GRUPO
MENARINI
www.menarini.es

Semergen
DOC
documentos
clínicos

PRL-807 JUN'14

área de sexología

Salud sexual del hombre

Semergen DOC

documentos
clínicos
semergen

Salud sexual del hombre

DPC AP
Desarrollo Profesional Continuo en Atención Primaria

SEMERGEN
Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria
AP
CNV 66/2014

área de sexología

Cubierta Semergen DoC Salud sesual_buena.indd 1
05/06/14 11:03

SEMERGEN DoC

Documentos clínicos

Código QR para ampliar información mediante teléfono móvil

© de los contenidos SEMERGEN
Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación podrá ser reproducida, almacenada, o transmitida en cualquier forma ni por cualquier procedimiento electrónico, mecánico, de fotocopia, de registro o de otro tipo sin la autorización por escrito del titular del Copyright.

© Edicomplet. Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación podrá ser reproducida, almacenada, o transmitida en cualquier forma ni por cualquier procedimiento electrónico, mecánico, de fotocopia, de registro o de otro tipo sin la autorización por escrito del titular del Copyright.

I.S.B.N.:
Depósito Legal:

Coordinación Técnica y Editorial

sanED GRUPO

Capitán Haya, 60. 28020 Madrid. Tel.: 91 749 95 02
Anton Fortuny, 14-16. Edificio B. 2º-2ª. 08950 Esplugues de Llobregat (Barcelona). Tel.: 93 320 93 30

Diseño, maquetación e impresión: puntoyseguido, S.L.

semergen

DOC

documentos
clínicos
semergen

Salud sexual del hombre

área de sexología

DPC AP
Desarrollo Profesional Continuo en Atención Primaria

SEMERGEN
Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria
AP

Capitulo 0 primeras.indd 1 05/06/14 10:53

Uno de los objetivos fundamentales de una sociedad científica es facilitar la formación e investigación del colectivo profesional al que dedica sus esfuerzos y acciones. La Formación Médica Continuada, debido a su rápido avance, su dinamismo y gran volumen de conocimientos, debe facilitarse al profesional, de una manera clara, accesible y ordenada.

En Atención Primaria este hecho es aún más evidente, debido al gran espectro de áreas competenciales del médico general/de familia.

Las sociedades científicas, basándose en la evidencia de las pruebas y los estudios, deben estructurar sus conocimientos para facilitar el acceso de la formación a los profesionales, y de esta manera, sentar las bases de las actuaciones, de forma consensuada, coordinada y basada en el rigor científico. Éste es el objetivo que persiguen los Documentos Clínicos SEMERGEN (SEMERGEN DoC), que aquí presentamos. Por primera vez, la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN), a través de sus múltiples grupos de trabajo, ha elaborado unos documentos clínicos, que a modo de Guías Basadas en la Evidencia, elabora propuestas de diagnóstico, manejo y tratamiento de múltiples áreas competenciales del médico general/de familia.

La elaboración de este material no es obra fácil, ya que exige el esfuerzo coordinado de varios grupos de trabajo a la vez, además de una gran labor de síntesis, consenso y, lo que aún es más importante, de toma de posiciones de nuestra Sociedad en los diversos aspectos que se tratan. En cada uno de los Documentos se manifiesta la postura, de forma clara y concisa, de SEMERGEN, en aquellos aspectos y controversias que necesitan del asesoramiento al profesional. Estos Documentos son una valiosa herramienta práctica para el médico general/de familia, que de esta manera tendrá la seguridad y respaldo de la opinión de los especialistas de Atención Primaria en las diversas áreas.

Quiero felicitar, tanto a los coordinadores como a los autores, por el gran esfuerzo realizado y por la enorme labor de consenso y definición que les ha llevado a la creación de una herramienta de enorme utilidad. También quisiera agradecer a Menarini su inestimable colaboración en la consecución de nuestro objetivo. Estos Documentos, que se editan en versión electrónica y en papel, son vivos y dinámicos, por lo que están abiertos a modificaciones, sugerencias y cambios, en función de los continuos avances que se produzcan en las distintas áreas.

Es nuestro deseo que los Documentos Clínicos SEMERGEN (SEMERGEN DoC), se conviertan en una herramienta de uso habitual y obligado en las consultas de todos los centros de salud de España.

JOSÉ LUIS LLISTERRI

Presidente Nacional de SEMERGEN

Índice

Introducción 5

CAPÍTULO 1
Fisiología de la sexualidad 7

CAPÍTULO 2
Salud sexual y calidad de vida 13

CAPÍTULO 3
Problemas de salud y sexualidad: enfermedades crónicas, riesgo CV, HBP 17

CAPÍTULO 4
Dificultades de la esfera sexual en varones con diversidad funcional 21

CAPÍTULO 5
El rol sexual actual del varón 25

CAPÍTULO 6
Clasificación de los trastornos o disfunciones sexuales 27

CAPÍTULO 7
La anamnesis en la historia clínica de salud sexual 31

CAPÍTULO 8
Evaluación de los problemas sexuales 35

CAPÍTULO 9
Recursos diagnósticos complementarios en salud sexual 41

CAPÍTULO 10
Mitos y falacias sexuales más frecuentes en el hombre 45

CAPÍTULO 11
Trastornos parafílicos 49

CAPÍTULO 12
Trastornos de la identidad sexual 53

CAPÍTULO 13
Disfunción eréctil 57

CAPÍTULO 14
Trastornos de la eyaculación y el orgasmo masculino 63

CAPÍTULO 15
Trastornos del deseo 67

CAPÍTULO 16
Terapia sexual básica en AP 73

CAPÍTULO 17
Actividades preventivas y de promoción de la salud sexual del hombre en AP 79

Capitulo 0 primeras.indd 3 05/06/14 10:53

Coordinador científico

Froilán Sánchez Sánchez
Doctor en Medicina. Master en Sexología y Psicoterapia Integrativa
Centro de Salud de Xátiva. Valencia
Coordinador del Grupo de Sexología de Semergen

Autores

Ana Rosa Jurado
Doctora en Medicina. Sexóloga. Instituto Europeo de Sexología. Marbella (Málaga)
Secretaria del Grupo de Sexología de Semergen

Antonio Ferrández Infante
Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria
Centro de Salud "Alicante". Fuenlabrada, Madrid
Miembro del Grupo de Sexología de Semergen

Carlos San Martín Blanco
Doctor en Medicina. Sexólogo. Psicoterapeuta
Secretario General y Académico Permanente de la Academia Española de Sexología y Medicina Sexual
Coordinador del Centro Interdisciplinar de Psicología y Salud, CIPSA, Santander

Elena-Urraca Villalva Quintana
Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria
Experta en Sexología: educación Sexual
EAP "María de Guzmán". Alcalá de Henares, Madrid
Miembro del Grupo de Sexología de Semergen

Felisa Suárez Santiago
Médico de familia. Máster en Sexología y en Psicoterapia conductivo-conductual
Centro de salud de Canalejas (Las Palmas de G.C.)
Miembro del Grupo de Sexología de Semergen

Francisco José Brenes Bermúdez
Médico de familia Centro de Atención Primaria Llefià, Badalona.
Coordinador del GT de Urologia Semergen.
Miembro del Grupo de Sexología de Semergen

Froilán Sánchez Sánchez
Doctor en Medicina. Master en Sexología y Psicoterapia Integrativa.
Centro de Salud de Xátiva. Valencia
Coordinador del Grupo de Sexología de Semergen

Joan Mir Pizà
Médico de familia. Master en Sexología y Psicoterapia Integrativa
Máster en Terapia de Conducta
Coordinador de EspaiTerapèutic, Palma de Mallorca
Centro de Salud Martí Serra, Marratxí, Mallorca
Miembro del Grupo de Sexología de Semergen

Mª José Tijeras Úbeda
Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria y Sexóloga
Centro Salud La Cañada. Almería
Miembro del Grupo de Sexología de Semergen

María Lara Torres
Médico residente en Medicina Familiar y Comunitaria
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander
Miembro del Grupo de Sexología de Semergen

Miriam Lorenzo Santana
Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria
Miembro del grupo de Sexología de Semergen

Rosa María Montaña Hernández
Sexóloga. Médico de Atención Familiar y Comunitaria
Directora de la Clínica Hedner

Comité editorial

Federico Pérez Agudo
Médico de familia. Centro de Especialidades Médicas de Madrid 5 (Madrid)
Profesor Clínico de la Facultad de Medicina Universidad de Alcalá

Capitulo 0 primeras.indd 4 05/06/14 10:53

Introducción

El presente monográfico sobre Salud Sexual del Hombre, realizado por los miembros del Grupo de Sexología de Semergen, pretende ser una herramienta útil para el médico de Atención Primaria, que le ayude en el manejo de los problemas o dudas sexuales planteados en su práctica clínica por los hombres que las sufren o sus parejas.

En el año 2006 publicamos nuestro Semergen.doc en Salud Sexual, que, por lo que sabemos, ha sido y sigue siendo un referente para muchos médicos a la hora de abordar estas cuestiones, con las que cada vez los médicos estamos más familiarizados. Muchas novedades han aparecido en estos ocho años y sería difícil recoger todas en estas líneas, sin embargo, nos referiremos a algunas de ellas. Así, diversos estudios han evidenciado la relación entre salud sexual y cardiovascular; también la correlación entre vida sexual satisfactoria y calidad de vida. La valoración de ambos aspectos otorga al cuidado de la salud sexual y al diagnóstico precoz de los trastornos en esta área un papel relevante en el concepto de salud global, mucho más de lo que se suponía, y que aún hoy, sobre todo por desconocimiento, algunos siguen sin reconocer.

En salud sexual afrontamos todavía los mismos problemas que entonces, pero los conocemos mejor y estamos mejor preparados para superarlos. Mujeres y hombres siguen ocultando sus problemas sexuales, aunque menos que antes, pero es una realidad a tener en cuenta que se ha de salvar adoptando un papel más activo en su detección. Algunos colegas siguen quejándose de falta de tiempo, sin embargo, este argumento cada vez es menos justificable. Cada cual ha de saber gestionar “su tiempo de consulta” y, vista la relevancia de la salud sexual, no hay excusa para dedicarle el suficiente.

Sin duda, la formación en sexología sigue siendo una asignatura pendiente en la formación médica de pregrado y de postgrado, y lo es para todas las especialidades. Es conocido el empeño, tanto de este grupo que tengo el honor de coordinar, como de Semergen en general, en promover la formación de los médicos en este campo. Pues bien, las noticias son buenas en este sentido. Además de comprobar cada día cómo el fruto de nuestro esfuerzo se plasma en una mayor afluencia de compañeras y compañeros a las actividades que promocionamos (talleres, cursos de formación, jornadas o congresos), en cada encuentro es más evidente el compromiso de cualquier médico de familia respecto a los temas de salud sexual, lo cual, para quienes hemos defendido su importancia y abogado por nuestra implicación en ellos, resulta especialmente gratificante.

Creo que, actualmente, si a alguna especialidad médica puede considerársela puntera en sexología, esa es la de Medicina de Familia. Con el esfuerzo de todos vamos a seguir trabajando para fomentar este hecho. En tal sentido, este Semergen.doc en Salud Sexual del Hombre, quiere aportar su granito de arena. Consultadlo y disfrutadlo. Esperamos vuestras sugerencias.

Froilán Sánchez Sánchez
Coordinador del Grupo de Sexología
de SEMERGEN

00 Capitulo 0 introduccio´n.indd 5 04/06/14 05:07

Capítulo 1
Fisiología de la sexualidad

Mª José Tijeras Úbeda

1. Introducción

UUna actividad sexual placentera desencadena en el cuerpo humano una compleja sucesión de cambios anatómicos, neurofisiológicos y hormonales que implican tanto a órganos genitales como extragenitales, es la denominada "Respuesta Sexual Humana" (RSH). Todo esto ocurre con la colaboración de estímulos externos e internos, además de condicionantes socioculturales, antropológicos e incluso filogenéticos implicados.

Los cambios físicos con los que cursa la RSH son fácilmente identificables, pero resulta más difícil de delimitar los cambios psicológicos y emocionales, pues son vividos de forma personal por cada ser humano en base a sus experiencias, vivencias y aprendizajes a lo largo de la vida. Esto hace que en cada individuo, la respuesta sexual (RS), al igual que la sexualidad, tenga un marcado carácter personal y específico.

Desde finales del siglo XIX hasta la actualidad, se han descrito múltiples modelos de RS. Los representados como una sucesión lineal de fenómenos fisiológicos y anatómicos que aparecen durante una relación sexual, son los denominados "fisiologicistas", siendo probablemente el más conocido el propuesto por Masters y Johnson a mediados de los años 60. Su propuesta de una similar RS para hombres y mujeres, es altamente discutible, y a ella debemos la perspectiva erótica vigente en ambos géneros durante décadas, primordialmente masculina, genitalista y coitocéntrica, donde el logro orgásmico era lo esencial.

Otros patrones de RS son los "psicofisiologicistas", que ofrecen una visión más holística de ella, dan cabida a los aspectos psicológicos y emocionales, y se representan mediante una estructura circular con un *feedback* entre ellos.

2. Ciclo de la respuesta sexual masculina: cambios anatómicos y fisiológicos

El modelo sexual que más se ajusta a la RS del varón, es el lineal y cuatrifásico de Masters y Johnson: excitación, meseta, orgasmo y resolución, completado con la aportación de Helen Kaplan (1979), la fase del deseo, previa e independiente a la de excitación (Fig. 1.1).

Aunque puede resultar complejo delimitar entre las fases del deseo, excitación y meseta, de manera unificada y ordenada se puede describir qué fenómenos fisiológicos y anatómicos acontecen en los genitales durante una actividad sexual (coital o no coital) en el varón.

- 1ª etapa.- **Excitación**, también denominada intumescencia, cuya duración puede variar de minutos a horas. El inicio de las sensaciones eróticas y/o la estimulación provocan reacciones de tipo neurológico, vascular, muscular y hormonal de manera global en el organismo, siendo lo más evidente los cambios anatómicos y funcionales de los genitales. Los fenómenos de vasodilatación dan lugar a la erección del pene y de otros órganos como los testículos y los genitales internos. La próstata y las vesículas seminales aumentan su actividad secretoria, acumulando un volumen apreciable de líquidos que, mezclados en su momento con el contenido de los conductos deferentes, formarán el eyaculado. También se produce una erección de los pezones, rubor sexual,

01 Capitulo 1 Fisiologia de la sexualidad.indd 7 05/06/14 05:00

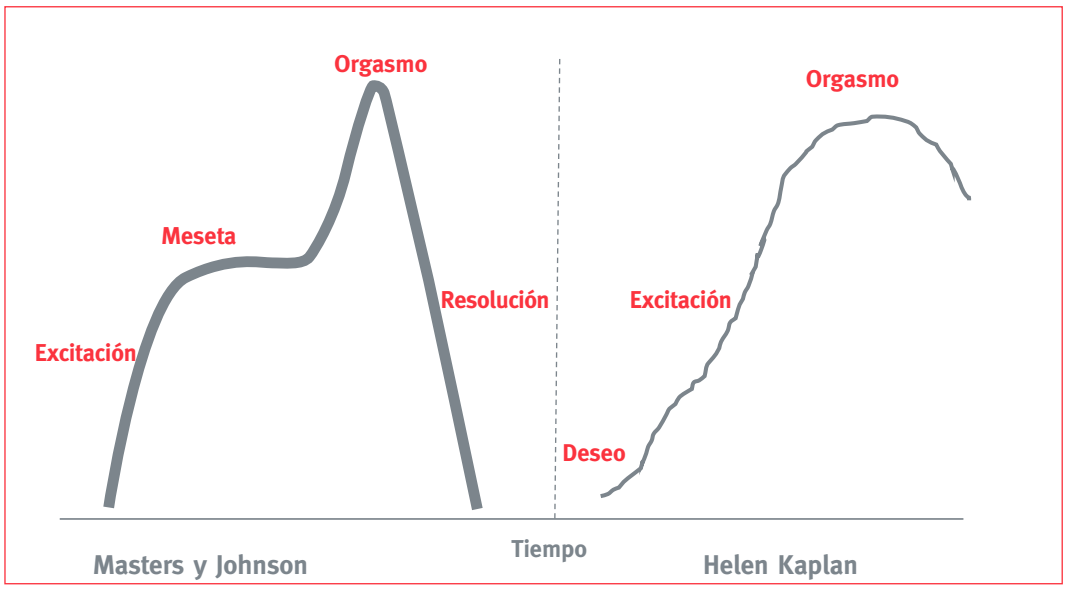


Fig. 1.2. Modelos de Respuesta Sexual según Masters y Johnson y Helen Kaplan

incremento frecuencia cardiaca y ventilación y secreción de vasopresina.

- 2ª etapa.- **Meseta**, es la fase donde la excitación se intensifica, suele preceder al orgasmo y es de duración variable.
- 3ª etapa.- **Orgasmo**, la más corta de las fases, de 3 a 15 segundos. Se caracteriza por una respuesta física de intensidad variable con contracciones musculares involuntarias de la zona pélvica, esfínter anal y musculatura general, que se suele acompañar de la eyaculación del semen. Aumenta la taquicardia, sudoración,miosis pupilar y se segrega oxitocina. Generalmente es vivido con sensación placentera y genera satisfacción sexual.
- 4ª etapa.- **Resolución o detumescencia**, última etapa donde los cambios fisiológicos y anatómicos que aparecieron en las tres fases anteriores vuelven a su estado basal, con un periodo refractario posterior variable. Se acompaña de secreción de prolactina.

3. Aspectos fisiológicos de la respuesta sexual masculina

Conocer cómo y porqué se coordina la secuencia cíclica de las etapas de la RS masculina, qué mecanismos hemodinámicos, hormonales, interactúan, cómo se retroalimentan positiva o negativamente, a qué niveles pueden aparecer alteraciones y dónde intervienen los tratamientos, resulta básico para poder entender y abordar su salud sexual. Los implicados en la erección y eyaculación, se verán de manera pormenorizada en los temas posteriores (13 y 14).

3.1. Características del deseo en el varón

Para Kaplan el deseo sexual era como “un apetito o impulso producido por la activación de un sistema neural específico en el cerebro, en tanto que las fases de excitación y orgasmo afectan a los órganos genitales”, y habló de la posibilidad de despertar el deseo sexual mediante estimulación interna (por ejemplo, factores biológicos o pensamientos) o externa (por ejemplo, la visión de una pareja atractiva).

Múltiples tesis han surgido en torno al deseo con el objetivo de dar una explicación operativa de este. Se puede concluir que su etiopatogenia y mantenimiento es multifactorial, y se considera una parte importante no solo en el inicio de la actividad sexual, sino que sustenta todas sus fases.

Aportaciones teóricas como la realizada por M Lucas-Matheu (2007) en base a su experiencia clínica y vivencial resultan muy interesantes. Considera que el deseo se sustenta en tres pilares, cuya proporción e interacción depende de cada persona y de cada circunstancia: *deseo de descarga de la tensión sexual* (sin objeto, que tiene que ver con los andrógenos, perfil más bien masculino y que suele inhibirse

01 Capitulo 1 Fisiologia de la sexualidad.indd 8 05/06/14 05:00

por hastío, por alteraciones químicas o por enfermedad); deseo de ser deseados (necesidad de autoafirmación en los demás, se relaciona con los neurotransmisores dopaminérgicos cerebrales, con un perfil más femenino y que disminuye por desencanto o por alteraciones de la autoestima); *deseo de encuentro mutuo* (necesidad de comunicación, de contacto, de sincronía interaccional y de intimidad, se suele inhibir por desavenencias, desencuentros o problemas de comunicación).

Los niveles hormonales de andrógenos, juegan un papel fundamental como activador de la respuesta sexual normal del varón, y aunque se han considerado esenciales en el deseo sexual, su influencia es más relativa en edades más avanzadas.

3.2. Hormonas, neurotransmisores y péptidos en la RS masculina:

Tablas 1.1 y 1.2.

Andrógenos: los testículos segregan el 90% de los andrógenos (testosterona), el 10% restante lo hace la corteza suprarrenal de las glándulas suprarrenales (dehidroepiandrosterona (DHEA), dehidroepiandrosterona sulfato (DHEA-S) y androstenediona).

La testosterona es esencial en la aparición y mantenimiento del deseo y en la modulación de todo el proceso eréctil del varón. Regula la musculatura lisa y endotelial de los cuerpos cavernosos, el metabolismo del tejido conectivo y está implicada en la expresión de óxido nítrico sintasas endotelial, fosfodiesterasa-5 y el adrenoreceptor alfa.

En el eje hipotálamo-hipósifo-testicular, la hormona liberadora de gonadotropinas (GnRH), facilita la liberación pulsátil de hormona luteinizante (LH) que actúa sobre las células de Leydig que sintetizan testosterona. Esta a su vez puede transformarse con ayuda de la 5-alfa-reductasa en dihidrotestosterona (DHT), de mayor potencia androgénica. La biodisponibilidad de la testosterona plasmática depende de la pequeña cantidad libre existente y de su unión a las proteínas SHBG (proteína transportadora de hormona sexual) o a la albúmina (se libera

Tabla 1.1. Hormonas y función sexual masculina
TESTOSTERONA es esencial en la aparición y mantenimiento del deseo y en la modulación del todo el proceso eréctil del varón
ESTRADIOL: No se conoce su influencia en la función sexual masculina, aunque su exceso produce signos de feminización y alteraciones en la función eréctil. El incremento de la aromatización de los andrógenos a estrógenos hace que aumente los niveles los estrógenos, que inhiben la producción de LH, con la consiguiente reducción de testosterona
PROLACTINA: Altos niveles de prolactina (mayor de 35ng/ml) disminuye la respuesta, deseo, alteraciones de la erección, volumen seminal disminuido. Niveles altos tras el orgasmo
HORMONA DEL CRECIMIENTO (GH): está relacionada directamente con la erección, probablemente influenciando la producción de GMPc, al inicio de la erección los niveles aumentan para ir disminuyendo durante la destumescencia. En estudio su uso en el tratamiento del orgasmo masculino
OXITOCINA: Los niveles plasmáticos e intracavernosos aumentan al inicio de la erección, estabilizándose los plasmaticos y aumentando los intracavernosos cuando persiste el estimulo erótico. Parece ser un mero mediador de las contracciones perineales que se producen durante la eyaculación y el orgasmo, cuando presenta sus valores máximos
VASOPRESINA: Es un potente vasoconstrictor que interviene en la regulación de la erección. Al inicio de la erección sus niveles bajan en plasma, sin existir cambios significativos a nivel intracavernoso
TIROTROPINA (TSH): Su aumento y disminución , hipotiroidismo e hipertiroidismo, suele ir asociada a anomalías de la respuesta sexual, afectando al deseo, erección y eyaculación. Los varones hipotiroideos tienen alterado el metabolismo androgénico, con disminución de la testosterona libre y la SHBG. También se ha relacionado la eyaculación precoz con el hipertiroidismo, pero últimamente algunos autores se cuestionan está relación
BETAENDORFINAS: a dosis bajas facilitan el apetito sexual, y a dosis altas inhiben la actividad sexual

01 Capitulo 1 Fisiologia de la sexualidad.indd 9 05/06/14 05:00

Tabla 1.2. Neuromoduladores de la respuesta sexual masculina
NORADRENALINA: interviene en el inicio y el mantenimiento de la actividad sexual estimulando al SN adrenérgico, cuando se liga a receptores alfa-1 y alfa-2 provoca la contracción del músculo liso cavernoso y aparece la flaccidez
ACETILCOLINA: activa los receptores colinérgico- muscarinicos, que inhiben a la noradrenalina y estimulan a los nervios no Adrenérgico no Colinérgico (NANC), liberando oxido nítrico en las células endoteliales del pene, lo que facilita la erección
NANC: • **Oxido nítrico (NO)** liberado en el sistema nervioso central y periférico y en el endotelio vascular. Es un mediador muy importante en el proceso de la erección que se sintetiza a partir de la L-arginina por un proceso donde intervienen las oxido nítrico sintasas (NOS).El NO se une a la enzima guanilato ciclasa soluble estimulando la conversión de GTP a GMPc, produce la relajación del músculo liso, que lugar a la erección. También estimula la eyaculación • **Péptido intestinal vasoactivo (VIP)** segregado por los nervios parasimpáticos y la prostaglandina E (PGE) producción paracrina del tejido eréctil, estimulan la adenilatociclasa (AC) que eleva la AMPc, produce la relajación del músculo liso, que da lugar a la erección
ENDOTELINAS: sintetizadas en el endotelio vascular, producen contracción del músculo liso, dando lugar a flaccidez del pene y la producción de NO induce la relajación del músculo liso dando lugar a la erección
DOPAMINA (DA): facilita la función sexual (excitación y el orgasmo) en el SNC en humanos especialmente mediada por el sistema mesolímbico. Sobre receptores D1 favorece y sobre receptores D2 inhibe la vasocongestión genital
SEROTONINA (5-HT): inhibe el deseo sexual, la eyaculación y el orgasmo, mediada por los receptores postsinápticos 5HT2. No obstante los diferentes subtipos de receptores 5HT2 pueden jugar papeles contrapuestos. Los auto-receptores 5HT1A que también tiene un efecto estimulador de la función sexual, debido al frenado de la transmisión serotonérgica
OTROS: ácido gammaaminobutírico (GABA) sustancia P, neuropéptido Y , colecistokinina-8, norepinefrina (NE)

con facilidad). A tener en cuenta pues en enfermedades hepáticas los niveles de SHBG están aumentados, lo que produce una disminución de los niveles de testosterona libre. Se recomienda determinar la testosterona total y, si es posible, la libre o biodisponible.

La GnRH es estimulada por la adrenalina e inhibida por la dopamina y betaendorfinas. La inhibición dopaminérgica aumenta los niveles en sangre de prolactina, testosterona, LH y hormona foliculoestimulante (FSH).

4. Sexualidad y ciclo vital: envejecimiento, hipogonadismo tardío

Según datos oficiales del Padrón Municipal de Habitantes, en el año 2009 había 3.303.615 varones de más de 65 años en España que representaban el 7% del total. Su esperanza de vida se sitúa en 78,5 años y el 48,1% perciben que tienen un buen o muy buen estado de salud.

Hablar de sexualidad y ancianos es hacerlo de mitos y creencias erróneas, donde no tiene cabida el interés por la actividad sexual, el deseo sexual y el derecho a disfrutar de su sexualidad.

Envejecer no supone una metamorfosis global, la pérdida de capacidades físicas y psíquicas son inherentes a este proceso, pero no supondrán un obstáculo insalvable para aquellos varones con intereses sexuales activos, mientras que en aquellos que muestran poca inclinación hacia el sexo en su juventud, la edad y sus cambios se convertirán en una buena excusa para relegarlos de su vida ("se envejece como se ha vivido"). Influyen de manera más decisiva en la función sexual los factores psicosociales que los biofisiológicos.

Los cambios anatómicos y fisiológicos (erecciones más lentas, menos firmes, nocturnas menos frecuentes, eyaculaciones retardadas o prematuras etc) en la salud sexual del varón anciano se relacionan con factores hormona-

01 Capitulo 1 Fisiologia de la sexualidad.indd 10 05/06/14 05:00

les, neuronales y vasculares. Algunos de ellos se están barajando como posibles marcadores biológicos y analíticos del envejecimiento. Entre los 40 a 90 años destacan los fenómenos que se producen en:

- **Eje hipotálamo-hipófisis-testículo:** los niveles de LH decrecen con la edad, coincidentes con la reducción de las células de Leydig, por lo que existe disminución gradual en la producción de testosterona y un incremento de la SHBG, dando lugar a una reducción de la testosterona total de hasta el 50% y especialmente la biodisponible, que desciende un 1% por año. La interacción andrógenos - estrógenos y el aumento de estrógenos es uno de los aspectos todavía no resueltos. El testículo produce estrógenos (17-beta estradiol) y parte de la testosterona circulante es aromatizada a estrógenos en el tejido graso. Todo esto es conocido comúnmente como andropausia.
- **Eje somatotropo** (hipotálamo-hormona de crecimiento (GH) - somatomedina C (IGF1)): la GnRH estimula la producción y liberación de manera pulsátil de GH, que a su vez ordena al hígado la liberación de péptidos IGF1; todo esto puede ser frenado por péptidos gástricos, somastotatinas. Algunos de los efectos metabólicos y hormonales de la GH son el efecto lipolítico, hipoglucemiante o la elevación de la formación de 1-25 dihidroxicalciferol. Durante el envejecimiento descienden los niveles de GH e IGF1, y se modifica su ciclo productivo circadiano y estacional, provocando alteraciones endocrinológicas y metabólicas. A este proceso se le ha denominado somatopausia.

Todos estos procesos con un mismo nexo fisiopatológico, se pueden aunar en una única entidad nosológica, síndrome del envejecimiento masculino, con comunes enfermedades cardiovasculares, prostáticas, androgenodeficiencias y disfunciones sexuales.

La disminución de la testosterona con la edad puede resultar tan lenta y progresiva que los varones no lo perciban como una enfermedad. Pero en ocasiones puede tener mucha más transcendencia patológica, es lo que se conoce como, hipogonadismo de inicio tardío (HIT) o síndrome de ADAM (*Androgen Deficiency in the Aging Male*), y aunque los signos y síntomas clínicos pueden o no estar presentes, los más reconocibles son: disminución de la fuerza y masa muscular, redistribución de la grasa corporal, disminución de la densidad ósea, osteoporosis, mastodinia y ginecomastia, bochornos, alteraciones del sueño, alteraciones en la piel y el cabello, pérdida de la memoria, disminución de la capacidad de concentración, insomnio, disminución del deseo sexual, disfunción eréctil (DE) y disminución de la sensación de bienestar y vitalidad.

El desconocimiento o la patologización de estos cambios fisiológicos por parte del anciano, pueden provocarle gran preocupación, deterioro en su autoconfianza y autoestima, y síntomas de angustia anticipatoria que empeoraran sus prácticas sexuales.

Es cierto que puede existir un descenso de la actividad y deseo sexual y un aumento de disfunciones sexuales como la DE, asociado con la edad, ampliamente constatado en la literatura científica.

El tratamiento de estas DS con testosterona es una opción terapéutica con defensores y detractores al respecto. Para Guay, es un tratamiento de elección en su formulación gel para hombres con hipogonadismo que asocien DE, con tasas de éxito del 35-40%. Y recomienda también su uso en los tratamientos de los inhibidores 5- fosfodiesterasa (I PDE5), al requerirse una concentración mínima en plasma de testosterona, para que estos restauren de la función eréctil.

Otros investigadores son más críticos con la terapia de reemplazo de testosterona en pacientes con hipogonadismo y DE al considerar que la relación beneficio-riesgo es incierta. Para ello ha elaborado un algoritmo donde se indica cuándo usar la testosterona o IPDE5 solos o conjuntamente.

Lectura recomendada

- Alonso JM, Martínez B, Díaz MD, Calvo F. Fac• Alonso JM, Martínez B, Díaz MD, Calvo F. Factores biológicos, psicológicos y sociales de la sexualidad en los ancianos. Rev Mult Gerantol. 2004; 14(3):150-157.
- Cabello F. Manual de sexología y terapia sexual. Madrid. Síntesis, 2010.
- Cruz N, et al. Tratado de Andrología y Medicina Sexual. Tomo II. Madrid. Panamericana, 2012.
- Guay AT. Testosterone and erectile physiology. Aging Male. 2006 Dec;9(4):201-6.
- Gutiérrez B. La respuesta sexual humana. AMF. 2010; 6(10): 543-546
- Isidori AM, Buvat J, Corona T, Goldstein I, Jannini EA, Lenzi A, Porst H, Salonia A, Traish AM, Maggi M. A critical analysis of the role of testosterone in erectile function: from pathophysiology to treatment-a systematic review. Eur Urol. 2014 Jan; 65 (1):99-112.

01 Capitulo 1 Fisiologia de la sexualidad.indd 11 05/06/14 05:00

- Jacob BC. Testosterone replacement therapy in males with erectile dysfunction. J Pharm Pract. 2011 Jun;24(3):298-306.
- Kaplan H. La nueva terapia sexual. Madrid: Alianza editorial; 2002.
- López F, Fuertes A. Para comprender la sexualidad. 10 ed. Navarra. Ed Verbo Divino (EVB);2004.
- Lucas M. Cabello F. Introducción a la Sexología Clínica. Madrid. Editorial Elsevier; 2007.
- Maggi M, Buvat J, Corona G, Guay A, Torres LO. Hormonal causes of male sexual dysfunctions and their management (hyperprolactinemia, thyroid disorders, GH disorders, and DHEA). J Sex Med. 2013; 10: 661–77
- Sánchez F y San Martin C. Abordaje de la Eyaculación Precoz en Atención Primaria. Barcelona. Profármaco2; 2013.
- Sánchez F et al. Salud Sexual. Documentos Clínicos SEMERGEN DoC. Madrid. Edicomplet. 2006.
- Schnarch HD. Constructing the sexual crucible. An integration of sexual and maritaltherapy. New York: N.W. Norton & Company; 1991..

