

# Dificultades sexuales en atención primaria: una propuesta de intervención

Juan J. Gervas Pérez<sup>a</sup> y Mónica de Celis Sierra<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Médico-Sexólogo. Profesor Adjunto. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Alfonso X El Sabio. Práctica privada.

<sup>b</sup>Psicóloga-Sexóloga. Práctica privada.

## INTRODUCCIÓN

### Prefacio

*“Buenos días, doctor. ¡Cuánto tiempo! ¿Cómo le van las cosas? Bien... Me alegro. Venía a comentarle un problemita que está sufriendo mi chico pequeño. El que se rompió un brazo, ¿se acuerda?. El caso es que ya tiene quince años, está muy alto para su edad pero... poco formado, es... poco muchachote. Tiene su peluquilla y su voz ya no es la de un niño, ¿cómo iba a ser de otra manera a su edad? Él está preocupado, sobre todo porque tiene algún roce con sus compañeros en el instituto. Me cuenta que no se integra del todo porque le consideran... amanerado, ¿me entiende usted? Con las chicas se lleva mejor, en realidad sólo tiene amigas. Yo le digo que no se preocupe porque es que cada vez está más obsesionado, piensa si no tendrán razón sus compañeros y él es distinto, ¿me entiende usted? Desde hace unos meses le está cambiando el carácter y le veo asustado. ¿Usted puede ayudarme?”*

Desde luego no es fácil atender este tipo de demandas, frente a las que demandante y demandado se sienten perdidos. El paciente no acaba de dejar claro cuál es el problema que plantea, no puede definirlo, ni matizarlo, sino que parte de presupuestos generales, utiliza referentes personales para justificarlo, tratando de camuflar su verdadera naturaleza. Después de todo, esto no es sino un reflejo de la manera en que nuestra cultura maneja el hecho de los sexos: siempre oculto, o disfrazado cuando no queda más remedio que descubrirlo. Si nos preguntamos qué es lo que demanda exactamente la madre del ejemplo, no nos resultará sencillo llegar a conclusión alguna: ella pide ayuda, pero ¿para qué?, ¿pretende solucionar el problema de convivencia en el instituto de su hijo?, ¿quiere que el médico, como autoridad, convenza a éste de su masculinidad?, ¿está pidiendo, acaso, ayuda para sí misma?, ¿le gustaría que el médico la tranquilizase en cuanto a la normalidad de su hijo?, ¿quiere conocer más sobre el tema y busca la información en un profesional sanitario?

Si el médico general trata de orientarse en medio de esta confusión, no le será fácil hacer llegar cierta claridad al escondite, cargado de emoción, desde donde las preguntas del paciente están planteadas. Seguramente al profesional se le pasarán por la cabeza muchas de estas dudas sobre el motivo real de consulta, a la vez que otras sobre la forma de abordarlo: “¿Qué sé yo de sexualidad?, ¿cómo saber si un adolescente es homosexual?, ¿le podría ayudar? ¡Si ni siquiera conozco a ningún especialista en el tema!”. De nuevo desorientados.

Pero si, a pesar de las dificultades, el médico decide hacer de su capa un sayo y atender la solicitud, se encontrará, tras la pertinente *exploración bibliográfica*, con que existe un vacío conceptual y semántico respecto a la sexología en el ámbito científico. No es éste un vacío en cuanto a la falta de documentación, ya que existen varias revistas científicas específicas (p.ej., *Anuario de Sexología*; *Archives of Sexual Behavior*; *British Journal of Sexual Medicine*; *Journal of Sex Education and Training*; *Journal of Sex and Marital Therapy*; *Revista Española de Sexología*), se publican artículos en muchas otras con cierta regularidad (p. ej., *Gender and Society*; *Journal of Adolescent Research*; *Archives of Andrology*) y hay unos cuantos manuales de sexología clínica (v. *Lecturas Recomendadas*). Se trata más bien de un vacío generado por la convivencia de múltiples discursos; por la utilización que algunos de ellos hacen de modelos políticos como soporte intelectual de líneas de investigación que carecen de otra justificación más científica; por la utilización engañosa y particular que se hace del lenguaje; por la carencia de conceptos teóricos comprensibles y susceptibles de ser demostrados. En fin, que en medio de tanto embrollo, uno acaba por sentirse abocado al confortable silencio del recogimiento interior. Desde la primera vez que, por prestar apoyo a nuestros pacientes, iniciamos esta exploración en la sexualidad y nos terminamos viendo al borde del precipicio y sentimos el peligro que supone afrontar el reto sin una barandilla, comprendemos que lo más recomendable es hacer oídos sordos a cualquier demanda que provenga del área de la sexualidad y no indagar de manera habitual en un campo que podría ser un lodazal y del que saldríamos embadurnados y con más pena que gloria.

Y es que, sin ser la sexología una ciencia nueva<sup>1</sup>, sí ha estado relativamente marginada del mundo científico, tanto

Correspondencia: Dr. J.J. Gervas Pérez  
C/ Dr. Del Oria, 25. 28002 Madrid.

académico como clínico, en el último ciclo corto de su historia. En lo académico, en el caso de España (y con la única excepción en Europa de la Universidad Católica de Lovaina), tal situación se concreta en el hecho de no existir ni diplomatura ni licenciatura universitaria, y los únicos estudios más o menos reglados se realizan de forma voluntaria en el tercer ciclo universitario, sin tener más reconocimiento que el de la universidad que emite el título. En la práctica, los ámbitos de actuación de la sexología están repartidos entre las profesiones sanitarias que tratan de manera particular lo que se considera propio de su área de conocimiento o clínica: medicina de familia, ginecología, endocrinología, psiquiatría, enfermería y psicología, principalmente. Al encontrarse su práctica desgajada en varias profesiones, la sexología se acaba convirtiendo en pluridisciplinaria e inconexa, en vez de mostrarse interdisciplinaria y coordinada por un corpus de conocimiento común, tal y como debería ser. Este manejo descoordinado diluye la responsabilidad del abordaje y lleva a tratar los *problemas sexuales* por el signo predominante, convirtiéndose el paciente en una patata caliente que es remitida a aquel especialista que habitualmente trata las enfermedades asociadas a ese *signo guía*, iniciándose así un proceso de derivación entre profesionales que puede ser arduo e infructuoso. Curiosamente, en esta cadena de derivación no suele incluirse el sexólogo, aunque en principio se pudiera pensar que es el especialista al que debería derivarse de primera intención. Varias son las razones de esta ausencia, pero podrían resumirse en la desconfianza que los profesionales sanitarios tienen en la formación del sexólogo<sup>2</sup>, no siempre sin razón como ya hemos señalado. Al carecer la sexología de un marco de actuación académicamente definido, se facilita el intrusismo y las prácticas basadas en criterios pseudocientíficos.

O sea, que si el médico ya estaba desorientado antes de intentar el abordaje terapéutico, tras él, y con el análisis de la situación de la sexología que éste conlleva, se encuentra además mareado y desconcertado: ¿Qué es la homosexualidad?, ¿es un trastorno?, ¿es una opción sexual?, ¿un nuevo género?, ¿un tipo de identidad sexual? ¿Tiene base orgánica, psicológica o social? ¿Es susceptible de tratamiento? ¿Existe la bisexualidad? Si el paciente fuera una mujer, ¿también se denominaría homosexualidad?

### ¿Por qué al médico?

Puesto que lo habitual es que la consulta al médico no solucione los *problemas sexuales* de los pacientes, ¿por qué entonces éstos acuden a la consulta del médico en busca de ayuda? Los propios pacientes saben que el médico no les va a orientar mucho, pero aún siendo conscientes de ello acudirían a él si tuvieran *problemas sexuales*<sup>3</sup>. Manso y Redondo<sup>2</sup> proponen varias explicaciones:

1. Los pacientes asocian su *problema sexual* con anormalidad y patología, con lo que lo “medicalizan”.

2. Para muchos la figura del sexólogo no entra en sus esquemas culturales (1).

3. Los pacientes consideran al médico un experto en la materia.

Los pacientes acuden al médico de familia porque consideran sus dificultades sexuales como problemas de salud.

En cualquier caso, el médico es un referente para el paciente cuando tiene dificultades sexuales que causan problemas en su salud y en su calidad de vida. La OMS<sup>4</sup> parece considerarlo así cuando definió el concepto de salud sexual como “la integración de los elementos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del ser sexual, por medios que sean positivamente enriquecedores y que potencien la personalidad, la comunicación y el amor”. Los pacientes acuden al médico porque consideran sus dificultades sexuales como problemas de salud.

### Principales demandas

Proponemos, a continuación, un esquema que ordena las principales demandas *sexuales* en distintas categorías según su etiología u origen principal. Esta clasificación no es, por supuesto, exhaustiva, y se produce solapamiento entre categorías, con lo que una demanda puede incluirse simultáneamente en varias; debe ser el médico general el que finalmente las encuadre. Este esquema permite que nos aclaremos y pongamos un poco de orden en medio del caos que el uso indiscriminado del adjetivo *sexual* crea en estas demandas y, además, es el primer paso en el abordaje tanto diagnóstico como terapéutico, puesto que para cada categoría se puede plantear un modelo de intervención concreto. La simplificación que cualquier esquema supone en este caso nos resulta útil porque nos permite distinguir entre meras lagunas informativas y trastornos graves con independencia de que ambos puedan limitar de manera dramática la vida sexual del paciente (2) (fig. 1).

Podemos clasificar las demandas *sexuales* en los siguientes apartados:

### Secundarias a problemas orgánicos

Nos referimos en este apartado a aquellas dificultades sexuales que son consecuencia de una enfermedad somática. En estos casos existe un trastorno que daña la integridad física de los órganos y sistemas que intervienen en la expresión de la sexualidad. Casi todas las enfermedades afectan a la salud sexual en mayor o menor medida; algunas de las dificultades sexuales que aparecen en distintos momentos de la evolución de un cuadro clínico pueden ser tratadas eficazmente por medios accesibles al médico general, mien-

(1) Siendo la imagen más común del sexólogo la que ofrecen los *mass media* parece lógico que no entre en nuestros “esquemas culturales” visitar a semejantes especímenes; y es que, como dice un conocido sexólogo, en nuestro país es la televisión la que otorga los títulos oficiales de sexología.

(2) Quisiéramos señalar que, aun cuando estamos aceptando en la presente clasificación la diferenciación al uso entre etiología somática y etiología psíquica, no por ello dejamos de tener en cuenta el carácter circular de estas relaciones de causa/efecto.

### 1. Secundarias a problemas orgánicos

Ejemplos: disminución o inhibición del deseo por alteraciones hormonales, dispareunia por prostatitis, himen imperforado, disfunción eréctil por arteriosclerosis o diabetes, malformaciones genitales o estéticas, ETS...

#### Ejemplos de enfermedades crónicas o invalidantes:

pacientes con lesiones medulares, diabéticos de larga evolución, esclerosis múltiple, psoriasis, grandes quemados, enfermedades congénitas...

### 2. Secundarias a problemas psicopatológicos

Ejemplos: depresión, psicosis, estrés psicológico, adicciones...

### 3. Secundarias a tratamientos

Ejemplos:

- a) Farmacológico: inhibición del deseo por bloqueadores, impotencia por antidepresivos, retardo o inhibición del orgasmo por IMAO, disminución de la lubricación vaginal por antihistamínicos o anticolinérgicos, quimioterapia...
- b) Médico: diálisis, radioterapia...
- c) Quirúrgico: mastectomía, prostatectomía...

### 4. Educación sexual

Ejemplos: expectativas poco realistas o falta de información que genera angustia, solicitud de información sobre efectos secundarios de enfermedades o tratamientos en la esfera sexual (incluyendo contracepción), infertilidad y reproducción asistida, prevención de ETS, reinicio de relaciones sexuales tras enfermedad (infarto), consultas sobre fisiología o anatomía...

### 5. Asociadas al ciclo vital

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

### 6. Dificultades propias de la vida sexual

Ejemplos: eyaculación precoz primaria, impotencia coital psicógena, problemas de identidad sexual, conflictos de pareja...

