

Atención Primaria de Calidad

GUÍA de BUENA PRÁCTICA CLÍNICA en

*Disfunciones
sexuales*

Atención Primaria de Calidad

Guía de Buena Práctica Clínica en

Disfunciones sexuales

Coordinadores Dr. Francisco Toquero de la Torre
Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.
Complejo Hospitalario Ciudad de Jaén.

Dr. Julio Zarco Rodríguez
Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria del IMSALUD.
Profesor Honorífico de la Facultad de Medicina de la UCM.

Asesor en la especialidad Dr. Francisco Cabello Santamaría
Médico, psicólogo y sexólogo.
Instituto Andaluz de Sexología y Psicología (IASP) (Málaga).
Miembro de la Academia Internacional de Sexología Médica.

Autores Dr. Sixto L. Alcoba Valls
Médico de Atención Primaria. Sexólogo.
Centro de Salud Zaidín. Granada.

Dr. Luis García-Giralda Ruiz
Médico de Familia en Centro de Salud de Alguazas.
Responsable del programa de investigación en disfunciones sexuales en la Gerencia de Atención Primaria de Murcia (Programa APLAUDE). SMS.

Dr. Carlos San Martín Blanco
Médico. Sexólogo. Psicoterapeuta.
Coordinador del Centro Interdisciplinar de Psicología y Salud (CIPSA), de Santander.
Secretario General de la Federación Española de Sociedades de Sexología (FESS).

© IM&C, S.A.

Editorial International Marketing & Communications, S.A. (IM&C)

Alberto Alcocer, 13 1.º D. 28036 Madrid

Tel.: 91 353 33 70. Fax: 91 353 33 73. e-mail: imc@imc-sa.es

Prohibida la reproducción, por cualquier método, del contenido de este libro,
sin permiso expreso del titular del copyright.

ISBN: 84-688-7655-0

Depósito Legal: M-34343-2004

ÍNDICE

Introducción	7
Sexualidad y enfermedad: consejo sexual	15
Evaluación y diagnóstico de las disfunciones sexuales en Atención Primaria	39
Clasificación de las disfunciones sexuales	47
Disfunciones sexuales en el varón	53
Disfunciones sexuales en la mujer	79
Fármacos, drogas y sexualidad (efectos adversos)	109
Anexos:	
I: Algoritmo del trastorno sexual	119
II: Cuestionario SHIM	121
III: Test de la eyaculación precoz	124
Guía rápida de intervención en disfunciones sexuales	127

Introducción

Dr. Francisco Cabello Santamaría

Médico, Psicólogo y Sexólogo
Instituto Andaluz de Sexología y Psicología (IASP)

Hasta épocas recientes la sexualidad no era una parte integrante de la salud, de tal forma que constituía un asunto ajeno al médico de Atención Primaria (AP). De hecho, hasta 1987 la OMS no se hizo eco del tema y definió la «salud sexual» como un derecho básico del ser humano.

Los postulados de la OMS serían razón suficiente para que el médico de AP se implicara en el estudio y tratamiento de la sexualidad de sus pacientes, pero no es la única. La formación y tratamiento de los aspectos sexuales es imprescindible, ya que ante un problema sexual es el médico de AP quien primeramente resulta consultado por sus pacientes, como ha sido demostrado por algunos autores.

Otra razón de peso por la cual el médico de AP debe estar preparado científicamente para hacer frente a la sexualidad radica en la alta prevalencia de los trastornos sexuales. No resulta fácil conocer la incidencia real, ya que las investigaciones llevadas a cabo no se ajustan, o al menos no especifican, la clasificación de disfunciones a la que se acogen. Así, cuando se habla de eyaculación precoz, por ejemplo, en la clasificación de Carrobbles y Sanz, es un tras-

torno del orgasmo masculino; para Bianco es un trastorno «fisiopatológico de la velocidad de funcionamiento» y para el DSM-IV-TR es simplemente eyaculación precoz. No obstante, casi todas las series indican una prevalencia muy elevada. Así, para Masters y Johnson, un 50% de parejas heterosexuales presenta alguna disfunción sexual. Frank, Anderson y Rubistein establecen una prevalencia de disfunciones sexuales en parejas, de un 40% para los varones y un 60% para las mujeres. Nathan mantiene unas cifras del 1 al 15% en hombres y 1 al 35% en mujeres; Spector y Carey encuentran una prevalencia del 4 al 10% de la población, y, por último, Laumann, Paik y Rosen fijan una prevalencia del 31% para los hombres y 43% para las mujeres. En nuestro medio, según datos del Instituto Andaluz de Sexología y Psicología (2002), dentro de los trastornos de la sexualidad en general, la disfunción sexual por la que se consulta con mayor frecuencia es la disfunción eréctil, que supone el 48% del total de las consultas; le sigue la eyaculación precoz (28,8%), deseo sexual hipoactivo (8%), anorgasmia femenina (7,4%), vaginismo (1,6%) y un 0,4% los trastornos del orgasmo masculino.

En todo caso, a lo largo del ciclo vital, es común presentar algún tipo de disfunción sexual que, lógicamente, va a incidir en la calidad de vida. Estudios recientes ponen de manifiesto que todas las disfunciones alteran la calidad de vida. Además, los problemas sexuales no sólo repercuten en el paciente, sino que

también se va a encontrar afectada la pareja y, por ende, el entorno familiar y social.

A pesar de la alta incidencia de disfunciones sexuales, como es sabido, no existe formación en el currículo de la Licenciatura en Medicina y Cirugía respecto a los trastornos de la sexualidad, situación que no nos exime a los médicos de la responsabilidad de formarnos en este campo, habida cuenta de que las disfunciones sexuales aparecen como síntomas centinelas de patologías ocultas. Así, a modo de ejemplo, baste señalar que uno de cada tres pacientes de los que acuden a consulta por disfunción eréctil, presentan una patología oculta, siendo las más frecuentes: dislipemias (27,3%), diabetes (22%), hipertensión arterial (20,4%), trastorno de ansiedad (18,5%), trastorno depresivo (14,6%) y problemas urológicos (4%), teniendo en cuenta que algunos pacientes presentaban más de una de ellas simultáneamente.

Igualmente se ha demostrado que el tratamiento de las disfunciones sexuales facilita el seguimiento terapéutico y la adscripción al tratamiento farmacológico de otras patologías comunes. Es decir, un paciente diabético diagnosticado de disfunción eréctil y en tratamiento para mejorar su erección, va a ser más riguroso con el tratamiento que tiene prescrito y va a cuidar mejor sus niveles de glucemia.

En consecuencia, el tratamiento de las disfunciones sexuales va a contribuir al mejor control y cum-

plimiento terapéutico de otras enfermedades y va a permitir valorar las patologías asociadas.

En suma, nuestro interés en el estudio y tratamiento de las disfunciones sexuales va a repercutir en la mejora de la calidad de vida de nuestros pacientes, convirtiéndose la sexualidad en un marcador eficaz del estado de salud.

Por todo lo dicho, la Atención Primaria debería cumplir una misión importante a nivel de *Prevención* y *Promoción* de la salud sexual de la siguiente forma:

1. Nivel de Prevención Primaria:
 - Educación de la sexualidad.
 - Realizar estudios de prevalencia de los trastornos de la sexualidad.
 - Incrementar los recursos y habilidades personales y de pareja que faciliten una sexualidad más saludable.
2. Nivel de Prevención Secundaria:
 - Incluir la entrevista sexológica dentro de la historia clínica habitual.
 - Desarrollo de habilidades diagnósticas en el ámbito de las disfunciones sexuales.
 - Optimizar estrategias de intervención.
 - Creación de grupos de trabajo sobre Sexología para mejorar la atención.

3. Nivel de Prevención Terciaria:

- Rehabilitación sexual de personas con necesidades físicas especiales.
- Reeducación sexual en personas con necesidades psíquicas especiales.
- Atención a la sexualidad en la enfermedad crónica.

Mención aparte merece la *Promoción*. En el campo de la salud general, desde un paradigma organista, la promoción apenas se contempla. En el ámbito de la sexualidad sencillamente puede parecer ciencia-ficción. Es evidente que en AP la falta de tiempo no permite crear un clima terapéutico adecuado y también que los pacientes tienen dificultad para consultar sobre sexualidad; sin embargo, la promoción tendría como finalidad facilitar el bienestar general mediatizable por aspectos sexuales. Es decir, partiendo de la idea de una sexualidad saludable como motor de un bienestar psicológico y en equilibrio con el medio, se trataría de intervenir mejorando ciertos aspectos de la vida sexual. Así, irrumpe de nuevo la educación como una herramienta básica en este apartado que permita incidir, por ejemplo, en los beneficios que comporta incluir la sexualidad como un elemento más del ocio en pareja, establecer escenarios sexuales cuya creación facilite e incremente la comunicación en pareja, fijar espacios y horarios para tener relaciones sexuales que resten posibilidades a una sexualidad compulsiva exenta de

comunicación y centrada exclusivamente en la respuesta genital, educar en el sentido de facilitar la intimidad a través del incremento de las habilidades de comunicación en pareja, tanto heterosexual como homosexual y un largo etcétera.

Hablar de aspectos que optimizan la sexualidad, siempre suele despertar el interés de la mayoría de las personas, pudiendo servir como vía introductoria a una educación para salud más amplia. Aprovechar nuestra comunicación con los pacientes para romper con algunos mitos sociales sobre la sexualidad, en ningún caso va a ser tiempo ni perdido ni robado a otros aspectos de la salud, sino todo lo contrario, una puerta de entrada a una mejor relación médico-paciente.

Por último, no se debe olvidar que la sexualidad es un pilar básico en la construcción de la pareja y la familia. Por tanto, en la medida de lo posible, cualquier intervención llevada a cabo se debe intentar realizarla en pareja. De no ser así, es fácil que no se cumplan los tratamientos y no se obtengan los beneficios esperados. Esto ha sido demostrado por diversos autores, quienes han puesto de manifiesto que pacientes con erecciones adecuadas, tras realizar un tratamiento eficaz, abandonan por la falta de colaboración de sus parejas. En el mismo sentido y, a modo de ejemplo, pacientes en tratamiento de disfunción eréctil con sildenafil, abandonan el tratamiento un 23% frente al 8% de quienes siguen el tratamiento con sildenafil más asesoramiento en pareja.

En resumen, flaco servicio haremos a la salud de nuestros pacientes si no tenemos presente que la sexualidad es un elemento básico del bienestar físico, psíquico y social, que debemos estudiar y tratar en pareja, que nos va a servir para detectar otras enfermedades, mejorar el cumplimiento de los tratamientos crónicos, mantener una buena relación médico-paciente, así como facilitar una mejor calidad de vida.

REFERENCIAS

Mace, Bannerman & Burton. The Teaching of Human Sexuality in Schools for Health Professionals. Ginebra. WHO 1987 (Public Health Paper N° 57).

Dunn KM, Croft PR, Hackett GI. Satisfaction in the sex life of a general population sample. J Sex Marital Ther 2000; 26(2): 141-51.

Carrobles JAI, Sanz A. Terapia sexual. Madrid: UNED; 1991.

Bianco F. Manual diagnóstico de las enfermedades en Sexología. Caracas: Ediciones CIPV; 1988.

American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM IV-TR. Washington: A.P.A.; 2000.

Masters WH, Johnson VE. Incompatibilidad sexual humana. Buenos Aires: Inter-Médica; 1970.

Frank E, Anderson C, Rubistenin D. Frequency of sexual dysfunction in normal couples. N Engl J Med 1978; 299: 111-5.

Nathan SG. The epidemiology of the DSM-III psychosexual dysfunctions. J Sex Marital Ther 1986; 12(4): 267-81.

Spector IP, Carey MP. Incidence and prevalence of sexual dysfunctions: A critical review of ten empirical findings. Arch Sex Behav 1990; 19: 389-408.

Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States prevalence and predictors. *Jama* 1999; p. 537-44.

Cabello F, Lucas M. Manual Médico de Terapia Sexual. Madrid: Psimática; 2002.

Guirao L, García-Giralda L, Sandoval C, Mocciaro A. Disfunción eréctil en Atención Primaria como posible marcador del estado de salud: factores asociados y respuesta al sildenafil. *Atención Primaria* 2002; 30(5): 290-6.

Pallas J, Levine SB, Althof SE, Risen CB. A study using Viagra in a mental health practice. *J Sex Marital Ther* 2000; 26(1): 41-50.

Jannini EA, Lenzi A, Wagner G. New perspectives in the pharmacotherapy of erectile dysfunction. *IDrugs* 2003; 6(12): 1.165-72.

Cabello F. Disfunción Eréctil: Un abordaje integral. Madrid: Psimática; 2004.

Sexualidad y enfermedad: consejo sexual

Dr. Luis García-Giralda Ruiz

*Médico de Familia en Centro de Salud de Alguazas.
Responsable del programa de investigación en disfunciones
sexuales en la Gerencia de Atención Primaria de Murcia
(Programa APLAUDE): SMS*

Dr. Carlos San Martín Blanco

*Médico. Sexólogo. Psicoterapeuta. Coordinador del Centro
Interdisciplinar de Psicología y Salud (CIPSA). Santander.
Secretario general de la Federación Española de Sociedades
de Sexología (FESS)*

INTRODUCCIÓN

Las disfunciones sexuales abarcan diferentes formas de incapacidad para participar en una relación sexual deseada. Según los casos, se trata de una falta de interés, una imposibilidad de sentir placer, un fracaso en la respuesta fisiológica necesaria para la interacción sexual, o una incapacidad para controlar o sentir el orgasmo.

Los consensos clínicos prefieren utilizar los subtipos que proporciona el manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales en su texto revisado (DSM-IV-TR), para indicar el inicio, el contexto y los factores etiológicos asociados a los trastornos de disfunciones sexuales.

Muchos individuos manifiestan preocupaciones sobre su funcionamiento sexual que no merecen el diagnóstico de disfunción sexual. En las definiciones de trastornos sexuales no se ha intentado especificar una frecuencia mínima o un rango de contextos, actividades o tipos de contactos sexuales en los que puede aparecer una disfunción. El diagnóstico de disfunción sexual se basa completamente en un juicio clínico, que debe tener en cuenta la edad y la experiencia del individuo, la frecuencia y cronicidad del síntoma, el malestar subjetivo y el efecto sobre otras áreas de actividad del individuo. También se debe tener en cuenta el bagaje étnico, cultural, religioso y social del individuo, que, sin duda, influye en su deseo sexual, sus expectativas y su actitud ante las relaciones sexuales y el proceso de salud-enfermedad.

ETIOLOGÍA

Puesto que la respuesta sexual es un proceso psicósomático, lo normal en la etiología de las disfunciones sexuales es que estén implicados tanto factores psicológicos como somáticos. Aunque en algunos casos es posible identificar inequívocamente una etiología psicógena u orgánica, lo más frecuente, en especial en problemas como las dificultades en la erección o la dispareunia, es que resulte difícil estar seguro de la importancia de unos y otros.

Excepto en el caso de la eyaculación prematura, los trastornos sexuales no suelen aparecer de forma aislada. En ocasiones constituyen manifestaciones

de enfermedades somáticas diversas, como la hipertensión arterial o diabetes mellitus. Otras veces están relacionados con problemas de salud psicológicos o psiquiátricos: es el caso del alcoholismo, cuadros depresivos o ansiosos. También es frecuente que sean reflejo de dificultades de relación interpersonal o del estrés.

Es habitual que los pacientes con un trastorno de su vida sexual lo atribuyan a procesos orgánicos y, por ello, es frecuente que acudan a la consulta del médico de familia a pedir ayuda. Posiblemente estemos ante uno de los problemas de salud que nos pasan más desapercibidos o en los que menos queremos profundizar y, al menos con relación a las disfunciones más frecuentes, estamos obligados a investigar los factores orgánicos y psicológicos que pueden afectar a su sexualidad desde el inicio de la entrevista clínica.

EPIDEMIOLOGÍA

Hay muy pocos datos epidemiológicos sistemáticos referentes a la prevalencia de los trastornos sexuales, y estos datos muestran una gran variabilidad. La mayoría de los estudios epidemiológicos en disfunciones sexuales se refieren a la disfunción eréctil y su asociación con determinados factores de riesgo y problemas de salud. Estudios realizados en Atención Primaria, como el APLAUDE, proponen que la disfunción eréctil se considere como «marcador del estado de salud» por cuanto que en 1 de cada 3 pacientes se

muestra como síntoma centinela de otras patologías, el 80% de carácter predominantemente orgánico, y porque 2 de cada 3 pacientes con disfunción eréctil presentan enfermedades asociadas.

SEXUALIDAD Y ENFERMEDADES

El primer paso que recomienda el algoritmo del trastorno sexual del DSM-IV-TR es que «consideremos el papel de una enfermedad médica general o del consumo de sustancias y si la disfunción sexual se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental».

Frecuentemente los pacientes que presentan algún tipo de disfunción sexual, especialmente disminución del deseo sexual y trastornos de la excitación, achacan su problema a agotamiento físico, estrés psíquico, condiciones sociales o laborales difíciles, problemas de pareja, abuso de alcohol y efectos secundarios de medicamentos. No obstante, en la valoración de estos pacientes hemos de investigar la presencia de factores de riesgo cardiovascular, enfermedades médicas y trastornos mentales concomitantes.

Son numerosas las enfermedades médicas que pueden producir trastornos sexuales: enfermedades neurológicas, como la esclerosis múltiple, lesiones medulares, neuropatías o lesiones del lóbulo temporal; enfermedades endocrinológicas, como la diabetes mellitus, el hipotiroidismo, hiper-hipoadrenocortisolismo, hiperprolactinemia, estados hipogonadales o alteraciones hipofisarias; enfermedades genitourinarias

por trastornos testiculares, enfermedad de Peyronie, infecciones uretrales, complicaciones pos-prostatectomía, infecciones o lesiones genitales, vaginitis atrófica, vagina reducida, endometriosis, prolapso uterino o neoplasias, que se comentan con detalle en el diagnóstico diferencial de cada una de las disfunciones sexuales. Sin embargo, nosotros nos vamos a circunscribir a aquellos problemas de salud que son más relevantes para la Atención Primaria, y que los vamos a concretar en: factores de riesgo cardiovascular, aterosclerosis, alteraciones hormonales con especial énfasis en la diabetes mellitus, insuficiencia renal crónica, alteraciones anatómicas, enfermedades neurológicas y trastornos psicósomáticos.

Factores de riesgo cardiovascular

Los mecanismos implicados afectan al endotelio vascular provocando una disfunción de órganos y sistemas. Los factores de riesgo mejor identificados y que afectan ampliamente a la población originando *disfunción endotelial* son:

a) La edad

Los factores de riesgo cardiovascular y las enfermedades crónicas están cada vez más presentes entre la población debido, además del envejecimiento, a los hábitos alimentarios y los estilos de vida: básicamente el estrés, el consumo de alcohol, el tabaquismo y el sedentarismo. Según la última encuesta nacional de salud, afectan cada vez a más jóvenes, la-

boralmente activos, donde la prevalencia se dispara a partir de los 45 años hasta llegar al 37,7% a los 65 años. Por lo tanto, y al igual que los factores de riesgo comentados, el mayor factor de riesgo para una disfunción sexual de causa orgánica es, precisamente, la edad.

b) Hipertensión arterial (HTA)

Muchos estudios han demostrado que los varones con hipertensión tienen una prevalencia significativamente más alta de disfunción eréctil (DE) que la población general. De hecho, el 8-10% de pacientes hipertensos no tratados son impotentes en el momento del diagnóstico. Incluso se cuestiona si la mayor tasa de disfunción sexual en individuos hipertensos se debe a la hipertensión y/o a su tratamiento farmacológico.

En el Estudio de Tratamiento de Hipertensión Leve (Treatment Of Mild Hypertension Study, TOMHS), se aleatorizó a 2.557 varones con edades comprendidas entre 45 y 69 años con hipertensión leve a placebo o uno de cinco grupos de tratamiento activo. En la evaluación basal, el 12,2% de ellos padecían DE. Sin embargo, la frecuencia era más del doble en varones con una presión arterial sistólica (PAS) ≥ 140 mmHg, en comparación con aquéllos con una PAS ≤ 140 mmHg.

Por otro lado, aproximadamente la cuarta parte de los pacientes con DE del estudio APLAUDE descono-

cían que padecían de HTA y que ésta podía ser la causa de su disfunción sexual.

Las mujeres con HTA, tanto medicadas como no medicadas, sufren dificultades para lubricar y alcanzar el orgasmo. Hasta un 18% de las mujeres hipertensas manifiestan DS.

c) Colesterol

La DE se asocia, según algunos estudios, con cambios en las concentraciones de lípidos en el suero. Wei y colaboradores estudiaron a 3.250 varones de 26 a 83 años de edad, de los que 71 mostraron DE durante el seguimiento. Se observó que por cada mmol/l de aumento en el C-HDL el riesgo relativo de DE disminuía en aproximadamente dos tercios. En el MMAS se observaron resultados semejantes para el C-HDL, y en el análisis de seguimiento a 8 años de este grupo se confirmó que el HDL sérico fue un predictor basal significativo de la DE.

