyaculatoria y por tanto no desarrolla habilidades para "retroceder" y no eyacular manteniendo la excitación. Los hombres con buen control eyaculatorio intuirían instintivamente como hacerlo, simplemente cambiando el ritmo o haciendo un cambio de la atención cognitiva o del contexto de la fantasía.

Evolución clínica

Generalmente en la clínica se aprecian grados de intensidad del problema que van desde la eyacuación con la ropa puesta y casi sin estimulación hasta eyacuación una vez iniciado el coito pero antes que el sujeto lo desee. En general los varones intentan ciertos mecanismos de defensa como "no tocar los genitales" o diversas técnicas de distracción que van desde fantasías alejadas de la sexualidad o provocarse algún tipo de dolor físico que se demuestran contraproducentes. Al final se consolidan conductas de autoobservación, autoexigencia y ansiedad anticipatoria que llevan a la perpetuación del problema, al distanciamiento de las relaciones sexuales y con frecuencia a conflictos de pareja.

Tratamiento

La eyacuación precoz es una de las disfunciones que mejor responden a la terapia sexual. Podría intentarse un tratamiento en Atención Primaria si el médico tiene una formación mínima y hay un buen clima de relación con los pacientes. Si el paciente no tiene pareja hay programas de tratamiento que incluyen sólo al varón. Fundamentalmente existen dos técnicas específicas:

1. La técnica del apretón descrita por Masters y Johnson:

- El *apretón* lo realiza la mujer apoyando la yema del dedo pulgar sobre el frenillo del pene mientras coloca los dedos

índice y corazón de la misma mano sobre el lado opuesto del pene, con el índice emplazado sobre la cabeza de éste, justo por encima de la corona. La presión debe realizarse proporcionalmente al grado de erección, de delante a atrás y durante unos cuatro segundos, soltando luego de golpe. Pueden utilizarse los propios pulgares para que hacer una simulación de cómo se hace y de la sensación aproximada que produce, que nunca es de incomodidad sino de presión.

- Se inicia el ejercicio con unos minutos de caricias no genitales y luego pueden incluirse los genitales. Es importante insistir en que la filosofía sigue siendo la misma: concentrarse en la experiencia sensorial. A la mujer se le indica que cada dos o tres minutos, una vez que ha iniciado a acariciar el pene, use la técnica del apretón independiente-

mente de si hay erección o no. No es necesario cronometrar; la idea es que se haga un uso regular de esta técnica de seis a nueve veces en el ejercicio. Después del apretón la mujer debe soltar el pene por completo y no tocar los genitales en 15 a 30 segundos. Puede acariciar durante este tiempo otras partes del cuerpo. Después puede seguir incluyendo el pene entre sus caricias. Con un poco de práctica todo esto puede integrarse en el ejercicio de tal forma que no resulte mecánico y sí agradable. Tras quince o veinte minutos y una vez realizados los apretones recomendados el hombre puede decidir pararse o llegar hasta el orgasmo por

Tabla 22. Tratamiento específico de la eyaculación precoz en parejas

PASOS	CONSEJOS
Paso 1: Caricias no genitales	<ul style="list-style-type: none"> • Prohibir relaciones coitales. • Caricias en todo el cuerpo excepto genitales por turnos. Concentrándose en las sensaciones en el aquí y ahora de forma no evaluativa. Tres a cuatro sesiones.
Paso 2: Caricias genitales por turnos	<ul style="list-style-type: none"> • Explicación de la técnica del apretón. • Caricias por turnos incluyendo genitales. • Técnica de la <i>superposición de manos</i>. • Concentración sensorial. Actitud no finalista. • Estimular tolerancia ante posibles fracasos. • Al menos tres sesiones separadas por no más de tres días.
Paso 3: Uso del apretón en juegos sexuales simultáneos	<ul style="list-style-type: none"> • Caricias mutuas incluyendo genitales y utilizando técnica del apretón con la misma filosofía de concentración sensitiva. • Al menos tres sesiones no separadas por más de tres días.
Paso 4: Contacto genital-genital	<ul style="list-style-type: none"> • Iniciar como en paso 3. Luego con mujer en posición superior mantener el contacto de genitales con la filosofía de la concentración sensorial. Hacer periódicamente <i>técnica del apretón</i>. • Al menos tres sesiones no separadas por más de tres días.
Paso 5: Coito controlado por la mujer	<ul style="list-style-type: none"> • Iniciar pasos 3 y 4. Luego la mujer en posición superior se introduce el pene y permanece inmóvil realizando periódicamente la <i>técnica del apretón</i>. Tras tres apretones o si se pierde erección la mujer puede moverse. Tras tres apretones más dejarse ir hasta el orgasmo. Insistir en filosofía de concentración sensorial • Al menos tres sesiones con periodicidad diaria si es posible.
Paso 6: Apretón basilar	<ul style="list-style-type: none"> • Igual que en paso 5 apretón en la base del pene por el varón. Explorar sensaciones y ritmos. • Al menos tres sesiones separadas por no más de dos días o diarias si es posible.
Paso 7: Coito en otras posiciones	<ul style="list-style-type: none"> • Explorar el coito en otras posiciones utilizando periódicamente la <i>técnica del apretón</i> o <i>del apretón basilar</i> o <i>la del star-stop</i>.
Consideraciones adicionales	<ul style="list-style-type: none"> • Tratar no sólo de controlar el reflejo eyaculatorio sino enriquecer la experiencia sensual y sexual de la pareja. • Adaptar flexiblemente el método a cada pareja. • Durante los siguientes seis meses después de terminada la terapia deben de tener al menos una relación semanal en la que utilicen la <i>técnica del apretón</i> o de <i>stop-star</i>. • Clima de saludable escepticismo y tolerancia a la frustración.

estimulación manual u oral. Es importante insistir en que tiene total libertad para hacer lo que le apetezca.

- Advertir a la pareja que si se produce la eyacuación sin haber completado los apretones que tenían previstos no pasa nada, suele ser normal en la primera etapa. A medida que vayan repitiendo el ejercicio esto mejorará. Si la eyacuación se produjera mientras la mujer está aplicando el apretón, éste debe ser interrumpido para no dañar por el exceso de presión, los órganos genitales.
- Tras, al menos, tres ejercicios exitosos puede recomendarse que utilicen un lubricante y que hagan tres o cuatro sesiones de ejercicios con él.
- Se les indica que se abstengan de besarse para tratar de romper "los viejos hábitos" y que tengan conciencia de que éstos son unos ejercicios de concentración sensitiva, no un preámbulo para hacer el amor.

2. La **técnica del stop-star** de James Semans consiste en parar cuando se acerca la inminencia eyaculatoria en vez de en aplicar la técnica del apretón (tabla 22).

Últimamente se están utilizando ISRS aunque su uso, probablemente, debe ser reservado a pacientes que no evolucionen bien con la terapia sexual.

5. Trastornos sexuales por dolor

Dispareumia

Últimas evidencias

- Se define como *dolor recurrente o persistente asociado a la relación sexual, tanto en varones como en mujeres.*
- Siempre hay que buscar una etiología orgánica con lo que puede resultar necesario consultar con ginecólogo o urólogo.
- El tratamiento dependerá de la causa involucrada.

Introducción

Se define como *dolor recurrente o persistente asociado a la relación sexual, tanto en varones como en mujeres.* Las molestias pueden ser variables. En las mujeres pueden oscilar desde escozor o dolor vaginal a dolor pélvico con la penetración. En el hombre igualmente puede existir desde hipersensibilidad en el glande hasta dolor importante en todo el pene.

Etiología

Casi siempre hay causas orgánicas asociadas. En las mujeres hay que descartar infecciones vaginales, vaginitis atrófica, irritación vaginal cicatrices dolorosas de episiotomía, endometriosis, infección pélvica o laceración traumática de los ligamentos uterinos. En los hombres pueden estar relacionados la hipersensibilidad del glande, infecciones (en glande, uretra o testí-

culo), secuelas de traumatismo o priapismo, enfermedad de Peronye, infecciones o tumores.

Como causas psicológicas en la mujer se han descrito incompatibilidad con la pareja sexual y orientación homosexual no asumida. En ambos casos habría sobre todo un problema de excitación lo que llevaría a una penetración dolorosa.

Tratamiento

Dependerá de la causa involucrada. Los pacientes siempre tienen que ser bien estudiados desde el punto de vista orgánico y la causa psicológica siempre será un diagnóstico de exclusión. Generalmente el tratamiento precisa de la intervención de especialistas (ginecólogo o urólogo).

Vaginismo

Últimas evidencias

- El vaginismo supone una *contracción involuntaria, de manera recurrente o persistente, de los músculos perineales del tercio externo de la vagina, frente a la introducción del pene, los dedos, los tampones o los espéculos.*
- Casi siempre está relacionado con trauma sexual, educación sexual muy prohibitiva
- El diagnóstico se confirma con la exploración ginecológica.
- La terapia sexual es muy eficaz para este trastorno y en general debe derivarse a un especialista.

Introducción

Consiste en una *contracción involuntaria, de manera recurrente o persistente, de los músculos perineales del tercio externo de la vagina, frente a la introducción del pene, los dedos, los tampones o los espéculos.* En algunas mujeres sólo la idea de la penetración vaginal les produce el espasmo. La contracción puede ser desde ligera (produciendo rigidez y malestar) hasta intensa (impidiendo la penetración). El diagnóstico se confirma por la exploración ginecológica, aunque hay mujeres que no tienen contracción en la exploración y sí al intentar la introducción del pene.

Es más frecuente en adolescentes, en sus primeros intentos, y en mujeres postmenopáusicas por la atrofia vaginal secundaria a la deficiencia de estrógenos. No se conoce exactamente la prevalencia. Se considera poco frecuente, aunque quizá ocurra que muchas mujeres no consulten porque acomodan su vida a la disfunción.

Aunque a veces coexiste con la aversión sexual y otras disfunciones en muchos

casos la mujer tiene pautas de excitación y orgasmo perfectamente normales con patrones de estimulación distintos de la penetración. La relación de pareja no necesariamente está deteriorada.

Muchas parejas piden ayuda cuando quieren tener hijos después de años de estar casados. En algunos casos el varón padece también disfunción eréctil.

Etiología

Generalmente está asociada a factores psicosociales como traumas sexuales (violación u otras agresiones sexuales) o una educación sexual muy represiva. Los factores orgánicos están relacionados con una respuesta condicionada a coitos repetidamente doloos como puede ocurrir en mujeres postmenopáusicas con vaginitis atrófica, anomalías del himen (himen fibroso) o vaginitis recurrentes con ulceraciones en la abertura vaginal.

Tratamiento

El vaginismo precisa una terapia cuidadosa y generalmente es un problema derivable al especialista. Los resultados de la terapia suelen ser muy buenos. Masters y Johnson informan de un porcentaje de éxitos del 98% en sus enfermas.

El tratamiento consiste en:

- Explicación a la pareja de las características del problema. Reestructuración de mitos e ideas erróneas.
- Prohibición del coito y prescripción a la pareja de focalización sensorial 1.
- Por otro lado a la mujer se la enseña un método para que aprenda a relajar los músculos que rodean la vagina. Generalmente se le recomienda que los tense y luego los relaje.
- Posteriormente se la recomienda que vaya introduciéndose en la vagina dilatadores de grosor progresivo. El más pequeño es del tamaño aproximado del dedo meñique. Se le dice que utilice abundante lubricante y que lo tenga de 10 a 15 minutos. También puede recomendarse utilizar los dedos en vez de los dilatadores.
- Cuando tolera bien el tamaño aproximado del pene puede intentar introducirlo en un contexto de focalización sensorial. Cuando el pene esté en erección es conveniente se sitúe encima de él, a horcajadas, y que se lo introduzca ella misma, sin que el hombre haga nada, para que tenga sensación de control.

Trastorno por aversión al sexo

Últimas evidencias

- La aversión al sexo debe conceptualizarse como una fobia y hay que diferenciarla del vaginismo.
- Se ha relacionado con experiencias traumáticas y se presenta más frecuentemente en la mujer en una proporción 2-3:1.
- Se trata con psicoterapia y debe ser derivada porque el tratamiento suele ser difícil.

Introducción

La característica esencial de este trastorno es la aversión y la evitación activa del contacto sexual geni-

tal con la pareja. Se trata de una fobia y como ocurre en las fobias el paciente reconoce que el miedo es irracional pero no puede evitarlo. Existen casos graves en las que la posibilidad de un contacto sexual puede desencadenar una crisis de pánico. Muchos de estos pacientes desarrollan todo un repertorio de trucos para evitar las relaciones sexuales, como fingir problemas de salud, recurrir a la sensibilidad y compasión de su pareja, buscar una pareja que tenga poco interés por el sexo, etc.