01 Capitulo 1 Fisiologia de la sexualidad.indd 12 05/06/14 05:00

Capítulo 2
Salud sexual y calidad de vida

Miriam Lorenzo Santana

1. Introducción

La salud es el resultado del proceso en el que se desenvuelve la vida humana, y es un concepto dinámico que integra aspectos biopsicosociales. Este enfoque, resalta la importancia de la sexualidad en la calidad de vida del individuo, contemplando cómo los determinantes de género sociales imponen ideales de masculinidad y feminidad que interiorizados influyen en la construcción de subjetividades que condicionan relaciones diversas con el proceso de salud-enfermedad.

Una vida sexual saludable, aporta numerosos beneficios (Tabla 2.1). Para alcanzar dicho grado de salud sexual, es indispensable disponer de un entorno libre de coerción, discriminación y violencia donde los derechos sexuales de las personas se reconozcan y garanticen (Tabla 2.2).

2. Salud sexual y calidad de vida. Evidencias clínicas que las correlacionan

2.1. Educación sexual y calidad de vida

La desinformación sexual junto con el desconLa adecuada educación sexual es clave en el desarrollo integral humano. Las creencias y valores con los que se ha sido educado y los propios deseos sexuales, a veces no se corresponden generándose conflictos.

Un estudio realizado en población islámica muestra que de las parejas que consultaron por incapacidad para mantener relaciones sexuales, el 25,8% de las mujeres y el 3,2% de los hombres habían contraído matrimonio contra su voluntad. Sin embargo, en EEUU, según los datos revelados por el proyecto NASHAP (*The US National Social Life, Health, and Aging Project*), para la mayoría de los encuestados entre 57-85 años, el matrimonio proporciona el contexto social y emocional para disfrutar de la actividad sexual, considerándose un importante predictor de salud global en ambos sexos.

2.2. Actividad sexual y calidad de vida

El mismo proyecto NASHAP concluyó que la mitad de las personas entre 57-85 años, y alrededor de un tercio de las de entre 75-85 son sexualmente activas, observando cómo los niveles de salud física están significativamente relacionados con la actividad sexual independientemente de la edad.

Otro estudio posterior añade que los hombres son sexualmente más activos, refieren mayor calidad de vida sexual y están más interesados por el sexo que las mujeres. Estas diferencias de género aumentan con la edad y son mayores en el grupo de entre 75-85 años. Disfrutar de buena salud, se asoció con la frecuencia sexual (una o más veces por semana) en los hombres, y con la calidad de vida sexual en hombres y mujeres. A su vez, las personas con muy buena salud muestran más interés por el sexo y son sexualmente más activas que quienes tienen mala salud.

También se ha contrastado científicamente la fuerte asociación entre salud y tener pareja y disfrutar de actividad sexual, principalmente en las mujeres.

La actividad sexual favorece la neurogénesis en el hipocampo y disminuye los niveles

02 Capitulo 2 Salud sexual y calidad de vida.indd 13 05/06/14 05:24

Tabla 2.1. Beneficios de disfrutar de una buena salud sexual

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

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

de ansiedad, contrarrestando el envejecimiento cerebral según un estudio llevado a cabo en ratas por el departamento de Psicología y Neurociencia de la Universidad de Princeton en EEUU. Colateralmente, otros estudios consideran la actividad sexual un factor predictivo de longevidad. Sin embargo, no acompaña para la actividad sexual, el que la baja función sexual se incremente con la edad en ambos sexos según los datos extraídos del análisis del cuestionario Natsal-3 (*Third National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles in Britain*).

2.3. Disfunciones sexuales y satisfacción sexual

Las disfunciones sexuales se han correlacionado con niveles más bajos de calidad de vida, y afectan también a la salud sexual del compañero o compañera. Los problemas de salud física del hombre son citados más comúnmente por ambos sexos como la causa de la inactividad sexual en la edad avanzada. *The Global Better Sex Survey* (GBSS) que explora las necesidades sexuales de la población alrededor del mundo, muestra que la disfunción eréctil y sus repercusiones en la vida sexual, supuso ser el asunto más preocupante para los participantes, demostrándose una relación directa entre satisfacción sexual y erección peneana. La mayoría de los varones satisfechos con su función eréctil y de las mujeres contentas con la rigidez de la erección de sus parejas, estaban también satisfechos/as con su vida sexual, y la salud en general.

2.4 Disfunciones sexuales y comorbilidad

Muchas personas con trastornos sexuales no los relacionan con otros problemas de salud que sufren. En un estudio a doble ciego se demostró la prevalencia del infra-diagnóstico de disfunción eréctil en pacientes con comorbilidades comúnmente asociadas a dicha disfunción sexual, dada la baja percepción por parte

Tabla 2.2. Derechos sexuales*

- Derecho a la libertad sexual
- Derecho a la autonomía, integridad y seguridad del cuerpo
- Derecho a la privacidad sexual
- Derecho a la equidad sexual
- Derecho al placer sexual
- Derecho a la expresión sexual emocional
- Derecho a la libre asociación sexual
- Derecho a la toma de decisiones reproductivas
- Derecho a la información basada en el conocimiento científico
- Derecho a la educación sexual integral
- Derecho a la atención de la salud sexual

**Aprobados por la Asamblea General de la Asociación Mundial de Sexología (WAS), el 26 de agosto de 1999, en el 14avo Congreso Mundial de Sexología de Hong Kong.*

02 Capitulo 2 Salud sexual y calidad de vida.indd 14 05/06/14 05:24

de estos pacientes de padecerla. Y a su vez, otro estudio descriptivo, muestra que los resultados más negativos en salud sexual en ambos sexos correspondieron a los pacientes que sufrían 2 o más comorbilidades, o tomaban 2 o más medicamentos.

Los varones con estilos de vida no saludables presentan más disfunciones sexuales. La insuficiencia ponderal, la obesidad, la medición de un gran perímetro de cintura, la inactividad física durante el tiempo libre, el alto consumo de alcohol, el hábito tabáquico y el consumo de drogas duras fueron los factores negativos registrados. Aunque la esperanza de vida con actividad sexual activa es mayor para los hombres que para las mujeres, finalmente los hombres pierden más años de vida sexual como resultado de una salud general más pobre que la de las mujeres, asociación explicada en parte por los efectos de enfermedades crónicas comunes, y los tratamientos de disfunción eréctil.

La inactividad sexual se correlaciona significativamente con el cáncer, con problemas intestinales y vesicales, cirugía mayor, baja visión, patología mental, enfermedades cardiovasculares y sus factores de riesgo, y todo ello se asocia a baja salud a nivel físico, social y emocional. En los pacientes con cáncer, se afecta notablemente su función sexual y la de sus parejas, principalmente por la agresividad de los tratamientos.

Los síntomas depresivos se asocian significativamente a una baja satisfacción sexual, según revela el análisis del cuestionario Natsal-3 (*Third National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles in Britain*).

2.5. Concienciación en torno a la salud sexual

Existe un interés creciente por la salud sexual del hombre a partir de la edad media de la vida, a raíz de la aparición de tratamientos efectivos para la disfunción eréctil. No obstante, falta el abordaje en profundidad de los aspectos psicológicos, aún poco comprendidos por muchos médicos y pacientes.

Un estudio realizado en Francia reveló que en pacientes con al menos un problema sexual, la mayoría de los hombres (63,6%) y de las mujeres (58,2%) no pidieron consejo a un médico. Las razones más comunes por las que no consultaron fue por la creencia de ser un proceso normal del envejecimiento sin gravedad con posibilidad de auto-curación, o no creer que existiera tratamiento. Entre los pacientes ya diagnosticados, destaca que el 63% de los hombres con disfunción eréctil refieren que les es difícil hablar con sus médicos sobre sexualidad. Por otro lado, solamente el 10% de los hombres y el 8% de las mujeres incluidas en este estudio fueron interrogados en los últimos tres años por su médico sobre salud sexual en una visita rutinaria. Paralelamente, el 40% de los encuestados creen que los médicos deberían preguntar rutinariamente a sus pacientes sobre la función sexual. Otro estudio al respecto, resalta que mucha gente ya es consciente del efecto de la mala salud en su vida sexual, y que cuando solicitan ayuda médica en este sentido, principalmente se dirigen a su médico de familia.

Lectura recomendada

- Buvat J, Glasser D, Silva Neves RC, Gross Duarte F, Gingell C and Duarte Moreira E. Sexual problems and associated help-seeking behaviour patterns :Results of a population based survey in France. International Journal of Urology. 2009.16, 632-638.
- Field N, Mercer CH, Sonnenberg P, Tanton C, Clifton S, Mitchell KR, Erens B, et al. Associations between health and sexual lifestyles in Britain: findings from the third National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles (Natsal 3). Lancet. 2013 Nov 30; 382(9907):1830-44.
- Hurtado Murillo F, Pérez Conchillo M, et al. Educación para la sexualidad con bases científicas: Documento de consenso de Madrid. Recomendaciones de un grupo internacional de expertos. [Internet]. Valencia. Edita AEESS, 2011. Disponible en: www.desexologia.com
- Leuner B, Glasper ER, Gould E. Sexual experience promotes adult neurogenesis in the hippocampus despite an initial elevation in stress hormones. Plos ONE [Internet].2010; 5(7):e11597. Disponible en: www.plosone.org
- Mulhall J,King R, Glina S, Hvidsten K. Importance of an satisfaction with sex among men and women worldwide: results of the global better sex survey. J Sex Med. 2008; 5(4):788-795.
- Shabsigh R, Kaufman J, Magee M, Creanga D, Russell D, Budhwani M. Lack of awareness of erectile dysfunction in many men with risk factors for erectile dysfunction. BMC Urol. 2010; 10: 18.

02 Capitulo 2 Salud sexual y calidad de vida.indd 15 05/06/14 05:24

Capítulo 3
Problemas de salud y sexualidad: enfermedades crónicas, riesgo CV, HBP

Francisco José Brenes Bermúdez

1. Introducción

En los últimos años se está comprobando que la disfunción eréctil (DE) es un síntoma común a diferentes patologías, pudiendo ser la primera manifestación para el diagnóstico y tratamiento de patologías que hasta ese momento no se habían detectado.

La erección es un proceso neurovascular mediado psicológica y hormonalmente, donde desempeña un papel crucial la liberación de factores relajantes a nivel de las células endoteliales del músculo liso de los cuerpos cavernosos y vasos del pene; para que exista una erección adecuada, se precisa una función endotelial intacta con integridad anatómica y funcional del árbol vascular.

No se debe considerar a la DE solo como una enfermedad de cuerpos cavernosos del pene, podemos decir que es la expresión de una enfermedad sistémica encuadrable en el grupo de las disfunciones endoteliales. Lo que nos obliga a los médicos a conocer e indagar con más profundidad en la historia clínica del paciente junto a un mayor conocimiento de las comorbilidades, especialmente las relacionadas con enfermedad cardiovascular (ECV), para que podamos establecer una valoración más global y no solo centrada en un órgano. En los pacientes con DE debemos considerar dentro de sus exploraciones la valoración de su riesgo de ECV. Algunos autores consideran que deberían de incluirse de forma programada en la evaluación de los pacientes con DE además de marcadores hormonales la valoración de los niveles de colesterol y HbA1c.

2. DE y enfermedad cardiovascular (ECV)

La alta prevalencia de DE en los pacientes coLa alta prevalencia de DE en los pacientes con ECV nos advierte de que los pacientes con DE pueden tener un mayor riesgo de ECV. El debut de un cuadro de DE muchas veces constituye una buena oportunidad para evaluar el riesgo cardiovascular del paciente. Varios son los argumentos en los que se sustenta la relación entre DE y ECV:

1. Los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) implicados en la enfermedad vascular aterosclerótica también se encuentran en la DE.
2. El primordial papel de óxido nítrico (NO) en la patogenia de la DE demuestra el vínculo entre esta y la ECV, existiendo evidencias experimentales y clínicas que aportan argumentos a favor de que la disfunción endotelial es el principal factor etiológico en la enfermedad arteriosclerótica vascular, tanto central como periférica, incluida la DE. Por lo que algunos autores califican a la DE de enfermedad endotelial difusa.
3. La DE se halla con mucha frecuencia entre los pacientes que padecen otro tipo de ECV (cardiopatía isquémica, diabetes mellitus (DM), HTA, arteriopatía periférica. Martínez Jabaloyas en un estudio sobre 1.340 pacientes de 22-81 años, observa que la edad es el factor más prevalente para padecer DE. La obesidad abdominal, la DM y el hábito tabáquico mostraron igualmente una alta prevalencia. García Cruz, en un estudio retrospectivo, encuentra relación entre la presencia de DE con HTA, DM, dislipemia y síndrome metabólico (SM). Los pacientes con DE presentaban más FRCV. En el estudio de envejecimiento del varón *Multinational Survey of the Aging Male*, MSAM-7, tras realizar ajuste de edad se

03 Capitulo 3 Problemas de salud y sexualidad.indd 17 05/06/14 11:09

ha evidenciado asociación de DE a enfermedades tan prevalentes como HTA (15%), DM (28%) o cardiopatía (39%). En el programa APLAUDE, se observa que casi un 40% de los pacientes con alteración de la erección desconocía que presentaban otros problemas de salud causantes de la DE. Uno de cada tres tenía una patología oculta: dislipemia, DM tipo 2, HTA, patologías neurológicas, hepatopatías o cardiopatías.

4. La severidad de la DE se correlaciona con la ECV, pudiendo predecir tanto la enfermedad coronaria como el ictus. Un estudio en el que se evaluaron a 127 pacientes varones con una edad media de 61 años que habían sufrido una angina de pecho, más del 54% de estos pacientes tenían DE, en el 47% era severa. En un 40% de los varones la DE había precedido al ángor. La DE puede ser considerada como un factor predictivo de enfermedad coronaria. Al ser la aterosclerosis una enfermedad generalizada, todas las arterias del organismo presentan, en mayor o menor medida, alteración de la función endotelial y pueden desarrollar placas ateromatosas. Las razones para considerar a la DE un marcador precoz de arteriosclerosis serian: el menor tamaño de la arteria peneana: esta tiene un diámetro de 1 a 2 mm, en todo caso menor que el de la coronaria (3 a 4 mm), la carótida interna (5 a 7 mm) y la femoral (6-8 mm), por tanto cualquier lesión en ella tiene una repercusión clínica más temprana.

El número de FRCV está relacionado con la presencia y severidad de la DE. La DE debería considerarse como un marcador de los más importantes en Atención Primaria para detectar a aquellos hombres en riesgo de sufrir una enfermedad cardiovascular. Incluso se podría considerar a la DE como un marcador del estado de salud de los varones. Vemos que la DE es síntoma y signo de algunas enfermedades y actúa como centinela de las mismas. Avisa de la existencia de otras enfermedades aún no diagnosticadas.

3. DE y diabetes

En España la DM es una de las patologías que presenta un mayor riesgo de presentar DE. En el estudio EDEM, el riesgo es de 4,1.

Cerca del 50% de los pacientes varones diabéticos, a los 10 años presentan DE, aumentando esta proporción a medida que avanza la enfermedad.

En el estudio DIVA, realizado en España sobre 1.400 diabéticos tipo 2 (DM tipo2), los autores aprecian una elevada prevalencia de factores de riesgo de ECV, tanto asintomática como manifiesta, en los 3 territorios principales (coronario, cerebral y periférico), demostrando que la DE puede ser considerada como marcador de aterosclerosis e incluirse en los algoritmos de estratificación de riesgo y detección de vasculopatía asintomática.

La DE en varones con DM es el resultado de la combinación de varias alteraciones que afectan a todas las etapas de la erección.

Los mecanismos fisiopatológicos por los que aparece DE en los pacientes diabéticos son:

1. Neuropatía peneana diabética. Se debe a una lesión o alteración del sistema nervioso periférico, fundamentalmente de las dependientes de la metámera S2-4, aparece más en pacientes con neuropatía previa abdominal, sensorial o vesical. Existe DE en casi todos los pacientes diabéticos con neuropatía.

2 Vasculopatía diabética. Existe patología vascular en el 33-90% de los pacientes con DE. En los pacientes diabéticos es frecuente el hallazgo de arteriosclerosis en el lecho hipogástrico-pudendo-cavernoso. A esta alteración se suele añadir un fracaso corporo-veno-oclusivo, ocasionada por la isquemia crónica secundaria al proceso arterioesclerótico.

3 En el paciente diabético con DE, existen alteraciones a nivel de los mecanismos neurológicos y endoteliales que dificultan la relajación del músculo liso trabecular del cuerpo cavernoso.

Vemos que en los pacientes diabéticos la DE En el abordaje terapéutico de la DE inducida por la DM tiene una importante influencia el correcto tratamiento de la enfermedad de base. Es esencial cumplir adecuadamente la dieta, tomar regularmente los fármacos específicos (antidiabéticos orales o insulina), practicar ejercicio de manera regular y corregir otros factores que pueden alterar la función sexual, como: depresión, HTA, dislipemia, tabaquismo, sedentarismo, alcoholismo y algunos fármacos.

4. DE e hipertensión arterial (HTA)

Los varones con HTA presentan una prevalencia más alta de DE que la población general. El 8-10 % de pacientes hipertensos no tratados presentan DE en el momento de su diagnóstico.

03 Capitulo 3 Problemas de salud y sexualidad.indd 18 05/06/14 11:09

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 HTA leve, a placebo o a 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 aquellos con una PAS ≤ 140 mmHg.

Una revisión sistemática sobre la repercusión en la salud sexual de los fármacos habitualmente usados en patologías cardiovasculares, demuestran que solamente están implicados los diuréticos tiazidicos y betabloqueantes excepto nebivolol.

5. DE y la hiperplasia benigna de próstata (HBP)

Muchos varones afectos de STUI secundarios a HBP, presentan una disminución de su función sexual. Por la que debemos evaluar la gravedad de los STUI y la función sexual de los varones, antes, durante y después del tratamiento de la HBP.

Las recientes pautas de actuación y seguimiento en hiperplasia benigna de próstata (PAS HBP), auspiciadas por la organización médica colegial española (OMC), en su apartado de diagnóstico incluyen en las pruebas opcionales la valoración de la función eréctil en todos aquellos sujetos que en la anamnesis refieran alguna disfunción sexual (DS).

Diferentes estudios muestran que existe relación entre la presencia de STUI/HBP y la DE. En España en el estudio EDEM, se aprecia una fuerte asociación entre los STUI y la DE. El riesgo de presentar DE en pacientes con STUI moderados es de 2 y de 3 en pacientes con STUI graves.

Rosen en el estudio *Multinational Survey of the Aging Male* (MSAM 7) realizado en varias ciudades de Estados Unidos, Italia, Holanda, Alemania, España e Inglaterra, encuentra que el 50% de los hombres de 50 a 80 años de edad presentan DS relacionadas con los STUI. En este estudio se evaluaron a 12.815 varones. Un 25% de los encuestados presentaban una sintomatología urinaria moderada, un 6% grave y el 59% leve. Demostraron, utilizando el Índice Internacional de Función Eréctil (IIEF), que la capacidad eréctil declina en relación directa con la gravedad de los STUI, independientemente de la edad.

Este estudio nos muestra la relación que existe entre la aparición de DS, fundamentalmente DE, y la gravedad de los STUI, ajustado a otras comorbilidades (diabetes, hipertensión) y a la edad, demostrando que los STUI/HBP y la DE tienen una correlación epidemiológica.

Se han formulado diversas hipótesis que reflejan una fisiopatología común de los STUI y de la DE. La relación está apoyada por cuatro teorías involucradas en sus génesis, no mutuamente excluyentes:

1. Cambios en la sintetasa de óxido nítrico/óxido nítrico (NOS / NO) de la vía guanina monofosfatasa de la próstata y del pene. Disminuye la oxigenación sobre todo del músculo liso.
2. Síndrome metabólico, la hiperactividad autonómica y el rol de los alfa adrenorreceptores. Se han observado cambios en la neuro-regulación del tracto urinario inferior, secundarios a procesos de envejecimiento, asociados a hiperactividad del simpático.
3. La activación de la rho-kinasa, y la vía de la endotelina, genera un proceso inflamatorio.
4. Las consecuencias fisiopatológicas de la aterosclerosis pélvica sobre el NO. La reducción de la producción de NOS/NO en la pelvis, afectaría al pene, a la vejiga y a la próstata.

Se ha encontrado la presencia de la enzima 5-fosfodiesterasa (PDE5) en diversas estructuras del tracto urinario inferior (uréter, vejiga, próstata, vesículas seminales, cuerpo cavernoso, etc.). Varios estudios apoyan el uso de distintos Inhibidores de la PDE5 en el tratamiento de los STUI/HBP asociada a la obstrucción del flujo de salida. Han demostrado una disminución de la contracción y proliferación celular y estromal de la próstata.

Tadalafilo a dosis diaria de 5 mg tiene una recomendación 1a en el tratamiento de la HBP no complicada. Equiparable en la mejora de los STUI secundarios a la HBP a los alfabloqueantes.

Las guías de buena práctica clínica en STUI/HBP nos indican la necesidad de que evaluemos los STUI en pacientes con DE y que consideremos igualmente los aspectos sexuales en el enfoque diagnóstico de los pacientes con STUI.

03 Capitulo 3 Problemas de salud y sexualidad.indd 19 05/06/14 11:09

Lectura recomendada

- Baumhäkel M, Schlimmer N, Kratz M, Hacket G, Jackson G, Böhm M. Cardiovascular risk, drugs and erectile function – a systematic analysis. International Journal of Clinical Practice. 2011. 65: 289–298.
- Brenes FJ, Cózar JM. Diagnóstico de la hiperplasia benigna de próstata. Pautas de actuación y seguimiento en Hiperplasia Benigna de Próstata. (OMC). Madrid. IMC 2014: 17-40.
- Cordero A, Fácila L, Galve E, Mazón P. Novedades en hipertensión arterial y diabetes mellitus. Rev Esp Cardiol. 2010;63(Supl 1):101-15.
- García Cardoso, López Farré A, Vela Navarrete R. Disfunción eréctil: papel del laboratorio en la evaluación diagnóstica y pronostica. Actas Urol Esp. 2005; 29 (9): 890-898.
- García-Cruz E, Piqueras M, Gosálbez MD, Pérez-Márquez, Peri M Ll, Izquierdo L, et al. La disfunción eréctil y su severidad están en relación con el número de factores de riesgo cardiovascular. Actas Urol Esp. 2012;36(5):291-295.
- González-Juanatey JR, Alegría Ezquerra E, Gomis Barberá R, Salvador Taboada MJ, Grigorian Shamagian L, Casanovas Lenguas JA et al. Disfunción eréctil como marcador de vasculopatía en España. Estudio DIVA. Med Clín. 2009;132:291.
- Gravas S (chair), Bachmann A, Descazeaud A, Drake M, Gratzke C, Madersbacher S, et al. Guidelines on the Management of Non-Neurog Male Lower Urinary Tract Symptoms (LUTS), incl. Benign Prostatic Obstruction (BPO). European Association of Urology 2014.
- Grimm RH. Long-term effects on sexual function of five antihypertensive drugs and nutritional hygienic treatment in hypertensive men and women. Treatment of Mild Hypertension Study (TOMHS). Hypertension 1997; 29: 8-14.
- Guirao Sánchez L, García-Giralda Ruiz L, Casas Aranda I, Alfaro González J, Sánchez Pérez GA, Piñera Guirao A, Sandoval Martínez C. Disfunción eréctil: de marcador de salud a factor de riesgo cardiovascular independiente en Atención Primaria. Rev Int Androl. 2008;6:18-22.
- Jackson G. Erectile dysfunction: a marker of silent coronary artery disease. European Heart Journal. 2006 27(22):2613-2614.
- Martinez-Jabaloyas JM. Prevalencia de comorbilidades en pacientes con disfunción eréctil. Actas Urol Esp. 2014; 37(1):33-39.
- Martínez-Jabaloyas JM. Inhibidores de la fosfodiesterasa 5 en el tratamiento de la sintomatología miccional Revista Internacional de Andrología. 2009 Sep;7(3):156-160.
- Martín-Morales A, Sanchez-Cruz JJ, Saenz de Tejada I, Rodríguez-Vela L, Jiménez-Cruz JF, Burgos-Rodríguez R. Prevalence and independent risk factors for erectile dysfunction in Spain: results of the Epidemiología de la Disfunción Eréctil Masculina Study. J Urol 2001;166(2):569-74.
- Montorsi P, Ravagnani PM, Galli S, Rotatori F, Veglia F, Briganti A, Salonia A, et al. Association between erectile dysfunction and coronary artery disease. Role of coronary clinical presentation and extent of coronary vessels involvement: the COBRA trial. Eur Heart J. 2006; 27(22): 2632-9.
- Rhoden EL, Riedner CE, Fornari A et al. Evaluation of the association between lower urinary tract symptoms and erectile dysfunction, considering its multiple risk factors. J Sex Med. 2008;5(11):2662-68.
- Rosen R, Altwein J, Boyle P, Kirby R S, Lukacs B, Meuleman E,et al. Lower urinary tract symptoms and male sexual dysfunction: the multinational survey of the aging male (MSAM-7). Eur Urol. 2003; 44:637–649.
- San Martín C, Villalba E. Disfunción eréctil, un marcador de riesgo cardiovascular y de calidad de vida en la pareja. Actualización de competencias en medicina de familia. DPC SEMERGEN. Madrid: IMC, 2009.
- Skolarus TA, Wei JT. Measurement of benign prostatic hyperplasia treatment effects on male sexual function. Int J Impot Res. 2009. Sep-Oct;21(5):267-74. Epub 2009 Jun 18.
- Valles Antuña C, Fernández Gómez JM, Escaf S, Fernández- González F. Etiología neurógena en pacientes con disfunción eréctil. Arch Esp Urol. 2008; 61(3):403-411.

03 Capitulo 3 Problemas de salud y sexualidad.indd 20 05/06/14 11:09

Capítulo 4
Dificultades de la esfera sexual en varones con diversidad funcional

Rosa María Montaña Hernández

1. Introducción

El tema de la sexualidad de las personas con diversidad funcional es muy fácilmente tabuizable y comúnmente invisibilizado por una gran parte de la sociedad actual. Se prefiere ignorar el problema negando la mayor: las personas con diversidad funcional son como el resto de los humanos, seres sexuados y tienen derecho a una vivencia de su sexualidad del todo plena y satisfactoria, sin más límite que el que ellos encuentran.

Hay que reconocer, sin embargo, que es extraordinariamente difícil abordar el variopinto conjunto de dificultades que pueden experimentar los varones con algún tipo de diversidad funcional a la hora de vivir, sentirse y expresarse como tales seres sexuados. Muy especialmente han de subrayarse los muchos obstáculos de toda índole que se encuentran a la hora de relacionarse e interactuar con otro(s) ser(es) sexuado(s).

Es indispensable, por lo tanto, realizar una atención rigurosa, empática, personalizada y holística del varón con diversidad funcional que sufre dificultades en la esfera de su sexualidad, evitando un enfoque puramente sanitario y centrado meramente en la función genital-procreativa y sus problemas de "mecánica hidráulica". Mas no se trata tanto de desatender estas cuestiones del rendimiento genital y la turgencia eréctil (que también tienen su importancia), cuanto de ponderar tales cuestiones en un marco más amplio que contemple: no sólo la función, sino sus subjetivos significados; no sólo la conducta, sino también la interacción con el otro; no sólo la dureza sino también la satisfacción; no sólo la eyaculación, sino también el resto de humores y emociones; no sólo la penetración coital, sino todo tipo de roces epidérmicos ejercidos en el propio cuerpo o en el cuerpo ajeno; no sólo el orgasmo, sino todo tipo de hedónica de sensaciones y de eróticos afectos (que se dan y se reciben).

2. Propuesta de clasificación de la dificultades sexuales

Basándonos en la propuesta de Fowley, proponemos la siguiente:

2.1. Dificultades primarias

Englobaríamos dentro de esta primera categoría al conjunto de dificultades que estarían causadas directamente por la propia lesión, enfermedad u otra característica anatomo-fisiológica que sea la generadora de la diversidad funcional concreta.

Así, diversas lesiones producidas sobre el sistema nervioso o alteraciones endocrinológicas y vasculopatías, suelen ser causa de dificultades como alteraciones sensitivas en la región genital. También pueden producir: disminución del deseo erótico o de la excitación sexual, disfunción eréctil y dificultades para la eyaculación, el orgasmo o la percepción orgásmica.

2.2. Dificultades secundarias

Englobaríamos dentro de esta segunda categoría al conjunto de dificultades que, aún estando directamente causadas por la propia lesión, enfermedad o característica anatomo-fisiológica generadora de la diversidad funcional concreta, no producen exactamente alteraciones en la propia sexualidad o su función de

04 Capitulo 4 Dificultades de la esfera.indd 21 05/06/14 05:25

una forma directa, pero sí inciden indirectamente sobre la misma. Así fatiga, debilidad, espasticidad, alteraciones sensoriales, disfunción vesical e intestinal, dolor, parestesias, alteraciones cognitivas o de lenguaje y efectos adversos de fármacos.

2.3. Dificultades terciarias

Entrarían a formar parte de esta categoría el conjunto de dificultades que forman parte de la esfera psico-socio-cultural del individuo y que van a influir de forma subjetiva, pero significativa y determinante, en su propia vivencia sexual.

3. Bases neurofisiológicas del deseo, la erección y la eyaculación

A la hora de valorar y prever las posibles dificultades sexuales de un individuo que presenta una determinada patología que deriva en diversidad funcional, es de suma importancia conocer de una forma lo más precisa posible, los mecanismos fisiológicos que intervienen en la vivencia del varón como ser sexuado.

3.1. Deseo

El diseño del sistema neuronal de multitud de especies está dirigido hacia la interacción con el entorno y con los otros seres, de lo cual puede decirse que es un cerebro social.

Nos anhelamos, nos buscamos y nos pretendemos; o sea, nos deseamos. Deseamos el encuentro, la fusión y el intercambio de información con los demás. Establecemos vínculos y apegos. Y también nos desvinculamos, a veces como podemos y con mucho sufrimiento.

Toda esta amalgama de sentimientos se asienta sobre una base neurofisiológica de la cual aún no conocemos en detalle su completo y complejo funcionamiento.

Tras diversos estudios realizados, parece que se ha podido constatar que existe una estructura fundamental en la fisiología del deseo sexual que se situaría en la zona basal del hipotálamo. Se piensa, asimismo que existe un sistema de redes neuronales que controlaría el deseo sexual a través de dos neurotransmisores. De un lado, un sistema dopaminérgico excitatorio de búsqueda de recompensa; de otro, un sistema serotoninérgico de inhibición (saciedad), parecido a lo observado en otros mecanismos como la adicción a drogas, al juego o en trastornos alimentarios compulsivos.

Existen, por otro lado, causas orgánicas como lesiones de diversa etiología que afectan al eje hipotálamo-hipofisario; asimismo son posibles determinados efectos adversos de algunos fármacos. Finalmente, no deben descartarse las causas psicológicas que también intervienen en los trastornos del deseo del varón.

3.2. Erección

La erección del pene es un evento neurovascular que se trata en el capítulo 13, no obstante queremos hacer algunas puntualizaciones:

Existen, aparte del arco reflejo medular, dos áreas supratentoriales que podrían formar un centro funcional de integración de la erección, y cuya estimulación provoca una erección normal (no refleja, sino psicógena) si se mantiene la indemnidad de los centros autonómicos lumbosacros y sus proyecciones. Son el área preóptica medial del hipotálamo y el núcleo periventricular del hipocampo. De esta forma, en lesiones medulares que afecten a segmentos por encima de T10 se conservaría el mecanismo de la erección refleja.

En el caso de una lesión medular lumbosacra se podría interrumpir el mecanismo de la erección refleja en función de la extensión y distribución de dicha lesión. En este caso, se podría obtener una erección de forma psicógena (supratentorial o central) si persiste indemne la parte eferente del sistema autónomo a nivel de T11-12 ,aunque la erección tendrá una menor rigidez de la que tendría de forma refleja, debido a ese déficit parcial autonómico.

3.3. Eyaculación

La eyaculación es un mecanismo reflejo mediante el cual se produce la emisión de semen a través del meato uretral.