Wei también observó que por cada mmol/l de incremento en el colesterol sérico total se producía un aumento de 1,32 veces en el riesgo relativo de DE; sin embargo, esto no se ha observado en otros ensayos. Parece ser que un nivel bajo de C-HDL es un factor de riesgo clave para DE.

Como en el caso de la HTA, el estudio APLAUDE refleja que el 23% de los pacientes desconocía que padecía de dislipemia en el momento del diagnóstico de DE.

d) *Ejercicio físico*

En el estudio de seguimiento del MMAS, efectuado por Derby *et al.* en 2000, se identificaron 593 varones en quienes fue posible evaluar la modificación de ciertos factores de riesgo asociados con DE. Cuando se realizó el ajuste por otros factores de riesgo, el análisis mostró que un estilo de vida sedentario estaba asociado con DE.

Los pacientes con el riesgo más alto se encontraron entre los varones que continuaron con un estilo de vida sedentario, mientras que los varones que comenzaron una actividad física o permanecieron físicamente activos presentaron el riesgo más bajo.

e) *Tabaco*

El estudio EDEM puso de manifiesto en nuestro país una relación clara entre sujetos fumadores y la probabilidad de padecer DE. Ésta se incrementaba a medida que el sujeto tenía mayor exposición. Se multiplicaba por 2,5 si el sujeto fumaba más de 40 cigarrillos/día y por 2,31 si había fumado durante más de 5 años, en comparación con los no fumadores.

En otros estudios, como el realizado por Parazzini *et al.* en 2000, el riesgo relativo para DE en quienes fumaban, en comparación con aquellos que nunca habían fumado, fue de 1,7; y además del 1,6 cuando se comparó a los no fumadores con los ex fumadores. Incluso el riesgo relativo aumentó con la duración del hábito. En un estudio posterior realizado por Blanker

en los Países Bajos, que incluyó a 1.688 varones de 50 a 78 años de edad, reveló una correlación positiva entre la DE y el tabaquismo.

Se requiere de estudios prospectivos de intervención para delinear si el tabaquismo es o no un factor de riesgo para DE, o si simplemente amplifica los factores de riesgo preexistentes, como las cardiopatías.

Aterosclerosis

La causa más común de disfunción sexual orgánica es de origen vascular, por lo que la presencia de enfermedades vasculares sistémicas y de varios factores de riesgo simultáneos, pueden actuar de manera sinérgica aumentando la probabilidad de padecer algún tipo de disfunción.

La consecuencia «más llamativa» de la aterosclerosis es el infarto de miocardio. Dada la frecuente asociación entre cardiopatías y disfunciones sexuales, y el riesgo cardíaco potencial de la propia actividad sexual, se ha llegado a un consenso para el manejo de los problemas sexuales de los pacientes con cardiopatías (Princeton Consensus Panel. *Am. J. Cardiol.* 86: 62-68. (2000)), que desarrolla un sistema de clasificación de estratificación de pacientes en alto, medio y bajo riesgo cardíaco.

- a) *Bajo riesgo*: pacientes con HTA controlada, angina leve y estable, eficaz revascularización coronaria, ausencia de complicaciones, lesión

valvular leve, ausencia de síntomas y presencia de menos de tres factores de riesgo cardiovascular.

b) *Riesgo medio*: angina moderada, infarto de miocardio reciente (< 6 sem.) insuficiencia ventricular izquierda y/o cardiopatía congestiva tipo II, riesgo medio de arritmias, tres o más factores de riesgo de enfermedad coronaria.

c) *Alto riesgo*: angina inestable o refractaria, HTA incontrolada, cardiopatía congestiva tipo III o IV, infarto de miocardio reciente (< 2 sem.), riesgo alto de arritmias, miocardiopatía obstructiva o lesión valvular moderada o severa.

La aparición de DS en los pacientes que han sufrido un IAM o un Augor, el temor al dolor y las secuelas psicológicas del accidente, suponen un factor etiológico mayor que las consecuencias orgánicas de la enfermedad. Se estima que entre un 31 y 58% requieren ayuda psicológica. Los pacientes de bajo riesgo pueden ser animados a iniciar su actividad o ser tratados de su disfunción sexual; los pacientes de riesgo moderado deberán ser evaluados de nuevo antes de clasificarlos como de bajo o alto riesgo; finalmente los pacientes de riesgo elevado deben ser estabilizados antes de reiniciar su actividad sexual.

De todas formas hemos de considerar que el riesgo de infarto de miocardio inducido por coito es extremadamente bajo: 2 posibilidades por millón y ho-

ra en individuos sanos de mediana edad, y 20 posibilidades por millón y hora en pacientes de alto riesgo de enfermedad coronaria.

Alteraciones hormonales y metabólicas

a) Diabetes mellitus

Hacemos referencia individualizada a la diabetes por su elevada prevalencia y por sus repercusiones biopsicosociales.

Los mecanismos de las disfunciones sexuales inducidas por diabetes pueden ser endoteliales, vasculares, neuropáticos, hormonales o estructurales (relacionados con el tejido conjuntivo).

La asociación de diabetes mellitus y DE es ampliamente conocida. Estudios como el del grupo de Whitehead (Whitehead ED *et al.*, 1990) muestran que aproximadamente el 50% de los varones con diabetes padece DE. Además, se ha observado que la DE sucede a una edad más temprana en la diabetes tipo 1 en comparación con la diabetes tipo 2. En ambos tipos, la DE aparece al cabo de 10 años en más de la mitad de los pacientes.

También existe evidencia de que el control glucémico inadecuado puede tener un impacto negativo sobre la DE. De igual manera existen ciertas evidencias de que el control glucémico satisfactorio se correlaciona con la función eréctil.

En el referido estudio APLAUDE, más de la mitad de los pacientes que habían consultado por DE padecían diabetes mellitus o glucosa basal alterada.

Aunque existen menos estudios, la diabetes también interfiere en la sexualidad femenina. En estudios recientes se ha encontrado una mayor incidencia de disfunciones sexuales en mujeres diabéticas respecto a grupos control, siendo el problema de más prevalencia la disminución de la lubricación vaginal. Entre las mujeres diabéticas, las DS más frecuentes son: disminución de la lubricación vaginal (37%), problemas de deseo (26,7%) y orgasmo (21%) y dispareunia (23,1%).

La aparición de estas DS depende del control metabólico y de la edad del paciente, pero, una vez instaurada la disfunción, no revierte con un mejor control glucémico. Un adecuado consejo sexual en estos casos, junto con el tratamiento indicado (gel lubricante vaginal, ejercicios de Kegel para la dispareunia, inhibidores de la PDE5 —eficaces en un 70% de los casos— para la DE), mejora notablemente la calidad de vida del paciente diabético.

b) Alteraciones hormonales

De forma general, se considera que las causas hormonales que pueden originar disfunciones sexuales representan entre el 5 y el 10%, excluyendo la diabetes mellitus, aunque las cifras varían en función del tipo y procedencia de los pacientes estudiados.

Las alteraciones hormonales encontradas con más frecuencia son:

- a) Hipogonadismo.
- b) Hipopituitarismo.
- c) Hiperprolactinemia.
- d) Alteraciones tiroideas.

Una de las manifestaciones clínicas más frecuente de los trastornos hormonales es la alteración del deseo sexual, tanto si se trata del diagnóstico principal o secundario a otra patología. Por lo que ante la presencia de deseo sexual inhibido hemos de realizar una evaluación endocrinológica profunda, con la determinación de un perfil hormonal (básicamente testosterona, prolactina, LH y hormonas tiroideas).

Slag, en 1983, encontró que el hipogonadismo era la causa hormonal más frecuente de disfunción, representando 2/3 del total, y el resto distribuido entre hipopituitarismo e hiperprolactinemia, siendo marginal el hallazgo de hipofunción tiroidea.

Respecto a la cirrosis hepática, y sobre todo la debida al consumo abusivo de alcohol, comentar que uno de los mecanismos por los que se producen disfunciones sexuales es, precisamente, por las alteraciones hormonales que conlleva.

Insuficiencia renal crónica

Al igual que en el caso de la diabetes, tiene un origen multifactorial, viéndose implicados factores en-

docrinos (descenso de testosterona, hiperprolactinemia), factores neurológicos (polineuropatía), vasculares (enfermedad arterial generalizada), factores farmacológicos (antihipertensivos...) y factores psicológicos (de la propia enfermedad y derivados de la diálisis).

La insuficiencia renal crónica puede provocar la aparición de disfunción eréctil en el 80% de los hombres, y deseo sexual hipoactivo en el 73% de las mujeres. Además, los componentes psicológicos, sociales y familiares son determinantes para la aparición o mantenimiento de las disfunciones, por lo que el consejo sexual resulta esencial como favorecedor de un clima de comunicación, empatía y ajuste sexual a la situación clínica.

Alteraciones genitourinarias

En la valoración de las disfunciones sexuales hemos de tener en cuenta los problemas estructurales de los órganos genitales, tanto congénitos como adquiridos, entre los que podemos mencionar la enfermedad de Peyronie, lesiones traumáticas genitales, vaginitis atrófica, vagina reducida, endometriosis, fimosis, prolapso uterino o neoplasias.

Destacar, por su frecuencia en este apartado, los trastornos sexuales observados en los pacientes prostáticos, siendo el más frecuente la DE parcial. La alteración crónica uretroprostática puede afectar a los filletes vasculonerviosos implicados en la erección. En un 50% de los casos se combina con un trastorno de

la eyaculación, siendo poco frecuente la aparición de falta de deseo o eyaculación dolorosa. Cuando la zona caudal de la próstata está hipertrofiada aparecen con frecuencia trastornos sexuales, mientras que si es la zona craneal la afectada, la sintomatología es de tipo urinario.

El adecuado control urológico y la instauración del tratamiento oportuno, pueden revertir las DS de origen prostático en un 76% de los casos. El tratamiento quirúrgico permite mejorar la actividad sexual con normalidad en un porcentaje muy elevado de pacientes, aunque no se puede olvidar que el 40,2% presenta eyaculación retrógrada iatrogénica. En suma, el abordaje de estas patologías requiere la intervención de los especialistas correspondientes.

Enfermedades neurológicas

Las neuropatías centrales y periféricas pueden ser origen de disfunciones sexuales de las consideradas como de carácter orgánico, como la disfunción eréctil, y también de las funcionales, como las alteraciones de la eyaculación.

Las patologías implicadas en las disfunciones sexuales abarcan un amplio abanico, desde la denervación simpática, las mielopatías traumáticas (síndromes medulares traumáticos) y no traumáticas (esclerosis lateral y en placas, espina bífida, etc.), las neuropatías periféricas (diabetes mellitus, fracturas de cadera, etc.), a las neuropatías centrales. Así, por ejemplo, en los

hombres con enfermedad de Parkinson aparece entre los 60 y 85% de los casos, mientras hasta un 75% de las mujeres tienen problemas para alcanzar el orgasmo. En el mismo sentido, en la esclerosis múltiple se va a ver la sexualidad afectada en un 64% de los hombres y un 39% de las mujeres. Obviamente estas alteraciones requieren intervención especializada y asesoramiento sexológico para optimizar la sexualidad.

Trastornos psicósomáticos

Los trastornos psicósomáticos pueden ser muy diversos y suelen ser un motivo frecuente de reiteradas consultas en Atención Primaria, presentando una variada constelación de síntomas (como la cefalea, lumbalgia, trastornos digestivos, estrés, ansiedad, depresión, etc.) entre los que hemos de encontrar las disfunciones sexuales.

Un error frecuente en el abordaje de los trastornos sexuales es el de identificar el motivo de consulta con el diagnóstico. Fácilmente los pacientes o sus parejas desplazan otros conflictos laborales, familiares o de relación a la esfera de lo genital.

Es muy importante establecer el diagnóstico principal y diferenciar qué problemas son mera consecuencia de éste, ante la presencia simultánea de diversos trastornos sexuales tanto en el hombre (deseo sexual inhibido, eyaculación precoz, eyaculación retardada...) y/o su pareja (deseo hipoactivo, anorgasmia, vaginismo...).

El estudio de la NHSLs, sobre disfunciones sexuales en los Estados Unidos, reveló que la disfunción sexual está enormemente asociada con la calidad de vida global. Los varones con DE o bajo deseo sexual tienden a tener puntuaciones bajas en relación con satisfacción física y emocional, así como en cuanto a estado de felicidad general. También se ha demostrado la participación de la personalidad y otros factores psicosociales.

En el MMAS, el enojo y la depresión se correlacionaron fuertemente con la DE. En un estudio de seguimiento de Araujo, en 1998, se definió todavía más la relación entre la DE y síntomas depresivos, y se observó que la asociación permanecía con una OR de 1,82, incluso si se tenían en cuenta factores confundentes relacionados con el envejecimiento.

Es necesario considerar que los trastornos mentales pueden causar disminución del interés por el sexo, como parte de un trastorno depresivo mayor, o la evitación de la actividad sexual como parte de un trastorno adaptativo con síntomas de ansiedad.

La identificación de la enfermedad depresiva debe establecerse necesariamente por cualquier médico con experiencia en salud mental, y derivar a especializada en casos severos, sobre todo si existe riesgo de autolisis. Existen varias entidades clínicas que conforman la gama de trastornos depresivos; el que más fácilmente se asocia con las disfunciones sexuales es el «episodio depresivo mayor».

De la misma forma, los trastornos por ansiedad deben de diagnosticarse en base a los criterios establecidos en consensos como el del DSM-IV TR, dada la variedad e intensidad de la sintomatología que le acompaña. Mención especial merece la denominada «ansiedad de ejecución» como causa de disfunciones sexuales.

CONSEJO SEXUAL DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

Ante las demandas sobre salud sexual que nos plantean los pacientes, el objetivo prioritario debe ser que no se quede ninguna sin atender, sea el médico de AP quien lo haga o lo derive al especialista oportuno. Si no lo hacemos, el paciente puede sentirse desorientado y abandonado por el profesional y por el Sistema Sanitario. Pero para desarrollar esta promoción y prevención primaria en Salud Sexual, es imprescindible crear contextos favorecedores de la comunicación entre los profesionales y los pacientes. Algo que la OMS denomina «Escenarios Promotores de Salud».

Se entiende el *consejo sexual* como una forma de intervención sexológica puntual, generalmente centrada en un problema y encaminada a informar sobre el mismo y favorecer en los pacientes un estilo actitudinal que contribuya a su resolución. Si el consejo sexual forma parte de un proceso de terapia sexual, se denomina entonces *asesoramiento*.

Para la OMS, el consejo sexual es un proceso dinámico de diálogo a través del cual una persona ayuda

a otra en una atmósfera de entendimiento mutuo (*Guía de Consejo*. WHO, 1988)

Tiene un notable efecto terapéutico, ya que permite al paciente cuestionar su vivencia sexual, conceptualizar adecuadamente sus problemas sexuales y verbalizar los mismos.

CLASIFICACIÓN DE LAS DEMANDAS SEXUALES EN ATENCIÓN PRIMARIA

- 1) Secundarias a problemas orgánicos.**
Ejemplos: disminución o inhibición del deseo por alteraciones hormonales; dispareunia por prostatitis; himen perforado; disfunción eréctil por arterioesclerosis o diabetes; malformaciones genitales o estéticas; ETS...
Ejemplos de enfermedades crónicas o invalidantes: pacientes con lesiones medulares; diabéticos de larga evolución; esclerosis múltiple; psoriasis; grandes quemados; enfermedades congénitas...
- 2) Secundarias a problemas psicopatológicos.**
Ejemplos: depresión, psicosis, estrés psicológico, adicciones...
- 3) Secundarias a tratamientos.**
Ejemplos:
 - a) Farmacológico: inhibición del deseo por betabloqueantes; DE por antidepresivos; retardo o inhibición del orgasmo por IMAOs; disminución de la lubricación vaginal por antihistamínicos o anticolinérgicos; quimioterapia...
 - b) Médico: diálisis, radioterapia...
 - c) Quirúrgico: mastectomía, prostatectomía...
- 4) Educación sexual.**
Ejemplos: expectativas poco realistas o falta de información que genera angustia; solicitud de información sobre efectos secundarios de enfermedades o tratamientos de la esfera sexual (incluyendo contracepción); infertilidad y reproducción asistida; prevención de ETS; reinicio de relaciones sexuales tras enfermedad (infarto); consultas sobre fisiología o anatomía...

(Continuación)

5) Asociadas al ciclo vital.

Ejemplos: consultas de padres sobre el desarrollo sexual de sus hijos; adolescentes con dudas sobre su orientación sexual; pubertad precoz/retardada; dificultades en el inicio de relaciones sexuales; consultas sobre cambios asociados a la menopausia o sobre modificaciones de la respuesta sexual con la edad; mujer embarazada preocupada por la conveniencia de mantener relaciones sexuales...

6) Dificultades propias de la vida sexual.

Ejemplos: eyaculación precoz primaria; DE costal psicógena; problemas de identidad sexual; conflictos de pareja...

INTERVENCIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA SEGÚN LAS DEMANDAS SEXUALES

I) Demandas susceptibles de tratamiento desde Atención Primaria:

Las disfunciones sexuales secundarias a problemas predominantemente orgánicos.

Las disfunciones sexuales secundarias a tratamientos médicos.

II) Demandas abordables mediante consejo sexual:

Las específicas del consejo sexual.

Las dificultades sexuales asociadas al ciclo vital.

Las secundarias a problemas orgánicos crónicos.

III) Demandas susceptibles de derivación:

Las secundarias a problemas psicopatológicos.

Las dificultades que no responden al tratamiento inicial.

Las secundarias a problemas graves de pareja.

TRATAMIENTO DE LOS PROBLEMAS SEXUALES EN ATENCIÓN PRIMARIA

Valoración del grado del problema	Objetivo del paciente	Tareas terapéuticas	Funciones del médico
1. Desconocido.	Ser comprendido.	Escuchar de forma activa (creativo), o sea, entender y valorar.	Papeles terapéuticos Evaluador.
2. Desconocimiento en materia sexual.	Conocimiento sobre el sexo.	Suministrar información precisa y sugerir una conducta sexual específica.	Consejo sexual.
3. Disfunciones sexuales.	Un funcionamiento sexual satisfactorio.	Seguimiento del paciente. Si el médico trata los factores orgánicos, atenuar o suprimir los síntomas de la disfunción.	Tratamiento sexual o enviar al paciente a un especialista si no obtiene buenos resultados.
4. Problema sexual con conflicto psicológico	Ayuda para resolver el conflicto que lo condujo a la disfunción sexual.	Revisar, dirigir y reestablecer el vínculo; sugerir una conducta sexual favorecedora. Seguimiento del paciente.	Consejo sexual y derivar si necesario.
5. Todo lo anterior	Saber usar sin avergonzarse los conocimientos, actitudes y habilidades sexuales recién aprendidos.	Reconocer la jerarquía de las necesidades del paciente que se enfocarán en el tratamiento sexológico.	Orientador y terapeuta sexual.

Modificado por el autor de Gervás JJ y de Cellis M.

El objetivo del consejo sexual no debe centrarse exclusivamente en aquellos pacientes que presenten disfunciones sexuales, sino también como estrategia de prevención de estos problemas, ya que debemos alentar una relación sexual menos vulnerable a las DS y más gratificante para el individuo y, en definitiva, promover la salud sexual.

La satisfacción sexual no sólo incluye la satisfacción genital, sino, además, la satisfacción de nuestras necesidades afectivas, como la seguridad, la confianza y la estabilidad dentro de la relación.

Por tanto, el consejo sexual en Atención Primaria supone un instrumento útil para favorecer la salud sexual de nuestros pacientes, pudiendo tener como líneas básicas de intervención:

- El consejo sexual se puede realizar de forma individualizada o también dirigirse a parejas y familias.
- La intervención no debe centrarse en el síntoma, sino en la experiencia sexual del individuo ante el problema.
- Se debe intervenir, además, en los aspectos relacionados con el estilo de vida del paciente que condicionan la calidad de sus relaciones sexuales y la aparición y mantenimiento del problema.
- Debemos insistir en la importancia que los hábitos tóxicos, como el alcohol, el tabaco y otras drogas, tienen en la salud sexual de las personas.
- Si trabajamos en pareja, será positivo favorecer un clima que mejore su tolerancia a la frustración y una cierta desdramatización del problema, sugiriendo un cambio en la dinámica de su relación de pareja, dando más importancia al contacto no genital y fomentando la sensualidad en una relación sin objetivos.
- Si observamos problemas de pareja, es conveniente la derivación al sexólogo.

REFERENCIAS

Guirao L, García-Giralda L, Sandoval C, Mocciaro A. Disfunción eréctil en Atención Primaria como posible marcador del estado de salud: factores asociados y respuesta al sildenafil. *Aten Primaria* 2002. 30; 5:290-6.