Se puede dar en los dos sexos aunque se da más en la mujer con una proporción de 2-3:1 En este caso es importante no confundirla con el vaginismo. En ambos casos pueden existir matrimonios "no consumados" después de años de convivencia, pero en la aversión *no hay contractura del tercio externo de la vagina* y lo que prevalece es el miedo y la evitación.

Puede ser de toda la vida, lo que es más frecuente, o adquirida, que suele darse en hombres con una de estas dos situaciones: (1) cómodos con el sexo solitario pero fóbicos en las relaciones sexuales con otra persona y (2) libres de ansiedad en las relaciones homosexuales pero intensamente fóbicos si mantienen relaciones con una mujer o piensan en ellas.

Etiología

Se ha relacionado con experiencias traumáticas, como abusos sexuales en la infancia o violación. También con repetidas experiencias sexuales desagradables lo que terminaría creando un condicionamiento negativo. Otras veces pueden influir problemas de autoimagen corporal como la anorexia nerviosa que muchas veces es precursora de la aversión.

Tratamiento

Ésta es una disfunción derivable al especialista ya que precisa una psicoterapia bien estructurada a la vez que de una terapia sexual que, generalmente, es más lenta que en otros problemas. Se utilizan procedimientos de desensibilización teniendo como base los ejercicios de focalización sensorial que se recomiendan con una gradación más pausada.

Trastorno orgásmico femenino (antes orgasmo femenino inhibido)

Últimas evidencias

- Se define como la *ausencia o un retraso persistente o recurrente del orgasmo en la mujer después de una fase de excitación normal*.

- La prevalencia es variable. Según diferentes estudios oscila entre el 6 y el 11%.
- Pueden existir factores orgánicos aunque los factores psicosociales y de relación son muy importantes en la mayoría de los casos.
- La terapia sexual es muy eficaz en general para mejorar este trastorno que debe derivarse a un especialista.

Introducción

La característica esencial de este trastorno es una *ausencia o un retraso persistente o recurrente del orgasmo en la mujer después de una fase de excitación normal*. Como las mujeres muestran amplia variabilidad en el tipo y en la intensidad de la estimulación que desencadena el orgasmo, es el clínico quien tiene que decidir si el trastorno existe. Muchas mujeres exigen llegar al orgasmo mediante el coito y se sienten problematizadas si sólo llegan a él con otro tipo de estimulación. En este caso hay que aclararles que hay un porcentaje variable de mujeres que no alcanzan el orgasmo por el coito y sí por otros medios y que esto es una variación de la normalidad.

Generalmente el trastorno suele ser primario ya que una vez que la mujer aprende a tener respuesta orgásmica es difícil que la pierda, a no ser que haya un acontecimiento traumático (por ejemplo violación), problemas serios de pareja, trastornos del estado de ánimo o enfermedad médica.

La prevalencia es variable y tiene que ver con el momento histórico concreto. Actualmente es considerado socialmente adecuado que las mujeres alcancen el orgasmo y los hombres asumen conductas que lo propicien. Pero esto no siempre ha sido así. Ha habido momentos históricos sumamente represivos en los que se veía muy inadecuado el placer de las mujeres en la relación sexual. Kinsey (1953) en su estudio – muy criticado por una sociedad todavía muy represiva - informa que un 10% de las mujeres nunca había tenido un orgasmo; Shere Hite (1981) da cifras del 11,6%; otros estudios hablan del 6 o del 7%.

Etiología

1. Factores orgánicos

- Hay enfermedades orgánicas que pueden afectar al orgasmo en la mujer como las que afectan a los nervios de la pelvis (esclerosis múltiple, tumores o traumas de médula espinal o la neuropatía diabética), los trastornos vasculares, las endocrinopatías (hipotiroidismo, insuficiencia suprarrenal, tumores de hipófisis y diabetes). También la deficiencia de estrógenos, anomalías anatómicas del aparato genital y la vaginitis recurrente grave.
- Los medicamentos como antidepresivos, tranquilizantes, antihipertensivos y otros también pueden estar relacionados. Así como el alcoholismo y la adicción a opiáceos.
- Generalmente cuando hay factores orgánicos el trastorno es adquirido y mejora al retirar la sustancia en el caso de que sean medicamentos.

2. Factores psicosociales y de relación

- Es importante tener en cuenta que en nuestra cultura ha existido – y existe – una importante represión sexual que ha sido más intensa sobre las mujeres, a las que se educa socialmente de manera diferente que a los hombres y a las que se trata de inculcar actitudes más prohibitivas respecto al sexo. Esto influye, a veces de manera determinante, en todas las disfunciones que afectan a la mujer. Algunos de estos "*dictados del rol*" según terminología de John Gagnon son los siguientes:
 - *No te toques ahí abajo*. Desalienta a las niñas a tocarse los genitales e insinúa que la región genital es sucia e "impura". Los mitos negativos sobre la menstruación están relacionados con esto.
 - *Las niñas buenas no...* Se enseña a las niñas que todas las formas de sexo (incluida la masturbación) son sucias, pecaminosas, peligrosas.
 - *El guión de novela romántica*. Las educa en un amor romántico poco realista, donde existen príncipes azules y finales siempre felices.
 - *Sexo es igual a coito*. Se las enseña que el coito es el principal objetivo de las relaciones sexuales y los "juegos previos" sólo un sucedáneo que, además, no gusta a los hombres.
 - *Guión de la mujer moderna o "superwoman"*. Se supone que la mujer debería ser capaz de manejar todos los aspectos de la vida fácilmente: la casa, la profesión, la diversión, la economía, la afectividad, el sexo. Si algún aspecto falla se puede vivir como un fracaso o insuficiencia personal.
- En muchos casos de disfunción orgásmica en la mujer se encuentran historias de educación muy prohibitiva en el terreno sexual lo que genera sentimientos de culpa. Son especialmente comunes los referidos a la masturbación y a la fantasías sexuales. Revertir esto suele ser fundamental en la terapia.
- En los últimos tiempos las mujeres reciben mensajes cada vez más fuertes para responder a un modelo de cuerpo cada vez más difícil de conseguir. Muchas mujeres identifican su capacidad de estar delgadas con su valor como personas. Son muchas las mujeres de todas las edades que hacen régimen y expresan insatisfacción con sus cuerpos. En algunos casos un régimen estricto más un ejercicio intenso provocan fatiga e inapetencia sexual. La difi-

cultad de mantener estos regímenes conllevan sentimientos de culpa y desamparo. Todo esto hace que sea frecuente encontrar problemas de imagen corporal en muchas mujeres con disfunción orgásmica primaria. Otras mujeres pueden tener orgasmos con la masturbación, pero no con su pareja, por estos problemas relacionados con la autopercepción del atractivo sexual.

- Los problemas de relación como luchas de poder, celos, conflictos de rol sexual y las venganzas por perjuicios reales o imaginarios pueden jugar un papel importante en muchos casos.
- En general la causa más inmediata suele estar relacionada con la ansiedad de actuación y el hábito de adoptar el papel de espectadora. Esta actitud muchas veces se refuerza con los mecanismos que la propia mujer y la pareja ponen en práctica para solucionar el problema. Poner más atención en las técnicas de estimulación e intentar que el orgasmo se produzca de forma voluntaria suele producir justo el efecto contrario.
- El varón puede responder al problema con indiferencia, preocupación o enojo. Estas respuestas pueden agravar el problema. Generalmente hay un largo proceso de negociación hasta que la pareja pide ayuda.

Tratamiento

La mayoría de las veces éste es un problema complejo que precisa de un terapia sexual estructurada por lo que siempre es derivable. Hay que individualizar mucho el tratamiento tratando de descubrir si hay causas o actitudes que estén en la base del problema para reestructurarlas. Si la mujer tiene orgasmos con la masturbación ya hay mucho ganado. En el extremo opuesto, si tiene fuertes reticencias a ella, por su educación, hay que comenzar por tratar de revertirlas. El programa de tratamiento se diseña para trabajar con la mujer en solitario y con la pareja. La dinámica es la siguiente:

- Se reestructuran los mitos y las ideas erróneas
- Se prohíbe el coito y se prescribe a la pareja ejercicios de focalización sensorial 1
- A la mujer se le prescribe un programa progresivo que consta de los siguientes pasos.
 1. Caricias en todo el cuerpo excluyendo genitales con la filosofía de la concentración sensitiva. Se enseñan ejercicios de relajación.
 2. Observación de los genitales con el espejo.
 3. Exploración genital.
 4. Autoestimulación genital comenzando por caricias en todo el cuerpo con filosofía de concentración sensitiva. Se pueden hacer variantes con lubricantes e incluyendo fantasías.
 5. Incluir ejercicios de contracción de los músculos de suelo de la pelvis.
 6. Incluir el uso del vibrador.
- Cuando la mujer consiga el orgasmo sola se incluye a la pareja en los ejercicios de focalización sensorial 2. Se puede utilizar la técnica de la superposición de manos para que la mujer enseñe al hombre como estimularla. Luego se recomienda el coito con la

mujer arriba y con estimulación del clítoris. Por fin se utilizan otras posturas en las que, al principio, siempre se introduce estimulación del clítoris, a veces con vibrador, si es necesario, hasta que la mujer llega habitualmente al orgasmo.

Deseo sexual hipoactivo

Últimas evidencias

- El deseo sexual hipoactivo supone una *disminución o ausencia de fantasías y deseos de actividad sexual* y esto le produce *malestar acusado o dificultades en las relaciones interpersonales con su pareja*.
- A veces hay factores orgánicos relacionados (15%) aunque la mayoría de las veces son los factores psicosexuales y de relación los implicados. Puede estar aumentando la incidencia en relación con las expectativas sociales. Suele ser más frecuente en la mujer.
- En Atención Primaria puede intentarse una intervención en los casos de discrepancias en el deseo sexual en los que la relación de la pareja sea buena. En estos casos pueden recomendarse ejercicios de focalización sensorial y consejo sexual. En la mayoría de los casos estará indicada la derivación a un especialista.

Introducción

Una persona con deseo sexual inhibido –como también se conoce esta disfunción– tiene una *disminución o ausencia de fantasías y deseos de actividad sexual* y esto le produce *malestar acusado o dificultades en las relaciones interpersonales con su pareja*.

El deseo es algo que no se puede medir y que no puede asimilarse fácilmente a la frecuencia de relaciones sexuales. Además presenta muchas variaciones individuales según la edad, el sexo y diversos factores psicosociales. Las expectativas que el individuo tenga sobre lo que tiene que sentir en un determinado contexto, pueden influir de forma decisiva en que se etiquete como “enfermo” o en que lo haga su pareja. Al final es el juicio del clínico el que tiene que establecer si existe o no este problema lo que, a pesar de todo, no suele ser muy difícil ya que suele “reconocerse cuando se ve”. Lo fundamental es que la inhibición del deseo sólo es una disfunción cuando crea conflictos a una pareja de forma constante y prolongada. Hay cuestionarios que pueden ayudar a orientar el diagnóstico. Un porcentaje variable de los casos es resultado de otra disfunción previa como eyaculación precoz o trastorno de la erección en el hombre, o trastorno orgásmico en la mujer. En estos casos la inhibición del deseo es el resultado

de la ansiedad retrógrada que producen estas disfunciones.

Esta disfunción afecta tanto a hombres y a mujeres no existiendo estudios fiables de prevalencia. Generalmente han sido las mujeres los que más lo han manifestado probablemente por la educación restrictiva a la que han estado sometidas aunque, últimamente, los hombres cada vez consultan este problema con más frecuencia.

El médico, siguiendo las pautas de entrevista clínica expuestas anteriormente, tiene que hacerse una idea de lo que le ocurre al paciente y tratar de diferenciar si es un verdadero problema de inhibición del deseo o se trata sólo de **discrepancias en el deseo sexual** de la pareja cosa que es muy frecuente.

Etiología

Se han relacionado **factores orgánicos** más o menos en un 15% de los casos. La disminución de andrógenos puede tener un papel importante tanto en hombres como en mujeres. Multitud de enfermedades y medicamentos pueden afectar al deseo sexual (tabla 23).

Algunos factores individuales y de relación pueden verse en la tabla 24.

Tratamiento

Los problemas del deseo suelen ser los más complejos de manejar incluso por los especialistas. Las posibilidades de tratamiento están muy limitadas por motivación de la persona cuya libido está alterada y por la relación de la pareja que, en muchos casos, está

Tabla 23. Causas orgánicas de deseo sexual inhibido

- Síndrome de Klinefelter
- Síndrome de Kallmann
- Hepatitis crónica activa
- Cirrosis
- Hemocromatosis
- Insuficiencia renal crónica
- Enfermedades suprarrenales (Addison, Cushing)
- Hipotiroidismo
- Hipogonadismo
- Tumores hipofisarios
- Excesiva secreción de prolactina
- Insuficiencia cardíaca congestiva
- Anemia grave
- Climaterio femenino y masculino (con deficiencia de testosterona)
- Depresión
- Esclerosis múltiple
- Enfermedad de Parkinson
- Distrofia miotónica
- Alcoholismo
- Medicamentos
 - Antiandrógenos
 - Antihipertensivos
 - Digoxina
 - Tranquilizantes
 - Antidepresivos
- Abuso de sustancias (opiáceos)

muy deteriorada. Esto quiere decir que los casos de inhibición del deseo sexual, en general, deben derivarse.