Figura 1. Clasificación de demandas sexuales en atención primaria.

tras que otras se instauran de manera irreversible dando lugar a limitaciones crónicas en la vida sexual del paciente. En cualquiera de los dos casos, no es fácil que el paciente aborde francamente al médico interrogándole por el síntoma que está sufriendo y pidiendo ayuda. La censura que aún pesa sobre cualquier discusión franca de la vida sexual coloca al paciente en situación de gran incomodidad a la hora de plantear sus preocupaciones, tanto por su propio pudor, como por miedo a poner en situación embarazosa al médico, y ser rechazado. Muchas veces, en caso de que se consideren de gravedad otras repercusiones no estrictamente sexuales de la dolencia de base, el paciente teme que preguntar por el ámbito sexual resulte inadecuado por irrelevante. Por ello, y como en otras situaciones, parece razonable que sea el médico el que de pie para hablar de ello.

Ya hemos comentado que existe un grupo de pacientes en esta categoría que se enfrentan a una enfermedad crónica o invalidante que afecta irreversiblemente su función sexual. Ante ellos el médico suele tratar de evadir la cuestión, sintiéndose impotente por estar convencido de no poder ofrecer solución alguna al problema. Por otro lado, el paciente silencia sus dificultades convencido de que, o bien no son tratables por ser condición esencial de su dolencia, o serán considerados por el médico de cabecera como una nimie-

dad, especialmente si la dolencia de base tiene la suficiente gravedad como para poner la vida del paciente en peligro. En algunos casos, a las limitaciones en la vida sexual del paciente determinadas de manera directa por la enfermedad se añaden depresión, ansiedad, baja autoestima y expectativas muy pesimistas en relación con cuáles son las posibilidades de recuperación o de llevar una vida sexual satisfactoria. Estas reacciones emocionales frente a la enfermedad dificultan la recuperación del paciente en todos los aspectos, aunque más en el sexual, puesto que, en parte por desconocimiento, en parte por problemas de actitudes del personal sanitario, no se le presta atención, mientras que en otras esferas la información y rehabilitación del paciente se aborda de manera sistemática. Parece oportuno acordarnos de la salud sexual de estos pacientes cuando pensemos en su manejo<sup>5-14</sup>.

### Secundarias a problemas psicopatológicos

Muchos trastornos psicopatológicos cursan con dificultades sexuales más o menos agudas. Algunas son un síntoma más de un cuadro psiquiátrico, contribuyendo a sus criterios diagnósticos, como la falta de deseo en la depresión mayor; otras están ligadas a la cronicación de un trastorno, como las derivadas de conflictos de pareja causados por el deterioro del paciente; otras, incluso, pueden ser un intento de mantener el equilibrio dentro de un cuadro grave, como ciertas disfunciones o delirios de cambio de identidad sexual en pacientes con cuadros psicóticos.

También el estrés psíquico puede deteriorar la salud sexual de cualquier individuo, pero las respuestas son muy variables de una persona a otra y situaciones muy graves pueden sortearse sin alteración visible de la vida sexual del paciente, mientras que un estrés mínimo para la mayoría de las personas puede alterar gravemente la respuesta sexual de un individuo propenso<sup>15-18</sup>.

### Secundarias a tratamientos

El efecto adverso de muchos tratamientos (farmacológicos, médicos o quirúrgicos) sobre la esfera sexual es bien conocido por el médico de familia. Sin embargo, resulta difícil establecer hasta qué punto la instauración de un proceso de deterioro de algún aspecto de la vida sexual del paciente se debe al tratamiento, a las dolencias que se están tratando, a factores relacionados con las repercusiones emocionales de la enfermedad, o incluso a otros efectos secundarios del tratamiento que terminan repercutiendo en la salud sexual (p. ej., cambios en la imagen corporal o alteraciones vegetativas). Es cierto que todas estas modificaciones son difíciles de concretar, pero las señalamos para poner de relieve que el paciente reacciona de manera global frente a la enfermedad y frente al tratamiento y, al tratarse de un ser sexuado, esta dimensión se ve afectada de múltiples maneras que deben ser consideradas de forma sistemática cuando lo tratemos (3)<sup>19-26</sup>.

(3) Es importante para el médico tener en cuenta que la mayor parte de la investigación relativa a los efectos de los fármacos sobre la vida sexual ha sido enfocada principalmente en el hombre, entre otras razones por la mayor facilidad de objetivar algunos aspectos de su respuesta sexual, como señalan Kolodny, Masters y Johnson<sup>53</sup>.

### Educación sexual

Muchas personas que consideran no tener ninguna dificultad reseñable con su vida sexual muestran inquietudes relacionadas con falta de información, expectativas poco realistas o ansiedades leves frente a situaciones desconocidas. El tabú que persiste en los ámbitos familiar y escolar sobre muchos aspectos de la educación sexual, al margen de las cuestiones reproductivas e higiénicas, hace que algunas personas lleguen a la edad del comienzo de sus relaciones sexuales adultas con lagunas educativas (de contenidos y actitudes) importantes, que a veces persisten hasta bien avanzada la madurez, cuando no toda la vida. Sin tratarse necesariamente de personas cuya vivencia sexual esté muy distorsionada, estos pacientes pueden sentirse ansiosos y preocupados ante lo que ellos imaginan como inadecuado o anormal, lo que es cotidianamente reforzado por el abismo existente entre su experiencia sexual real y la reduccionista e idealizada representación de la *conducta sexual* que muestran los medios de comunicación de mayor audiencia (nota 4). Si la persona en estas circunstancias no tiene posibilidad de obtener una aclaración en su entorno es muy probable que recurra a su médico de cabecera, a quien considera un experto en materia de salud y, por ello, alguien que seguramente contará con los conocimientos necesarios para disipar sus dudas.

Por otro lado, muchos pacientes consultan sobre los efectos de un tratamiento en su vida sexual, con el objeto de tomar una decisión informada en caso de que se den varias opciones, o de anticipar la posible evolución en caso de que no quede otra alternativa. También incluimos en esta categoría a pacientes que, por alguna intervención quirúrgica o enfermedad que haya limitado su vida sexual, han de reanudar sus relaciones sexuales adaptándose a su nueva situación. En general, las recomendaciones que reciben estos pacientes son muy abstractas y ambiguas, elusivas, por lo que tienen dudas sobre cuál será la mejor manera de reiniciar su vida sexual, y temores, infundados o no, acerca de las repercusiones que esta readaptación pueda conllevar<sup>27-34</sup>.

### Asociadas al ciclo vital

En este apartado se encuadran demandas que, aun pudiéndose incluir en otros, tienen como característica propia que reflejan la aparición de cambios en la esfera sexual derivados del proceso evolutivo. Estos cambios vendrían a perturbar el inestable equilibrio logrado en el período an-

terior. Muchos de estos cambios son asumidos e integrados por el individuo sin que se planteen mayores dificultades, pero a veces puede necesitarse alguna aclaración o información, sobre todo si son vividos por el paciente como modificaciones irreparables o condiciones degenerativas<sup>35-38</sup>.

### Dificultades propias de la vida sexual

Entrarían dentro de este apartado las demandas de pacientes que, sufriendo alguna dificultad sexual no asociada al curso de una enfermedad, condición congénita o tratamiento alguno, recurren al médico general en busca, primero, de diagnóstico, y, segundo, de asesoramiento acerca de qué medidas tomar ante sus dificultades. Muchas de estas demandas pueden estar encubiertas tras una queja somática y, sólo después de que el médico explore esta última, aparecer en primer término la cuestión principal. Otros pacientes, sin embargo, tienen ciertos conocimientos de la dimensión de sus dificultades y consultan al médico general por ser persona de su confianza y en el convencimiento de que éste les derivará a un especialista que pueda ayudarles. En este apartado se incluyen las llamadas disfunciones sexuales de causa psicógena, pero también pueden acudir en busca de ayuda al médico de atención primaria individuos con conflictos asociados a su identidad sexual o con orientación sexual egodistónica, e incluso personas a las cuales les preocupa la evolución compulsiva de lo que desde el DSM IV se denomina *parafilia*<sup>39-41</sup>.

### ¿Cómo podríamos actuar?

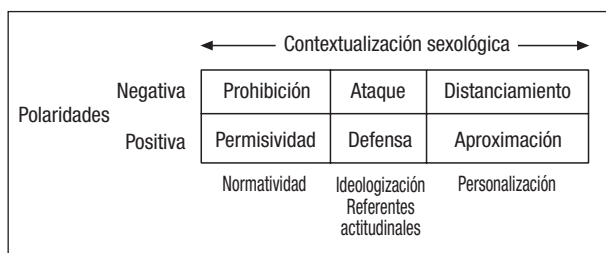
Frente a cualquier demanda parece necesario plantearse, antes que nada, que no debería quedarse ninguna sin atender, seamos nosotros mismos quienes la tratemos de resolver, o bien la derivemos a algún compañero. Cuando las desatendemos, el paciente puede sentirse abandonado, además de desorientado.

Ahora bien, si decidimos hacernos cargo de ellas, aparece en primer plano la necesidad de esclarecer cuáles son nuestras actitudes personales. ¿Por qué es importante preocuparnos de nuestra actitud personal hacia el hecho sexual? Porque se trata de un aspecto del cuidado de la salud en el que se ponen en juego emociones y sentimientos íntimos que pueden influir en nuestra forma de tratar al paciente. Igual que frente a casos de pacientes con enfermedades crónicas o discapacitantes, terminales, y otras situaciones que los médicos generales aprendemos a manejar con la práctica y que obligan a replantearse continuamente conceptos vitales e ideas morales; esto es, a madurar nuestras actitudes desde sus componentes cognitivo, afectivo y de intencionalidad de conducta.

La OMS<sup>4</sup> concede mucha importancia a este apartado y se muestra muy normativa en sus indicaciones sobre las actitudes de los profesionales de la salud que van a manejar problemas de salud sexual: "Es necesario adquirir actitudes sanas respecto a la sexualidad. [...] El conocimiento por parte del profesional de la salud de su propia sexualidad y el enfoque racional de sus propios proble-

(4) No debemos confundir la proliferación de "informaciones" sobre lo sexual que existe hoy en día en el mercado con la información sexual, ni reducir la educación sexual a las enseñanzas en materia de métodos anticonceptivos y prevención de enfermedades venéreas. Se echa de menos una educación sexual que ayude a los sujetos a vivir su hecho sexual, y esto no parece posible mientras esta dimensión del ser humano siga considerándose fundamentalmente un área de prevención más que una de cultivo. Desde la pornografía hasta los artículos de divulgación de muchas revistas, lo sexual se reduce a una actividad con objetivos precisos –el orgasmo, y si es simultáneo aún mejor– a través de encuentros aparentemente diversos pero comunes todos ellos en el hecho de someterse a pautas muy ritualizadas.





**Figura 2.** Propuesta de modelo de estudio de las actitudes hacia el hecho sexual<sup>42</sup>.

mas sexuales le ayudarán a ocuparse de los problemas de otras personas [...] las actitudes punitivas o negativas, las afirmaciones ligeras y los métodos inapropiados en relación con las cuestiones sexuales pueden dañar gravemente la apreciación que el enfermo haga del valor de su propia vida sexual.”

Pérez Opi y Landaarroitajauregi<sup>42</sup>, basándose en varias propuestas previas<sup>43-45</sup>, presentan un modelo de estudio de las actitudes hacia el hecho sexual estructurado sobre tres referentes principales y dos polaridades que establecen dos categorías en cada referente (una negativa –fobia– y otra positiva –filia–). Los referentes actitudinales serían:

1. Normatividad. Su referencia es la existencia de normas. Las categorías son: prohibición y permisividad.

2. Ideologización. Su referente es un “corpus eidético” que dispone a producir cambios en los demás. Las categorías son: ataque y defensa.

3. Personalización. Su referente es la priorización de los aspectos relacionales personales entre el sujeto que juzga y el sujeto objeto de estudio. Sus categorías son: distanciamiento y aproximación.