Duncan LE, Lewis C, Smith CE, Jenkins P, Nichols M, Pearson TA. Sex, drugs, and hypertension: a methodological approach for studying a sensitive subject. *Int J Impot Res* 2001 Feb; 13(1): 31-40.

Llisterri JL, Lozano Vidal JV, Aznar Vicente J, Argaya Roca M, Pol Bravo C, Sánchez Zamorano MA, Ferrario CM. Sexual dysfunction in hypertensive patients treated with losartan. *Am J Med Sci* 2001 May; 321(5): 336-41.

Derby CA et al. Modifiable risk factors and erectile dysfunction: can lifestyle changes modify risk? *Urology* 2000; 56: 302-6.

Martín Morales A et al. Prevalence and independent risk factors for erectile dysfunction in Spain: results of the «Epidemiología de la Disfunción Eréctil Masculina» Study. *J Urol* 2001; 166: 569-74.

Parazzini F, Menchini Fabris F, Bortolotti A, Calabro A, Chate-noud L, Colli E, Landoni M, Lavezzari M, Turchi P, Sessa A, Miron V. Frequency and determinants of erectile dysfunction in Italy. *Eur Urol* 2000 Jan; 37(1): 43-9.

Friedman S. Cardiac disease, anxiety, and sexual functioning. *Am J Cardiol* 2000 Jul 20; 86(2A):46F-50F. Review.

Whitehead ED, Klyde BJ. Diabetes-related impotence in the elderly. *Clin Geriatr Med* 1990 Nov; 6(4): 771-95. Review.

Abdo CH, Oliveira WM Jr, Moreira ED Jr, Fittipaldi JA. Prevalence of sexual dysfunctions and correlated conditions in a sample of Brazilian women—results of the Brazilian study on sexual behavior (BSSB). *Int J Impot Res* 2004 Apr; 16(2): 160-6.

Mcleod DG. Hormonal therapy: historical perspective to future directions. *Urology* 2003 Feb; 61(2 Suppl 1): 3-7. Review.

Protocolos diagnósticos-terapéuticos. Servicio de Andrología. Fundació Puigvert. Madrid: Acción Médica; 2001.

Laumann EO et al. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *JAMA* 1999; 281: 537-44.

Díaz Morfa, J. Prevención de los Conflictos de Pareja. Ed. Desclée de Brouwer; 2003

Mitjans Lafont, L. y La Calle Marcos, P. I Jornadas de Asesoramiento Sexual, AEPS; 2003

Gervás JJ, de Celis M. Dificultades Sexuales en Atención Primaria: Una Propuesta de Intervención. SEMERGEN.

Evaluación y diagnóstico de las disfunciones sexuales en Atención Primaria

Dr. Carlos San Martín Blanco

Médico. Sexólogo. Psicoterapeuta.

*Coordinador del Centro Interdisciplinar de Psicología
y Salud (CIPSA). Santander.*

*Secretario General de la Federación Española de
Sociedades de Sexología (FESS)*

ABORDAJE DE LAS DISFUNCIONES SEXUALES

El abordaje de las Disfunciones Sexuales (DS) pasa, como en cualquier otro problema de salud, por preguntar a los pacientes por su sexualidad, lo que permitirá una **detección activa**.

Resulta especialmente importante en pacientes con patologías como la HTA, diabetes, depresión, ansiedad u otras psicopatologías, con hábitos tóxicos, que toman medicación crónica o simplemente pacientes añosos que es probable que estén teniendo alguna dificultad —por los cambios propios de la edad— en su desempeño sexual.

La incorporación de una o dos preguntas sobre la sexualidad del paciente en la Historia Médica General resulta básica para la detección de disfunciones sexuales que posteriormente serán evaluadas a través de la Historia Sexual específica.

Habilidades de comunicación

La creación de un clima terapéutico favorable y fiable para el paciente sexológico es un elemento muchas veces determinante para el diagnóstico y tratamiento de las DS.

Debemos ser conscientes del impacto emocional que el problema está provocando tanto en el paciente como en su pareja y de que podemos estar ante una oportunidad «única» para que nos relate lo que le ocurre, por lo que resulta fundamental tener en cuenta los siguientes elementos en la comunicación:

- Naturalidad y objetividad: el paciente debe percibir que no nos está planteando algo desconocido o extraño, sino que lo que le ocurre es algo conocido por nosotros, frecuente y con solución en muchos casos. Es importante no transmitirle nuestras propias opiniones al respecto sino mantener la imparcialidad.
- Empatía: nuestra capacidad para ponernos en el lugar del paciente y que éste se sienta comprendido, refuerza la relación asistencial y tiene incluso un primer efecto terapéutico.
- Lenguaje adecuado: debemos emplear un lenguaje sencillo y comprensible, sin utilizar términos demasiado técnicos, pero tampoco vulgarismos que pueden molestarle y afectar la relación terapéutica. Es esencial confirmar que nos comprende con el tipo de lenguaje que

utilizamos y no es extraño que con cada paciente tengamos que modificar nuestro lenguaje ante sus diferentes niveles de información sexual.

- Escucha activa: el que el paciente se sienta acogido depende además de que nos perciba interesados por su relato sin desentendernos, moralizar o interrumpirlo, evitando además la toma de decisiones rápidas.
- Saber informar: la forma de transmitir la información al paciente sexológico es fundamental para el abordaje de las DS y para la adherencia posterior al tratamiento. Debemos ofrecer una información ordenada y comprensible, favoreciendo que nos plantee sus dudas y cuidando especialmente el lenguaje verbal y no verbal (tono y volumen de voz adecuados, contacto ocular, gestos...).

EVALUACIÓN DE LAS DISFUNCIONES SEXUALES

La evaluación de las DS exige por parte del médico tener en cuenta diversas áreas, como la médica, psicológica, social, sexual y relacional del paciente, además de las esperables dificultades y falta de hábito del paciente para hablar de su sexualidad.

No olvidemos que en estos casos suele acudir refiriendo ya un diagnóstico «tengo impotencia», «soy anorgásmica».

La evaluación debe servir, por tanto, para realizar un diagnóstico etiológico (que establezca causas físicas o psicológicas predominantes), conocer los factores favorecedores de las DS y valorar el tipo de intervención posible, así como la motivación del paciente para el tratamiento.

Instrumentos de evaluación

- a) Entrevista inicial: generalmente será en el transcurso de esta entrevista cuando el paciente nos relate sus problemas sexuales o el médico detecte el mismo a través de preguntas abiertas. El objetivo básico de esta primera entrevista será favorecer que se sienta escuchado y obtenga una primera información sobre lo que le ocurre. Puede hacerse de forma individual o con la pareja, por lo que un primer objetivo será además conocer el grado de deterioro que la DS ha podido provocar en la relación.

Objetivos de la entrevista inicial

- Determinar si realmente se trata de una disfunción sexual.
- Determinar si se trata de una disfunción sexual primaria, secundaria, parcial, total, situacional o generalizada.
- Establecer una primera aproximación a su posible etiología.
- Conocer si la pareja está dispuesta a colaborar y el grado de afectación de la relación.
- Conseguir una adecuada relación médico-paciente que facilite el proceso diagnóstico y terapéutico.
- Ofrecer al paciente una primera información sobre el problema.

Debido a la más que probable falta de tiempo para una evaluación más detallada se citará al paciente para una consulta programada que nos permita el abordaje sexológico del mismo.

b) Elaboración de la historia clínica sexual:

Como en otros ámbitos clínicos, la historia sexual es fundamental para el establecimiento de un diagnóstico adecuado que nos permita la toma de las decisiones clínicas oportunas.

A continuación se plantea un modelo de historia sexual de posible aplicación en Atención Primaria:

Historia clínica sexual

- *Datos de filiación*: con especial referencia a situación familiar, de pareja, laboral y social.
- *Motivo de consulta*: aunque es posible que el paciente ya nos haya manifestado lo que le ocurre, es importante conocer la historia del problema: si ha habido mejorías, si ocurre siempre en todas sus relaciones, por qué cree que le ocurre, cómo es su vivencia emocional del problema, si ha afectado a otros aspectos de su sexualidad y cuál es la actitud de su pareja ante el problema.
- *Evaluación médica*: conocer sus antecedentes personales y familiares, hábitos tóxicos, toma de medicamentos y otros factores de riesgo.

Prestar especial atención a enfermedades crónicas, procedimientos quirúrgicos previos, traumatismos pélvicos o perineales, enfermedades endocrinas, ETS y factores de riesgo cardiovascular.

- *Evaluación psicológica*: existencia de antecedentes de psicopatologías, de abuso sexual, ofensas sexuales, rupturas traumáticas de parejas previas, de malos tratos o de alteración de la autoestima y de la capacidad para hacer frente al problema .
- *Historia psicosexual*: prestando 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.
- *Evaluación social y del estilo de vida*: debemos conocer los hábitos de vida del paciente sexológico, ya que una relación sexual de calidad requiere un mínimo de tiempo, tranquilidad e intimidad con la pareja. Bienes éstos escasos para muchas personas con el ritmo de vida actual. Un inadecuado estilo de vida puede resultar un factor determinante para el desarrollo de múltiples DS, por lo que su detección y modificación son muy importantes.
- *Evaluación de la relación de pareja*: no podemos olvidar que para la mayoría de las per-

sonas sus DS surgen o se mantienen en el marco de una relación de pareja, por lo que es necesario conocer datos básicos sobre su historia relacional, crisis de pareja presentes o pasadas y de qué manera los problemas sexuales están afectando a su relación. En esta parte de la evaluación, la presencia y participación de la pareja en la consulta resulta esencial. También resulta importante determinar el grado y tipo de motivación y de compromiso del paciente y su pareja para el tratamiento del problema sexual.

- *Exploración física:*
 - Aspecto general y caracteres sexuales secundarios (buscando indicios de trastornos endocrinos).
 - Sistema cardiovascular (TA, pulsos inguinales y distales, auscultación de soplos abdominales e inguinales).
 - Sistema genitourinario (exploración de genitales externos, recto, próstata).
 - Sistema nervioso (exploración neurológica para valorar la sensibilidad perineal y reflejos bulbocavernoso y anal digital).
 - Ante la sospecha de una patología subyacente se realizará la exploración específica que favorezca el diagnóstico de la misma.

- *Pruebas complementarias:*
 - Determinaciones analíticas: son aconsejables como pruebas esenciales: hemograma, perfil lipídico, glucemia, enzimas hepáticas, creatinina y valoración hormonal ante la sospecha de alteraciones (sólo presentes en un 1,6% de las DS —Morley, 2000—). Especialmente indicada en estos casos sería la testosterona libre matutina, PRL, FSH, LH, progesterona y perfil tiroideo.
 - *Pruebas diagnósticas específicas para cada disfunción sexual.*
- c) Autorregistros y autoinformes: su utilización persigue obtener datos por parte del paciente de las características de su disfunción que nos permita conocer mejor los factores implicados. Existen infinidad de ellos, tanto para la valoración general de la salud sexual como específica de las distintas disfunciones.

REFERENCIAS

- González Corrales R. Habilidades Básicas en Entrevista Clínica. Pfizer; 2000.
- Labrador F. Disfunciones Sexuales. Madrid: Fundación Universidad-Empresa; 1994.
- Sierra JC. Métodos y Técnicas de Evaluación de las Disfunciones Sexuales. En: Buela y Caballo, eds. Manual de Psicología Clínica Aplicada. Madrid: Siglo XXI; 1991.
- LoPiccolo J, Heiman JR. Sexual Assessment and History Interview. En: LoPiccolo J y LoPiccolo, eds. Handbook of Sex Therapy. Nueva York: Plenum Press.

Clasificación de las disfunciones sexuales

Dr. Sixto L. Alcoba Valls

Médico de Atención Primaria del Centro de Salud Zaidín. Granada. Sexólogo.

Ante la falta de un consenso suficiente entre los distintos especialistas que trabajan en este campo, se han propuesto distintos sistemas clasificatorios. Entre las clasificaciones más empleadas hoy para las disfunciones sexuales (dejaremos al margen otros problemas sexuales o áreas de intervención sexológica) se encuentran:

Tabla 1. Clasificación de las disfunciones sexuales

Hastin	(1963)	Sharpe	(1976)
Eysenck	(1965)	Apa	(1980/87/94)
Hirsch	(1966)	Shover	(1982)
Wolpe	(1969)	W.A.S.	(1988)
Master	(1970/87)	Carrobles	(1991)
Haslam	(1974)	Cie 10	(1992)
Kaplan	(1974/77)	Amssac	(1993)

CLASIFICACIÓN CIE 10

Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. (Capítulo V-Trastornos mentales y del comportamiento)

F52 Disfunción sexual no orgánica.

F52.0 Ausencia o pérdida del deseo sexual.

F52.1 Rechazo sexual y ausencia de placer sexual.

(Continuación)

F52.2	Fracaso de la respuesta genital.
F52.3	Disfunción orgásmica.
F52.4	Eyacuación precoz.
F52.5	Vaginismo no orgánico.
F52.6	Dispareunia no orgánica.
F52.7	Impulso sexual excesivo.
F52.8	Otras disfunciones sexuales no debidas a enfermedades o trastornos orgánicos.
F52.9	Disfunción sexual no debida a enfermedad o trastorno orgánico.

CLASIFICACIÓN DSM-IV-TR

Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (American Psychiatric Association)

Trastornos sexuales

Trastornos del deseo sexual

- F52.0 Deseo sexual hipoactivo (302.71).
- F52.10 Trastorno por aversión al sexo (302.79).

Trastornos de la excitación sexual

- F52.2 Trastorno de la excitación sexual en la mujer (302.72).
- F52.2 Trastorno de la erección en el varón (302.72).

Trastornos orgásmicos

- F52.3 Trastorno orgásmico femenino (302.73) (antes orgasmo femenino inhibido).
- F52.3 Trastorno orgásmico masculino (302.74) (antes orgasmo masculino inhibido).
- F52.4 Eyacuación precoz (302.75).

Trastornos sexuales por dolor

- F52.6 Dispareunia (302.76) (no debida a una enfermedad médica).
- F52.5 Vaginismo (306.51) (no debido a una enfermedad médica).

Otras disfunciones sexuales

- Trastorno sexual debido a... (indicar enfermedad médica).
- F1x.8 Trastorno sexual inducido por sustancias.
- F52.9 Trastorno sexual no especificado (302.70).

A nivel práctico, resulta muy útil ajustarse a un modelo de ciclo PSICOFISIOLÓGICO de la respuesta sexual humana:

Componente psicofisiológico	Fisiología de la respuesta sexual	Componente subjetivo psicológico
Deseo sexual	Excitación, orgasmo, resolución y meseta	Satisfacción sexual

Carrolles JA y Sanz A. Terapia Sexual. Madrid: Fundación Universidad Empresa: 1991.

Así, las disfunciones pueden localizarse en cualquier fase de la respuesta sexual. Por ejemplo, la disfunción eréctil se incluye en alteraciones de la excitación y la aneyaculación en trastornos del orgasmo. En todo caso, por su interés práctico para el médico de Atención Primaria, lo realmente importante, al enfrentarse ante una posible disfunción sexual, es definirla dentro de las cuatro siguientes dimensiones:

- La primera dimensión clasifica a la disfunción en **primaria-secundaria (o adquirida)**, en relación a la presentación en el tiempo de la disfunción. Si ésta se presenta desde la primera experiencia sexual, la denominaríamos primaria. Si, por el contrario, la disfunción se presenta a partir de un cierto momento, cuando anteriormente no había existido dicha disfunción, la denominaremos como secundaria.
- Otra dimensión sería la de clasificar a las disfunciones sexuales en relación a su naturaleza **orgánica o funcional** según su posible etiología,

lo que nos pondrá en el camino de que la intervención sea más médica o más psicológica.

- La tercera dimensión se plantea en base a que la disfunción se presente en todas y cualquier situación, hablando entonces de carácter **generalizado**, o que sólo se presente en determinadas circunstancias, lugares o situaciones, donde en este caso la denominaríamos **situacional**.
- La cuarta y última dimensión hace referencia al grado de severidad de la disfunción, denominándola **total** cuando la afectación es completa, o **parcial** cuando nos referimos a un grado determinado de afectación. Como es de suponer, una disfunción de carácter total va a ser de una mayor complejidad y gravedad que cuando ésta se presenta de una forma parcial.

En definitiva, para clasificar las disfunciones, ante cualquier síntoma, por ejemplo, deseo sexual inhibido, trastorno de la excitación sexual, retraso o ausencia del orgasmo, eyaculación precoz, dolor durante la relación sexual, etc., se deben valorar las dimensiones antedichas y seguir los pasos señalados en el anexo (I).

REFERENCIAS

CIE-10.

Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado. DSM-IV-TR. Barcelona: Masson; 2004.

Schover LR, Friedman JM, Weiler SJ, Heiman JR, LoPiccolo J. Multiaxial problem-oriented system for sexual dysfunctions: an alternative to DSM-III. Arch Gen Psychiatry 1982; 39 (5): 614-9.

Carrobles JA, Sanz, A. Terapia sexual. Madrid: Fundación Universidad Empresa; 1991.

Disfunciones sexuales en el varón

Dr. Carlos San Martín Blanco

Médico. Sexólogo. Psicoterapeuta. Coordinador del Centro Interdisciplinar de Psicología y Salud (CIPSA). Santander.

Secretario General de la Federación Española de Sociedades de Sexología (FESS)

Dentro de este apartado vamos a clasificar las disfunciones sexuales masculinas como:

- Trastornos de la excitación: disfunción eréctil.
- Trastornos de la eyaculación y el orgasmo: Eyaculación precoz, retardada, retrógrada y aneyaculación. Dolor durante la eyaculación.
- Trastornos del deseo: deseo sexual hipoactivo, trastorno por aversión al sexo, adicción al sexo.

DISFUNCIÓN ERÉCTIL

Concepto

Incapacidad para conseguir o mantener una erección con la suficiente rigidez como para llevar a cabo relaciones sexuales satisfactorias —NIH— (National Institute of Health Consensus Development Panel on Impotence, 1993).

Según el DSM IV-TR, 2000, la definición es similar: Incapacidad persistente o recurrente para obtener o

mantener una erección apropiada hasta el final de la actividad sexual, aunque no tiene en cuenta el concepto de relación sexual satisfactoria.

Actualmente la OMS clasifica la disfunción eréctil (DE) como enfermedad tipo III por las graves repercusiones en la calidad de vida del paciente.

Epidemiología

En España se estima que entre un millón y medio y dos millones de hombres padecen DE, lo que supone una prevalencia de entre el 12,1 y el 19% de los varones (Estudio EDEM, Martín Morales *et al.*, 2001).

En USA afecta a entre 10 y 20 millones de hombres, y según el Massachusetts Male Aging Study (Feldman, 1994), el 52% de los varones de entre 40 y 70 años padecen DE de distinto grado, aumentando este porcentaje con la edad y llegando hasta el 67% a los 70 años.

La DE supone, además, el primer motivo de consulta en la mayor parte de los servicios sexológicos.

Fisiología de la erección

La erección es una respuesta fisiológica en la que participan mecanismos vasculares, neurológicos y endocrinos. Se inicia mediante estímulos sensoriales que se generan en órganos genitales y/o estímulos psicógenos, visuales, auditivos, etc., que se trasladan hacia el cerebro.

Los mecanismos últimos de la erección se deben a una vasodilatación de las arterias cavernosas y helicinas del pene, que provocan un aumento del flujo sanguíneo hacia los espacios lacunares, cuya expansión contra la túnica albugínea provoca la compresión de los canales de drenaje venoso, dificultando el flujo de salida (retorno venoso). Las modificaciones en el flujo sanguíneo peneano están mediadas bioquímicamente por la liberación de óxido nítrico a partir de las neuronas postsinápticas parasimpáticas y, en menor medida, por las células endoteliales de los cuerpos cavernosos.

La erección se conservará en la medida que se mantenga la relajación del músculo liso cavernoso, para lo que es necesaria una disminución del calcio citosólico. Por tanto, los mecanismos que influyan en su nivel controlarán la contractilidad del músculo liso cavernoso. En el músculo liso el óxido nítrico origina un incremento del GMP-c, que activa una proteína kinasa específica que abre los canales de potasio (K) y ocasiona una hiperpolarización de la membrana de las células musculares. Esto ocasiona un secuestro del calcio (Ca) intracelular dentro del retículo endoplásmico y un bloqueo de la entrada de Ca por la inhibición de los canales de Ca. La disminución de la concentración del Ca citoplasmático origina la relajación del músculo liso.

Etiología

Las causas que provocan y mantienen una DE son invariablemente la conjunción de factores orgánicos,

psicológicos y actitudinales, por lo que la consideración de DE como de origen «sólo orgánico» o «sólo psicológico» es a mi entender reduccionista.