Es un proceso complejo determinado por un arco reflejo con integración medular a nivel de L3-L4, en el llamado núcleo lumbar espinotalámico. Dicho núcleo sería el generador o disparador de la eyaculación a través de un brazo eferente autonómico, como resultado de la estimulación sensitiva que recibe. Esta respuesta refleja se ve modulada también por aferencias cerebrales (núcleo talámico subparafascicular).

En una primera fase de la eyaculación, mediada por el sistema simpático a través del nervio hipogástrico, existe una activación de la musculatura lisa y un cierre de los esfínteres

04 Capitulo 4 Dificultades de la esfera.indd 22 05/06/14 05:25

uretrales interno (musculatura lisa) y externo (musculatura estriada) para facilitar el llenado de la uretra prostática y el aumento de la presión en la cámara creada entre los dos esfínteres. Posteriormente, el sistema parasimpático toma el relevo y, a través del nervio pudendo y del nervio dorsal del pene, induce la contracción clónica de los músculos isquiocavernosos y bulbocavernoso, así como la relajación del esfínter externo uretral y el cierre de la vejiga (evitando así la eyaculación retrógrada). Al tiempo que esto ocurre, se hace consciente una sensación intensamente placentera que conocemos como orgasmo, siempre y cuando las vías de comunicación medulares, la estación talámica de relevo y la corteza sensitiva se encuentren también indemnes.

El reflejo de la eyaculación se conserva en lesiones medulares por encima de T10.

Existen distintos métodos de obtención de semen para los varones con diversidad funcional y deseos procreativos. Así, en lesiones medulares superiores a T10 se podría recurrir a la vibroestimulación del pene. Es recomendable evitarlo antes del primer año de la evolución de la lesión o si no existe aún espasticidad en miembros inferiores para evitar posibles efectos adversos.

Para lesiones medulares por encima de L2 puede recurrirse a la electroestimulación rectal. Si el cono medular se encuentra destruido, sólo restarían métodos quirúrgicos como la punción-aspiración testicular.

4. Conclusiones finales

Es preciso, justo, necesario y urgente realizar esfuerzos para sacar de la oscuridad actual y visibilizar la sexualidad de las personas con diversidad funcional de cara a poder ofrecerles soluciones holísticas, de calidad, optimizadas e individualizadas al conjunto de dificultades en su vivencia e interacción como seres sexuados.

Lectura recomendada

- Dean RC, Lue TF. Physiology of penile erection and pathophysiology of erectile dysfunction. Urol Clin North Am. 2005; 32: 379.
- Fowley FW, Zemon V, Campagnolo D, Marrie RA, Cutter G, Tyry T, et al. The multiple sclerosis intimacy and sexuality questionnaire. Re-validation and development of a 15-ítem version with a large US sample. Mult Scler. 2013;19(9):1197-1203.
- Martínez-Salamanca JI, Martínez-Ballesteros C, Portillo L, Gabancho S, Moncada I, Carballido J. Fisiología de la erección. Arch Esp Urol. 2010; 63(8): 581-588.

04 Capitulo 4 Dificultades de la esfera.indd 23 05/06/14 05:25

Capítulo 5
El rol sexual actual del varón

Carlos San Martín Blanco

1. Introducción

Nuestra sociedad acepta intelectualmente los valores que representan la igualdad de género, que, sin embargo, no han tenido aún una clara traducción en los comportamientos personales de muchos hombres y mujeres. Y la más viva prueba de ello la encontramos en nuestra propia casa, en la forma en que seguimos educando a niñas y niños.

Aunque las cosas están cambiando, un alto porcentaje de niñas y niños continúa aprendiendo, desde que son muy pequeños, que "el mundo de la mujer es la casa y la casa del hombre es el mundo". De acuerdo con este guión de vida socialmente construido, los varones juegan a ver quién es el más fuerte y atrevido en ese mundo que es su casa; quién es el más hábil, valiente y capaz de desafiar las normas establecidas y salirse con la suya. Es decir, aprenden a jugar a "ser hombres" y todo ello afianza el modelo de masculinidad que nuestra sociedad les demanda.

Las niñas, por su lado, son inducidas no a jugar a "ser mujeres" sino a jugar a "ser madres" para beneficio de la comunidad en su conjunto. El cumplimiento del papel de amas de casa, esposas y madres.

Aunque tanto las mujeres como los hombres son víctimas de la rígida asignación de roles basados tan sólo en el sexo biológico, serán ellas las más perjudicadas, ya que es a quienes se despoja de poder en la práctica sexista que mantiene el poder masculino. A muchos hombres aún les interesa perpetuar un sexismo que les representa poder, privilegios y prestigio, además de un grupo entero de personas sobre quienes poder sentirse superiores: las mujeres.

2. Sexualidad heterosexual masculina

Cualquier consideración de la sexualidad de los hombres debe reconocer su contexto social y político, con dos aspectos interrelacionados como son las relaciones de género y las relaciones sexuales.

En primer lugar, la sociedad occidental está estructurada en una variedad de patrones que favorecen a los hombres y desfavorecen a las mujeres, y las relaciones heterosexuales, por ejemplo, están estructuradas y restringidas por relaciones sociales más amplias entre hombres y mujeres y entre los sectores femenino y masculino.

En segundo lugar, las relaciones sexuales están estructuradas por el dominio heterosexual. La heterosexualidad es percibida como socialmente legítima, natural y normal, mientras que otras sexualidades son vigiladas y construidas como innaturales y pervertidas.

A fin de comprender la sexualidad masculina, debemos también entender la construcción de la masculinidad; la producción social de lo que significa ser un hombre.

Una de las más importantes características de la **masculinidad hegemónica contemporánea** es que es heterosexual.

La homofobia, el temor y el odio hacia las personas homosexuales y hacia los hombres homosexuales en particular, es crucial para los patrones de relaciones entre hombres.

La homofobia funciona, por decirlo así, como el dragón a las puertas de una masculini-

05 Capitulo 5 El rol actual sexual del varon.indd 25 05/06/14 05:25

dad alternativa: vigila los límites de la masculinidad convencional.

Por otro lado, la homosexualidad es percibida como una traición de género. Más aún, el que un hombre se aparte de la masculinidad dominante hace que se le perciba como homosexual.

2.1. Sexualidad e identidad

Quizás lo más importante que debe saberse acerca de la sexualidad masculina es que está íntimamente vinculada a la identidad de género masculina. El desempeño físico exitoso de la sexualidad masculina es esencial para la confirmación de la masculinidad de los hombres.

Podemos encontrar evidencia de ello en los relatos de los hombres heterosexuales acerca de su experiencia de sexo con las mujeres, y en el significado que para los hombres tiene el no poder tener un desempeño sexual apropiadamente masculino.

En relación a lo anterior, las encuestas de Hite revelan la experiencia del coito pene-vagina como una verificación de la identidad masculina. Cualquier fallo en el desempeño masculino (pérdida de la erección o, en particular, ausencia de erección) es experimentado por los hombres, en términos profundamente genéricos, como una pérdida de su hombría, y provoca, en muchos, humillación y desesperación.

Una de las cualidades del discurso dominante sobre la sexualidad masculina también está implícita en esto; la sexualidad masculina está basada en desempeño y potencia. El tener una buena "técnica sexual", definida como una serie abstracta de habilidades, y poder "dar" muchos orgasmos a la mujer, son los elementos que definen la hombría.

De acuerdo con Leonore Tiefer, el desempeño sexual masculino tiene tanto que ver con la confirmación de la masculinidad y la posición entre los hombres como con el placer o la intimidad.

Lectura recomendada

- Connell RW. Gender and power: society, the person and sexual politics. Sydney. Allen & Unwin. 1987.
- Doyle JA. The male experience (2a. edición). Iowa. W.M.C. Brown. 1989.
- Fanning P, McKay M. Being a man: a guide to the new masculinity. Oakland, CA. New Harbinger Publications. 1993.
- Hite S. The Hite report on male sexuality. New York. Alfred A. Knopf. 1981.
- Kaufman M. Cracking the armour: power, pain and the lives of men. Toronto, Ontario. Penguin. 1993.
- Kinsman G. Men loving men: the challenge of gay liberation. In: Kaufman M (ed). Beyond patriarchy: Essays by men on pleasure, power and change. New York. Oxford University Press. 1987.
- Strikwerda R, Larry M. Male friendship and intimacy. In: May L, Strikwerda R (eds). Rethinking masculinity: philosophical explorations in light of feminism. Maryland. Rowman & Littlefield. 1992.
- Tiefer L. In pursuit of the perfect penis: the medicalisation of male sexuality. In: Kimmel M (ed). Changing men: new directions in research on men and masculinity. New York. Sage. 1987.
- Zilbergeld B. The new male sexuality: the truth about men, sex, and pleasure. New York. Bantam Books. 1992.

05 Capitulo 5 El rol actual sexual del varon.indd 26 05/06/14 05:25

Capítulo 6
Clasificación de los trastornos o disfunciones sexuales

Elena-Urraca Villalva Quintana

1. Introducción

A lo largo de este capítulo se va a tratar de la clasificación de los trastornos de la esfera sexual. Se tomará como eje central el ciclo de la respuesta sexual humana tal y como fue descrito por Masters y Johnson y posteriormente reelaborado por Kaplan.

Los trastornos sexuales (TS) pueden ser definidos, de acuerdo con la DSM-V, como un grupo heterogéneo de problemas que originan alteración significativa en la capacidad para obtener una respuesta sexual adecuada y placentera. La DSM-IV además añadía que, para hacer un diagnóstico firme, estos problemas deben también provocar un malestar subjetivamente importante que puede dar lugar a una afectación negativa en las relaciones interpersonales.

La CIE-10 define un trastorno sexual como aquella alteración en el desempeño de la función sexual que condiciona una dificultad para llevar a cabo una relación sexual tal y como el individuo lo desearía. Es una definición algo más ambigua y también más amplia que se utiliza menos que las anteriores.

2. Clasificación de los trastornos sexuales por subtipos

Hasta ahora, la clasificación más admitida es la que se basa en la DSM-IV, que ha sido muy recientemente revisada por la DSM-V, sin embargo esta última todavía no es aceptada de forma unánime por la comunidad científica. En este capítulo se tratará desde el punto de vista de la más reciente clasificación, sin perder de vista la anterior.

Los trastornos sexuales se pueden diferenciar en varios subtipos teniendo en cuenta diferentes variables que se expresan en los siguientes epígrafes:

1. Por la naturaleza temporal del trastorno sexual:

a) De "toda la vida" o primario si ha existido desde el inicio de la actividad sexual (por ejemplo, desde la primera relación y siempre presenta eyaculación antes de la penetración).

b) Adquirido o secundario si ha aparecido después de un periodo de actividad normal (por ejemplo, eyaculación muy rápida desde que se ha divorciado).

Pueden darse simultáneamente alteraciones diferentes, existiendo importante solapamiento y comorbilidad entre ellos, siendo a veces difícil discernir cuál es el trastorno primario y cuál el secundario.

2. Según el contexto en que se presenta el trastorno sexual:

a) General, si se da en todas las situaciones, es decir, no está limitado solo a cierto tipo de situaciones, estimulaciones o a la actividad con cierto tipo de compañero sexual (por ejemplo, siempre que se intenta una penetración vaginal)

b) Situacional, si solo aparece en determinadas circunstancias, con cierto tipo de pareja, o de estimulación (por ejemplo, solo ocurre en momentos de estrés).

3. Según los factores etiológicos implicados en el trastorno sexual:

a) Debido a factores psicológicos, si éstos tienen gran importancia en el inicio, la grave-

06 Capitulo 6 Clasificación de los trastornos.indd 27 05/06/14 10:07

dad, la exacerbación o la persistencia del TS (por ejemplo, trastorno del deseo después de una violación).

b) Debido a factores exclusivamente orgánicos (por ejemplo, disfunción eréctil en un paciente con enfermedad de Peyronie).

c) Debido a factores combinados (por ejemplo eyaculación precoz en un paciente psicótico que está en siendo tratado con fármacos neurolépticos).

Es importante asumir que a veces no se encuentra un factor causal claro para el trastorno.

4- Según en qué parcela de la Sexualidad aparezca el trastorno sexual:

a) Trastornos sexuales en alguna de las fases del ciclo sexual (trastornos en las fases de deseo, excitación, orgasmo o resolución).

b) Trastornos sin correlación con las fases del ciclo sexual:

b1) Trastornos relacionados con dolor durante la actividad sexual.

b2) Otras categorías.

c) Trastornos relacionados con la identidad sexual (disforia sexual).

d) Trastornos relacionados con la orientación del deseo y el patrón de excitación sexual.

3. Trastornos sexuales relacionados con otros problemas

Si el trastorno sexual aparece exclusivamente en el seno de un trastorno mental (por ejemplo, deseo hipoactivo en el seno de una depresión), no debe establecerse el diagnóstico independizado de trastorno sexual. Si es secundario a dificultades en las relaciones interpersonales, por ejemplo una mala relación de pareja, no hay que clasificar como TS per se. Si se asocian a enfermedad médica (neurológica, endocrina, vascular...) deben especificarse como este ejemplo: trastorno en la erección secundario a diabetes. De igual manera sucede si el TS está relacionado con el consumo de drogas o con la abstinencia de ellas (antidepresivos, antihipertensivos, anticonvulsivantes, antihistamínicos, opiáceos, cannabis, alcohol, cocaína).

4. Trastornos sexuales relacionados con el ciclo sexual

En este trabajo, al abordar la clasificación de las disfunciones sexuales femeninas, se van a incluir las observaciones del panel de expertos que conforman el Grupo de Consenso Internacional sobre Disfunciones Sexuales Femeninas que matizan la clasificación de la *American Psichyatric Association* y añaden una nueva categoría.

Alteraciones del deseo sexual

- **Deseo sexual hipoactivo**, definido como la deficiencia o ausencia recurrente o prolongada de fantasías y/o pensamientos relacionados con el sexo y/o ausencia de deseo de mantener relaciones sexuales de cualquier tipo. Esta situación además es vivida como fuente de conflictos y displacer, interfiriendo en las relaciones personales. Puede enmascarar otras alteraciones sexuales.
- **Trastorno por aversión al sexo**, definido como la hostilidad extrema persistente o recidivante hacia, y con evitación de, todos o casi todos los contactos sexuales genitales con una pareja sexual, que provoca malestar acusado o problemas interpersonales. La aversión al sexo puede enmascararse con conductas evitativas confusas como pueden ser las ocupaciones excesivas o el descuido del aspecto externo para resultar desagradable y no deseable sexualmente.

Alteraciones en la excitación

- En la mujer. **Trastorno de la excitación sexual femenina**, definida como una incapacidad persistente o recurrente para conseguir o mantener la excitación sexual, que puede expresarse como una pérdida de excitación subjetiva con/sin dificultad para conseguir y mantener la lubricación vaginal u otras respuestas somáticas propias de esta fase. Hay ausencia o disminución de fantasías y pensamientos eróticos, de respuesta a estímulos sexuales habituales y ausencia o reducción de las sensaciones eróticas no genitales durante el encuentro sexual. Causa problemas relacionales y malestar personal y con frecuencia también están presentes trastornos en la fase del orgasmo.
- En el varón. **Trastorno de la erección**, definida como la dificultad o incapacidad per-

06 Capitulo 6 Clasificación de los trastornos.indd 28 05/06/14 10:07

manente o recurrente para lograr o mantener una erección lo suficientemente potente como para iniciar y/o terminar una cópula satisfactoria. Esto ocurriría en el 75%-100% de las veces que se intenta llevar a cabo un coito durante los últimos 6 meses. Puede clasificarse en tres grados: leve, moderada y severa, dependiendo del malestar emocional que origine y de la gravedad de los síntomas. Causa malestar acusado personal e interpersonal.

Alteraciones en el orgasmo

El diagnóstico de los trastornos en la fase de orgasmo excluye aquellos casos en que la estimulación sexual no es adecuada en cuanto al objeto, intensidad y duración, además es importante considerar la experiencia sexual del individuo ya que las mujeres pueden aprender a conseguir el orgasmo y, una vez que esta habilidad se ha adquirido, no suele perderse. Además solo se consideran trastornos o disfunciones si causan estrés personal y dificultades en las relaciones interpersonales.

- En la mujer. **Anorgasmia o inhibición orgásmica femenina**: ausencia o retraso persistente o recurrente para llegar al orgasmo a pesar de haber tenido una fase de excitación normal en el 75%-100% de los contactos sexuales mantenidos en los últimos 6 meses y que causa intenso malestar personal y/o problemas con la pareja.
- Trastornos orgásmicos masculinos o relacionados con la eyaculación:
  - **Eyaculación precoz:** cuando el patrón eyaculatorio durante la actividad sexual en pareja se caracteriza por la incapacidad o falta de control por parte del hombre para posponer la eyaculación, ocurriendo en el 75%-100% de los casos durante los últimos 6 meses.

    Según algunos textos la eyaculación aparecería de forma involuntaria en el primer minuto o antes de la penetración, pero la mayoría de los investigadores todavía no han alcanzado un consenso claro sobre esto. Nos parece más apropiado la consideración del término control adecuado, entendiéndose por ello la posesión de un grado razonable de control voluntario sobre la eyaculación que permita proseguir los movimientos durante el coito mientras se encuentra un alto nivel de excitación y placer, hasta el momento en que se decide eyacular. Hay que considerar factores tales como la novedad de la pareja, la frecuencia de coitos, la experiencia o la edad.
  - **Eyaculación retardada:** ausencia o retraso persistente o recurrente para llegar al orgasmo a pesar de haber tenido unas fases de deseo y excitación normales. No están definidos los límites en el número de movimientos coitales a partir de los cuales se puede definir la demora eyaculatoria, lo que hay que considerar entonces es el grado de malestar personal y la problemática interpersonal que causa el trastorno.
  - **Aneyaculación:** imposibilidad de eyacular o conseguir un orgasmo a pesar de haber obtenido una excitación correcta y satisfactoria. Hay que considerar como cuestión fundamental la presencia o no de sensación orgásmica ya que podría darse la no eyaculación pero con sensación orgásmica positiva o la eyaculación sin orgasmo. Los casos primarios frecuentemente se asocian con otras psicopatologías.

5. Trastornos no relacionados con el ciclo sexual: trastornos por dolor durante la actividad sexual

- **Dispareunia (masculina y femenina):** se define como dolor recurrente o persistente durante el coito. Es mucho más común en mujeres y frecuentemente coincide con vaginismo. En varones frecuentemente es secundaria a patología médica (Enfermedad de Peyronie, prostatitis, infección herpética, gonorrea).
- **Vaginismo:** aparición recurrente o persistente de espasmos dolorosos involuntarios de la musculatura del tercio externo vaginal interfiriendo o impidiendo la penetración del pene o de cualquier objeto (por ejemplo, un espéculo) y que provoca distress importante y disminución de la calidad de vida. Puede ser primario (aparece con el primer intento de coito) o adquirido (frecuentemente relacionado con una experiencia traumática sexual o con enfermedades médicas).
- **Dolor sexual no coital:** dolor genital recurrente o persistente inducido por estimula-

06 Capitulo 6 Clasificación de los trastornos.indd 29 05/06/14 10:07

ción sexual no coital. Está descrito en mujeres.

- **Dolor posteyacultorio:** es causado por el espasmo involuntario de la musculatura perineal. Puede deberse a conflictos psicológicos relacionados con el sexo o a efectos secundarios de medicación antidepresiva.

6. Trastornos sexuales no especificados

Se denominan así a aquellas disfunciones clínicamente significativas que no cumplen criterios suficientes para ser incluidos en alguno de los grupos anteriores. Se describen a continuación algunos trastornos no contemplados en la clasificación DSM pero aceptados en el ámbito científico general.

Comportamiento sexual compulsivo o adicción sexual

Búsqueda compulsiva de contactos sexuales aunque no den lugar a satisfacción sexual. Implica dependencia psicológica y física, provocando que la vida gire exclusivamente en torno al sexo de manera parecida a la que causan algunas drogas no legales. Es una alteración no universalmente reconocida aunque cada vez hay más estudios relacionados con ella. A veces se incluyen en este grupo la ninfomanía y la satiriasis.

Disforia postcoital

Ocurre durante la fase de resolución del ciclo sexual, puede aparecer ánimo depresivo, tensión psicológica, irritabilidad y ansiedad, a veces también agitación motora. Se ha descrito en ambos sexos.

Orgasmo femenino precoz o prematuro

Se han descrito algunos casos de mujeres que pueden presentar el orgasmo demasiado rápido, sin posibilidad de control. Esto causa importante distress personal e interfiere en sus relaciones sexuales interpersonales.

7. Disforia sexual

Este término ha sustituido al utilizado hasta ahora trastornos de la identidad sexual. Se refiere a la sensación de no pertenencia emocional ni psicológica al sexo determinado genéticamente y causa un intenso malestar.

8. Trastornos relacionados con excitación sexual anómala: parafilias

Se remite al lector a la consulta del capítulo 11 donde específicamente se abordan los trastornos parafílicos.

Lectura recomendada

- American Psychiatric Association: Diagnostic and Stadiscal Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. Arlington,VA, American Psychiatric Asociation, 2013.
- Basson R, Berman J, Burnett A, Derogatis L, Ferguson D, Fourcroy J, et al. Report of the International Consensus Development of Conference on Female Sexual Dysfunction: Definitions and Clasifications. J.Urol. 2000 Vol 163, 888-893. March.
- Cabello F. Otras disfunciones sexuales masculinas, en Actualizaciones en Sexología Clínica, ed. Itziar Alonso-Arbiol. Servicio Editorial de la Universidad del País Vasco (Educación y Psicología). 2005. Bilbao.
- DSM-IV- TR(R) - AP. Atención Primaria. Manual diagnóstico y estadístico de las enfermedades mentales. Texto revisado (2004). Masson SA. Barcelona.
- Ferrándiz Santos J, Sáez Pomares M. Trastornos de la sexualidad. En: Martín Zurro A, Cano Pérez JF. (eds.) Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. 6. ªed.Barcelona:Ed. Elsevier España, 2008; 1051-1075.
- La sexualidad humana en Shadock BJ, Shadock V (eds.) Sinopsis de Psiquiatría. Ciencias de la conducta/Psiquiatría clínica.10ªed. Barcelona: Ed.Wolters Kluwer Health España SA 2008; 680-717.

06 Capitulo 6 Clasificación de los trastornos.indd 30 05/06/14 10:07

Capítulo 7
La anamnesis en la historia clínica de salud sexual

Froilán Sánchez Sánchez

1. Introducción

Las disfunciones sexuales (DS) provocan trastornos de salud y conflictos con grave repercusión en la autoestima y en las relaciones de pareja, conocer el procedimiento sobre cómo realizar una adecuada anamnesis en salud sexual debería de ser una práctica clínica de obligado cumplimiento.

2. La necesidad de la búsqueda activa

Los pacientes no suelen consultar sus problemas sexuales. En el estudio EDEM solo el 16,5% de los hombres con DE consultaban *motu proprio* su enfermedad al médico. Aunque sólo el 40% de los pacientes reconocen haber hablado en algún momento sobre su vida sexual con su médico, recientes estudios muestran como a la mayoría les gustaría que fuese éste quien lo hiciese. En tal sentido, la búsqueda activa, preguntando sobre todo a los que están en riesgo, resulta decisiva para que estos problemas afloren.

3. Condiciones necesarias para realizar la anamnesis

Para realizar la entrevista el médico debe regirse por el sentido de la oportunidad. Se llevará a cabo con naturalidad, empatía y adoptando una actitud de escucha activa, cuidando el lenguaje no verbal.

En adolescentes conviene sondear sus conocimientos y actitudes sobre métodos anticonceptivos y prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS).

4. Actitud ante posibles resistencias

Si detectamos resistencia por parte del paciente habremos de aceptarla e intentar superarla mediante técnicas que favorezcan la empatía, pero sin insistir; ya que el resultado puede ser contrario al que se pretende.

Es conveniente dejar abierta la posibilidad de que la persona entrevistada consulte posteriormente, cuando lo considere conveniente, mediante frases como esta: “si en algún momento cree que tiene dificultades en su vida sexual, como desgana, dolor, problemas con la erección, eyaculación, etc., de usted o su pareja, no dude en consultarlo porque puede estar relacionado con algún otro problema de salud”.

Es necesario observar al paciente y valorar sus gestos, comprobando si hay concordancia entre lo que habla y su mímica. En una consulta de pareja, el lenguaje paraverbal puede servir para ofrecer el mejor momento para el turno de palabra.

5. Pauta propuesta

5.1 Situación A

El/la paciente no consulta por su propia iniciativa y sospechamos una posible DS.

07 Capitulo 7 La anamnesis.indd 31 05/06/14 10:08

- En el momento oportuno podemos preguntar: **¿Considera que sus relaciones sexuales son satisfactorias?** Si la respuesta es sí, añadiremos **¿tanto para usted como para su pareja?** Si la respuesta vuelve a ser afirmativa, preguntaremos a fin de conocer su nivel de información, así como sobre conductas de riesgo (métodos anticonceptivos, riesgo de ITS), síntomas prostáticos en el varón, etc.
- Como alternativa, si se sospecha DE, se puede recurrir a fórmulas como: **"Hay pacientes con hipertensión (diabetes, etc.), como usted, a los que les cuesta conseguir o mantener la erección ¿en ese aspecto como le van las cosas?"**
- Cuando a estas preguntas la respuesta es que sus relaciones sexuales no son satisfactorias, proponemos una fórmula abierta que dé opción a que explique qué es lo que no va bien. Así, podemos preguntar con un simple **¿por qué?** O bien con un **¿cuál cree usted que es el problema?** Nos puede responder que no mantiene relaciones sexuales, que no tiene pareja estable, o que la falta de sintonía en las relaciones sexuales ha precipitado conflictos entre los dos, puede ser que exista más de una pareja sexual, o que tenga un conflicto en cuanto a su orientación sexual, etc.
- Si aún no tenemos claro cuál es el problema, preguntaremos acerca del **deseo** sexual, la **excitación** (problemas con la lubricación vaginal o con la erección) y el **orgasmo** (anorgasmia, eyaculación precoz, retardada o aneyaculación).
- Conviene identificar qué circunstancias pueden motivar el trastorno (fármacos, enfermedades médicas, trastornos mentales, consumo de drogas, etc.).
- También, si el problema es desde siempre (primario) o si aparece tras un tiempo de actividad normal (secundario), y si sucede en cualquier situación o sólo en algunas.
- Se ha de valorar de qué forma la DS repercute en el psiquismo de la persona. Generalmente existe tendencia a la inculpación.
- Una vez iniciada la anamnesis sexual, si de ésta se desprende que existe algún tipo de DS, se orientará a obtener respuesta a las siguientes preguntas: ¿Cuál es el problema? ¿Desde cuándo le sucede? ¿Cuándo se manifiesta? ¿A qué cree que se debe? ¿Cómo lo vive usted? ¿Hay alguna práctica sexual que no le satisface? ¿Se toma el tiempo necesario para mantener relaciones sexuales? ¿Tiene fantasías sexuales? ¿Conoce los cambios que suceden en su cuerpo durante la actividad sexual? ¿Desea cambiar la situación en que se encuentra? ¿Lo habla con su pareja? (si la hay) ¿Cuál es su actitud? Intentos previos de solución y resultados alcanzados, así como qué expectativas terapéuticas tienen.

5.2 Situación B

El/la paciente consulta por su propia iniciativa un problema sexual. En este caso, la entrevista se centrará en obtener respuesta a los últimos apartados descritos.

Llegados a este punto, es preciso decidir si nos consideramos competentes para intervenir sobre el problema sexual o si es conveniente derivar al paciente a otro especialista: urólogo, ginecólogo u otro especialista médico si la DS se debe a patología orgánica que rebasa nuestro ámbito de competencias, o a un médico o psicólogo con formación específica en sexología para el resto.

Si se decide proseguir, en la Tabla 7.1 se recoge la información recomendada para configurar una anamnesis sexual básica.

6. Registro de problemas sexuales en la historia clínica

Ante cualquier queja o DS que surja en consulta se registrará:

1. Su naturaleza temporal: A) DS primaria (desde siempre), si ha existido desde el inicio de

Tabla 7.1. Contenidos de una anamnesis sexual básica en salud sexual

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

07 Capitulo 7 La anamnesis.indd 32 05/06/14 10:08

la actividad sexual. B) DS secundaria, aparece a partir de un determinado momento o circunstancia, después de un periodo de actividad normal.

2. El contexto en el que se presenta: a) General, si se da en todas las situaciones. B) Situacional, si sólo aparece en determinadas circunstancias.
3. Los factores etiológicos implicados: A) Predominio psicológico: si estos tiene gran importancia en el inicio, la gravedad, la exacerbación o la persistencia del trastorno. B) Predominio orgánico: si existe una causa orgánica que explica el cuadro. C) Mixto: debido a factores combinados.
4. La parcela de la sexualidad afectada: A) Trastornos del ciclo de la respuesta sexual. B) Relacionados con dolor durante la actividad sexual. C) Relacionados con la identidad sexual. D) Relacionados con la orientación del deseo y el patrón de excitación sexual.
5. Historia de intentos de resolución: tratamientos previos, libros u otros recursos consultados. Resultados alcanzados.
6. Expectativas terapéuticas del paciente y de su pareja: en cuanto a qué esperan de la intervención médica.

Lectura recomendada

- Barber B, Hellard M, Jenkinson R, Spelman T, Stoove M. Sexual history taking and sexually transmissible infection screening practices among men who have sex with men: a survey of Victorian general practitioners. Sex Health. 2011;8(3):349-54.
- Martín Morales A, Sánchez Cruz JJ, Saenz de Tejada I, Rodríguez Vela L, Jiménez Cruz JF, Burgos Rodríguez F. Prevalence and independent risk factors for erectile dysfunction in Spain: results of the Epidemiologia de la Disfunción Eréctil Masculina Study. J Uro. 2001; 166 (2): 95-104.
- Meystre-Agustoni G, Jeannin A, de Heller K, Pécoud A, Bodenmann P, Dubois-Arber F. Talking about sexuality with the physician: are patients receiving what they wish? Swiss Med Wkly. 2011;141:w13178. Disponible en: http://www.smw.ch/content/smw-2011-13178/
- Nicolai MP, Both S, Liem SS, Pelger RC, Putter H, Schalij MJ, et al. Discussing sexual function in the cardiology practice. Clin Res Cardiol. 2013;102(5):329-36.
- Sánchez-Sánchez F, González-Correales R, Jurado-López AR, San Martín-Blanco C, Montaña-Hernández R, Tijeras-Úbeda MJ, Benitez-Moreno JM, Brenes-Bermúdez F, Mir Pizà J, Villalba-Quintana E. The medical history taking in sexual health: skills and attitudes. Semergen. 2013;39:433-9.
- Shafii T, Burstein GR.The adolescent sexual health visit.Obstet Gynecol Clin North Am. 2009;36(1):99-117.
- Wolf C.Exploring the sexual attitudes of physician assistant students: implications for obtaining a sexual history. J Physician Assist Educ. 2012;23(4):30-4.

07 Capitulo 7 La anamnesis.indd 33 05/06/14 10:08

Capítulo 8
Evaluación de los problemas sexuales

María Lara Torres
María José Tijeras Úbeda

1. Introducción

La evaluación de la salud global de una persona integra su cuerpo, su mente, su entorno social, laboral y comunitario. Resulta incomprensible que se olvide su salud sexual como un elemento más de ella.

La sexualidad se ve afectada y afecta al resto de ámbitos de la persona. Cuando se plantea un problema de salud sexual la valoración debe ser integral, y con los datos obtenidos se debe dar respuesta a los siguientes objetivos:

- Delimitar el motivo de consulta: pueden consultar por dudas que se resolverán con información y no precisará de más intervenciones. Si se trata de una disfunción sexual (DS) obliga a completar la anamnesis y crear una hipótesis diagnóstica.
- Orientar sobre la posible etiopatogenia y realizar un diagnóstico diferencial de la DS.
- Valorar las actitudes hacia la sexualidad, nivel de motivación y compromiso de él y su pareja si se decide iniciar tratamiento.
- Determinar si es subsidiario de tratamiento de Atención Primaria (AP) o precisa derivación a atención especializada.

2. Motivos de consulta

Los motivos de consulta sobre salud sexual pueden ser variados. Las principales demandas son:

- Secundarias a problemas orgánicos, psicopatológicos, a tratamientos farmacológicos, médicos y quirúrgicos.
- Educación sexual: expectativas poco realistas o falta de conocimientos sobre sexualidad, que precisarán intervenciones de prevención primaria, secundaria y terciaria, consistentes en proporcionar a los pacientes información veraz y fiable sobre ésta.
- Asociadas al ciclo vital: los profesionales pueden ayudar a resolver dudas sobre la sexualidad en las distintas etapas de la vida y a entender y adaptar la sexualidad a los cambios que aparezcan.
- Dificultades propias de la vida sexual.