No hay muchos estudios sobre las actitudes de los profesionales de la salud hacia el hecho sexual; uno de los pocos es un análisis cualitativo en un grupo de profesionales del INSALUD, realizado por Arroyo y Llorca a principios de los años noventa<sup>46</sup>. Entre sus conclusiones se señala que las actitudes eran mayoritariamente normativas, destacando de los indicadores utilizados en el estudio, como los más comúnmente empleados en sus juicios, los de “normalidad”, “salud” y “autorización con condiciones”. Las preguntas con mayor carga actitudinal en las respuestas son las relativas a los términos “perversión”, “desviación”, “sadismo” y “exhibicionismo”. Pérez Opi y Landaarroitajauregi proponen, en su modelo, una dimensión nueva, la contextualización sexológica; ésta se sitúa transversalmente a los tres referentes descritos y se establecería en “términos de coherencia con el marco sexológico y con fundamento científico” (fig. 2). Pensamos que esta actitud de contextualización nos permite manejar los *problemas sexuales* sin que nuestras actitudes personales hacia ellos “puedan constituir un obstáculo importante para el desempeño eficaz de su [nuestra] función de educadores y orientadores en materia de sexualidad”, tal y como la OMS postula que podría ocurrir si no tenemos “actitudes positivas hacia ella”<sup>4</sup>. Además, esta actitud predispone a la for-

mación, a ampliar el conocimiento sobre el hecho sexual, puesto que se establece sobre él.

Por otra parte, además de la clarificación de nuestras actitudes personales, nos encontramos con una segunda necesidad, que bien podríamos entender, según lo dicho hasta ahora, como la otra cara de la misma cuestión: la de hallar un referente que nos ayude en la contextualización del hecho sexual. Si repasamos nuestros conocimientos sobre el hecho sexual caeremos en la cuenta de que están fragmentados en distintas áreas: biología, anatomía, fisiología, genética, microbiología, endocrinología, ginecología, psiquiatría, urología, cirugía y epidemiología, entre otras, siendo precisamente esta división conceptual la que guía nuestras derivaciones, como anteriormente hemos comentado. ¿Cómo integrar estos conocimientos? ¿Cómo estructurarlos de la manera más coherente posible? Algunos *problemas sexuales* concretos ya han sido considerados, han sido estudiados y tenemos suficiente experiencia clínica desde el área en que se manejan. Es el caso, por ejemplo, de la impotencia en urología, de la dispareunia en ginecología y de las enfermedades de transmisión sexual en dermatología. Sin embargo, no se integra esos problemas en un esquema general ni se da respuesta a aspectos colaterales.

¿Qué hacer con los otros tipos de demanda que hemos visto que se nos plantean en la práctica diaria? La OMS<sup>4</sup> realiza un intento integrador proponiendo tres elementos básicos para una sexualidad sana, a saber:

a) La aptitud para disfrutar de la actividad sexual y reproductiva y para regularla de conformidad con una ética personal y social.

b) La ausencia de temores, de sentimientos de vergüenza y culpabilidad, de creencias infundadas y de otros factores psicológicos que inhiban la reacción sexual o perturben las relaciones sexuales.

c) La ausencia de trastornos orgánicos, de enfermedades y deficiencias que entorpezcan la actividad sexual y reproductiva.

Estos elementos básicos, según se recoge en el mismo documento, exigen unas necesidades en los profesionales de la salud:

– Tener información acerca de los aspectos biológicos y psicológicos del desarrollo sexual, la reproducción humana, la variedad del comportamiento sexual y las disfunciones y problemas sexuales.

– Manejar actitudes positivas hacia la sexualidad y la posibilidad de discutir objetivamente las cuestiones sexuales.

– Examinar con comprensión y objetividad los problemas sexuales que se les expongan y dar la información y el asesoramiento adecuados.

– Poseer los recursos y conocimientos suficientes para abordar los complejos problemas de la sexualidad.

Otros autores han desarrollado modelos más concretamente orientados a la intervención desde la medicina. Éste es el caso de Green<sup>47</sup> (fig. 3). En nuestro país también hay algunas propuestas aunque no planteadas para médi-

Valoración del grado del problema	Tareas y papeles del médico		
	Necesidad del paciente	Tareas terapéuticas	Papeles terapéuticos
1. Desconocido	Ser comprendido	Escuchar en forma activa (creativo), o sea, entender y valorar	Evaluador-investigador
2. Ignorancia en materia sexual	Conocimiento sobre el sexo	Suministrar información precisa y sugerir una conducta sexual específica	Educador sexual
3. Inquietud y disfunción sexuales	Un funcionamiento sexual adecuado	Seguimiento del paciente. Si el médico trata los factores orgánicos, atenuar o suprimir la inquietud y la disfunción; hacer un contrato temporal; iniciar una conducta sexual concreta. Consecución	Educador sexual, orientador; enviar al cliente a un especialista si no obtiene buenos resultados
4. Problema sexual y conflicto intrapsíquico	Ayuda para resolver el conflicto que lo condujo a la disfunción sexual	Revisar, dirigir y restablecer el vínculo; hacer un contrato; sugerir una conducta sexual concreta. Seguimiento del paciente	Educador sexual, orientador y terapeuta matrimonial; derivar si es necesario
5. Problema sexual y conflicto intrapsíquico	Explorar los conflictos internos y personales conexos	Establecer la relación entre conflictos internos y problemas sexuales para apreciarlos y resolverlos	Educador y orientador sexual y psicoterapeuta
6. Todo lo anterior	Saber usar sin avergonzarse los conocimientos, actitudes y habilidades sexuales recién aprendidos	Reconocer la jerarquía de las necesidades del paciente que se enfocarán en el tratamiento racional breve	Educador y orientador sexual, psicoterapeuta marital; terapeuta sexual

Figura 3. Tratamiento de los problemas sexuales.

La teoría de los sexos introduce cambios epistemológicos necesarios para entendernos.

El sujeto se "sexúa" en una evolución continua a lo largo de su existencia.

cos exclusivamente, destacando la de Amezúa<sup>48</sup>, o la de Carrobbles y Sanz, más conductista<sup>49</sup>.

El resto de este artículo lo vamos a dedicar a exponer el modelo referencial para la contextualización del hecho sexual con el que nosotros trabajamos y una propuesta de intervención orientada a los médicos de atención primaria sin formación en sexología como especialidad.

## TEORÍA DE LOS SEXOS

### Introducción

En este apartado vamos a plantear, de manera resumida y a modo de presentación, la teoría de los sexos desarrollada por el Dr. Efigenio Amezúa (5)<sup>50</sup>. Esta teoría trata de crear un referente conceptual para el estudiar el hecho de que los seres humanos somos sexuados: el hecho sexual humano (HSH en adelante). Éste es el campo específico de la sexología, "una sexología sustantiva, construida con el recurso de la interdisciplinaridad y la acentuación prioritaria de su elaboración articulada como campo específico propio, siguiendo los criterios al uso y al mismo nivel que cualquiera de las otras disciplinas científicas y profesionales".

Hasta nuestros días, la sexología no ha gozado del condición de ciencia, *eso del sexo* se mantenía reducido a su localización genital, al estudio de sus funciones y sus patologías, ya fueran reproductoras o hedonísticas, y a sus implicaciones morales. La teoría de los sexos surge del esfuerzo científico por entender nuestra realidad de seres sexuados que se inicia a principios del siglo XIX y que des-

de entonces viene aportando conocimiento a este entendimiento de cultivo, de contextualización, como hemos comentado en el apartado anterior. Se trata de un paradigma que se articula en torno a *los sexos* frente al paradigma que sigue predominando actualmente del *locus genitalis*, sustentado en torno a la reproducción, al placer y a toda la *psychopathia sexualis* que de ellos pudieran derivarse. Algunos autores cuyas teorizaciones se encuadran en el paradigma de los sexos son Ellis, Bloch, Hirschfeld y Marañón. Kaan, Krafft-Ebing y muchos de los autores actuales, que sin saberlo manejan los mismos referentes, serían los representantes del paradigma del *locus genitalis*<sup>51</sup>.

Somos conscientes de los cambios epistemológicos que esta teoría conlleva, pero los consideramos necesarios dada la degeneración lingüística con la que intentamos entendernos habitualmente y la carestía conceptual que ello supone en el área de estudio de la sexología. La teoría de los sexos supone un intento de aclararnos epistemológicamente, no sólo referencialmente; aporta "conceptos para entendernos" y "palabras para comunicarnos" sobre el hecho de los sexos, facilita el razonamiento, e intenta apartar componentes emocionales personales del estudio científico del hecho de los sexos (6). La teoría de los sexos se basa en considerar cuatro campos conceptuales (sexuación, sexualidad, erótica y amatoria) que se entienden en tres planos de individuación (modos, matices y peculiaridades).

(6) Fuera de esta nueva formulación, ¿sabría definir sexo?, ¿y sexualidad? Si obviamos los significados pornográficos comunes en el lenguaje de la calle, entre profesionales su significado depende de conceptualizaciones sesgadas por la formación, las actitudes y el contexto profesional en el que se usen. Por "sexo" puede entenderse genitales, acciones, espectáculos, orientaciones, ¿Ocurre lo mismo en otras ciencias?

(5) Se trata de un planteamiento general y somero, por lo que recomendamos leer el original si se desea entrar en antecedentes, justificación y discusión teórica. Todos los entrecomillados corresponden a extractos textuales del original.

## De la Sexuación

Como consecuencia de abordar el estudio de *eso del sexo* desde una perspectiva de conjunto, desde el considerar que los seres humanos somos sexuados, el objeto de estudio pasa de los órganos sexuales y sus funciones al individuo como ser sexuado. Así, lo primero a estudiar es el proceso de sexuación, “el cómo los sujetos se hacen de uno u otro sexo y las consecuencias que se derivan de ello”. Esto es, pasamos de ocuparnos del *qué hacen* los sujetos al *cómo se hacen*. Este proceso de sexuación se da a lo largo del desarrollo biográfico de la persona, el sujeto se hace sexuado en una evolución continua a lo largo de su existencia.

Si el sujeto se “sexúa” es porque existen ciertas estructuras que se encargan de configurarnos de uno u otro sexo, son los elementos sexuantes. Algunos están suficientemente estudiados y, por tanto, son comúnmente reconocidos: los genéticos, hormonales, gonadales, neuronales, genitales o los patrones sociales; mientras que otros lo están menos: los emocionales, elementos imaginario-fantasmagóricos o los efectos sinérgicos de varios de ellos. Entre todos ellos “mantienen una coherencia común que les articula: contribuyen a sexuar al sujeto, son agentes de sexuación que intervienen a lo largo de toda su vida”. Pero ellos mismos no son el resultado final, como no es lo mismo “el agua que el hidrógeno y el oxígeno”; el conjunto es distinto a la suma de las partes.

Este proceso de sexuación da lugar a la diferenciación sexual en uno u otro sexo. La diferenciación se muestra en los rasgos o caracteres sexuales que son graduables entre los dos modos de sexuación (masculino y femenino) y según el elemento sexuante que se esté considerando. Por tanto, la diferenciación se lee desde la posibilidad de intersexualidad, de que se puedan dar caracteres comunes en distinta gradación según el modo sea masculino o femenino; así “los dos sexos están potencialmente en cada sujeto y cada sujeto contiene elementos de los dos en mayor o menor medida” (7).

## De la sexualidad

El segundo campo conceptual es el de la sexualidad. Necesitamos definirla conceptual y epistemológicamente porque esta palabra se encuentra en un barrizal en el que la tendencia mayoritaria es a asociarla con la condición de necesidad, de recurso instrumental. Éste es el modelo que sigue, por ejemplo, el Diccionario del Español Actual de Manuel Seco cuando define la sexualidad, exclusivamente, como “comportamiento y actividad relativos al sexo”<sup>52</sup>.

La teoría de los sexos considera a la sexualidad como la vivencia del ser sexuado, con estructuras sexuantes y sexuadas; es, por tanto, “un valor o dimensión individual [...] de desarrollo y cultivo de las propias potencialidades en sus distintos grados dentro de las biografías individua-

les” (8). No se trata de una necesidad surgida de la función (reproductiva o hedonista) sino del fenómeno completo de vivirse como ser sexuado. Esta diferencia entre considerar la sexualidad como una cualidad en vez de como una herramienta no es banal: “una cualidad se estudia, se analiza y se cultiva; una herramienta se utiliza”.