Sí puede intentarse una **intervención en los casos de discrepancias en el deseo sexual en los que la relación de la pareja sea buena**. En estos casos pueden recomendarse **ejercicios de focalización sensorial** y los siguientes **consejos algunos de los consejos incluidos en el anexo**.

Tabla 24. Factores psicosexuales relacionados con el deseo sexual hipoactivo

- Trauma sexual
- Ambivalencia en la orientación sexual
- Parafilia
- Educación sexual muy represiva
- Condicionamiento negativo
- Disminución de la atracción sexual
- Luchas de poder en la pareja
- Problemas para manejar la intimidad
- Mecanismo de abstracción selectiva

6. Bases de la terapia sexual para médicos de familia

Actualmente la terapia sexual consiste en un conjunto de tratamientos complejos y multifacéticos que proceden de muchas orientaciones psicoterapéuticas y médicas. La aportación de Masters y Johnson en los años 60 y 70 del siglo pasado fue fundamental para sentar las bases de lo que desde entonces se llamó "la nueva terapia sexual". En ella el foco se sitúa sobre la pareja, la intervención es directiva, breve y procura la desaparición del síntoma. Frente a las conceptualizaciones psicodinámicas que ven la disfunción sexual como la manifestación de un trastorno psicológico profundo ellos ponen de manifiesto la importancia de los factores de aprendizaje, la falta de información o la información equivocada, la ansiedad ante el desempeño sexual, la dificultad de comunicación sexual y la adopción del papel de espectador. Además propusieron una serie de técnicas conductuales que se han mostrado sumamente eficaces para resolver algunas disfunciones en concreto. Actualmente todos los terapeutas introducen estas aportaciones de Masters y Johnson casi de manera sistemática. Luego suelen utilizarse otros recursos

que generalmente provienen de la terapia cognitiva, de la teoría de sistemas o de la terapia conductual. El médico de familia no es un terapeuta sexual, pero puede tener la formación mínima que le permita asesorar o intervenir en algunas disfunciones en concreto. Para ello conviene que tenga conocimiento de algunos principios básicos.

Responsabilidad mutua

Ésta fue una de las aportaciones más importantes de Masters y Johnson. Las disfunciones sexuales son problemas que se comparten. El foco de la terapia se pone en la pareja. Aunque el problema parezca ser de uno de los miembros, generalmente es positivo que el otro colabore en la terapia. La dinámica interpersonal y sexual que establece esa pareja en concreto afecta a la configuración y mantenimiento del problema y es básico cambiarla para encontrar su solución. Y eso precisa que los dos colaboren, que se sientan en el mismo barco. Esto a veces no es fácil y pueden surgir resistencias. En la consulta del médico de familia no siempre puede acudir la pareja ni se tienen los recursos para intervenir adecuadamente. Pero si es posible hay que intentar involucrar a la pareja en los tratamientos, tratar de mejorar la comunicación entre ambos y que participe con conocimiento en los ejercicios de concentración sensorial si se prescriben.

Por otro lado, la terapia sexual se ha tenido que adaptar a la realidad de que, en ocasiones, hay pacientes que no tienen una pareja disponible. Para algunas disfunciones, como la eyaculación precoz, se han desarrollado programas individuales y en cualquier caso se trata de aportar al paciente los recursos necesarios para que sea capaz de conseguir una relación sexual gratificante cuando ésta se produzca.

Información y educación

Lo que se sabe o se ignora, la educación que se ha recibido, el ambiente cultural en que se ha vivido, afecta de manera muy importante a las características y a la calidad de las relaciones sexuales que se establecen a lo largo de la vida. El cómo se vayan vivenciando las experiencias sexuales que se van teniendo afecta al propio proceso de sexuación y esto está mediado por procesos cognitivos. La sexualidad, aunque se vive como una dimensión fundamentalmente privada e íntima está, sin embargo, influida de forma muy intensa por factores socioculturales. Por tanto, una parte fundamental de una terapia es hacer esto consciente y proporcionar una información objetiva sobre la función sexual. También tiene que aportar elementos culturales que permitan la reflexión sobre las variables sociales que afectan al sexo y las características históricas que éstas han tenido.

El médico de familia debe tener conocimientos que le permitan informar objetivamente sobre la función sexual, poner de manifiesto la irracionalidad de ciertos mitos o hacer ver que hay conflictos que compartimos la mayoría de los humanos en lo referente a las relaciones entre amor y sexo porque hay cosas, como la tensión entre la necesidad de afecto y variación sexual,

que no están resueltas en nuestra cultura. Todo esto puede hacer que los pacientes se sitúen de forma más flexible ante su problema y vean formas alternativas de abordarlo y de comprenderse a sí mismos. Sólo la escucha activa ya es terapéutica en muchos casos.

Cambio de actitudes

En España, a pesar del gran cambio que se ha experimentado en los últimos años, siguen persistiendo actitudes prohibitivas o negativas hacia el sexo. La aparición del SIDA en los años 80 del siglo pasado se ha sumado a las múltiples motivos para ver el sexo como problemático o peligroso. Asimismo actitudes permisivas pero llenas de obligaciones y mitos también crean problemas a las personas. Es importante descubrir en qué actitudes se mueven nuestros pacientes e impulsar el cambio hacia actitudes más comprensivas, realistas y positivas del hecho sexual humano. En el proceso de una terapia es esencial que los pacientes se vayan dando cuenta de los referentes en que se mueven y aportarles elementos para que puedan cultivar su dimensión sexual de una forma creativa y personal. El médico de familia puede contribuir a un proceso de enriquecimiento del patrimonio sexual de los pacientes y ayudarlos a desarrollar una sabiduría que les permita vivir de manera agradable su condición de personas sexuales.

Eliminación de la ansiedad de desempeño

La mayor permisividad sexual ha creado, en muchas personas, expectativas rígidas y poco realistas - y, por tanto, ansiedad- en relación con su nivel de desempeño sexual. Parece que la competencia que rige en muchas áreas del sistema social se ha transferido también a las relaciones sexuales. Hombres y mujeres se esfuerzan por responder a un estereotipo - cada vez más rígido - de juventud y belleza que les lleva tratar de cumplir por obligación ciertas expectativas, de tal forma que el terreno sexual pasa a ser un ámbito ansiógeno en vez de un reducto de placer y de juego. Así la simple obligación de tener "que llegar siempre al orgasmo" en cada relación sexual puede desencadenar una conducta de autoobservación - "rol de observador" - que desencadena una disfunción sexual. Un objetivo esencial de una terapia es descubrir esta conducta orientada siempre hacia una meta y modificarla hacia otra en la que el énfasis se ponga más en el proceso, en el viaje, en

el juego creativo, en abandonarse y dejarse llevar. Se trata de vivir la relación sexual como una aventura abierta en la que no hay que llegar obligatoriamente a ninguna parte y en la que pueda existir una comunicación libre de las preferencias de cada miembro de la pareja. Los ejercicios de concentración sensorial perseguirían también este objetivo tratando de que el paciente se concentre en su sensualidad, en el aquí y el ahora, sin dejarse distraer por cogniciones catastrofistas o rutinas de autoobservación.

Incrementar las habilidades de comunicación

La dinámica que suele establecerse en las parejas estables crea a menudo dificultades de comunicación. Cada miembro suele tener unas expectativas de la relación y del otro que, muchas veces, no manifiesta explícitamente pero que exige. Es también frecuente que se presenten problemas de atribución que inician la escalada del conflicto. Si además surgen problemas sexuales la carga emocional y simbólica con la que suelen vivirse hace que se produzca un bloqueo casi absoluto de una comunicación eficaz. Son incapaces de decirse uno al otro lo que les gusta o disgusta y suele existir una gran hipersensibilidad para la crítica. A menudo la disfunción se vive como un símbolo de una relación que no funciona, "en la que ya no hay amor". Esto suele llevar a cogniciones catastrofistas y tremendistas de cualquier cosa que no salga bien. Tienen dificultad en darse cuenta que forma parte de una relación estable el que a veces haya dificultades o, simplemente, en ocasiones se fracase y viven su capacidad de respuesta sexual y sus preferencias como inmodificables en el tiempo. Puede existir, también, dificultades en la forma de iniciar una relación sexual. Pueden tener temor al rechazo, a la coerción y la tensión; y la ansiedad puede inundarlo todo. La autoestima de ambos suele verse afectada y la comunicación que desarrollan para iniciar o rechazar un encuentro sexual suele ser muy ambigua e ineficaz y, por tanto, generadora de conflictos.

En la medida de lo posible el médico de familia puede contribuir a posibilitar una comunicación eficaz entre los paciente aunque esto puede ser, en ocasiones, muy difícil y hay que tener cuidado en el grado de intervención e implicación con los pacientes. La relación de la pareja deteriorada es una de las causas de derivación más claras a un especialista.

Cambio de roles sexuales y estilo de vida perturbadores

La situación socioeconómica que ha permitido a una gran mayoría de mujeres el acceso al trabajo -aún después de estar casadas- y el movimiento feminista, han conseguido un cambio en el modelo tradicional de relación de hombres y mujeres. El cómo se resuelva en cada pareja la cuestión del rol de género es algo que afecta de manera fundamental a su estabilidad. El acceso de la mujer a ámbitos que hasta hace poco eran de exclusividad masculina y el cuestionamiento del modelo masculino de relación afectiva y sexual han

provocado una crisis que aún no está resuelta del todo. En lo personal la mujer ha pasado a ser más activa e independiente, más consciente de sus derechos de igualdad con el hombre. Reivindica que éste participe en las tareas domésticas y acepta, cada vez menos, posturas consideradas "machistas". El hombre por su parte está buscando una nueva identidad que le permita asumir su condición histórica y abrirse hacia ámbitos hasta ahora considerados como femeninos. Tras el balanceo de "hombres duros" a "hombres blandos" los varones se afanan en buscar una nueva identidad integradora.

La vida cotidiana ofrece, a menudo, obstáculos que pueden ser insalvables para una sexualidad gozosa. El ritmo de trabajo impone, muchas veces, que se llegue al final del día con un cansancio que es incompatible con relaciones sexuales placenteras. Es importante que los pacientes se den cuenta de esto y que se replanteen sus prioridades. Si el sexo es importante deben dedicarle un tiempo y un cuidado. Si su estilo de vida es muy estresante deben intentar modificarlo. A veces lo que parece una disfunción sexual desaparece simplemente introduciendo los cambios en la vida cotidiana que permitan que dos personas relajadas tengan relaciones sexuales con suficiente frecuencia. El médico de familia puede proponer que diseñen cambios concretos y realistas que les permitan cooperar en las tareas domésticas de tal forma que los dos sientan que sus responsabilidades están equilibradas. Un avance en este terreno suele crear un clima muy favorable en la relación.

Intervenciones físicas o médicas

Al ser el campo de la sexología clínica un campo interdisciplinar es frecuente que los distintos especialistas implicados (psicólogos y médicos fundamentalmente) tengan un sesgo de formación y tiendan a dar mayor peso a los factores orgánicos o psicológicos implicados en las disfunciones sexuales sin una base científica clara. El ejemplo de la disfunción eréctil es especialmente esclarecedor. En los años setenta se consideraba que la inmensa mayoría de los casos eran psicológicos. Posteriormente a medida que se iban desarrollando los medios diagnósticos se fueron encontrando trastornos orgánicos con mayor frecuencia, de tal forma que los urólogos y andrólogos reivindican actualmente, casi en exclusiva, para ellos este tipo de enfermos. Por fortuna la *conferencia de consenso de los NIH* trató de poner las cosas en su sitio y hacer

compatible el trabajo de los distintos especialistas. En cualquier caso un sexólogo tiene que tener en cuenta los aspectos médicos de las disfunciones sexuales y estar al día de los avances que se produzcan en ese terreno evitando al máximo los sesgos que puede producirle su formación de base. Hay muchos de estos aspectos que aún no se conocen y sin duda, en cuestiones como los trastornos del deseo sexual, se producirán avances importantes en los próximos años.