Independientemente de las causas que puedan predominar en según qué tipos de DE, es necesario tenerlas en cuenta a la hora de evaluar y tratar a un paciente con esta disfunción sexual.

- a) **Factores orgánicos:** cualquier alteración en los mecanismos fisiológicos de la erección puede ser suficiente para la aparición de un cuadro de DE.

Los más importantes son:

- Diabetes.
- Alteraciones cardiovasculares (son la causa más importante).
- HTA.
- Fármacos (especificados en el capítulo 7).
- Alcohol.
- Tabaquismo.
- Insuficiencia renal.
- Hiperlipemia.
- Alteraciones neurológicas.

- b) **Factores psicológicos:** de entre éstos, destacamos factores predisponentes, precipitantes y mantenedores de la disfunción (Farré y Laceras, 1998).

- *Predisponentes:* educación moral y religiosa restrictiva, relaciones entre los padres dete-

rioradas, inadecuada información sexual, experiencias sexuales traumáticas durante la infancia, inseguridad en el rol psicosexual, modelos paternos inadecuados o trastornos de personalidad.

- *Precipitantes*: disfunción sexual previa, problemas de pareja, infidelidad, expectativas poco razonables sobre el sexo, fallos esporádicos, edad. Depresión, ansiedad, anorexia nerviosa, experiencias sexuales traumáticas, estrés, aborto o momentos especiales.
- *Mantenedores*: ansiedad ante la relación sexual, anticipación del fallo, sentimientos de culpa, falta de atracción entre los miembros de la pareja, problemas generales en la relación, miedo a la intimidad, deterioro de la autoimagen, información sexual inadecuada, escasez de estímulos eróticos, miedos o fobias específicas, escaso tiempo dedicado al galanteo o trastornos mentales.

Resultan además determinantes como factores tanto desencadenantes como mantenedores de la DE los aspectos cognitivos que favorecen actitudes de autoobservación, autoexigencia y rol de espectador ante el desempeño sexual.

Evaluación

Además de la entrevista clínica, la elaboración de la historia sexual, la exploración y pruebas comple-

mentarias ya determinadas en el capítulo 3, para la evaluación de la DE debemos considerar como pruebas complementarias posibles la inyección intracavernosa de drogas, medición del potencial erectivo (nocturno y diurno), valoración vascular y valoración neurológica (medición del reflejo bulbocavernoso, de potenciales evocados o biotensitometría). Para la realización de la mayor parte de estas pruebas el paciente deberá ser derivado al especialista, aunque posteriormente continuemos con el tratamiento.

Rosen *et al.* diseñaron en 1997 el International Index of Erectile Function (IIEF), cuestionario autoadministrado de 15 ítems que analizaba 5 parcelas diferentes de la actividad sexual: función eréctil, orgasmo, deseo sexual, satisfacción del acto sexual y satisfacción sexual en general. Este instrumento ha sido validado en un estudio multicéntrico en 12 países y 10 lenguas diferentes (entre ellos en España y castellano).

Como el IIEF había sido diseñado para su uso en ensayos clínicos, Rosen pensó en la posibilidad de crear una versión abreviada del mismo, que pudiera ser utilizada, fundamentalmente como método de *screening*, en el ámbito clínico. De ahí surgió, en 1999, el SHIM, cuya puesta de largo se llevó a cabo en un amplio ensayo clínico que investigaba la seguridad y eficacia de Viagra[®], bajo el patrocinio de Laboratorios Pfizer (véase anexo).

El SHIM es un cuestionario autoadministrado. El paciente tiene que responder a 5 cuestiones diferen-

tes y seleccionar en cada una de ellas una de las 5 respuestas posibles que mejor describa su situación durante los últimos 6 meses (una respuesta de 1 indica el mayor deterioro funcional y una de 5 el menor).

Tratamiento

El tratamiento de la DE desde Atención Primaria puede incorporar estrategias como:

Tratamiento farmacológico oral

- a) Inhibidores Selectivos de la Fosfodiesterasa tipo 5 (PDE 5).

Uno de los grandes beneficios de los inhibidores de la PDE 5 existentes actualmente en el mercado, además de su excelente tolerancia y escasez de efectos secundarios, es que mejoran la erección siempre que exista deseo y un adecuado estímulo sexual, lo que permite una respuesta sexual casi fisiológica y que, por tanto, no persista la erección al cesar el estímulo.

Los efectos adversos más comunes de estos fármacos son, además, poco relevantes, destacando entre ellos la cefalea, el rubor y la dispepsia.

Sus contraindicaciones más importantes son: pacientes en tratamiento con nitratos o donadores de óxido nítrico, con hipotensión arterial, insuficiencia hepática, antecedentes re-

cientes de accidente isquémico vascular, trastornos hereditarios degenerativos de la retina o con disminución primaria del deseo sexual.

- Citrato de sildenafilo (Viagra®): es el fármaco con el que tenemos una mayor experiencia clínica, ya que lleva en el mercado desde 1998, siendo el primer tratamiento oral para la DE en aparecer.

Según los datos de su ficha técnica, su efecto comienza entre 20 y 60 minutos tras la ingesta y facilita la erección hasta 4-5 horas. En la práctica Sildenafil se absorbe rápidamente. Tras la administración oral, en estado de ayuno, se observan concentraciones plasmáticas máximas entre 30 y 120 minutos (mediana de 60 minutos) post-dosis.

Cuando sildenafil se administra con alimentos, la velocidad de absorción disminuye con un retraso medio en la t_{max} de 60 minutos y una reducción media en la C_{max} del 29%.

En los estudios de dosis fijas, la proporción de pacientes que reconoció que el tratamiento mejoró sus erecciones fue del 62% (25 mg), 74% (50 mg) y 82% (100 mg) en comparación a un 25% con placebo. En ensayos clínicos controlados, la proporción de abandonos atribuibles a sildenafil fue baja y similar a placebo.

Considerando todos los estudios clínicos, la proporción de pacientes que informaron de mejoría con sildenafil fue la siguiente: disfunción eréctil psicógena (84%), disfunción eréctil mixta (77%), disfunción eréctil orgánica (68%), ancianos (67%), diabetes mellitus (59%), enfermedad cardíaca isquémica (69%), hipertensión (68%), resección transuretral de la próstata (RTUP) (61%), prostatectomía radical (43%), lesión medular (83%), depresión (75%). La seguridad y eficacia de sildenafil se mantuvo en los estudios a largo plazo, con datos de eficacia y satisfacción de los pacientes y sus parejas del 95% a los tres años. Recientes estudios (Cabello, 2004) informan de una eficacia de hasta el 90%, en los casos de DE situacional utilizando sildenafil más terapia sexual.

La dosis recomendada es de 50 mg tomados a demanda, aproximadamente una hora antes de la actividad sexual. En base a la eficacia y tolerancia, la dosis se puede aumentar a 100 mg o disminuir a 25 mg. La dosis máxima recomendada es de 100 mg.

- Tadalafilo (Cialis®): la dosis recomendada de Cialis es de 10 mg tomados antes de la actividad sexual independientemente de las comidas. En aquellos pacientes en los que tadalafilo 10 mg no produzca el efecto adecuado, se puede aumentar a 20 mg.

Su vida media en sujetos normales es de 17,5 horas.

En estudios de eficacia en una población en general con disfunción eréctil, el 81% de los pacientes informó que Cialis había mejorado sus erecciones en comparación con un 35% con placebo. También pacientes con disfunción eréctil en todas las categorías de severidad comunicaron mejoría de sus erecciones mientras usaban Cialis (86%, 83% y 72% para disfunción eréctil leve, moderada y severa, respectivamente, en comparación con 45%, 42% y 19%, respectivamente, con placebo). En los estudios de eficacia primarios, el 75% de las tentativas de coito fueron satisfactorias en los pacientes tratados con Cialis en comparación con un 32% con placebo.

- Vardenafilo (Levitra®): según los datos de su ficha técnica, en el 90% de los casos, la concentración plasmática máxima se consigue entre los 30 y los 120 minutos (mediana 60 minutos) después de la administración oral en ayunas. Al administrar vardenafilo con una comida con un alto contenido en grasas (57% de grasa), la velocidad de absorción se reduce, con un aumento de la mediana del tmax del orden de 1 hora y una reducción media de Cmax del 20%. En los datos agrupados a partir de los ensayos de efica-

cia más importantes, la proporción de pacientes que experimentaron una penetración satisfactoria con vardenafilo fue la siguiente: disfunción eréctil psicógena (77-87%), disfunción eréctil mixta (69-83%), disfunción eréctil orgánica (64-75%), ancianos (52-75%), cardiopatía isquémica (70-73%), hiperlipidemia (62-73%), insuficiencia pulmonar crónica (74-78%), depresión (59-69%), y pacientes tratados conjuntamente con antihipertensivos (62-73%). La dosis recomendada oscila entre 10 y 20 mg.

b) Fármacos de acción central:

- Apomorfina: es un agonista dopaminérgico D2 que actúa a nivel del núcleo paraventricular hipotalámico. Su administración es sublingual y tarda en actuar en torno a los 20 minutos tras la ingesta.

Su eficacia es mucho menor que los inhibidores de la PDE 5, y cuando resulta eficaz es a dosis de 3 ó 4 mg (con aumento de los efectos adversos) y en pacientes con DE predominantemente psicógena.

Terapia intracavernosa con drogas vasoactivas

La droga de elección es la prostaglandina E1 (alprostadil). Este tratamiento debe reservarse para casos en que existe contraindicación de empleo de la terapia oral o si ésta no es efectiva. Es recomendable que

sea manejada bajo supervisión del urólogo ante el riesgo de complicaciones, y el paciente debe ser entrenado en la práctica de la inyección.

Dispositivos de vacío

El dispositivo de vacío logra una erección al aplicar una presión negativa en el pene flácido, lo que hace que la sangre llene el mismo y sea retenida gracias a la aplicación de una banda elástica en la base del pene.

Sus principales efectos adversos son el dolor del pene, dificultades para la eyaculación y alteraciones en la sensibilidad del pene.

El paciente los puede adquirir sin prescripción médica, y su empleo junto a terapia sexual resulta útil en el 84% de los casos (Wylie, Jones y Walters, 2003).

El aparato no debe ser mantenido actuando durante más de 30 minutos.

Tratamiento sexológico

- Consejo sexual: el consejo sexual ante la DE debe servir para resolver las dudas del paciente ante el problema, detectar y corregir sus mitos y expectativas irracionales y proponer un modelo de relación sexual no demandante y no centrada en el contacto genital (en especial en la penetración), sino en el erotismo y que favorezca la comunicación sexual.

Estas estrategias desarrolladas en los modelos terapéuticos de Masters y Johnson (1970) y Ka-

plan (1974) a través sobre todo de la focalización sensorial, persiguen aliviar la ansiedad de desempeño y anticipatorio y superar la evitación surgida ante la frustración que genera la disfunción.

El consejo sexual también buscará favorecer que el paciente adopte un estilo de vida más saludable para su salud sexual.

- Terapia sexual: si el médico dispone de la formación sexológica necesaria podrá aplicar un programa de terapia sexual más estructurado.

Tratamiento etiológico

Se centrará en corregir o controlar los factores etiológicos desencadenantes o mantenedores del problema (diabetes, HTA, fármacos, alteraciones hormonales...).

Independientemente del recurso terapéutico a emplear la participación de la pareja en el tratamiento resulta esencial en el pronóstico de la DE.

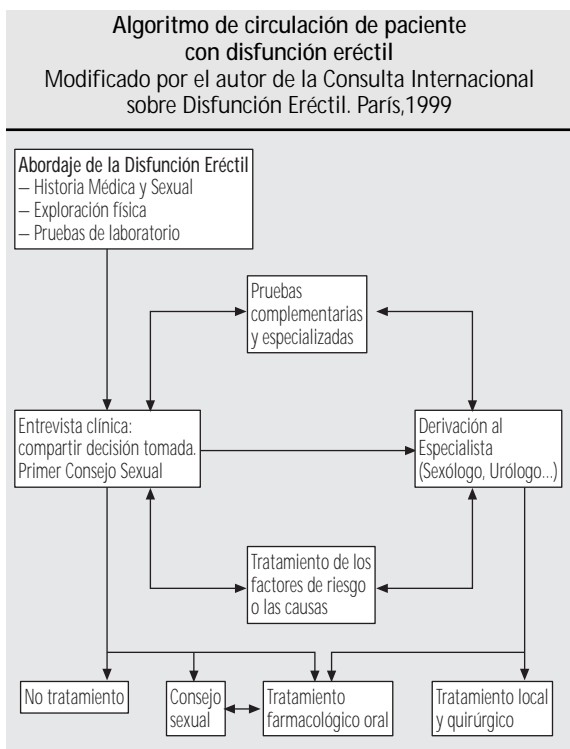
Además, el Consejo Sexual debe asociarse al tratamiento —al margen del resto de los recursos clínicos que se empleen— en todos los casos.

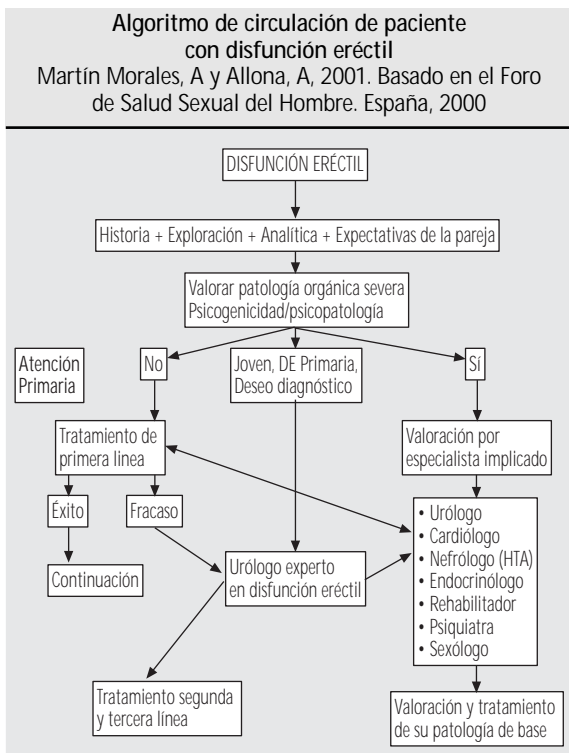
En nuestra experiencia clínica el empleo combinado de inhibidores de la PDE 5 y consejo o terapia sexual mejora notablemente el pronóstico y los resultados.

Tratamiento integral de la disfunción eréctil

Según el resultado de recientes investigaciones (Cabello, 2004), la terapia combinada —sildenafil más terapia sexual— es la herramienta más eficaz para el tratamiento de la DE.

La principal ventaja de la terapia combinada sobre la farmacológica sola es que permite la modificación





Tratamiento de primera línea: drogas orales. Anillos. Dispositivos vacío.

Tratamiento de segunda línea: inyecciones intracavernosas.

Tratamiento de tercera línea: prótesis. Cirugía.

de los factores tanto desencadenantes como mantenedores de la disfunción y facilita la intervención con la pareja.

Además mejora significativamente la adherencia al tratamiento farmacológico.

EYACULACIÓN PRECOZ

Concepto

Aunque existen diversos criterios para conceptualizar la Eyaculación Precoz (EP), el DSM IV-TR (APA, 2000) la define como la eyaculación persistente o recurrente como respuesta a una estimulación sexual mínima antes, durante o poco después de la penetración y antes de que la persona lo desee.

Los parámetros diagnósticos del DSM IV-TR incluyen otros aspectos útiles en el diagnóstico del problema como: el comienzo o duración (si es primaria o secundaria) y el contexto (si es generalizada o situacional).

Epidemiología

La prevalencia de la EP según distintos autores oscila entre el 15 y el 40% de los hombres, suponiendo en torno a un 30% de las demandas de atención sexológica.

Etiología

Han sido numerosas las explicaciones etiológicas ofrecidas para conocer las causas de la EP, pero lo que sí parece claro es que existe una confluencia de múltiples factores:

- Aunque de forma infrecuente, existen factores orgánicos, como fármacos, drogas, irritantes

prostáticos o alteraciones neurológicas. Distintos autores refieren como causantes de EP drogas como el clorhidrato de trifluoperacina, el uso de opiáceos o de algunos simpaticomiméticos, como el clorhidrato de pseudoefedrina usado para el resfriado común.

- La rapidez e intensidad de la estimulación sexual, que depende de la frecuencia sexual, la novedad o el tipo de estímulo.
- La capacidad para controlar el reflejo eyaculatorio que requiere un aprendizaje durante la vida sexual del individuo.
- El umbral eyaculatorio, alterado en la EP.
- El déficit de habilidades sexuales o la ansiedad ante la relación.
- La frustración secundaria a un coito eventualmente rápido que provoca la evitación de la relación y el descenso de la frecuencia sexual.
- Conflictos no resueltos en la relación de pareja.
- Existencia de otras disfunciones sexuales como DE o de trastornos psicopatológicos.

Tipos de Eyaculación Precoz (EP)

Hasta ahora se puede considerar que la más exhaustiva clasificación de la EP es la propuesta por Metz y Prior (2000) que se cita a continuación:

Atención Primaria de Calidad
 GUÍA DE BUENA PRÁCTICA CLÍNICA EN
 DISFUNCIONES SEXUALES

Tipo de EP	Comienzo de la EP	Contexto de la EP	Frecuencia observada clínicamente
EP fisiológica (biogénica)			
EP de constitución neurológica <i>(predisposición biológica innata a eyacular rápidamente, como puede ser medido por las pruebas neurológicas)</i>	De toda la vida	Generalizado	Muy común
EP por enfermedad física <i>(p. ej., prostatitis, infección del tracto urinario)</i>	Adquirida	Generalizado	Ocasional
EP por lesión física <i>(p. ej., daño en la médula espinal)</i>	Adquirida	Generalizado	Rara
EP por efecto secundario <i>Farmacológico (p.ej., retirada de las drogas opiáceas)</i>	Adquirida	Generalizado	Rara
EP Psicológica			
EP de Constitución Psicológica <i>(trastornos psicológicos individuales, crónicos, como el trastorno obsesivo-compulsivo, depresión, Ansiedad generalizada o Trastorno de Personalidad)</i>	De toda la vida	Generalizado	Rara
EP por angustia psicológica <i>(dificultades psicológicas temporales, como trastorno de ajuste, depresión reactiva, o vergüenza sexual)</i>	Adquirida	Generalizado o situacional	Común
EP por trastorno de la relación <i>(por ej., conflictos de la relación emocional no resueltos)</i>			
EP por déficit de habilidades psicosexuales <i>(por ej., falta de experiencia y habilidad sexual, dificultad para focalizarse en las propias sensaciones, falta de consciencia del uso del músculo pubococcígeo en el manejo eyaculatorio)</i>	Adquirida	Generalizado o situacional con el compañero	Común
EP concomitante con otra disfunción sexual	Adquirida o de toda la vida	Generalizado o situacional	Común

Evaluación

Resulta especialmente importante para la evaluación de la EP la entrevista clínica en la que debemos conocer de forma detallada la historia del problema y su forma de presentarse y mantenerse.

A no ser que exista la sospecha de causa orgánica, no se hace necesaria la exploración física. Si ésta se realiza, podemos hacer un tacto rectal (para descartar una prostatitis) y valorar los reflejos bulbocavernoso y anal.

No existen pruebas complementarias específicas para el diagnóstico de la EP.

Sí resultan útiles algunos autoinformes, como el Autotest de Eyaculación Precoz (Gindin y Huguet, 1993; ver anexo).

Tratamiento

El objetivo fundamental del tratamiento de la EP es favorecer que el paciente tenga una respuesta eyaculatoria satisfactoria para él y su pareja, basada en expectativas reales y que permita una relación y un desempeño sexual gratificante.

Los recursos terapéuticos disponibles son:

Tratamiento farmacológico

Los antidepresivos ISRS, como la fluoxetina, la paroxetina y especialmente la sertralina, consiguen de

forma rápida una notable mejoría de la latencia eyaculatoria. Debe utilizarse de forma continua y su retirada provoca recaídas de hasta el 90% (Ludovico *et al.*, 1996). Sin embargo, si asociamos ISRS con terapia sexual se alcanza un 92% de éxito terapéutico (Metz y Pryor, 2000).

Los antidepresivos tricíclicos, y especialmente la clorimipramina, resultan igualmente útiles, pero a dosis que provocan efectos indeseables.

Tratamiento etiológico

Si la EP está provocada o favorecida por factores orgánicos, psicopatológicos o relacionales, será necesario abordar éstos.

Terapia sexual

Siempre que sea posible resulta esencial que la pareja se involucre en el tratamiento, aunque también propondremos distintas técnicas sólo para el hombre.

a) Estrategias individuales

- Entrenamiento en relajación fisiológica: el propósito de distintas técnicas de relajación es que el paciente aprenda a relajarse concentrándose en sus sensaciones físicas.
- Aprendizaje del control del músculo pubocóxigeo: como variante de la técnica de Kegel para mujeres, persigue que el hombre aprenda a

relajar sus músculos bulbocavernosos e isquiocavernosos durante la excitación sexual, lo cual facilita un notable efecto inhibitorio sobre la eyaculación. Para su aprendizaje le pedimos al paciente que contraiga el ano durante unos segundos y que luego lo vaya relajando progresivamente.