## De la Erótica

Si el campo de la sexuación se refiere al hacerse sexuado y el de la sexualidad al sentirse como tal, el de la erótica trata de los deseos surgidos de éstos, se refiere a la atracción propia de los sujetos sexuados. El concepto de erótica tiene una amplitud mayor que el de libido, instinto (ambos se entienden como *consecuencia* en el planteamiento genitalizado y funcional que se deriva de los presupuestos de la *psychopathia sexualis*) o lascivia. Se “ha ofrecido al Eros clásico un nuevo marco de inteligibilidad en el que éste [...] ha sido replanteado en términos modernos como una de las dimensiones propias de los sujetos sexuados [...]”. Amezúa señala dos de los rasgos propios e innovadores de la erótica: “El de ser la materia prima de los sujetos y de sus relaciones [...], configurándoles de manera expansiva y centrífuga.”

Las personas nos vamos erotizando a lo largo de nuestra vida, como corresponde al hacerse y vivirse como sujetos sexuados, por lo que el resultado, al igual que el de la sexuación y sexualidad, es individual y sólo evaluable en un momento determinado, aislado, del ciclo vital y desde unos referentes preestablecidos por necesidades de estudio. Este planteamiento nos permite estudiar la *foto* del hecho sexual de un individuo y nos ayuda a rehuir aquellos modelos que implican marcar un *cliché* previo.

En este campo ocupa un lugar fundamental el concepto de fantasía erótica, como deseo desarrollado en el campo de la imaginación, esto es, no necesariamente exteriorizado en conducta, incluso a veces necesariamente privado de posibilidad alguna de concreción en acto, en la medida en que sólo es posible su desarrollo en el ámbito de la imaginación, donde no existirían las limitaciones que la realidad impone.

## De la Amatoria

A los tres campos expuestos se une el de la amatoria. Al igual que la sexualidad es consecuencia de la sexuación, y la erótica de ambos, la amatoria es “corolario” de los otros tres; han sido expuestos en un “orden epigenético” puesto que se trata del desarrollo de una gradual diversificación y diferenciación en el tiempo de un hecho, el sexual, no predeterminado; planteamiento radicalmente opuesto a la idea de preformación o preconfiguración que la visión más funcional –reproductiva o hedonista– atribuye al HSH.

La amatoria hace referencia a la conducta y al comportamiento derivados de *hacerse, sentirse y desear* como ser

(7) Como decía Hirschfeld, “El hombre completo y la mujer completa son en realidad sólo formas imaginarias que tenemos que llamar en nuestra ayuda para poseer un punto de partida para los estadios intermedios”<sup>61</sup>. Recomendamos leer *La evolución de la sexualidad y los estados intersexuales*, de Gregorio Marañón<sup>62</sup>.

(8) Sartre lo explicaba con las siguientes palabras: “Ser sexuado significa existir sexualmente para un prójimo que existe sexualmente para mí... en tanto que él es otro para mí y yo soy otro para él.”<sup>63</sup>

sexuado. Es un concepto que incluye al amor por ser éste un tipo de amatoria pero que se amplía con todas las “posibilidades de variedad o modalidades del encuentro o de los encuentros”; variedades que no tienen por qué encontrar en el amor su motivación. También engloba al *mating and copulatory behaviour* y a su sinónimo más moderno de *sexual behaviour*, que parecen haberse convertido en la totalidad de la amatoria *científicamente establecida*, cuando en realidad se ocupan del comportamiento orgásmico, mucho más objetivable en resultados que las otras variedades de amatoria. La noción de amatoria resuelve también estos problemas conceptuales, la *conducta sexual* no engloba todas las conductas sexuales, como por otra parte los principales autores que desarrollaron este concepto reconocen en el planteamiento de sus estudios (9). Su contenido ha sufrido una degeneración desde la interpretación funcional; la conducta sexual recogida en el término *conducta sexual* no engloba todas las posibilidades del ser sexuado, consciente de serlo y deseante.

### De los Planos de Individuación

Estos cuatro grupos conceptuales deben entenderse desde tres planos de individuación que los *personalizan*, los contextualizan en un sujeto concreto en el que se desarrollan. Por tanto, el HSH no es un proceso idéntico en todas las personas o en cada uno de los sexos. Los campos “son flexibles y acomodados” en planos sucesivos de individuación a lo largo de su biografía; esto nos permite comprender y explicar a los sujetos en sus diversificaciones y variedades sexuales y sexuadas.

Estos planos de individuación son los siguientes:

### Modos

Los seres humanos tenemos dos modos de individuación: masculino y femenino. Cada sujeto se situaría entre los dos polos siguiendo una graduación distinta según el campo que se tratara de individualizar en ese plano, como ya comentamos al hablar de la diferenciación. Los modos son mas *objetivables* en los elementos sexuales que en la amatoria, pero no deja de haber en cuanto a los primeros situaciones de sexuación límite en las que hay que marcar una frontera objetiva que determine la adscripción de un sujeto a uno u otro polo, como en la asignación de sexo cromosómico que arbitra este proceso en los Juegos Olímpicos. Por suerte, la existencia de la mayoría de los seres humanos no suele verse arbitrada por medios tan *concretamente objetivados*.

Desde la vivencia, esto es, desde la sexualidad, estos modos, lo masculino y lo femenino de cada ser sexuado en sus características combinaciones, cristalizan en lo que se denomina identidad sexual.

(9) Los propios iniciadores de estos estudios señalaron: “Aunque la expresión o concepto de conducta sexual signifique cosas muy distintas, en nuestro vocabulario, a los efectos de nuestro trabajo, será usada para indicar exclusivamente la estimulación y excitación de los órganos genitales. [...] Y por ello tomamos la cópula como concepto central de esta obra”<sup>64</sup>.

### Matices

Hay dos matices en la individuación: la heterosexualidad y la homosexualidad. Al igual que los modos, se trata de polaridades en las que se puede graduar según el campo objeto de estudio. Amezúa propone los términos homoerótico y heteroerótico por hacer más referencia a las implicaciones en la orientación de los matices de individuación. La cuestión de la orientación sexual la manejamos desde este modelo en términos de predominancia, ya que, como han señalado diversos autores, desde dentro (Ellis, Hirschfeld, Bloch) y fuera de la sexología (Freud), se considera la heterosexualidad y la homosexualidad como tendencias presentes en mayor o menor medida en todos los individuos.

### Peculiaridades

Se trata de las variedades “particulares y propias”, que nos individualizan y que desarrollamos a lo largo de nuestra vida. De entre estas peculiaridades se han extraído las más pertinentes para explicar distintas ideologías desde la ciencia y se las ha denominado perversiones. Sin embargo, igual que el amor no es más que una posibilidad en toda la amatoria, las perversiones no son más que una muestra de todas las peculiaridades. La distinción entre los campos de la erótica y la amatoria permite, además, entender las peculiaridades como variedades del HSH que no han necesariamente de exteriorizarse en conducta, esto es, que pueden manejarse exclusivamente en el terreno de la erótica, pertenecer a la fantasía.

Los campos y los planos se entrelazan en los distintos puntos de corte, y de la sinergia en el tiempo y lugar —en la biografía— de estos cruces, con todas sus posibilidades de combinación y graduación, surge el sujeto sexuado. El mapa del hecho sexual planteado por la teoría de los sexos nos ayuda a orientarnos en el estudio de este proceso vital (fig. 4).

## PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

### Dificultad” frente a “trastorno”

El modelo del HSH permite hacer diferentes lecturas según desde qué campo se lea y según el plano de referencia que se prime; sin embargo, la idea más importante es la de que se trata de un mapa del territorio general del HSH, y no de un mapa de trastornos, de patología<sup>50</sup>. Las intersecciones entre planos y campos permiten entender el HSH en su complejidad y diversidad, y nos muestran que una manifestación concreta de ese hecho en un individuo se entiende dentro de la totalidad, nunca aislada o descontextualizada. Es cierto que el signo concreto que estemos estudiando cobra sentido en un sistema diagnóstico y que, evidentemente, la patología sexual existe, teniendo su nosología una utilidad innegable. Pero quisiéramos hacer hincapié en otra lectura, la biográfica, en la que un fenómeno aislado es explicable desde la consideración de la totalidad del individuo, en su existencia concreta, con su contexto actual, su pasado, sus límites, etc. Esto nos lleva a considerar que un modo (masculino o femenino) deviene en un trastorno de la identidad, un matiz en una orientación egodistónica, o una peculiaridad en una parafilia,



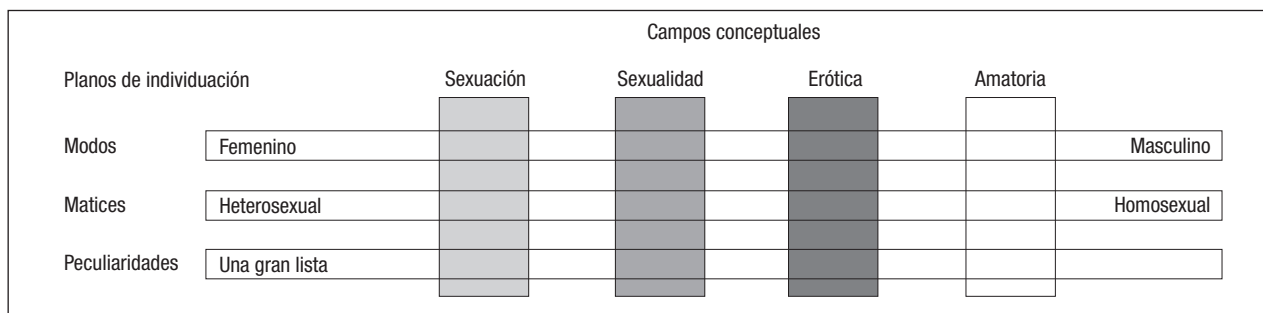


Figura 4. Cuadro general de articulación del hecho sexual humano (HSH)<sup>50</sup>.

sólo en la medida en que el conjunto queda distorsionado, sólo cuando existe disarmonía entre los elementos integrantes del mapa o en su interacción con el medio. Esto significa, por ejemplo, que una pareja puede vivir su amatoria de manera satisfactoria, aun *cumpliendo* criterios de eyacuación precoz o de cualquier otro trastorno de la DSM-IV, siempre que encuentre la manera de hacer compatibles sus deseos y necesidades con su realidad, con sus circunstancias personales (la práctica clínica así nos lo demuestra, incluso en otras áreas de la salud).

El desarrollo histórico de la sexología y disciplinas afines ha venido dando cuenta de esta evolución hacia el entendimiento no normativo, no patologizante, por tanto, del HSH. Desde Krafft-Ebbing hasta hoy en día, se ha recorrido un largo trecho en la dirección de considerar variaciones *normales* muchas expresiones del hecho sexual que se consideraban patológicas. Pero no se trata aquí de propugnar un desplazamiento de la frontera que separa la patología de la salud, sino más bien de proponer un modelo que pueda dar cuenta de la gran diversidad de estructuras y manifestaciones que acompañan al ser sexuado, sin que el criterio patologicista se convierta en el eje alrededor del cual se teja la conceptualización, como exige cualquier modelo que ofrezca un referente de "sexualidad normal". Se trataría más bien de considerar que en el recorrido biográfico uno puede encontrarse obstáculos, modificaciones, variaciones o alteraciones más o menos complicadas, incluso imposibles de franquear, que le hagan detenerse o le impidan el desarrollo de su salud sexual. Es en ese sentido en el que vamos a hablar de "dificultades" sexuales, y dejamos los términos "trastorno", "disfunción" y "patología" para la categorización concreta que el caso pueda requerir a lo largo de su diagnóstico, tratamiento o evolución.