3. Evaluación de la salud física y del estilo de vida

La historia médica general y la exploración física constituyen el eje principal en la evaluación integral e integrada del varón con problemática sexual. Además pueden ayudar a orientar el diagnóstico, posible etiología, grado de severidad, abordaje terapéutico y evolución del cuadro.

3.1 Historia médica

La historia clínica debe indagar y registrar los siguientes aspectos:

- **Antecedentes médicos familiares de interés:** enfermedades metabólicas, endocrinas o neurológicas con gran componente hereditario.
- **Antecedentes personales y problemas activos de salud:** especial atención a factores de riesgo cardiovascular o traumatismos en zona pélvica o medular (Tabla 8.1).
- **Hábitos tóxicos y estilos de vida no saludables:** algunos hábitos de vida están íntima-

08 Capitulo 8 evaluacion.indd 35 05/06/14 10:09

Tabla 8.1. Enfermedades crónicas que producen disfunciones sexuales

Enfermedades cardiovasculares	Cardiopatía isquémica	Disfunción eréctil Deseo sexual hipoactivo
	Insuficiencia cardiaca	Falta de interés sexual Disminución parcial de la actividad sexual
	Arteriosclerosis y disfunción endotelial	Disfunción eréctil
	Hipertensión arterial	Disfunción eréctil
Enfermedades neurológicas	Lesiones medulares	Lesiones altas: erección refleja. Eyaculación no siempre. Orgasmo raro Lesiones medias: erección refleja. No eyaculación ni orgasmo Lesiones bajas: orgasmo y eyaculación son posibles, sin propulsión del líquido seminal
	Ictus	Disfunción sexual Deseo sexual hipoactivo/aumentado
	Demencias	Disfunción eréctil Desinhibición sexual (frontal)
	Parkinson	Disfunción eréctil Eyaculación precoz Dificultad para alcanzar el orgasmo
	Esclerosis múltiple	Disfunción eréctil Deseo sexual hipoactivo Aneyaculación/eyaculación precoz
	Epilepsia	Deseo sexual hipoactivo Disfunción eréctil Eyaculación precoz
	Polineuropatías	Disfunción eréctil Eyaculación precoz
	Síndrome de piernas inquietas	Deseo sexual hipoactivo Disfunción eréctil
Enfermedades mentales	Ansiedad; depresión; trastornos obsesivos y psicóticos	Deseo sexual hipoactivo Disfunción eréctil
Alteraciones hormonales	Hipogonadismo/hiperprolactinemia	Disfunción eréctil Deseo sexual hipoactivo
	Hipotiroidismo/hipertiroidismo	Deseo sexual hipoactivo/aumentado Disfunción eréctil Eyaculación precoz (cuestionado)
Trastornos metabólicos	Diabetes mellitus	Disfunción eréctil Eyaculación precoz
	Hiperlipidemia	Disfunción eréctil
Trastornos genitourinarios	Prostatitis e infecciones del tracto urinario inferior	Eyaculación precoz Deseo sexual hipoactivo Disfunción eréctil
	Enfermedad de la Peyronie	Dispareunia masculina Imposibilidad para la penetración Disfunción eréctil
	HBP/STUI	Disfunción eréctil Eyaculación retrógrada
Otras	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica; síndrome de apnea del sueño	Disfunción eréctil
	Insuficiencia renal	Deseo sexual hipoactivo Disfunción eréctil
	Cirrosis hepática;	Deseo sexual hipoactivo Disfunción eréctil
	Hemocromatosis idiopática; anemia de células falciformes; leucemias.	Disfunción eréctil

HBP: Hiperplasia benigna de próstata; STUI: Síntomas del tracto urinario inferior.

08 Capitulo 8 evaluacion.indd 36 05/06/14 10:09

mente relacionados con la génesis o mantenimiento de la DS.

- **Tratamientos actuales:** conocer alergias y contraindicaciones. Detallar tratamientos farmacológicos actuales, para descartar efectos secundarios sobre la respuesta sexual o que contraindiquen la prescripción de otros (Tabla 8.2).

Las cirugías, en especial todas las de la zona abdominal-pélvica, presentan una alta incidencia de DS.

No olvidar otras terapias como: cirugías, radioterapia, oxigenoterapia, CPAP, hemodiálisis, etc.

3.2 Exploración física

La sospecha diagnóstica y la elaboración de un correcto diagnóstico diferencial pasa por la realización de una exploración física dirigida por órganos y aparatos.

- **Sistema vascular:** talla, peso, índice masa corporal (IMC), tensión arterial, auscultación cardiovascular, índice tobillo-pie, índice tobillo–brazo, palpación de pulsos, auscultación de soplos abdominales e inguinales.
- **Sistema neurológico:** explorar sensibilidad perineal y reflejos, como el reflejo bolbocavernoso, el reflejo anal digital o el reflejo cremastérico.
- **Sistema endocrino:** alteraciones del hábito corporal, caracteres sexuales secundarios feminizados, síndromes genéticos.
- **Sistema genitourinario:** examinar genitales externos y realizar tacto rectal.

4. Evaluación mental, psicosexual, familiar y sociolaboral

4. 1. Evaluación mental

La alta prevalencia de la enfermedad mental en la población general, invita a indagar sobre la existencia actual o pasada de un problema de esta índole, y si ha seguido o no tratamiento.

Los varones con patología mental tienen un mayor riesgo de padecer DS debido al propio trastorno psiquiátrico, a su predisposición individual, historia personal y secundarismos de la medicación psicótropa que alteran el ciclo de respuesta sexual.

Existe una fuerte asociación de la DS con una amplia gama de síntomas psiquiátricos.

La “satanizada” relación de psicofármacos con las DS puede atenuarse con una adecuada información en relación a sus posibles efectos adversos sobre la esfera sexual, que invite al paciente a consultar sobre posibles alternativas o modificaciones antes de abandonar el tratamiento.

Pero no sólo conviene investigar la posibilidad de una morbilidad psiquiátrica, los factores “psicosociales” (personalidad, actitudes, relación de pareja...) también constituyen una base importante en la aparición y mantenimiento de DS.

Para Farré y Lasheras “Lo que verdaderamente interesa es conocer la frontera entre la sintomatología reactiva y los cuadros psicopatológicos provocadores de disfunción”.

4.2 Evaluación psicosexual

No es de obligado cumplimiento la realización de este tipo de valoraciones por parte del médico de AP pero sí se recomienda reconocer qué factores pueden predisponer, generar o mantener las DS. Se debe disponer del tiempo necesario y, si no es así, posponer la entrevista, buscar el momento adecuado, y evitar violentar al paciente. Preguntar por:

- **Aspectos cognitivos:** identificar qué factores psicológicos pueden incidir en el comienzo, exacerbación o persistencia del trastorno, y si existen pensamientos automáticos o “rumiaciones”, distorsiones, atribuciones antes, durante o después de la relación sexual, etc.
- **Aspectos emocionales:** si existe ansiedad anticipatoria o desencadenada con la práctica sexual, síntomas disfóricos o depresivos, disminución de la autoestima y la calidad de vida.
- **Educación sexual:** fuentes de conocimiento, creencias religiosas, mitos y creencias sobre sexualidad, expectativas sobre la sexualidad, etc.
- **Actitudes hacia la sexualidad y biografía sexual:** preguntar cómo se relaciona sexualmente con los demás, preferencias sexuales y relaciones sexuales actuales, anteriores relaciones sexuales y de pareja y la vivencia que tuvo de ellas, mecanismos adaptativos

08 Capitulo 8 evaluacion.indd 37 05/06/14 10:09

Tabla 8.2. Nomenclátor farmacológico sexual

			D	E	O
ANTI HIPERTENSIVOS	Diuréticos	Tiazidas y distales (hidroclorotiazida, amiloride,espironolactona...)	+	+	-
		Del ASA (furosemida, torasemida...)	-	+	-
	Betabloqueantes	Propanolol	+	+	-
		Atenolol, celiprolol	-	+	-
	Alfa-betabloqueantes	Carvedilol	-	+	-
		Labetalol	+	+	+/EP
	IECA	(Captopril, enalapril...)	-	+	-
	Acción central	(Alfametildopa, clonidina)	+	+	+
PSICOTROPOS	ADT	(Amitriptilina, imipramina, nortriptilina...)	+	+	+
	SARI	(Trazodona...)	+	+/P	+
	ISRS	(Fluoxetina, citalopram, escitalopram, paroxetina, sertralina...)	+	+	+
	ISRND	Duloxetina	+	+	+/ER
		Maprotilina	+	+	+
		Reboxetina	-	-	+/ER
		Venlafaxina	-	-	+
	Antipsicóticos típicos	Clorpromacina, levomepromacina, haloperidol, sulpiride, pimozida	+	+	+
		Flufenazina	+	+	-
		Perfenazina, trifluoperazina, amisulpirida	-	-	+
		Pipotiazida, tiaprida	-	+	-
	Antipsicóticos atípicos	Clozapina	-	+/P	+
		Risperidona	+	+/P	+
		Zuclopentixol	+	-	-
		Sertindol	-	-	+
PROSTÁTICOS	Alfabloqueantes	Tamsulosina	-	-	+/ER
		Terazosina	+	+	-
	Inhibidores de la 5alfa-reductasa	Finasterida, Dutasterida	+	+	+
OTROS		Antiandrogenos :análogos de la LHRH /flutamida,/ bicalutamida	+	+	-
		Agonistas serotoninergicos: ciproheptadina, pizotifeno, metisergida, granisetron, yohimbina	-	+	-
		Testosterona, DHEA	+/AD	-	+/EP
		Levodopa y agonistas dopamina	+/AD	-	+/EP
		Anfetaminas, cocaína	-	-	+/EP
		Efedrina, fenilpropanolamida	-	-	+/EP
		Ketoconazol	+	+	-

IECA: inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina-II; ADT: antidepresivos tricíclicos; SARI: inhibidores de la recaptación de serotonina y agonista de los receptores de 5HT2; ISRS: inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina; ISRND: inhibidores selectivos de la recaptación de noradrenalina; DHEA: dehidroepiandossterona; EP: eyaculación precoz;. P: priapismo; ER: eyaculación retardada; ER: eyaculación retrógrada; AD: aumenta deseo; D: deseo; E: excitación; O: orgasmo.
Modificado de Mir Pizá J. Vademecum sexual. Actualizado 2012. Citado 26 abril 2014. Disponible en: http://espaitera-peutic.com/images/stories/vedemecumsexual.pdf

08 Capitulo 8 evaluacion.indd 38 05/06/14 10:09

o conductas evitativas al problema sexual, si han pedido previamente ayuda, si existen otras DS concomitantes, conductas de riesgo o si han sufrido experiencias traumáticas, abusos o agresiones sexuales. Conocer sus actitudes hacia la masturbación, fantasías sexuales, anticoncepción, si sus características son erotofóbicas- erotofílicas.

4.3 Evaluación familiar y socio-laboral

Conocer o actualizar los datos familiares, sociales y laborales constituye una gran fuente de información. Deben siempre merecer una consideración en la etiología individual de las DS los acontecimientos vitales estresantes: problemas familiares, económicos, derivados de situaciones de duelo, cambios evolutivos relacionados con la paternidad, los relacionados con la edad (jubilación, marcha de los hijos).

Conocer la actividad de un día normal, cómo distribuye el tiempo (laboral/familia/ocio...), obligaciones laborales versus emocionales, qué conductas diarias automatizadas realiza, también ayudará a estimar en qué grado afecta a su problema.

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

Un trastorno sexual afecta no sólo a la emoción de la persona que lo padece, sino a la propia relación de pareja, si la tiene. Será necesario evaluar su relación emocional y su dinámica sexual.

Hay que investigar su "guión sexual", que suele ser repetitivo, riguroso y, generalmente, generador de ansiedad. A lo largo del tiempo se pueden afectar otras fases del ciclo de respuesta sexual, dando lugar a la evitación de la actividad sexual.

Es fundamental a la hora de la evaluación de una DS saber si el paciente vive en pareja, si dicha relación de pareja estaba previamente deteriorada o si existen mecanismos de comunicación entre ellos alterados.

Por diversos estudios se sabe que la mujer de un hombre con DE desarrolla una DS femenina. Según Greenstein y cols., que evaluaron a 113 parejas de hombres con DE, el 55% de ellas refería algún tipo de DS (el 56% presentaba bajo deseo sexual, el 37% rechazo o aversión sexual y el 63% dificultad para alcanzar el orgasmo). Aunque no existen estudios relevantes, en el caso de parejas homosexuales en las que uno de los miembros sufre una DE, el impacto emocional y las consecuencias son similares a las que suceden entre las parejas heterosexuales.

Las mujeres de los hombres con DS suelen afrontar la DS de su pareja de cuatro formas distintas: están las que cooperan y solicitan relaciones sexuales, las que animan y estimulan a su compañero, las que no estimulan a su compañero y la mujer que rechaza la relación sexual.

A la hora de evaluar una DS, el médico debe conocer lo que el paciente o la pareja conoce o ignora, cómo ha sido educado, el ambiente cultural en el que ha vivido, los mitos o las creencias que persigue. Las exigencias sociales se han transferido a las relaciones sexuales; hombres y mujeres se esfuerzan por responder a estereotipos de juventud y belleza que les lleva a intentar cumplir determinadas expectativas en su vida sexual.

Lecturas recomendadas

- Abler B, Seeringer A, Hartmann A, Grön G, Metzger C, Walter M, et al. Neural correlates of antidepressant-related sexual dysfunction: a placebo-controlled fMRI study on healthy males under subchronic paroxetine and bupropion. Neuropsychopharmacology. 2011. Aug;36(9):1837-47.
- Basson R, Rees P, Wang R, Montejo AL, Incrocci L. Sexual Function in Chronic Illness.j J Sex Med. 2010;7:374–388.
- Benítez JM, Brenes FJ, Casado P, González R, Sánchez F, Villalba E. Salud sexual. Semergen Doc. Documentos Clínicos SEMERGEN. Madrid: Edicomplet; 2006.
- Brenes F, Gómez JJ, San Martín C, Tijeras MJ. Curso online Disfunción Eréctil en Atención Primaria. Madrid. Wolters Kluwer Pharma Solutions; 2010.
- Budweiser S, Luigart R, Jörres RA, et al. Long-term changes of sexual function in men with obstructive sleep apnea after initiation of continuous positive airway pressure. J Sex Med. 2013; 10:524.
- Cabello F. Manual de sexología y terapia sexual. Madrid. Síntesis, 2010.
- Cruz N. Tratado de Andrología y Medicina Sexual. Tomo II. Madrid. Editorial Médica Panamericana; 2012.

08 Capitulo 8 evaluacion.indd 39 05/06/14 10:09

- Dueñas H, Brnabic AJ, Lee A, Montejo AL, Prakash S, Casimiro- Querubin ML, et al. Treatment-emergent sexual dysfunction with SSRIs and duloxetine: effectiveness and functional outcomes over a 6-month observational period. Int J Psychiatry Clin Pract. 2011. Nov;15(4):242-54.
- Fisher WA, Byrne D, White LA. Kelley K. Erotphobia-Erotophilia as a dimension of personality. J Sex Res. 1988; 25, 123-151.
- Guía de la Buena práctica clínica en Disfunciones sexuales. Serie Documentos de Atención Primaria de Salud Ministerio de Sanidad y Consumo. Accesible [13/03/2014] en:https://www.google.es/#q=Gu%C3%ADa+de+la+Buena+pr%C3%A1ctica+cl%C3%ADnica+en+disfunciones+sexuales
- Hatzichristou D, Rosen RC, Derogatis LR, Low WY, Meuleman EJ, Sadovsky R, et al Recommendations for the clinical evaluation of men and women with sexual dysfunction. J Sex Med. 2010; 7 (1 Pt 2): 337-48.
- Kikuchi T, Suzuki T, Uchida H, Watanabe K, Kashima H. Subjective recognition of adverse events with antidepressant in people with depression: a prospective study. J Affect Disord. 2011. Dec;135(1-3):347- 53. Epub 2011 Aug 6.
- Li Y, Batool-Anwar S, Kim S, et al. Prospective study of restless legs syndrome and risk of erectile dysfunction. Am J Epidemiol 2013; 177:1097.
- Maggi M, Buvat J, Corona G, Guay A, Torres LO. Hormonal causes of male sexual dysfunctions and their management (hyperprolactinemia, thyroid disorders, GH disorders, and DHEA). J Sex Med. 2013; 10: 661–77.
- Mir Pizá J. Vademecum sexual. Actualizado 2012. Citado 26 abril 2014. Disponible en: http://espaiterapeutic.com/images/stories/vedemecumsexual.pdf
- Montejo AL, Perahia DG, Spann ME, Wang F, Walker DJ, Yang CR, et al. Sexual function during long-term duloxetine treatment in patients with recurrent major depressive disorder. J Sex Med. 2011 Mar;8(3):773-82.
- Sánchez F, González R, Jurado AR, San Martin C, Montaña R, Tijeras MJ, et al. La anamnesis en la historia clínica en salud sexual: habilidades y actitudes. Semergen. 2013; 39 (8): 433-9.
- Villalva E. Aproximación a la mujer del varón con DE. Sexología Integral. 2006; 3(1):40-43.

08 Capitulo 8 evaluacion.indd 40 05/06/14 10:09

Capítulo 9
Recursos diagnósticos complementarios en salud sexual

Froilán Sánchez Sánchez

1. Introducción

Aunque la entrevista clínica y la exploración física son los recursos diagnósticos más importantes en sexología, en muchas disfunciones sexuales (DS) las pruebas complementarias resultan cruciales para confirmar el diagnóstico.

2. Pruebas de laboratorio básicas en medicina sexual

Su petición es pertinente si la práctica sexual entraña riesgo de infección de transmisión sexual (ITS), en DS adquiridas y en las que se sospecha predominio orgánico. La solicitud se individualizará en función del contexto clínico, de los datos obtenidos durante la entrevista clínica, y de la accesibilidad y fiabilidad de la técnica.

2.1. Situaciones clínicas en las que se solicitarán pruebas de laboratorio

- DS por trastorno de la respuesta sexual: deseo sexual hipoactivo masculino y femenino, trastornos de la excitación sexual en la mujer, disfunción eréctil (DE), trastornos orgásmicos adquiridos, eyaculación precoz adquirida y dispareunia.
- DS asociadas a enfermedades médicas: cardiovasculares, endocrino-metabólicas, psiquiátricas, neurológicas, prostáticas o depauperantes.
- DS asociadas al consumo de tóxicos (tabaco, alcohol, sustancias de abuso) o de fármacos.
- DS relacionadas con la edad o el momento del ciclo vital.
- Contracepción hormonal.
- Prácticas sexuales de riesgo.

2.2. Determinaciones analíticas básicas en salud sexual

- Hemograma completo.
- Glucemia basal. Perfil lipídico (Colesterol total, HDL, LDL). Iones (Na, K).
- Pruebas de función renal y hepática (creatinina, urea, proteinuria en orina, transaminasas GOT y GPT, fosfatasa alcalina).
- FSH, LH y prolactina. 17-beta estradiol. Testosterona libre o total. TSH y T4. Cortisol plasmático y/o libre en orina de 24 horas.

2.3. Determinaciones específicas en determinadas entidades clínicas

- DS por trastorno de la respuesta sexual:
  - Deseo sexual hipoactivo masculino: testosterona libre o total, SHBG, prolactina, LH.
  - Deseo sexual hipoactivo femenino: 17-beta estradiol, FSH, LH, progesterona, testosterona total, DHEAs, prolactina.
- DS asociadas a enfermedades médicas:
  - Cardiovasculares: iones (Na, K), MALB (microalbuminuria en tira, o en orina de 24 horas).
  - Endocrino-metabólicas:
    - Diabetes mellitus: hemoglobina glicosilada (HbA1c).
    - Disfunción tiroidea: T3, T4 libre, TSH, Ac anti-TPO (antiperoxidasa)

09 Capitulo 9 Recursos diagnosticos.indd 41 05/06/14 10:10

  - Prostáticas: antígeno prostático específico (PSA): total, libre y cociente.
- DS relacionadas con el consumo de tóxicos (tabaco, alcohol, sustancias de abuso) o de fármacos: determinación en orina de sustancias específicas.
- DS relacionadas con la edad o el momento del ciclo vital:
  - Síndrome de déficit de testosterona o Déficit androgénico sintomático: testosterona libre o total, SHBG, prolactina, LH
  - Climaterio: 17-beta estradiol, FSH, LH, progesterona, testosterona total, DHEAs, prolactina.
  - Contracepción hormonal: aunque, según la Sociedad Española de Contracepción (SEC), ninguna analítica es imprescindible, como examen de salud durante la adolescencia y como criterio de seguridad, recomiendan solicitar: hemograma completo, perfil bioquímico básico (glucemia, creatinina, colesterol, triglicéridos, GOT, GPT, bilirrubina total y fosfatasa alcalina) y estudio de coagulación (tiempo de protombina, TTPA, fibrinógeno e INR). La determinación de la resistencia a la proteína C activada (RPCA) sólo se considera en caso de trombofilia familiar. No se requiere de manera rutinaria ninguna determinación hormonal.
- Prácticas sexuales de riesgo:
  - Riesgo de embarazo: los tests de embarazo, de orina o de sangre, miden el nivel de la hormona HCG (gonadotropina coriónica humana), detectable unos 14 días después de la ovulación o posible fecundación (de ahí la conveniencia de esperar a realizarlos cuando exista un retraso menstrual de al menos 7 días).
  - Riesgo de ITS: solicitud de pruebas en función del periodo de incubación de cada entidad, al final del cual debe repetirse la prueba para asegurar su ausencia.

3. Cuestionarios y autoinformes

3.1. Cuestionarios para valorar la función sexual en general del hombre

Entre estos destacamos:

- *Sexual Opinión Survey*. Evalúa el nivel de erotofilia-erotofobia mediante 21 preguntas, existiendo una versión reducida de 10. Está validado al español.
- GRISS (*Golombok-Rust Inventory of Sexual Satisfaction*). Desarrollado para evaluar existencia y gravedad de problemas sexuales.
- PRSexDQ (cuestionario de disfunción sexual secundaria a psicofármacos) o SALSEx. Consta de 7 ítems, que mide y cuantifica los problemas sexuales que aparecen por la toma de psicofármacos.

3.2. Cuestionarios específicos

Destacamos los siguientes:

- IIEF (índice internacional de la función eréctil). Evalúa la DE mediante 15 preguntas que exploran distintos aspectos de la función sexual del hombre.
- SHIM (índice de salud sexual para el varón), recoge las preguntas del IIEF relacionadas con el dominio de la función eréctil.
- SEP (perfil del encuentro sexual del paciente). Es un autorregistro útil para el abordaje de la DE que valora tres intentos sexuales en diferentes días. Realiza una valoración cualitativa.
- Para la eyaculación precoz recomendamos el PEDT (*Premature Ejaculation Diagnostic Tool*).

4. Estudios especiales

Indicados en determinados cuadros clínicos a fin de objetivar trastorno vascular, muscular, neurológico o funcional de diversos tipos. Según la DS se recomendarán:

- Registro de rigidez y tumescencia peneana, para evaluar las erecciones nocturnas que se producen en la fase REM del sueño. El aparato más adecuado es el Rigiscan
- Test de estimulación visual.
- Test de inyección intracavernosa (IIC) de drogas vasoactivas. Se suele realizar con prostaglandina E1 (PGE1).
- Eco Doppler-Duplex dinámico.
- Pletismografía.
- Arteriografía, especialmente de la pudenda interna.
- Biotensiometría peneana, de introito vaginal, vulva o clítoris. Permite, entre otros, el diagnóstico de deficiencias sensitivas en cuadros neuropáticos.

09 Capitulo 9 Recursos diagnosticos.indd 42 05/06/14 10:10

- Potenciales evocados somatosensoriales y sacros.
- Resonancia magnética. Al realizarla en la región pélvica y en genitales, permite obtener imágenes tridimensionales de alta resolución.

Lectura recomendada

- Montejo AL, García M, Espada M, Rico-Villademoros F, Llorca G, Izquierdo JA, y Grupo Español de Trabajo para el Estudio de las Disfunciones Sexuales Secundarias a Psicofármacos. Propiedades psicométricas del Cuestionario de las Disfunción Sexual Secundaria a Psicofármacos. Actas Esp Psiquiatr 2000; 28: 141-150.
- Ramírez I. Manejo clínico y estrategias de cumplimiento de la anticoncepción combinada oral (ACO). Requisitos de prescripción y controles. SEC (Sociedad Española de Contracepción), 2008. Disponible en http://www.sec.es/area_cientifica/manuales_sec/LibroAntiHormoCombi.pdf
- Rust J, Golombok S. The GRIS: a psychometric instrument for the assessment of sexual dysfunction. Arch Sex Behav 1986; 15: 157-165.
- Sánchez-Sánchez F. Deseo hipoactivo femenino: una propuesta de intervención médica. Rev Int Androl 2010; 8(1):21-27.
- Sánchez-Sánchez F. Pruebas de laboratorio en Medicina Sexual. AISM (Academia Internacional de Sexología Médica), 2011. Disponible en http://www.academiasexologia.org/
- Symonds T, Perelman MA, Althof S, Giuliano F, Martine M, May K, et al. Development and validation of a premature ejaculation diagnostic tool. Eur Urol 2007;52:565-573.

09 Capitulo 9 Recursos diagnosticos.indd 43 05/06/14 10:10

Capítulo 10
Mitos y falacias sexuales más frecuentes en el hombre

Antonio Ferrández Infante

1. Introducción

Es común que personas de todas las edades perciban que carecen de información exacta e integral sobre una amplia gama de cuestiones relacionadas con la sexualidad. La determinación de la prevalencia de las preocupaciones y los problemas sexuales depende mucho de la definición utilizada y de las metodologías empleadas para evaluarlos. No obstante, en la literatura médica existe un vacío de datos que ayuden a determinar cuáles son las preocupaciones y preguntas más frecuentes que el hombre se hace sobre su funcionamiento sexual. Por ello, para elaborar este artículo nos hemos apoyado en la clasificación de las demandas sexuales en Atención Primaria y nuestra metodología ha consistido en realizar un sondeo en Internet basado en las publicaciones de algunos de los foros y páginas web de sexología más visitadas y prestigiosas, así como en la utilización de la herramienta Google Trends, que ofrece un seguimiento estadístico de los términos de búsqueda con mayor volumen de tráfico en Google, que sigue siendo el principal buscador, con más del 95% de media anual en las búsquedas globales en España.

2. Principales preocupaciones sexuales masculinas

A continuación exponemos algunas de las preocupaciones sexuales que el médico de familia más probablemente tendrá que atender en su consulta, una breve explicación de cada problema y algunas orientaciones sobre su manejo adecuado.

2.1. Miedo a eyacular rápido

Se trata de una de las preocupaciones sexuales masculinas más frecuentes. Para manejar este problema de creciente prevalencia el médico de familia debe saber realizar un correcto diagnóstico de la eyaculación precoz, y aplicar adecuadamente la educación sexual en los casos en los que se descarte la presencia de disfunción sexual.

2.2. Miedo a perder la erección

La disfunción eréctil es el motivo sexual de consulta más frecuente en Atención Primaria, pero ello no significa que todos los hombres que refieren problemas de erección sean impotentes. Es común que el hombre se preocupe después de sufrir un gatillazo –fracaso ocasional de practicar el coito-, y ello es una razón más para que el profesional de Atención Primaria adquiera el hábito de preguntar por iniciativa propia sobre la capacidad sexual, y de advertir al paciente siempre que se le prescriban medicamentos que puedan originar cualquier tipo de disfunción sexual.

2.3. La importancia del tamaño

Tras descartar la existencia de micropene y otras deformidades, el médico de familia debe aclarar al paciente que todas las parejas pueden disfrutar al máximo de su vida sexual con independencia de las dimensiones del pene, y animarle a desarrollar la comunicación a nivel íntimo en pareja, así como las habilidades en el desempeño sexual. También conviene recomendar al paciente y su pareja evitar las comparaciones y centrarse en mejorar su vida sexual en común.

10 Capitulo 10 Mitos y falcias.indd 45 05/06/14 10:10

2.4. Cuántas veces es sano masturbarse

Para afrontar preguntas sobre la masturbación el facultativo de Atención Primaria debe saber distinguir entre una frecuencia masturbatoria normal para la edad y el problema de la masturbación compulsiva –asociada en muchas ocasiones con la visualización de pornografía-, cuyo carácter de inevitabilidad e interferencia con las actividades de la vida diaria hacen que deba ser valorada por un psicólogo.

2.5. El condón produce impotencia

Muchos hombres sufren problemas de erección al comenzar a utilizar el preservativo. Por ello tienden a descartar este excelente método anticonceptivo y protector frente a infecciones de transmisión sexual. El origen de esta dificultad eréctil radica en la interrupción momentánea de la respuesta sexual masculina a consecuencia de la colocación del condón, y en una menor estimulación del pene durante los movimientos coitales. El médico debe recomendar al varón que no abandone el método del preservativo, animarle a entrenarse antes de los encuentros sexuales para ser más habilidoso en la correcta colocación del profiláctico, y sugerirle el empleo de condones ultra-finos, anatómicos y adaptados al tamaño de su pene.

2.6. Cómo hacer que ella alcance el orgasmo

Muchos varones consideran la posibilidad de que su pareja no se siente satisfecha con su vida sexual en común porque el hombre no es capaz de llevarla al clímax. También es frecuente la sospecha de que ella finja orgasmos cada vez que hacen el amor, duda razonable y bien fundada en ocasiones.

Para afrontar estos casos el facultativo de Atención Primaria ha de poner en marcha una estrategia de abordaje de la pareja para mejorar la comunicación y la confianza mutua. Asimismo, en caso de que se corrobore la insatisfacción de ella el médico deberá ejercer un consejo sexual a ambos dirigido a optimizar sus habilidades amatorias mediante un modelo no centrado en el coito que priorice el contacto no genital, la sensualidad y el encuentro sexual sin objetivos. Para ello cuenta con técnicas como la Intención Paradójica y la Focalización Sensorial.

En caso de sospechar en ella un problema de anorgasmia deberán tomarse todas las medidas pertinentes para el abordaje clínico de esta disfunción sexual femenina.

2.7. Mi pareja no me desea

No sentirse deseado por la pareja constituye una de las principales preocupaciones sexuales del hombre. Si no se aborda a tiempo, este problema puede tener graves consecuencias, como la infidelidad o la ruptura de la relación.

2.8. Cómo hacer el amor varias veces seguidas

A edades tempranas la mayoría de los hombres son capaces de eyacular varias veces durante un mismo encuentro sexual, lo que les capacita para completar satisfactoriamente varios coitos consecutivos. A medida que avanza la edad, el periodo refractario –tiempo de recuperación de la capacidad eréctil tras una eyaculación- se alarga progresivamente, hasta que llega un momento –muy variable de un individuo a otro- en el que al varón se le hace imposible completar más de un coito dentro de un mismo encuentro sexual.

Tabla 10.1. Algunos mitos sobre la impotencia

- Cada persona dispone de un número limitado de experiencias sexuales y cuando esas experiencias se han agotado la actividad sexual para ese individuo se ha terminado
- Los calvos gozan de una mayor potencia sexual
- Durante el embarazo debe evitarse el coito
- Existen dos tipos de orgasmos en la mujer: uno vaginal y otro clitoridiano
- La satisfacción sexual en la mujer depende del tamaño del pene
- El orinar por parte de la mujer después del coito o el practicarlo en posición de pie, evita el embarazo
- La vida sexual de la mujer termina con la menopausia o la histerectomía
- Para que se produzca la concepción en una pareja es necesario que ambos alcancen el orgasmo simultáneamente

10 Capitulo 10 Mitos y falcias.indd 46 05/06/14 10:10

Una proporción nada desdeñable de hombres padecen angustia y dudas sobre su virilidad al experimentar este tipo de fenómenos, pues su vida sexual se ve afectada en mayor o menor medida por estos cambios fisiológicos. El médico de familia ha de estar preparado para tranquilizar a los pacientes que consulten por este motivo, y explicar su naturaleza benigna y natural. Asimismo, es necesario un asesoramiento para adaptarse a las nuevas circunstancias mediante la adquisición de ciertas habilidades que pueden desarrollar la satisfacción sexual en pareja a cualquier edad: aprender a retardar la eyaculación, modelo de sexualidad no basado en la penetración, hacer el amor sin eyacular, medidas higiénico-dietéticas para aumentar la potencia sexual de forma natural, etc.