- Autosensibilización corporal: le hará más fácil centrarse en sus distintas sensaciones corporales y sexuales que le permitan detectar las que identifica con el inicio y puesta en marcha del reflejo eyaculatorio.

b) Estrategias en pareja

Debe plantearse a la pareja la suspensión temporal de la penetración hasta que mejore la confianza en el control eyaculatorio y mientras se realiza el entrenamiento con distintas técnicas cognitivo conductuales.

- *Ejercicios de focalización sensorial*: Permiten al paciente concentrarse de forma relajada en las sensaciones placenteras obtenidas gracias a la estimulación genital y no genital por parte de su pareja.
- *Técnica conductual de parada-arranque* (Semans, 1956): incluye ejercicios de entrenamiento en masturbación progresiva en pareja para familiarizar al hombre con sus sensaciones peri-eyaculatorias.

- *Técnica conductual del apretón* (Masters y Jonson, 1970): se le pide al paciente o a su pareja que cuando perciba la primera sensación que identifique con la eyaculación presione la región balano-prepucial hasta que desaparezca esa sensación, para después reanudar la estimulación.
- *Técnica cognitiva del continuum de la excitación* (Metz, 1993): plantea un mejor conocimiento de pensamientos, fantasías, escenarios y secuencias sexuales y el nivel de excitación que suponen para el paciente. Esto le permite manejar su excitación de forma consciente para aumentarla o disminuirla.
- *Técnica de aclimatación al coito*: en la posición coital superior femenina se pide a la pareja que no se muevan más allá de lo imprescindible para mantener una erección mínima y que el hombre vaya consiguiendo tolerar las sensaciones placenteras y aclimatándose a las mismas. Podrá aumentar la duración del coito y la calidad del placer obtenido si consigue manejar su patrón de excitabilidad.

TRASTORNOS ORGÁSMICOS MASCULINOS

Bajo esta denominación se han aglutinado los cuadros de eyaculación retardada, retrógrada y aneyaculación, ya que el DSM IV-TR (APA, 2000) establece los mismos criterios diagnósticos.

Concepto

Los criterios diagnósticos de los trastornos orgásmicos masculinos según el DSM IV-TR son:

- Ausencia o retraso persistente o recurrente del orgasmo tras una fase de excitación sexual normal, en el transcurso de una relación sexual que el clínico, teniendo en cuenta la edad del individuo, considera adecuada en cuanto a tipo de estimulación, intensidad y duración.
- El trastorno provoca malestar acusado o dificultades en las relaciones interpersonales.
- El trastorno orgásmico no se explica mejor por la presencia de otro trastorno del eje I (excepto otra disfunción sexual) y no es debido exclusivamente a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p.e. drogas o fármacos) o una enfermedad médica.

Epidemiología

Según distintos autores, los trastornos orgásmicos masculinos tienen una prevalencia que oscila entre el 4 y el 10% de los hombres con problemas sexuales, siendo DS infrecuentes en la práctica clínica.

Etiología

Como venimos explicando en las diferentes disfunciones sexuales se pueden ver involucrados facto-

res orgánicos y psicológicos y los trastornos orgásmicos masculinos no son una excepción.

- Entre los *factores orgánicos* encontramos alteraciones anatómicas de las vías seminales —muchas veces congénitas—, lesiones neurológicas, alteraciones hormonales (como la hiperprolactinemia), iatrogenia quirúrgica, fármacos como los antihipertensivos o IMAOs o diabetes.
- Los *factores psicológicos* implicados son los comunes al resto de las DS y además miedos sexuales, inseguridad sexual y problemas de pareja que finalmente favorecen una notable ansiedad de desempeño.

Formas clínicas

Los trastornos del orgasmo masculino pueden ser primarios (desde el inicio de las relaciones sexuales, o secundarios, parciales (sólo ante determinadas prácticas sexuales o totales (independientemente del tipo de estímulo sexual) .

La forma clínica más frecuente es la eyaculación retardada en la vagina, y la más severa la aneyaculación sin ni siquiera poluciones nocturnas.

Evaluación

Además de las estrategias ya comentadas en el capítulo 3, resulta útil para descartar etiología orgánica la realización de un estudio ecográfico y radiológico de las vías seminales.

Tratamiento

- *Farmacológico*: pese a los numerosos ensayos realizados, ningún fármaco ha resultado efectivo para el tratamiento de estas DS.
- *Terapia sexual*: preferentemente, como venimos recomendando, debe realizarse en pareja. El objetivo fundamental es la modificación de los aspectos psicológicos facilitadores del problema. El tratamiento se basa en el propuesto por Masters y Jonson (1970) y Kaplan (1974) y busca que el hombre progrese en una secuencia de eyaculación progresiva en diferentes situaciones, comenzando por conseguir eyacular a través de autoestimulación, posteriormente con masturbación por parte de su pareja para finalmente eyacular intravaginalmente.

DESEO SEXUAL HIPOACTIVO

El trastorno del deseo masculino es una disfunción sexual de fuerte impacto emocional para los varones. No obstante, en nuestro medio, según datos del Instituto Andaluz de Sexología y Psicología, el deseo sexual hipoactivo supone el 8% de las consultas, de las cuales sólo un 2,4% se corresponde con varones. Aunque la incidencia no es elevada, cada día son más los varones aquejados de que la interacción entre el grado de excitabilidad fisiológica, la disposición cognitiva y afectiva, y los posibles inductores de sentimientos y sensaciones sexuales, no conducen a ningún tipo de sen-

timiento subjetivo de deseo sexual o llevan a una experiencia de deseo sexual de una intensidad insuficiente.

Estudios recientes (Cabello, 2003) ponen de manifiesto que, en el 87% de los casos, la falta de deseo en el varón es consecuencia de una disfunción sexual previa, percepción inadecuada de disfunción por parte del paciente o creencias irracionales sobre la sexualidad, quedando el 13% restante repartido entre problemas en la intimidad de la pareja, trastornos hormonales, ingestión de medicamentos, etc.

Dado que en líneas generales el tratamiento no difiere del empleado en el deseo sexual hipoactivo de las mujeres, será abordado en el capítulo siguiente sobre disfunciones sexuales femeninas.

REFERENCIAS

Brotons F, Campos JC, Gosalbes V, et al. Manejo de la disfunción eréctil en Atención Primaria. *Jano* 1988; LV: 1.280.

Cabello F y Lucas M. *Manual Médico de Terapia Sexual*. Madrid: Editorial Psimática; 2002.

Cabello F. *Disfunción eréctil: un abordaje integral*. Madrid: Editorial Psimática; 2004.

Cabello F. Classification and treatment of desire disorder: A proposal. XVI World Congress of Sexology. La Habana, marzo, 2003.

Metz M y Prior J. Eyaculación precoz: una aproximación psicofisiológica para la evaluación y manejo. *Journal of Sex & Marital Therapy* 2000; 26(4).

Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado. DSM IV-TR. Barcelona: Masson; 2004.

Disfunciones sexuales en la mujer

Dr. Sixto L. Alcoba Valls

*Médico de Atención Primaria
del Centro de Salud Zaidín. Granada. Sexólogo.*

TRASTORNOS DEL DESEO

Los trastornos del deseo posiblemente sean la disfunción sexual más compleja a la que nos podemos enfrentar, no sólo por la notable variación de manifestaciones que nos podemos encontrar (poca disposición al encuentro sexual, aunque una vez iniciado es posible la excitación y el orgasmo, el desinterés por la sexualidad, la aversión al encuentro sexual, la anestesia genital...), sino porque también son la expresión de muy diversas alteraciones, disfunciones y conflictos.

Formas clínicas

A pesar de que en un plano teórico la fases de deseo y excitación están claramente diferenciadas, a nivel práctico ya no resulta tan fácil establecer esos límites. Según las definiciones del DSM IV-TR, los trastornos que en la mujer son causa de una baja frecuencia de actividad sexual son los siguientes:

a) Deseo sexual hipoactivo

Disminución (o ausencia) de fantasías y deseos de actividad sexual de forma persistente o recurrente. El juicio de deficiencia o ausencia debe ser efectuado por el clínico, teniendo en cuenta factores que, como la edad, el sexo y el contexto de la vida del individuo, afectan a la actividad sexual. El trastorno provoca malestar acusado o dificultades de relación interpersonal.

b) Trastorno por aversión al sexo

Aversión extrema persistente o recidivante hacia, y con evitación de, todos (o prácticamente todos) los contactos sexuales genitales con una pareja sexual. La alteración provoca malestar acusado o dificultades en las relaciones interpersonales.

c) Trastorno de la excitación sexual en la mujer

Incapacidad, persistente o recurrente, para obtener o mantener la respuesta de lubricación propia de la fase de excitación, hasta la terminación de la actividad sexual. El trastorno provoca malestar acusado o dificultades en las relaciones interpersonales.

Aunque, según las definiciones anteriores, nos enfrentemos a cuadros distintos, nosotros, por una mera cuestión práctica, los vamos a abordar de manera conjunta.

Epidemiología

Es muy difícil precisar tanto la incidencia como la prevalencia de este trastorno; no obstante, según los datos que se publican, nos encontraríamos con porcentajes altos, que irían desde un tercio a la mitad de las mujeres que acuden a consulta y una estimación aproximada del 10% de la población femenina.

Etiología

Son muchos y variados los determinantes que pueden conducir a un trastorno del deseo en la mujer.

a) Factores orgánicos

En general, las enfermedades que producen un estado de postración o significativo malestar general, son susceptibles de provocar un trastorno del deseo. No obstante, como más directamente relacionados con este trastorno, podemos señalar afecciones generales, tales como alcoholismo, la ingesta de ciertos fármacos y drogas (ver capítulo 7). Los trastornos endocrinológicos, tales como el hipogonadismo (déficit de testosterona y de estrógenos) y en especial la hiperprolactinemia, son tributarios de producir un trastorno del deseo.

b) Factores psicológicos

Pueden ser muchos y variados los determinantes psicológicos que pueden intervenir en un trastorno del deseo. En la mayoría de las ocasiones, el trastorno del

deseo es sólo la punta de un iceberg de cuestiones mucho más complejas. Entre éstas podemos destacar:

- La evolución de otra disfunción no superada.
- Los conflictos de pareja.
- Trastornos del estado de ánimo: depresión-an-siedad.
- Déficit en la autoestima y autoimagen.
- Historia sexual pobre y poco gratificante.
- Factores estresantes extrínsecos.
- Antecedentes de experiencias traumáticas.
- Condicionantes educativos, traducidos en una internalización peyorativa de la sexualidad.
- Rutina o monotonía sexual.

Evaluación

En primer lugar, trataremos de clasificar el trastorno del orgasmo como deseo sexual hipoactivo, aversión al sexo o trastorno de excitabilidad. Posteriormente determinaremos si es primario o secundario, si es generalizado o situacional (por ejemplo, si se presenta con todas las parejas o sólo con algunas).

En primer lugar valorar:

- *Factores orgánicos*: investigar fármacos, drogas o psicopatologías y la existencia de problemas físicos:

- Alteraciones neurológicas: epilepsia lóbulo temporal y ACV.
- Alteraciones endocrinas: hipogonadismo, hiperprolactinemia.

Pruebas complementarias:

Ante un trastorno del deseo deberemos valorar: prolactinemia, testosterona T y L , FSH, LH.

También, hay que tener en cuenta en la evaluación:

- *Factores de relación:* conocer el comportamiento sexual de la mujer y su pareja.
 - Frecuencia de relaciones sexuales, de pensamientos/fantasías y tensión genital.
 - Evaluar la frecuencia ideal o satisfactoria, así como frecuencia en las iniciativas.
 - Evaluar cómo se siente ante las distintas conductas sexuales que practica.
 - Catálogo de preferencias y rechazos, así como frecuencia de prácticas de éstas.
 - Investigar la respuesta psicofisiológica en la fase de excitación.
 - Cómo se percibe, grado de autoaceptación y de su pareja.

- Analizar la relación de pareja.
- Posibles disfunciones de la pareja.
- *La historia de aprendizaje:*
 - Experiencias en la niñez y adolescencia.
 - Modelos o fuentes de información.
- *Factores cognitivos:*
 - Mitos y falacias presentes.
 - Actitudes y creencias.
 - Conocimientos sobre la sexualidad.

Para poner de manifiesto todas estas cuestiones utilizaremos la entrevista, los autoinformes y los autorregistros.

Intervención

No existe consenso en el abordaje de los trastornos del deseo, siendo un asunto complejo por las propias características de la disfunción y porque con frecuencia va unida a otras patologías, como consecuencia no se obtienen éxitos notables en su tratamiento.

Como planteamiento general se debe:

- Favorecer la comprensión de las causas generadoras y mantenedoras del problema.

- Eliminar la ansiedad anticipatoria y el miedo a un nuevo fracaso, así como reconocer y modificar las conductas evitativas.
- Favorecer la confianza y seguridad en la pareja, así como el aprendizaje de habilidades para la intimidad.
- Construir una estructura de pensamientos y cogniciones positivas de la sexualidad.

Más específicamente:

a) En el deseo sexual inhibido

- 1.º Descartar organicidad o tratamientos que estén interfiriendo. Si confirmamos causa orgánica o farmacológica se trata o se modifica el fármaco cuando sea posible; si no lo es, daremos asesoramiento y rehabilitación.
- 2.º Potenciar las fantasías sexuales y su asociación a sensaciones positivas.
- 3.º Trabajar la comunicación y favorecer la intimidad de la pareja.
- 4.º Trabajar la autoaceptación como ser sexual y las posibilidades propias de placer.
- 5.º Focalización sensorial I.
- 6.º Focalización sensorial II.
- 7.º Focalización sensorial III (con masturbación mutua).

- 8.º Coito no exigente.
- 9.º Relaciones sexuales libres (variedad en lugar, situación, tiempo...).
- 10.º Establecer un ritmo lo más estable posible con el fin de generar un hábito y daremos entrada a un repertorio de actividades eróticas que mantengan un cierto grado de activación sexual.

b) En los trastornos por aversión al sexo

- 1.º Se puede asociar el inicio de la intervención con la prescripción de ansiolíticos y antidepresivos tricíclicos a bajas dosis y por un tiempo corto. No usar ISRS.
- 2.º Realizar una relación categorizada de conductas y situaciones fóbicas o aversivas.
- 3.º Desensibilización sistemática en imaginación.
- 4.º Desensibilización en vivo: con exposición gradual y progresiva a las situaciones fóbicas comenzando por la menos angustiosa y progresando paulatinamente hasta la más grave o temida.
- 5.º Suele dar buen resultado continuar trabajando desde el 4.º punto del apartado anterior.

tro medio entre el 5 y el 10% de los casos de disfunciones que acuden a consulta. No obstante, el acudir a consultar un problema en relación con el orgasmo, va a estar determinado por las expectativas y deseos de la mujer; de esta manera encontramos mujeres que consultan porque nunca han conseguido un orgasmo coital con distintas parejas, o sólo con la actual pareja, o porque únicamente lo logran a través de estimulaciones distintas al coito con su pareja, o por autoestimulación, etc. Por el contrario, existen casos que acuden en busca de la «receta de la multiorgasmicidad». Lo que sí es una constante en estas pacientes es que la alteración provoca malestar acusado y/o dificultad en las relaciones interpersonales.

Formas clínicas

Con el objetivo de simplificar y hacer más práctico el manejo de la disfunción orgásmica al médico de AP, las clasificaremos en:

Anorgasmia primaria: nunca se ha conseguido el orgasmo, ni en pareja ni por autoestimulación.

Anorgasmia secundaria: mujeres que habiendo experimentado orgasmos dejan de tenerlos; es frecuente que en estos casos nos encontremos ante conflictos de pareja o una causa médica (factores orgánicos o secundario a tratamientos).

Anorgasmia situacional: en los casos en que sólo se alcanza el orgasmo cuando se dan una serie de factores y/ o determinadas situaciones.

Anorgasmia general: existe una incapacidad absoluta para alcanzar el orgasmo, independientemente de las circunstancias y factores que intervengan.

También es importante determinar si se debe a factores psicológicos exclusivamente o existen factores combinados (orgánico/funcionales).

La disfunción orgásmica es más frecuente en mujeres, y es frecuente que otros aspectos de la respuesta sexual también se vean afectados, como el deseo sexual.

Etiología

Causas orgánicas

Las causas orgánicas no suelen significar un porcentaje importante en la etiología de la disfunción orgásmica femenina. Representan, aproximadamente, un 5% del total de ellas. Entre las más importantes señalamos:

a) Trastornos neurológicos:

- Paraplejias: es la lesión neurológica que con mayor frecuencia interfiere en la respuesta orgásmica, influyendo de mayor o menor manera en función de la localización, tipo y gravedad de la lesión.

Nos puede resultar orientativo para valorar el grado de afectación en la respuesta se-

xual la capacidad para controlar esfínteres, ya que a mayor capacidad para su control suelen presentar una mejor responsividad.

- Esclerosis múltiple.
- Neuropatía alcohólica.
- Hernia discal.
- Neuropatía de la diabetes mellitus.
- Esclerosis lateral amiotrófica.
- Tumores de la médula espinal.

b) Trastornos vasculares:

Entre ellos destacamos el síndrome postcoronario, los ictus y la hipertensión arterial. Dejando al margen los casos que por su gravedad van a dificultar obviamente o hacer imposible la respuesta sexual, pueden ser causa de anorgasmia la ansiedad que se genera ante los altos niveles de excitación o las sensaciones preorgásmicas, por temor a una nueva crisis.

c) Trastornos endocrino metabólicos:

- La diabetes mellitus: es la alteración endocrinológica que más frecuentemente afecta al orgasmo, hasta un 35% de las diabéticas presenta disfunción orgásmica, soliendo aparecer a partir del cuarto año desde su diagnóstico.

- El déficit de testosterona.
- Las alteraciones suprarrenales (hiperaldo-steronismo, E. de Addison y S. de Cushing).
- Las alteraciones tiroideas: tanto el hipo como el hipertiroidismo pueden afectar el orgasmo.

d) Enfermedades graves o debilitantes:

- Cáncer de mama (mastectomía).
- Cáncer de útero (histerectomía).
- Insuficiencia renal.

e) Alteraciones anatómicas locales:

- La distensión de la musculatura vaginal suele asociarse a cistocele o prolapso uterino.
- Adherencias prepucioclitoridianas.

f) Fármacos:

Entre los que con más frecuencia pueden interferir en el orgasmo encontramos a los: barbitúricos, codeína, antidepresivos tricíclicos, imao, diazepam, alfa-metil-dopa, atenolol, propanolol.

Causas psicológicas

La consecución del orgasmo en la mujer parece estar muy en relación con la libertad y flexibilidad que

ésta se permita ante la estimulación y su excitación sexual, y la capacidad para reconocerse su derecho al placer. Por ello, además de los determinantes educacionales personales, no podemos dejar a un lado la influencia que nuestra cultura ejerce en el desarrollo psicológico de la niña, al no favorecer su aceptación de la sexualidad, de la genitalidad y el placer. Por ello, no es extraño que la mujer que presenta una disfunción orgásmica pueda presentar algún grado de rechazo de sus propios genitales, de su propio cuerpo y/o de su propio rol sexual. La consecuencia más inmediata de este hecho es la presencia de un significativo nivel de angustia ante el desempeño de la actividad sexual, y es esta misma ansiedad uno de los elementos psicológicos más perturbadores para la consecución del orgasmo.

Otros factores de orden psicológico que tienen significativa importancia son:

- La ignorancia o mala información sobre la sexualidad.
- Los sentimientos negativos respecto al sexo, hacia una misma o hacia la pareja.
- Las experiencias traumáticas.
- Los trastornos ansiosos y/o depresivos.
- La observación obsesiva de sí misma durante la fase de excitación.
- El miedo a perder el control de sí.

Evaluación

Tiene tres propósitos diferentes y complementarios:

- La descripción o diagnóstico específico del problema.
- La explicación de las causas de la anorgasmia, determinado los factores predisponentes, precipitantes y mantenedores.
- La planificación de la intervención (tratamiento).

En primer lugar, trataremos de clasificar la disfunción orgásmica en primaria o secundaria, si es generalizada o situacional, si se presenta con todas las parejas o sólo con alguna y si es posible el orgasmo mediante estimulación no coital o por autoestimulación.

Entre las técnicas que utilizaremos para conocer la dimensión y contenidos de la disfunción orgásmica destacamos:

- a) La entrevista para la evaluación inicial del problema, para determinar cuál va a ser el nivel de intervención.
- b) Los autorregistros, mediante los cuales conoceremos en términos de frecuencia, de antecedentes y consecuentes derivados de la conducta problema.
- c) Los autoinformes permiten conocer la existencia o no de determinadas conductas, así como las faltas de información, los mitos, actitudes negativas, las fantasías, etc.

