

DISFUNCIONES SEXUALES

Notas de clase para la acción formativa celebrada los días 24 y 25 de abril de 2013.

Elaborado por Alfonso Antona

El objeto del presente documento es hacer un resumen y recoger algunas de los principales contenidos que se expusieron en la acción formativa de referencia. No es un manual ni un documento técnico al uso. Es una especie de agenda, que pretende ser de **utilidad y facilitar el trabajo en el espacio de “Asesoría Sexual” implementado en los Centros Madrid Salud (CMS)**. Se han utilizado diferentes referencias bibliográficas ¹ y la experiencia en consulta de quien suscribe este texto. Estas notas tienen el siguiente índice:

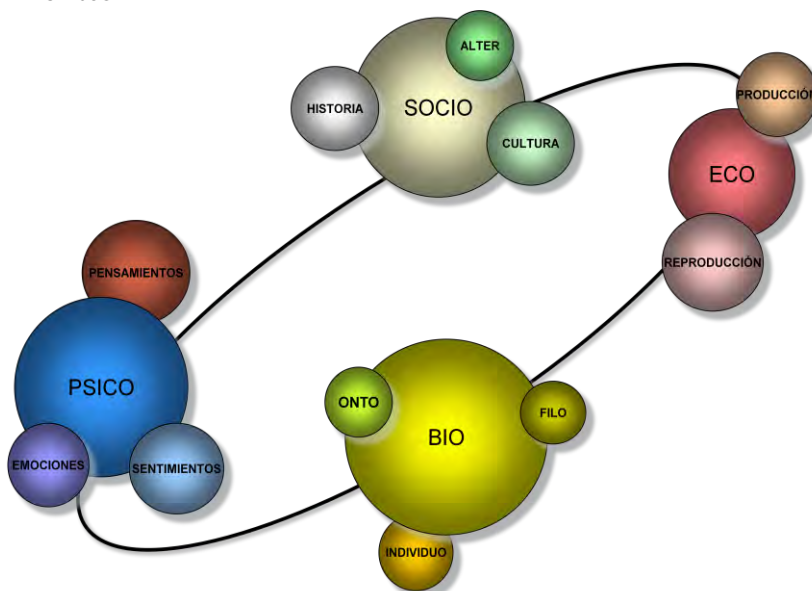
- Sexualidad y Salud Sexual. Un marco conceptual
- Determinantes de la conducta sexual
- La Respuesta Sexual Humana
- Prevalencia de las disfunciones sexuales
- Situaciones Sexuales. Conductas, emociones y representaciones.
- Taxonomías. Trastornos y problemas en la sexualidad
- Problemas y trastornos de deseo e interés sexual
- Problemas y trastornos de excitación sexual
- Problemas y trastornos referidos al orgasmo
- Problemas de control eyaculatorio
- Aversión al sexo.
- Efectos de la enfermedad orgánica en la sexualidad
- Modelo de Abordaje.
- Diagnóstico, etiología y evaluación
- Terapia

¹ Con el objeto de tener referencias bibliográficas en castellano recientes, una parte importante de este documento ha sido extraído de: Cabello, F. 2010. *Manual de sexología y terapia*. Madrid. Editorial Síntesis. Algunos párrafos han sido extraídos de forma literal y se remite a ese texto para ampliar la información.

Sexualidad y salud sexual²

Para entender cómo se construyen las biografías relativas a la salud sexual, hemos de referirnos a sus contextos (sociales, culturales, familiares, económicos, etc.). Sin olvidar las biografías particulares, el contexto ejerce su influencia a partir del entorno macrosocial o ambiente sociocultural en el que se mueven las personas y del cual recibe influencias así como del entorno microsocia l o ambiente más cercano, con el que las personas están vinculadas afectivamente y que lo conforman los agentes básicos de socialización.

Definir sexualidad y salud sexual es complejo, las posibles definiciones están condicionadas por múltiples variables como el contexto (histórico, social y cultural), las biografías personales, los roles de género o condicionantes biológicos, por mencionar algunos determinantes.



Desde una perspectiva sistémica, podemos definir el **sistema sexual** humano con sus diferentes dimensiones (filogenéticas, ontogénicas, de producción y reproducción, eróticas, biográficas, relacionales, de poder, etc.); compuesto por cinco sistemas básicos:

1.- Un **sistema biológico** con un sustrato físico que posee una serie de funciones fisiológicas específicas que nos permiten reproducirnos, sentir (nos), comunicar (nos) etc. La sexualidad biológica es sólo una condición previa, un conjunto de

² Tomado de Antona, A. y De Andrés, A. 2010. *Salud Sexual y Reproductiva en las y los adolescentes: Prevención, conducta y corresponsabilidad*. En Reyes, M y Sanchez, (editores) Proyectos de vida plena. Sociedad de Pediatría de Madrid y Castilla-La Mancha. Madrid. Ergón.

potencialidades que se transforma de maneras cualitativamente nuevas en cada biografía y en cada sociedad humana. Plantear que somos un sustrato físico sobre el que se construyen un sistema de relaciones sociales y biográficas, es un punto de partida que conduce a reduccionismos –siempre malos consejeros- de carácter biologicista. Si bien es cierto que somos un cuerpo material sexuado, éste se denota insuficiente para explicar aspectos tan discretos como el deseo, el asco o las relaciones interpersonales. Si bien no podemos negar que la sexualidad es producto de procesos evolutivos, que nos configuran como especie y que posibilita su viabilidad reproductiva mediante el intercambio de material genético, estos procesos son inviables si las personas no interactúan en un contexto social y cultural por lo que se precisan, además de los influjos hormonales, la construcción de un sistema de comunicación (códigos, signos, símbolos...) que posibilite la atracción.

2.- Un sistema **psico-mental** con pensamientos, emociones, sentimientos, sensaciones y conductas que median la interacción del sustrato físico con un mundo externo. Para poder desear, amar o sentir asco precisamos marcos referenciales que nos indiquen qué, cómo, cuándo, dónde...amar, desear o sentir repugnancia. Estos marcos referenciales están condicionados por la biología, las estructuras sociales y normativas de un momento histórico concreto y las propias referencias experienciales de nuestras biografías.

3.- Un sistema **social-relacional** que soporta una estructura social que organiza la interacción entre personas en un momento y contexto histórico. Siguiendo a José A. Nieto³: *“Forzando los postulados pudiera decirse que los conceptos de sexualidad y sociedad, si no son intercambiables, corren y se expresan en paralelo”*. Así, la sexualidad se construirá diferencialmente según los contextos culturales e históricos. Las representaciones sexuales serán interiorizadas en un proceso educativo que no es inmutable, es decir, cambiando las condiciones contextuales, las personas pueden redefinir parte de los procesos internalizados como los roles de género, las estrategias de reproducción, etc.

4.- Un **sistema ecológico** que determina las relaciones individuales con un entorno ambiental variado y variable que condiciona a las personas y las sociedades en tanto que es susceptible de ser modificado en el proceso de interacción, influyendo y condicionando los sistemas de producción y reproducción. A modo de muestra; vemos como las tasas demográficas condicionan y están condicionando los nichos ecológicos que a su vez re-condicionan algunos patrones reproductivos.

5.- Un **sistema cultural** donde se construyen e interpretan representaciones sociales, la moral, los símbolos, etc.; que a su vez modulan las relaciones sociales. Un beso no es un beso; en esta perspectiva, nuestro orgasmo (o no orgasmo) no es el mismo que el de

³ Nieto, J.A. 2003. *Antropología de la Sexualidad y Diversidad Cultural*. Madrid. Talasa.

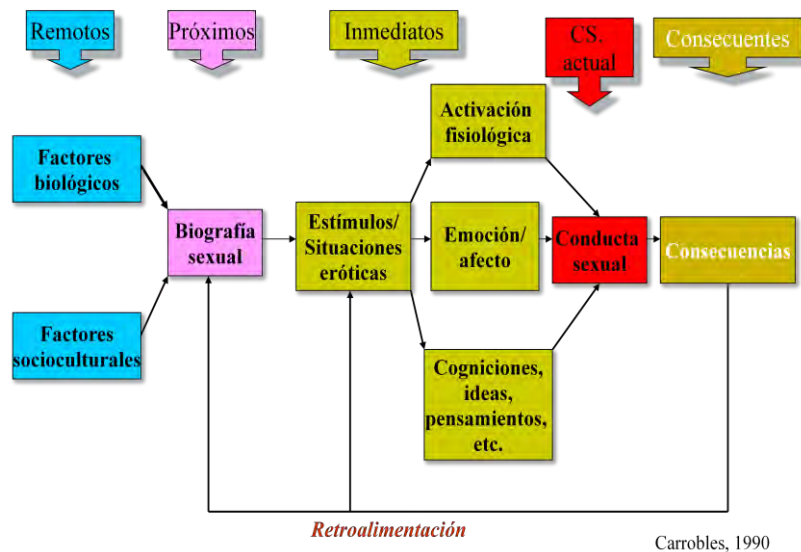
Hernán Cortés, el sexo premarital en Perú no es el sexo premarital en Mérida, el aborto en la Roma de Julio César no es el aborto en la Roma de Ratzinger y la violación no es un acto sexual sino un acto de violencia. Todas estas acciones han de ser definidas por la experiencia individual dentro del período y en el lugar de cada ser humano. El cuerpo **biológico como base, “naturalmente sexuado”, resulta así sexualizado por acción** sociocultural, por un proceso histórico de construcción simbólica del mismo operada por cada cultura.

Otro concepto de partida sería el de **Salud Sexual**. La Organización Mundial de la Salud (OMS. 2002)⁴, la define como: “...el estado de bienestar físico, emocional, mental y social con relación a la sexualidad; no es la mera ausencia de enfermedad, disfunción o incapacidad. La salud sexual necesita un acercamiento positivo y respetuoso a la sexualidad y a las relaciones sexuales, así como, la posibilidad de obtener experiencias placenteras y seguras, libre de coacción, discriminación y violencia. La salud sexual debe defender, proteger, mantener y respetar los derechos sexuales de las personas”.