Ejercicios de concentración sensorial en disfunción eréctil (instrucciones para pacientes con DE)

Cuando existe un problema sexual, la ansiedad lo inunda todo y la pareja se ve inmersa en **rutinas de autoobservación** donde la sensualidad desaparece casi por completo y se centran casi obsesivamente en “trabajar” conscientemente para superar lo que creen que es su problema. Así, un hombre con disfunción eréctil intentará voluntariosamente conseguir la erección o una mujer con anorgasmia intentará denodadamente observar minuciosamente cada sensación para obtenerlo. Ambos se olvidan de todas las demás dimensiones de la relación, de los estímulos eróticos y, sobre todo, de que la sexualidad es una función natural, en su mayor parte refleja y que basta que se adopte una actitud de espectador o que haya miedo al fracaso para que se bloquee. A esto suele añadirse, en muchos casos, un deterioro general de la relación de pareja, inducida o no por la disfunción sexual, lo que complica más las cosas. La comunicación sexual en las parejas no suele ser fácil y con frecuencia pueden producirse malentendidos cuando alguno de los miembros de la pareja tiene un problema sexual que siempre afecta al otro.

Por tanto recuerden: *están en el mismo barco, itienen que colaborar!*

Su médico les dará unos consejos básicos de cómo relacionarse adecuadamente y les asesorará de forma personalizada de los ejercicios de concentración sensorial que se describen a continuación.

Filosofía

La memoria del placer sensorial, táctil, probablemente representa la única constante psicológica en la respuesta sexual humana. Cuando la relación sexual entre dos personas está deteriorada, los ejercicios de concentración sensorial sirven para revertir la angustia, para volver a construir entre los dos cuerpos un nuevo tipo de relación, dando una oportunidad a la creatividad, a la ternura, al placer, a la búsqueda mutua, sin presiones ni obligaciones absolutas. **Se trata de tocar y ser tocado sin ideas preconcebidas, abandonando cualquier actitud evaluadora o crítica.** Tienen que estar relajados y concentrarse en sus sensaciones, en el aquí y el ahora, tanto el que acaricia como el que es acariciado. El propósito no es excitar al otro, ni darle un masaje, “ni llegar a ningún lado”. Sólo tienen que sentir, sin preocuparse de responder (sí hay que comunicarlo que molesta). Si en las sesiones de focalización

sensorial afloran conflictos de relación serios en la pareja deben consultarlo a su médico.

Pacten previamente las sesiones, y a no ser por causa mayor, no las eludan. Si la sexualidad es importante precisa ser priorizada y eso supone que estén dispuestos a dedicarla un tiempo. Una relación sexual implica todo el cuerpo y también el saber tratarse fuera del dormitorio. Por tanto el día que hayan pactado los ejercicios procuran tratarse bien, hacer cosas agradables, no enfadarse. Estar enfadados puede ser un buen motivo para dejarlos para otro momento. Cuiden también su aspecto, su higiene (cuidado con el aliento o el olor corporal desagradable o el vestido). Trátense como si quisieran seducirse.

Paso 1: Prohibir el coito y cualquier contacto sexual previamente no acordado

Puede parecer un consejo banal y paradójico pero, probablemente, es una de las piezas claves de la terapia sexual. Es una manera de *controlar la angustia* y de romper los círculos viciosos que hayan podido formarse en la pareja. En casi todas las culturas se ha identificado sexualidad con coito y eso puede crear problemas a las personas. El coito es un de las formas de expresión sexual, pero no la única. La sensualidad es muy importante, así como la comunicación adecuada (lo que implica ponerse en el lugar del otro) y la ternura. Usted tiene ahora un problema sexual llamado disfunción eréctil que le impide sobre todo el coito. Pues bien **desde este momento hasta que se le diga lo contrario el coito está prohibido y debe seguir las instrucciones que se les va indicando en cada paso.** Eso sí con un cierto sentido del humor. Tenga en cuenta que los consejos de un paso en general son válidos y deben ser incorporados para el siguiente.

Paso 2: Concentración sensitiva sin genitales por turnos (focalización sensorial 1)

Ha llegado la hora de tener la sesión. Deben tener un tiempo por delante en que no los molesten: una hora al menos. La habitación debe tener una temperatura agradable para no tener frío estando desnudos. Pueden poner una música agradable, que les traiga buenos recuerdos. Comiencen dándose una ducha o un baño si les apetece.

Ya están desnudos, en un ambiente relajado y con tiempo por delante. Ahora **se van a acariciar por turnos** comenzando por el que se haya decidido en la consulta y alternando en las siguientes sesiones. **Se trata de que se toquen en todo el cuerpo menos en los genitales y mamas.**

El que acaricia debe concentrarse en experimentar texturas, temperaturas, contornos del cuerpo. Variar la firmeza y el ritmo de las caricias, concéntrese en lo que experimenta mientras toca el pelo, las manos, la espalda...el cuello de su pareja. No debe concentrarse en las llamadas zonas erógenas sino explorar todo el cuerpo, olerlo, mirarlo, sentirlo.

El que es acariciado sólo tiene que concentrarse en las sensaciones que experimenta. Tiene permiso a ser radicalmente egoísta. Sólo tiene que preocuparse de sentir, y no de responder, salvo que le apetezca o tenga alguna sensación desagradable. El varón debe olvidarse de su erección. Puede aparecer o no, pero eso ahora no importa. Se trata de disfrutar de la sensualidad, de la intimidad de los cuerpos sin presiones de ningún tipo. No hay que llegar a ningún sitio sólo experimentar el presente, el aquí y ahora.

Cualquiera de los dos participantes puede solicitar el fin de la sesión de caricias o el cambio de turno en cualquier momento, aunque se recomienda unos 10 ó 15 minutos por turno y nunca llegar a aburrirse o a cansarse. En general, esta experiencia suele ser muy gratificante para la mayoría de las personas. Si por algún motivo usted experimenta sensaciones desagradables o siente rechazo procure tener tacto para comunicarlo a su compañero. Si sospecha que esto puede ser conflictivo espere a comentarlo en la próxima consulta. Pueden anotar sus sensaciones en un diario. El médico le dará instrucciones sobre como abordar los problemas que se presenten.

Suelen recomendarse unas tres o cuatro sesiones en una o dos semanas. Si todo ha ido bien en la primera sesión en las siguientes pueden introducirse caricias con otras partes del cuerpo (labios), aceites de masaje o caricias con texturas agradables, como plumas, pieles, etc. También pueden utilizar diferentes perfumes. Sean conscientes de cómo les afectan estos estímulos sensoriales.

Si todo ha ido bien y su médico se lo indica pueden pasar al paso 2.

Paso 3: Concentración sensitiva con genitales por turnos (focalización sensorial 2)

En esta fase se les permiten caricias en los genitales y mamas también por turnos y con la misma filosofía. Se trata de que se acaricien todo el cuerpo incluyendo los genitales, pero no centrándose exclusivamente en ellos. Vayan despacio, cambien los lugares que acarician y la forma en que lo hacen. No se trata de excitar al otro (aunque esto puede ocurrir), sino de tocar y de sentir. Pueden experimentar con la *“técnica de la superposición de manos”*, en la que el que es acariciado pone su mano sobre la del otro y, de forma no verbal, la guía y sugiere la calidad de la caricia que prefiere en un momento en concreto o le descubre partes de su cuerpo que le son especialmente sensibles.

Si el médico les ha recomendado un fármaco para la disfunción eréctil se lo debe haber tomado al menos una hora antes de haber iniciado esta sesión. Olvídense de que lo ha hecho. No se obsesione con la erección que es una función natural que aparece más fácilmente

cuando no se persigue. **Si la erección aparece**, no tenga miedo a perderla, no se precipite. Observe que aparece y desaparece según la calidad y la intensidad de la estimulación, según el lugar del cuerpo que le acarician, siempre vuelve. Si la erección no aparece no se angustie, disfrute de las caricias sensuales. Esto también es una relación sexual de calidad y su pareja puede también disfrutar y llegar al orgasmo, sin necesidad de la erección. En la próxima consulta dígame al médico lo que ha ocurrido. Quizá simplemente precise una dosis más alta del fármaco o no lo ha tomado adecuadamente.

Igualmente pueden parar o cambiar el turno cuando lo deseen. Si perciben que las caricias se han convertido en alguna clase de deber u obligación es mejor que paren. Si, por el contrario, están disfrutando y alguno de los dos prefiere ser estimulado hasta el orgasmo pueden hacerlo, pero éste no es el objetivo en este momento del tratamiento.

Hagan un mínimo de 3 ó 4 sesiones como éstas en las próximas una o dos semanas. Y si todo ha ido bien y su médico se lo indica, pase al paso 4.

Paso 4: Caricias mutuas

Ahora se les permite que se acaricien mutuamente, a la vez, sin turnos separados, pero sin olvidar que su objetivo sigue siendo la sensualidad. Tienen que acariciarse todo el cuerpo, incluidos los genitales, pero sin centrarse en ellos. No se trata de que reproduzcan las rutinas de la relación sexual habitual. No es eso. Está en pie la misma filosofía que en los pasos anteriores. Experimenten la estimulación oral de los genitales si ésta es una práctica que les agrada. También pueden cambiar el escenario de las caricias y tocarse, por ejemplo, en el baño, en la ducha. Se sigue prohibiendo el coito aunque pueden experimentar el contacto de los genitales sin penetración.

Hagan un mínimo de una o dos sesiones en 7 días y si todo va bien, pasen al paso cinco.

Paso 5: Penetración sensual

Suponemos que usted ha conseguido tener erecciones en los pasos anteriores. Aunque en este paso se les va a prescribir la penetración deben comenzar la sesión con caricias mutuas no genitales y posteriormente genitales. No hay prisa, reproduzcan todo lo que han aprendido, sobre todo la filosofía sensual: gocen del viaje, no se obsesionen con llegar a ningún sitio. Utilicen las manos, la boca, para acariciar sus cuerpos, despacio,

concentrándose en las sensaciones.

Después de un período de caricias que incluyan los genitales y en los que se haya conseguido la erección, la mujer puede ponerse encima del hombre, a horcajadas, de forma que los genitales puedan estar en contacto. Se trata de que se concentren en las sensaciones que tienen y que sigan acariciándose todo el cuerpo. Luego amplían sus caricias al contacto entre el glande, el introito vaginal y el clítoris y, por fin, inician la penetración jugando con diferentes ritmos, pero sin perder la filosofía de concentración sensorial. No se preocupen de llegar al orgasmo. Si lo consiguen de esta manera bien, pero si no es así, pueden conseguirlo estimulándose de la manera que prefieran. El orgasmo conseguido por medio del coito no es superior, ni mejor al conseguido por otros medios. Depende de las preferencias de cada uno. Pueden experimentar varias.

Si han llegado hasta aquí es que su problema sexual está prácticamente resuelto. Enhorabuena. No olviden lo que han aprendido. Hagan de 2 a 4 sesiones en 7-15 días.

Y pueden pasar al paso seis.

Paso 6: Coito en otras posiciones

La variación es muy importante en la sexualidad. Lo aprendido anteriormente puede variarse hasta el infinito de forma creativa. También pueden practicar el coito en distintas posiciones pero sin olvidar nunca la sensualidad.

Consejos generales útiles para prevenir las disfunciones sexuales (instrucciones para pacientes)

Comunicarse con claridad

Algunas parejas tienen dificultades para manifestar de forma clara cuando quieren tener relaciones sexuales. Así pueden sugerirlo de una forma que puede no ser entendida por el otro, con lo cual pueden sentirse rechazadas sin motivo real. Es importante que cada pareja establezca sus códigos para comunicarse en este terreno y que puedan negociar de forma clara.

Estimular que cada persona asuma la responsabilidad de su goce sensual y erótico

Hay personas que esperan que el otro les consiga arrebatos de placer o que adivine sus gustos. Esta idea del sexo, concebido como algo que una persona hace a otra -o, en versión más amable, *por otra*- es una fuente inagotable de problemas. Cada persona tiene que hacerse cargo de sus necesidades sensoriales y sexuales y de comunicarlas de forma activa.

Esto supone que cada persona tiene que dedicar algún tiempo a pensar en ella misma como una persona sexuada, cultivando esta dimensión de una forma integrada con el resto.

Resaltar la importancia de crear un "clima estimulante" en la pareja

No hay que olvidar que las relaciones sexuales dependen mucho de lo que ocurre "fuera de la alcoba", a veces días antes de que se inicie un episodio amoroso. Hay que cuidar las relaciones de pareja, crear un clima de solidaridad afectiva -lo cual necesita tiempo-, procurar comunicarse adecuadamente y no olvidar imprimir un cierto aire poético a la relación. Esto último es algo que suele olvidarse en parejas estables, que suelen olvidarse de tener "detalles románticos" o simplemente de manifestarse mutuamente que se gustan, que se desean, que se quieren.

Diferenciar entre una invitación y una exigencia

A nadie le gusta que le obliguen a nada. Si alguien se siente obligado "a cumplir", termina generando resentimiento hacia el otro. Cuando hay discrepancias en el deseo es muy fácil que surjan las obligaciones. Una persona se siente acosada y otra irritada. Las relaciones sexuales nunca pueden plantearse como una exigencia porque es el camino más corto para que aparezcan problemas serios.