- d) El examen físico: indagar en la existencia de síntomas y signos, y su influencia en la anorgasmia.

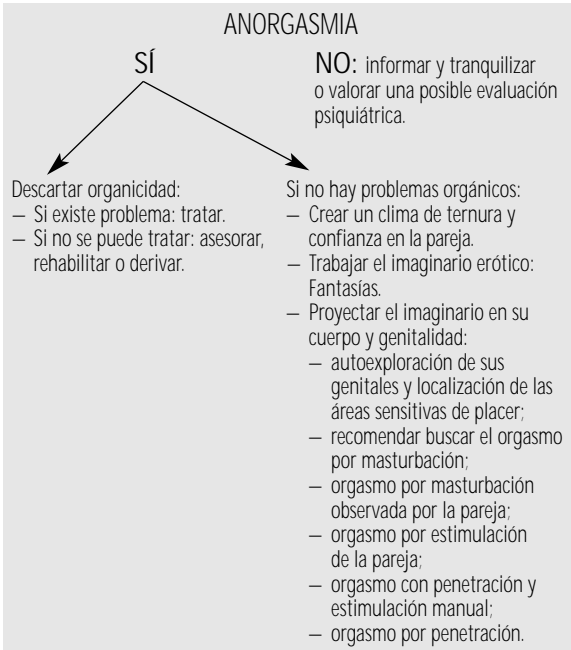
Intervención

Los objetivos que pretendemos serán:

- Modificación de la disfunción orgásmica y conseguir un conducta sexual satisfactoria.
- Implicar a la pareja en el tratamiento.
- Mejorar la información sexual y superar aspectos deficitarios o erróneos.
- Modificar actitudes y cogniciones disfuncionales que mantienen la anorgasmia.
- Que se adquieran habilidades coherentes con las nuevas actitudes y cogniciones para incrementar la satisfacción sexual.

Como medidas generales, siempre deberemos de:

- Valorar a la pareja y su comportamiento ante la disfunción.
- Potenciar la comunicación entre la pareja, comenzando por cosas sencillas, sin coste emocional, y progresar hasta el pleno intercambio sobre preferencias, gustos, etc.
- Cualquier momento es bueno para informar y desmotar falacias y mitos.



- Tranquilizar a la paciente y disminuir la ansiedad.
- Entrenamiento en músculos pubocoxígeos.

VAGINISMO Y DISPAREUNIA

Vaginismo

Concepto

Hace referencia al espasmo o contracción involuntaria de los músculos que rodean el tercio exter-

no de la vagina, en especial el esfínter vaginal, músculos perineales y elevador del ano, de modo que se puede impedir o dificultar la penetración. Este espasmo debe ser *persistente y recurrente*. El espasmo no se asocia a dolor inicialmente; sólo es doloroso al intentarse la penetración. No tiene porqué ir unido a trastornos de la excitación, aunque con cierta frecuencia se presentan asociados, y con bastante frecuencia se asocia a anorgasmia y con deseo sexual inhibido.

Epidemiología

Se estima que la puede padecer sobre un 2% de la población femenina, a cualquier edad, y su causa es psicógena en el 99% de los casos.

Etiología

Su origen está relacionado con un proceso fóbico asociado al miedo a la penetración. Como mantenedores del problema intervienen, de forma decisiva, el papel de la pareja y la ansiedad ante la penetración.

Existen distintas clasificaciones del vaginismo, estableciendo categorías en función del grado de dificultad para la penetración y la afectación general de la actividad sexual. Las formas leves son las más frecuentes, disminuyendo esta frecuencia conforme avanzamos en gravedad o intensidad del vaginismo.

La forma más frecuente es la de *vaginismo primario*, existiendo desde las primeras relaciones como respuesta condicionada al coito o a la posibilidad de éste. El *vaginismo secundario*, es decir, que tras un período de relaciones coitales sin dificultades, el que aparezca vaginismo no es frecuente, y cuando sucede suele estar en relación al postparto, a un importante miedo al embarazo, a una agresión sexual o una conflictiva relación de pareja.

- Causas orgánicas

Las causas físicas que ocasionen dispareunia, o la hayan ocasionado, pueden ser el origen de un vaginismo, al provocar una respuesta evitativa a la penetración. Entre las causas que con mayor frecuencia pueden favorecer o estar asociadas al vaginismo encontramos:

- Patología y alteraciones del himen.
- Estenosis e inflamaciones de la vagina.
- Prolapsos.
- Endometriosis y endometritis.
- Tumores o secuelas secundarias a su tratamiento.

Hay que tener en cuenta que desde el momento en que existan causas físicas que impidan la apertura vaginal, ya no podemos hablar de vaginismo.

- *Causas psicológicas*

Existe un consenso suficiente para describir el vaginismo como un proceso fóbico asociado al miedo a la penetración, como predisponentes podemos encontrar causas tan distintas como sentimientos de culpa, traumas sexuales, conflictos de pareja, miedo al embarazo o a ETSs, etc. Donde ya existe menor consenso es a la hora de explicar cuáles son los mantenedores del problema, aunque va a existir un sustrato común entre ellos, que es la presencia de una elevada tasa de ansiedad ante la expectativa de la penetración, ya sea por la anticipación del fracaso coital, la excesiva observación sobre los signos favorecedores de la penetración (lubricación, dilatación vaginal), o la exigencia de resultados ante sí misma o la pareja.

Entre estos mantenedores no podemos olvidar el papel que juega la pareja, ya que en un porcentaje nada despreciable de casos puede constituirse como único factor de persistencia del vaginismo o causa de otra disfunción secundaria.

Evaluación

Como siempre nuestro objetivo está encaminado a:

- La descripción o diagnóstico específico del problema.

- La explicación de las causas (predisponentes, precipitantes y mantenedores).
- El tratamiento.

En primer lugar, trataremos de clasificar el vaginismo en primario o secundario, si es generalizado o situacional y si existen, o han existido, causas físicas que lo justifiquen.

Las técnicas que utilizaremos para conocer la dimensión biopsicosocial del problema son:

- La entrevista para la evaluación inicial del problema, para determinar cuál va a ser el nivel de intervención en la Historia Sexual incidiremos en preguntas específicas, tales como:
 - ¿Utiliza o ha utilizado tampones?
 - ¿Se ha introducido objetos o dedos en la vagina?
 - ¿Le han hecho alguna exploración ginecológica?
- Los autorregistros, mediante los cuales conoceremos en términos de frecuencia, de antecedentes y consecuentes derivados del vaginismo.
- Los autoinformes nos dan a conocer la existencia o no de determinadas conductas, así como

los déficit de información, los mitos y actitudes negativas.

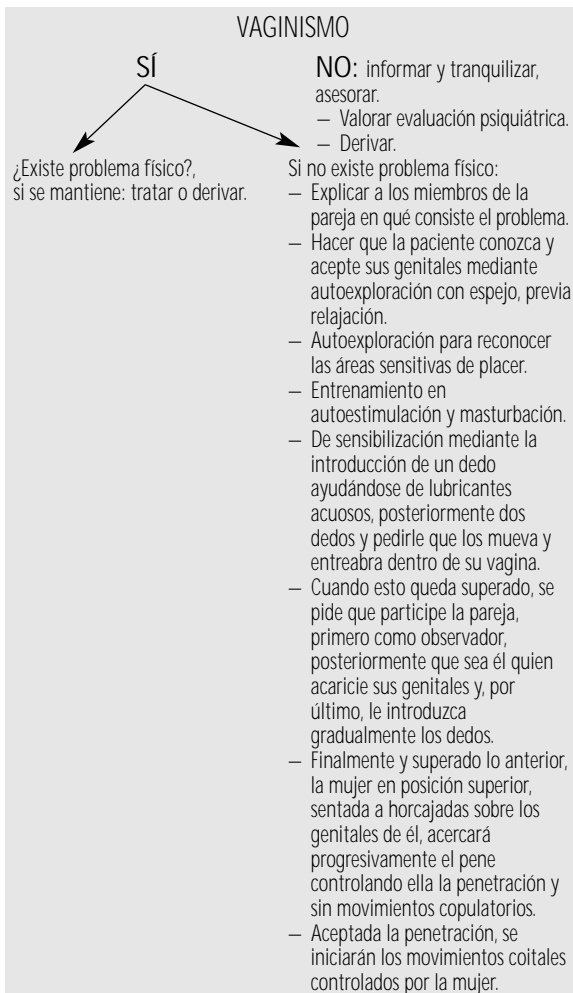
- *El examen físico* adquiere en esta disfunción un especial protagonismo y relevancia, pudiendo incluso llegar a tener un efecto terapéutico.

Antes de iniciarlo, debemos tranquilizar y relajar a la paciente y explicarle lo que vamos a hacer y lo que pretendemos con la exploración, reconociéndole que la última palabra para interrumpirla la tiene ella y que no se realizará nada sin su consentimiento y sin que lo conozca con anterioridad:

- Primero realizamos una inspección sobre genitales externos y periné.
- Posteriormente exploramos labios menores, clítoris, meato e introito.
- Le informamos de que vamos a introducir un dedo en el interior de su vagina, lentamente y relajando a la paciente. Valoraremos el grado de incomodidad/molestia que le ocasiona esta maniobra.
- Valoraremos si existe y el grado de espasmo involuntario o contractura de la musculatura del tercio externo de la vagina.

*Puede darse el caso de que exista una imposibilidad total para realizar esta exploración.

Intervención



Dispareunia

Concepto

Etimológicamente dispareunia significa «coito doloroso, difícil o malo». Decimos que existe dispareunia cuando existe dolor persistente o recurrente en genitales durante la relación coital.

Aunque hablemos de «dolor» son igualmente válidos síntomas y expresiones como escozor, desgarro, ardor o quemazón, picor o desagrado.

La puede padecer un 2% de las mujeres de forma regular, y un porcentaje mucho mayor de forma ocasional.

La localización puede ser en el:

- introito;
- interior de la vagina;
- región pélvica (profundo).

Etiología

La presentación de la dispareunia puede ser:

- al inicio de la penetración;
- después de la misma;
- durante toda la penetración.

A diferencia del vaginismo, la mayoría de las causas son orgánicas, y según cuando se presente las causas las podemos encontrar en:

— *Al iniciar la penetración:*

- vaginismo;
- himen imperforado o rígido;
- problemas clitorideos;
- vulbovaginitis;
- afecciones dermatológicas o glandulares;
- lubricación insuficiente (déficit esteroideo, consumo de antihistamínicos, diabetes);
- episiotomías, desgarros, irradiación.

— *Durante el orgasmo:*

- espasmos uterinos;
- vasoconstricción uterina (menopáusicas);
- embarazo;
- dismenorreas;
- diu;
- inflamación de clitoris.

Según la localización del dolor, la dispareunia puede ser consecuencia de:

— *Dolor en la entrada vaginal:*

- es el más común de una causa psicógena;
- vaginismo;
- patología del himen y/o del clitoris.

— *Dolor en el conducto medio vaginal:*

- uretritis;
- trigonitis;
- cistitis;

- uso de diafragma;
- vagina corta congénita.

— *Dolor profundo:*

- inflamación pélvica;
- endometriosis;
- retroversión fija uterina;
- endometritis;
- patología ovárica;
- síndrome de congestión pelviana;
- embarazo ectópico;
- hemorroides, fisuras, inflamación del recto;
- artritis lumbosacra, mialgia, hernia discal;
- tamaño y forma del pene.

En relación a los posibles determinantes psicológicos que pueden ser causa de dispareunia, podríamos citar:

— *Factores educacionales:*

- la ingenuidad sexual y el desconocimiento de la respuesta sexual;
- aceptaciones culturales, como en las que se valora y refuerza «la vagina cerrada» y la resistencia a ser penetrada, como cualidades femeninas;
- la mala información generadora de temor y ansiedad;
- los tabúes religiosos;
- los sentimientos de culpabilidad;
- la visión negativa de la sexualidad;

- reacciones fóbicas a la penetración.
- *Factores traumáticos:*
 - experiencias de coitos dolorosos;
 - agresiones sexuales.
- *Factores relacionales:*
 - poco tiempo dedicado al juego amoroso y déficit en la excitación;
 - relación de pareja conflictiva.

Otras causas de dispareunia de origen sexual:

- El deseo sexual inhibido.
- Vaginismo.

Evaluación

Buscamos tres objetivos:

- La descripción o diagnóstico de la dispareunia.
- La explicación de la causa.
- Su tratamiento.

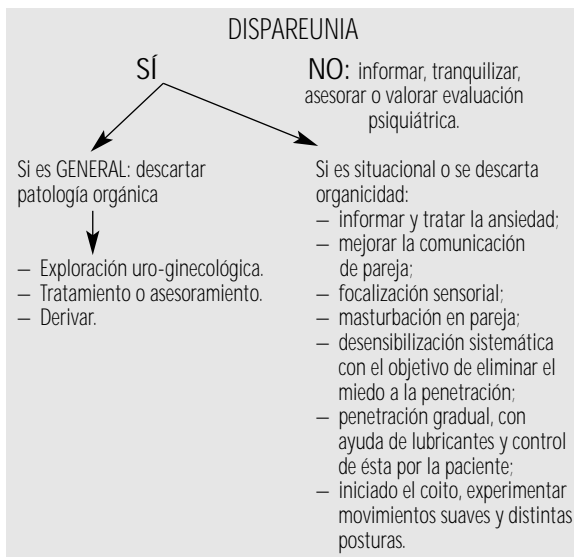
Trataremos de clasificar la dispareunia en primaria o secundaria, si es generalizada o situacional; si se presenta con todas las parejas o sólo con alguna y si también se presenta en la autoestimulación.

Para conocer la dimensión y características de presentación de la dispareunia:

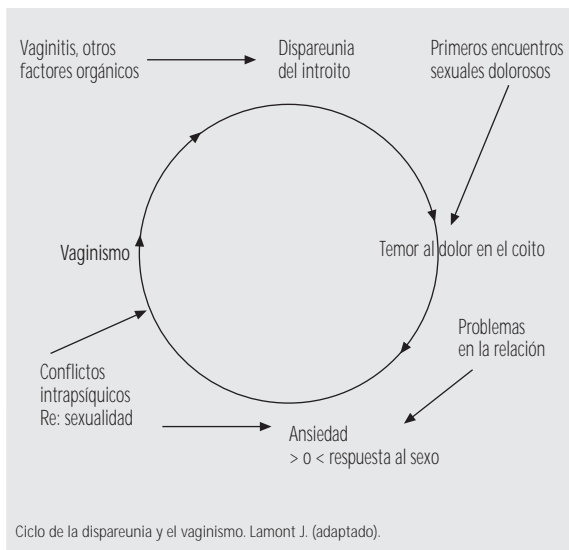
- La entrevista para la evaluación inicial del problema y para determinar cuál va a ser el nivel de intervención.

- Los autorregistros, mediante los cuales conoceremos en términos de frecuencia, de antecedentes y consecuentes derivados de la dispareunia.
- Los autoinformes permiten conocer la existencia o no de determinadas conductas.
- El examen físico: es fundamental y a la paciente hay que someterla a un examen uroginecológico desde el primer momento.

Intervención



Relación entre vaginismo y dispareunia



REFERENCIAS

Bancroft J. Human sexuality and its problems. New York: Churchill Livingstone; 1983.

Barja N. Diseño de un programa de tratamiento del deseo sexual inhibido. Phronesis 1987; 8(2):128-31.

Cabello F, y Lucas M. Manual médico de terapia sexual. Madrid: Psimática; 2002.

Cantón-Dutari A. Técnicas correctivas de la comunicación sexual. Barcelona: Ceac; 1981.

Carrobbles JA y Sanz A. Terapia sexual. Madrid: Fundación Universidad Empresa; 1991.

Heiman JR y Loppiccolo J. Para alcanzar el orgasmo. Barcelona: Grijalbo; 1989.

Kaplan HS. La evaluación de los trastornos sexuales. Barcelona: Grijalbo; 1983.

Loppiccolo, J y Friedman, J. Broad-spectrum treatment of low sexual desire. En Leiblum SR, Rosen RC (eds.): Sexual Desire Disorders. New York: The Guilford Press; 1988.

Masters W, Johnson V. Incompatibilidad Sexual Humana. Buenos Aires: Interamericana; 1970.

Olazábal JC, Marcos C, López F, Fuertes A. Manual de sexualidad en Atención Primaria. Salamanca: Amaru; 1990.

Tordjman G. El placer femenino. Barcelona: Plaza y Janes; 1989.

Fármacos, drogas y sexualidad (efectos adversos)

Dr. Luis García-Giralda Ruiz

*Médico de Familia en Centro de Salud de Alguazas,
responsable del Programa de Investigación en Disfunciones
Sexuales en la Gerencia de Atención Primaria de Murcia
(Programa APLAUDE). SMS*

INTRODUCCION

El algoritmo para el manejo del trastorno sexual del DSM-IV-TR establece que como primer paso hemos de considerar el consumo de sustancias de abuso o toma de medicamentos en la evaluación inicial de las disfunciones sexuales. El trastorno sexual debe de provocar un deterioro clínicamente significativo de la actividad sexual, un malestar subjetivo y dificultades en las relaciones personales. Así mismo debe de haber evidencia a partir de la historia clínica, la exploración física o los hallazgos de laboratorio de que hay un consumo de sustancias y que los síntomas han aparecido durante o en los 30 días siguientes a la toma o la abstinencia.

Los diversos estudios sobre disfunciones sexuales sugieren que alrededor del 20 al 25% de los casos se deben al uso de sustancias o fármacos de uso común en la consulta de Atención Primaria, por lo que se hace necesario conocer los principales principios activos

que interfieren en la función sexual para, entre otras cosas, evitar el rechazo de los pacientes y el consiguiente abandono del plan terapéutico.

FÁRMACOS Y DISFUNCIONES SEXUALES

Una gran variedad de medicaciones que se prescriben habitualmente pueden provocar disminución del deseo sexual, alteraciones de la fase de excitación, retraso del orgasmo o anorgasmia. Es muy importante preguntar sobre estos problemas a los pacientes que toman medicamentos debido al *rechazo* a reconocer voluntariamente que sufren estos problemas.

Las drogas y fármacos pueden interferir en la función sexual a través de cualquiera de los siguientes mecanismos:

- Efectos sobre el sistema nervioso.
- Efectos sobre el eje hipotálamo-hipófiso-gonadal.
- Efectos sobre el sistema vascular.

Viendo estos mecanismos es fácil deducir que las sustancias psicotropas y los antihipertensivos son los dos grupos farmacológicos que más pueden interferir en la función sexual. Precisamente estos dos grupos terapéuticos se encuentran en las primeras posiciones del *ranking* de prescripciones en Atención Primaria debido a la elevada prevalencia de problemas relacionados con trastornos mentales, que algunos autores estiman superior al 35% de los pacientes que acuden a las consultas en el Centro de Salud, y de

pacientes con hipertensión arterial que precisan, además, más de un fármaco para controlar su tensión.

De forma esquemática, el trastorno sexual puede aparecer asociado al consumo de las sustancias contempladas en la siguiente tabla:

Fármacos que pueden alterar la función sexual	
<p>Fármacos con acción hormonal</p> <ul style="list-style-type: none"> • Disminuyen la acción de la testosterona: <ul style="list-style-type: none"> – Antiandrógenos. – Esteroides. – Digoxina. – Espironolactona. – Ketoconazol. – Clofibrato. • Aumentan los niveles de prolactina: <ul style="list-style-type: none"> – Cimetidina. – Metoclopramida. – Fenotiazinas. – Antidepresivos tricíclicos. – Metildopa. 	<p>Fármacos para la hipertensión arterial</p> <ul style="list-style-type: none"> • Simpaticolíticos: <ul style="list-style-type: none"> – Clonidina. – Alfametildopa. – Reserpina. – Guanetidina. • Betabloqueantes: <ul style="list-style-type: none"> – Propanolol. – Betapindol. – Atenolol. – Metoprolol. • Diuréticos: <ul style="list-style-type: none"> – Tiazídicos. – Espironolactona. – Antialdosterónicos.
<p>Fármacos psicotrópicos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Antipsicóticos y neurolepticos: <ul style="list-style-type: none"> – Fenotiazinas. – Tioxantinas. – Butirofenonas. – Tioridazinas. – Haloperidol. • Antidepresivos y «eutimizantes»: <ul style="list-style-type: none"> – Tricíclicos y tetracíclicos. – IRS, IRSA Y NASSA. – Inhibidores de la MAO. – Carbonato de litio. • Benzodiacepinas. 	<p>Drogas de abuso</p> <ul style="list-style-type: none"> – Alcohol. – Nicotina. – Anfetaminas. – Barbitúricos. – Narcóticos. – Cannabis. – Cocaína. – Opiáceos. <p>Otros fármacos implicados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Antihistamínicos y anorexígenos. • Estatinas.

