



FORMACIÓN CONTINUADA - RECOMENDACIONES DE BUENA PRÁCTICA CLÍNICA

La anamnesis en la historia clínica en salud sexual: habilidades y actitudes

F. Sánchez-Sánchez^{a,*}, R. González-Correales^b, A.R. Jurado-López^c,
C. San Martín-Blanco^d, R.M. Montaña-Hernández^e, M.J. Tijeras-Úbeda^f,
J.M. Benitez-Moreno^g, F. Brenes-Bermúdez^h, J. Mir Pizàⁱ y E. Villalba-Quintana^j

^a Medicina de Familia y Comunitaria, Centro de Salud Xàtiva, Valencia, España

^b Medicina de Familia y Comunitaria, Centro de Salud Ciudad Real II, Ciudad Real, España

^c Medicina de Familia y Comunitaria, The Medical Centre, Marbella, Málaga, España

^d Medicina de Familia y Comunitaria, Cipsa, Santander, España

^e Medicina de Familia y Comunitaria, Clínica Hedner, Valladolid, España

^f Medicina de Familia y Comunitaria, Centro de Salud La Cañada de San Urbano, Almería, España

^g Institut de Neuropsiquiatria, Parc de Salut Mar, Santa Coloma de Gramenet, Barcelona, España

^h Medicina de Familia y Comunitaria, Centro de Atención Primaria Llefia, Badalona, Barcelona, España

ⁱ Medicina de Familia y Comunitaria, Centro de Salud Martí Serra, Marratxi, Mallorca, España

^j Medicina de Familia y Comunitaria, Centro de Salud María de Guzmán, Alcalá de Henares, Madrid, España

Recibido el 18 de septiembre de 2012; aceptado el 9 de junio de 2013

Disponible en Internet el 13 de agosto de 2013

PALABRAS CLAVE

Actividad sexual;
Anamnesis;
Salud sexual;
Sexualidad

Resumen Una vida sexual satisfactoria repercute de manera favorable en la calidad de vida, existiendo evidencia de que previene múltiples procesos orgánicos y de que las disfunciones sexuales constituyen a menudo un signo precoz de enfermedad orgánica oculta (cardiovascular, endocrinológica o neurológica). Existen dificultades para realizar la anamnesis sexual por parte del profesional, del paciente o del sistema de salud, sin embargo, dada su importancia, es necesario que el médico adopte una actitud de búsqueda activa, sobre todo entre la población de riesgo. Para realizarla es necesario que la situación sea propicia (sentido de la oportunidad), preservando la confidencialidad del encuentro, y se llevará a cabo con naturalidad, empatía, adoptando una actitud de escucha activa, cuidando el lenguaje no verbal, sin emitir juicios de valor y recurriendo a la asertividad para superar las resistencias. En esta publicación se propone una pauta para realizarla adecuadamente.

© 2012 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMergen). Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: fsanchezs@semergen.es, consultafsanchez@gmail.com (F. Sánchez-Sánchez).

KEYWORDS

Sexual activity;
 Medical history
 taking;
 Sexual health;
 Sexuality

The medical history taking in sexual health: skills and attitudes

Abstract A sexual satisfactory life favourably affects quality of life, there being evidence that shows there are multiple organic processes of which sexual dysfunction is often a precocious sign of underlying organic disease (cardiovascular, endocrinological or neurological). Difficulties exist in recording the sexual anamnesis on the part of the professional, the patient, or by the health system. Nevertheless, given its importance, it is necessary for the doctor to adopt an attitude of active search, especially among the population of risk. To do this, it is necessary that the situation is propitious (sense of the opportunity), preserving the confidentiality of the meeting, and it will be carried out naturally and with empathy, adopting a listening attitude, taking into account the non-verbal language, without issuing valued judgments, and resorting to assertivity to overcome the resistances. This article proposes guidelines to perform an anamnesis adequately.

© 2012 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

En relación con el hecho sexual humano es necesario aclarar algunos conceptos.