La salud sexual ha de ser abordada desde estrategias de promoción de la salud. Al día de hoy, una tarea compleja dadas las trabas que desde un discurso social hegemónico de carácter **sexo-erotofóbico** existen. Siguiendo un guión de estructura similar al de un sistema de salud: desde la Prevención Primaria se pueden realizar actividades de Educación para la Sexualidad, estudios de prevalencia, modificación factores socioambientales, recursos y training en habilidades eróticas..; la Prevención Secundaria, englobaría técnicas diagnósticas, centros-servicios de atención..; la Prevención Terciaria, contempla, rehabilitación sexual y reeducación sexual con personas con necesidades especiales, atención sexualidad en enfermedades crónicas, etc.

⁴ WHO. 2006. *Defining sexual health. Report of a technical consultation on sexual health*, 28-31 January 2002. Geneva.

DETERMINANTES DE LA CONDUCTA SEXUAL.



Siguiendo el modelo planteado por Carrobles (1991)⁵, la conducta sexual está determinada por una serie de factores que han de ser analizados para poder realizar un diagnóstico adecuado. Somos cuerpos sexuados en un contexto social, ecológico y cultural que le dan forma (factores remotos). A partir de estos mimbres, se construyen nuestras biografías sexuales (factores próximos) condicionadas a su vez por el entorno donde nos enculturamos: familia, discursos sociales hegemónicos, grupos de relación, etc.; y nuestras experiencias (positivas o no) en la infancia, adolescencia, en todo el ciclo vital. En cada interacción sexual aparecen estímulos y situaciones eróticas específicas (factores inmediatos): tipo de respuesta fisiológica, propiocepción, miedos, sensaciones, expectativas, afectos, etc. La suma de los diferentes factores configuran nuestra respuesta sexual y el resultado de cada interacción tendrá unas consecuencias que, a su vez, se convierten en parte de nuestra biografía y condicionará las subsiguientes situaciones eróticas.

Cualquier intervención en sexualidad (terapéutica, de promoción de la salud o de prevención) ha de ser analizada desde una perspectiva holística y sistémica. Las disfunciones (problemas o trastornos sexuales) no suelen tener una única causa, por lo que habrá que considerar los diferentes determinantes de la conducta sexual.

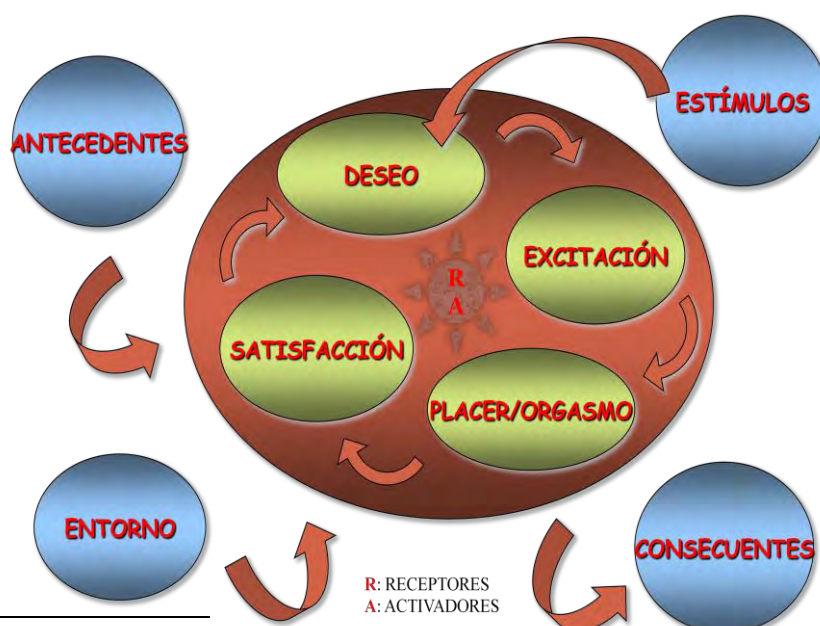
⁵ Carrobles, J.A. 1991. *Biología y Psicofisiología de la conducta sexual*. Madrid. Fundación Universidad y Empresa.

LA RESPUESTA SEXUAL HUMANA (RSH).

Para conocer y tratar las diferencias o problemas sexuales, conviene saber como “funciona” la RSH en sus diferentes fases, como interaccionan entre ellas y como pueden verse alteradas.

Masters y Jhonson⁶ (1966) son los primeros que establecen un modelo fisiológico de RSH definiendo cuatro etapas que se expresan de forma diferente en varones y mujeres: Excitación, Meseta, Orgasmo y Resolución. A nivel fisiológico, y con independencia del modelo que adoptemos, existe una primera fase (deseo) en la que aumenta la tensión somática, mediada por complejos sistemas hormonales, experienciales y culturales. La tensión acumulada (excitación-meseta) produce entre otros fenómenos una vasocongestión genital. Cuando la tensión se libera (orgasmo) puede aparecer una reacción a nivel de médula ósea, nivel sacro-lumbar y en el que están implicados los sistemas nerviosos simpático y parasimpático. En un período posterior (resolución), los cambios fisiológicos desaparecen. Estas reacciones fisiológicas son muy semejantes entre hombres y mujeres en la mayoría de los procesos, pero también aparecen diferencias significativas, como más tarde vamos a ver.

Posteriormente, otros autores han ido introduciendo modificaciones. Un ejemplo es Kaplan⁷ que establece cinco etapas: Deseo, Excitación, Orgasmo, Resolución y Satisfacción. Una propuesta alternativa es la de la figura siguiente. Esta propuesta no solo contempla las función fisiológica, sino que pretende darle una dimensión integral.



⁶ Masters WH, Johnson VE. 1966. *Human Sexual Response*. Pp. 189-191 Boston: Little, Brown & Co

⁷ Kaplan, H.S. 1979. *Disorder of Sexual Desire and other New Concept and Techniques in Sex Therapy*. New York. Simons and Schuster.

Los estímulos externos sensoriales, dependiendo de cada biografía, contexto y momento, actúan sobre receptores específicos y activan respuestas cognitivas, emocionales y fisiológicas **concretas**. Se **“estimula” el deseo a partir del cual, se pueden poner en marcha –o no- un proceso de excitación emocional-fisiológica**. En un proceso **“positivo” de excitación, se puede alcanzar una situación placentera, con o sin orgasmo**. Esta excitación positiva, procuraría un estado de satisfacción que podría predisponer a una futura activación del deseo erótico.

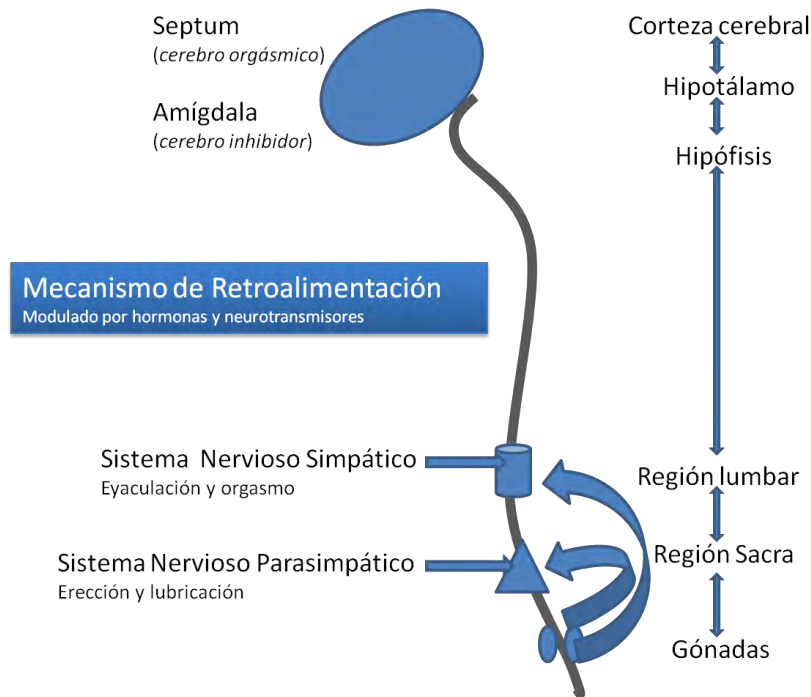
Brasson⁸ (2002), referida la respuesta sexual, sobre todo en las mujeres, plantea la respuesta sexual **“desde la intimidad”, por la que, sobre todo en las relaciones de pareja “consolidadas”, el deseo puede ser consecuencia de la excitación y no al revés**.

La RSH produce una activación y cambios a nivel somático, psicológico y en nuestro entorno cultural. La respuesta fisiológica, está regulada por el Sistema Nervioso Central, a nivel esquemático, podríamos establecer tres niveles. Un primer paso de la respuesta sexual, estaría regulado por el Sistema Simpático (SS) y Parasimpático (SP). **En una respuesta “básica**, por los estímulos nerviosos procedentes de la región pélvica y genital, el SS, desde los receptores espinales de la región lumbar, rige y regula la eyaculación y el orgasmo. El SP, a través de la región sacra de la médula espinal, controla alguna de las respuestas fisiológicas primarias como la erección y la lubricación genital.

En un “segundo nivel”, encontramos el sistema límbico y otras regiones cerebrales (por ejemplo, el tallo cerebral) que regulan funciones básicas para la vida y las respuestas “instintivas”, automáticas de la sexualidad. La información procedente de la médula dorsal, condiciona la respuesta hipotalámica. El eje hipotálamo-hipófisis-gónadas, regula los niveles de hormonas y neurotransmisores.