3. Mitos y falacias sexuales masculinas

Al hombre del siglo XXI se le reclama responder a determinadas expectativas que a veces van en contra de sus propios deseos y/o capacidad fisiológica. A consecuencia de ello muchos individuos pueden exigirse a sí mismos un aspecto físico y rendimiento sexual exagerado. Por ello, a menudo al médico se le plantean dudas que vienen establecidas por la ignorancia o una información distorsionada por falsas expectativas generadas por la abundancia de contenidos de poca calidad y amplia difusión en los medios de comunicación. De este modo se crean mitos o falacias sexuales (Tabla 1) muy extendidas socialmente que crean angustia y miedo a situarse fuera o por debajo de la normalidad.

Lectura recomendada

- 20minutos.es [Internet]. Madrid: Grupo 20 Minutos, S.L.; 2010 [actualizado 20 Feb 2010, citado 20 Abr 2014]. Disponible en: http://listas.20minutos.es/lista/los-miedos-sexuales-masculinos-194362/
- Benítez JM, Brenes FJ, Casado P, González R, Sánchez-Sánchez F, Villalva E. Salud sexual. Semergen. Doc. Documentos clínicos Semergen. Madrid: Edicomplet. 2006.
- Gs.statcounter.com [Internet]. San Francisco (California): Statcounter.com; 2014 [actualizado 1 Ene 2014, citado 20 Abr 2014]. Disponible en: http://gs.statcounter.com/#search_engine-ES-monthly-201301-201312-bar
- Informe sobre hábitos de salud sexual entre la población española [Internet]. Madrid: Kantar Health (España); 2009 [actualizado 9 Dic 2009, citado 20 Abr 2014]. Disponible en: http://estaticos.elmundo.es/elmundosalud/documentos/2010/02/habitossex.pdf
- Sánchez-Sánchez F. Mitos en Disfunción Eréctil. Barcelona. Ediciones Mayo SA, 2007.
- Toquero F et al. Guía de buena práctica en disfunciones sexuales. Organización Médica Colegial y Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid: IM&C, 2004.
- Universomujer.com [Internet]. Buenos Aires. Planeta Mamá, S.A.; 2014 [actualizado 9 Abr 2014, citado 20 Abr 2014]. Disponible en: http://www.universomujer.com/nota/sexualidad-las-preocupaciones-mas-comunes

10 Capitulo 10 Mitos y falcias.indd 47 05/06/14 10:10

Capítulo 11
Trastornos parafílicos

Joan Mir Pizà

1. Introducción

El vocablo parafilia etimológicamente procede de la unión del prefijo griego *para* (al margen de, contra) y el sustantivo *philia* (amor). Parafílico sería pues aquel que en su práctica erótica no ama o lo hace de forma anormal.

Las parafilias fueron antiguamente denominadas de formas diversas: desviaciones sexuales, perversiones, anomalías, alteraciones y conductas excepcionales. El estímulo sexual es altamente específico.

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

2. Concepto

Los trastornos parafílicos son patrones del comportamiento sexual de las personas, en las que la fuente predominante de la excitación (y placer) sexual no se encuentra en la relación sexual como tal, sino en alguna otra actividad u objeto. Se asocian con frecuencia a problemas de pareja, laborales, sociales y legales (parafilias delictivas). Por lo general, los parafílicos no experimentan su conducta como patológica, considerando que su problema es la "incomprensión" de los demás. A menudo padecen disfunciones psicosexuales, marcada inmadurez emocional y muy escasa o nula empatía hacia sus víctimas, característica esta constante entre los parafílicos, que en más del 85% son varones, el 50% casados.

Criterios diagnósticos en el DSM-5
(*American Psychiatric Association –APA-*) 2013:

A. Consisten en impulsos, fantasías o comportamientos que incluyen objetos no humanos, el sufrimiento o la humillación de uno mismo o de la pareja, niños u otras personas que no consienten.
   Deben estar presentes un mínimo de 6 meses.

B. Provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas de la actividad del individuo.

   Como este último criterio (B) no se cumple en gran parte de los parafílicos, hay autores que consideran que estos trastornos no deberían incluirse en el DSM.

3. Epidemiología

Las parafilias son practicadas por un pequeño porcentaje de la población, pero de forma repetitiva. Más del 50% de todas las parafilias se manifiesta antes de los 18 años de edad y muy a menudo en las personas afectadas concurren distintas parafilias. Las personas con una parafilia pueden elegir una profesión o desarrollar una afición o trabajo voluntario que los pone en contacto con el estímulo deseado. A veces se manifiestan como un trastorno del control de los impulsos, cuyo curso crónico suele verse agravado por el consumo de alcohol u otras sustancias psicoactivas. Con frecuencia, no se acompañan de culpa o autorreproche.

Las parafilias más observadas son el exhibicionismo, la pedofilia y el voyeurismo.

4. Etipatogenia

Son muchas las hipótesis en relación a la etiopatogenia: alteraciones genéticas, hormo-

11 Capitulo 11 Trastornos parafílicos.indd 49 05/06/14 10:11

nales, hipometabolismo en el lóbulo temporal, psicopatología familiar, papel de la adversidad en la infancia (abusos sexuales, carencia de vínculos parentales).

Otras hipótesis se centran en mayores niveles de testosterona, educación sexual de carácter negativo y culpabilizador, trastorno químico desde la infancia, formar parte del espectro obsesivo-compulsivo, o una distorsión de la representación de género.

Es común la comorbilidad con trastornos de la personalidad, consumo de sustancias de abuso, aislamiento social, carencia de habilidades sociales, disfunciones sexuales.

5. Trastornos parafílicos: criterios diagnósticos

5.1. Trastorno de exhibicionismo

Criterios diagnósticos DSM-5 (APA, 2013)

A. Durante un periodo de al menos 6 meses, excitación sexual intensa y recurrente de la exposición de los genitales a una persona desprevenida y que se manifiesta por fantasías, deseos sexuales irrefrenables o comportamientos.

B. El individuo ha cumplido estos deseos sexuales irrefrenables con una persona que no ha dado su consentimiento, o los deseos irrefrenables o fantasías sexuales causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

5.2. Trastorno de pedofilia o de paidofilia

Etimológicamente proviene del griego *paidós* (niño) y *filos* (amante): "Amante de los niños". Los pedófilos justifican sus conductas y no suelen sentir ninguna culpabilidad.

Distorsiones cognitivas de los pedófilos:

- Las caricias sexuales no son en realidad sexo y por ello no se hace mal.
- Los niños no lo cuentan porque les gusta.
- El sexo mejora la relación con un niño.
- La sociedad llegará a reconocer que el sexo con los niños es aceptable.
- Cuando los niños preguntan por el sexo significa que desean experimentarlo.
- El sexo práctico es una buena manera de instruir a los niños sobre el sexo.

La falta de resistencia física significa que el niño desea contacto sexual.

Criterios diagnósticos DSM-5 (APA, 2013)

A. Durante un periodo de al menos 6 meses, excitación sexual intensa y recurrente de fantasías, deseos sexuales irrefrenables o comportamientos que implican la actividad sexual con uno o más niños prepúberes (generalmente menores de 13 años).

B. El individuo ha cumplido estos deseos sexuales irrefrenables, o los deseos irrefrenables o fantasías sexuales causan malestar importante o problemas interpersonales.

C. El individuo tiene como mínimo 16 años y es al menos cinco años mayor que el niño/niños del criterio A.

Nota: No incluir a un individuo al final de la adolescencia que mantiene una relación sexual continua con otro individuo de 12 ó 13 años.

5.3. Trastorno de voyeurismo

Criterios diagnósticos DSM-5 (APA, 2013)

A. Durante un periodo de al menos 6 meses, excitación sexual intensa y recurrente derivada de la observación de una persona desprevenida que está desnuda, desnudándose o dedicada a una actividad sexual, y que se manifiesta por fantasías, deseos irrefrenables o comportamientos.

B. El individuo ha cumplido estos deseos irrefrenables con una persona que no ha dado su comportamiento, o los deseos irrefrenables o fantasías sexuales causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

C. El individuo que experimenta la excitación y/o que actúa con un deseo irrefrenable tiene como mínimo 18 años de edad.

5.4. Trastorno de fetichismo

Criterios diagnósticos DSM-5 (APA, 2013)

A. Durante al menos un periodo de 6 meses, excitación sexual intensa y recurrente derivada del empleo de objetos inanimados o un gran interés específico por parte(s) del cuerpo no genitales, que se manifiesta por fantasías, deseos irrefrenables o comportamientos.

11 Capitulo 11 Trastornos parafílicos.indd 50 05/06/14 10:11

B. Las fantasías, deseos sexuales irrefrenables o comportamientos causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

C. Los objetos fetiches no se limitan a prendas de vestir utilizadas para travestirse (como en el trastorno de travestismo) o a artilugios diseñados específicamente para la estimulación táctil de los genitales (p. ej., vibrador).

5.5. Trastorno de *frotteurismo*

Fantasías y actos compulsivos de frotamiento con mujeres que no consienten para conseguir la excitación sexual, generalmente en grandes aglomeraciones.

Criterios diagnósticos DSM-5 (APA, 2013)

A. Durante un periodo de al menos 6 meses, excitación sexual intensa y recurrente derivada de los tocamientos o fricción contra una persona sin su consentimiento, y que se manifiesta por fantasías, deseos irrefrenables o comportamientos.

B. El individuo ha cumplido estos deseos sexuales irrefrenables con una persona que no ha dado su consentimiento, o los deseos irrefrenables o fantasías sexuales causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

5.6. Trastorno de masoquismo sexual

Existen múltiples conductas masoquistas: *bondaje* (ser atado), *servilismo* (ante una "dama"), *infantilismo* (regreso a la infancia), *spanking* (ser azotado en las nalgas), latigazos, golpes, descargas eléctricas, cortes, pinchazos, humillaciones,... Algunas, como la asfixiofilia (privación de oxígeno) puede acabar en la muerte.

Criterios diagnósticos DSM-5 (APA, 2013)

A. Durante un periodo de al menos 6 meses, excitación sexual intensa y recurrente derivada del hecho de ser humillado, golpeado, atado o sometido a sufrimiento de cualquier forma, y que se manifiesta por fantasías, deseos irrefrenables o comportamientos.

B. Las fantasías, deseos sexuales irrefrenables o comportamientos causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

5.7. Trastorno de sadismo sexual

No confundir el sadismo y el masoquismo con el sadomasoquismo, mejor llamado sumisión-dominación. Una falacia es creer que la mejor pareja de un sádico es un masoquista. El masoquista disfruta con el dolor pero al sádico no le gusta ver disfrutar sino ver sufrir.

Criterios diagnósticos DSM-5 (APA, 2013)

A. Durante un período de al menos 6 meses, excitación sexual intensa y recurrente derivada del sufrimiento físico o psicológico de otra persona, y que se manifiesta por fantasías, deseos irrefrenables o comportamientos.

B. El individuo ha cumplido estos deseos irrefrenables con una persona que no ha dado su consentimiento, o los deseos irrefrenables con una persona que no ha dado su consentimiento, o los deseos irrefrenables o fantasías sexuales causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, durante al menos 5 años en los que ha estado en un entorno no controlado.

5.8. Trastorno de travestismo

Criterios diagnósticos DSM-5 (APA, 2013)

A. Durante un periodo de al menos 6 meses, excitación sexual intensa y recurrente derivada del hecho de travestirse, y que se manifiesta por fantasías, deseos irrefrenables o comportamientos.

B. Las fantasías, deseos sexuales irrefrenables o comportamientos causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas del funcionamiento.

6. Otros trastornos parafílicos

- Acomoclitismo: excitación por los genitales depilados.
- Agorafilia: atracción por la actividad sexual en lugares públicos.
- Amomaxia: excitación sólo al realizar una relación sexual dentro de un automóvil estacionado.
- Asfixiofilia (estrangulación erótica): atracción por estrangular, asfixiar o ahogar a la pareja durante el acto sexual, con su consentimiento y sin llegar a matarla.

11 Capitulo 11 Trastornos parafílicos.indd 51 05/06/14 10:11

- *Bestialismo* o bestiafilia: acto sexual que involucra animales.
- Bukkake: excitación sexual sólo al recibir eyaculación encima, generalmente en la cara.
- Electrofilia (electrocutofilia): la excitación sólo se produce al usar choques eléctricos.
- Formicofilia: excitación sexual al reptar insectos sobre los genitales.
- Fratilagnia: atracción sexual por las relaciones sexuales incestuosas (frati: hermano).
- Gerontofilia: atracción por personas de mucha mayor edad que uno mismo.
- Hipnofilia: excitación al contemplar personas dormidas.
- Olfactofilia: excitación por olores corporales (secreciones vaginales, etc.).
- Pigofilia: excitación por las nalgas humanas.
- Pubefilia o ginelofilia: excitación al contemplar vello púbico.
- Telefonicofilia: excitación por conversaciones indecentes por teléfono.
- Tricofilia: excitación por el cabello humano.
- Urofilia: excitación por orinar sobre otra persona, o viceversa.
- (Modificado de Muse M, Frigola G. En: La Evaluación y Tratamiento de Trastornos Parafílicos. 2013).

7. Factores pronósticoS

Indicadores de buen pronóstico:

- Tener una sola parafilia.
- Nivel de inteligencia normal.
- Ausencia de abuso de sustancias.
- Ausencia de rasgos de personalidad antisocial.
- Motivación para el cambio.
- Presencia de vínculos adultos satisfactorios.

8. Estrategias terapéuticas

Es clave la motivación para el cambio del parafílico y contar con la pareja para el proceso terapéutico (co-terapeuta).

8.1 Terapia cognitivo-conductual

Fundamental la conciencia y motivación.

9.2 Fármacos

- Antiandrógenos: provocan la llamada “castración química”. Acetato de ciproterona o acetato de medroxiprogesterona, indicados en parafilias reincidentes, delitos sexuales.
- Análogos de la hormona liberadora de gonadotrofinas (GnRH): triptorelina.
- Inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina: la fluoxetina reduce la libido y el componente obsesivo-compulsivo.
- Otros psicofármacos utilizados: anticonvulsivantes (topiramato), ADT, litio, risperidona.

Lectura recomendada

- Aluja A, Farré JM. Parafilias.Violencia sexual. 1989.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and Stadiscal Manual of Mental.Disorders, 5th edition (DSM-5). Arlington, VA: American Psychiatric Asociation, 2013.
- Baptista A. Parafilias. Diagnóstico, avaliação e modificação. Psiquiatria Clínica. 1985; 6(1): 53-65.
- Cabello F. Manual de sexología y terapia sexual. Editorial Síntesis; 2010.
- Fonteille V, Cazala F, Moulier V, Stoléru S. Pedophilia: contribution of neurology and neuroimaging techniques. Encephale 2012 Dec; 38(6): 496-503.
- Gomes FA. Parafilias In: Fonseca L, Soares & Vaz JM, editores. A Sexología: Perspectiva Multidisciplinar. Coimbra: Quarteto Editora; 2003. p.421-469.
- Maletsky G. Exhibiotionism: Assessment and Treatment. In Lauws and Donohue (Eds.), Sexual Deviance: Theory, Assessment and Tratment. New York: Guilford Press; 1997.
- Marsh PJ, Odlaug BL, Thomarios N, Davis AA, Buchanan SN, Meyer CS, et al. Paraphilias in adultpsychiatricinpatients. Ann Clin Psychiatry. 2010 May; 22(2): 129-34.
- McManus MA, Hargreaves P, Rainbow L, Alison LJ. Paraphilias: definition, diagnosis and treatment. F1000Prime Rep 2013 Sep 2; 5:36.
- Mokros A , Osterheider M , Nitschke J. Pedophilia. Prevalence, etiology, and diagnostics. Nervenarzt 2012 Mar; 83 (3): 355-8.
- Muse M, Frigola G. En: La Evaluación y Tratamiento de Trastornos Parafílicos. 2003.

11 Capitulo 11 Trastornos parafílicos.indd 52 05/06/14 10:11

Capítulo 12
Trastornos de la identidad sexual

Ana Rosa Jurado
Felisa Suárez Santiago

1. Introducción

Se han usado distintos términos y definiciones para tratar de reflejar las características de esta situación personal que, cuanto menos, produce malestar y afectación de la calidad de vida de las personas que la padecen, así como de sus familiares y su entorno.

En la actualidad se realizan esfuerzos políticos y sociales encaminados a despatologizar la transexualidad y a favorecer la no discriminación, mediante la asistencia clínico sanitaria y el apoyo psicosocial de las personas transexuales. Aún así, en el año 2011, el Parlamento Europeo condenaba el hecho de que la homosexualidad, bisexualidad y transexualidad siguieran estando categorizadas como enfermedades mentales en algunos países, a la vez que instaba a la Organización Mundial de la Salud (OMS) a retirar los desórdenes de identidad de género de la lista de enfermedades mentales.

Entendiendo que la atención a la transexualidad ha de ser desde un equipo multidisciplinar, la Atención Primaria de Salud (APS) tiene un importante papel en la detección activa, en facilitar las derivaciones oportunas, y en el acompañamiento en relación a las necesidades psicofísicas y sociales durante todo el proceso asistencial.

2. Definición

La llamada disforia de género se manifiesta como la identificación persistente e intensa con el otro sexo a todos los niveles, acompañada de un constante malestar con el propio sexo o una sensación de estar ocupando un cuerpo que no le corresponde.

Cuando hablamos de una persona con genitales de mujer y que manifiesta sentirse hombre, estamos frente a un hombre transexual (HT) y cuando una persona con genitales de hombre manifiesta sentirse mujer, estamos frente a una mujer transexual (MT)

La *World Professional Association for Transgender Health* (WPATH) define las normas sobre el abordaje psicológico, médico y quirúrgico en forma de consenso internacional, además de estar comprometida con que las principales clasificaciones de enfermedades dejen de incluir la transexualidad entre los trastornos mentales. Está claro que puede relacionarse con la salud mental, pues puede producir patrones de comportamiento que conllevan un sufrimiento y una gran desventaja adaptativa, pero en ningún caso por sí misma.

En el recientemente publicado DSM-V, se redefinen los trastornos de identidad en una nueva categoría: disforia de género (Fig. 12.1 y 12.2). Contempla diferencias en la infancia, frente a la adolescencia y los adultos, así como en los comportamientos de hombres y mujeres, y se reafirma en el criterio del malestar o deterioro en el funcionamiento vital. Además, es necesario especificar si el trastorno está acompañado de patología en el desarrollo sexual (hiperplasia adrenal congénita, síndrome de insensibilidad androgénica, etc), porque tendría que ser codificada.

2.1. Prevalencia

Debido a las diferencias entre países en cuanto a definición, clasificación y registro de personas transexuales, las cifras de prevalencia son muy oscilantes. Según uno de los mejores estudios de prevalencia, que consideró personas transexuales a todas aquellas que consultaban en una unidad especializada de Holan-

12 Capitulo 12 Trastornos de la identidad.indd 53 05/06/14 10:12

A. Marcada incongruencia entre el sexo que uno siente o expresa y el que se le asigna, de una duración mínima de seis meses, manifestada por un mínimo de seis de las características siguientes (una de las cuales debe ser el Criterio A1):
   1. Un poderoso deseo de ser del otro sexo o una insistencia de que él o ella es del sexo opuesto (o de un sexo alternativo distinto del que se le asigna)
   2. En los chicos (sexo asignado), una fuerte preferencia por el travestismo o por simular el atuendo femenino; en las chicas (sexo asignado) una fuerte preferencia por vestir solamente ropa típicamente masculinas y una fuerte resistencia a vestir con ropas típicamente femeninas
   3. Preferencias marcadas y persistentes por el papel del otro sexo o fantasías referentes a pertenecer al otro sexo
   4. Una marcada preferencia por los juguetes, juegos o actividades habitualmente utilizados o practicados por el sexo opuesto
   5. Una marcada preferencia por compañeros de juego del sexo opuesto
   6. En los chicos (sexo asignado), un fuerte rechazo a los juguetes, juegos y actividades típicamente masculinos, así como una marcada evitación de los juegos bruscos; en las chicas (sexo asignado), un fuerte rechazo a los juguetes, juegos y actividades típicamente femeninos
   7. Un marcado disgusto con la propia anatomía sexual
   8. Un fuerte deseo por poseer los caracteres sexuales tanto primarios como secundarios, correspondientes al sexo que se siente
B. El problema va asociado a un malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, escolar u otras áreas importantes del funcionamiento

Fig. 12.1. Disforia de género en niños (DSM-V)

da, 1 de cada 10.000 nacidos hombres es una mujer transexual, y 1 de cada 30.000 nacidos mujeres es un hombre transexual (1HT/3MT). En el 80% de los casos reciben cirugía y/o tratamiento hormonal.

En España los datos de prevalencia son algo inferiores, probablemente debido al menor tiempo de recopilación, aunque la incidencia a lo largo de 5 años se calculó en 2006 en Cataluña en 0,73/100.000/año. Datos más recientes, obtenidos en las principales unidades de tratamiento en Andalucía y Cataluña, apuntan que el 88-90% de los sujetos que consultan son diagnosticados y existirían 1 HT por cada 1,6-2,1 MT.

3. Diagnóstico

El diagnóstico de la transexualidad/disforia de género debe de realizarse con la colaboración de un equipo especializado multidisciplinar. La APS, por ser la puerta de entrada en el sistema sanitario, tiene una importante labor en la detección activa de este tipo de procesos que pueden afectar a la calidad de vida y a la salud general de las personas.

Si tenemos en cuenta todas las manifestaciones que la transexualidad puede producir en la salud y en la vida de las personas, podremos determinar en qué casos es fundamental tener en mente la realización de una detección activa.

3.1. Aspectos sociales

Las personas transexuales pueden sufrir falta de integración social e insatisfacción, entre otros por incomprensión del entorno, con altas tasas de ruptura familiar y/o de relaciones cercanas. La integración del HT en el entorno familiar es más rápida que la de la MT, quien encuentra mayor grado de dificultad de comprensión.

La mayor posibilidad de abandono escolar les puede llevar a un menor nivel de estudios, lo cual les genera problemas de acceso al mercado laboral, con menores tasas de empleo y más pérdida de puestos de trabajo, así como la adquisición de trabajos de más riesgo, al margen de los sistemas de cotización (trabajo sexual). También hay menor utilización de los recursos sociales en general por parte de estas personas y mayor vulneración de derechos.

3.2. Consecuencias sobre la salud

Mayor probabilidad de padecer violencia (58% de las personas atendidas en unidades especializadas refieren agresiones emocionales y físicas) y de intentos de suicidio, sobre

12 Capitulo 12 Trastornos de la identidad.indd 54 05/06/14 10:12

A. Marcada incongruencia entre el sexo que uno siente o expresa y el que se le asigna, de una duración mínima de seis meses, manifestada por un mínimo de dos de las características siguientes:
   1. Una marcada incongruencia entre el sexo que uno siente o expresa y sus caracteres sexuales primarios o secundarios (o en los adolescentes jóvenes, los caracteres sexuales secundarios previstos)
   2. Un fuerte deseo por desprenderse de los caracteres sexuales propios primarios o secundarios, a causa de una marcada incongruencia con el sexo que se siente o se expresa (o en adolescentes jóvenes, un deseo de impedir el desarrollo que los caracteres sexuales secundarios previstos)
   3. Un fuerte deseo por poseer los caracteres sexuales, tanto primarios como secundarios, correspondientes al sexo opuesto
   4. Un fuerte deseo de ser del otro sexo (o de un sexo alternativo distinto del que se le asigna)
   5. Un fuerte deseo de ser tratado como del otro sexo (o de un sexo alternativo distinto del que se asigna)
   6. Una fuerte convicción de que uno tiene los sentimientos y reacciones típicos del otro sexo (o de un sexo alternativo distinto del que se asigna)

B. El problema va asociado a un malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento

Fig. 12.2. Disforia de género en adultos y adolescentes (DSM-V)

todo en jóvenes. El abuso de sustancias y la auto-medicación por falta de respuesta a sus necesidades y expectativas les sitúa ante el riesgo de las medicaciones y sustancias obtenidas sin garantías, por cauces no legales. Este es uno de los factores que les lleva a un distanciamiento del sistema sanitario, además de la falta de inclusión adecuada hasta que se obtiene el cambio de identidad legal y de registro.

3.3. Actuación en Atención Primaria

Ante la sospecha de disforia de género se recomienda la derivación a las unidades de atención a la transexualidad (UAT), unidades de referencia creadas tras el acuerdo del Consejo Interterritorial del SNS desde el año 2007. En la APS se pueden realizar pruebas para investigar síndromes hormonales, gonadales y/o cromosómicos, pero en la nueva definición de disforia de género del DSM-V se contemplan estas posibles afecciones como parte del diagnóstico definitivo, con lo cual es de esperar que tengan que investigarse en las UAT.

Las personas transexuales pueden acudir a las consultas de APS por diferentes motivos. Podrían expresar abiertamente un desajuste entre el sexo asignado y el sentido, o plantear dudas en relación a su identidad sexual, pero a veces prima el temor a las consecuencias si se visibilizan o simplemente el pudor. Es labor del profesional el crear un clima apropiado para favorecer la entrevista y crear una historia clínica que refleje todos los aspectos bio-psico-sociales del individuo.

El papel fundamental de la AP estaría en la coordinación y ayuda en la continuación de la asistencia a la persona transexual y a su entorno cercano, la realización de las derivaciones oportunas, cuando estas sean necesarias, y la colaboración en el seguimiento del tratamiento hormonal y postquirúrgico. Para ello es recomendable, al igual que para el abordaje de cualquier tema relacionado con la salud sexual, que existan una serie de premisas, como el no emitir juicios de valor en cuanto a orientación o a identidad sexual y/o prácticas sexuales; y respeto a la autonomía de las personas en la toma de decisiones a lo largo de todo el proceso, siendo la labor del personal sanitario la información, no la decisión sobre los tratamientos.

4. Tratamiento

En las lecturas recomendadas de este texto encontrará guías de consulta para un amplio conocimiento de los abordajes médicos y quirúrgicos de las personas transexuales, que son responsabilidad de los profesionales de las UAT. No obstante, el médico de APS tiene que conocer algunos aspectos importantes de estas intervenciones.

4.1. Tratamiento hormonal

Se inicia después de que la persona haya comenzado a vivir, al menos parcialmente, en el

12 Capitulo 12 Trastornos de la identidad.indd 55 05/06/14 10:12

rol del sexo con el que se identifica, y después de que se haya llevado a cabo un exhaustivo diagnóstico diferencial que excluya alteraciones mentales, trastornos de la personalidad, travestismo, orientación sexual egodistónica, etc.

Implica corresponsabilidad y se integra en un plan global de tratamiento. Se inicia en mayores de 16 años; en menores se utilizan excepcionalmente inhibidores de testosterona siempre con consentimiento informado de la familia.

Es necesario descartar contraindicaciones de uso y aconsejar estilos de vida saludables que reduzcan los riesgos del uso de hormonas. Algunas contraindicaciones relativas por riesgo cardiovascular elevado son: edad › 40 años, tabaquismo, dislipemia, obesidad, diabetes, arterioesclerosis o hipercogulabilidad.

El efecto del tratamiento puede no ser pleno hasta los 2-3 años. El efecto máximo depende de factores genéticos. Aumentar la dosis no aumenta el efecto máximo ni lo acelera, pero siempre aumenta el riesgo de efectos secundarios. Los efectos del tratamiento hormonal pueden ser causa de rechazo y discriminación social y laboral.

4.2. Tratamiento quirúrgico

El tratamiento quirúrgico genital de reasignación sexual requiere haber cumplido:

1. El tratamiento hormonal continuado durante uno o dos años.
2. Mínimo un año de experiencia de la vida real continuada con éxito.
3. Haber seguido un control regular multidisciplinar a fin de someterse a cirugía. Esta a su vez será subvencionada o no dependiendo de la lista de espera y de la comunidad autónoma según esté o no dentro de la cobertura sanitaria.

4.3. Intervención postquirúrgica

Tras la cirugía se inicia una fase de intervención multidisciplinar en la que se utilizan técnicas psicológicas en el ámbito sexual, terapia sexológica y el abordaje de los diversos problemas que pueden surgir en el ámbito familiar, laboral, de pareja, etc...

Lectura recomendada

- American Psychiatric Association. Diagnostic and statical manual of mental disorders (5th ed.). Arlington VA: American Psychiatric Association; 2013.
- Gómez-Gil E, Esteva de Antonio I, Almaraz MC, Godás Sieso T, Halperin Rabinovich I, Soriguer Escofet F; Equipos de Identidad de Género de Andalucía y Cataluña. The demand for health care services in the gender identity units of Andalusia and Catalonia during the period of 2000-2009. Rev Clin Esp. 2011 May;211(5):233-9
- Hembree WC, Cohen-Kettenis P, Delemarre-Van de Waal HA, Gooren LJ, Meyer WJ 3rd, Spack NP, Tangpricha V, Montori VM; Endocrine Society. Endocrine treatment of transexual persons: an Endocrine Society clinical practice guideline. J Clin Endocrinol Metabol. 2009 Sep;94(9):3132-54
- Morrison LL, L´Heureux J. Suicide and gay/lesbian/bisexual youth: implications for clinicians. J Adolesc. 2001 Feb;24(1):39-49
- Protocolo de Atención Sanitaria a Personas Transexuales. Gobierno de Canarias. Servicio Canario de Salud. Programas asistenciales. 2010
- Resolución del Parlamento Europeo sobre derechos humanos, orientación sexual e identidad de género en las Naciones Unidas. Disponible en http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?type=MOTION&reference=B7-2011-0523&format=XML&language=ES
- Semergen Doc. Documentos Clínicos Semergen. Salud Sexual. (2006). Disponible en www.semergen.es
- Sherbourne Health Centre: Guidelines and Protocols for Comprehensive Primary Health Care for Trans Clients. Toronto. 2009
- Sutcliffe PA, Dixon S, Akehurst RL, Wilkinson A, Shippam A, White S, Richards R, Caddy CM. Evaluation of surgical procedures for sex reassignment: a systematic review. J Plast Reconstr Aesthet Surg. 2009 Mar;62(3):294-306
- The World Professional Association for Transgender Health. http://www.wpath.org
- Van Kesteren PJ, Gooren LJ, Megens JA. An epidemiological and demographic study of transsexuals in The Netherlands. Arch Sex Behav. 1996 Dec;25(6):589-600

12 Capitulo 12 Trastornos de la identidad.indd 56 05/06/14 10:12

Capítulo 13
Disfunción eréctil

Froilán Sánchez Sánchez

1. Concepto y definición

De todas las definiciones que para la disfunción eréctil (DE) la literatura científica contempla consideramos como más apropiada la del DSM-IV-TR: incapacidad, persistente o recurrente, para obtener o mantener una erección apropiada hasta el final de la actividad sexual.

2. Epidemiología

La DE es un trastorno sexual que no siempre se consulta, de ahí la dificultad en conocer su prevalencia. En el estudio MMAS, su prevalencia de cualquier grado fue del 52%, triplicándose el riesgo de que fuese completa entre los 40 y 70 años. En España, el EDEM, realizado sobre 2.480 varones de 25 a 70 años, utilizó dos métodos para diagnosticar la DE. Según la respuesta a una pregunta clave, la prevalencia global fue del 12,1% y en base a las puntuaciones recogidas en el IIEF del 18,9%.

Estudios posteriores indican prevalencias similares o superiores, y confirman que la edad es el principal factor de riesgo, seguidos de otros como bajo nivel económico, sedentarismo, obesidad, tabaquismo, diabetes, hipertensión y cardiopatía isquémica.

3. Fisiología de la erección

La erección se produce mediante un complejo proceso hidráulico en el que se implican mecanismos vasculares, musculares, neurológicos y endocrinos.

3.1 Anatomía del tejido eréctil

La erección del pene se debe al aumento del tamaño y de la rigidez de sus dos cuerpos cavernosos, que contienen el tejido eréctil, limitado por la túnica albugínea. El tejido eréctil se compone de una matriz conectiva que constituye las paredes trabeculares, las cuales sirven de apoyo a las fibras de músculo liso y delimitan espacios vasculares tapizados por endotelio, sinusoides o espacios lacunares, vacíos en fase de flacidez y llenos durante la erección.

La irrigación del tejido eréctil procede de la arteria cavernosa peneana, que se ramifica en las arterias helicinas que se abren en los espacios lacunares, cuya repleción se produce al relajarse el músculo liso sinusoidal. El drenaje de estas unidades funcionales se realiza a través de las finas vénulas que discurren entre los espacios lacunares, que se unen en venas de mayor diámetro que circulan entre dichos espacios y la túnica albugínea, que finalmente es atravesada por las venas emisarias.