### El vacío asistencial

Como ya se comentó, Manso y Redondo consideran que no existe comunicación entre el médico y el sexólogo, por diversos motivos que se pueden resumir en dos: la falta de formación del médico en el área de la sexología, y la negativa imagen del sexólogo en nuestra sociedad<sup>2</sup>. Con relación a esta última cuestión, se podría discutir largo y tendido, por una parte acerca de la manipulación de la figura del sexólogo en los medios de comunicación y, por otra, sobre la falta de garantías de la formación en sexología. Pero hay algo que Manso y Redondo señalan en su ar-

tículo como una posibilidad remota: la de que el médico "cure" al reducido número de pacientes que demandan atención sexológica. Ciertamente, es en este aspecto en el que quisiéramos hacer más hincapié, porque creemos que esa posibilidad no tiene por qué ser tan lejana. Por el contrario, somos de la opinión de que el médico de cabecera dispone de una serie de recursos de primera importancia. Esto, unido a que un gran número de pacientes no puede acudir al sexólogo por razones económicas, de ubicación geográfica, o razones de tipo cultural (religiosas, morales...) nos lleva a proponerle al médico de familia que se forme en esta área, que comience a atender las demandas que se le planteen, que considere, en fin, la salud sexual de sus pacientes. La formación del médico en sexología debería permitirle, como mínimo, reconocer etiológicamente las demandas de HSH para poderlas derivar al profesional más adecuado, que sería *idealmente* un sexólogo. También el paciente ideal susceptible de ser derivado al sexólogo debería encontrarse en su área geográfica de actuación, y debería poder permitirse tal tratamiento. Pero aun en este estado *ideal* de cosas, en este esquema médico general-especialista, existe un importante número de demandas que tal vez no requieran una atención especializada en primer término, y que el médico general pueda abordar, de la misma manera que aborda otros problemas de salud que no pasan a ser derivados al especialista salvo en casos en que se compliquen o *se resistan* a una intervención más generalista. Es en este amplio vacío asistencial en donde el médico general ocupa un lugar de privilegio a la hora de intervenir, por su conocimiento del historial del paciente, de su realidad psicosocial, por su labor de integrador, por su accesibilidad, por la confianza que el paciente deposita en él. Su papel es fundamental en este momento en el que mientras todos esperamos que se produzca *un estado ideal de cosas*, con sexólogos accesibles, pacientes informados y médicos predispuestos, las demandas *sexuales* de los pacientes se soslayan, quedan sin resolver, o se someten a una peregrinación por especialidades que se limitan a considerarlas manifestación de un trastorno de otra índole.

### Distintos niveles de intervención

La lectura que siempre se ha hecho del HSH como sospechoso de bordear la patología, ha privilegiado las intervenciones *curativas*: desde la psiquiatría más clásica, que considera cualquier dificultad sexual, ya sea perversión o

alguna modalidad de impotencia o frigidez, hasta ciertos modelos de la *más moderna* terapia sexual, que tienden a tratar las peculiaridades y dificultades como parafilias y disfunciones. Sin embargo, numerosos sexólogos y terapeutas sexuales (Ellis, Hirschfeld, Marcuse, Masters y Johnson, Kaplan, Amezúa), vienen advirtiendo, desde los comienzos de la terapia sexual, de la existencia de casos en los que la intervención no precisa el tipo de especialización que la terapia sexual requiere, sino un abordaje que subsane las lagunas en educación sexual que el sujeto sufre, o le dote de información que le permita plantear su problema de modo diferente.

Otras veces es necesario limitar las intervenciones a aquellas que puedan resultar accesibles en las circunstancias reales del paciente; no todas las intervenciones *ideales* son posibles. Un paciente que ha sufrido un infarto de miocardio y se muestra temeroso de reanudar su amatoria, debería, idealmente, ser atendido por un sexólogo clínico que, ayudándole, por un lado, a explorar las dificultades emocionales que atraviesa, e informándole de las limitaciones reales que su dolencia le impone, le propusiese formas graduales de reiniciar su amatoria, trabajando además con su pareja, si la hubiere, para sacar mayor partido a los recursos. Pero no siempre es posible un abordaje especializado, y muchas de estas intervenciones, educativas y terapéuticas, las puede realizar, con un marco teórico adecuado, el médico de cabecera, que tiene, además, un buen conocimiento del historial médico, los recursos sociales y, posiblemente, el entorno familiar del paciente.

### El abordaje de las diferentes demandas

Quisiéramos recurrir de nuevo al esquema de clasificación de las demandas *sexuales* expuesto en la Introducción, y sugerir una propuesta de intervención desde él; aun reconociendo que no se trata una clasificación exhaustiva, y siendo conscientes de la simplificación y solapamiento de categorías que conlleva, nos proporciona, junto con el mapa del HSH, un marco adecuado para comenzar a atender estas demandas. Ya hemos comentado que el médico de cabecera posee los conocimientos necesarios para entender la instauración y el mantenimiento de muchos de los síntomas que se describen. Si el médico conoce, por su formación y por su experiencia clínica, las implicaciones de algunas enfermedades, ciertos fármacos y algunos tratamientos en el HSH, ¿por qué entonces es a veces tan reacio a informar, a educar, a aconsejar, a intervenir, en este terreno? Además de las cuestiones relacionadas con las actitudes (rechazo a discutir ciertos temas por razones morales o personales) hay un miedo innegable: el de abrir una cuestión que no se maneja. El médico no tiene reparo alguno para mencionar al paciente la irritación gástrica que el uso de un antiinflamatorio puede producir, porque le puede ofrecer un protector gástrico que palie el efecto indeseable del fármaco. Pero ¿qué hacer ante la posibilidad de que un antihipertensivo produzca problemas con la erección?, ¿cambiarlo, simplemente?

Queremos subrayar que somos conscientes de que el tipo de intervención que el médico de familia puede reali-

La omisión de la cuestión sexual en las indicaciones que se dan a los pacientes puede ser interpretada por éstos como una prohibición tácita.

En el caso de las dificultades sexuales asociadas al ciclo vital, se debe intentar dar sentido biográfico a los cambios que al individuo le angustian.

zar depende de su modelo teórico del HSH, y también de las limitaciones que le imponen las infraestructuras del sistema de salud en que trabaja, así como de los recursos del paciente. Es cierto que muchas de las demandas que hemos venido describiendo podría atenderlas un médico general buen conocedor del historial del paciente, con tiempo para pararse a hablar con él en un ambiente distendido y respetuoso con su intimidad, con posibilidad de tener más de una entrevista antes de aclararse frente al caso, que pudiera informar en detalle, y aconsejar al paciente si así lo requiriese, y que derivase en condiciones de buen conocimiento de los recursos que han de ponerse en juego. Esto es, indudablemente, un ideal y la intervención del médico se limita a lo posible, que no es poco.

Recomendamos realizar una completa historia clínica del paciente, que incluya aspectos relevantes de su vida sexual. La historia sexual del paciente es enormemente útil por varios motivos. El primero de ellos, porque rompe el hielo a la hora de plantear cuestiones de tipo sexual, y hace que el paciente se sienta, desde los primeros momentos de su relación con el médico, autorizado a hablar de sus dificultades o preocupaciones; por otro lado, el conocimiento de los hechos relevantes en la historia del paciente ayuda al clínico a la hora de elegir el tratamiento o medicación más adecuado para cada caso, además de ser muchas veces un instrumento imprescindible para hacer el diagnóstico diferencial, y permite manejar la información y el asesoramiento con mayor conocimiento de las dificultades con que el paciente pueda estar enfrentándose.

La propuesta de intervención es la siguiente:

### Demandas susceptibles de tratamiento médico

**Las secundarias a problemas orgánicos.** Las dificultades que aparecen en este apartado pueden ser manejadas de distintas maneras; algunas mejoran con el tratamiento habitual de la enfermedad de la que son efecto, otras requieren un abordaje más directo. En cualquiera de los dos casos, la detección precoz y el diagnóstico diferencial tienen gran importancia a la hora de evitar que dificultades en principio pasajeras se cronifiquen. Si el paciente entiende el proceso que le está ocurriendo, cuáles son los posibles tratamientos, así como cuáles son las expectativas en cuanto a la evolución, se sentirá más tranquilo y se evitará que atribuya la dificultad sexual a causas que puedan deteriorar su autoestima o sus relaciones con la pareja. Incluso cuando la eliminación del síntoma no es factible, es muy importante que el paciente conozca el fundamento de lo que le está sucediendo.

Es clave hacer un diagnóstico diferencial: a pesar de que una dificultad sexual aparezca durante la evolución de una enfermedad cuyo curso se asocia comúnmente con ella, no se debe dar por establecido que la etiología directa es alguna alteración somática propia de la dolencia de base. A veces, entre la enfermedad propiamente dicha y la dificultad sexual están mediando factores de tipo psicológico que pueden dar cuenta por sí solos de los cambios en la esfera sexual, y que han de ser abordados de forma diferente. Por ejemplo, a veces una impotencia de inicio repentino puede preceder al diagnóstico de una diabetes en un hombre. En general, cuando se realiza el diagnóstico correcto y se establece un adecuado control metabólico, la pérdida de potencia, y de deseo que suele acompañarla, remitirán, al menos en los primeros años. Si esto no es así, no se deberá atribuir la disfunción automáticamente a la diabetes. Siguiendo con el ejemplo, hay que tener en cuenta la posibilidad de que la impotencia se haya instaurado por la reacción psicológica ante el síntoma precoz o que el paciente esté reaccionando con fuerte ansiedad frente a la anticipación del curso posterior de la enfermedad. Conviene no perder nunca de vista si la evolución de un cuadro clínico cursa con ansiedad, estrés o depresión para poder descartar que sean estos factores los que estén sosteniendo las dificultades y hayan de ser tratados en vez o simultáneamente a los somáticos.

**Las secundarias a tratamientos.** Como ya hemos señalado antes, no es fácil dilucidar si un cambio no deseado en la vida sexual de un paciente es efecto de un tratamiento o consecuencia del curso de la enfermedad que se está tratando. Es aconsejable, en algunos casos, obtener una historia básica de la amatoria (y de los otros campos si se considera necesario) del paciente cuando se va a comenzar un tratamiento que se presume que puede alterarla –Masters y Johnson insisten especialmente en ello en el caso de hipertensos<sup>53</sup>–. Esto ayuda a decidir si las demandas posteriores son producidas o no por el tratamiento. Además, contar con una buena historia sexual del paciente permite tomar decisiones sobre cuál es el fármaco adecuado, en el caso de que se pueda elegir entre varios. Cuando sea posible establecer que las dificultades sexuales de un paciente se deben a los efectos colaterales de algún tratamiento, está claro que su sustitución es lo ideal. Si este reemplazo no es posible, es preciso proveer al paciente de una adecuada información y asesoramiento sobre los ajustes que puede hacer en sus encuentros sexuales para minimizar el efecto negativo del tratamiento. La falta de conocimiento sobre cuál es el proceso que está sucediendo puede afectar a la vida sexual del paciente al instaurarse una disfunción sexual por la ansiedad que produce tal situación, además de un empeoramiento general del estado de ánimo y, por ello, de las condiciones que facilitarían la evolución adecuada de la dolencia por la cual está siendo tratado.

Resulta complicado discernir cuál es el efecto de un fármaco psicotropo sobre la vida sexual. En el caso de un paciente con depresión mayor, es cierto que la medicación antidepressiva puede afectar a la erótica, pero resulta

<b>Demandas susceptibles de tratamiento médico</b> Secundarias a problemas orgánicos Secundarias a tratamientos
<b>Demandas abordables mediante educación y asesoramiento</b> Propias de educación sexual Dificultades sexuales asociadas al ciclo vital Secundarias a problemas orgánicos crónicos o invalidantes
<b>Demandas susceptibles de derivación</b> Secundarias a problemas psicopatológicos Dificultades propias de la vida sexual

**Figura 5.** Propuesta de intervención siguiendo la “Clasificación de las demandas sexuales” (véase fig. 1).

difícil distinguir esto de otros síntomas vegetativos de la depresión, como las alteraciones del sueño o del apetito. El fármaco así actúa por dos vías aparentemente antagónicas: por un lado, al mejorar la depresión haría remitir el síntoma de falta de deseo; por otro, por sus efectos colaterales podría incidir negativamente sobre el deseo. La decisión sobre cuáles son las prioridades requiere una valoración cuidadosa de la historia clínica del paciente y de factores relacionales, como el lugar que las relaciones sexuales ocupan en su vida de pareja, si la hubiera (en un paciente sin pareja, la contribución de la disfunción al aislamiento habría de ser valorada especialmente), la tolerancia y reacción de la pareja ante las dificultades sexuales del paciente, etc.