A nivel cortical, tercer nivel, a los instintos se les da una dimensión cognitiva y se regula y regulan dimensiones como la afectividad, las **fantasías o como “nos explicamos” el placer**. Distintas regiones cerebrales (núcleo caudado o cíngulo), actúan sobre el **hipotálamo; el septum (“cerebro orgásmico”) y la amígdala (“cerebro inhibidor”)**. Existe un mecanismo de retroalimentación permanente (inhibición- activación) entre las distintas estructuras fisiológicas del organismo que regulan la Respuesta Sexual. Pero como decíamos al principio, la actividad fisiológica, está condicionada (lo que nos parece bello, feo, deseable o repugnante, etc.), modulada por nuestras biografías, los discursos sociales hegemónicos, normas, valores, etc.

⁸ Basson, R. 2002. *Women’s sexual desire-disordered or misunderstood?* Journal of Sex and Marital Therapy, 28, suppl 1, 17-28. Citado por Cabello. 2010. Op.Cit.



Hormonas y neurotransmisores.

Centrar la respuesta sexual humana en un mero baile hormonal es una simpleza conceptual que no nos podemos permitir. Cualquiera de las fases descritas o alguna otra que nos queramos “inventar”, están mediadas por fenómenos sociales, culturales, psicológicos personales o ambientales... No obstante, el papel de las hormonas y neurotransmisores es determinante para entender la RSH y muchas de las disfunciones sexuales que pudieran aparecer, por lo que nos parece interesante pararnos en algunos aspectos.

El sistema nervioso central (SNC), con sus diferentes estructuras funciona como un modulador, inhibiendo o potenciando los niveles de hormonas y neurotransmisores en sangre. No debemos olvidarnos de los neurotransmisores, no siempre son hormonas, pero actúan como ellas, las influyen, por ejemplo la noradrenalina o la dopamina.

La oxitocina. Se produce en la hipófisis. Aumenta las contracciones en el parto, y parece que está implicada en el orgasmo. La han llamado la **hormona de la felicidad**. Se observan niveles elevados cuando estamos en proximidad con personas a las que nos vinculamos afectivamente, facilitando la permanencia junto a la persona por la que alguien se siente atraída.

Los estrógenos. Se producen en los ovarios de la mujer, pero el hombre también tiene estrógenos, aunque en menor proporción. Actúa sobre la producción de óvulos, el tamaño de las mamas, la distribución de la grasa, etc. Influyen en la aparición y

configuración de los caracteres sexuales secundarios. Cuando sus niveles disminuyen con el climaterio, aparecen algunas alteraciones, que pueden ser causa de problemas para algunas mujeres, como la sequedad vaginal o fenómenos vasculares como la hipertensión, entre otros. Ni todas las mujeres son iguales ni pasan por el climaterio de la misma forma. Suelen ser procesos temporales que tienen una relativa influencia sobre la sexualidad femenina. Parece que los niveles de estrógenos condicionan la actividad sexual. Se utilizan para la anticoncepción.

La testosterona. Es producida por los testículos en los varones. Es la responsable de la producción de espermatozoides y los caracteres sexuales secundarios masculinos. Se la ha acusado de ser la responsable de la agresividad masculina. También las mujeres tienen testosterona, aunque en proporciones diferentes.

Dihidroepiandrosterona (DHEA). Por la investigación animal sabemos que influye en la conducta sexual, aunque no en qué medida. Se sugiere que influye en el deseo, tanto de machos como de hembras. Es precursora de otras hormonas como las feromonas.

La serotonina. Según la cantidad circulante, puede inhibir la sexualidad o aumentar la agresividad. A grandes dosis llevan a las personas al paroxismo. Se utilizan fármacos que inciden sobre ella para el tratamiento de algunas disfunciones sexuales como la eyaculación prematura.

Feniletilamina. (FEA). **La han llamado la “molécula del amor” porque según parece** está implicada en las emociones románticas. Puede ser euforizante o depresora en función de sus niveles sanguíneos.

La dopamina. Es un neurotransmisor implicado en el deseo. Es responsable de las conductas adictivas y de las conductas compulsivas incontroladas, por lo que se le ha relacionado con los procesos de enamoramiento. Disminuye la vasocongestión periférica.

La progesterona es una sustancia con poco *sex appeal*. Se utiliza en anticoncepción y castraciones químicas.

La prolactina. Aumenta la producción y secreción láctea. Se la responsabiliza de la inhibición del deseo durante la lactancia. Cuando los niveles de prolactina están elevados el deseo se refiere disminuido. Algunos estudios son contradictorios.

La vasopresina. Modula la conducta sexual masculina interaccionando junto a la testosterona. Tiene efectos termorreguladores. Incide sobre algunas actividades cerebrales como la memoria, la capacidad cognitiva o la concentración.

La Acetilcolina aumenta el óxido nítrico sintetasa neuronal.

La Noradrenalina interacciona con la serotonina y óxido nítrico, su actividad está condicionada según acción e interacciones.

El óxido nítrico está implicado en el mecanismo de la erección. Si actúa sobre la postsinapsis alfa 1 y alfa2, se produce contracción de las fibras del músculo liso de los cuerpos cavernosos, si actúa sobre las postsinapsis beta2, se produce relajación. La Testosterona aumenta el óxido nítrico sintetasa endotelial y neuronal, también actúa sobre la fosfodiesterasa 5. La prolactina cuando está baja aumenta el deseo y disminuye el período refractario, cuando sube provoca el mecanismo inverso. La Oxitocina está implicada en el orgasmo y en ese momento está elevada

Para entender cómo se producen las disfunciones sexuales (DS), es preciso conocer las biografías de cada persona. Lo que pensamos, sentimos o hacemos está íntimamente relacionado y tiene una incidencia directa sobre nuestros cuerpos. Somos permeables a nuestro entorno y ambiente ecológico, social o cultural. Estos entornos actúan como moduladores de la sexualidad y condicionan en gran medida nuestra respuesta sexual.

Después de todo lo dicho, los estudios no son concluyentes y sí que es claro que las fluctuaciones hormonales están motivadas no solo por procesos fisiológicos genéticamente determinados, sino que la evidencia es apabullante cuando nos muestra como la interacción con el entorno exógeno de nuestro organismo. Cultura, emociones y sentimientos son algunos de los principales moduladores hormonales.

PREVALENCIA DE LAS DISFUNCIONES SEXUALES (DS)

Al revisar la bibliografía relativa a las disfunciones sexuales, nos encontramos con datos condicionados por la escasez y diversidad de las muestras. Estos datos son muy dispares según los estudios y contextos donde se realizan. Es muy poca la evidencia que, sobre incidencia y prevalencia de problemas o trastornos en sexualidad, esté publicada y pueda ser generalizada. Más adelante, se presentan datos específicos para trastornos concretos. Entre las mujeres de 18 a 59 años, Laumann (1999)⁹ señala la existencia de un 43% con algún tipo de disfunción o problema sexual. Un estudio más reciente de La Calle (2006)¹⁰, estima que entre las mujeres, según segmento etareo, hay una gran variabilidad de prevalencia y tipo de DS: de 20 a 50 años, el 11,8% presentan algún problema, entre los 50 a 55 años, el 29,4% (coitalgia un 36%, Deseo Sexual Inhibido el 22,4%, baja lubricación el 15,2% y anorgasmia un 8%).

Entre los varones, Ballester y Gil, en un estudio epidemiológico realizado en la Comunidad Valenciana (1995)¹¹, refieren que encontraron Deseo Sexual Inhibido (DSI) en un 25% de la muestra, disfunción eréctil el 14%, eyaculación rápida el 39%, eyaculación retardada el 18%, anorgasmia un 9% y dispareunia en el 6%. Guirao (2008)¹² mantiene que un 40% de los varones tiene algún tipo DS con una mayor incidencia en los mayores de 50 años.

SITUACIONES SEXUALES. Conductas, Emociones, Representaciones.

En lo relativo a la vivencia y expresión de la sexualidad, nos podemos encontrar con conductas de distintos tipos. Pueden que estén **adaptadas** a las normas y valores de un contexto social y cultural o que no lo estén, **inadaptadas**. Estas últimas pueden suponer una situación de sufrimiento y/o exclusión social que necesite de apoyo terapéutico. Una conducta inadaptada no es, ni supone necesariamente, la aparición de una **disfunción sexual** como más adelante veremos.

⁹ Laumann, E.O, Paik, A. y Rosen, R.C. 1999. *Sexual Dysfunction in the United States prevalence and predictors*. JAMA, 281, 537-544. Citado por Cabello. Op.cit.

¹⁰ La Calle, P y otros. 2006. *Dificultades sexuales en la práctica ginecológica*. Sexología Integral; 3 (4): 204-209

¹¹ Ballester, R y Gil, M.D. 1995. *Estudio epidemiológico sobre la prevalencia de disfunciones sexuales en la Comunidad Valenciana*. Psicotema, vol 7, nº 1, 95-14

¹² Guirao. 2008. En 15. Mayo. 2011:

<http://www.elmundo.es/elmundosalud/2008/05/21/mujer/1211377785.html>

Existen personas y grupos que pueden tener problemas sexuales tras ser víctimas de una ofensa o agresión sexual. Son varios los grupos de personas deprivadas y sexualmente oprimidas (población reclusa, personas con algún tipo de discapacidad, etc.)

TAXONOMÍAS. Trastornos de la sexualidad.