Combatir la rutina

La rutina es el gran enemigo de las relaciones sexuales en una pareja estable. Aunque "las cosas vayan bien" hay que tener una actitud creativa, lúdica, tratando de que no sea siempre el mismo el que tome la iniciativa, variando los lugares, cambiando el ritmo y la cadencia de las sesiones amorosas. Es importante sugerir que, de vez en cuando, el sexo no coital puede ser muy estimulante.

No esperar siempre a "estar inspirado" para tener relaciones sexuales. No exigirse una total coincidencia de gustos

En una pareja no puede exigirse una sincronía en las apetencias sexuales. Sus componentes tienen que mantenerse abiertos a la posibilidad de satisfacerse mutuamente. Muchas veces ocurre que lo que en principio no apetecía termina siendo una experiencia muy agradable.

Las personas somos distintas y tenemos matices del deseo distintos. Una pareja no tiene que exigirse una total coincidencia de gustos. Eso es algo que puede negociarse con sensación de libertad personal y sin que nadie se sienta rechazado.

Las relaciones sexuales no se reducen a "tocar mecánicamente las teclas pertinentes"

La relación sexual entre dos personas precisa de un aprendizaje, pero nunca debe tomarse como una lista mecánica de "teclas



que hay que tocar obligatoriamente”. Hay que saber perderse, olvidar lo aprendido y dejar que los cuerpos creen su propia relación.

Por otra parte, si surge algún problema, no suele ser un buen método comenzar a autoobservarse y a “trabajar voluntariosamente” en superarlo. Eso lleva al papel de espectador y, en algunos casos, a intensificar una disfunción.

Comprender la diferencia entre rechazar una actividad y rechazar a una persona

La forma en que se decline una invitación tiene mucha importancia. Si él o ella se siente rechazado como persona, de forma invariable, se sentirá herido y enfadado. Por el contrario, si se explican las razones por las que en ese preciso momento no apetece una relación sexual y se deja abierta la posibilidad de que puede ocurrir en otro momento, generalmente la persona no se siente rechazada. También es importante que si alguno de los dos se siente rechazado trate de hablarlo en vez de volver la espalda, reprimir su enojo y “ponerse de morros”.

Evite algunas conductas que suelen bloquear la sexualidad

- No dedicar un tiempo a tener relaciones sexuales o dejarlas para última hora, por la noche cuando usted y su pareja están cansados.
- La falta de atención a la sensibilidad del otro lo que incluye no preocuparse, por ejemplo, del olor del aliento, de un insoportable olor corporal, de un aspecto físico poco atractivo o desagradable.
- Pensar y preocuparse demasiado durante el acto sexual.
- Estar enfadado con el compañero o compañera pero guardarse para sí el enfado.
- Los niños que entran en el dormitorio siempre que les da la gana.
- El estilo de “aquí te pillo aquí te mato” puede ser agradable alguna vez, pero no suele ser una conducta aconsejable para ser habitual. El juego amoroso, la sensualidad es importante.

No olvide que la fantasía es uno de los mejores afrodisíacos que se conocen y que el sentido del humor suele ser un buen aliado para unas relaciones sexuales de calidad.

Lectura recomendada

- Carrobles JA, Sanz A. Terapia sexual. UNED, Fundación Universidad y Empresa.
- Core document of erectile dysfunction: key aspects in the care of a patient with erectile dysfunction. *International Journal of Impotence Research* 2004;16:26-39.
- Costa P, Avances C, Wagner L. Erectile dysfunction: Knowledge, wishes and attitudes. Results of a French study of 5,099 men aged 17 to 70. *Prog Urol* 2003;13:85-91.
- De Busk RF. Evaluating the cardiovascular tolerance for sex. *Am J Cardiol* 2000; 86(suppl.): 51F-56F.
- Documento de Consenso sobre Disfunción Eréctil. Foro de la Salud del Hombre en Disfunción Eréctil. Barcelona: Pfizer Ediciones; 2002.
- DSM IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Masson 2002.
- Farré JM, Fora F. Cuando querer no es poder. Ed. Océano, Barcelona 1999.
- González Correales R. Disfunción eréctil. *El médico*. Nov 2002.
- González Correales R. Los médicos y la sexualidad: una breve revisión histórica. En *Sexualidad humana*. Panamericana 2005;123-136.
- Kaplan HS. Disfunciones sexuales. Ed. Grijalbo, Barcelona 1988.
- Kaplan HS. Evaluación de los trastornos sexuales. Ed. Grijalbo, Barcelona 1985.
- Kaplan HS. Manual ilustrado de terapia sexual. Ed. Grijalbo, Barcelona 1978.
- Kaplan HS. Trastornos del deseo sexual. Ed. Grijalbo, 1982.
- Kuthe A. Phosphodiesterase 5 inhibitors in male sexual dysfunction *Curr Opin Urol*. 2003 Sep;13(5):405-410.
- López-Merino V, Sánchez-Froilán S. Sexualidad en pacientes que han sufrido un infarto. *Semergen* 2001;27-10:516-521.
- Lopiccolo J, Friedman JJ. Terapia sexual: un modelo integrador, en *Psicoterapias contemporáneas*. Modelos y métodos. DDB, 1988:578.
- Martín Morales A, Sánchez Cruz JJ, Sáenz de Tejada I, Rodríguez Vela L, Jiménez Cruz JF, Burgos Rodríguez F. Prevalence and independent risk factors for erectile dysfunction in Spain: results of the Epidemiología de la Disfunción Eréctil Masculina Study. *J Urol* 2001;166(2):95-104.
- Masters WH, Johnson VE. Homosexualidad en perspectiva. Ed. Interamericana, 1979.
- Masters WH, Johnson VE. Incompatibilidad sexual humana. Ed. Intermédica, 2ª ed, 1981.
- Masters WH, Johnson VE. Respuesta sexual humana. Ed. Intermédica, 1981.
- Masters WH, Johnson VE, Kolodny RC. Eros los mundos de la sexualidad. Ed. Grijalbo, Barcelona 1996.
- Masters WH, Johnson VE, Kolodny RC. La sexualidad humana, 3 tomos. Ed. Grijalbo. Barcelona 1987.
- Miller TA. Diagnostic evaluation of erectile dysfunction. *Am Fam Physician*: 2000;6(1): 95-104.
- NIH Consensus Conference. Impotence. NIH Consensus Development Panel of Impotence. *JAMA* 1993;270(1):83-90.
- NIH Consensus Development on impotence. *JAMA* (ed. Española) 1993;2(10).
- Ralph D, McNicholas T. UK management guidelines for erectile dysfunction. *BMJ* 2000; 321:499-503.
- Wagner C, Sáenz de Tejada I. Update on male erectile dysfunction. *BMJ* 1998;316: 678-682.

Actividades preventivas

Elena Villalva Quintana

1. Últimas evidencias

En los últimos años se ha evidenciado la necesidad de la promoción y prevención de la salud sexual desde el lugar más accesible para el usuario, la consulta de Atención Primaria. La inversión en esta área de la salud es altamente rentable a medio y largo plazo, ya que es responsabilidad sanitaria y social el control de los problemas derivados de un incorrecto ejercicio de la sexualidad. Es muy importante que, para desarrollar adecuadamente esta parcela médica, se lleve a cabo un cambio en los valores y actitudes del profesional, así como implementar actividades formativas tanto pre como postgrado.

Dentro del concepto “salud” se incluye las cuestiones que conciernen a la sexualidad en el más amplio sentido de la palabra, como son las relacionadas con la **reproducción**, las **enfermedades de transmisión sexual**, los **trastornos sexuales**, los **mitos y creencias relacionados con el sexo** (no mantener relaciones sexuales con penetración durante la menstruación por considerarlo peligroso, la ausencia de sexualidad en los mayores, etc.) y también el **abuso sexual** y la **violencia de género**, directamente relacionada con la condición sexual. La sexualidad la portan los sujetos como parte de su corporeidad y de su experiencia vital, de tal modo que las alteraciones en ella repercuten negativamente en la salud global por lo que su evaluación no debe quedar fuera de la consulta. La integración de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud Sexual (APPSS) deben incluirse en la Atención

Primaria. Si los médicos de familia contemplan esta parcela crucial del ser humano podrá establecerse con el paciente una mejor alianza terapéutica a largo plazo, favoreciendo la consecución de una salud integral al estimular al paciente a conseguir cambios positivos en su vida sexual.

A pesar de que se encuentran conceptos erróneos sobre diferencias de género, función sexual, contracepción y ETS en todas las edades, las APPSS deben llevarse a cabo considerando las peculiaridades de cada etapa vital. Se pueden diferenciar las actuaciones en *adolescencia/juventud*, *madurez* y *senectud*, a pesar de que las que se lleven a cabo cuando comienza el desarrollo de la sexualidad (adolescencia/juventud) son, quizá, las de máxima importancia para procurar un futuro personal y social saludable. Hay que tener en cuenta la *diversidad en la orientación sexual*, de tal modo que las APPSS deben considerar específicamente a las lesbianas y los homosexuales, no permitiendo que los prejuicios personales o la ignorancia interfieran en el desarrollo correcto de la actividad profesional médica. Es de rigor hacer notar que las APPSS desarrolladas desde la consulta, deben tener apoyo suficiente a nivel institucional tanto desde el punto de vista educacional como social en general, legislando adecuadamente y valorando la implantación de dispositivos o medidas de asesoramiento adecuados: mensajes en los medios de comunicación, teléfonos de información, páginas web, centros específicos de información integrados en otros servicios de atención a ciudadano, etc.

Tabla 25. Algunas informaciones básicas sobre sexualidad para adolescentes

- La sexualidad “normal” es la que uno desee siempre y cuando no se desarrolle mediante coacción o abuso de/a otras personas (menores, minusválidos, ancianos) o represente un peligro real de lesión.
- La actividad sexual debe realizarse libremente, sin ceder nunca a presiones del grupo o de la pareja.
- El alcohol, tabaco, drogas de diseño, cocaína, hachís, marihuana, heroína, crack, etc. afectan negativamente a la sexualidad.
- La única protección efectiva contra las enfermedades de transmisión sexual es el uso adecuado del preservativo.
- Para la prevención eficaz de embarazos no deseados hay diferentes métodos. El médico de cabecera puede orientar en este sentido.

2. Actividades preventivas y de promoción de la salud sexual en adolescentes y jóvenes

A partir de los 14 años los pacientes son atendidos en la consulta de medicina de familia, después de pasar el tiempo anterior en contacto sólo con la seguridad que le aportaba la consulta de Pediatría. Repentinamente se ven en la consulta de adultos, fuera de lugar como adolescentes que son, con temores, cierta sensación de omnipotencia y pertenencia a un grupo diferente del de los adultos, por los que no se sienten comprendidos. Llegan con ideas preconcebidas sobre “el médico”, con un bagaje de creencias y mitos sobre sexualidad frecuentemente erróneo, derivado de información sesgada aportada por los medios de comunicación, la pornografía y por otros adolescentes, que suelen identificar el sexo con poder, juventud, belleza y éxito.

Los campos prioritarios de trabajo en este grupo etario, en el que habitualmente comienzan las relaciones sexuales, se centran en dar información y facilitar medidas para la consecución de una sexualidad saludable (tabla 25), respetuosa con el otro y satisfactoria globalmente a través de:

- A- Información muy clara y explícita sobre sexualidad en general.
- B- Prevención de embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual mediante el conocimiento y manejo de los diferentes tipos de métodos de protección y anticonceptivos.
- C- Prevención de las agresiones sexuales y de la violencia de género.

Información clara y explícita sobre sexualidad en general

No es frecuente que los adolescentes pregunten sobre cuestiones sexuales y es papel del médico avanzar en ese terreno, realizando lo que se ha denomina-

do la **historia sexual proactiva**. Habría que preguntar a todos los que vinieran a la consulta, aprovechando momentos en que acudan solos, para evitar la cohibición a que podría darse lugar. El tema del sexo puede abordarse paulatinamente a lo largo de varias consultas, es apropiada para esto la característica típica de la consulta de Atención Primaria, que consiste en la posibilidad de acudir tantas veces como el paciente lo solicite, de tal modo que pueden reforzarse los mensajes en sucesivas consultas de forma concisa.

Es mejor hablar de manera directa, en lenguaje muy claro e inteligible, demostrando conocimiento de lo que se dice, ya que suelen ser muy suspicaces en la identificación de informaciones dudosas. *Debe preguntarse sobre creencias, deseos, orientación sexual, experiencias en infancia...* Son curiosas las ideas que a menudo tienen, realizando preguntas o haciendo comentarios cuanto menos sorprendentes, tales como: “doctora, nunca he mantenido relaciones con animales, ¿soy normal?” (es un chico que vive en un medio rural en el que había un canal pornográfico que emitía frecuentemente este tipo de películas). “Tengo una cosa en mis partes, me parece un tumor y estoy asustada” (era el clítoris). “Si me baño en la piscina y un chico se ha masturbado dentro, ¿me puedo quedar embarazada?”, “Es mejor que la primera experiencia sexual sea siempre con un amigo de tu mismo sexo, así sabe lo que te gusta”, “La primera vez no te puedes quedar embarazada”,...