Se entiende por «sexo» el conjunto de elementos que, engarzados, gradualmente configuran a una persona como masculina o femenina¹. Las diferencias en las características biológicas entre hombres y mujeres vienen determinadas genéticamente.

El «género», en cambio, es una construcción sociocultural, por lo tanto variable de una cultura a otra, que marca diferencias emocionales, intelectuales y de comportamiento en las personas por el hecho de ser machos o hembras. La sociedad asigna una serie de características a cada individuo en función del sexo biológico, siendo útil distinguir sexo y género para diferenciar lo biológico de lo cultural.

La «sexualidad» es la forma mediante la cual las personas experimentan y se expresan como seres sexuados. Se trata de una construcción de la inteligencia humana², resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos, socioeconómicos, culturales, éticos, religiosos o espirituales. Basada en el sexo, incluye: el género, las identidades de sexo y género, la orientación sexual, el erotismo, la vinculación afectiva y el amor, y la reproducción.

La «erótica» es la forma concreta de expresar la sexualidad, con múltiples y variadas posibilidades. Es el modo de actuar, la manera en que las personas como seres sexuados se relacionan consigo mismas y con los demás (caricias, besos, palabras, masturbación, etc.).

La «salud sexual» representa un estado continuo de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad, que requiere un entorno libre de coerción, discriminación y violencia³.

La sexualidad constituye uno de los aspectos de la personalidad en el que es mayor el grado de intimidad y privacidad. Preguntar a los pacientes acerca de su vida sexual suele despertar recelos (sobre todo si lo que se pregunta no guarda relación aparente con el motivo inicial de la consulta), sentimientos de vergüenza y/o de culpa⁴. Sin embargo, la evidencia científica demuestra que una sexualidad satisfactoria beneficia física y emocionalmente

a mujeres y a hombres, repercutiendo favorablemente en su calidad de vida.

Así, la actividad sexual ha demostrado ser beneficiosa para alcanzar el sueño, al liberarse durante el orgasmo oxitocina y endorfinas que pueden actuar como sedantes⁵, y un estudio realizado en una muestra de 1.866 mujeres estadounidenses determinó que el 32% de ellas practicaron la masturbación durante los 3 meses anteriores como práctica para conciliar el sueño⁶. De igual modo reduce el estrés⁷, como consecuencia de la secreción de oxitocina que acompaña al orgasmo, dado que el aumento en los niveles de esta hormona ha demostrado reducir el estrés y modificar la respuesta personal al mismo, favoreciendo sensación de calidez y relajación⁸, pero también mediante la liberación de corticotropina (ACTH) y corticosterona⁹.

La actividad sexual también mejora la forma física, proporcionando una imagen corporal de mayor juventud¹⁰ (en un estudio longitudinal de 10 años de duración, realizado en 3.500 mujeres y hombres europeos y americanos, en aquellos que aparentaban una edad entre 7 y 12 años menor a la real se encontró una fuerte correlación entre su aspecto juvenil y una vida sexual activa).

La experiencia sexual resulta beneficiosa para la salud sexual y reproductiva, al regularizar el ciclo menstrual¹¹, aliviar la dismenorrea⁶ y reducir el riesgo de endometriosis¹², existiendo evidencias que correlacionan satisfacción sexual con mayor longevidad¹³⁻¹⁵. Del mismo modo, la alta frecuencia eyaculatoria, superior o igual a 21 eyaculaciones por mes, se relaciona con un menor riesgo de cáncer prostático¹⁶.

Las disfunciones sexuales (DS) provocan trastornos neurológicos y conflictos con grave repercusión en la autoestima o en las relaciones de pareja, pudiendo constituir un signo precoz de enfermedad orgánica: cardiovascular, neurológica o endocrina. Según el estudio COBRA¹⁷, en el 93% de los pacientes con enfermedad coronaria establecida la disfunción eréctil (DE) se anticipa al trastorno coronario entre 12 y 36 meses. Del mismo modo, en pacientes con DE la percepción de pérdida de deseo sexual de la pareja se asocia, de manera significativa e independiente, a un incremento de episodios cardiovasculares mayores¹⁸. Sin olvidar que, tanto en hombres como en mujeres, las DS pueden generar

problemas sexuales también en la pareja^{19,20}, y que tras muchos casos de violencia de género y de abusos sexuales se esconde una DS²¹.