La mayoría de los fármacos y drogas descritos influyen genéricamente en cualquiera de las fases del ciclo de la respuesta sexual (deseo, excitación, orgasmo —eyaculación— y resolución).

La intoxicación aguda por sustancias de abuso, así como el abuso crónico de éstas, disminuye el interés por el sexo y provoca trastornos de la excitación en hombres y mujeres. Los trastornos de la excitación (también en ambos sexos) y los trastornos orgásmicos (más frecuentes en hombres), igualmente pueden estar producidos por fármacos prescritos a diario, como los relacionados en la tabla anterior.

El orgasmo doloroso puede deberse a la flufenacina, tioridazina y amoxapina.

Se han registrado casos de priapismo con el uso de clorpromacina, trazodona y clozapina, y con la inyección peneana de papaverina o prostaglandinas.

Los antidepresivos, y sobre todo los inhibidores de la recaptación de la serotonina, pueden provocar disminución del deseo sexual o trastornos de la excitación.

Fármacos implicados en la disminución del deseo

La mayoría de los psicotropos inducen, en mayor o menor medida, una disminución del deseo sexual. Este efecto es especialmente relevante en el caso de los tranquilizantes (benzodicepinas), por su frecuente uso en Atención Primaria.

Otros fármacos que pueden estar relacionados con un deseo sexual hipoactivo son aquellos que inducen a alteraciones hormonales (estrógenos y progestágenos, corticoides, finasteride, flutamida, agonistas GnRH...).

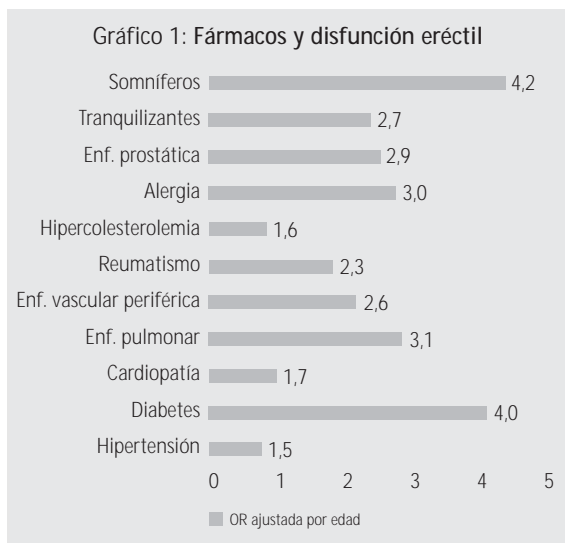
Fármacos implicados en alteraciones de la eyaculación

Los antidepresivos de última generación (los IRS) tienen como efecto colateral un «retraso en la eyaculación» (especialmente sertralina, fluoxetina y paroxetina), y es utilizado como arma terapéutica en los pacientes con eyaculación prematura.

Fármacos relacionados con la disfunción eréctil (DE)

En el análisis de los factores de riesgo y enfermedades asociadas a DE realizado en el estudio EDEM se encontraron las asociaciones esperadas con fármacos para la diabetes, hipertensión arterial, cardiopatías y enfermedad vascular periférica. Además, se describieron otras asociaciones, que en otros estudios han resultado controvertidas, como fármacos para la hipercolesterolemia y de otros medicamentos usados para la enfermedad prostática, reumatismo y enfermedades pulmonares.

La asociación de estos fármacos con la DE, ajustada por edad, viene reflejada en el gráfico 1.



El consumo de fármacos psicotropos, como somníferos y tranquilizantes, demostró una importante correlación, siendo además un factor importante sobre el que se puede actuar.

Merecen mención especial para los fármacos usados en enfermedades crónicas «poco sintomáticas» como la HTA, la diabetes mellitus o la dislipemia, en la medida en que cuando aparece una disfunción sexual, que «el paciente asocia» con su medicación, se puede producir una mala adherencia terapéutica y, por lo tanto, una pérdida de la eficacia de la medicación.

Finalmente, señalar que existe una miscelánea de sustancias y fármacos para el tratamiento de la DE,

que se administran por su efecto sobre la excitación y, algunas, usadas sin mucho fundamento sobre el deseo. Estas sustancias son agonistas adrenérgicos (yohimbina, delequamina, nicergolina y fentolamina), agonistas serotoninérgicos (trazodona y fluoxetina), precursores del óxido nítrico (l-arginina), agonistas dopaminérgicos (apomorfina, bromocriptina y L-dopa), vasodilatadores (ginkgo biloba, dobexilato de calcio y pentoxifilina). Por último, hemos de destacar el grupo de fármacos más efectivos sobre la función eréctil: los inhibidores de la fosfodiesterasa (sildenafil, vardenafilo y tadalafilo).

ALCOHOL

El papel del alcohol en las disfunciones sexuales es motivo de controversia. Existen algunos estudios que demuestran que el alcohol se asocia con disfunción sexual y todos los tipos de DE. Aunque a dosis moderadas o bajas puede producir una desinhibición que inicialmente incluso podría «facilitar» la relación sexual, a dosis altas puede causar sedación central y disminución del deseo sexual. Entre los mecanismos implicados en las disfunciones sexuales por consumo abusivo de alcohol se incluyen: endoteliales, vasculares, neurotóxicos, hormonales o estructurales (en relación a la alteración hepática).

Con respecto al consumo de alcohol, y utilizando el CAGE index, instrumento muy sensible y de uso recomendado en Atención Primaria, la probabilidad

de que un sujeto que consume alcohol de forma abusiva presente algún tipo de disfunción sexual se ve multiplicada por 1,53 en comparación con los no abusadores.

Por otro lado, no se ha demostrado que la ingestión moderada de bebidas alcohólicas afecte a la función eréctil. En poblaciones de riesgo (p. ej.: personas con diabetes), el alcohol puede exacerbar la DE.

En el MMAS, el consumo excesivo de alcohol se asoció con un riesgo aumentado de DE mínima (del 17 al 29%), pero no tuvo efecto sobre la DE moderada o completa. Sin embargo, en el estudio longitudinal de seguimiento del MMAS, en el que la mitad de los bebedores intensos había reducido su ingestión de alcohol, no se observó reducción del riesgo.

En varones con diabetes, existe cierta evidencia más fuerte de una asociación entre el desarrollo de la DE y la ingestión de alcohol. Deriva de un estudio prospectivo realizado por McCulloch y colaboradores (1984) a 466 varones diabéticos de 20 a 59 años de edad. A los 5 años se encontró que varias de las características que estaban presentes en la primera entrevista eran independientemente predictivas del desarrollo subsecuente de DE. Entre éstas estaba la ingestión de alcohol ($p < 0,0001$), el control glucémico inicial ($p = 0,03$) y la edad ($p < 0,0001$). Los autores comentan que la moderación en el consumo de alcohol es un factor preventivo posible.

Fármacos y disfunciones sexuales	
Deseo	<p>Aumento del deseo: sedantes hipnóticos a dosis bajas, buspirona (agonista serotoninérgico), apomorfina, L-dopa.</p> <p>Disminución o deseo sexual inhibido: sedantes hipnóticos a dosis altas, antipsicóticos, antiepilépticos (fenobarbital), metadona, carbonato de litio, antidepresivos (tricíclicos, Imao, ISRS, IRSA y NASA), antihipertensivos (prozosin, timolol, verapamilo, diltiazem, tiazidas, clortalidona, espironolactona, reserpina, guanetidina y alfametildopa) antiulcerosos (cimetidina), antirreumáticos (colchicina), cardiotónicos (digoxina), hipolipemiantes (cloribrato), antimicóticos (ketoconazol), ortopirinas (sulpiride y metopramida), acetato de ciproterona.</p>
Excitación	<p>Disfunción eréctil: antipsicóticos, trazadona, antiepilépticos (fenobarbital y carbamazepina), metadona, carbonato de litio, antihipertensivos: betabloqueantes (propranolol y atenolol), clonidina, nifedipino, diuréticos (tiazidas, clortalidona y espironolactona), reserpina, guanetidina y alfametildopa; antiulcerosos (cimetidina y ranitidina), cardiotónicos (digoxina), hipolipemiantes (cloibrato y estatinas), antimicóticos (ketoconazol), ortopirinas (sulpiride y metoclopramida), acetato de ciproterona y heparina.</p> <p>Priapismo: antipsicóticos, trazadona, prazosin y heparina.</p>
Orgasmo y eyaculación	<p>Anorgasmia: antidepresivos tricíclicos, ISRS y trazadona.</p> <p>Alteraciones de la eyaculación: sedantes hipnóticos, antidepresivos tricíclicos, trazadona, buspirona, metadona, ISRS, tiazidas, reserpina, guanetidina y alfametildopa; naproxeno e indometacina.</p>

REFERENCIAS

Guirao L, García-Giralda L, Sandoval C, Mocciaro A. Disfunción eréctil en Atención Primaria como posible marcador del estado de salud: factores asociados y respuesta al sildenafil. Aten Primaria 2002; 30(5): 290-6.

Derby CA, et al. Modifiable risk factors and erectile dysfunction: can lifestyle changes modify risk? *Urology* 2000; 56: 302-6.

Martín Morales A. et al. Prevalence and independent risk factors for erectile dysfunction in Spain: results of the «Epidemiología de la Disfunción Eréctil Masculina» Study. *J Urol* 2001; 166: 569-74.

Protocolos diagnósticos-terapéuticos. Servicio de Andrología. Fundació Puigvert. Madrid: Acción Médica, 2001.

Laumann EO, et al. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *JAMA* 1999; 281: 537-44.

Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado. DSM-IV-TR. Barcelona: Masson; 2004.

Modificado de protocolos diagnósticos-terapéuticos. Servicio de Andrología. Fundació Puigvert. Madrid: Acción Médica; 2001.

Martín Morales A et al. Prevalence and independent risk factors for erectile dysfunction in Spain: results of the «Epidemiología de la Disfunción Eréctil Masculina» Study. *J Urol* 2001; 166: 569-74.

Brotos F, Campos JC, Gosalbes V, et al. Manejo de la disfunción eréctil en Atención Primaria. *Jano* 1988; LV: 1280.

Guirao L, García-Giralda L, Sandoval C, Mocciaro A. Disfunción eréctil en Atención Primaria como posible marcador del estado de salud: factores asociados y respuesta al sildenafil. *Aten Primaria* 2002; 30(5): 290-6.

Feldman HA, et al. Impotence and its medical and psychosocial correlates: results of the Massachusetts Male Aging. *J Urol* 1994; 151: 54-61.

ANEXOS

ANEXO I: ALGORITMO DEL TRASTORNO SEXUAL

Los síntomas incluyen:

- Deseo sexual inhibido.
- Trastorno de la excitación sexual.
- Retraso del orgasmo.
- Eyaculación precoz.
- Dolor durante la relación sexual.

PASO 1: considerar el papel de una enfermedad médica o del consumo de sustancias y si la disfunción sexual se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental.

- N94.x Trastorno sexual debido a ... (indicar enfermedad médica) en la mujer [625.*].
- N50.8 Trastorno sexual debido a ... (indicar enfermedad médica) en el hombre [608.8].
- N48.4 Trastorno de la erección en el hombre debido a enfermedad médica [607.84].
- F10.8 Trastorno sexual inducido por alcohol [291.89].
- F19.8 Trastorno sexual inducido por otras sustancias [291.89].
- Otros trastornos mentales.

PASO 2: si el trastorno sexual está relacionado con un bajo nivel de deseo sexual o con la evitación de cualquier contacto sexual, considerar:

- F52.0 Deseo sexual hipoactivo [302.71].
- F52.10 Trastorno por aversión al sexo [302.79].

PASO 3: si el trastorno sexual está relacionado con la fase de excitación sexual, considerar:

- F52.2 Trastorno de la excitación sexual en la mujer o en el hombre [302.72].

PASO 4: si el trastorno sexual está relacionado con el orgasmo, considerar:

- F52.3 Trastorno orgásmico femenino [302.73].
- F52.3 Trastorno orgásmico masculino [302.74].
- F52.4 Eyaculación precoz [302.75].

PASO 5: si el trastorno sexual está relacionado con el dolor durante el coito, considerar:

- F52.6 Dispareunia [302.76].
- F52.5 Vaginismo [306.51].

PASO 6: si existe un trastorno sexual clínicamente significativo, pero no se cumplen los criterios de ninguno de los trastornos descritos antes, considerar:

- F52.9 Trastorno sexual no especificado [302.70].

PASO 7: si el clínico ha determinado que no existe ningún trastorno, pero desea indicar la presencia de síntomas, considerar:

- Disfunción sexual.

(Tomada del DSM-IV-TR. La edición española antepone los códigos de la CIE-10, manteniendo entre

corchetes los de la CIE-9-MC de la edición inglesa original).

ANEXO II: CUESTIONARIO SHIM

En los últimos 6 meses:

1. ¿Cómo califica su confianza de poder lograr y mantener una erección?
 - Sin actividad sexual 0 punto
 - Muy baja 1 punto
 - Baja 2 puntos
 - Regular 3 puntos
 - Alta 4 puntos
 - Muy alta 5 puntos

2. ¿Cuándo tuvo erecciones con estimulación sexual? ¿Con qué frecuencia sus erecciones fueron lo suficientemente duras para realizar la penetración?
 - No intentó realizar el acto sexual o coito 0 punto
 - Casi nunca o nunca 1 punto
 - Pocas veces (menos de la mitad de las veces) 2 puntos
 - Algunas veces (la mitad de las veces) 3 puntos
 - Muchas veces (más de la mitad de las veces) 4 puntos
 - Casi siempre o siempre 5 puntos

3. Durante el acto sexual o coito, ¿con qué frecuencia fue capaz de mantener la erección después de haber penetrado a su pareja?
- No intentó realizar el acto sexual o coito 0 punto
 - Casi nunca o nunca 1 punto
 - Pocas veces (menos de la mitad de las veces) 2 puntos
 - Algunas veces (la mitad de las veces) 3 puntos
 - Muchas veces (más de la mitad de las veces) 4 puntos
 - Casi siempre o siempre 5 puntos
4. Durante el acto sexual o coito, ¿qué tan difícil fue mantener la erección hasta el final del acto sexual o coito?
- No intentó realizar el acto sexual o coito 0 punto
 - Extremadamente difícil 1 punto
 - Muy difícil 2 puntos
 - Difícil 3 puntos
 - Poco difícil 4 puntos
 - Sin dificultad 5 puntos
5. Cuándo intentó realizar el acto sexual o coito, ¿qué tan seguido fue satisfactorio para usted?
- No intentó realizar el acto sexual o coito 0 punto
 - Casi nunca o nunca 1 punto

- Pocas veces (menos de la mitad de las veces) 2 puntos
- Algunas veces (la mitad de las veces) 3 puntos
- Muchas veces (más de la mitad de las veces) 4 puntos
- Casi siempre o siempre 5 puntos

Interpretación

Se trata de un cuestionario breve, sencillo y fácil de aplicar. De utilidad en Atención Primaria, fundamentalmente como elemento de *screening*.

Los autores concluyen que el SHIM posee propiedades adecuadas para detectar la presencia y establecer la severidad de la DE.

La puntuación total del test oscila entre 5 y 25 puntos. Los autores establecen un punto de corte óptimo en 21, clasificando la DE en cinco categorías: DE severa (puntuación 5-7), DE moderada (8-11), DE media a moderada (12-16), DE media (17-21), no DE (22-25).

ANEXO III

TEST DE EYACULACIÓN PRECOZ (Gindin y Huguet, 1993)

Lea atentamente cada pregunta y subraye la respuesta que se ajuste más a su caso.

1. EDAD
(5 p) -de 20 años
(4 p) 20-25 años
(3 p) 25-30 años
(2 p) + de 30 años
2. TRANSPIRACIÓN EN LAS MANOS ANTES DEL ACTO SEXUAL Y OTRA ACTIVIDAD AMATORIA.
(2 p) SÍ
(0 p) NO
3. TAQUICARDIA Y/O SENSACIÓN DE AHOGO PREVIO AL ACTO SEXUAL
(2 p) SÍ
(0 p) NO
4. NERVIOSISMO O ANSIEDAD AL PENSAR CÓMO LE IRÁ EN EL COITO
(2 p) SÍ
(0 p) NO
5. FRECUENCIA COITAL
(1 p) 3 por semana
(2 p) 1-2 veces por semana
(3 p) 1 por semana
(4 p) 1 cada 15 días o menos
6. DIFICULTAD PARA LA ERECCIÓN, FRECUENTES PERO NO CONTINUAS
(3 p) SÍ
(0 p) NO
7. IMPOSIBILIDAD DE TENER UNA DECISIÓN VOLUNTARIA SOBRE EL MOMENTO DE EYACULAR
(5 p) SÍ
(0 p) NO
8. DURACIÓN HABITUAL DE LA PENETRACIÓN COITAL EN SEGUNDOS/MINUTOS
(8 p) Menos de 30 segundos
(6 p) Menos de 1 minuto
(4 p) De 1 a 3 minutos
(1 p) Más de 3 minutos
(0 p) Más de 15 minutos

9. DURACIÓN HABITUAL DE LOS JUEGOS PREVIOS
(9 p) Menos de 1 minuto
(6 p) De 1 a 5 minutos
(3 p) De 5 a 15 minutos
(1 p) De 15 a 30 minutos
(0 p) Más de 30 minutos
10. ¿INTENTA HABITUALMENTE TENER UNA SEGUNDA RELACIÓN PARA COMPENSAR EL FRACASO DE LA PRIMERA?
(2 p) SÍ
(0 p) NO
11. ¿EVITA CON FRECUENCIA EL ACTO SEXUAL PROPUESTO O INSINUADO POR SU COMPAÑERA?
(4 p) SÍ
(0 p) NO
12. QUEJAS HABITUALES DE LA COMPAÑERA SOBRE LA RAPIDEZ DE PENETRACIÓN O LA DURACIÓN DEL COITO
(4 p) SÍ
(0 p) NO
13. A VECES, EYACULA ANTES DE LA PENETRACIÓN
(4 p) SÍ
(0 p) NO
14. EYACULACION DURANTE LA PENETRACIÓN
(4 p) SÍ
(0 p) NO
15. EYACULACIÓN A LOS POCOS MOVIMIENTOS (MENOS DE 30)
(4 p) SÍ
(0 p) NO
16. ¿INTENTA TENER RELACIONES COMPULSIVAMENTE PENSANDO QUE ESTA VEZ O CON ESTA PERSONA LE IRÁ MUY BIEN?
(2 p) SÍ
(0 p) NO
17. ¿ES MUCHO MÁS IMPORTANTE DAR PLACER A LA OTRA PERSONA QUE EL PLACER PERSONAL?
(3 p) SÍ
(0 p) NO
18. ¿ANTES Y DURANTE EL ACTO SEXUAL «PIENSA EN OTRA COSA» PARA DISTRAERSE DE TENER QUE EYACULAR RÁPIDAMENTE?
(2 p) SÍ
(0 p) NO

19. ¿USA ANESTÉSICOS LOCALES, POMADAS O CONDONES PARA «DISMINUIR LA SENSIBILIDAD DEL PENE?»
(4 p) SÍ
(0 p) NO
20. DESPUÉS DEL COITO, SI SU COMPAÑERA NO LLEGÓ AL ORGASMO, ¿INTENTA QUE LLEGUE POR OTROS MEDIOS?
(2 p) NO
(0 p) SÍ
21. ¿EVITA USTED QUE SU COMPAÑERA TOQUE, ACARICIE O ESTIMULE SUS GENITALES?
(4 p) SÍ
(1 p) NO

Interpretación

Menos de 15 puntos: no es un eyaculador precoz.

Entre 15 y 20 puntos: padece ocasionalmente de eyaculación precoz y puede esperar a mejorar con el transcurso del tiempo.

Entre 30 y 40 puntos: padece una eyaculación precoz importante y requerirá asistencia terapia sexual.

Más de 40 puntos: el pronóstico no es bueno.

Guía rápida de intervención en disfunciones sexuales

Dr. Francisco Cabello Santamaría

Médico, Psicólogo y Sexólogo
Instituto Andaluz de Sexología y Psicología (IASP)

DISFUNCIÓN ERÉCTIL

Evaluar: La presencia de erecciones matutinas y/o nocturnas, la respuesta ante la masturbación, si existe erección en juegos eróticos pero desaparece con la penetración, si en ocasiones hay erección pero otras veces no. Relación de pareja. La utilización de autoinformes resulta útil para el diagnóstico en AP, especialmente el Índice Internacional de Función Eréctil (IIEF) y el Índice de Salud Sexual del Varón (SHIM).

Descartar: Diabetes, reacción a algún medicamento, HTA y otras alteraciones cardiovasculares, dislipemias, alcohol, tabaquismo, insuficiencia renal, alteraciones neurológicas, hipogonadismo, problemas psicológicos, etc. No se debe olvidar que la DE suele presentarse como un síntoma centinela de otra enfermedad.