El facultativo puede encontrarse con un adolescente o joven que pregunta sobre *medicaciones para mejorar la erección*, ya que en determinados círculos (discotecas *after-hours*, macrofiestas, etc.), está de moda su uso junto con pastillas del tipo de la metanfetamina, para intentar mejorar las relaciones interpersonales. La información que se dé debe ser objetiva y veraz, sin provocar falsas alarmas ni manifestar prejuicios.

Al iniciarse en la vida sexual activa, puede darse confusiones en *la identificación de la propia orientación del deseo sexual*. Los adolescentes pueden estar confusos entre lo que es una amistad íntima y la atracción sexual por su amigo más querido. Por otro lado también sucede que, si perciben claramente la orientación hacia el mismo sexo, se sientan culpables y avergonzados, manifestando conductas no congruentes y dando lugar a gran ansiedad que puede manifestarse de muy diversas maneras. Este campo no debe ser obviado por el médico de cabecera, hay que hacerle saber al adolescente que las opciones sexuales son variadas y variables en el tiempo y que todo es bueno si vale para ser más feliz, siempre que no interfiera en la libertad de otras personas.

Es importante explicar que el *abuso de drogas* (alcohol, “pastillas”, etc.), puede favorecer el que se lleven a cabo actos que no se hubiesen realizado estando sobrios. Se tienen que dar consejos destinados a que los contactos sexuales nunca sean forzados o por presión de grupo, sino buscando el placer en un contexto de respeto a uno mismo y al otro y responsabilizándose de los hechos que deriven de la relación sexual.

La consecución de un ambiente cálido, seguro e íntimo, en el que se facilita la comunicación sincera, es muy importante para establecer una fuerte alianza terapéutica que suele perdurar a lo largo del tiempo, facilitando a largo plazo el abordaje de todo tipo de problemas de salud.

Prevención de embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual

Las relaciones sexuales en el medio urbano son ya significativas a los 15 años, asociándose a dos riesgos inmediatos:

- Embarazos no deseados y
- Enfermedades de transmisión sexual.

La **prevención de embarazos no deseados** y, consecuentemente, **abortos** (nunca inocuos para la salud en

general), está directamente relacionado con el correcto uso de **métodos anticonceptivos** y con la facilitación del acceso a ellos. El control de estos métodos suele estar mayoritariamente llevado a cabo por los médicos de familia, que tienen gran importancia a la hora de aconsejar y facilitar decisiones. Los métodos anticonceptivos deben ser muy accesibles, seguros y baratos.

Las medidas más recomendadas para evitar embarazos son:

- Preservativo
- Anticoncepción hormonal
- Contracepción postcoital

El **preservativo** debe aconsejarse siempre como primera opción, exhortando a su conocimiento y empleo como *medida protectora no sólo de embarazos sino también de ETS*. Hay que promocionar la disponibilidad de preservativos financiados por el sistema sanitario o, en su defecto, a bajo precio, ya que la mayoría de los adolescentes no tienen ingresos propios, que se encuentren en lugares accesibles para los jóvenes (discotecas, servicios públicos, etc.) y en cajas de no demasiadas unidades. Es frecuente que las chicas y los chicos no sepan ponerlo y aprenden a ello haciéndolo mal repetidas veces, produciéndose las consabidas roturas, por lo que su forma de colocación debería enseñarse en el centro de salud: existen moldes de penes de fácil disponibilidad para estas funciones docentes. Se tiene que advertir de la posibilidad de molestias por alergia al látex manifestadas habitualmente por prurito genital después de su uso y, si esto sucede, aconsejar el empleo de los hipoaérgicos, también disponibles en el mercado.

Tabla 26. Consejos sobre el uso del preservativo

- 1- Comprobar que posee el distintivo de calidad CE.
- 2- Comprobar la fecha de caducidad.
- 3- Guardarlo lejos de la luz solar y del calor.
- 4- Abrir el envase justo en el momento de usarlo, colocarlo sin tocarlo con las uñas.
- 5- No usar lubricantes que puedan alterar el látex.
- 6- Ponerlo siempre antes de la penetración (oral, anal o vaginal) aunque no se prevea eyaculación.
- 7- Colocarlo en el extremo del pene erecto y desenrollarlo hasta cubrirlo, presionándolo para que expulse el aire, ya que la existencia de burbujas puede hacer que el preservativo se rompa. En caso de que tenga depósito, también conviene presionarlo con dos dedos para que no quede aire.
- 8- Puede romperse con las uñas, la sequedad de la vagina o del ano y si está en mal estado o caducado.
- 9- Hay que retirarlo del pene lentamente, sujetándolo por su base para evitar que se quede dentro de la vagina o que el semen se salga.
- 10- Tirarlo a la basura, nunca al W.C. pues no son biodegradables.
- 11- Utilizar un preservativo nuevo en cada relación sexual.
- 12- Si se rompe acudir cuanto antes a un centro de salud.

Tabla 27. Algunas consideraciones en relación con la anticoncepción hormonal oral

- 1- Tomar las pastillas según ha explicado el profesional o, en su defecto, siguiendo el prospecto.
- 2- Si se toma otro medicamento aclarar que se está tomando ACO por la posibilidad de interferencias en su biodisponibilidad y eficacia.
- 3- No se debe fumar tabaco.
- 4- Los ACOs habitualmente no provocan aumento de peso si la dieta es correcta.
- 5- Los ACOs de bajas dosis que se emplean actualmente no provocan alteraciones en la libido, aunque esto podría suceder en algún caso aislado.

A las chicas hay que hacerles conscientes de su responsabilidad en el uso de este método protector y aconsejar que **ellas** siempre tengan preservativos en su poder si preveen que puede darse un encuentro con coito. Es aconsejable animar a los jóvenes al uso del preservativo incluyéndolo en el juego sexual, evitando las ideas preconcebidas sobre la alteración de la sensibilidad del pene o la pérdida de espontaneidad de la relación.

Hay una serie de consejos relacionados con el preservativo que pueden ser de utilidad, están reflejados en la tabla 26.

La **anticoncepción oral hormonal (ACO)** es aconsejable cuando la relación es estable y no se padece ninguna enfermedad de transmisión sexual (VIH, herpes genital, hepatitis B), pretendiéndose sólo seguridad frente a embarazos. El uso de este método en la adolescencia/juventud, puede facilitar el disfrute del sexo sin miedo al embarazo, obteniéndose una mayor libertad en las relaciones. Sin embargo, hay que insistir hasta la saciedad en que *no protegen contra ETS* y se debe aclarar explícitamente al adolescente/joven que, si realiza un coito esporádico con otra persona deben usar preservativo, además de la píldora. Algunos consejos en relación con la anticoncepción hormonal están contemplados en la tabla 27.

Contracepción postcoital. La ya conocida “pastilla del día después”, a base de levonorgestrel, plantea cierta incertidumbre sobre el uso que la población adolescente/joven pueda hacer de este método, en el sentido que se convierta en habitual y desplace a los realmente indicados como preventivos para ETS y embarazos no deseados, especialmente el preservativo. Tal situación da mayores oportunidades a las ETS y al VIH y altera la corresponsabilidad de la prevención en las relaciones sexuales.

Por otro lado hay que considerar que, actualmente, en España los médicos están sometidos a una situación cuanto menos insólita: el aborto es financiado hasta la 22 semana de gestación y la “píldora del día después” es de acceso muy sencillo y de precio asequible. Sin embargo, los preservativos y los anticonceptivos hormonales no están financiados y su empleo a medio plazo es más caro para el adolescente que el uso esporádico de levonorgestrel. Esta situación puede jugar un papel importante para que el uso del levonorgestrel y el

Tabla 28. Mensajes para prevenir la violencia de género en adolescentes

- 1- Las parejas pueden tener diferencias y dificultades y es normal e incluso saludable que discutan para gestionar sus conflictos, pero que en ningún caso es normal la agresión, ni física, ni sexual, ni psicológica.
- 2- El respeto y la valoración mutua es un prerequisite para el amor, siendo el respeto exigible en toda relación humana y la valoración mutua, deseable.
- 3- Explicar que los roles femeninos y masculinos son intercambiables.
- 4- La violencia es una elección que realiza quien la ejerce, siempre y en todo caso, porque siente que puede y tiene derecho a hacerlo.
- 5- La agresión no produce una reducción en el nivel de tensión existente, sino que al contrario la incrementa, y es igualmente controlable por el hombre y la mujer.
- 6- Tras un acto de agresión el agresor tiende a denigrar a la víctima para mantener su consistencia interna y, por tanto, la relación empeorará y las agresiones serán más repetidas, crueles y duraderas.
- 7- La víctima se sentirá culpable y aceptará la definición que de sí misma hace el agresor, para poder disculparlo. A esto le “ayudará” igualmente pensar que ella provocó ese nerviosismo que él no puede contener, y que no es extraño que las parejas discutan, se insulten y peguen alguna vez.
- 8- Los hombres o chicos que agreden no son enfermos y, por tanto, no se “curan”. No tiene ningún mérito soportar la violencia física y verbal de una pareja que no se hace responsable de sus problemas.
- 9- El correcto manejo de la agresividad, refuerza la autoestima propia y del otro, nos afirma como personas y produce serenidad y bienestar.
- 10- El amor, es un hecho, no un supuesto.

Tabla 29. Algunos consejos para prevenir abusos sexuales

- 1- Tener una buena y amplia información sobre sexualidad.
- 2- Aprender a ser asertivo y a decir **NO** con firmeza a lo que no se desea.
- 3- No ir sol@ con desconocidos o personas que susciten un mínimo grado de incomodidad, aunque no esté bien definida, a lugares en los que no pueda recibir ayuda de otras personas.
- 4- No abusar de alcohol y otras drogas, que facilitan la pérdida de control sobre el propio cuerpo.
- 5- No ir sol@ por lugares peligrosos, solitarios y oscuros.
- 6- Ante la posibilidad de un asalto sexual es mucho más efectivo gritar, patear y correr que intentar calmar al agresor o ceder a sus pretensiones.
- 7- No ocultar ni disculpar al abusador, buscar una persona adulta de confianza a quien contar los hechos. El médico de familia es un profesional adecuado para manejar este tema.
- 8- No pensar que uno tiene la culpa ni avergonzarse de lo que ha padecido. El agresor siempre puede elegir entre agredir o no hacerlo, la víctima no lo elige. Si no se denuncia es más fácil que repita la agresión.
- 9- Ante un abuso sexual acudir a un centro de salud, hospital, Policía o Guardia Civil.

número de abortos se generalicen como erróneos “métodos anticonceptivos financiados”.

Es importante hacer llegar a las personas que se inician en la vida sexual la idea de que el disfrute del sexo tiene que ser llevado a cabo con responsabilidad, procurando evitar la necesidad del uso de la píldora postcoital, ya que no es inocua, e insistir siempre en que *la prevención de las ETS sólo se hace con el preservativo*.

Prevención de la violencia de género y los abusos sexuales

El desarrollo de una sexualidad gozosa, libre y completa nunca puede alcanzarse si la violencia empaña las relaciones. No es fácil, desde el punto de vista del adulto médico, pensar que entre los adolescentes pueda manifestarse la violencia de género, sin embargo, ésta puede ser revelada desde las primeras relaciones, ya que no es infrecuente que, tanto el que la lleva a cabo como la que la sufre, hayan tenido ya experiencias en la infancia relacionadas con este problema. Es muy importante identificar a las hijas de mujeres que el médico sabe que están siendo sometidas a violencia pues estas chicas son muy susceptibles de ser víctimas del mismo tipo que sus madres, igual que los chicos adolescentes hijos de padres maltratadores tenderán frecuentemente a llevar a cabo el mismo patrón de relación que han visto en su hogar, aún de manera inconsciente.

En la tabla 28 se reflejan una serie de mensajes que pueden ser útiles para que los chicos y chicas puedan aprender a evitar la violencia de género en sus relaciones amorosas/sexuales.

En relación con los **abusos sexuales a adolescentes** es interesante poder identificar a los que están en riesgo, principalmente son las chicas las más frágiles en este aspecto. Los abusos existen y no hay que negar una realidad cada vez más evidente. Un porcentaje no despreciable de embarazos no deseados en adolescentes ocurren como consecuencia de abusos sexuales, muchas veces llevados a cabo por parientes o amigos muy cercanos.