Cabello (2010)¹³ hace un repaso de las distintas formas de clasificar las disfunciones y problemas sexuales, entre las que nos gustaría destacar:

- DSM IV-TR¹⁴. De las categorías F52.0 a F52.9. Otras parafilias F65.2 a F65.9. Identidad Sexual en F.64
- Sistema Multiaxial: Realiza una clasificación en función de las diferentes fases de RSH: Fase de deseo, excitación, orgasmo, dolor coital, insatisfacción con la frecuencia de relación, información cualitativa.
- Basson. Sobre todo centrada en la respuesta sexual femenina, establece la siguiente clasificación: Trastorno del deseo, subjetivo excitación, excitación sexual genital, combinado (genital y subjetivo), persistente excitación sexual, orgasmo (mujer) dispareunia, vaginismo, aversión sexual.
- FLASSES¹⁵. **Centrada en “Patologías del sexo”, las clasifica:**
 - Según origen; genéticas, anatómicas (hermafroditismo verdadero, pseudohermafroditismo femenino) y cerebral de la fase anatómica (transexualismo primario, secundario, shemale/maleshe).
 - Patología de la función sexual: Individual (estímulo según administrador, el método o la frecuencia; respuesta sexual o tiempo), pareja (situación estímulo, método, frecuencia, respuesta, tiempo funcionamiento),
 - otras patologías (aversión, dispareunia, orgasmo doloroso, priapismo, dolor masturbatorio, Koro, anhedonia orgásmica, anofrodisia, cefalea postcoital, incapacidad para el cortejo, euforia postcoital, síndromes de excitación persistente, congestión pélvica, pene pequeño, rechazo por aparición repelente a la sexualidad.

¹³ Cabello. 2010. Op.cit. pp: 133-147

¹⁴ *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM). Versión IV Revisada.

¹⁵ Federación Latinoamericana de Sociedades Sexológicas y Educación Sexual. En (09.07.2013) <http://www.flasses.net/>

Existen otras formas de clasificación como los criterios de enfermería NANDA. Es una herramienta útil para catalogar y establecer acciones de salud sexual.

CUIDADOS ENFERMEROS. SEXUALIDAD. CLASIFICACIÓN NANDA.			
DX NANDA: 0059 DISFUNCIÓN SEXUAL Definición: Estado en el que una persona experimenta un cambio en la función sexual durante las fases de respuesta sexual de deseo, excitación y orgasmo que se le como satisfactoria, insatisfecho o no satisficente.		DX NANDA: 0065 PATRÓN SEXUAL INEFECTIVO Definición: Expresión de preocupación respecto a la propia sexualidad.	
INDICADORES: 011901 CRISSIS DE LA IDENTIDAD SEXUAL 1 2 3 4 5 011902 DIFICULTAD SOSTENER HASTA EL ORGASMO 1 2 3 4 5 011904 CAPTA LA ACTIVIDAD SEXUAL CUANDO ES NECESARIO 1 2 3 4 5 011911 EXPRESA INTERÉS SEXUAL 1 2 3 4 5 ESC: (1) Nunca demostrado (2) Raramente demostrado (3) A veces demostrado (4) Frecuentemente demostrado (5) Siempre demostrado	NIC 1-5248 ASESORAMIENTO SEXUAL ACTIVIDADES 1: • Establecer relación terapéutica basada en la confianza y en el respeto • Proporcionar información y asegurar confidencialidad • Informar al paciente al principio de la relación que la sexualidad constituye una parte importante de la vida y que las enfermedades, los medicamentos y el estrés a menudo alteran el funcionamiento sexual • Proporcionar información acerca del funcionamiento sexual, si procede	INDICADORES: 1200 IMAGEN CORPORAL 120001 IMAGEN INTERNA DE SI MISMO 1 2 3 4 5 120002 CONVICCIÓN EN SU REALIDAD CORPORAL, SER CORPORAL Y IMAGEN CORPORAL 1 2 3 4 5 120003 SATISFACCIÓN CON EL ASPECTO CORPORAL 1 2 3 4 5 120017 VOLUNTAD DE USAR ESTRATEGIAS PARA MEDIR LA FUNCIÓN 1 2 3 4 5 ESC: (1) Nunca positivo (2) Raramente positivo (3) A veces positivo (4) Frecuentemente positivo (5) Siempre positivo	NIC 1-5249 ASESORAMIENTO SEXUAL ACTIVIDADES 1: • Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y en el respeto • Proporcionar información y asegurar confidencialidad • Informar al paciente al principio de la relación que la sexualidad constituye una parte importante de la vida y que las enfermedades, los medicamentos y el estrés a menudo alteran el funcionamiento sexual • Proporcionar información acerca del funcionamiento sexual, si procede
INDICADORES: 120211 INTERÉS RELAJADO 1 2 3 4 5 120209 MOSTRAR CALIDEZ 1 2 3 4 5 120212 RELACIONES CON LOS CÍRRCOS 1 2 3 4 5 120214 UTILIZAR FORMAS METODOS DE RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS 1 2 3 4 5 ESC: (1) Nunca demostrado (2) Raramente demostrado (3) A veces demostrado (4) Frecuentemente demostrado (5) Siempre demostrado	NIC 4-6302 MANEJO DE LA CONDUCTA SEXUAL ACTIVIDADES 2: • Identificar las conductas sexuales inaceptables, en función del ambiente particular y población de los pacientes • Discutir con el paciente las consecuencias de la conducta sexual inaceptable y de las manifestaciones verbales de la misma • Recordar cualquier conducta manifestación verbal o sexual inaceptable inaceptable • Enseñar/reforzar habilidades sociales inapropiadas	INDICADORES: 120703 ACEPTACIÓN DE LA ORIENTACIÓN SEXUAL 1 2 3 4 5 120705 CONDUCTAS DE SUPERACIÓN (VALORES) PARA RESOLVER CRISIS DE LA IDENTIDAD SEXUAL 1 2 3 4 5 120707 IMÁGENES NEGATIVAS DE IDENTIFICACIÓN DEL YO SEXUAL 1 2 3 4 5 120714 ESTABLECE LÍMITES SIGNALES PERSONALES 1 2 3 4 5 ESC: (1) Nunca positivo (2) Raramente positivo (3) A veces positivo (4) Frecuentemente positivo (5) Siempre positivo	NIC 2-5624 ENDEBILIDAD SEXUAL ACTIVIDADES 2: • Clarificar la anatomía de aceptación y sin juicios • Explicar la anatomía y fisiología humanas del cuerpo masculino y femenino • Explicar el significado de los papetes sexuales • Discutir la conducta sexual y las formas adecuadas de expresar los propios sentimientos y necesidades
<small>TOMADO DE CUIDADOS ENFERMEROS EN SALUD MENTAL. TUNJA DE ESTREMERAD U.R.A. 2008.</small>			

De forma general, sin ser exhaustivos, en este documento, se presenta una clasificación a modo didáctico, diferenciando problemas o trastornos entre mujeres y varones.

CLASIFICACIÓN DS Mujeres	CLASIFICACIÓN DS. Varones
Deseo sexual hipoactivo	Deseo sexual hipoactivo
Conducta compulsiva	Conducta compulsiva
Aversión/fobia	Aversión/fobia
Alteración del deseo	Alteración del deseo
Problemas de excitación	Problemas de excitación
Problemas con el orgasmo	Problemas en la erección
Vaginismo	Eyacuación prematura, retardada, aneyacuación
Dispareunia	Problemas con el orgasmo. Orgasmo inhibido vs aneyacuación
Otros.	Dispareunia y otros

PROBLEMA DE DESEO-INTERÉS SEXUAL

Se pueden presentar problemas tanto por exceso o por déficit, síndrome de deseo inhibido (SDI) o hiperactivo. **Los términos “exceso” o “déficit” son relativos y están condicionados por múltiples factores.** Hay que hacer referencia **a los “tiempos” de la pareja** o determinar que detrás no hay conductas compulsivas o adicción.

Deseo Sexual hipoactivo

El deseo sexual hipoactivo consiste en la ausencia permanente y persistente de fantasías eróticas y motivación para acceder a las relaciones sexuales. El deseo sexual hipoactivo según Cabello-Santamaría (2007)¹⁶, sería **“la ausencia o disminución de pensamientos o fantasías sexuales y de interés en iniciar un encuentro sexual, en presencia de adecuados inductores del deseo”**.

En varones, la prevalencia, con escasa bibliografía estaría alrededor del 11% (Flores Colombiano. 2004¹⁷). La etiología puede ser orgánica (diabetes, insuficiencia cardíaca, fracaso renal, etc. En pacientes con Sida, el 89% refiere pérdida de deseo. Causas de especial relevancia son el déficit de testosterona y la hiperprolactemia. La etiología psicológica (ansiedad, estrés, vigorexia), es importante, aparece en el 40% de los cuadros depresivos.

En mujeres, la prevalencia estaría en rangos de entre un 5 y un 50%, depende de los estudios. Entre la etiología orgánica: alteraciones neuroendocrinas (síndrome hipoestrogénico), **disminución de andrógenos, diabetes, insuficiencia renal, etc...** medicamentos (IRS) o enfermedades crónicas. Respecto a la etiología psicológica: ansiedad, estrés, depresión, conflictos de pareja, trastorno de ánimo, otras disfunciones **sexuales previas...** problemas de la intimidad.

Deseo Sexual Hiperactivo.

Hipersexualidad y adicción al sexo. Como comentaba anteriormente, hay que distinguir lo que son conductas compulsivas y adictivas de lo que son interacciones por encima de “medias” que, por otro lado, desconocemos y no serían relevantes. Así, la hipersexualidad, siendo una categoría que aparece en diferente bibliografía, habría que

¹⁶ Cabello-Santamaría, F. 2007. *Estado actual del tratamiento farmacológico del deseo sexual hipoactivo de la mujer*. Sexología Integral, 4(1), 33-40

¹⁷ Flores Colombiano, A. 2004. *Fármacos y Sexualidad*. Montevideo: A y M. Citado por Cabello (2010) Op.Cit.

matizarla y probablemente no supondría una categoría patológica o disfuncional. Aquí como en otros ámbitos, habría que referirlas a patrones personales o de pareja.

PROBLEMAS DE EXCITACIÓN SEXUAL

La falta de excitación podría ser debida a déficit vasocongestivo o de lubricación, déficit en la erección, déficit emocional cognitivo, por mencionar algunas etiologías. La hiperexcitación, habría que enmarcarla en el mismo o similar contexto que la “hipersexcitación” o deseo exacerbado. Pueden existir patrones mórbidos que produzcan una excitación no controlada.