Asesoramiento: Corregir creencias irracionales y expectativas desmedidas. Se recomienda mejorar la comunicación en pareja, compartir situaciones de ocio, dedicar un horario concreto a las relaciones sexuales, no intentar la penetración hasta haber dedicado un

mínimo de 30 minutos a juegos eróticos (es muy útil comenzar el juego tras una ducha conjunta).

Tratamiento: Tal como se ha demostrado en algunos estudios, la eficacia del tratamiento es mayor cuanto menos intentos de penetración fallidos haya sufrido el paciente. Por tanto, lo antes posible se debe instaurar tratamiento con un inhibidor de la PDE5. El tratamiento tiene mayor probabilidad de éxito si el paciente, tras ingerir el fármaco, dedica tiempo a juegos eróticos. En ocasiones, resulta de interés recomendar que, una vez ingerido el fármaco y antes de iniciar la relación sexual en pareja, se autoestime individualmente. Debe advertirse, al igual que con otros tratamientos, que a veces son necesarios varios intentos para obtener resultados.

Si la respuesta no es adecuada, se puede proponer la utilización de dispositivos de vacío o la utilización de inyecciones intracavernosas.

Siempre que sea posible se intentarán corregir los factores etiológicos.

Derivación a otros especialistas

Urología: Si la terapia oral no da resultado y el paciente padece una DE orgánica y está dispuesto a utilizar inyecciones intracavernosas o hacerse un estudio etiológico más profundo o incluso ponerse una prótesis.

Cardiología: Pacientes con disnea de esfuerzo, sedentarismo con más de tres factores de riesgo cardiovascular y pacientes con riesgo de infarto.

Sexología: Se deben derivar al médico o psicólogo con formación en Sexología todos aquellos pacientes con DE de carácter psicógeno que no ceden al tratamiento oral (no se debe olvidar que la más eficaz de las estrategias terapéuticas es la combinación de IPDE5 más terapia sexual), pacientes donde todas las líneas de tratamiento médico han fracasado (uno de los objetivos primordiales de la Sexología es la optimización de la sexualidad dentro de las posibilidades físicas de cada individuo), pacientes cuya pareja no colaboran en el proceso terapéutico.

EYACULACIÓN PRECOZ

Evaluar: El tiempo aproximado que tarda el paciente en eyacular una vez iniciada la penetración (TLEI, tiempo de latencia eyaculatoria intravaginal) y el número de empujes intravaginales. La rapidez e intensidad de la estimulación sexual, la frecuencia sexual, la novedad o el tipo de estímulo. Si es igual de rápido con la masturbación, felación y la penetración o por el contrario los tiempos son distintos. El déficit de habilidades sexuales o la ansiedad ante la relación. Situación de la relación de pareja. Puede ser de utilidad en AP el autoinforme de eyaculación precoz de Gindin y Huguet (1993).

Descartar: Aunque es muy infrecuente, se debe estudiar la existencia de factores orgánicos, como fármacos (trifluoperacina, pseudoefedrina), drogas, irritantes prostáticos o alteraciones neurológicas.

Asesoramiento: Desmitificar los tiempos eyaculatorios (la mayoría de los pacientes consideran que el tiempo medio que se tarda en eyacular es de 15 minutos, pero lo cierto es que el 75% de los hombres no tienen una TLEI superior a dos minutos). Se deben aconsejar técnicas de relajación. Implicar a la pareja en el tratamiento. Impulsar al paciente a dedicar tiempo al juego erótico (la mayoría pasa directamente a la penetración porque piensa que eludiendo los juegos eróticos van menos estimulados). Aconsejar la masturbación conjuntamente con la pareja, situación en la cual se va acostumbrando a eyacular en una situación más controlada. Recomendar la penetración en cabalgada, postura en la cual se ha verificado que el control es superior. En esta posición, se pide a la pareja que no se mueva más allá de lo imprescindible para mantener una erección mínima y que el hombre vaya consiguiendo tolerar las sensaciones placenteras sin eyacular. Progresivamente puede aumentar la intensidad de los movimientos y la duración del coito hasta conseguir un TLEI adecuado.

Tratamiento: No existe ningún fármaco en la actualidad con esta indicación; no obstante, el uso continuo de los antidepresivos ISRS y, especialmente, la sertralina, permiten alargar la TLEI, aunque su retirada provoca recaídas de hasta el 90%.

Derivación a otros especialistas

Sexología: Se deben derivar al médico o psicólogo con formación en Sexología aquellos casos en que no

sea suficiente el asesoramiento y sea necesario entrar en una terapia sexual reglada. Por otro lado, dado que el tratamiento ideal de la EP es la asociación de ISRS con terapia sexual en pareja, alcanzándose un 92% de éxitos terapéuticos, el especialista en Sexología tiene un papel relevante en esta disfunción.

Urología/Andrología: Se deben remitir aquellos pacientes que eyaculan de forma espontánea, sin relación con el erotismo, para estudiar en profundidad posibles alteraciones orgánicas.

TRASTORNOS ORGÁSMICOS MASCULINOS

Evaluar: Diferenciar entre eyaculación retardada (el paciente eyacula con la masturbación o tras un largo período de penetración) y aneyaculación (el paciente no puede eyacular bajo ninguna circunstancia). Verificar si la disfunción es primaria, secundaria, situacional y/o generalizada. Presencia de poluciones nocturnas.

Tiempo eyaculatorio con masturbación individual y por estimulación de la pareja (si es que lo consigue). Circunstancias que facilitan la eyaculación. Sensibilidad genital (escobilla, aguja y diapason), reflejos anal y bulbocavernoso.

Descartar: Fármacos que retrasan la eyaculación. Alteraciones neurológicas. Alteraciones hormonales (hiperprolactinemia), diabetes, etilismo. Problemas psicológicos (ansiedad de ejecución). Sedimento urinario tras un tiempo de masturbación (diagnóstico de posible eyaculación retrógrada).

Asesoramiento: A nivel individual se recomienda que el paciente se masturbe individualmente. Cuando el afectado eyacule fácilmente de forma solitaria, deberá masturbarse en la misma estancia donde se encuentre su pareja, sin que ella esté presenciando el proceso. Una vez superada la situación, intentará la masturbación delante de ella, pero sin ningún tipo de colaboración por parte de la pareja. El paso siguiente será masturbarse mientras ella le acaricia otras partes del cuerpo.

Una vez superada esta fase, se recomienda a la pareja continuar con las caricias corporales generales, pero extendiendo éstas a los genitales. Cada vez se irá incrementando el tiempo de masturbación que ejerce ella, hasta conseguir que el paciente eyacule exclusivamente por las caricias de su pareja. Una vez conseguido este logro, se debe intentar una maniobra puente, es decir, él o ella estimularán el pene y cuando esté a punto de eyacular lo introducirá en la vagina.

Tratamiento. En ninguna otra disfunción se han obtenido tan malos resultados con el empleo de fármacos. No obstante, se han utilizado, sin mucho éxito, yohimbina, ciproheptadina, efedrina y fenilpropanolamina.

Derivación a otros especialistas

Urología/Andrología: Casos de aneyaculación sin poluciones nocturnas o pacientes con eyaculación retrógrada. En estas situaciones es recomendable reali-

zar un estudio ecográfico (preferentemente ultrasonografía endorrectal) y radiológico de vías seminales (vesículo-deferentografías), a veces es conveniente practicar una videocistografía y en el laboratorio de electrofisiología: electromiografía del bulbocavernoso, medición del reflejo bulbocavernoso, potenciales evocados somato-sensoriales y simpático-genitales.

Sexología: Los pacientes con eyacuación retardada y aneyacuación de carácter psicógeno tienen un buen pronóstico en terapia sexual. Aquellos pacientes con imposibilidad orgánica de eyacular deben ser enviados al sexólogo para una mejor adaptación de su sexualidad en pareja.

Neurología: Aquellos pacientes que presenten alterados los patrones de conducción en las pruebas electrofisiológicas.

TRASTORNOS DEL ORGASMO FEMENINO

Evaluar: En primer lugar, clasificar la disfunción orgásmica en primaria o secundaria, generalizada o situacional (si se presenta con todas las parejas o sólo con alguna). Tipos de estimulación que le resultan más excitantes a la paciente.

Descartar: Trastornos neurológicos, diabetes, trastornos hormonales. Enfermedades crónicas intercurrentes. Problemas psicológicos. Fármacos.

Asesorar: En primer lugar recomendar los ejercicios de Kegel. Es importante, individualmente, la ex-

posición de los genitales frente al espejo y la exploración manual de los mismos. Después iniciará la autoestimulación con el chorro de agua de la ducha. De no haberse presentado dificultades, pasar a la denominada extensión sensorial; es decir, a intentar conseguir el orgasmo individualmente en otras situaciones. Resulta muy útil, según diversos autores, la utilización de un vibrador (aplicación sobre el clítoris; aunque se puede jugar con la introducción vaginal, es importante advertirlo, porque si no, se emplea únicamente introduciéndolo tal como se observa en las películas pornográficas, lo cual carece de utilidad en estos casos). Una vez que la mujer tiene cierta facilidad para el orgasmo individual, pasaremos a la focalización sensorial II, intentando que ella tenga orgasmos por autoestimulación delante de él, para progresivamente pasar a que sea él quien, con las caricias, dirigidas por ella, provoque el orgasmo.

Posteriormente se recomienda la penetración vaginal en cabalgada con estimulación clitorídea por parte de ella, sin que él apenas se mueva. Una vez que ella consigue alcanzar el orgasmo con el pene dentro, permitiremos que él se mueva despacio, intentando mantener un ritmo constante. Tras un período casi nunca inferior a tres meses, se permitirán unos movimientos coitales más espontáneos.

Tratamiento: En la actualidad no existe ningún fármaco cuya indicación exclusiva sea para la disfunción orgásmica. Tan sólo existen algunos tratamientos etiológicos en caso de disfunción hormonal.

Derivación a otros especialistas

Sexología: Si el asesoramiento no ha sido suficiente, la anorgasmia tiene un buen pronóstico en terapia sexual.

Psiquiatría: En caso de alteraciones psiquiátricas intercurrentes.

Endocrinología: Cuando coexistan alteraciones hormonales.

VAGINISMO Y DISPAREUNIA

Evaluar: En primer lugar, clasificar la disfunción en primaria o secundaria, generalizada o situacional y si existen o han existido causas físicas que lo justifiquen. El examen físico es imprescindible y adquiere en esta disfunción un especial protagonismo y relevancia, pudiendo incluso llegar a tener un efecto terapéutico. Antes de iniciarlo, se debe relajar a la paciente. Primero se realiza una inspección sobre genitales externos y periné, posteriormente se exploran labios menores, clítoris, meato e introito y después se introduce un dedo en el interior de su vagina, lentamente y relajando a la paciente. Si la paciente se queja de molestias en el fondo vaginal hay que descartar una posible alteración orgánica.

Descartar: Patología y alteraciones del himen, estenosis e inflamaciones de la vagina, prolapsos, endometriosis y endometritis, tumores o secuelas secundarias a su tratamiento. Alteraciones psicológicas

(fobias, antecedentes de abusos sexuales, miedo al embarazo, etc.).

Asesorar: En primer lugar se solicita a la mujer que se explore con un espejo y se acaricie, cuando logre lubricar por autoestimulación, se debe introducir uno o dos dedos en la vagina durante el proceso de excitación. Después se introducirá algún objeto a modo de dilatador vaginal (se puede ayudar de un lubricante hidrosoluble).

Si va progresando adecuadamente, se puede intentar la introducción de un dedo del compañero, siempre bajo control de la paciente y, a continuación, cualquiera de los objetos usados como dilatadores vaginales.

En una fase siguiente, la paciente se introduce el pene en posición femenina superior, sin movimientos pélvicos del varón, controlado y dirigido por ella. Sólo cuando la mujer se encuentre relajada en esta postura y tras haberse introducido el pene de su pareja sin dificultad en varias ocasiones, se procede a aconsejar el coito en cabalgada, para después de un tiempo, sin problemas, permitir cualquier posición.

Algunos autores recomiendan desde el principio los ejercicios de Kegel al igual que en la anorgasmia.

Tratamiento: No existen fármacos específicos y con ansiolíticos no se han obtenido buenos resultados. Cuando el asesoramiento no da resultado o hay conflictos entre la pareja, se debe intentar el trata-

miento médico con dilatadores vaginales en consulta. Para ello, tras relajar a la paciente, se le hace un tacto vaginal; a continuación se introduce el tamaño de Hegar (u otros similares que existen en el mercado; algunos autores emplean tubos de ensayo o de cera) de menor tamaño y, si es posible, se va aumentando de grosor progresivamente. Un vez superado este paso, se lleva a cabo la introducción del dilatador vaginal con la paciente en decúbito lateral y en cabalgada. La eficacia terapéutica de este tratamiento es prácticamente del 100%, en cuanto a la posibilidad de poder realizar el coito. No obstante, la penetración vaginal conseguida por este método suele ser poco placentera, por lo que se debe recomendar, a continuación, una terapia sexual que mejore el erotismo.

Derivación a otros especialistas

Ginecología: Prácticamente todos los casos de dispareunia debieran ser examinados a nivel ginecológico. Igualmente los vaginismos secundarios y aquellos vaginismos primarios en que la mujer no puede introducirse un dedo.

Sexología: Si el asesoramiento no ha sido suficiente para solucionar el problema, el vaginismo es la disfunción sexual que mejor pronóstico presenta en terapia sexual.

Psiquiatría: En caso de alteraciones psiquiátricas intercurrentes.

DESEO SEXUAL HIPOACTIVO MASCULINO Y FEMENINO

Evaluar: Relación de pareja especialmente el nivel de comunicación. Determinar si el deseo sexual hipoactivo es primario o secundario, si es generalizado o situacional, si se presenta con todas las parejas o sólo con alguna. La frecuencia de pensamientos sexuales o fantasías eróticas, frecuencia en que nota tensión en el área genital, frecuencia en que le apetece iniciar las relaciones sexuales. Es imprescindible determinar en qué circunstancias piensa que le sería más cómodo iniciar las relaciones. Averiguar si ha habido cambios en la imagen corporal que puedan tener que ver con el proceso. Investigar qué cambios han ocurrido para que estímulos que resultaban eróticos con anterioridad hayan dejado de serlo.

Descartar: Problemas de pareja, disfunciones sexuales previas, episodios depresivos, trastornos hormonales (hiperprolactinemia, déficit de testosterona libre, etc.), ingesta de medicamentos, enfermedades crónicas (diabetes, insuficiencia renal, etc.).

Asesoramiento: El primer paso consiste en conseguir que el miembro de la pareja con más deseo deje de presionar y no tome la iniciativa en ningún momento. Al mismo tiempo, no debe alejarse de su pareja; por el contrario, debe comenzar a elaborar un proceso de seducción y atenciones a la pareja intentando mejorar la comunicación.

Recomendar que rememore fantasías sexuales. Utilización de lecturas, películas o cualquier otro tipo de material erótico que pueda resultarle estimulante. Recomendar maniobras de autoestimulación para coger un ritmo sexual adecuado y periódico.

Una vez que el sujeto se masturba con regularidad y de forma placentera se puede recomendar la práctica del recondicionamiento orgásmico (autoestimulación con una fantasía erótica cualquiera, que justo antes de llegar al orgasmo se traslada a una fantasía con la propia pareja).

Se debe aconsejar que se establezca un ritmo más o menos estable de relaciones sexuales para crear un hábito y además programar distintas actividades eróticas, que no terminen con el coito, para acostumar a la pareja más deseante y entrenarla en el sentido de que no siempre los estímulos eróticos tiene que ser finalistas.

Tratamiento: No existe ningún fármaco en la actualidad con esta indicación; no obstante, se ha utilizado según la bibliografía: yohimbina, sildenafil, estrógenos, apomorfina, amineptino, viloxacina, andrógenos, etc. El tratamiento más documentado es el empleo de bupropion, que incrementa el deseo los primeros meses tras la ingesta diaria de 150 a 300 mg. Los parches y geles de testosterona también mejoran el deseo, especialmente en mujeres menopáusicas, así como la dehidroepiandrosterona.

Derivación a otros especialistas

Sexología: Se deben derivar al médico o psicólogo con formación en Sexología aquellos casos en que no sea suficiente el asesoramiento y sea necesario entrar en una terapia sexual reglada.

Endocrinología: Se deben remitir aquellas pacientes con alteraciones hormonales.

Psiquiatría: En algunos casos, bajo un deseo sexual hipoactivo, se encuentra un importante episodio depresivo secundario (en la anamnesis se debe diferenciar si la depresión es primaria o secundaria con respecto a la disfunción sexual).

TRASTORNO POR AVERSIÓN AL SEXO

Evaluar: Si la aversión es primaria o secundaria, si es generalizada o situacional. Si sólo acontece en ciertas circunstancias (situacional) hay que cuestionarse el diagnóstico de aversión sexual. Indagar en la orientación sexual. Averiguar si la aversión es específica hacia aspectos concretos del erotismo (olor del semen, visualización de genitales, miedo al desnudo, etc.). Posibles traumas de carácter sexual.

Descartar: Otras fobias. Historia de abusos sexuales. Alteraciones psiquiátricas.

Asesoramiento: Se recomiendan técnicas de relajación y practicar a diario con la visualización en imaginación de escenas eróticas. Es útil pedir al paciente que vea durante varios minutos algunas escenas eró-

ticas de una película pornográfica, para ir incrementando el tiempo a medida que le vaya resultando menos molesto. A continuación deberá hacer una exposición gradual y progresiva a las situaciones eróticas comenzando por las menos angustiosas y progresando paulatinamente hasta poder llevar a cabo una sexualidad normal.

Tratamiento: Cuando la ansiedad es muy elevada se pueden utilizar, durante un breve espacio de tiempo, ansiolíticos o antidepresivos tricíclicos a bajas dosis. En estos casos no van bien los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina. No obstante, son pobres los resultados obtenidos con los fármacos.

Derivación a otros especialistas

Sexología: Se deben derivar al médico o psicólogo con formación en Sexología aquellos casos en que no sea suficiente el asesoramiento y sea necesario entrar en una terapia sexual reglada.

Psiquiatría: En algunos casos, sobre todo en pacientes con múltiples estímulos fóbicos, es recomendable el tratamiento psiquiátrico.

TRASTORNO DE LA EXCITACIÓN SEXUAL EN LA MUJER

Evaluar: Si el trastorno de excitabilidad es primario o secundario; si es generalizado o situacional. Al igual que en la DE, es importante diferenciar si existe una lubricación adecuada con la masturbación. Si-

tuaciones que mejoran la respuesta. Relación de pareja. De suma importancia resulta verificar si el trastorno de excitación va acompañado de deseo sexual hipoactivo. Si el déficit en la lubricación no va acompañado de falta de deseo, hay que sospechar alguna anomalía de carácter orgánico.

Descartar: alteraciones hormonales (déficit estrogénico, etc.), menopausia, diabetes, vaginitis atrófica, alteraciones vasculares, fármacos, etc.

Asesoramiento: Se hará una combinación de las recomendaciones empleadas para la anorgasmia y el deseo sexual hipoactivo. En primer lugar, recomendar los ejercicios de Kegel. Además, la paciente iniciará técnicas de autoestimulación. Resulta muy útil la utilización de un vibrador (aplicación sobre el clítoris). Al mismo tiempo habrá de elaborar fantasías sexuales. Utilización de lecturas, películas o cualquier otro tipo de material erótico que pueda resultarle estimulante. También se debe aconsejar que se establezca un ritmo más o menos estable de relaciones sexuales para crear un hábito y además programar distintas actividades eróticas.

Tratamiento: Hasta ahora no existe ningún fármaco con la indicación precisa y única de actuar sobre el trastorno de la excitabilidad. No obstante, se ha usado el citrato de sildenafil, la fentolamina, efedrina, testosterona, yohimbina, etc. Según algunos autores, resulta útil el uso de geles clitorídeos, en cuya composición se encuentra L-arginina y mentol, y el

empleo del eros device® (vibrador del tamaño y aspecto de un ratón de ordenador que en uno de sus extremos presenta un capuchón que permite succionar el clítoris). Últimamente también se están usando, sin mucho éxito, en la anorgasmia femenina.

Derivación a otros especialistas

Sexología: Se deben derivar al médico o psicólogo con formación en Sexología aquellos casos en que no sea suficiente el asesoramiento y sea necesario entrar en una terapia sexual reglada.

Endocrinología: Se deben remitir aquellas pacientes con alteraciones hormonales.

Psiquiatría: En algunos casos existen alteraciones psiquiátricas concomitantes.

Patrocinado por

ESP 10/04 VIA 109

www.pfizer.es

Aula Europa, 20 B. Parque Empresarial La Moraleja.
28109 Alcobendas (Madrid)



LA VIDA POR DELANTE