La aparición de un trastorno sexual puede inducir incumplimiento terapéutico, incluso al abandono del fármaco, cuando los pacientes intuyen, acertada o erróneamente, que les ocasiona DS, lo cual en trastornos tan severos como la depresión puede abocar a situaciones extremas²².

Tanto la formación como la actitud de los profesionales de la salud son cruciales para la consecución del objetivo de salud sexual. En 1974, la Organización Mundial de la Salud (OMS) convocó a un grupo de expertos que consensuaron un documento histórico²³ que sentó las bases para obtener la capacitación de los profesionales de salud y prepararlos para poder ofrecer educación, consejo y terapia sexual. Con el fin de enriquecer y mejorar estos progresos, la OMS, junto a la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Asociación Mundial de Sexología (WAS), divulgaron un documento²⁴ para reevaluar estrategias de promoción de la salud sexual, fruto de una reunión de consulta efectuada en Antigua Guatemala en 2000. Entre otros aspectos se abordó el de integrar la salud sexual en los programas de salud pública, promoviendo y auspiciando la investigación y la evaluación en este campo.

Estas y otras razones corroboran la necesidad de interesarnos por la vida sexual de los pacientes, siendo necesario, como sucede en otras enfermedades, conocer el procedimiento sobre cómo realizar una adecuada anamnesis en salud sexual, objetivo prioritario de esta publicación y práctica que debería ser de obligado cumplimiento²⁵, recomendándose después la realización de la exploración física y la determinación de pruebas de laboratorio en la mayoría de los casos.

Dificultades para la realización de la anamnesis en salud sexual

Pueden ser inherentes al profesional, proceder del paciente o del sistema. Con frecuencia, tienen un efecto aditivo permaneciendo la sexualidad de quien consulta alejada del interés médico.

Por parte del profesional

- Los planes de formación de pregrado, posgrado y de formación continuada muestran poco interés por la sexualidad. Aunque existe buena formación anatómica y fisiológica, los conocimientos adquiridos sobre sexología clínica son escasos.
- Las áreas de competencias se centran excesivamente en la enfermedad médica, en especial en las enfermedades más prevalentes: diabetes, hipertensión, dislipidemias, EPOC, etc., en perjuicio de aspectos tan fundamentales para la salud integral del sujeto como la salud mental, sexual o laboral.
- Resistencia o escasa receptividad, consciente o no, del profesional a abordar la sexualidad, debido a sus limitaciones, a que sigue siendo un tema tabú en la cultura médica, y/o temor a ser juzgado negativamente por los pacientes o por los compañeros.
- Falta de habilidades para abordar aspectos íntimos y privados.

- Reduccionismo sexista con tendencia a identificar sexualidad exclusivamente con procreación o función eréctil.
- Creencia de que no se dispone de recursos terapéuticos eficaces para las DS.
- Considerar a menudo las DS como «normales a esa edad».
- Temor a ser malinterpretado, generalmente cuando el género del profesional y del paciente son distintos, o a la judicialización del acto.
- Descuidar la atención a grupos vulnerables, sobre todo adolescentes, inmigrantes y minorías étnicas, que requieren información dirigida a la prevención de situaciones de riesgo y a la promoción de una sexualidad responsable.
- En general, en la práctica clínica los profesionales de la salud encuentran dificultades para abordar los problemas sexuales²⁶. Aunque las carencias formativas persisten, el motivo más aducido para abstenerse de intervenir en este tipo de problemas es la falta de tiempo de consulta²⁷. No obstante, todavía hoy persiste en algunos ámbitos médicos una actitud poco favorable para que estas cuestiones afloren²⁸. Pese a todo, la experiencia clínica de aquellos profesionales de la salud que abordan aspectos relacionados con la salud sexual en la práctica clínica diaria confirma que esta suele ser una intervención muy satisfactoria al generarse a través de ella una vinculación favorable con el paciente.