Trastornos de excitación en varones. Disfunción Eréctil

Disfunción Eréctil (DE). Existen varias definiciones. Según DSM IV-TR sería “la incapacidad, persistente o recurrente, para obtener o mantener una erección apropiada hasta el fin de la actividad sexual, que provoca malestar acusado o dificultades de relación interpersonal y no se explica mejor por la presencia de otro trastorno”.

La disfunción eréctil tendría una prevalencia de entre un 12,1%¹⁸ y un 19%. Mientras hace una década se consideraba que la principal causa era de carácter psicógeno, en la actualidad se especula con que la causa orgánica podría justificar el 85% de los casos, sobre todo a partir de los 50 años. En cualquier caso, una disfunción eréctil suele ser combinada. Es decir, la causa orgánica termina generando un problema psicológico. A nivel psicológico, la ansiedad de ejecución o desempeño suele ser el factor precipitante y mantenedor de la disfunción.

Trastorno excitación en la mujer.

Se define, por parte del DSM IV-TR, el trastorno de la excitación como “la incapacidad, persistente o recurrente, para obtener o mantener la respuesta de lubricación propia de la fase de excitación, hasta la terminación de la actividad sexual”. Contempla tres posibilidades: subjetivo, sexual genital o combinado.

¹⁸ Conviene comentar que la mayor parte de los datos referidos a la sexualidad humana, están obtenidos en muestras muy pequeñas, obtenidas en consultas o realizadas en población no representativa, por lo que los sesgos son habituales y con diferencias entre estudios muy importantes.

La prevalencia de los trastornos excitatorios en la mujer no se conoce, de forma aproximada según varios estudios estaríamos en un 25%.

La etiología puede ser orgánica (diabetes, infecciones urinarias recurrentes, déficit estrogénico, enfermedades perigenitales, Inhibidores Selectivos de la Recaptación de la Serotonina (ISRS...)) **Entre los aspectos psicológicos cabe destacar el mal aprendizaje,** situaciones traumáticas (violencia sexual o ciertas convicciones religiosas)

PROBLEMAS REFERIDOS AL ORGASMO

Los principales problemas serían:

- Dificultad para alcanzar el orgasmo
- Anorgasmia o falta de orgasmo
- Orgasmo prematuro o rápido
- Orgasmo retardado, no existe dificultad, pero precisa un largo (al menos como percepción subjetiva) período de excitación.

La incidencia de la anorgasmia entre la población española oscila entre un 5 y un 40%, según los estudios. La etiología de la anorgasmia puede ser por: Alteraciones neurológicas (lesión medular, tumores, esclerosis, etc.), alteraciones metabólicas y endocrinas como la Diabetes, el Hiperaldosteronismo, la Enfermedad de Addison o el Síndrome de Cushing, el Hipotiroidismo o el Hipopituitarismo. Las drogas y los fármacos son otra causa a tener en cuenta, de la misma forma que enfermedades crónicas. Entre las causas psicológicas, mencionar: educación, normas y valores, experiencias traumáticas, alteraciones del ánimo (depresión, miedo), comunicación ineficaz, alteraciones de la personalidad ,etc.

Anorgasmia en mujeres.

La Second International Consultation on Sexual Medicine (París, 2003)¹⁹, definió la **anorgasmia femenina como “a pesar de una adecuada excitación hay ausencia, notable disminución de la intensidad o retraso del orgasmo, con cualquier tipo de estimulación.”**

¹⁹ Basson, R y otros. 2004. *Revised Deninitions of Women’s Sexual Dysfuntion*. Journal of Sexual Medicine. Vo.I 1 n° 1, 40-48

La etiología de la anorgasmia puede ser por: alteraciones neurológicas (lesión medular, tumores, esclerosis, etc.), alteraciones metabólicas y endocrinas como la diabetes, el hiperaldosteronismo, la enfermedad de Addison o el síndrome de Cushing, el hipotiroidismo o el hipopituitarismo. Las drogas y los fármacos son otra causa a tener en cuenta, de la misma forma que enfermedades crónicas. Entre las causas psicológicas, mencionar: educación, normas y valores, experiencias traumáticas, alteraciones del ánimo (depresión, miedo), comunicación ineficaz, alteraciones de la personalidad, etc.

PROBLEMAS DE CONTROL EYACULATORIO

- La valoración de **eyaculación rápida**, prematura o eyaculación precoz, puede obedecer a diversos criterios: tiempo hasta eyaculación (segundos-minutos), movimientos coitales (número de movimientos entrada-salida antes de eyacular). La Academia Internacional de Sexología Médica²⁰ **la define como “la condición persistente o recurrente en que el hombre no puede percibir y o controlar las sensaciones propioceptivas que preceden al reflejo eyaculatorio”**
- La **eyaculación retardada**, consistiría en la percepción subjetiva o de pareja de la dificultad para eyacular en un tiempo determinado, considerado “adecuado”. **No hay estándares.**
- **Aneyaculación** es la falta de eyaculación, aunque puede ir acompañada de anorgasmia, nos siempre es así.
- **Eyaculación retrógrada/seca**. A diferencia de la aneyaculación, hay vertido de esperma pero se realiza en vejiga y no en el exterior. Puede ser debida a diferentes trastornos urogenitales.

El orgasmo inhibido es preciso diferenciarlo de la aneyaculación. Se puede tener orgasmo y no eyacular. Tiene muy baja prevalencia.

OTROS PROBLEMAS. MUJER

Vaginismo, dispareunia, vulvodinia, fobias, relativos a la frecuencia, consecuencias de abusos y violación. La diferencia entre vaginismo y dispareunia no siempre es sencilla, hay quien habla de un continuo y les llama “trastornos de la penetración”. La etiología

²⁰ Academia Internacional de Sexología Médica. En (21.05.2012):
<http://www.worldassociationformedicalsexology.com>

de la dispareunia suele ser orgánica: alteraciones anatómicas, infecciones, Síndrome de Sjögren, fármacos, etc.

El **Vaginismo** es un proceso consistente en la contracción espasmódica de la musculatura que rodea el tercio externo vaginal, justo cuando se va a proceder al coito o ante la presunción de inmediata penetración. La prevalencia del vaginismo es muy diversa según los estudios, pero podríamos establecerla entre un 2 y un 5%²¹. La etiología del vaginismo puede ser orgánica (himen rígido o hipertrófico, endometriosis, **inflamaciones de pelvis, tumores, estenosis, etc....**) o **sicológicas (fobias, miedo al dolor, ansiedad o secundarias a lesiones orgánicas, estrés, crisis afectiva, agresión, etc.)**

La **Dispareunia** es un dolor genital recurrente o persistente asociado al coito y no es debido al vaginismo o falta de lubricación. La dispareunia tendría una prevalencia que estaría entre un 34% en mujeres menores de 30 años (Glatt y Zinder, 1990²²) y un 45,3% entre mujeres menopaúsicas (Oskay, Beji y Yalcin, 2005²³). La etiología de la dispareunia suele ser orgánica: alteraciones anatómicas, infecciones, síndrome de Sjögren, fármacos, etc.

AVERSIÓN AL SEXO.

La aversión al sexo en las mujeres se caracteriza porque no tiene etiología orgánica conocida. La etiología principal se puede asociar a factores predisponentes y precipitantes con origen en un trauma. Los varones también pueden sufrir aversión al sexo y si no aparece en los estudios epidemiológicos, muy probablemente, sea debido a una concepción sexista por la que el varón “**siempre está disponible**”, que impide reconocer la existencia de tal situación.

²¹ Cabello, F. (2010). Op.Cit.

²² Glatt, A.E. y Zinder, S.H. 1990. *The Prevalence of Dyspareunia*. *Obstetric and Gynecology*, 75 (3 Pt 1) 433-436. Citado por Cabello. (2010). Op.Cit.

²³ Oskay, U.Y, Beji, N.K . y Yalcin, O. 2005. *A study on urogenital complaints of postmenopausal women aged 50 and over*. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 84 (1), 72-78

EFFECTOS ENFERMEDAD ORGÁNICA.

Enfermedades cardiovasculares.

En las cardiopatías, aparece disfunción eréctil en un 38-78%. (Documento de Consenso Disfunción eréctil 2002)²⁴. En caso de *Angor*/Infarto Agudo de Miocardio (según grado de afectación) puede aparecer disminución de interés y del deseo. En la Enfermedad Oclusiva Aórtica o la Arterioesclerosis, puede aparecer déficit en la excitación. En la Hipertensión, según evolución, puede aparecer déficit en la excitación y disfunción eréctil. En todos los casos, es preciso valorar un factor más, la medicación utilizada, que a resultas puede ser la causa y no la enfermedad que se trata.

Sistema Endocrino

Pueden producir disfunciones sexuales:

- Enfermedades neurológicas: Lesiones medulares, Ictus, Demencia, Parkinson, Esclerosis Múltiple o Epilepsia
- Enfermedades hormonales: Hipogonadismo, Hiperprolactemias, alteraciones de la Tiroides. Insuficiencia Suprarrenal (Enfermedad de Addison) puede suponer trastornos en la alteración interés sexual. De la misma manera, la Hiperfunción Suprarrenal (Síndrome de Cushing), además del posible déficit de interés hay que añadir el de excitación. En los casos de Hipogonadismo, Hipopituitarismo puede aparecer déficit deseo, excitación y orgasmo. El Hipotiroidismo puede provocar alteración del interés sexual y el Hipertiroidismo, ante la falta de estudios concluyentes, habría que valorar si puede tener como consecuencia hiperactividad sexual.
- Trastornos metabólicos: Diabetes o Hiperlipemia, la Diabetes Mellitus puede producir déficit excitación y orgasmo, sobre todo en fases avanzadas.

Tracto Génito-Urinario.