3.2 Hemodinámica de la erección

La erección tiene lugar cuando las terminaciones nerviosas (fibras postganglionares parasimpáticas y simpáticas) de las paredes trabeculares de las arteriolas cavernosas y el endotelio liberan sustancias que relajan el músculo liso sinusoidal. Este fenómeno produce dilatación arterial, aumento del flujo sanguíneo y de la presión de perfusión en los espacios lacunares, con aumento del tamaño del pene. Para mantener esta presión es necesario mantener la dilatación arterial y la puesta en marcha de un mecanismo de atrapamiento de sangre que, mediante un proceso veno-oclusivo, induce aumento de la resistencia a la eva-

13 Capitulo 13 Disfunción eréctil.indd 57 05/06/14 10:12

cuación del fluido 100 veces mayor que en estado de flacidez.

Las fibras parasimpáticas y simpáticas tienen un papel relevante en la regulación de la tumescencia y detumescencia peneana. La tumescencia ocurre cuando el músculo liso sinusoidal se relaja y la detumescencia cuando se contrae.

3.3 Neurofisiología de la erección

La erección acontece como resultado de la activación del SNC que integra estímulos psicogénicos (deseo, etc.) y sensoriales (visuales, auditivos, olfativos, táctiles, etc.). El estímulo sexual condiciona una descarga neurógena de las regiones cerebrales encargadas de la respuesta sexual, sobre todo del hipotálamo (área preóptica medial y núcleo paraventricular), que liberan de los circuitos inhibidores a los dos centros medulares responsables de la intumescencia genital:

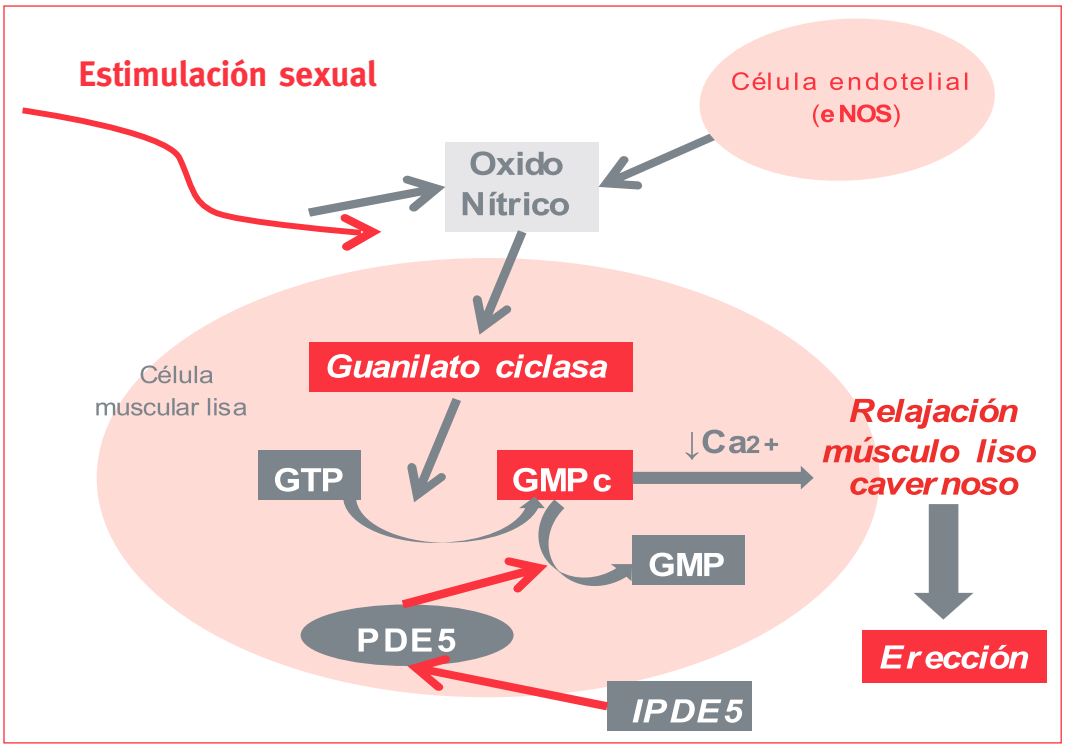
1. El superior dorsolumbar, desde D11 a L2, que bajo influjo psíquico actúa a través de fibras simpáticas que alcanzan el tejido peneano por los nervios cavernosos.
2. El inferior sacro, desde S2 a S4, que responde a la estimulación directa de los genitales o a interoceptiva (de órganos internos), por medio de fibras parasimpáticas que alcanzan el plexo hipogástrico, donde interconectan con las simpáticas del centro medular superior y parten por los nerviosos cavernosos y esponjosos hasta el pene.

Así pues, el origen de la erección es doble: central y refleja. Los estímulos sensitivos peneanos periféricos son importantes para mantener la respuesta eréctil y para activar un arco reflejo que origina la erección en circunstancias adecuadas.

3.4 El papel del óxido nítrico y la vía del GMPc

La dilatación de las arterias cavernosas y helicinas del pene, y la relajación del músculo liso sinusoidal, está mediado por la acetilcolina, que estimula la producción de óxido nítrico (NO).

En el tejido cavernoso las formas constitutivas de la sintasa del NO (NOS), se localizan en el endotelio de los espacios lacunares (eNOS) y en las terminaciones nerviosas no adrenérgicas no colinérgicas (NANC) del nervio cavernoso (nNOS). Ambas formas utilizan el aminoácido arginina y oxígeno molecular para producir NO y citrulina. El efecto relajante sobre el músculo liso sinusoidal del NO viene mediado por la activación de la enzima guanilato ciclasa que estimula la conversión del guanosin-5´´-trifosfato (GTP) a guanosin-3´,5´-monofosfato cíclico (GMPc) (Fig.13.1).



Sánchez Sanchez F. El Médico Interactivo. Madrid: Saned, 2010

Fig. 13.1. El óxido nítrico y la vía del GMPc en la erección

13 Capitulo 13 Disfunción eréctil.indd 58 05/06/14 10:12

La estimulación simpática provoca la contracción de las arterias helicinas y del músculo liso trabecular, produciendo flacidez del pene. Eso significa que si el tono simpático es elevado puede comprometerse la erección, acción mediada por la noradrenalina. La dopamina y la serotonina también parecen inhibir la erección y, de igual modo, el péptido endotelina y algunos icosanoides (PGF2α, tromboxano A2) participan en el mantenimiento de la flacidez peneana.

4. Condiciones necesarias para alcanzar la erección

- Adecuado estado emocional en la relación con la pareja y actitud prosexual.
- Estimulación psicógena y reflexógena suficiente.
- Indemnidad anatómica del pene, con adecuada vascularización e inervación.
- Suficientes niveles hormonales y buen equilibrio metabólico.

4.1 Agentes facilitadores

4.1.1 Estímulos sensoriales externos:

Visualización de personas que se ajusten a los cánones de belleza, estímulos olfativos, etc. Las feromonas activan la sexualidad en los mamíferos, pero no existe tanta evidencia sobre su influencia en humanos. De entre todos los sentidos, el tacto es el de mayor influencia en la erección, habiéndose elaborado mapas eróticos de los puntos más sensuales.

4.1.2 Estímulos internos

- Fantasías eróticas: de suma importancia para el desencadenamiento de la respuesta eréctil, constituyen una herramienta básica en el tratamiento de la DE.
- El sueño: durmiendo, una persona normal tiene 4 o 5 períodos de fase REM (movimientos oculares rápidos, sueño más ligero y mayor ensoñación). Lo habitual es que en el transcurso de ellos se produzcan erecciones que duran de 20 a 30 minutos.
- La personalidad: distinguiéndose las tendentes a la erotofilia, que responden con emociones positivas ante la estimulación sexual y tienden a la búsqueda de sensaciones y estímulos sexuales, de quienes tienen tendencias erotofóbicas, que responden con emociones negativas y evitan estímulos sexuales.

5. Etiología

Por su etiología, la DE se puede clasificar en orgánica y psicógena, sin embargo, el origen suele ser multifactorial con implicación de factores orgánicos, psicológicos y conductuales.

5.1 Causas psicosexuales

De acuerdo con Farré y Lasheras, que siguen la terminología de Hawton, desde el punto de vista psicológico, en cualquier cuadro de DE hay que considerar la presencia de factores predisponentes, precipitantes y mantenedores.

La DE suele ocurrir en un varón que ha superado la mediana edad y que pronto comienza a tener pensamientos catastrofistas: “estoy acabado”, “ya no soy un hombre completo” o “voy a perder el amor de mi pareja”. La ansiedad de ejecución es el factor último que desencadena la pérdida de la erección, actuando como precipitante y mantenedor. Esta ansiedad se genera por diversos condicionantes: temor al fracaso, obligación de resultados, altruismo excesivo y autoobservación (rol de espectador), con intentos conscientes de lograr la erección. Sin embargo, paradójicamente, sucede lo contrario; la erección es un proceso involuntario y obsesionarse en conseguirla empobrece la sensualidad, con falta de atención a los estímulos eróticos y predominio adrenérgico que aboca al fracaso eréctil. Con el tiempo, los hombres con DE caen en un cataclismo cognitivo mediante el cual perciben como amenazantes las situaciones sexuales, subestiman su nivel de excitación, pierden la percepción de su respuesta eréctil y evitan la relación con su pareja.

En la pareja el proceso de comunicación es privilegiado pero frágil, siendo fáciles los malentendidos. La sexualidad y la afectividad están muy ligadas en nuestra cultura y la mujer, que puede estar también en una etapa de crisis, no entiende la actitud evitativa y el distanciamiento afectivo de su compañero. En tal situación puede sentirse rechazada, dudar de su atractivo o pensar “que hay otra”. Los malentendidos, en un clima cargado emocionalmente, abocan al conflicto entre ambos.

5.2 Causas orgánicas

Cualquier alteración del proceso fisiológico de la erección propicia su pérdida. Los trastor-

13 Capitulo 13 Disfunción eréctil.indd 59 05/06/14 10:12

Tabla 13.1. Fármacos causantes de DE	
Opiáceos	Morfina, codeína
Inhibidores de la 4 alfa-reductasa (5-ARI)	Finasterida, dutasterida
Antihipertensivos	Diuréticos tiazídicos (hidroclorotiazida) y aantialdosterona (espironolactona), betabloqueantes (propanolol, carvedilol, atenolol), y de acción central (clonidina, metildopa, reserpina)
Antidepresivos	ISRS: paroxetina, sertralina, fluoxetina
Antivíricos	Ritonavir, tripanavir, ribavirina, IFN-alfa-2ª
Estatinas	Simvastatina, atorvastatina, rosuvastatina
Otros	Cimetidina, digoxina, ketoconazol, metoclopramida, antiblásticos, antiandrógenos

nos vasculares, mediados por la arteriosclerosis, provocan del 60 al 80% de los casos de DE orgánica, los neurológicos el 10-20% y los hormonales del 5-10%. Tras realizar ajuste de edad, se ha demostrado asociación significativa entre DE y enfermedades como HTA, diabetes o cardiopatía y diversos estudios corroboran que la prevalencia de DE es más elevada cuando existe comorbilidad.

5.2.1 Fármacos, drogas y DE

A muchos fármacos se les achaca una repercusión negativa en la función eréctil. La Tabla 13.1 recoge aquellos en los que tal efecto está demostrado.

Respecto al alcohol, aunque puede aumentar el deseo sexual, es bien conocido su efecto negativo sobre la función eréctil, pudiéndola suprimir a partir de 0,5 gramos por litro. La nicotina disminuye la biodisponibilidad del óxido nítrico (NO) y aumenta la producción y liberación de endotelinas, comprometiéndose la relajación del músculo liso cavernoso y dificultándose el flujo arterial necesario para la erección. Cocaína, cánnabis, opio, heroína, anfetaminas y drogas de diseño, si bien pueden estimular al principio, tienen un efecto negativo a medio plazo sobre la erección.

6. Diagnóstico

La herramienta diagnóstica fundamental es la anamnesis (capítulo 7), siendo esencial preguntar en los grupos de riesgo (Tabla 13.2). La Tabla 13.3 ayuda a discriminar su origen.

7. Intervención terapéutica

7.1. Premisas para la intervención médica

Que el médico se sienta motivado para hacerlo y confíe que tanto el paciente como su pareja están de acuerdo en ello.

7.2. Consideraciones previas a la intervención

- El tratamiento de la DE es integral e individualizado, dirigiéndose tanto a los aspectos orgánicos como a los psicosexuales.
- Salvo que exista conflicto importante, si se puede, es recomendable implicar a la pareja en la discusión y elección del tratamiento.

Tabla 13.2. Situaciones en las que está especialmente indicada la detección activa de DE	
• Mayores de 50 años • Mayores de 40 años con 2 ó más FRCV • Diabéticos (especialmente aquellos con más de 10 años de evolución) • Hipertensos • Patología prostática (especialmente los prostatectomizados) • Traumatismos pélvicos o perineales	• ETS • Obesos • Fumadores • Depresión • Ansiedad • Consumo alcohólico de riesgo • Consumo de otras sustancias de abuso

13 Capitulo 13 Disfunción eréctil.indd 60 05/06/14 10:12

Tabla 13.3. Diagnóstico diferencial: DE psicógena y orgánica

Características	Orgánica	Psicógena
Edad	› 50 años	‹ 40 años
Comienzo	Gradual	Agudo
Tiempo de evolución	› 1 año	‹ 1año
Aparición	Permanente	Situacional
Curso	Constante	Variable
Erección extracoital	Pobre	Rígida
Problemas psicosexuales	Secundarios	Larga historia
Problemas de pareja	Secundarios	Al inicio
Ansiedad y miedo	Secundarios	Primarios

- El objetivo es doble: conseguir que la experiencia sexual sea satisfactoria para ambos y, de haberlos, corregir los factores de riesgo CV.

7.3. Pasos en la intervención médica

- Identificar y corregir los procesos orgánicos que provocan o agravan la DE.
- Control de hábitos tóxicos.
- Información y consejo sexual.
- Intervención terapéutica.

7.3.1 Información y consejo sexual

Información básica al paciente y su pareja en relación a la erección:

- Su intensidad varía en cualquier momento de la vida.
- Es un aspecto importante de la sexualidad del varón, pero no la única. Se puede disfrutar de una sexualidad satisfactoria sin erecciones.
- Su pérdida o menoscabo no convierte al afectado en impotente, ni disminuye su valor como hombre, ni como persona.

Intervenir sobre mitos relacionados con la DE:

- Su presencia no indica que existe un conflicto afectivo en la pareja.
- Tampoco, que el hombre haya perdido interés por la pareja o que mantenga otra relación.
- No presupone que haya un trastorno psicopatológico profundo.
- Pese a ella, el hombre suele sentir deseo y obtiene placer sexual.

Advertir de posibles condicionantes psicológicos:

- Anticipación del fracaso y del exceso de auto-observación, con falta de atención a los estímulos eróticos. Advertir de su presencia, inicia el proceso para su superación.

Consejo sexológico y asesoramiento sobre los siguientes aspectos:

- Desgenitalización de la relación sexual y fomento de la sensualidad.
- Relaciones sexuales flexibles y no finalistas. El coito no tiene por qué ser siempre el objetivo final del encuentro sexual; el sexo no coital también resulta satisfactorio.
- Dedicarle tiempo. La práctica sexual requiere tiempo y estado de ánimo sosegado.
- Desdramatizar si pese a todo el encuentro sexual no ha transcurrido como era de desear, recurriendo, en la medida de lo posible, al sentido del humor.

7.3.2. Intervención terapéutica

Nos referiremos solo a los inhibidores de la fosfodiesterasa 5 (IPDE5), fármacos eficaces, seguros y bien tolerados, que inhiben de forma reversible y potente a la PDE5, enzima responsable de la degradación de GMPc, provocando su aumento y relajando la célula muscular lisa que facilita la erección (Fig. 1).

En 1998 irrumpió en el mercado sildenafilo, y cinco años después tadalafilo y vardenafilo. En abril de 2014 apareció avanafilo, un IPDE5 potente y selectivo. Su absorción y distribución

13 Capitulo 13 Disfunción eréctil.indd 61 05/06/14 10:12

Tabla 13.4. Diferencias farmacodinámicas de los inhibidores de la PDE5

	Sildenafilo	Vardenafilo	Tadalafilo	Avanafilo
Dosis oral (mg)	25, 50 y 100	5, 10 y 20	5, 10 y 20	**50, 100, 200**
Tmax	30-120 min, mediana 1 hora	30-120 min, mediana 1 hora	2 horas	**30-45 minutos**
$T_{1/2}$	3-5 horas	4-5 horas	17.5 horas	**6-17 horas**
Efecto de alimentos en Tmax	Retraso	Retraso	No	**Retraso**
Dosificación	**A demanda**	**A demanda**	**A demanda (10-20 mg) o diario (5 mg)**	**A demanda**

Fichas técnicas autorizadas por la Agencia Española del Medicamento y Productos sanitarios (www.aemps.gob.es/cima)

tras la toma oral es rápida, con un tiempo requerido para alcanzar su concentración máxima en plasma (Tmax) de 30-45 minutos, resultando eficaz a los 15 minutos de su administración. La T1/2 o semivida de eliminación es de 6 a 17 horas, por lo que es previsible un efecto prolongado en determinados pacientes.

La elección de uno de los cuatro IPDE5 depende tanto del perfil del paciente y sus expectativas sexuales como de las características farmacodinámicas (Tabla 13.4).

El hipogonadismo acontece entre el 5 y 19% de los pacientes con DE. La terapia de restitución de testosterona mejora la función eréctil así como la respuesta a los IDPE5, por lo que hay que considerar su presencia en los no respondedores a estos fármacos.

Lectura recomendada

- Abraham G. Porto R. Terapias Sexológicas. Madrid: Pirámide; 1979.Barlow DH. Causes of sexual dysfunction: The role of anxiety and cognitive interference. J Consult Clin Psychol 1986; 54, 140-148.
- Documento de Consenso sobre Disfunción Erectil. Elaborado por 12 entidades científicas. Madrid: Grupo 2 Comunicación Médica, 2013.
- Feldman HA, Goldestein I, Hatzichristou, DG, Krane RJ, McKinlay JB. Impotence and its medical and psychological correlates: results of the Massachusetts Male Aging Study. Journal of Urology 1994; 151 (1): 54-61
- González R, Sánchez F. Talleres de práctica clínica en Atención Primaria. En Disfunción Eréctil. Madrid: Semergen y Scientific Communication Management, 2004.
- Kedia GT, Ückert S, Assadi-Pour F, et al. Avanafil for the treatment of erectile dysfunction: initial data and clinical key properties. Ther Adv Urol 2013; 5: 35–41.
- Martin-Morales A, Sanchez-Cruz JJ, Saenz de Tejada I, Rodriguez-Vela L, Jimenez-Cruz JF, Burgos-Rodriguez R. Prevalence and independent risk factors for erectile dysfunction in Spain: results of the Epidemiologia de la Disfuncion Erectil Masculina Study. J Urol 2001; 166(2):569-74.
- Montorsi P, Ravagnani PM, Galli S, Rotatori F, Veglia F, Briganti A, Salonia et al. Association between erectile dysfunction and coronary artery disease. Role of coronary clinical presentation and extent of coronary vessels involvement: the COBRA trial. Eur Heart J. 2006;27:2632-9.
- Perez Mª, Borrás JJ, Sánchez F, Casaubón A. Sexo y salud una guía para acercarse a la sexualidad. Elorrio (Vizcaya): Fundación Eroski, 2006.
- San Martin C, Villalba E. DE, un marcador de riesgo CV y de calidad de vida en la pareja. Actualización de competencias en medicina de familia. DPC SEMERGEN. Madrid: IMC, 2009
- Sanchez F. Actualización en DE. EL MEDICO INTERACTIVO. Madrid: Grupo Saned. Sanidad y Ediciones. 2010. Disponible en: http://www.elmedicointeractivo.com/Documentos/doc/23_DISFUNCION_ERECTIL.pdf

13 Capitulo 13 Disfunción eréctil.indd 62 05/06/14 10:12

Capítulo 14
Trastornos de la eyaculación y el orgasmo masculino

Carlos San Martín Blanco

1. Introducción

Los trastornos de la eyaculación y el orgasmo representan en la práctica clínica de la sexología unas de las disfunciones sexuales más comunes. Además, su conocimiento por parte del médico de Atención Primaria es esencial, ya que con el mismo optimiza su intervención y contribuye a la mejora de la calidad de vida sexual y general de sus pacientes.

2. Trastornos de la eyaculación

2.1. Eyaculación Precoz (EP)

2.1.1. Introducción

Tanto las cifras que aportan innumerables investigaciones, como el resultado de la práctica clínica de los profesionales que trabajamos en el ámbito de la salud sexual, nos permiten considerar a la eyaculación precoz como una de las disfunciones sexuales masculinas que generan actualmente más desestructuración personal y relacional en las parejas que lo padecen y que gracias a la mayor preocupación de la población por su salud sexual, supone un motivo de demanda de atención sexológica que no para de crecer.

2.1.2. Concepto de Eyaculación Precoz

A lo largo de las últimas décadas, ha habido dificultades para obtener un consenso sobre la mejor manera de definir la EP, encontrándonos con multitud de conceptualizaciones, con notables matices diferenciadores.

Actualmente, para definir cuándo un hombre presenta EP, los consensos de expertos consideran determinante el criterio funcional basado en la incapacidad para controlar y posponer el orgasmo, independientemente del tiempo que se tarde en eyacular.

El consenso sobre eyaculación rápida de la AISM (Academia Internacional de Sexología Médica) añade aspectos de pareja y define la EP como la condición persistente o recurrente en la cual el varón no puede percibir y/o controlar las sensaciones propioceptivas que preceden al reflejo eyaculatorio, produciendo malestar personal y/o en la relación con su pareja.

La Sociedad Internacional de Medicina Sexual (*International Society for Sexual Medicine, ISSM*) ha adoptado una nueva definición de EP, que es la primera definición basada en la evidencia: la EP es una disfunción sexual masculina que se caracteriza por la eyaculación que siempre o casi siempre se produce antes o dentro del minuto posterior a la penetración vaginal; con incapacidad de retrasar la eyaculación en todas o casi todas las penetraciones vaginales; y que ocasiona consecuencias negativas para la persona, como estrés, molestia, frustración o la pérdida de satisfacción sexual.

Por último, en el DSM-V se han adoptado criterios parecidos a la definición de la ISSM (Tabla 14.1).

Otro aspecto esencial, que se ha comprobado de forma empírica, es que si se tiene en cuenta que en la eyaculación intervienen factores de condición (tiempo de latencia eyaculatoria intravaginal y percepción de control) y factores de impacto (satisfacción, angustia y problemas de pareja), el tiempo de latencia influye directamente en la percepción de control pero no afecta a la satisfacción ni a la angustia. Sin embargo, la percepción de control se correlaciona directamente con la angustia eyaculatoria y la satisfacción.

14 Capitulo 14 Trastornod de la eyaculación.indd 63 05/06/14 11:06

Tabla 14.1. Criterios diagnósticos del DSM-V para la eyaculación precoz

A. Eyaculación persistente o recurrente que ocurre durante la relación sexual dentro de aproximadamente un minuto de la penetración vaginal sin que el individuo lo desee
B. El síntoma del criterio A debe estar presente durante un mínimo de 6 meses y debe ser experimentado en casi todas o todas las ocasiones (75%-100%)
C. El síntoma del criterio A causa angustia
D. La disfunción sexual no se explica mejor por un trastorno mental no sexual o a consecuencia de un estrés marital severo u otros estreses significativos, y no es atribuible a los efectos de alguna substancia o a otra condición médica

2.1.3. Prevalencia

La eyaculación precoz es una entidad muy común, con una tasa media de prevalencia que oscila entre el 16 y el 23% de los hombres, suponiendo en torno a un 30% de las demandas de atención sexológica.

2.1.4. Etiología y Clasificación de la EP

Existe acuerdo sobre la confluencia de múltiples factores etiopatogénicos, desde el origen centrado en fármacos, drogas, irritantes prostáticos o alteraciones neurológicas, hasta el déficit de habilidades sexuales o la ansiedad ante la relación.

Otros factores comunes son 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; la frustración secundaria a un coito eventualmente rápido que provoca la evitación de la relación y el descenso de la frecuencia sexual; los conflictos no resueltos en la relación de pareja o la existencia de otras disfunciones sexuales como DE o de trastornos psicopatológicos.

Las investigaciones neurológicas se centran en tres teorías: 1- En la hipersensibilidad del glande, considerándose como más plausible que los eyaculadores rápidos no son capaces de detectar la sensación de inminencia eyaculatoria; 2- En la hiperexcitabilidad neurológica, tanto de los nervios genitales como de los espinales o medulares; y 3- La hipótesis de la afectación de los receptores serotoninérgicos propone como principal causa de la EP a una hipersensibilidad de los receptores serotoninérgicos 5-HT1a y a la hiposensibilización de los receptores 5-HT2c.

2.1.5. Evaluación de la EP

La entrevista clínica es esencial, como en la mayoría de las disfunciones sexuales, ya que nos permite conocer de forma detallada la historia del problema y su forma de presentarse y mantenerse.

Se debe hacer también de forma sistemática una historia sexual que incluya si otras disfunciones sexuales tales como la disfunción eréctil acompañan a la EP. Las entrevistas también pueden ser suplementadas con pruebas maritales/relacionales y psicológicas estandarizadas.

La exploración física es fundamental en aquellos casos en que la eyaculación precoz aparece de forma secundaria, en hombres que son iguales de rápidos en la masturbación y en el coito, y en los que eyaculan de forma espontánea.

En estos pacientes se llevará a cabo un tacto rectal para descartar una posible prostatitis y se explorará el estado del reflejo anal y bulbocavernoso. Además, se debe completar el estudio con un sedimento urinario y obtener muestras microbiológicas secuenciales. Sin embargo, no existen pruebas complementarias específicas para el diagnóstico de la EP. Los cuestionarios y autorregistros pueden suponer un complemento diagnóstico importante para conocer la percepción de control del paciente. A nivel clínico el Inventario de Satisfacción Sexual (GRISS) es uno de los cuestionarios más utilizados.

2.1.6. Tratamientos actuales para la eyaculación precoz

Actualmente el objetivo del tratamiento de la EP persigue favorecer que el paciente tenga una respuesta eyaculatoria satisfactoria para él y su pareja, con una adecuada percepción de control voluntario sobre la misma, que se centre en expectativas realistas y que permita una relación y un desempeño sexual gratificante.

A. Tratamiento farmacológico

Es siempre recomendable que el empleo de fármacos sea considerado en conjunción con la terapia sexual ya que la terapia combinada arroja los mejores resultados terapéuticos.

A.1. Dapoxetina

La dapoxetina es un ISRS de rápida absorción y vida media corta que permite su uso a demanda para el tratamiento de la EP. Es el único fármaco en el mercado con indicación para esta disfunción sexual.

14 Capitulo 14 Trastornod de la eyaculación.indd 64 05/06/14 11:06

La rápida absorción de la dapoxetina puede llevar a un aumento brusco de los niveles de serotonina que satura la capacidad compensatoria de los autorreceptores 5-HT1A. Esto puede explicar la capacidad de la dapoxetina para mejorar los síntomas de EP en régimen de dosificación a demanda.

Dapoxetina actúa a nivel central, supraespinal, probablemente en el núcleo paragigantocelular, una estructura fundamental en el control de la eyaculación, y posiblemente también a nivel periférico.

Dapoxetina, en sus dos dosificaciones disponibles y comercializadas (30 y 60 mg) ha conseguido incrementos significativos de IELT. Concretamente incrementó respectivamente 2,5 y 3 veces el IELT con dosis de 30 y 60 mg (medidas objetivamente en los ensayos clínicos), alcanzando las 3,4 y 4,3 veces, respectivamente, cuando los pacientes partían de un IELT menor de 0,5 minutos.

Los efectos adversos más frecuentemente relacionados con dapoxetina suelen ser de intensidad leve, disminuyen a medida que los pacientes toman dapoxetina y causan un número muy limitado de abandonos.

Entre sus contraindicaciones/interacciones, se encuentran en ficha técnica las enfermedades cardiacas significativas como insuficiencia cardiaca (NYHA clase IIIV), alteraciones de la conducción (bloqueo AV de 2º o 3er grado, síndrome de disfunción sinusal) no tratadas con un marcapasos permanente, cardiopatía isquémica significativa, valvulopatía significativa, insuficiencia hepática moderada y grave, uso concomitante o en los 14 días siguientes al cese del tratamiento con: IMAO, tioridazina, ISRS, inhibidores de la recaptación de serotonina-adrenalina, antidepresivos tricíclicos, u otros medicamentos/plantas medicinales con efectos serotoninérgicos o uso concomitante con inhibidores potentes del CYP3A4 (ketocanazol, itraconazol, ritonavir, saquinavir, telitromicina, nefazadona, nelfinavir, atazanavir).

En cuanto a la forma de administración, la dosis habitual comercializada y recomendada es de 30 o 60 mg. Se debe tomar de 1 a 3 horas antes de la actividad sexual, y no más de una vez cada 24 horas. Puede tomarse con o sin alimentos y se recomienda tomarla con abundante agua.

A.2. Tratamientos tópicos

Los productos disponibles comercialmente en su mayoría contienen lidocaína o una combinación de lidocaína/prilocaína, bien en aerosol o en preparaciones de ungüento/crema. Aún no hay resultados probados con grandes ensayos bien diseñados aleatorizados y cuestionarios validados o IELT.

- Deben aplicarse unos 10-20 minutos antes de la relación sexual y se deben sin embargo tomar precauciones para evitar la transferencia del anestésico a la vagina y con ello condicionar la satisfacción de la pareja. Los anestésicos tópicos parecen tener muy escasos efectos secundarios (15%), relacionados con hipoestesia o entumecimiento del pene (12%) y disfunción eréctil (3%).

B. Tratamiento etiológico

En los casos en que la EP pueda estar provocada o favorecida por factores orgánicos, psicopatológicos o relacionales será necesario abordarlos.

C. Terapia sexual

La terapia sexual ha sido el recurso terapéutico más utilizado y efectivo para el tratamiento de la eyaculación precoz (EP) desde hace más de 30 años.

Existen referencias y estudios muy cercanos a nuestro medio, con muestras significativas de pacientes y duración adecuada, que confirman la eficacia en el tiempo de la terapia sexual como tratamiento de la EP, así como seguimientos realizados a los 3 años de terminado el tratamiento, que aportan una alta tasa de mantenimiento de la mejora clínica obtenida.

La intervención tanto diagnóstica como terapéutica tiene que estar centrada siempre en la relación, por lo que las técnicas y recursos que sean aplicados indistin tamente a uno u otro miembro de la pareja, lo serán en el contexto de dicha rela ción o con la expectativa de ser implementadas en la interacción sexual.

Hay que trabajar con el paciente, y si es posible con su pareja, aspectos educativos, informativos y actitudinales, entre ellos sus déficits de autoestima, el control de su ansiedad ante la relación, sus habilidades sexuales y de comunicación y la reestructuración de las ideas irracionales que tengan sobre la sexualidad en general, y la eyaculación rápida en particular.

En el caso de tener que intervenir en hombres sin pareja estable, la intervención irá asimismo encaminada a mejorar su control y su confianza sexual en futuras relaciones sexuales.

D. Tratamiento combinado

Actualmente el tratamiento combinado entre dapoxetina a dosis de entre 30 y 60 mg junto a terapia sexual, resulta mucho más efectivo que el tratamiento farmacológico o sexológico solo.

14 Capitulo 14 Trastornod de la eyaculación.indd 65 05/06/14 11:06

2.2. Otros trastornos de la eyaculación y del orgasmo masculino

Bajo esta denominación se han aglutinado los cuadros de eyaculación retardada, retrógrada, aneyaculación, eyaculación dolorosa, hipospermia y eyaculación asténica.

Los criterios diagnósticos comparten la aparición de la disfunción eyaculatoria 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. Además, el trastorno provoca malestar acusado o dificultades en las relaciones interpersonales.

La eyaculación retardada es probablemente la menos estudiada y entendida de las disfunciones sexuales masculinas. Todavía hay poca unanimidad en cuanto a su etiología psicológica/interpersonal.

2.2.1. 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 disfunciones sexuales infrecuentes en la práctica clínica.

2.2.2. Etiología

Entre los factores orgánicos encontramos alteraciones anatómicas de las vías seminales -muchas veces congénitas-, lesiones neurológicas, alteraciones hormonales (como la hiperprolactinemia), diabetes, iatrogenia quirúrgica, fármacos como los antihipertensivos, antiarrítmicos, benzodiacepinas, descongestivos para la HBP o IMAOs.