La necesidad de que el médico esté bien formado y provea de una información veraz está fuera de toda duda pero, sin embargo, también parece más fácil escribirlo que llevarlo a la práctica. No siempre se puede anticipar cuáles van a ser los efectos de la misma intervención en distintos sujetos, y el médico teme alarmar al paciente de manera innecesaria hablándole de secuelas o efectos secundarios que tal vez no se producirán. Sin embargo, a veces existe la posibilidad de sustituir el tratamiento por otro cuyos efectos secundarios no perjudiquen la vida sexual del paciente. Por tanto, las advertencias sobre los efectos colaterales deben hacerse de manera *constructiva*, señalando que tales efectos son susceptibles de ocurrir y que en ese caso es conveniente que el médico lo sepa para cambiar el tratamiento o asesorar oportunamente. No hay que olvidar que la adhesión a un tratamiento depende de la mejora que en su salud general el individuo experimenta (fig. 5).

#### **Demandas abordables mediante educación y asesoramiento**

**Las propias de educación sexual.** Los casos en que se le demanda al médico una información concreta que aclare algún punto acerca de la vida sexual del paciente, como, por ejemplo, si la masturbación es una práctica adecuada, si una frecuencia x de relaciones sexuales puede considerarse normal, o cuál es la fiabilidad de un método anticonceptivo son muy frecuentes y representan un buen momento para realizar tareas de prevención (enfermedades de transmisión sexual, embarazo, etc.). Hay otro tipo

<p><b>Primera fase</b></p> <p>Inicio en el hospital en compañía de la pareja          Preferentemente con dinámicas de grupo          Informar sobre la repercusión de su patología en la vida sexual (explicaciones y documentación)          Consejos sobre actividad sexual: no realizar esfuerzos maratonianos, posturas de menor esfuerzo y carga, alternativas al coito, no ingerir alcohol, etc.          "La actividad sexual es saludable y contribuye al bienestar y a la recuperación"</p> <p><b>Segunda fase</b></p> <p>Entrevista personal en compañía de la pareja          Evaluación específica del hecho sexual: historia sexual, amatoria preinfarto, valoración de la situación actual, etc.          Recomendaciones en función de hallazgos          Si en 3 meses no se llega a una situación "satisfactoria" para el paciente: valorar indicaciones de terapia</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Figura 6.** Asesoramiento sexual en postinfartados. (Tomada de Lameiras.<sup>29</sup>)

de demandas encuadradas dentro de este epígrafe que son una petición de ayuda al experto acerca de cómo afrontar una situación en la vida sexual del paciente planteada a partir de una enfermedad o tratamiento. Un ejemplo claro de este tipo lo constituye la rehabilitación del paciente que ha sufrido un infarto de miocardio. Ya hemos mencionado que existe un importante número de estudios que ponen de relieve la necesidad de incorporar a la rehabilitación de este tipo de paciente educación y asesoramiento acerca de su vida sexual, ya que muchos de estos pacientes y sus parejas evitan cualquier acercamiento en la creencia de que exigiría un sobreesfuerzo peligroso para la integridad del enfermo. La omisión de la cuestión sexual en las indicaciones que se les da a los pacientes cardíacos para que reanuden su vida normal no puede ser interpretada por éstos más que como una prohibición tácita pero obvia, ya que se les da un amplio número de consejos sobre cómo, cuánto y cuándo realizar ejercicio físico o reincorporarse a sus actividades laborales, así como sobre dieta y medicación. El que en medio de todas estas recomendaciones la vida sexual del paciente no se tome en cuenta puede ser interpretado por éste como la prueba de algo que él mismo teme: que la amatoria sea peligrosa para su corazón. Y aquí nos encontramos con el problema de cómo dar esa información. De la misma manera que no abordaríamos por igual la vuelta al trabajo de un administrativo y la de un fresador, no podemos seguir dando recomendaciones estándares sobre la reanudación de la amatoria sin conocer con algo de detalle la historia sexual previa del paciente para poderle aconsejar de manera pertinente. Si el paciente tiene pareja o no, cuál es el estado de las relaciones con esta pareja en caso de que la hubiera, cuáles eran las pautas de relación sexual antes del infarto o qué miedos son los que la pareja, además del paciente, tiene en relación a reanudar la amatoria. Es muy importante asegurarse de que la pareja del paciente cardíaco ha expresado sus dudas, y de que el ambiente relacional en el que el paciente cardíaco reinicia sus encuentros sexuales es el más propicio. Una pareja asustada por las implicaciones que éstos puedan tener en la salud del otro,

o molesta ante la idea de tener que restringirlos, contribuye a angustiar al paciente con el supuesto peligro que correría, y con las supuestas incapacidades que de su infarto van a derivar. Por supuesto que muchos pacientes son capaces de sortear estos obstáculos en su recuperación, pero otros pueden desarrollar dificultades amatorias o eróticas como resultado de estos temores. Luego no es sólo necesario informar al paciente de que puede reanudar su vida sexual, o de cuándo puede hacerlo, sino que también es muy importante, si no más, el cómo de esta recuperación. Y en el cómo hay que valorar el marco en el que la amatoria del paciente se desarrolla, con el objetivo de detectar y tratar de resolver mediante el adecuado asesoramiento cualquier obstáculo que pueda haber. Cuando el paciente no tiene pareja, habrá que sugerirle una reanudación de las relaciones ajustada a su situación, y teniendo muy en cuenta que puede estar viendo su dolencia cardíaca como un impedimento importante a la hora de entablar nuevas relaciones (fig. 6).

Estamos planteando aquí situaciones en las que es el paciente el que pide al médico una información, aclaración o asesoramiento acerca de algún aspecto relacionado con la salud sexual, pero no podemos olvidar que a veces el paciente no sabe preguntar porque desconoce las repercusiones de ciertas enfermedades o tratamientos. En estos casos se plantea si el médico es quien debe tomar la iniciativa, por ejemplo, explicando al paciente el riesgo de impotencia que lleva consigo una prostatectomía radical como tratamiento de un adenoma/carcinoma de próstata. Muchos pacientes desconocen la fisiología y anatomía implicada en tales operaciones y, por ello, no tomarán en cuenta los riesgos. Podrán incluso suponer que una intervención para aliviar la hipertrofia prostática benigna no implica ningún riesgo de dificultad postoperatoria, y tal vez, al experimentar que esta última intervención ha provocado una eyaculación retrógrada, acabarán teniendo dificultades con la erección, e informándose o habiendo oído luego que a veces la impotencia es consecuencia de las intervenciones de próstata, concluirán que les ha tocado a ellos. ¿Cuántas de estas evoluciones indeseables podrían prevenirse con una adecuada información preoperatoria y una cuidada evaluación postoperatoria? No lo sabemos con certeza; tal vez algunos de estos casos sean inevitables, pero existen varios estudios que apuntan a la necesidad de que el paciente prostatectomizado reciba información y asesoramiento pre y postoperatorio sobre las implicaciones sexuales de la intervención, que le permitan entender, aun de manera muy básica, los mecanismos implicados y las posibles consecuencias. De esta manera, podrá desarrollar expectativas razonables sobre cuál va a ser su evolución, que le faciliten interpretar correctamente algunos cambios y, sobre todo, que favorezcan la discusión franca y realista de los pros y los contras que una intervención puede tener y así tener la posibilidad de tomar una decisión informada<sup>54-59</sup>.

**Dificultades sexuales asociadas al ciclo vital.** Los cambios asociados a maduración y envejecimiento constituyen



factores de estrés para muchas personas, en la medida en que pueden repercutir muy negativamente en la autoestima y convertirse en fuente importante de ansiedad, especialmente cuando no existe un buen conocimiento del proceso que está teniendo lugar. Por supuesto, estos cambios afectan también al hecho sexual; por ejemplo, si un varón a los 60 años (en una etapa en la que probablemente esté tratando de adaptarse al hecho de estar jubilado y redefinir la relación con su mujer, cuando los hijos ya están fuera de casa y tal vez esté a punto de ser abuelo), pasa por una etapa de disfunción eréctil que pudiéramos considerar propia de la edad y en principio pasajera, puede llegar a considerar que se trata del primer indicio de que el fin de su amatoria se acerca, lo que posiblemente le deprimirá y llevará a evitar cualquier encuentro sexual en previsión de que la erección pueda no ocurrir, y acabará convenciéndose de que, como habrá escuchado muchas veces en su entorno, el envejecimiento trae consigo más bien pronto que tarde el ocaso de toda amatoria. No es difícil que desde aquí se establezca una impotencia más o menos permanente, y la evitación de su pareja por parte del paciente no hará sino reforzar este estado de cosas. Para su mujer, que posiblemente se encuentre en la posmenopausia, tal vez sea fácil entender lo que le está pasando, pero también puede ocurrir que lo interprete como falta de atracción o deseo hacia ella o la consecuencia ineludible del paso de los años, con lo que evitará proponerle ningún encuentro sexual para no agobiarle, y así además eludir unas relaciones que tal vez a ella le venían resultando molestas por la insuficiente lubricación vaginal asociada al descenso de estrógenos. Un círculo vicioso donde los haya.

El papel del médico de cabecera en estos casos puede ser esencial, ya que, en primer lugar, es considerado por el paciente como un experto en salud, y el hecho de que esté dispuesto a discutir y asesorar en esta materia hace que el paciente no sienta que se está dando por sentado que tiene que abandonar toda actividad sexual por el hecho de no ser joven, lo que le permite entender lo que le está ocurriendo no como consecuencia directa de la edad, sino más bien como resultado de la interpretación que él está dando a tener cierta edad y a todos los cambios implicados (jubilación, cambios corporales, aparición de dolencias nuevas). El paciente necesitará saber que la respuesta sexual cambia con la edad, y que lo que es característico de la juventud (como alcanzar una erección sólo a partir de la fantasía, o la premura por eyacular), aun siendo el modelo de experiencia sexual que el imaginario colectivo mantiene a través de los medios de comunicación, pornografía, etc., no se corresponde con otros momentos del ciclo vital. El paciente puede estar viviendo su mayor necesidad de estimulación para alcanzar la erección, o su falta de necesidad de eyacular, como indicios de impotencia, y tal vez no se atreva a reajustar los encuentros con su pareja por temor a que ella le vea como sexualmente en declive, o porque tema que ella no quiera incluir nuevas formas de estimulación en la relación. Poder discutir francamente este estado de cosas facilitará a la pareja la revisión de la

manera en que están interpretando lo que les viene ocurriendo, y les ayudará a buscar nuevas formas de solucionar las dificultades que tienen.

Es posible que en muchos de estos casos se requiera un abordaje terapéutico más *activo*; por ejemplo, realizando una evaluación endocrina en un caso de pubertad retardada, o valorando si un paciente que se queja de descenso de deseo pudiera necesitar un suplemento de testosterona además de información sobre los cambios en la respuesta sexual en la vejez, o considerando la idoneidad de una terapia hormonal posmenopáusica. En cualquier caso, la idea es darle sentido biográfico a los cambios que al individuo le angustian, ayudarle a que no los vea como una pérdida irreparable o una condición degenerativa. Muchas de estas demandas son consecuencia de desplazamientos de la angustia que el crecimiento o el envejecimiento producen.

**Las secundarias a problemas orgánicos crónicos o invalidantes.** Algunas de las enfermedades recogidas en el primer apartado de la clasificación de demandas pueden evolucionar hacia un deterioro casi irreversible de la amatoria (diabetes, cáncer, arterioesclerosis). Además, ciertos tratamientos, especialmente los oncológicos, pueden dañar de manera irreparable estructuras fundamentales de las involucradas en la amatoria del paciente, así como en su identidad sexual (mastectomías). Existen también situaciones traumáticas (lesiones medulares, amputaciones) que pueden limitarla en muchos aspectos.