Trastornos genitourinarios y del suelo pélvico: Prolapso Genital e Incontinencia Urinaria, Vestibulitis Vulvar, Prostatitis e infecciones del tracto urinario inferior, enfermedad de La Peyronie. Enfermedad Inflamatoria Pélvica, Endometriosis, fibromas, Vestigio Ovárico, Colon Irritable, Cistitis intersticial... Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), Priapismo y un largo etc.

²⁴ Foro de la Salud del Hombre en Disfunción Eréctil (Varias Asociaciones). 2002. Publicado por Pfizer.

Músculo esquelético y Nervioso

La Artritis Reumatoide, puede producir alteración del deseo, dolor en la interacción y falta de excitación. Los Accidentes Cerebrovasculares Agudos (ACV) pueden suponer una disminución del interés. Las lesiones del lóbulo frontal, desinhibición. Lesiones espinales, según fase y grado lesión, pueden producir trastornos en el deseo, excitación y orgasmo. En la Esclerosis Múltiple, según grado y estadio, podemos encontrar déficit excitación y trastornos en el orgasmo

Cáncer y cirugía: Cáncer Genital Femenino, mastectomía (50% suelen presentar alteraciones de la sexualidad), prostatectomía, histerectomía. Según región y estructuras anatómicas y fisiológicas afectadas.

Salud mental²⁵. Dependiendo de la patología, fase y grado, podemos encontrar diferentes relaciones entre salud mental y disfunciones sexuales:

- Trastorno bipolar. Condicionada por la fase maniaca o hipomaniaca afectará de distinta forma a la conducta sexual
- Trastorno obsesivo-compulsivo con contenidos sexuales
- Trastorno por estrés postraumático por trauma sexual (con conducta hipersexual, en algunos casos)
- Abuso de sustancias por ejemplo anfetaminas, cocaína o heroína
- Síndrome del lóbulo frontal/ Foco epiléptico lóbulo temporal. Según grado de afectación.
- Cuadro depresivo que se manifiesta con conducta hipo o hipersexual

²⁵ Díaz Morfa, J. *Sexología clínica: integración, crítica y nuevos desafíos clínicos*. VIII Congreso Español de Sexología. Santander, 2-6 Junio, 2004

MODELO BÁSICO DE ABORDAJE.

Tradicionalmente, en la mayor parte de los recursos de salud, ante la demanda o consulta sobre un problema o necesidad sexual, la respuesta suele ser: tratar de restarle importancia, buscar denodadamente una causa orgánica, haciendo historia y exploraciones complejas o, de entrada, para quitárselo de encima, a Salud Mental.

DIAGNÓSTICO.

Para la diagnosis de un trastorno o problema sexual, hay que tener en consideración cuatro dimensiones:

1. **Dimensión temporal:** Primaria o Secundaria. Hay que valorar si el suceso se ha dado siempre o tras un evento concreto. Por ejemplo, nunca se ha tenido orgasmo o esta disfunción aparece tras una enfermedad, un problema psicológico, etc.
2. **Dimensión situacional:** Generalizada o Selectiva-Situacional. ¿La disfunción se da en todas las circunstancias o solo en determinadas situaciones? Por ejemplo, solo con mi pareja habitual y no con otras...
3. **Subjetividad:** Referida o Diagnosticada. Hay que comprobar cómo identifica, refiere y diagnostica la persona su problema y contrastar con el diagnóstico objetivo profesional.
4. **Grado de severidad:** Total o Parcial. Por ejemplo, dificultades para mantener la erección para la penetración hay que distinguirlo de no tener ningún tipo de erección.

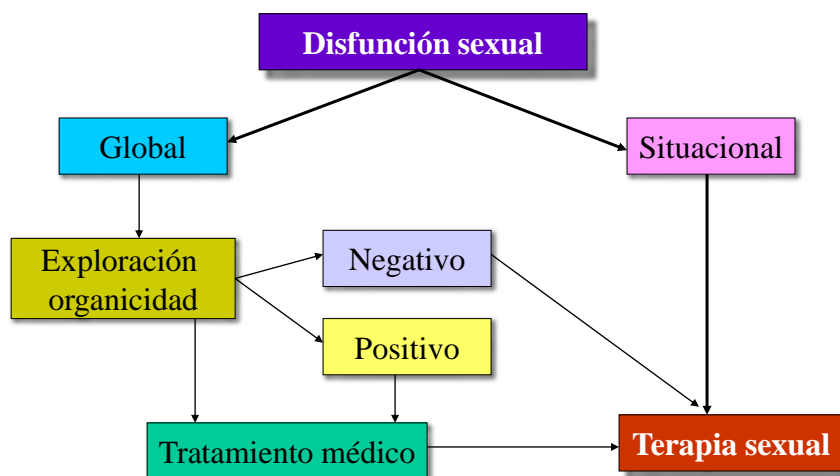
ETIOLOGÍA.

Como se viene refiriendo, la etiología puede ser por diferentes causas: Psicógenas, orgánicas, farmacológicas, quirúrgicas, sociales o combinadas.

Ante una demanda de disfunción sexual, es conveniente hacer un primer diagnóstico diferencial sobre si su etiología es orgánica o psicógena. En muchas ocasiones suelen ser combinadas y una disfunción de origen orgánica puede terminar en otra de origen psicógeno y a la inversa. Un ejemplo típico es la disfunción eréctil. El diagnóstico

diferencial²⁶, nos dará claves tanto para iniciar y priorizar las acciones como la derivación más adecuada.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: Orgánico/psicógeno



EVALUACIÓN SALUD SEXUAL²⁷

Pasos a seguir:

1. Verificación autodiagnóstico porque no siempre la demanda se corresponde con la necesidad.
2. Valorar si es terapia lo que necesita. En muchas ocasiones, lo que se precisa es dar solución a un problema subyacente y no el expresado.
3. Diagnóstico diferencial (bio-psico-social) utilizando algunas de las herramientas diagnósticas que más adelante se enuncian.
4. Se deben tener en cuenta factores:
 - a. Predisponentes: educación, abusos, relación familiar, experiencias **negativas...**
 - b. Precipitantes: experiencia traumática, inadecuada, insatisfacción, juego inadecuado, estrés, cansancio, miedo a perder el control, infertilidad, rechazo..

²⁶ Olazabal, JC. 1990. *Manual de sexualidad en atención primaria*. Salamanca. Amaru.

²⁷ Cabello (2010). Op.Cit.

- c. Mantenedores: ansiedad, anticipación, culpa, ánimo...
5. Tipo de intervención más efectiva. Las intervenciones han de ser ajustadas de forma individual. La mayor parte de las consultas suelen ser sobre procesos cronificados y multicausales que precisan estrategias de intervención terapéuticas personalizadas.
 6. Personalidad. Valorar posibles trastornos de personalidad y dar prioridad a este problema. Solucionado, se pasará a los problemas sexuales. En muchas ocasiones no se precisa dar el último paso.
 7. Grado de motivación para la terapia. En terapia sexual es frecuente la falta de adherencia, lo que conlleva un fracaso terapéutico. Una falta de motivación puede suponer iniciar el proceso para nada. Sin duda, el mayor problema de adherencia es el coste económico al no estar contemplado en las necesidades básicas de salud.
 8. Actitudes hacia la sexualidad. Aunque sea el último punto, puede ser la primera intervención. El o la terapeuta tendrían que reflexionar sobre sus propias actitudes. Estas y los prejuicios se colarán en todo el proceso terapéutico.

Diagnóstico.

Incluir **Historia Sexual-Historia Clínica** han de estar integradas. Si no lo está, no se suele indagar. Ha de ser pertinente y operativa, además de los datos de filiación, se han de recoger todos aquellos que deriven en un diagnóstico eficaz. No hace falta recoger todos los datos en un mismo acto-consulta, es preciso adaptarse a la situación, necesidades y posibilidades de quien consulta. Un ejemplo en el que se integra la Historia Sexual en una Historia Clínica, es la que se contempla en el Programa de Salud Sexual y Reproductiva de Madrid Salud (Ver Anexo), que aunque no es un espacio sólo sexológico, intenta integrar diferentes aproximaciones diagnósticas y terapéuticas. El diagnóstico clínico pasa por descartar patología orgánica de base. Cuando sea posible o necesario, hay diagnóstico psicológico, un diagnóstico sexológico y una evaluación de la relación de pareja. Para ello se utilizan distintos instrumentos como: Entrevista, cuestionarios y autoinformes. La evaluación de las fantasías (vinculares o con la pareja, extravincular, grupales, homoeróticas, parafilias, pseudoagresiones), son elementos diagnósticos y terapéuticos muy interesantes.

Cuestionarios

Son muchos y variados, los cuestionarios para la evaluación sexológica, algunos de los más utilizados son:

- CUESTIONARIO DE MITOS Y FALACIAS SEXUALES (Mc Cary)²⁸: Evalúa errores, mitos y falacias en la información sexual.
- INVENTARIO DE INTERACCIÓN SEXUAL (Lo Piccolo y Steger²⁹). Evalúa la satisfacción y el ajuste heterosexual: puntuación de cada miembro de la pareja sobre 17 conductas sexuales específicas.
- INVENTARIO DE TEMORES SEXUALES (Annon³⁰). Evalúa la magnitud del temor, discomfort o displacer ante la experiencia y la conducta sexual. Formato específico para hombres y otro para mujeres.
- INVENTARIO DE PLACERES SEXUALES (Annon). Evalúa la excitación y los sentimientos y placeres.
- INVENTARIO DE RESPUESTAS SEXUALES (Pion³¹). Evalúa el conocimiento sexual, las actitudes y las experiencias sexuales pasadas y presentes.
- INVENTARIO DE CONOCIMIENTO SEXUAL (Mc Hugh³²). Evalúa el conocimiento adecuado así como los errores en relación con la sexualidad humana.
- ÍNDICE DE LA FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA (FSFI)³³. Útil para una primera evaluación y estudios epidemiológicos.
- CUESTIONARIO DE SALUD SEXUAL PARA HOMBRES (IIFE-5)³⁴. Útil para una primera evaluación y estudios epidemiológicos.