Los factores psicológicos implicados son los comunes al resto de las disfunciones sexuales y además miedos sexuales, inseguridad sexual y problemas de pareja que finalmente favorecen una notable ansiedad de desempeño.

2.2.3. Formas clínicas

Los trastornos de la eyaculación pueden ser primarios (desde el inicio de las relaciones sexuales) o secundarios; parciales (solo 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.

2.2.4. Evaluación

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

2.3.5. Tratamiento

- Farmacológico

  Pese a los numerosos ensayos realizados ningún fármaco ha resultado efectivo para el tratamiento de estas disfunciones sexuales.

- Terapia Sexual

  El objetivo fundamental es la modificación de los aspectos psicológicos facilitadores del problema.

El tratamiento busca que el hombre evolucione 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 en la vagina.

Lectura recomendada

- Academia Internacional de Sexología Médica. Consenso de eyaculación rápida. Vol. 2. Salvador de Bahía. Fondo Editorial El Colega. 2004.
- Alcántara,A y Brenes, F. Abordaje de la Eyaculación Precoz en Atención Primaria, Profármaco2. Barcelona. 2013.
- Cruz, N. Abordaje de la Eyaculación Precoz en Atención Primaria, Profármaco2. Barcelona, 2013.; 92-93.
- Jurado AR, San Martín C, Tijeras MJ, Sánchez F. Results of treatment of a sample of patients with premature ejaculation and reasons for leaving therapy. Proceedings 16th Annual Congress of ESSM. Estambul. 2014.
- Kaplan HS. The new sex Therapy. New York. Brunner/Mazel.1974.
- Masters WH, Johnson VE, Kolodny RC. La sexualidad humana, 3 tomos. Barcelona.: Ed. Grijalbo. 1987.
- McMahon CG, Jannini E, Waldinger M, Rowland D. Standard operating procedures in the disorders of orgasm and ejaculation. J Sex Med. 2013 Jan;10(1):204-29.
- Rigot JM, Marcelli F, Giuliano F. Ejaculatory disorders except premature ejaculation, orgasmic disorders. Prog Urol. 2013. Jul;23(9):657-63.
- San Martín Blanco C. Actualización en el abordaje de los trastornos de la eyaculación y el orgasmo desde una perspectiva integradora: ¿qué podemos hacer? Rev Int Androl. 2007; 5(1): 63-72.
- San Martín Blanco C. Intervención sexológica en Eyaculación Precoz. Semergen. 2014;40(Supl 1):22–27.
- Sánchez Sánchez F. El médico ante el anuncio televisivo de eyaculación precoz. Rev Int Androl. 2010; 8(1): 51-6.
- Seco Vélez, Koldo. Eyaculación precoz: manual de diagnóstico y tratamiento. 2009.

14 Capitulo 14 Trastornod de la eyaculación.indd 66 05/06/14 11:06

Capítulo 15
Trastornos del deseo

Ana Rosa Jurado

1. Introducción

El que un documento sobre salud sexual masculina incluya un Capítulo sobre deseo sexual es cuanto poco una novedad. Las ideas preconcebidas en torno a la sexualidad humana han convertido al varón en un ser "siempre deseante", que mantiene la libido intacta, salvo que presente alguna otra disfunción sexual que le genere elevada frustración, o sufra algún problema médico que le afecte a su salud psíquico-física.

Intentaremos darle a los problemas del deseo masculino entidad propia, además de referir todas aquellas situaciones clínicas que pueden llevar a un varón a consultar o a tener una sexualidad insatisfactoria por falta de deseo o por hipersexualidad.

2. Definiciones

2.1. Deseo sexual hipoactivo

En la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría, DSM-V, el bajo deseo sexual aparece como un epígrafe diferente en el hombre y en la mujer, lo cual ha generado una gran profusión de críticas. Para la mujer se ha elaborado el concepto de trastorno del interés/excitación sexual femenino, mientras que se sigue hablando de trastorno de deseo sexual hipoactivo (DSH) en el varón (Fig. 15.1).

Se requiere la caracterización del trastorno en: "De por vida" (desde que el individuo alcanzó la madurez sexual); "Adquirido" (tras un periodo de actividad sexual normal); "Generalizado" (no se limita a determinados tipos de estimulación, situaciones o parejas); "Situacional" (con determinados tipos de estimulación, situaciones o parejas). Además, se establecen criterios de gravedad actual, según el malestar a causa de los síntomas sea leve, moderado o grave/extremo.

La definición de DSH, igual para ambos sexos, vigente durante años es la del DSM-IV-TR: "ausencia o deficiencia, persistente o recurrente, de fantasías y pensamientos sexuales y/o deseos de actividad sexual que provoca malestar acusado o dificultades interpersonales y que no es causado por alguna enfermedad o medicación".

A. Fantasías o pensamientos sexuales o eróticos y deseo de actividad sexual reducidos o ausentes de forma constante o recurrente. La evaluación de la deficiencia la hace el clínico, teniendo en cuenta factores que afectan a la actividad sexual, como la edad y los contextos generales y socioculturales de la vida del individuo

B. Los síntomas del Criterio A han persistido durante unos seis meses como mínimo

C. Los síntomas del Criterio A provocan malestar clínicamente significativo en el individuo

D. La disfunción sexual no se explica mejor por un trastorno mental no sexual o como consecuencia de una alteración grave de la relación u otros factores estresantes significativos y no se puede atribuir a los efectos de una sustancia/medicación o a otra afección médica

Fig. 15.1. Trastorno de deseo sexual hipoactivo en el varón (DSM-V)

15 Capitulo 15 Trastornod del deseo.indd 67 05/06/14 11:05

2.2. Hipersexualidad

Aunque no están claros los límites entre la actividad sexual normal o anormal, se considera que la hipersexualidad es un estado en el cual se produciría un exceso de fantasías, deseos y conductas sexuales, que son pobremente controlados por el individuo y que interfieren en su actividad diaria.

Existe una gran controversia sobre si este impulso excesivo debería ser clasificado entre los trastornos psiquiátricos compulsivos, entre las disfunciones sexuales o entre las conductas adictivas. La CIE-10 lo excluye específicamente de los trastornos del impulso, como el juego patológico o la cleptomanía, aunque en este momento está en revisión, y el DSM-IV no incluye criterios para su diagnóstico.

Para la elaboración del DSM-V se propuso el **trastorno hipersexual (THS)** como un nuevo diagnóstico: trastorno no parafílico del deseo sexual con un componente compulsivo, caracterizado por el aumento en la frecuencia e intensidad de fantasías, excitación, impulsos y conductas sexuales no parafílicas, asociadas a un componente de impulsividad, que provocan un malestar significativo o un deterioro social u ocupacional. Además se determinan una serie de criterios para darle entidad propia, que le diferenciarían de otros trastornos compulsivos o adicciones (Fig. 15.2).

A pesar de estas propuestas, hay autores que consideran que aún falta evidencia científica suficiente para considerar la hipersexualidad como un trastorno con identidad propia, y de hecho aún no se incluye en el DSM-V.

3. Prevalencia

3.1. Prevalencia del DSH en el varón

La mayoría de los datos de prevalencia del DSH en varones están basados en la definición del DSM-IV-TR. Para una edad media de 53 años, el DSH no asociado a ningún otro trastorno, sexual o no, es de 5,1%.

Si consideramos el DSH secundario o asociado a otras afecciones, la prevalencia aumenta hasta: 38% de los pacientes con disfunción eréctil (DE), 28,2% de pacientes con eyaculación precoz (EP), 50% de los pacientes que sufren eyaculación retardada (ER), 100% de los pacientes con hipogonadismo o hiperprolactinemia, y un porcentaje variable en pacientes con alteraciones psicopatológicas.

A mayor edad la prevalencia puede aumentar, alcanzando el 22% a los 57 años, o el 47,7% a los 82. Es posible que otras co-morbilidades (enfermedades crónicas, depresión,

A. Durante un periodo de al menos 6 meses, presenta fantasías sexuales recurrentes e intensas, impulsos sexuales y conducta sexual en asociación con cuatro o más de los siguientes criterios:
   1. El tiempo empleado en fantasías e impulsos sexuales, planificando y participando en conductas sexuales es excesivo de tal modo que interfiera con otras importantes actividades u obligaciones
   2. Repetidamente desarrolla esas fantasías, impulsos y conductas sexuales como respuesta a estados de ánimo disfóricos (p.ej. ansiedad, depresión, irritabilidad, aburrimiento)
   3. Repetidamente desarrolla esas fantasías, impulsos y conductas sexuales como respuesta a eventos estresantes de la vida
   4. Repetitivos e infructuosos esfuerzos por controlar o reducir significativamente esas fantasías, impulsos y conductas sexuales
   5. Repite el comportamiento sexual sin tener en cuenta el riesgo de daño físico o emocional a sí mismo o a otros

B. Hay un malestar clínicamente significativo o deterioro personal en las áreas social, profesional o de otro tipo de funcionamiento, asociado con la frecuencia e intensidad de estas fantasías, impulsos y conductas sexuales

C. Estas fantasías sexuales, impulsos y conductas no se deben a los efectos fisiológicos directos de sustancias exógenas (p.ej. drogas de abuso o medicación) o a episodios maníacos

D. La persona tiene al menos 18 años

Además se deben especificar las conductas: masturbación, consumo de pornografía, relaciones sexuales consentidas con adultos, prácticas sexuales a través de Internet (cibersexo), llamadas a teléfonos de contenido sexual, asistencia a clubs de striptease o varias de ellas

Fig. 15.2. Criterios diagnósticos propuestos para el Trastorno Hipersexual (THS) para el DSM-V

15 Capitulo 15 Trastornod del deseo.indd 68 05/06/14 11:05

insomnio) influyan en este aumento, como influye el contexto psicosocial (si viven con la familia, si están institucionalizados...) y la relación de pareja.

3.2. Prevalencia de hipersexualidad

La prevalencia de las conductas hipersexuales es de 3-6%, siempre mayor en hombres que en mujeres. En pacientes con co-morbilidades psiquiátricas, como la depresión, trastorno por déficit de atención e hiperactividad, ansiedad y trastornos obsesivo-compulsivos puede ser mayor, lo cual lleva a la reflexión de si la hipersexualidad podría ser parte de un síndrome, sin entidad propia como THS.

Las conductas más frecuentes son: consumo de pornografía (por Internet), asociada a masturbación, la masturbación sola, y la búsqueda de relaciones heterosexuales consentidas. En 1/4 de los casos se presentan todas las conductas.

4. Abordaje diagnóstico en la consulta de Atención Primaria

Como en gran parte de las DS, se realiza fundamentalmente mediante la anamnesis (remito al lector al Capítulo 7: La anamnesis en la historia clínica de salud sexual). No obstante, haremos algunas consideraciones en relación al DSH y a la hipersexualidad.

4.1. Diagnóstico del DSH del varón en AP

4.1.1. Detección activa del DSH aislado

Es importante tener en cuenta la posibilidad de esta DS, pues genera mucha angustia y casi siempre problemas de pareja, una de las principales motivaciones que llevan a la consulta.

Situaciones de riesgo, para detección activa: cuadros pseudodepresivos, a veces con comentarios de desvalorización personal; presencia de conflicto pareja o quejas abiertas de la pareja en consulta; cambios en el ciclo vital o en la situación psicosocial de las personas y/o de sus parejas; antecedente de abuso o trauma sexual; abuso de sustancias; enfermedad de la pareja, relacionada o no con la esfera sexual.

4.1.2. DSH en el varón como síntoma centinela

Ante una demanda abierta de ayuda por DSH hay que determinar si es aislado o forma parte de un síndrome clínico (Tabla 15.1), donde aparece acompañado de otros síntomas y signos, que se descartan mediante la anamnesis, la exploración física y la realización de una analítica de testosterona (con otros parámetros dependiendo de la sospecha). La falta de deseo puede deberse a los efectos de la enfermedad, o a las repercusiones de ésta y/o su tratamiento sobre la salud, la vida, autoimagen y/o autoestima del paciente.

4.1.3. DSH asociado a otras DS

Es frecuente que la presencia de otra dificultad en la respuesta sexual haya llevado, por su cronicidad y por la falta de afrontamiento, a que el paciente y/o su pareja desarrollan un

Tabla 15.1. Situaciones clínicas que pueden cursar con DSH en el varón

- Déficit de testosterona: síndrome de deficiencia de testosterona (TDS), síndrome metabólico, hipogonadismo de inicio tardío (HIT)
- Otras alteraciones hormonales: hipotiroidismo, hiperprolactinemia
- Enfermedades metabólicas: diabetes, alteraciones de las glándulas suprarrenales
- Enfermedades crónicas: enfermedades cardiovasculares, insuficiencia renal crónica, cirrosis hepática, anemia...
- Neoplasias: cáncer de próstata, testículos, vejiga, colon, y otros cánceres que no impliquen directamente los órganos sexuales o la pelvis
- Enfermedades prostáticas y de las vías urinarias
- Enfermedades neurológicas: esclerosis múltiple, epilepsia, ictus...
- Enfermedades mentales: depresión, trastornos psicóticos, ansiedad
- Tratamientos farmacológicos: tratamientos antiandrogénicos, antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS), algunos antihipertensivos (diuréticos, algunos betabloqueantes, etc)... (se remite al lector a la Tabla 8.2 del Capítulo 8 de esta obra: Nomenclátor farmacológico sexual)
- Abuso de sustancias: alcohol, cannabis, heroína y opiáceos, drogas de diseño...

15 Capitulo 15 Trastornod del deseo.indd 69 05/06/14 11:05

sistema de evitación de los encuentros sexuales, porque anticipan el fracaso y no quieren enfrentarse a él, ni propiciar un conflicto. En otras ocasiones, se confunde el tener algún otro problema, como la disfunción eréctil, con falta de deseo; es decir, se supone que si no puede mantener una erección adecuada es porque "le faltan las ganas suficientes".

4.1.4. La pareja del paciente con DSH

El abordaje de la salud sexual no es completo si no se tienen en cuenta la relación de pareja y el cómo está viviendo la afección, pues su actitud puede ser un factor precipitante y/o mantenedor de la DS.

La pareja del paciente varón con DSH suele presentar un alto grado de insatisfacción, pues se siente no deseada/o, y en muchas ocasiones rechazada/o. Puede tener sentimiento de culpa, sobre todo al principio, y pensar que su pareja siente bajo deseo sólo por él o ella. Se han podido producir amenazas de abandono, de infidelidad, y quejas abiertas, incluso públicas, lo cual empeora la desvalorización del paciente.

En ocasiones, el DSH ha generado un conflicto que se extrapola a otros aspectos de la relación y que lleva a una insatisfacción generalizada o a una lucha de poder que puede ser una dificultad para el abordaje desde la AP.

4.1.5. Falso DSH en el varón

Una discordancia en la frecuencia deseada de relaciones, o en las necesidades de contacto sexual, puede ocasionar que el miembro menos deseante consulte por bajo deseo. En estos casos no se cumplen los criterios diagnósticos del DSH, en lo relativo a fantasías, pensamientos, etc, aunque la situación se haya prolongado en el tiempo y esté generando mal estar. A veces las discordancias se producen en cuanto las prácticas sexuales, sobre todo por falta de comunicación y/o comprensión.

Otra diferenciación diagnóstica obligada es la de **aversión sexual**: Reacción fóbica a los encuentros sexuales, con fuertes conductas evitativas y con la posibilidad de que se presente un cuadro de pánico, con sudoración, palpitaciones, náuseas, vómitos, etc ante la sola imaginación de mantener relaciones. El abordaje terapéutico requerido es el de cualquier otra fobia, lo cual se escapa de las competencias de la AP.

4.2. Diagnóstico de hipersexualidad en el varón en la consulta de AP

Los pacientes con conductas hipersexuales no suelen consultar por ello, salvo que estén teniendo problemas de carácter social, en el trabajo o en su vida familiar, o salvo que tengan un elevado grado de ansiedad. Alrededor de la mitad de los afectados refieren tener problemas en el funcionamiento de su relación, siendo frecuente que sea la pareja la que consulta, por sentirse abandonada/o, o por no considerar normal el comportamiento de su pareja.

Tanto si se trata de un trastorno compulsivo, como si se trata de una adicción, su abordaje terapéutico se escapa de las competencias de la AP. Sin embargo, la detección activa puede ser fundamental para propiciar las derivaciones oportunas, y reducir el sufrimiento del paciente y su entorno, así como para disminuir las situaciones de riesgo (ITS, abuso de sustancias, conflictos laborales, problemas legales, violencia física, etc).

Situaciones clínicas que pueden acompañarse de conductas de hipersexualidad: adicción a drogas, como metanfetamina (puede aumentar el deseo y disminuir la inhibición); Enfermedad de Parkinson, por sí misma o por la levodopa y agonistas dopaminérgicos usados en el tratamiento; otras afecciones neurológicas, como demencias (desinhibición frontal), algunos ictus o traumatismos (afección prefrontal o temporal); trastornos psiquiátricos, como ansiedad, abuso de sustancias, hiperactividad en adultos, adicción al juego, trastornos obsesivo-compulsivos, esquizofrenia, trastorno límite de la personalidad; antecedente de abuso o trauma sexual, parafilias (voyeurismo, exhibicionismo); conflictos de pareja, conflictos legales y/o sociolaborales; antecedentes de familia disfuncional en la infancia y juventud.

5. Abordaje terapéutico en la consulta de AP

5.1. Tratamiento del DSH en el varón en AP

El hecho de que no existan fármacos con indicación específica en el DSH, además de la baja formación en sexología, condicionan que en la AP se tenga una especial reticencia a abordar este trastorno. En realidad, no es necesaria la derivación a un especialista, siempre que exista una motivación, una mínima preparación por parte del profesional, y que tanto el paciente como su pareja estén de acuerdo en que sea el médico de AP el que realice el tratamiento.

15 Capitulo 15 Trastornod del deseo.indd 70 05/06/14 11:05

5.1.1. Tratamiento del DSH que forma parte de un síndrome clínico

Intervenir sobre los factores que lo causan. Cuando hay déficit de testosterona, la intervención sobre el estilo de vida y la suplementación suele hacer que se reviertan o mejoren los problemas de la esfera sexual. Los requisitos de la intervención con testosterona son: Testosterona total <230 ng/dl; consensuar la vía con el paciente, preferiblemente empezando con preparados de acción corta (transdérmico, oral, bucal); tratar previamente otras afecciones, como policitemia, síndrome de apnea-sueño, insuficiencia cardíaca grave, obstrucción urinaria grave; no alcanzar niveles suprafisiológicos; controles clínicos y analíticos trimestrales durante el primer año; discontinuar si tras 3-6 meses no se obtienen resultados; no existe un límite de edad para la suplementación; se ha demostrado que no está relacionada con la inducción de neoplasia de próstata, aunque su existencia sigue siendo una contraindicación.

5.1.2. Abordaje del falso DSH

Información sobre mitos y falsas expectativas que llevan a estos cuadros. Las discrepancias disminuyen al favorecer la comunicación y el entendimiento entre la pareja; al desculpabilizar y desdramatizar aumentan las posibilidades alcanzar un consenso que satisfaga a las partes.

5.1.3. Tratamiento del DSH asociado a otras disfunciones sexuales

Explicar mediante qué mecanismos se ha llegado a la evitación, así como los aspectos relacionados con la ansiedad de ejecución o la anticipación del fracaso, todos ellos factores psicológicos que influyen de forma determinante en su mantenimiento.

El abordaje de las DS se llevará a cabo en primer lugar, aunque durante el proceso no se obvie la posible falta de deseo. Es frecuente que la confianza que gana el paciente con las dinámicas, terapias y fármacos que se utilizan, por ejemplo, en el tratamiento de la DE, reviertan el interés sexual.

Los inhibidores de la PDE-5 sólo han demostrado su efecto beneficioso sobre el deseo en pacientes con disfunciones sexuales inducidas por antidepresivos. Pero lo cierto es que los estudios de eficacia sobre los trastornos de la excitación como la DE obtienen mejoría en otros dominios de la respuesta sexual, probablemente de forma indirecta.

5.1.4. Tratamiento del DSH aislado

El consejo sexual en el DSH sigue las mismas premisas que en el resto de la DS (Capítulo 16: Bases de la terapia sexual para el MF; consejo sexual), con un especial hincapié en el estímulo de las fantasías sexuales, la autoerotización y los juegos que favorezcan la sensualidad en pareja; cambiar los hábitos de vida, sobre todo para dedicar tiempo a retomar contacto con el cuerpo (gimnasio, masajes, relajación, descanso) y con la pareja; buscar momentos de intimidad, no necesariamente para tener encuentros sexuales, en los cuales compartir aficiones, opiniones, expectativas, y/o planificar, desdramatizando y con una buena dosis de humor, tolerancia y ternura, encuentros eróticos de forma regular. Éstos no tienen porqué perseguir el contacto genital y/o el orgasmo como fuente de satisfacción, sino fomentar la sensualidad y el que sean capaces de relajarse e identificar sensaciones placenteras.

Puede ser útil el recomendar la lectura o la visualización de material erótico, el uso de juguetes sexuales y el estímulo de las fantasías, mediante, por ejemplo, la elaboración de fantasías en la vida cotidiana. Sin que existan fármacos con indicación específica se deben hacer algunas consideraciones sobre su posible uso en el varón con DSH: El excelente efecto de la testosterona sobre la disfunción eréctil y la libido, en los pacientes con síndromes de deficiencia hormonal, no se ha encontrado en pacientes con disfunciones sexuales aisladas; la administración de 100 mg/d de DHEA ha demostrado ser efectiva en mujeres postmenopáusicas con DSH pero no en hombres; aunque el nivel de evidencia no es muy elevado, bupropion está entre las posibles estrategias para las disfunciones sexuales inducidas por los antidepresivos, incluido el bajo deseo; la medicina alternativa (fitoterapia, acupuntura) tampoco tiene un elevado nivel de evidencia, aunque algunos estudios controlados han demostrado eficacia de la maca andina en la mejora del deseo sexual masculino.

5.2. Tratamiento de la hipersexualidad en AP

No está determinado cuáles son los profesionales que deben de participar en el cuidado de los pacientes hipersexuales, aunque se asume que psiquiatras y psicólogos manejan cada caso de forma individualizada. Como afección crónica requiere abordaje multidisciplinar, que incluye la combinación de psicoterapia (también familiar y de grupo), medicación y grupos de apoyo y, el profesional de AP puede participar del apoyo psicosocial, tanto del paciente como de su familia. Esta tarea es complicada por las escasas guías e información sistemati-

15 Capitulo 15 Trastornod del deseo.indd 71 05/06/14 11:05

zada sobre el THS, y sin embargo fundamental para mejorar la calidad de vida de las personas y para intentar evitar situaciones de riesgo.

Algunos de los medicamentos utilizados, individualizando cada caso son: Acetato de ciproterona, antiandrógeno cuyo uso requiere la evaluación del riesgo de trombosis y/o daño hepático, tiene entre sus indicaciones el tratamiento del impulso sexual aumentado (25mg/12 horas de mantenimiento); con la misma intención de reducir el efecto androgénico en hombres se pueden utilizar estrógenos y análogos de la GnRH; Donepezilo, propuesto para reducir la hipersexualidad derivada del tratamiento con agonistas dopaminérgicos en la enfermedad de Pakinson; Opioides, como Naltrexona, con utilidad en otras conductas compulsivas y adicciones, reduce el impulso masturbatorio y las fantasías sexuales en agresores sexuales adolescentes; los antidepresivos ISRS, utilizados en trastornos obsesivos, tienen como efecto secundario la disminución de la libido.

Lectura recomendada

- American Psychiatric Association. Diagnostic and statical manual of mental disorders (5th ed.). Arlington VA: American Psychiatric Association; 2013.
- Borgermans L, Vrijhoef B, Vandervoorde J, De Maeseneer J, Vansintejan J, Devroey D. Relevance of Hypersexual Disorder to Family Medicine and Primary care as a Complex Multidimensional Chronic Disease Construct. Int J Family Med. 2013 Aug;2013:519265.
- Brotto LA. The DSM diagnostic criteria for Hypoactive Sexual Desire Disorder in men. J Sex Med. 2010 Jun;7(6):2015-30.
- Chiclana-Actis C. Hipersexualidad, trastorno hipersexual y comorbilidad en el Eje I. XIV Congreso virtual de psiquiatría.com Interpsiquis 2013. www.interpsiquis.com Febrero 2013.
- Cornoa G, Isidori AM, Buvat J, Aversa A, Rastrelli G, Hackett G, Rochira V, Sforza A, Lenzi A, Mannucci E, Maggi M. Testosterone supplementation and sexual function: A meta-analysis study. J Sex Med. 2014 Apr 4.
- Cruz, N. Síndrome metabólico, medicina sexual y patologia cardiovascular. En: Tratado de Andrologia y Medicina Sexual. Tomo II. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2011. p. 773-81.
- Desk Refrence to the Diagnostic Criteria From DSM-IV-TR. Americam Psychiatric Association. 2000.
- García-Cruz, E. Síndrome de deficiencia de testosterona. En: Cruz, N. Tratado de Andrologia y Medicina Sexual. Tomo II. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2011. p.765-72.
- Halpern AL. The proposed diagnosis of hypersexual disorder for inclusion in DSM-5: unnecesssar and harmful. Arch Sex Behav. 2011 Jun;40(3):487-8.
- Kafka MP. Hypersexual disorder: a proposed diagnosis for DSM-V. Arch Sex Behav. 2010 Apr;39(2):377-400.
- Kor A, Fogel Y, Reid RC, Potenza MN. Should Hypersexual Disorder be classified as an Addiction? Sex Addict Compulsivity. 2013;20(1-2).
- Sánchez F, Cabello F. Deseo hipoactivo femenino. Parafilias. Sexualidad compulsiva. En: Jurado AR, Sánchez F. Salud sexual en Atención Primaria (Curso de formación online en Internet). Madrid: Science Tools, 2012. (acceso 30 de septiembre de 2012). Disponible en: http://www.dpcap.es

15 Capitulo 15 Trastornod del deseo.indd 72 05/06/14 11:05

Capítulo 16
Terapia sexual básica en AP

Joan Mir Pizà

1. Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) aconseja la formación para la capacitación de los médicos de familia (MF) en el abordaje de la salud sexual de la población. Estas intervenciones son especialmente factibles en Atención Primaria (AP). Las características de confianza y relación continuada médico-paciente las facilitan. El MF debe estar preparado para dar respuesta a las crecientes demandas en materia de insatisfacción sexual y de pareja, utilizando una actitud cercana y un lenguaje sencillo y comprensible para el paciente, para informar, aconsejar y orientar sobre las cuestiones de esta índole.

En la historia clínica de AP se deberían incorporar sistemáticamente tres preguntas básicas sobre la salud sexual: ¿tiene usted actividad sexual?, ¿es satisfactoria para usted?, ¿y para su pareja?

En un trabajo realizado recientemente sobre médicos, enfermeros y residentes de Medicina Familiar, el 70% declara que no pregunta por la sexualidad a sus pacientes.

2. La salud sexual y el médico de familia

Se considera de forma unánime que el MF es el profesional idóneo para abordar las dificultades sexuales de sus pacientes, teniendo enfermería un papel importante en su detección.

Las disfunciones sexuales (DS) provocan trastornos de salud y conflictos con grave repercusión en la autoestima o en las relaciones de pareja.

3. Asesoramiento y consejo sexual

El asesoramiento sexual es una intervención puntual, generalmente centrada en la transmisión de información.

Tabla 16.1. Consultas sexuales más frecuentes en AP

- Disfunciones sexuales: disfunción eréctil, eyaculación precoz, deseo sexual hipoactivo (ambos sexos), sequedad vaginal, dispareunia, orgasmo retardado
- Disfunciones sexuales secundarias a fármacos y/o a sustancias de abuso
- Métodos anticonceptivos
- Importancia del uso del preservativo. Recordar cómo se coloca
- Embarazo no deseado
- Conflicto de pareja: incomunicación, escaso o mal sexo, infidelidad
- Violencia de género
- Agresiones sexuales
- Problemas de orientación sexual/identidad de género
- Asociados al ciclo vital, principalmente la postmenopausia
- Trastornos sexuales asociados a patologías crónicas/cirugía/radioterapia: cardiopatía isquémica, cáncer, DM, HTA, prostatectomía, mastectomía

16 Capitulo 16 Terapia sexual básica.indd 73 05/06/14 10:44

El consejo sexual es un proceso dinámico a través del cual se marcan objetivos de cambio, tanto a nivel conductual como cognitivo y actitudinal.

4. Concepto de terapia sexual

El MF debe entrenar las habilidades para llevar a cabo una buena entrevista sexual. En la entrevista sexual hay que saber crear un clima terapéutico (Tabla 16.6).

El ex-presidente de la Asociación Mundial de Sexología, Dr. Eusebio Rubio, considera que "la terapia sexual es la psicoterapia más la farmacoterapia de los trastornos sexuales".

La terapia sexual o sexoterapia consiste en un conjunto de técnicas y estrategias psicoterapéuticas, de orientación principalmente cognitivo-conductual, que tienen como objetivo resolver los distintos tipos de DS o malestar en el desempeño sexual que afectan a las personas o a las parejas. Se utiliza tanto si su etiología es orgánica como psicógena, o mixta, combinadas o no con tratamiento farmacológico.

Las DS afectan a un mínimo del 40% de las parejas a lo largo de su vida en común.

5. Terapia de pareja

Siempre es conveniente chequear la calidad de la relación de pareja. La terapia de pareja, en caso de crisis o disarmonía, debe ser llevada a cabo por un sexólogo o terapeuta experto en esta compleja técnica psicoterapéutica.

6. Importancia de la salud sexual

Compete al MF tratar de eliminar hábitos de vida insanos e introducir otros saludables (lo que es bueno para el corazón es bueno para la sexualidad y viceversa). Puede ayudar a detectar o a prevenir patologías orgánicas, principalmente cardiovasculares.

Tabla 16.2. En una entrevista sexual, NO se debe...

- Minimizar el trastorno
- Moralizar, juzgar
- Dar algo por supuesto (p. ej.: orientación heterosexual)
- Sonreír, mirar el ordenador
- Vulgarizar la terminología
- Generar expectativas irreales
- No tolerar silencios y llanto
- Sugerir otra pareja
- Prescribir fármacos de eficacia no probada: ginseng, L-arginina, pentoxifina
- Prescribir testosterona sin indicación
- Superar las dosis máximas de cada fármaco, según ficha técnica

Tabla 16.3. Clima terapéutico

- Crear un clima de confianza
- Acoger con calidez
- Empatizar
- Escuchar mucho, preguntar lo necesario
- Informar
- Respetar
- Nunca juzgar
- Garantizar la confidencialidad

16 Capitulo 16 Terapia sexual básica.indd 74 05/06/14 10:44

1. Psicoeducación. Utilizar una terminología llana (no vulgar) y comprensible.
2. Ejercicio físico regular. Mejora la autoimagen, la autoconfianza y el deseo sexual.
3. Dieta saludable. Otro factor de primer nivel.
4. Consumo de sustancias de abuso. Está más que demostrado que menoscaban la respuesta sexual en ambos sexos. Y ninguna ha evidenciado capacidad afrodisíaca.
5. Disfunciones sexuales secundarias a fármacos. Apartado relevante. En torno al 20% de las disfunciones sexuales son causadas por medicamentos prescritos por nosotros u otros médicos. El grupo farmacológico más significativo, en este sentido, es el de los psicofármacos. En segundo lugar, los antihipertensivos. La relación de fármacos y drogas que pueden alterar una o más fases de la respuesta sexual (deseo, excitación y orgasmo), supera ampliamente los 200 principios activos y queda recogida en el Vademécum sexual.

7. Principios basicos de la terapia sexual

7.1. Educación sexual

El MF puede explicar las distintas fases de la respuesta sexual humana y sus variaciones, el concepto de normal/anormal en sexualidad humana, anatomía y fisiología genital femenina y masculina, promocionar la erotofilia, desterrar la erotofobia. Se interrogará sobre una posible agresión sexual y/o práctica de conductas parafílicas. Importante investigar el consumo de sexo a través de Internet, a fin de descartar una ciberadicción sexual. Transmitir mensajes terapéuticos.