Es importante enmarcar la prevención de los abusos sexuales trabajando sobre la autoestima, la asertividad

(entendida como capacidad de percibir cuánto se quiere o no se quiere algo y cómo decir “no” a lo que no se quiere), las actitudes positivas y de respeto hacia el propio cuerpo y la educación afectiva/sexual. El abuso de drogas (de alcohol, principalmente), facilita conductas abusivas por parte de otros, también el desconocimiento en materia de sexualidad crea más fácilmente víctimas. En la tabla 29 se ofrecen algunos consejos que pueden ser útiles para prevenir los abusos sexuales, antes de que ocurran y también para evitar la reiteración, si ya han sido sufridos.

3. Actividades preventivas y de promoción de la salud sexual en la edad madura

Actualmente, la mayoría de los usuarios de la Atención Primaria están en la época vital que corresponde a la madurez.

Los consejos para promover la sexualidad plena, responsable, satisfactoria y respetuosa con uno mismo y los demás deben basarse en:

- 1- Educación sexual activa, combatiendo mitos, creencias y actitudes erróneas (“la mujer una vez que pare, ya no siente lo mismo”, “el marido necesita desahogarse en su mujer, ellas no tienen esas necesidades”)
- 2- Prevención de enfermedades de transmisión sexual y embarazos no deseados
- 3- Prevención de la violencia de género

Tabla 30. Valores de una sexualidad responsable

- 1- La sexualidad es una dimensión esencial y sana de la vida que puede expresarse de formas diversas.
- 2- Todas las personas son sexuales y tienen dignidad y valor en sí mismas.
- 3- Los conocimientos sobre sexualidad facilitan relaciones más placenteras, responsables, libres y respetuosas con uno mismo y los demás, así como la prevención de enfermedades de transmisión sexual y embarazos no deseados.
- 4- Se debe aceptar y respetar los diversos valores y opciones sexuales de cada individuo.
- 5- Las relaciones sexuales nunca deben ser llevadas a cabo mediante la explotación o el abuso.
- 6- La prevención de enfermedades de transmisión sexual y embarazos no deseados deben ser siempre considerados al mantener relaciones sexuales.

La **primera parte de la madurez** (aproximadamente desde los 28 hasta los 40 años) suele coincidir con la época en la que se estabilizan las parejas, comienza el desarrollo profesional y se tienen los hijos. Estos hechos hacen que pueda comenzar a aparecer cansancio, problemas interpersonales y a veces dificultades económicas, cosas que repercuten negativamente a largo plazo sobre la sexualidad de la pareja.

No son muy frecuentes las consultas sobre temas sexológicos, aunque las mujeres, con ocasión de cuestiones ginecológicas y los embarazos, tienen más fácil acceso a poder hablar de sexo con personal sanitario. Los varones no suelen acudir al médico pues todavía son lo suficientemente jóvenes para no tener problemas médicos, por lo que cuando van a la consulta por algún otro motivo, no hay que desaprovechar la oportunidad de hacer educación para la salud en general, considerando también la sexualidad, ellos suelen preferir que sea el médico el que saque a colación el tema sexual. Durante estas consultas hay que hacer una labor activa de promoción de un sexo placentero, seguro, educando hacia una sexualidad en la que juegue un papel importante la comunicación, el afecto y la ternura, facilitando los consejos pertinentes para llevar a cabo unas relaciones sexuales plenas. Se debe hacer una historia sexual proactiva siempre que se pueda, facilitando la comunicación de posibles problemas en el desarrollo de la sexualidad.

Tanto si se tiene pareja estable como si no, hay que

dar consejos para el desarrollo de una sexualidad sana, basados en los valores de una sexualidad responsable, como se muestra en la tabla 30.

En la tabla 31 se pueden ver algunos consejos apropiados para favorecer un sexo gratificante en una relación de pareja .

En esta etapa de la vida, como en todas las demás, hay que hacer prevención de abusos y violencia de género, siendo importante que el médico sea capaz de comunicar al paciente su consciencia sobre la existencia de este tipo de problemas y así facilitar, si fuese pertinente, la expresión de conflictos en este sentido.

En la **segunda etapa de la madurez**, aquella que comprende aproximadamente desde los 40 hasta los 65 años, las APPSS a desarrollar difieren levemente de las de la primera etapa ya que el momento vital, familiar y social va cambiando. La salud física comienza a decaer, las enfermedades crónicas hacen su aparición de manera paulatina (hipertensión, diabetes, artrosis, etc.), aparece la menopausia y, a veces, empieza la andropausia, con sus correlatos físicos ocasionalmente molestos (sequedad vaginal, disminución de la capacidad eréctil, etc.),

Tabla 31. Algunos consejos para favorecer una relación sexual placentera en las parejas de media y larga evolución

- 1- Comunicarse con claridad, PEDIR lo que se quiere y decir NO a lo que no se quiere.
- 2- Corresponsabilizarse en las tareas del hogar, cuidado de hijos, etc.
- 3- Entender que sexo no es sinónimo de coito, sino un concepto más amplio en el que hay que introducir la ternura, las caricias y las palabras.
- 4- Resaltar la importancia de crear un clima facilitador para el sexo (intimidad, niños aparte, ratos de ocio conjunto...)
- 5- Evitar la rutina. Introducir la fantasía y el sentido del humor en el sexo.
- 6- Estimular que cada persona asuma la responsabilidad de su goce sensual y erótico.
- 7- Las relaciones sexuales no tienen por qué ser mejores si son espontáneas que si se programan, esto incluso puede provocar un interés añadido.
- 8- No esperar siempre a "estar inspirado" para tener relaciones sexuales. No exigir una total coincidencia de gustos o preferencias.
- 9- Comprender la diferencia entre rechazar una actividad y rechazar a una persona.
- 10- Cuidar la salud física y psíquica, pensando no sólo en uno mismo sino también en el compañero. No abandonarse en el aspecto externo ni tampoco en el intelectual.
- 11- Usar métodos anticonceptivos eficaces si se decide no tener hijos.
- 12- Insistir en que el *preservativo* es el único medio para evitar las enfermedades de transmisión sexual.
- 13- Si surgen conflictos sexuales/de pareja que no pueden ser resueltos por los interesados, plantear la posibilidad de que intervenga un especialista en estos temas.

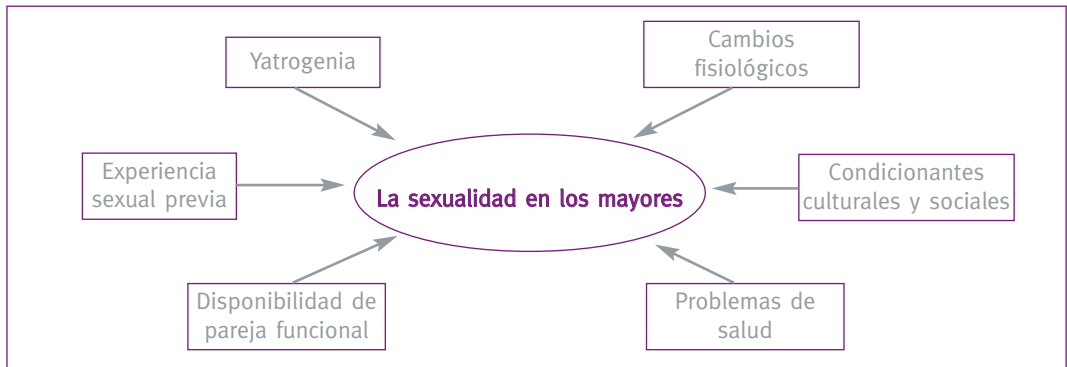


Figura 4. Factores que intervienen en la sexualidad de los mayores.

ocurre el abandono del hogar por parte de los hijos y las posibilidades profesionales, en ocasiones, comienzan a mermar.

Los consejos para promocionar una vida sexual saludable, son básicamente similares a los de la etapa anterior, aunque insistiendo en la importancia que paulatinamente vuelve a tener la pareja como compañera, sin la interferencia de los hijos pequeños. Es importante preparar al individuo para afrontar el envejecimiento de su cuerpo y del otro, fomentando actitudes positivas y saludables que faciliten el disfrute de la vida y del sexo en esta nueva etapa, haciendo hincapié en los aspectos no puramente físicos de la sexualidad. No hay que olvidar los consejos sobre prevención de enfermedades de transmisión sexual y embarazos no deseados.

4. Actividades preventivas y de promoción de la salud sexual en la tercera edad

En los mayores intervienen múltiples factores que condicionan el desarrollo de su vida sexual (figura 4), el desarrollo de las APPSS debe considerar todos estos factores para conseguir resultados óptimos.

La sociedad actual, que profesa fervientemente el culto a lo joven, da al envejecimiento connotaciones negativas, facilitando la ignorancia sobre la importancia del sexo en los mayores, sobre todo en las mujeres, a las que se considera prácticamente asexuadas después de la menopausia. El propio individuo interioriza las limitaciones socioculturales que se añaden a las físicas y puede llegar a considerar que es inapropiado de la edad la expresión de su sexualidad, conduciéndola de manera subrepticia, incluso negándose a sí mismo la posibilidad del sexo como otra manera más de enriquecer las relaciones interpersonales.

Aunque en la consulta médica no se suele preguntar sobre esta parcela vital, hay que ser conscientes de que para muchos pacientes en la madurez y en la senectud, el sexo sigue jugando un papel importante en su vida, si ya lo hacía en la juventud. El médico tiene que ser consciente de que las personas mayores no son asexuadas y debe tratar activamente esta parcela vital siempre que aborde la salud de una persona mayor. En la tercera edad, los consejos generales sobre autocuidado y los específicos para mejorar la vivencia de la sexualidad son básicos para mejorar la percepción de salud global. Además debe tenerse especial cuida-

Tabla 32. Algunas recomendaciones para mejorar la sexualidad en los mayores

- 1- Reconocer que el sexo puede ser importante en la tercera edad.
- 2- Considerar las interferencias sobre la sexualidad que pueden tener las enfermedades crónicas y los fármacos.
- 3- La comunicación y responsabilidad vital compartida facilitan la vida sexual en general.
- 4- Enfatizar la calidad del sexo sobre la cantidad de contactos sexuales.
- 5- Valorar la diversidad de las manifestaciones sexuales, no centrándose en el coito.
- 6- Conocer que el impulso sexual, la demanda de coito y de eyaculaciones disminuyen habitualmente con la edad.
- 7- Saber que el varón necesita habitualmente más tiempo para conseguir una erección.
- 8- Conocer que hay fármacos que pueden ayudar a paliar problemas tales como la sequedad vaginal o la alteración de la función eréctil.
- 9- Conocer que aunque el clítoris disminuye de tamaño, no cambia en cuanto a su sensibilidad, por lo que es importante para la excitación y el orgasmo.
- 10- Buscar intimidad con el otro, a veces difícil si se vive en residencias de ancianos.

do en la valoración de los posibles efectos secundarios de los fármacos, y considerar el uso de aquellos específicamente desarrollados para mejorar la vida sexual.

Las preguntas y consejos explícitos sobre sexo suelen ser muy bien recibidos en este grupo de edad, tanto por hombres como por mujeres, de tal modo que el médico no debe mostrar falsos pudores a la hora del abordaje de estos temas y llevar a cabo la ya comentada historia sexual proactiva, para poder efectuar las APPSS apropiadas a esta etapa.

En la tabla 32 se muestran algunos consejos que pueden ser útiles para mejorar la sexualidad en la tercera edad.

Lectura recomendada

- Adams J. Worth doing badly? Sexual health promotion in primary care. *Br J Gen Pract.* 2003 Dec;53(497):981.
- Ana Meras Lliebre. Estudios de Juventud nº 62/03 www.injuve.mtas.es/injuve/contenidos_download.action?id=1586300430
- Bras i Marquillas J, Prats i Coll R. Actividades preventivas y promoción de la salud en la infancia y adolescencia. En *Atención Primaria: Conceptos, organización y práctica clínica*. Ed.A.Martín Zurro, Cano Pérez JF.Elsevier España SA, 2003.
- Churchill D, Allen J, Pringle M, Hippisley-Cox J. Teenagers at of unintended pregnancy: identification of practical risk markers for use in general practice from a retrospective analysis of case records in the United Kingdom. *Int J Adolesc Med Health.*2002 Apr-Jun;14(2):153.
- Fairhurst K, Wyke S, Ziebland S, Seaman P, Glasier A. Not that sort of practice: the views and behaviour of primary care practitioners in a study of advance provision of emergency contraception. *Fam Pract.*2005 jun;22(3):280-286.
- Gott M, Hinchliff S. Barriers to seeking treatment for sexual problems in primary care: a qualitative study with older people. *Fam Pract* 2003;20(6):690-695.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. <http://www.msc.es/ciudadanos/proteccionSalud/adolescencia/ganarSalud>
- Nusbaum M, Hamilton C. The Proactive Sexual Health History *Am Fam Physician* 2002 Nov;66(9):1705-1712.
- Pérez M, Borrás JJ, Sánchez F, Casaubón A. Sexo y salud. Una guía práctica para acercarse a la sexualidad. Fundación Eroski 2005.
- Poljinski C, Tasker C, Andrews C, Wijesinha S, Piterman L, Kretser L. GP attitudes to male reproductive and sexual health education and promotion. *Austr Fam Physician* 2003;32(6):462-465.
- Ramos-Murciano R, Vargas-Machuca Benítez A, Flores Barranco A, Ángel maqueda R. Píldora postcoital ¿qué está pasando? *Sexología Integral* 2005;2(4):189-191.
- Sadovsky R, Mulhall JP. The potential value of erectile dysfunction inquiry and management. *Int J Clin Pract.*2003 Sep; 57(7):601-608.
- Sengupta S, Van Teijlingen ER, Smith B. GPs schoolgirls and sex. A cross-cultural background comparison of general practitioner attitudes towards contraceptive service provision for young adolescent females in Scotland. *Br J Fam Plan.* 1998;24:39-42.
- Westerstahl A, Segesten K, Björkelund C. GPs and lesbian women in the consultation: issues of awareness and knowledge. *Scand J Prim Health Care* 2002;20:203- 207.