²⁸ McCary, J.L. y Macry, S. 1996. *Sexualidad Humana de McCary*. Madrid. Manual Moderno

²⁹ Lo Piccolo, SJ y Steger, J.C. 1974. *The Sexual Interaction Inventory: A new instrument for assesment of sexual behavior*. Archives of Sexual Behavior, 5, 585-595

³⁰ Annon, J.S. 1975. *The Behavior Treatment of Sexual Problems. Intensive Therapy*. Honolulu. Enabling Sitemes

³¹ Pion, RJ. 1975. *The Sexual Response Profile*. Honolulu. Enabling Sitemes

³² Mc Hugh, G. 1967. *Sex Knowledge Inventory: from X*. Durham. Family Life Publications.

³³ Meston CM. J Sex Marital Ther. 2003 Jan-Feb;29(1):39-46. *Validation of the Female Sexual Function Index (FSFI) in women with female orgasmic disorder and in women with hypoactive sexual desire disorder*

³⁴ Rosen RC, Riley A, Wagner G, Osterich IH, Kirkpatrick J, Mishra A. *The International Index of Erectile Function (IIEF): a multidimensional scale for assesment of erectile dysfunction*. Urology 1997;49:822-30

Pruebas fisiológicas.

En el estado psicosexofisiológico, se puede valorar, la dilatación pupilar, la temperatura corporal, conductividad de la piel, respuesta cardíaca, etc. Para valorar la respuesta genital (fotopletismografía peneana y vaginal, termistores, medidor tensión pubococcígea, medición de reflejo bulbocavernoso, etc.). La mayor parte de las pruebas, son poco fiables y con escasa precisión.

A modo de ejemplo, la evaluación de la función de los genitales femeninos, podría estar valorada por: Flujo sanguíneo vaginal: Fotopletismografía, actividad eléctrica-temperatura, doppler, fluido vaginal y transferencia de iones, producción de la acidez vaginal, diferencia del potencial transvaginal: Actividad eléctrica vaginal, evaluación musculatura circunvaginal, reflejos genitales, sensación genital (Vibración-temperatura, sensación presión-tacto con el uso de monofilamentos), lubricación labial, Flujo sanguíneo clitorideo (doppler) o potenciales evocados.

TERAPIA

Existen diferentes modelos de afrontar la terapia, tantos como modelos psicológicos o clínicos existen (psicodinámico, conductista, cognitivo-conductual, etc.). Sin ser un modelo *per se*, se presenta un método de aproximación e intervención terapéutica (Carrobles adaptado de Annon³⁵), el modelo **EPITEX**. Es el acrónimo de: **EDUCACIÓN, PERMISO, INDICACIONES ESPECÍFICAS y TERAPIA SEXUAL**

Primera fase: EDUCACIÓN. Es la fase inicial del abordaje terapéutico. Es frecuente la presencia de lagunas informativas, múltiples mitos, etc. El objetivo de esta fase es adquirir un adecuado y suficiente nivel de información sexual para entender que les ocurre. En esta fase se resuelven el 50% de los problemas. Parte del reetiquetado del problema, explicación que tiene la persona acerca del origen de su problema, responsabilidad sobre el problema y solución y la génesis de estilos de vida constructivos. Esta fase puede y debe ser abordada desde los dispositivos de Atención Primaria de Salud.

Segunda fase: PERMISO. Normalización, desculpabilización. Se les da permiso para realizar actividades que solo constituyen un problema en la medida que el sujeto los vive como tal, prejuicios, actitudes negativas, etc.

Tercera fase: INDICACIONES ESPECÍFICAS. Primer nivel de terapia sexual. Intervención a través de indicaciones e instrucciones específicas acerca de determinadas actividades erótico-terapéuticas: Focalización sensorial (Erotización), parada y arranque, dilatación progresiva del introito vaginal, programa masturbatorio de LoPiccolo...

Cuarta fase: TERAPIA SEXUAL. Se resuelven problemas más complejos: causas psicológicas profundas, problemas orgánicos, problemas mixtos...: Trastornos psicológicos y psiquiátricos profundos, problemas de identidad y orientación sexual, problemas de deseo, problemas de víctimas de abusos sexuales, diabetes, alcoholismo...

ALGUNAS TÉCNICAS SEXOLÓGICAS.

Desensibilización sistemática. Es una estrategia terapéutica que procede de los abordajes cognitivos-conductuales y consiste en la aproximación escalonada a situaciones que producen una reacción aversiva. Así, poco a poco, se pueden conseguir respuestas “adecuadas” ante ciertos estímulos. Por ejemplo, en el vaginismo, hacer que

³⁵ Carrobles. 1991. Op.Cit.

la mujer se sienta relajada ante la proximidad de un objeto fálico primero y ante la inminencia de la penetración después, a fin de conseguir la penetración con diferentes calibres, es fundamental y tiene un gran éxito en los resultados obtenidos.

Entrenamiento asertivo. Supone que la persona sea capaz de expresar deseos, emociones y sentimientos, que la posibiliten a sobre-ponerse en situaciones aversivas. Esto supone no sentir vergüenza ni sentimientos negativos para rechazar, por ejemplo, una felación o pedir un cunnilingus.

Parada-arranque (Semans³⁶). Consiste en una serie de estimulaciones (masturbación) progresivas con parada antes del punto de “no retorno”, la percepción de inmediata eyaculación. Posteriormente se iniciará, una vez consolidado el control eyaculatorio en la masturbación, las series de parada y arranque en el coito. Una variedad, posiblemente menos efectiva, sea la “maniobra del apretón” que consiste en presionar la base del pene (o del glande) ante la urgencia eyaculatoria y una vez conseguido el control, reiniciar el proceso en cuatro o cinco series.

Estimulación erótica gradual y progresiva. Es un proceso gradual y hay que ir consolidando etapas, no se pasa a la siguiente sin haber consolidado la anterior. Consiste en “dejarse llevar” por las sensaciones eróticas o placenteras y concentrarse en ellas a través del masaje (caricia). Se inicia con prohibición de contacto-estimulación genital. La idea base es autoconocerse y aprender a no anticipar respuestas. Se suele recomendar una estimulación-masaje alternándose la pareja. Poco a poco, se va dando permiso para la estimulación genital y la concesión orgásmica. Es importante indicar que se concentren primero en sus sensaciones y más tarde introduzcan fantasías (primero propias y luego proyectadas hacia su pareja).

Se pasa de la estimulación-masturbación a la penetración. En la fase de penetración, también de forma progresiva, se introduce parada-arranque, “cabalgada” controlada y entrenamiento para el orgasmo.

Ejercicios con la musculatura pubo-coxígea (maniobras de Kegel). Además del fortalecimiento de algunos grupos musculares implicados en la excitación y el orgasmo (también en el control de esfínteres genito-urinaros), se busca mediante series de contracción-relajación de los músculos pubo-coxígeos de forma consciente, adquirir habilidades propioceptivas que permitan mediante la relajación o tensión muscular voluntaria, controlar la excitación, incluso facilitar o potenciar el orgasmo.

³⁶ Semans, J.H. 1956. *Premature ejaculation: a new approach*. The Southern Medical Journal, 49, 353-356

Reacondicionamiento orgásmico (Hawton, 1983³⁷). Consiste en la asociación de ciertos estímulos (fantasías o contacto físico) con el placer.

Entrenamiento en masturbación. Puede ser manual o utilizando “vibradores”. Consiste en un entrenamiento sistematizado de masturbación de forma que, sobre todo en mujeres, aprendan a estimularse, identificar zonas erógenas y abrir canales de erotización que posibiliten o faciliten llegar al orgasmo. Aunque tradicionalmente se recomendaba como paso previo a recondicionar el orgasmo, tiene entidad terapéutica y erótica por sí misma. En los varones, el entrenamiento masturbatorio, se incluye tanto en las técnicas de parada y arranque como en las de autorreconocimiento erótico.

Detención de pensamientos no productivos que de forma repetitiva nos llevan a situaciones desagradables. Un ejemplo claro es el que se produce ante la posibilidad de una interacción sexual y el varón de forma anticipada se repite que no a “**estar a la altura**”, que no va a poder controlar la eyaculación o pensamientos similares que suponen una evitación a exponerse a la situación erótica o al fracaso por anticipación ansiógena.

Biblioterapia y autoayuda. Existen distintas publicaciones en forma de manual de autoayuda que pueden servir de apoyo en el proceso terapéutico. Sobre todo en las primeras fases de intervención sexológica.

Intervención terapéutica.

En todas las intervenciones terapéuticas, se utilizan distintas técnicas, primero porque es más efectiva y en segundo lugar, porque la mayor parte de las disfunciones son multicausales y los factores emocionales, cognitivos y conductuales, además de los orgánico. Se retroalimentan. A modo de ejemplo, algunas indicaciones terapéuticas estandarizadas:

Falta de excitación: Desensibilización sistemática, entrenamiento asertivo, ejercicios musculares, tareas en escalada, farmacológico.

Falta de orgasmo: Potenciación Erotofílica, entrenamiento en masturbación, manual o con vibradores, erotización orgásmica, ejercicios musculatura púbócoxígea, recondicionamiento del orgasmo, rol play.

Vaginismo: Dilatadores, desensibilización sistemática, etc.

Común en varones: Biofeedback de tamaño de pene, desensibilización sistemática, recondicionamiento, entrenamiento asertivo, detención de pensamiento, Técnica de Seamans- Comprensión (eyaculación prematura)

³⁷ Hawton, K. 1988. *Terapia Sexual*. Barcelona. Doyma

Tratamiento farmacológico³⁸.