Lógicamente, ante este tipo de casos, el médico se puede sentir abrumado cuando el paciente le expresa sus dificultades y pide ayuda. Sin embargo, la constatación de irreversibilidad de ninguna manera agota las alternativas de intervención del médico general, ya que resulta fundamental una evaluación más amplia con objeto de facilitar una rehabilitación que permita al paciente *sacar partido* de los aspectos conservados de su respuesta sexual. Esto no excluye que el paciente pueda requerir tratamiento adicional por parte de otro especialista (psicoterapeuta, fisioterapeuta) que le ayude a aceptar sus limitaciones actuales y a manejar las emociones que su estado físico le provoca. La función del médico de cabecera es esencial, en tanto *autoridad* que sanciona como posible una amatoria diferente de la que el paciente ha venido experimentando hasta el momento de la instauración de su dolencia o el deterioro de su integridad física. El conocimiento de los recursos que pueda aportar la pareja, si la hubiera, es, en estos casos, más importante que nunca, ya que puede ser la clave para la recuperación del paciente, o un obstáculo insuperable. Aun en situaciones que podemos considerar límite (pensemos, por ejemplo, en pacientes parapléjicos que no tengan pareja), es fundamental que el médico pueda escuchar y reconocer las necesidades del paciente, aun cuando esta escucha sea todo (no es poco) lo que pueda hacer por él. Cualquier persona sigue estando sexuada sean cuales sean las circunstancias por las que atraviese, y el no reconocimiento, cuando no la negación, de esta dimensión fundamen-

tal de su vida empeora muchas veces el sufrimiento de los pacientes, especialmente si no encuentran en su entorno más próximo la posibilidad de discutir con personas bien informadas y receptivas a las limitaciones que están soportando. Otras situaciones requerirán derivación al sexólogo, pensemos en el caso extremo relatado por Kaplan de un hombre al que se le sometió a una penectomía como tratamiento de un cáncer de uretra, la cual no le impedía experimentar orgasmos, y que pudo hallar, tras una terapia sexual junto con su compañera, una forma de intimidad sexual gratificante<sup>60</sup>.

Por supuesto que la reacción de cada paciente ante la limitación de su vida sexual que alguna de las condiciones descritas puede llegar a imponer es muy variable. Desde personas que pueden perder todo interés por este aspecto de su vida, y concentrarse en conseguir una buena adaptación en otros, hasta aquellos que considerarán que las repercusiones que la enfermedad o traumatismo han tenido sobre su amatoria constituyen problemas fundamentales en su rehabilitación. Esto no hace sino reflejar, por otra parte, la importancia relativa que la dimensión sexual tiene según las personas, y requiere que el médico sea sensible a las circunstancias del paciente, no superponiendo sus propios valores a los de éste. Asimismo, deberá ser capaz de identificar aquellos casos que son susceptibles de derivación.

#### **Demandas susceptibles de derivación**

**Las secundarias a problemas psicopatológicos.** Parece claro que si el médico se encuentra ante un paciente aquejado de algún tipo de trastorno psicótico, ofrezca sólo apoyo y lo derive al psiquiatra, para no correr el riesgo de intervenir en cuestiones que pueden ser síntomas sostenedores del equilibrio del paciente. El problema se complica cuando el cuadro no es tan claro. Muchas disfunciones cursan con depresión como consecuencia del deterioro en la vida de relación del paciente, y suelen ser muy graves las reacciones de ansiedad ante la posible pérdida de la pareja. Claro que en estos casos puede haber un cuadro psicopatológico de base agudizado por el problema. Tendrá que valorarlo un especialista (en este contexto de atención pública, el psiquiatra, aunque también un psicólogo clínico, o psicoterapeuta, podría realizar esta función); salvo que, con una buena historia entre las manos, el conocimiento de la pareja del paciente y de otros condicionantes presentes en su vida, el médico general tenga ganas y tiempo para manejarlo. Por ejemplo, supongamos el caso de una mujer que nos consulta por una anorgasmia secundaria que, según averiguamos al preguntar algunos datos y recordar que hace unos meses atendimos a esta misma paciente por unas crisis de ansiedad, está relacionada, como las mismas crisis, con la muerte de su único hijo. Si aún no han pasado más que unos meses desde que esto ocurrió, conocemos a la paciente y no ha habido antecedentes de enfermedad psiquiátrica, si además no cumple requisitos para poder pensar que se trata de una depresión grave, su entorno familiar es medianamente contenedor y se trata de una persona con razonable adaptación en su medio social, tal vez la escucha empática, la explicación de que su

dificultad sexual es efecto de la situación dolorosa por la que está atravesando y una cita en un período de tiempo razonable para evaluar su evolución, así como el consejo de que no dude en consultarnos si se encuentra peor o le surge alguna duda, pueda ser intervención suficiente. Evidentemente, si la paciente lleva así año y medio, cumple criterios de depresión mayor, se desenvuelve en un ambiente tenso o ha sufrido previamente episodios de cualquier tipo de enfermedad psiquiátrica, lo mejor que podemos hacer es derivarla a un psiquiatra para que él se haga cargo de la evaluación y posible tratamiento.

**Las dificultades propias de la vida sexual.** Cuando el paciente recurre al médico de cabecera por ser éste persona de su confianza con una demanda por una dificultad propia de la vida sexual, salvo que el médico sospeche, por los datos que aporta el paciente o el conocimiento de su historial clínico, de la existencia de algún problema subyacente que él pueda tratar, parece claro que debería derivarlo al sexólogo, al psicólogo o al psiquiatra. La opción que nosotros consideramos ideal sería la de contar con un sexólogo como especialista que pudiera valorar y tratar el caso, como ya ocurre en algunos centros sanitarios de la Comunidad Valenciana. Muchas veces el caso acaba en manos de un psiquiatra que, de tener la formación en sexología que le permita abordar un tratamiento sexológico, no tendría tiempo ni infraestructura para ello, y habrá de derivar el caso a otro psiquiatra o al sexólogo o psicólogo que pueda tratar al paciente desde la asistencia privada. En cualquier caso, sería conveniente que el médico de cabecera tuviera conocimiento de qué profesionales en el entorno del paciente tienen formación específica en el área de la sexología clínica, aun desde distintos planteamientos teóricos de base.

En los casos en que el paciente consulta por razones indirectas, ejerce un papel muy importante la formación del médico de familia a la hora de realizar un estudio adecuado (historia clínica, diagnóstico diferencial) previo a la derivación. Por ello, insistimos en la importancia de mantenerse al día en esta área de conocimiento (como en otras).

#### **El ejemplo del prefacio**

¿Qué hacer con la demanda del comienzo? A partir del planteamiento que la madre hace del *problema de su hijo*, podemos suponer algunas situaciones posibles, que se encuadrarían en sus apartados correspondientes del esquema de demandas:

- Se trata de una pubertad retardada que está produciendo dificultades en el muchacho para desarrollar una identidad masculina que le permita relacionarse con sus pares.
- Hay un problema de adaptación en el ámbito escolar debido a causas de orden psicosocial no relacionadas directamente con la sexuación del muchacho y la madre está expresando temores suyos (el muchacho es el menor, tal vez ella crea haberle perjudicado con cierta sobreprotección...).

La posibilidad de formarse específicamente en sexología debe ser seriamente considerada.

– El muchacho está sufriendo dificultades para integrarse dado el rechazo que en el ambiente en que se desarrolla produce la orientación homoerótica de la que está tomando conciencia

– Al muchacho no le pasa realmente nada de relevancia, y la madre está preocupada por algún aspecto de su propio hecho sexual y pretende abrir el tema con esta demanda.

Tomando cualquiera de estas hipótesis –que, por supuesto, no agotan todas las posibilidades– como partida, lo primero que resulta evidente es que el médico tiene que aclarar y definir en qué consiste la dificultad del muchacho o de la madre. Para ello, tendrá que pedirle, en primer lugar, a la madre que aclare los términos de la demanda para poder encuadrarla en el esquema: ¿en qué consiste según ella el retraso de crecimiento?, ¿cuál ha sido la evolución anterior del hijo en su sexuación?, ¿el problema lo ha planteado él mismo?, ¿en qué términos?, ¿por qué a ella le preocupa si él dice que no pasa nada?, ¿cómo vive el padre y el resto de la familia la situación? Dificilmente el médico podrá orientarse en esta maraña sin un modelo desde donde entender lo que la madre le está planteando, que le permita seguir un discurso más o menos ambiguo, más o menos inconexo, con una guía conceptual, por ejemplo, poniendo a prueba la hipótesis de si se está planteando un problema de modos, esto es, si pudiera haber dificultades en la sexuación o la sexualidad del chico en el sentido de hacerse o vivirse como varón, aunque la formulación de la madre esté en realidad hablando de matices, esto es, de la orientación erótica.

Supongamos que el médico de cabecera tiene posteriormente, como sería deseable, una entrevista con el chico, y en ella se confirma la dirección en que está planteando el problema; que, efectivamente, las dudas en cuanto a la orientación erótica parecen secundarias a la pregunta de si se estará sexuando coherentemente como masculino (*hombre* para la madre), dado el contraste entre el desarrollo de sus caracteres sexuales secundarios en comparación con el de los compañeros. La pregunta que el médico ahora ha de hacerse es la de si se trata de un problema abordable desde la sexuación o, por el contrario, son otros campos los que habría que poner en juego. Para ello, ha de descartar la existencia de un retraso en la pubertad motivado por algún problema orgánico, que de existir podría ser tratado por él mismo o derivado. Imaginemos que esta posibilidad se descarta o se demuestra que este abordaje no fuera adecuado o eficaz, y los problemas del muchacho persistieran, aun después de que el médico le hubiera aclarado en qué consisten los procesos que está viviendo, y la idiosincrásica manera de sexualarse de cada cual. Sería conveniente entonces la derivación al sexólogo convenientemente formado en temas de identidad sexual que pudiera ayudarle a manejar los conflictos que su particular modo de ser hombre le suscita.

## CONCLUSIONES

Con la intención de recalcar, y sin el mínimo afán reiterativo, quisiéramos señalar algunas conclusiones:

– El paciente es un ser sexuado con un modelo propio de salud sexual.

– El médico general es un referente para la población por ser considerado un experto en el hecho sexual.

– Trabajar nuestras actitudes, como lo hacemos con otras situaciones de la práctica médica, es condición necesaria para poder atender las demandas sexuales con profesionalidad.

– Es importante dotarse de un referente conceptual y de un modelo de intervención adecuados a nuestras necesidades y a las de nuestros pacientes; por ello, la posibilidad de formarnos específicamente en sexología, desde los planteamientos teóricos que decidamos, debe ser seriamente considerada.

## LECTURAS RECOMENDADAS

Amezúa E. Teoría de los sexos. Rev Esp Sexol 1999; 95-96. El argumento fundamental de esta obra, según explica el propio autor, es la lucha entre dos paradigmas rivales en la comprensión del hecho sexual: el paradigma del *locus genitalis* y el paradigma sexual. De acuerdo con los cambios epistemológicos que este último supone, Amezúa desarrolla su teoría de los sexos y las implicaciones de ésta para el entendimiento del concepto de sexo.

Fundación Sexología y Sexualidad (páginas Web).

VRL: <http://www.incisex.com> En esta página podemos encontrar, además de los diferentes programas de formación impartidos por el Instituto de Sexología, un compendio de la teoría de los sexos, y la posibilidad de acceder a otros recursos en sexología.

Green R, editor. Sexualidad humana: conceptos médicos básicos (1.ª ed.). México: Nueva Editorial Interamericana, 1981. Obra muy completa que plantea los temas fundamentales en el abordaje de problemas médicos relacionados con el hecho sexual desde la medicina. Especialmente interesantes son los capítulos que abordan la relación entre médico y paciente tomando en cuenta el sexo o la orientación erótica de éstos.