Es muy recomendable intervenir en los siguientes puntos:

a. Desmitificar, es imperativo en toda consulta sexual y altamente terapéutico.
b. Desgenitalizar. Desmontar la creencia de que sexo es igual a coito. La sexualidad es mucho más rica, variada y amplia que los escasos centímetros de superficie genital.
c. Desculpabilizar. El médico tratará de eliminar culpas. La culpa siempre resta.
d. Desdramatizar. El varón vive una DS como una tragedia de su virilidad: “Soy un inútil”, “Ya no sirvo ni para eso“, “Yo ya no valgo nada” (ansiedad autorreferencial), “Ya no me apetece salir, total para volver a hacer el ridículo”, “Es lo peor que me podía pasar”. También a la mujer le afecta: “No soy una mujer como las demás”, “quisiera desear y sentir placer”, “qué me pasa, por qué no soy normal”.

7. 2. Cooperación de la pareja

En caso de existir, la cooperación de la pareja es un factor clave en el tratamiento de los trastornos sexuales (problema de dos).

7.3. Importancia de las actitudes

Desde AP hay que impulsar la promoción de la sexualidad como un valor en pro de una mejor salud global, de una mejor calidad de vida.

7. 4. Abordar el “miedo” sexual

Son muchos los “miedos” que pueden concurrir en torno a la experiencia sexual. En el hombre: miedo a no conseguir/mantener la erección, miedo a eyacular prematuramente, miedo a no dar la talla, miedo al fracaso sexual, miedo al abandono...

7.5. Cambio de roles

La mujer reivindica su derecho al disfrute sexual, en una relación simétrica. El hombre siente amenazado su estatus, lo que le genera notable angustia e inseguridad personal.

Tabla 16.4. Terapia sexual: mensajes

- Cooperación de la pareja
- Responsabilidad terapéutica compartida
- Cada uno es responsable de su salud sexual
- Nadie es culpable de la insatisfacción sexual
- No competir, sino compartir
- La actividad sexual puede prevenir disfunciones sexuales y conflictos de pareja
- La fantasía y el humor son grandes aliados del deseo
- Romper el círculo vicioso: ansiedad anticipatoria, autoobservación, miedo al fracaso

16 Capitulo 16 Terapia sexual básica.indd 75 05/06/14 10:44

7.6. Habilidades de comunicación sexual

Es clave aprender a comunicarse con claridad. Expresar lo que agrada y lo que no. Una DS suele conducir a conductas de evitación con lo que se amenaza la supervivencia de la pareja.

7.7. Control de la ansiedad de desempeño

Con autoinstrucciones y técnicas de relajación.

7.8. La rutina sexual es el "cáncer" de la relación de pareja

La inactividad sexual favorece las patologías sexuales: "Cuanto más, más y mejor, y cuanto menos, menos y peor". Habrá que trabajar las fantasías eróticas, "rehabilitar el músculo de la imaginación".

7.9. Las nuevas tecnologías

Las redes sociales, *in crescendo*, ocupan tiempo muy considerable en la vida de las personas. Crecen los casos de adicción al cibersexo, sobre todo en varones. Y después de todo (trabajo, familia, ordenador, televisión, móvil, ocio,...), ¿queda tiempo de calidad para el sexo en pareja?

8. Terapia sexual específica

A continuación, citamos las técnicas más utilizadas en sexología clínica.

8.1. Focalización sensorial (FS)

Se trata de masajes sensuales, por turnos, con un aceite lubricante. El objetivo es que el paciente aprenda a prestar atención a sus sensaciones placenteras y consiga "abandonarse". Dejar de autoexaminarse. Técnica ampliamente utilizada en terapia sexual. Se prohíbe el coito. Se realiza con ropa interior (FS no genital y luego desnudos (FS genital).

No está indicada la focalización sensorial en las siguientes situaciones:

- Grave conflicto de la relación y comunicación con resentimiento entre ambos. Primero habrá que realizar una terapia de pareja.
- Aversión fóbica al contacto físico. En este grave trastorno está indicada la desensibilización sistemática.
- Si esta estrategia ha sido ineficaz en el intento de resolver ellos mismos su problema sexual.

8.2. Autoestimulación dirigida

La mujer con una anorgasmia primaria o con trastorno de deseo o aversión al sexo, debe comenzar con la exposición de su cuerpo desnudo ante el espejo, e individualizar por pasos la observación de sus genitales y exploración manual suave de los mismos.

8.3. Técnica de parada-arranque, de Semans (*Stop/Star*)

Indicada en la eyaculación precoz.

8.4. Técnica de la compresión (Masters y Johnson)

También la eyaculación precoz.

Tabla 16.5. Terapia sexual: mensajes

- Higiene rigurosa: cuidar aspecto exterior y ropa interior
- Autoexploración corporal y autoerotismo
- Reaprender a seducir. Sorprender. Romper la rutina
- Fin de semana, un viaje
- Una cena romántica, una "noche loca"
- Contactar con el cuerpo: sol, ducha conjunta, playa, spa, ejercicio al aire libre
- Rememorar momentos agradables: fotos, vídeos
- Trabajar fantasías eróticas: rehabilitar el "músculo" de la imaginación
- Baile... como "hacer el amor, pero vestidos"
- Cine y literatura eróticas
- Visitar un sex-shop
- Reír y hacer reír...y darse tiempo para repetir

Modificado de Sexualidad: funcionamiento normal, trastornos y tratamiento. Hurtado Murillo F, 1997.

16 Capitulo 16 Terapia sexual básica.indd 76 05/06/14 10:44

8.5. El apretón basilar

Es la misma compresión pero efectuada en la base del pene.

8.6. Técnica de aclimatación al coito

Consiste en una penetración no demandante y sin empujes coitales durante 2 ó 3 minutos para después retirar el pene de la vagina.

8.7. Maniobra del puente o del apuntalamiento

Estimulación del clítoris durante la penetración vaginal. Indicada para tratar la anorgasmia coital.

8.8. Ejercicios de Kegel

Técnicas de entrenamiento en la rehabilitación del suelo pélvico.

8.9. Terapia sexual racional-emotiva de Ellis

Identificación y modificación de ideas irracionales y mitos por medio de técnicas de reestructuración cognitiva, ejercicios conductuales de riesgo controlado, asertividad, comunicación.

8.10. Desensibilización sistemática

Indicada en situaciones fóbicas, como es el trastorno de aversión al sexo.

9. Farmacoterapia

En este capítulo nos limitamos a nombrar los fármacos más comúnmente utilizados en medicina sexual.

- Inhibidores de la fosfodiesterasa-5: sildenafilo, vardenafilo, taladafilo, avanafilo. Fármacos eficaces y seguros en el tratamiento de la disfunción eréctil tanto orgánica como psicógena.
- Inyecciones intracavernosas de alprostadilo y otras sustancias vasoactivas.
- Alprostadilo por vía intrauretral. También utilizada en algunos casos de disfunción eréctil.
- Dapoxetina, único fármaco oral aprobado para el tratamiento de la eyaculación precoz.
- Testosterona, en el síndrome de deficiencia de testosterona del varón.
- Bupropion, para el deseo sexual inhibido de la mujer. Muy discutible su eficacia.
- Anestésicos locales, asociación de lidocaína y prilocaína, una herramienta terapéutica para la eyaculación precoz.
- Inhibidores selectivos de la recaptación de seroptonina. Pueden ser útiles en casos de parafílias y sexoadicción. Sin indicación, también se prescriben en la eyaculación precoz.
- Anticonvulsivantes (topiramato, zonisamida), en algunos casos de parafilias y adicción al sexo, para intentar potenciar el control de impulsos.
- Antiandrógenos, acetato de ciproterona y acetato de medroxiprogesterona, en ciertos casos de hipersexualidad no controlada, trastorno de pedofilia u otras conductas delictivas sexuales, a fin de reducir el impulso sexual.

10. Criterios de derivación a sexología

Tabla 16.6

Tabla 16.6. Criterios de derivación a sexología

1. Disfunciones sexuales de causa psicógena o mixta, que sobrepasen la capacidad de intervención del MF
2. Demanda del paciente/pareja
3. Determinados casos de eyaculación precoz
4. Fracaso o contraindicación de los IPDE-5
5. Determinados casos de deseo sexual hipoactivo o inhibido. Aversión al sexo
6. Conflicto de pareja
7. Problemas de la orientación sexual y de la identidad de género
8. Anorgasmia
9. Vaginismo, dispareunia (antes descartar organicidad)
10. Ciberadicción sexual u otras variantes de sexoadicción
11. Trastornos parafílicos

16 Capitulo 16 Terapia sexual básica.indd 77 05/06/14 10:44

11. Prevencion de las disfunciones sexuales

Tomado de González Correales, R.:

- Comunicarse con claridad.
- Estimular que cada persona asuma la responsabilidad de su goce sensual.
- Diferenciar entre una invitación y una exigencia.
- Combatir la rutina. Trabajar la imaginación, sorprender.
- No esperar siempre a "estar inspirado" para tener relaciones sexuales. No exigirse una total coincidencia de gustos.
- Las relaciones sexuales no se reducen a tocar mecánicamente las "teclas" pertinentes.
- Comprender la diferencia entre rechazar una actividad y rechazar a una persona.
- Evitar conductas que suelen bloquear la sexualidad.
- Dedicarle un "tiempo de calidad".
- La fantasía y el sentido del humor son los mejores afrodisíacos.

Lectura recomendada

- Cabello, F. Manual de terapia sexual y sexología. Editorial Síntesis, 2010.
- Correales González, R. Intervención del médico de familia en salud sexual. En: Sánchez Sánchez, F. Documentos clínicos SEMERGEN (SEMERGEN DoC). Salud Sexual, 2006. Disponible en: http://www.semergen.es/semergen/ catalogo-editorial/salud-sexual
- Cueto, MA. Sexo en la pareja. Editorial Biblioteca Nueva, 2006.
- Hurtado F, Escrivá P, Catalán A, Mir J. Fármacos y disfunción sexual. Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de enlace. Nº 62/63-2002.
- Hurtado Murillo, F. Sexualidad: Funcionamiento normal. Trastornos y Tratamientos. Promolibro, 1997.
- Jurado López, AR y Sánchez Borrego, R. Introducción a la Terapia Sexual. Programa de intervención en salud sexual para médicos de Atención Primaria. PRISS-AP, 2014. Profármaco.2.
- López Sosa, C y Sánchez Sánchez, F. Entrevista e historia clínica en salud sexual. PRISS-AP 2014. Programa de intervención en salud sexual para Médicos de Atención Primaria 2014. Profármaco.2
- Masters WH, Johnson VE, Kolodny RC. La sexualidad humana. Barcelona: Grijalbo, 1987.
- Mir Pizà, J. Vademécum sexual. www.espaiterapeutic.com
- Montejo AJ, Llorca G, Izquierdo JA y Grupo Español de trabajo para el estudio de las DS secundarias a Psicofármacos. DS iatrogénicas. Antidepresivos y antipsicóticos. Psiquiatría y Atención Primaria. 2001; 1 (3): 10-5
- Organización Mundial de la Salud (OMS). La Educación y el Tratamiento en Sexualidad Humana: La Capacitación de los Profesionales de la Salud. Informe Técnico 572. Ginebra; 1975.
- San Martin C, Fernández A. Consejo Sexual. Programa de intervención en salud sexual para Médicos de Atención Primaria. PRISS-AP, 2014. Profármaco.2.
- Sánchez-Sánchez F, González-Correales R, Jurado-López AR, San Martin- Blanco C, Montaña-Hernández R, Tijeras-Úbeda MJ, Benitez-Moreno JM, Brenes-Bermudez F, Mir Pizà J, Villlalba-Quintana E. La anamnesis en la historia clínica en salud sexual: habilidades y actitudes. Semergen 2013; 39 (8): 433-9.
- Tijeras-Úbeda MJ, Jurado-López AR, Alarcón-Rodríguez R. Variables predictoras de las actitudes hacia la sexualidad de profesionales sanitarios de atención primaria y su influencia en la obtención de la historia clínica sexual. Poster presentado en 31º Congreso Nacional SEMERGEN. Zaragoza, Octubre 2009. Ref 3397.
- Tijeras-Úbeda MJ. ¿Influyen las actitudes hacia la sexualidad de los profesionales sanitarios de Atención Primaria en su desempeño profesional? Anuario de Sexología AEPS. 2010; 12: 43-50.

16 Capitulo 16 Terapia sexual básica.indd 78 05/06/14 10:44

Capítulo 17
Actividades preventivas y de promoción de la salud sexual del hombre en AP

Elena-Urraca Villalva Quintana
Antonio Ferrández Infante

1. Pertinencia de la educación sexual y de la prevención de enfermedades de transmisión sexual

La educación sexual y las actividades preventivas de las enfermedades de transmisión sexual (ETS) son altamente rentables a medio y largo plazo, considerando que es responsabilidad sanitaria y social el control de los problemas derivados de un incorrecto ejercicio de la sexualidad. Es muy importante que, para desarrollar adecuadamente esta parcela médica, se lleve a cabo un cambio en los valores y actitudes del profesional así como una implementación eficaz de actividades formativas.

Aunque se encuentran conceptos erróneos sobre diferencias de género, función sexual, contracepción y ETS en todas las edades, las actividades de educación y prevención (APPSS) deben llevarse a cabo considerando las peculiaridades de cada etapa vital. Se pueden diferenciar las actuaciones en adolescencia /juventud, madurez y senectud, a pesar de que las que se lleven a cabo cuando comienza el desarrollo de la sexualidad (adolescencia/juventud) son, quizá, las de máxima importancia. Hay que considerar la diversidad en la orientación sexual fundamental para reducir el riesgo de enfermedades de transmisión sexual sin que los prejuicios personales o la ignorancia interfieran en el desarrollo correcto de la actividad profesional.

2. Actividades preventivas y de educación sexual en jóvenes

Los campos prioritarios de trabajo en este grupo se centran en dar información y facilitar medidas para la consecución de una sexualidad saludable, libre de enfermedades, respetuosa con el otro y satisfactoria globalmente a través de información muy clara y explícita sobre sexualidad en general, prevención de embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual y prevención de las agresiones sexuales y de la violencia de género.

2.1. Información clara y explícita sobre sexualidad en general

Aunque el inicio en las prácticas sexuales es cada vez más temprano, el desconocimiento sobre cuestiones sexuales es importante en adolescentes y es papel del médico avanzar en ese terreno, realizando lo que se ha denominado la historia sexual proactiva. Hay que preguntar a todos los que acudan a la consulta, aprovechando momentos en que acudan solos, para evitar la cohibición a que podría darse lugar. El tema del sexo puede abordarse a lo largo de varias citas, reforzándose los mensajes en sucesivas consultas.

Es mejor hablar de manera directa, en un lenguaje muy claro, demostrando conocimiento de lo que se dice, ya que suelen ser muy suspicaces en la identificación de informaciones dudosas. Debe peguntarse sobre creencias, deseos, orientación sexual, experiencias en infancia. El facultativo puede encontrarse con un joven que pregunta sobre medicaciones para mejorar la erección, ya que en determinados

17 Capitulo 17 Actividades preventivas.indd 79 05/06/14 10:45

círculos está de moda su uso junto con pastillas del tipo de la metanfetamina. La información que se dé debe ser objetiva y veraz, sin provocar falsas alarmas ni manifestar prejuicios.

Al iniciarse en la vida sexual activa, puede haber dudas en la identificación de la propia orientación del deseo sexual. Los adolescentes pueden estar confusos entre lo que es una amistad íntima y la atracción sexual, si perciben claramente la orientación hacia el mismo sexo, pueden sentirse culpables y avergonzados, manifestando conductas no congruentes y dando lugar a gran ansiedad que puede manifestarse de muy diversas maneras. Este campo nunca debe ser obviado, hay que hacer saber que las opciones sexuales son variadas y variables en el tiempo, y que todo es bueno si vale para ser más feliz, siempre que no interfiera en la libertad de otros.

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

2.2. Prevención de embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual (ETS)

Las relaciones sexuales en el medio urbano son ya significativas a los 15 años, asociándose a dos riesgos inmediatos: embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual.

La prevención de embarazos no deseados está directamente relacionada con el correcto uso de métodos anticonceptivos y con la facilitación del acceso a ellos. Es una tarea de corresponsabilidad entre ambos sexos, no debiéndose descargar solo en la joven. Los métodos anticonceptivos deben ser muy accesibles, seguros y baratos.

La medida más recomendada es el preservativo, exhortando a su conocimiento y empleo como medida protectora no sólo de embarazos sino también de ETS. Es frecuente que al principio no sepan ponerlo y aprenden a ello haciéndolo mal repetidas veces, por lo que su forma de colocación debe enseñarse en el centro médico. Se tiene que advertir de la posibilidad de molestias por alergia al látex y aconsejar el empleo de los hipoalergénicos, también disponibles en el mercado.

2.3. Prevención de la violencia de género y los abusos sexuales

Se hablará de ello más adelante.

3. Actividades preventivas y de educación sexual en adultos

3.1. La primera parte de la madurez (de los 28 a los 40 años)

No son frecuentes las consultas sobre temas sexológicos, los varones no suelen acudir al médico pues todavía son lo suficientemente jóvenes para no tener problemas médicos, por lo que cuando van a la consulta por algún otro motivo, hay que aprovechar la oportunidad de hacer educación considerando la sexualidad. En esta época de la vida son frecuentes los viajes, con cierta frecuencia con un claro objetivo sexual por lo que siempre hay que hacer hincapié

Tabla 17.1. Valores de una sexualidad responsable

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

17 Capitulo 17 Actividades preventivas.indd 80 05/06/14 10:45

en las actividades preventivas. Tanto si se tiene se tiene pareja estable como si no, hay que dar consejos para el desarrollo de una sexualidad sana, basados en los valores de una sexualidad responsable como se muestra en la Tabla 17.1.

3.2. La segunda etapa de la madurez (desde los 40 hasta los 65 años)

Las actividades a desarrollar difieren levemente de las de la primera etapa ya que el momento vital, familiar y social va cambiando. Los consejos para promocionar una vida sexual saludable, son similares a los de la etapa anterior. Es importante preparar al individuo para afrontar el envejecimiento de su cuerpo y del otro, fomentando actitudes positivas y saludables que faciliten el disfrute de la vida y del sexo en esta nueva etapa, haciendo hincapié en los aspectos no puramente físicos de la sexualidad. No hay que olvidar los consejos sobre prevención de enfermedades de transmisión sexual recomendando el uso de preservativo.

4. Actividades preventivas y de educación sexual en mayores

Aunque en la consulta médica no se suele preguntar sobre esta parcela vital, hay que ser conscientes de que para muchos pacientes en la madurez y en la senectud, el sexo sigue jugando un papel importante en su vida, sobre todo si ya lo hacía en la juventud. El médico tiene que ser consciente de que las personas mayores no son asexuadas y debe tratar activamente esta parcela vital siempre que aborde la salud de una persona mayor. Las preguntas y consejos explícitos sobre sexo suelen ser muy bien recibidos de tal modo que el médico no debe mostrar falsos pudores a la hora del abordaje de estos temas y llevar a cabo la ya comentada historia sexual proactiva, para poder efectuar las actividades apropiadas a esta etapa (Fig. 17.1).

5. Prevención e intervención en abusos sexuales

5.1. Definición

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la violencia sexual como: todo acto sexual, la tentativa de consumar un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de esta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo. Se entenderá que está definición incluye diversas modalidades (Tabla 2).

5.2. Epidemiología e importancia del problema

Según los resultados de una encuesta publicada en 2014 por la Agencia Europea de los

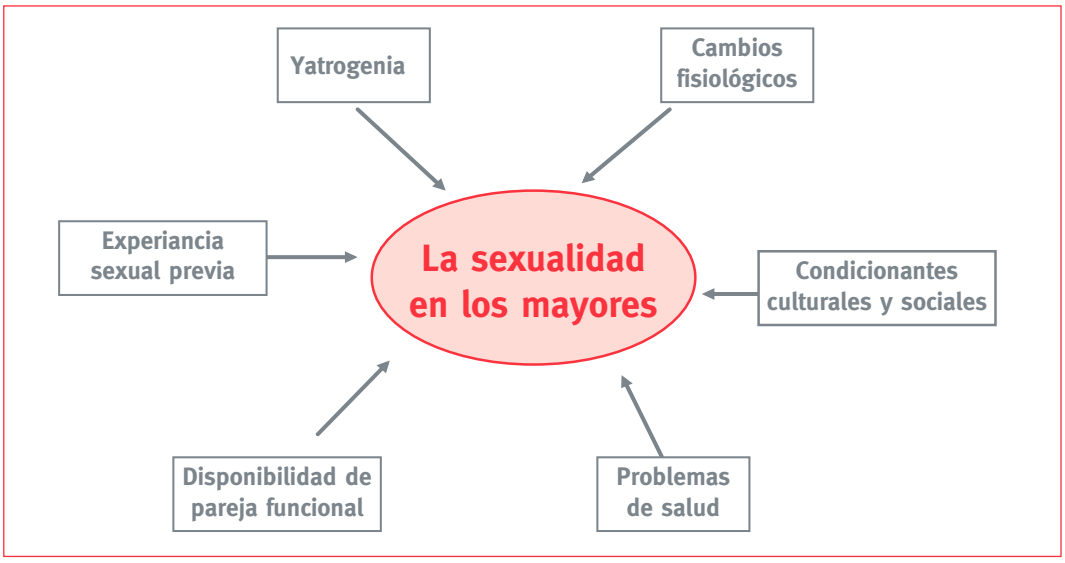


Fig. 17.1. Factores que intervienen en la sexualidad de los mayores

17 Capitulo 17 Actividades preventivas.indd 81 05/06/14 10:45

Tabla 17.2. Modalidades de violencia sexual

- Violación en el matrimonio o en citas amorosas
- Violación por desconocidos o conocidos
- Insinuaciones sexuales no deseadas o acoso sexual (en la escuela, en el lugar de trabajo, etc.)
- Violación sistemática, esclavitud sexual y otras formas de violencia particularmente comunes en situaciones de conflicto armado (por ejemplo fecundación forzada)
- Abuso sexual de personas física o mentalmente discapacitadas
- Violación y abuso sexual de niños
- Formas tradicionales de violencia sexual, como matrimonio o cohabitación forzados y herencia de viuda

Derechos Fundamentales (FRA), en España el 6% de las españolas de más de quince años (más de una de cada veinte mujeres) ha sufrido algún tipo de violencia sexual.

5.3. Consecuencias del abuso sexual en la salud

Los datos indican que los supervivientes masculinos y femeninos de violencia sexual pueden sufrir consecuencias conductuales, sociales y de salud mental similares; no obstante, las niñas y las mujeres soportan la carga más abrumadora de traumatismos y enfermedades resultantes de la violencia y la coacción sexuales, no solo porque constituyen la mayor proporción de las víctimas sino también por su vulnerabilidad a embarazos no deseados, abortos inseguros y el mayor riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual, inclusive la infección por el VIH, durante el coito.

5.4. Estrategias de intervención en Atención Primaria

El abordaje en Atención Primaria debe sustentarse en tres pilares: prevención primaria (detección y manejo de situaciones de riesgo), prevención secundaria (diagnóstico precoz) y prevención terciaria (intervención ante el caso detectado).

5.4.1 Prevención primaria

El médico de familia debe aprovechar su posición estratégica dentro de la estructura del sistema sanitario para identificar a aquellos varones con más riesgo de cometer abuso sexual, así como a las familias y mujeres más susceptibles de padecerlo. Por ello debe conocer los factores que aumentan el riesgo de violencia sexual:

- Adversidad mayor en la niñez.
- Haber sido violado por un hombre.
- Criterios menos equitativos sobre las relaciones de género.
- Haber tenido más parejas.
- Relaciones sexuales de carácter transaccional.
- Otras prácticas inequitativas en materia de género.
- Normas sociales favorables a la hegemonía masculina.
- Sanciones jurídicas y comunitarias poco rigurosas contra la violencia sexual.

5.4.2. Prevención secundaria

En la actualidad solo se llega al diagnóstico de una pequeña proporción de las agresiones sexuales que se estima que existen –en muchos casos con gran demora- pues la violencia sexual presenta una alta tasa de ocultación. Asimismo, existe falta de consenso en cuanto a la realización o no de cribado sistemático en población general que permita detectar el maltrato pero existe unanimidad para considerar que el profesional debe estar alerta ante situaciones de riesgo, indicios o síntomas de violencia doméstica y, por extensión, de violencia sexual.

5.4.3. Prevención terciaria

Ante todo abuso o agresión sexual, la primera actuación del médico consiste en valorar el riego vital inmediato en la esfera física, psíquica (posibilidad de suicidio) y social (riesgo de homicidio en nuevos ataques). En caso de violación debe siempre remitirse a la víctima a los servicios de urgencias para valoración ginecológica y/o forense.

Los abusos o agresiones crónicas han de abordarse desde Atención Primaria en coordinación con Salud Mental, Trabajo Social, Pediatría y otras instituciones, así como investigar la posibilidad de que se hayan producido agresiones a otros miembros de la familia.

5.4.4. Atención a las agresiones sexuales en Atención Primaria

Es importante atender a la víctima de una agresión sexual en un lugar tranquilo y seguro, que garantice su privacidad. La primera premi-

17 Capitulo 17 Actividades preventivas.indd 82 05/06/14 10:45

sa es creer a la víctima y evitar juzgarla. Se ha de realizar una cuidadosa anamnesis, sin entrar en detalles morbosos ni solicitar a la víctima que relate repetidamente el episodio.

Debe contactarse con el juzgado de guardia, que trasladará el caso al médico forense o, en su defecto, delegará en el médico de guardia para la correspondiente recogida de muestras. El reconocimiento con fines periciales debe practicarlo el forense y/o ginecólogo, aunque sería recomendable una exploración conjunta. El tratamiento de una víctima de agresión sexual debe abordar diversos aspectos:

- Lesiones físicas. Tratamiento de las lesiones, profilaxis de infecciones y administración de vacuna antitetánica si no está vacunada.
- Afección psicológica. Valoración urgente por psiquiatra o psicólogo, iniciar tratamiento con benzodiacepinas orales si existe estado de ansiedad y ofrecer acompañamiento continuado a la víctima si lo precisa.
- Prevención del embarazo. Si la mujer no está protegida por la toma continuada de anticonceptivos orales pueden usarse: levonorgestrel 1,5 mg en dosis única (si han pasado menos de 72 horas); acetato de ulipristal 30 mg en dosis única, eficaz durante las primeras 120 horas siguientes a la relación sexual sin protección; inserción de un dispositivo intrauterino (DIU) -mayor eficacia cuanto menor es el tiempo transcurrido-.
- Vacunación de la hepatitis B tras conocerse el estado inmunológico de la víctima, lo antes posible. Estudio serológico de VIH y sífilis y medidas preventivas para sífilis, gonococia, e infecciones por *Trichomonas* y *Chlamydias*.

6. Delitos contra la libertad sexual. Consideraciones legales

La emisión del parte de lesiones es obligatoria en Atención Primaria y hospitalaria. En el caso de las agresiones reiteradas o crónicas también se debe realizar el parte judicial y siempre hay que comunicárselo a la víctima. Tras la valoración psicológica inicial, es necesario el seguimiento posterior en los servicios especializados (Salud Mental, servicios específicos de atención a las víctimas, etc.) debido al alto riesgo de secuelas psicológicas derivadas de la agresión, como trastorno de estrés postraumático, ansiedad generalizada y fobias. Deberá realizarse desde Atención Primaria un seguimiento de la víctima para los controles serológicos, prevención de posibles ITS y otras actuaciones que pudieran resultar precisas.

7. Prevención e intervención en violencia contra las mujeres

7.1. Definición

La violencia contra la mujer es definida por la Organización de las Naciones Unidas como todo acto de violencia de género que resulte, o pueda tener como resultado un daño físico, sexual o psicológico para la mujer, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada. La violencia de pareja se refiere al comportamiento de la pareja o ex pareja que causa daño físico, sexual o psicológico, incluidas la agresión física, la coacción sexual, el maltrato psicológico y las conductas de control.

7.2. Epidemiología e importancia del problema

La reciente encuesta publicada en 2014 por la Agencia Europea de los Derechos Fundamentales (FRA) informa que en España, el 20% por ciento de las mujeres mayores de 15 años reconoce haber sido en al menos una ocasión víctima de maltrato, como recibir bofetadas, empujones, tirones de pelo o puñetazos.

7.3. Abordaje de la violencia de género en Atención Primaria

Dada la relevancia de la violencia de género en la actualidad, el médico de familia debe estar preparado para abordarla adecuadamente en su consulta, y conocer los recursos de apoyo disponibles que tiene a su disposición para intervenir sobre este problema (Tabla 17.3).

7.3.1. Intervención sobre la mujer maltratada

En la violencia de género pueden diferenciarse las fases de Prochaska y Di Clemente, que deben conocerse para actuar de forma más adecuada en cada momento:

1. Fase precontemplativa.

2a. Fase contemplativa no declarada.

17 Capitulo 17 Actividades preventivas.indd 83 05/06/14 10:45

Tabla 17.3. Sitios web de interés sobre violencia de género
http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/violencia/prevencion/indiceContenidos.htm
http://www.policia.es/org_central/seguridad_ciudadana/upap/upap_proteccion.html
http://www.poderjudicial.es/cgpj/es/Temas/Violencia_domestica_y_de_genero
http://www.inmujer.gob.es/conoceDerechos/preguntas/violencia.htm

2b. Fase contemplativa declarada.

3. Fase de preparación.

4. Fase de acción.

5. Fase de mantenimiento.

6. Fase de recaída.

7.3.2. Intervención sobre el maltratador

Con el fin de ejercer su maltrato el varón suele seguir una estrategia dirigida a dejar a la mujer en la situación más vulnerable posible mediante una serie de conductas que el médico de familia debe tener en cuenta: presionar a la víctima, culpabilizarla, castigarla o trasladarle a la víctima la responsabilidad de la agresión.

En caso de que el varón solicite ayuda hay que poner en práctica una serie de medidas y pasos muy precisos:

- Clarificar la demanda.
- Hablar de forma calmada sin juzgar.
- No legitimar ni justificar en ningún caso el recurso a la violencia.
- Puntualizar sobre la responsabilidad de cada persona sobre sus propios actos y la posibilidad de cambio.
- Programar un seguimiento si al final de la valoración se clarifica una voluntad de cambio, y facilitar información sobre los recursos disponibles.
- Detectar problemas asociados (alcoholismo, otras adicciones, etc.), aclararle que no son la causa de su violencia y tratar la adicción en el recurso adecuado.

Lectura recomendada

- Adams J. Worth doing badly? Sexual health promotion in primary care. Br J Gen Pract. 2003. Dec;53(497):981.
- Bras i Marquillas J, Prats i Coll R. Actividades preventivas y promoción de la salud en la infancia y adolescencia. En Atención Primaria: Conceptos, organización y práctica clínica.ed. A. Martín Zurro, Cano Pérez JF. Elsevier España SA, 2003.
- Díaz A, Díez M, Cano R. Vigilancia epidemiológica de las enfermedades de transmisión sexual, 1995-2010. Boletín epidemiológico semanal, 2012.Vol. 20, No 7.
- Gott M, Hinchliff S. Barriers to seeking treatment for sexual problems in primary care: a qualitative study with older people.Fam Pract 2003;20(6):690-95.
- Jewkes R et al. Gender inequitable masculinity and sexual entitlement in rape perpetration South Africa: findings of a cross-sectional study. PLoS ONE. 2011; 6(12):e29590.
- Jonhnon WD, Diaz RM, Flanders WD, Goodman M, Hill AN, Holtgrave D, Malow R, McClellan WM. Behavioral interventions to reduce risk for sexual transmission of HIV among men who have sex with men. Cochrane Database Syst Rev. 2008 Jul 16;(3):CD001230.
- Nusbaum M, Hamilton C.The Proactive Sexual Health History Am Fam Physician 2002 Nov; 66(9):1705-12.
- Rodriguez Carrión J, Traverso Blanco CI. Conductas sexuales en adolescentes de 12 a 17 años en Andalucía. Gac Sanit. 2012Nov-Dec;26(6):529-24.
- Rodríguez M et al. Guía de apoyo en Atención Primaria para abordar la violencia de pareja hacia las mujeres. 1ª edición. Madrid: Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad, 2008.
- Villalva E, García I. Detección e intervención en violencia, agresiones y abusos sexuales. Curso de salud sexual en Atención Primaria. Madrid: SEMERGEN, 2013.
- Violence against Women: An EU-wide Survey. Viena: European Union Agency for Fundamental Rights (FRA), 2014.
- Vivancos R, Abubakar I, Hunter PR. Foreing travel, casual sex and sexually trasmitted infections:systematic review and metanálisis.Int J Infecc Dis.14(2010) e842-e851
- Who. int [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2013 [actualizado 1 Oct 2013, citado 20 Abr 2014]. Disponible en: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/es/

17 Capitulo 17 Actividades preventivas.indd 84 05/06/14 10:45