En varones:

- Disfunción eréctil: Inhibidores de la fosfodiesterasa 5
- Eyaculación rápida/precoz: Dapoxetina e ISRS
- En la Eyaculación retardada, hay que valorar la etiología.
- En la eyaculación retrógrada, según la etiología se utilizan diferentes fármacos con una eficacia de entre un 35% y un 50 %; Imipramina y/o Pseudoefredina
- En el síndrome de dolor tras la eyaculación; miorelajantes y ansiolíticos. En la Anestesia Orgásmica, Midodrine. En la aneyaculación, Imipramina. En la eyaculación espontánea, Tioridazina, Clonidina.

En mujeres:

- Trastornos de la excitación sexual: Según la etiología: hormonas, apomorfina, fentolamina, yohimbina, PDE5, L-Arginina.
- En la anorgasmia, se están utilizando con muy poca eficacia, prostaglandinas, Bupropión o apomorfina.
- En la dispareunia y vaginismo, miorelajantes y ansiolíticos.

En ambos: Para la disminución del deseo, Testosterona y Melanocortina. En la fobia y aversión sexual, Alprazolán. En la adicción sexual, ISRS. En la dispareunia, según etiología.

Interacción sexualidad-fármacos.

Además de las farmacocinética e indicación de cada fármaco, hay que tener en cuenta que la interacción de los fármacos con la sexualidad está condicionada por dosis y tiempos de exposición a los mismos. En cualquier caso, siempre habría que prestar atención a posibles consecuencias adversas si la persona está tomando:

- **Antihipertensivos** (sobre todo a los varones). Diuréticos tiazídicos, Espironolactona (100mg/d), Betabloqueantes, Labetalol, IECA, Antagonistas del calcio, Hidralacina, Prazosín, Simpaticolíticos centrales, Gangliopléjicos
- **Fármacos se uso psiquiátrico.** Ansiolíticos benzodiazepínicos (Buspirona) y no bianzepínicos, Antidepresivos tricíclicos, IMAO, Neurolépticos, Litio
- **Antagonistas H₂-Antiulcerosos.** Cimetidina, Ranitidina, Famotidina

³⁸ Diaz Morfa. (2004). Op.Cit.

- **Analgésicos, antitérmicos-antiinflamatorios.** Opiáceos, AINE, esteroides
- **Antibióticos, antimicóticos y antiparasitarios.** Etionamida, Ketonazonazol, Metronidazol
- **Fármacos para patología cardiovascular.** Digoxina, antiarrítmicos, hipolipemiantes, nitratos, antiagregantes, anticoagulantes.
- **Fármacos patología digestiva.** Metroclorpramida, anticolinérgicos
- **Fármacos patología neurológica.** Anticonvulsionantes, L-Dopa
- **Fármacos patología endocrino-metabólicas.** Anorexígenos-Anfetamínicos, andrógenos, antiandrógenos, estrógenos, progestágenos, anabolizantes esteroideos
- **Otros.** Antihistamínicos H1, Disulfirán, antineoplásicos...
- **Siempre tener precaución con:** Sedantes y psicótropos, antiandrógenos, anticolinérgicos, alcohol, tabaco, marihuana, opiáceos, cocaína, anfetaminas...
Otros: Antihipertensivos, antisecretores gástricos, antihistamínicos H2

Bibliografía

Solo se referencia publicaciones en castellano:

1. Olazabal, JC. (1990). "Manual de sexualidad en atención primaria". Salamanca. Amaru.
2. Carrobles, JA. y Sanz, A. (1991). "Terapia Sexual". Madrid. Fundación Universidad-Empresa.
3. Kaplan, H. (Varias ediciones). "Manual ilustrado de terapia sexual". Barcelona. Grijalbo.
4. Labrador, FJ.(1994). "Disfunciones sexuales". Madrid. UNED. Fundación Universidad-Empresa.
5. García Arroyo, JM. (1996). "Teoría y práctica del consejo breve en sexualidad". Sevilla. Asociación sexológica Sevillana
6. Leonor, I.; Vicente, E.; Ellis, A. (2002). "Teoría y práctica de la Terapia Racional Emotiva Conductual". Madrid. Siglo XXI.
7. Cabello, F. (2010). "Manual de sexología y terapia sexual". Madrid. Síntesis.

Donde buscar información: Existen muchas web, con información sexológica. Presentamos unas pocas seleccionas.

- The Electronic Journal of Human Sexuality: www.ejhs.org/
- Instituto Kinsey: www.kinseyinstitute.org
- WAS: www.worldsexology.org
- Asociación Estatal de Profesionales/Especialistas de la sexología: www.aeps.es y www.aees.org.es/
- Federación Española de sociedades sexológicas. www.fess.org.es/

ANEXO. Pantallas de la Historia Sexual del Programa de Salud Sexual y Reproductiva. OMI-MS. Madrid Salud.

HISTORIA COMÚN S. SEXUAL Y REPRODUCTIVA (30/10/2012) - sd - PR PR, B (20 Años)

Demanda / Antecedentes: Historia sexual

Edad de inicio de relaciones NO cotales: 0
Edad de inicio de relaciones sexuales cotales: 0

¿Relaciones actuales? Sí No

Identidad sexual: 1 - Hombre
2 - Mujer
3 - Hombre transexual
4 - Mujer transexual
5 - Transgenero

Orientación sexual: []

¿Tiene pareja actual? Sí No

Tiempo de relación (meses): 0
Edad de la pareja actual: 0

Nº de contactos de []
Nº total de contactos: 0

Tipo de prácticas:

Canchias Automasturbación Masturbación con otras personas

Sexo oral: Felación Cunnilingus Otros, especificar: []

Coito vaginal Coito anal HSH receptivo HSH insertivo

Ideas erróneas: Sí No
especificar: []

Fantasías y filias: Sí No
especificar: []

Dificultades en la vivencia de su sexualidad: Sí No

Deseo Excitación Placer Satisfacción Dolor

Otras, especificar: []

¿Utiliza preservativo? Sí No
Dificultades en uso del condón: Sí No
¿cuales?: []

Usuario/a de prostitución Ejercicio de prostitución

¿Existe violencia? Sí No
 De género Sexual

Botones: Aceptar, Cancelar

Barra de tareas: Inicio, AYRE - Inicio..., Bandeja de entr..., CITRIX - Windo..., OMI-AE (6.9/00..., Pantallasas HP..., OMI-PRO (6.9/0, 13:34

HISTORIA COMÚN 5. SEXUAL Y REPRODUCTIVA (30/10/2012) - sd - PR PR, B (20 Años)

Demanda / Antecedentes: Historia sexual

Edad de inicio de relaciones NO coitales: 0 Edad de inicio de relaciones sexuales coitales: 0

¿Relaciones actuales? Sí No

Identidad sexual: Orientación sexual:

¿Tiene pareja actualmente? Sí No Tiempo de relación (meses): 0 Edad de la pareja actual: 0

Nº de contactos en los últimos 3 meses: 0 Nº total de contactos: 0

Tipo de prácticas:

Caricias Automasturbación Masturbación con otras personas

Sexo oral: Felación Cunnilingus Otros, especificar:

Coito vaginal Coito anal HSH receptivo HSH insertivo

Ideas erróneas: Sí No especificar:

Fantasías y fijas: Sí No especificar:

Dificultades en la vivencia de su sexualidad: Sí No

Deseo Excitación Placer Satisfacción Dolor

Otras, especificar:

¿Utiliza preservativo? Sí No Dificultades en uso del condón: Sí No ¿cuales?:

Usuario/a de prostitución Ejercicio de prostitución

¿Existe violencia? Sí No De género Sexual

Botones:

HISTORIA COMÚN 5. SEXUAL Y REPRODUCTIVA (30/10/2012) - sd - PR PR, B (20 Años)

Demanda / Antecedentes: Historia sexual

Edad de inicio de relaciones NO coitales: 0 Edad de inicio de relaciones sexuales coitales: 0

¿Relaciones actuales? Sí No

Identidad sexual: Orientación sexual:

¿Tiene pareja actualmente? Sí No Tiempo de relación (meses): 0 Edad de la pareja actual: 0

Nº de contactos en los últimos 3 meses: 0 Nº total de contactos: 0

Tipo de prácticas:

Caricias Automasturbación Masturbación con otras personas

Sexo oral: Felación Cunnilingus Otros, especificar:

Coito vaginal Coito anal HSH receptivo HSH insertivo

Ideas erróneas: Sí No especificar:

Fantasías y fijas: Sí No especificar:

Dificultades en la vivencia de su sexualidad: Sí No

Deseo Excitación Placer Satisfacción Dolor

Otras, especificar:

¿Utiliza preservativo? Sí No Dificultades en uso del condón: Sí No ¿cuales?:

Usuario/a de prostitución Ejercicio de prostitución

¿Existe violencia? Sí No De género Sexual

Botones:

HISTORIA COMÚN 5. SEXUAL Y REPRODUCTIVA (30/10/2012) - sd - PR PR, B (20 Años)

Demanda / Antecedentes: Historia sexual

Edad de inicio de relaciones NO cotidianas: Edad de inicio de relaciones sexuales cotidianas:

¿Relaciones actuales? Sí No

Identidad sexual: Orientación sexual:

- 2-Homosexual
- 3-Lesbiana
- 4-Bisexual
- 5-Parsexual
- 6-No se define

¿Tiene pareja actualmente? Sí No

Tempo de relación (m): Edad de la pareja actual:

Nº de contactos en los últimos 3 meses: Nº total de contactos:

Tipo de prácticas

Caricias Automasturbación Masturbación con otras personas

Sexo oral: Felelación Cunnilingus Otros, especificar:

Coto vaginal Coto anal HSH receptivo HSH insertivo

Ideas erróneas: Sí No especificar

Fantasías y fijas: Sí No especificar

Dificultades en la vivencia de su sexualidad: Sí No

Deseo Excitación Placer Satisfacción Dolor

Otras, especificar:

¿Utiliza preservativo? Sí No

Dificultades en uso del condón: Sí No ¿cuales?:

Usuario/a de prostitución Ejercicio de prostitución

¿Existe violencia? Sí No De género Sexual

Aceptar Cancelar