Kaplan H. La nueva terapia sexual (1.ª ed.). Madrid: Alianza Editorial, 1996. Este texto describe de manera pormenorizada el proceso de la terapia sexual desde un enfoque que tiene como una de sus principales características la integración de modelos considerados tradicionalmente opuestos en la práctica clínica, como son las psicoterapias de orientación analítica y la terapia sexual de Masters y Johnson.

Masters W, Johnson V, Kolodny R. Eros. Los mundos de la sexualidad (1.ª ed.). Barcelona: Grijalbo-Mondadori, 1996. Recopilación de los diversos temas tratados en sus obras anteriores, esta obra da una visión general de las aportaciones de los autores a la sexología, desde los aspectos más descriptivos de la respuesta sexual humana, hasta algunos conceptos de la terapia sexual desarrollada por ellos, así como las implicaciones de los más importantes procesos médicos en el hecho sexual.

Money J, Ehrhardt A. Desarrollo de la sexualidad humana (diferenciación y dimorfismo de la identidad de género desde la concepción hasta la madurez) (1.ª ed.). Madrid: Ediciones Morata, 1982. Obra fundamental para la comprensión del proceso de sexuación humana. Los autores, con un extenso número de casos que ilustran el peso de diversos elementos sexuales, nos permiten seguir el complejo proceso de la diferenciación sexual desde el momento de la concepción hasta la madurez, normalmente tratado de manera desgajada desde las diversas especialidades.

Waynberg J. Guide pratique de sexologie médicale (1.ª ed.). París: SIMEP, 1994. Con un diseño y planteamiento acorde con su cualidad de guía, este texto expone de manera muy didáctica las posibles implicaciones en el hecho sexual de un importante número de situaciones médicas, proponiendo intervenciones concretas para cada caso.

## BIBLIOGRAFÍA

- Amezúa E. Cien años de temática sexual en España. *Rev Esp Sexol* 1991; 48: 1851-1950.
- Manso JM, Redondo M. El papel del sexólogo clínico para otros profesionales de la salud. *An Sex* 1995; 1: 14-15.
- Marwick C. Survey says patients expect little physician help on sex. *JAMA* 1999; 281: 2173-2174.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). Israel S, director. Instrucción y asistencia en cuestiones de la sexualidad humana: formación de profesionales de la salud. Informe de una reunión de la OMS. Ginebra: 1974; Documento 572.
- Binik YM, Mah K. Sexuality and end-stage renal disease: research and clinical recommendations. *Adv Ren Replace Ther* 1994; 1: 198-209.
- De Ríos MD, Novac A, Achauer BH. Sexual dysfunction and the patient with burns. *J Burn Care Rehabil* 1997; 18: 37-42.
- Eggers S, Zatz M. How the magnitude of clinical severity and recurrence risk affects reproductive decisions in adult males with different forms of progressive muscular dystrophy. *J Med Genet* 1998; 35:189-195.
- Gupta MA, Gupta AK. Psoriasis and sex: a study of moderately to severely affected patients. *Int J Dermatol* 1997; 36: 259-262.
- Hovatta O. Pregnancies in women with Turner's syndrome. *Ann Med* 1999; 31: 106-110.
- Metro MJ, Broderick GA. Diabetes and vascular impotence: does insulin dependence increase the relative severity? *Int J Impot Res* 1999; 11: 87-89.
- Romeo JH, Seftel AD, Madhun ZT, Aron DC. Sexual function in men with diabetes type 2: association with glycemic control. *J Urol* 2000; 163: 788-791.
- Sawyer SM, Roberts KV. Sexual and reproductive health in young people with spina bifida. *Dev Med Child Neurol* 1999; 41: 671-675.
- Westgren N, Hultling C, Levi R, Seiger A, Westgren M. Sexuality in women with traumatic spinal cord injury: 32. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1997; 76: 977-983.
- Zorzon M, Zivadinov R, Bosco A, Bragadin LM, Moretti R, Bonfigli L, Morassi P, Iona LG, Cazzato G. Sexual dysfunction in multiple sclerosis: a case-control study. I. Frequency and comparison of groups. *Mult Scler* 1999; 5: 418-427.
- Kennedy SH, Dickens SE, Eisfeld BS, Bagby RM. Sexual dysfunction before antidepressant therapy in major depression. *J Affect Disord* 1999; 56: 201-208.
- Kockott G, Pfeiffer W. Sexual disorders in nonacute psychiatric outpatients. *Compr Psychiatry* 1996; 37: 56-61.
- Nestoros JN, Lehmann HE, Ban TA. Sexual behavior of the male schizophrenic: the impact of illness and medications. *Arch Sex Behav* 1981; 10: 421-442.
- Teusch L, Scherbaum N, Bohne H, Bender S, Eschmann-Mehl G, Gastpar M. Different patterns of sexual dysfunctions associated with psychiatric disorders in psychopharmacological treatment. *Pharmacopsychiatry* 1995; 28: 84-92.
- Bobes J, Dexeus S, Gibert J. Psicofármacos y función sexual (1.ª ed.). Madrid: Díaz de Santos, 1999.
- Bruner DW, Boyd CP. Assessing women's sexuality after cancer therapy: checking assumptions with the focus group technique. *Cancer Nurs* 1999; 22: 438-447.
- Caffo O, Amichetti M. Evaluation of sexual life after orchidectomy followed by radiotherapy for early-stage seminoma of the testis. *BJU Int* 1999; 83: 462-468.
- Degen K. Sexual dysfunction in women using major tranquilizers. *Psychosomatics* 1982; 23: 959-961.
- Gutierrez MA, Stimmel GL. Management of and counseling for psychotropic drug-induced sexual dysfunction. *Pharmacotherapy* 1999; 19: 823-831.
- Hallowell N. "You don't want to lose your ovaries because you think 'I might become a man'". Women's perceptions of prophylactic surgery as a cancer risk management option. *Psychooncology* 1998; 7: 263-275.
- Milde FK, Hart LK, Fearing MO. Sexuality and fertility concerns of dialysis patients. *ANNA J* 1996; 23: 307-313.
- Wilmoth MC, Ross JA. Women's perception. Breast cancer treatment and sexuality. *Cancer Pract* 1997; 5: 353-359.
- Capone MA, Westie KS, Good RS. Sexual rehabilitation of the gynecologic cancer patient: an effective counseling model. *Front Radiat Ther Oncol* 1979; 14: 123-129.
- Ketchell A. Addressing the sexual concerns of patients following myocardial infarction. *Nurs Crit Care* 1998; 3: 122-129.
- Lameiras M. Rehabilitación sexual en postinfartados. *Psicología de la Salud* (en prensa).
- Schover LR. Counseling cancer patients about changes in sexual function. *Oncology (Huntingt)* 1999; 13: 1585-1591.
- Shell JA. Sexuality for patients with gynecologic cancer. *NAACOGS Clin Issu Perinat Womens Health Nurs* 1990; 1: 479-494.
- Steinke EE, Patterson-Midgley PE. Perspectives of nurses and patients on the need for sexual counseling of MI patients. *Rehabil Nurs* 1998; 23: 64-70.
- Steinke EE, Patterson-Midgley PE. Importance and timing of sexual counselling after myocardial infarction. *J Cardiopulm Rehabil* 1998; 18: 401-407.
- Zarski JP, Leroy V. Counselling patients with hepatitis C. *J Hepatol* 1999; 31 (Supl 1): 136-140.
- Argente J. Diagnosis of late puberty. *Horm Res* 1999; 51 (Supl 3): 95-100.
- Barrett P. Sexual problems in the elderly. *Practitioner* 1989; 8 (233): 1311-1312.
- López F, Olazábal JC. La sexualidad en la vejez (1.ª ed.). Madrid: Colec. Psicología-Ediciones Pirámide, 1998.
- Nijs P. Counselling of the climacteric woman. Diagnostic difficulties and therapeutic possibilities. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1998; 81: 273-276.
- Kaplan HS. La evaluación de los trastornos sexuales disorders (1.ª ed.). Barcelona: Grijalbo, 1985.
- Masters WH, Johnson VE. Incompatibilidad sexual humana (1.ª ed.). Buenos Aires: Editorial Intermédica, 1972.
- American Psychiatric Association (APA). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-IV -versión electrónica-. Barcelona: Masson, 1995.
- Pérez Opi E, Landaarroitajuregi J. Análisis descriptivo de referentes actitudinales hacia algunos aspectos de la sexualidad en alumnos del Master del In.Ci.Sex. *Rev Esp Sexol* 1992; 53-54.
- López Baena, F. Información, actitudes y conducta sexual en profesores de EGB. *Rev Esp Sexol* 1989; 38.
- Sedeño E. Actitudes, conocimientos y conducta contraceptiva en adolescentes: un estudio correlacional. *Rev Esp Sexol* 1990; 44.
- Foucart N, Amezúa E. En Arroyo C, Llorca A. Análisis de las actitudes sexuales de profesionales del Insalud. *Rev Esp Sexol* 1991; 45.
- Arroyo C, Llorca A. Análisis de las actitudes sexuales de profesionales del Insalud. *Rev Sexol* 1991; 45.
- Green R, ed. Sexualidad Humana: conceptos médicos básicos (1.ª ed.). México: Nueva Editorial Interamericana, 1981.
- Amezúa E. Sexología: cuestiones de fondo y de forma. *Rev Esp Sexol* 1991; 49-50.
- Carroles J, Sanz A. Terapia sexual. Máster en sexualidad humana-10. Madrid: UNED-Fundación universidad empresa, 1998.
- Amezúa E. Teoría de los sexos. *Rev Esp Sexol* 1999; 95-96.
- Brecher E. Investigadores del sexo (1.ª ed.). México: Editorial Grijalbo, 1973.
- Seco M, director. Diccionario del español actual. Madrid: Santillana, 1999.
- Kolodny RC, Masters WH, Johnson VE. Manual de sexualidad humana. Madrid: Ediciones Pirámide, S.A., 1982.
- Arai Y, Okubo K, Aoki Y, Maekawa S, Okada T, Maeda H et al. Patient-reported quality of life after radical prostatectomy prostate cancer. *Int J Urol* 1999; 6: 78-86.



55. Fitzpatrick JM, Kirby RS, Krane RJ, Adolfsson J, Newling DW, Goldstein I. Sexual dysfunction associated with the management of prostate cancer. *Eur Urol* 1998; 33: 513-522.
56. Fowler FJ Jr, Barry MJ, Lu-Yao G, Wasson J, Roman A, Wennberg J. Effect of radical prostatectomy for prostate cancer on patient quality of life: results from a Medicare survey. *Urology* 1995; 45: 1007-1013.
57. Heathcote PS, Mactaggart PN, Boston RJ, James AN, Thompson LC, Nicol DL. Health-related quality of life in Australian men remaining disease-free after radical prostatectomy. *Med J Aust* 1998 18; 168: 483-486.
58. Moore KN, Estey A. The early post-operative concerns of men after radical prostatectomy. *J Adv Nurs* 1999; 29: 1121-1129.
59. Stanford JL, Feng Z, Hamilton AS, Gilliland FD, Stephenson RA, Eley JW et al. Urinary and sexual function after radical prostatectomy for clinically localized prostate cancer: the Prostate Cancer Outcomes Study. *JAMA* 2000; 283: 354-360.
60. Kaplan HS, Witkin M. Sex therapy and penectomy. En: Kaplan HS. *La evaluación de los trastornos sexuales*. Barcelona: Grijalbo, 1985; 48-49.
61. Hirschfeld, M. Ursachen und Wesen des Uranismus. *Jahrbuch für sexuelle Zwischenstufen* 1903; 1: 1-193. Tomado de Llorca A. Magnus Hirschfeld y su aportación a la ciencia sexológica. *Rev Esp Sexol* 1997; 81-82.
62. Marañón G. La evolución de la sexualidad y los estados intersexuales. En: *Obras completas, T-VIII (2.ª ed.)*. Madrid: Espasa-Calpe, 1990.
63. Sartre JP. *El ser y la nada*. Barcelona: Altaya, 1983.
64. Beach FA, Ford CS. *Conducta sexual*. Barcelona: Fontanella, 1969.