Indicadores de calidad

Paloma Casado Pérez

1. La calidad en la asistencia a la salud sexual de los ciudadanos

Como ya se ha indicado en los documentos previos de esta colección, este último capítulo dedicado a la calidad quiere ser un estímulo y una ayuda para la autoevaluación de nuestra actividad asistencial. Los indicadores que aquí se desarrollan intentan valorar los puntos clave de las actividades explicadas en los capítulos previos, y pretenden servir de herramienta para analizar nuestra situación y plantearnos objetivos de mejora si así lo sugieren los resultados obtenidos. Cada médico puede elegir alguno de ellos, para comenzar, y tener un punto de referencia inicial con el que compararse posteriormente, incluso animarse a diseñar nuevos indicadores que reflejen mejor la asistencia en su medio.

Este documento sobre salud sexual, tiene la dificultad añadida de ser una parcela poco desarrollada en Atención Primaria por lo que, entendemos, va a suponer un importante apoyo para los médicos de familia que desean lograr una atención integral de sus pacientes. Los indicadores que a continuación se explicitan serán, por tanto, una primera aproximación básica a este faceta de nuestra actividad asistencial.

2. Indicadores de calidad en el abordaje de la salud sexual

Detección de problemas en la salud sexual

Criterio 1

En la historia clínica debe constar anamnesis sobre salud sexual. La anamnesis sobre la salud sexual debería incorporarse sistemáticamente en la historia clínica de nuestros pacientes.

Aclaraciones: Se acepta como cumplido el criterio si existen anotaciones sobre la existencia o no de problemas en las relaciones sexuales. Se recomienda la realización de preguntas del tipo ¿considera que sus relaciones sexuales son satisfactorias? Si el paciente responde que sí, podemos añadir ¿tanto para usted como para su pareja?

Excepciones: Quedan excluidos de realizar anamnesis sobre salud sexual los pacientes con diagnóstico previo de enfermedad psiquiátrica.

Indicador:

Número de historias donde consta anamnesis sobre salud sexual
Número de historias totales en mayores de 14 años

Estándar: 60%

Criterio 2

Dado que la prevalencia de disfunción sexual aumenta considerablemente en ciertas enfermedades crónicas, es de especial interés explorar posibles problemas en estos pacientes. Una persona que padezca una enfermedad crónica con repercusión metabólica, vascular, neurológica o psiquiátrica, debe ser interrogada, sistemáticamente, en la anamnesis sobre su sexualidad.

Aclaraciones: Se acepta como cumplido el criterio si existen anotaciones sobre la existencia o no de problemas en las relaciones sexuales.

Excepciones: Se excluyen de este tipo de anamnesis a los pacientes que presenten además alteraciones de la personalidad.

Indicador:

Número de pacientes crónicos con patología vascular, metabólica, neurológica o psiquiátrica en los que constan anamnesis sobre salud sexual

Número de pacientes crónicos atendidos en nuestra consulta en el último año

Estándar: 70%

Criterio 3

Otro grupo de especial interés, cuando hablamos de salud sexual, son los adolescentes, ya que están iniciándose en las experiencias sexuales y suelen tener un nivel de información bajo, siendo muy susceptibles a posibles manipulaciones.

En el caso de los adolescentes convendrá sondear su conocimiento y actitudes respecto a los métodos anticonceptivos y a la prevención de enfermedades de transmisión sexual (ETS).

Aclaraciones: La anamnesis en estos pacientes se realizará cuando las circunstancias de la entrevista nos los permitan (evitaremos preguntar en presencia de los padres o de otros acompañantes) y del joven (edad, grado de autonomía, tendencias grupales).

Hay que delimitar una edad a la que referimos cuando hablamos de adolescentes, podríamos marcar los límites entre los 14 años (edad en la que suelen pasar de la consulta de pediatría a la de medicina de familia) y los 18 años (mayoría de edad legal).

Se considerará que se ha dado información sobre métodos anticonceptivos, si al menos se ha explicado el uso adecuado del preservativo y se informa sobre la anticoncepción postcoital y así queda registrado en la historia.

Se considerará que se cumple el segundo indicador cuando, al menos se informa sobre el uso adecuado del preservativo, éste debe aconsejarse siempre como primera opción, y sobre las prácticas sexuales de riesgo y así queda registrado en la historia.

Excepciones: Indicación expresa de los tutores responsables del menor (no maduro) en contra de dar este tipo de información.

Indicadores:

Número de adolescentes que han recibido información sobre métodos anticonceptivos en el último año

Número de adolescentes atendidos en consulta en el último año

Número de adolescentes que han recibido información sobre prevención de ETS en el último año

Número de adolescentes atendidos en consulta en el último año

Estándar: 70%

Criterio 4

Dada la relación de la presencia de problemas sexuales secundaria a consumo de ciertos fármacos y/o tóxicos en los pacientes que consulten por disfunción sexual, se le deberá preguntar sobre el consumo de fármacos, de sustancias como alcohol y tabaco, y consumo de otras drogas (marihuana, cocaína, etc.).

Indicadores:

Número de historias de pacientes que consultan por disfunción sexual en que consta anamnesis sobre consumo de alcohol

Número de pacientes que consultan por disfunción sexual

Número de historias de pacientes que consultan por disfunción sexual en que consta anamnesis sobre tabaquismo

Número de pacientes que consultan por disfunción sexual

Número de historias de pacientes que consultan por disfunción sexual en que consta anamnesis sobre consumo de drogas

Número de pacientes que consultan por disfunción sexual

Estándar: 85%

Evaluación de los pacientes con disfunción sexual

Criterio 1

A los pacientes que acuden a consulta por disfunción sexual se les realizará una anamnesis sexual básica.

Aclaraciones: Se considera cumplido el indicador si al menos tiene registrados dos de los datos que se exponen en la siguiente tabla:

- Datos puberales (edad de la menarquia, poluciones nocturnas).
- Primeras experiencias sexuales (edad, orientación sexual, conductas de riesgo de embarazo o de ETS, vivencia y/o grado de satisfacción).
- Relaciones actuales (inexistentes, masturbatorias, monogámicas, promiscuidad).
- Información sobre la respuesta del ciclo sexual (deseo, excitación, orgasmo) en el pasado y en el momento actual.

Indicador:

$$\frac{\text{Número de pacientes con disfunción sexual con anamnesis básica realizada}}{\text{Número de pacientes que consultan por disfunción sexual}}$$

Estándar: 60%

Criterio 2

La primera conferencia internacional sobre disfunción eréctil (DE), recomienda la evaluación en todos los pacientes de:

- Hábito corporal
- Caracteres sexuales secundarios
- Evaluación cardiovascular
- Evaluación neurológica
- Examen de las características de pene testículos y tacto rectal

Estos datos deberán constar en la historia de todos los pacientes que consulten por disfunción eréctil.

Aclaraciones: Se considera cumplido el criterio de exploración cardiovascular cuando esté registrada auscultación cardiopulmonar, toma de presión arterial y exploración de pulsos distales.

Se considera cumplido el criterio de evaluación neurológica cuando se ha realizado una exploración neurológica que al menos valore plexo sacro, descarte signos de Parkinson y ACVA.

En la exploración genital se incluirá exploración de pene, testículos y próstata.

Excepciones: Pacientes con diagnósticos previos cardiovasculares o neurológicos.

Indicadores:

$$\frac{\text{Número de historias de pacientes con DE en las que consta una exploración cardiovascular}}{\text{Número de pacientes que consultan por DE}}$$

$$\frac{\text{Número de historias de pacientes con DE en las que consta una exploración neurológica}}{\text{Número de pacientes que consultan por DE}}$$

$$\frac{\text{Número de historias de pacientes con DE en las que consta una exploración área genital y tacto rectal}}{\text{Número de pacientes que consultan por DE}}$$

Estándar: 60%

Criterio 3

En todos los pacientes hay que hacer un análisis que incluya glucemia, perfil lipídico, función renal y hepática, testosterona libre en mayores de 50 años o cuando hay sospecha de hipogonadismo.

Excepciones: Falta de acceso a dichas pruebas diagnósticas.

Indicador:

$$\frac{\text{Número de pacientes con disfunción sexual a los que se ha realizado análisis}}{\text{Número de pacientes con disfunción sexual}}$$

Estándar: 50%

Criterios de resultado

Criterio 1

La tasa de embarazos no deseados, especialmente entre las adolescentes, debe intentar reducirse al mínimo.

Aclaraciones: Entendemos que se trata de un embarazo no deseado, cuando así lo explicita la mujer embarazada.

Indicador:

$$\frac{\text{Número de embarazos no deseados}}{\text{Número de embarazos totales}}$$

Estándar: 5%

Criterio 2

Detección precoz de situaciones de abuso sexual. Es labor fundamental del médico de familia la detección precoz de situaciones de riesgo de abuso en adolescentes, procediendo a una búsqueda proactiva de las mismas.

Aclaraciones: Están en situación de riesgo todos los hijos de mujeres maltratadas, adolescentes inmaduros, familias desestructuradas, padre alcohólico o con adicción a drogas.

Indicador:

$$\frac{\text{Número de derivaciones a trabajador social de pacientes en situación de riesgo}}{\text{Número de casos de abusos sexuales que se detecten}}$$

Estándar: 90%

Criterio 3

A todo paciente con disfunción eréctil, que así lo desee se le debe ofrecer tratamiento mediante consejo, ejercicios de concentración sensorial y/o farmacológico.

Indicadores:

$$\frac{\text{Número de pacientes con DE que han recibido consejo y tratamiento}}{\text{Número de pacientes que consultan por DE}}$$

Éste es un indicador de proceso:

$$\frac{\text{Número de pacientes que refieren mejoría en su vida sexual}}{\text{Número de pacientes con DE que han recibido consejo y tratamiento}}$$

Excepciones: Contraindicaciones al tratamiento por tratamiento concomitante con nitratos o fármacos donadores de óxido nítrico, en los pacientes en los que está desaconsejada la actividad sexual (angina inestable, insuficiencia cardíaca grave, infarto reciente), si existe enfermedad de Peronye y en aquéllos que presenten alergia o intolerancia al fármaco.

Estándar 1: 100%

Estándar 2: 70%

Lectura recomendada

- Guía de buena práctica clínica en disfunciones sexuales. Atención Primaria de Calidad OMC. Ministerio de Sanidad y Consumo IM&C, SA. Madrid, 2004.
- Saturno Hernández PJ. Curso de calidad asistencial en Atención Primaria. Du Pont Pharma. Madrid, 1997.
- Programa Anual 2003 de Formación Continuada Acreditada para Médicos de Atención Primaria. En el Médico: Diario Electrónico de Sanidad. <http://www.medynet.com/elmedico/aula2003/tema1/apaz.htm>
- Gestión de calidad en Atención Primaria. Guía Práctica- D. Ramírez Puerta. SEMERGEN, 2001.

Índice de Diapositivas

• LA RESPUESTA SEXUAL	3-9
• SALUD SEXUAL Y CALIDAD DE VIDA	10-17
• DISFUNCIONES SEXUALES	18-22
• HISTORIA CLÍNICA SEXUAL	23-52
• EVOLUCIÓN DE LAS DISFUNCIONES SEXUALES	53-73
• MANEJO EN ATENCIÓN PRIMARIA	74-104
• PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD SEXUAL	105-121

Las diapositivas contenidas en el CD, que sintetizan el texto del documento y lo complementan, pueden utilizarse en presentaciones o publicaciones siempre que se referencie el documento de procedencia, *SEMERGEN DoC en Salud sexual*.

<http://www.semergen.es/semergendoc/>



Bayer HealthCare

SEMERGEN DoC

Documentos Clínicos SEMERGEN