Por parte del paciente

- Temor o pudor para plantear aspectos de su intimidad sexual.
- Temor a ser juzgado.
- Temor a que otras personas conozcan sus tendencias, sus problemas o sus dificultades sexuales (vulneración de la confidencialidad).
- A menudo, ignorancia de que muchos síntomas físicos por los que consultan pueden deberse a trastornos de la esfera sexual.
- Desinformación sexual con tendencia a una reducción organicista de la sexualidad (genitalización).
- Negación de la propia sexualidad.
- Las creencias religiosas, las convicciones morales y la etnicidad son factores a tener muy en cuenta dada su influencia tanto en la conducta sexual como en la creación de barreras que dificultan la comunicación^{29,30}.
- Presencia de terceras personas.

Dificultades del sistema

- La salud sexual, como elemento a integrar en el concepto de salud global individual, no tiene una consideración prioritaria en los planes de salud.
- Los problemas derivados de la sexualidad en el mejor de los casos pueden ser detectados, pero no se dedican suficientes recursos públicos para su abordaje.
- Los centros sanitarios no siempre disponen de una infraestructura que garantice la confidencialidad, aunque en ocasiones son los profesionales, con sus actitudes negativas o sus omisiones, quienes no favorecen el clima adecuado.

- Las condiciones de trabajo dificultan poder llevar a cabo actividades preventivas y de orientación sobre temas sexológicos y reproductivos.
- Hay una escasa colaboración entre los sistemas sanitario y educativo para implantar en las escuelas e institutos modelos que incorporen de forma sistemática y efectiva la información sexual que requieren nuestros jóvenes.
- La escasez de tiempo de duración de las consultas, por una inadecuación de recursos, dificulta el abordaje integral de la salud.

Necesidad de la búsqueda activa

Los pacientes no suelen consultar sus problemas sexuales. En el estudio EDEM³¹ solo el 16,5% de los hombres que presentaban DE consultaban motu proprio su enfermedad al médico.

Aunque no se conocen bien las expectativas depositadas por los pacientes en su médico respecto a tratar cuestiones relacionadas con su vida sexual, un reciente estudio muestra cómo a la mayoría (90,9%) les gustaría que, más que preguntar por sí mismos, fuese aquel quien lo hiciese; sin embargo, solo el 40% reconocen haber hablado en algún momento sobre su vida sexual con su médico³².

Estos datos explican un suceso bastante habitual en clínica: que sea un comentario de la pareja lo que ponga al descubierto un problema sexual que permanecía oculto, y respaldan la idea de que es la búsqueda activa por parte del médico³³ lo que resulta decisivo para que dichos problemas afloren. La detección activa de las DS, o de las ideas erróneas sobre sexualidad y reproducción, se consigue preguntando a los pacientes acerca de su sexualidad³⁴, sobre todo entre la población de riesgo (tabla 1).

Condiciones necesarias

Es requisito indispensable crear un clima de confianza en el que el paciente perciba la confidencialidad del encuentro y el interés por ayudarlo. Para ello, puede ser de ayuda considerar distintos factores previamente a la anamnesis sexual (tabla 2).

Para realizar la entrevista el médico debe regirse por el sentido de la oportunidad y se llevará a cabo con naturalidad, empatía y adoptando una actitud de escucha activa, cuidando el lenguaje no verbal, sin emitir juicios de valor y utilizando un lenguaje neutral al preguntar acerca de los compañeros sexuales.

Es recomendable utilizar preguntas abiertas para evitar respuestas de sí o no, sin inducir la contestación (por ejemplo: ¿no eres homosexual?... ¿no?), ni calificativos confusos o cargados de prejuicios (por ejemplo: promiscuidad).

En las personas con enfermedad crónica (vascular, metabólica, neurológica o psiquiátrica), debemos preguntar cuando las circunstancias o el sentido de la oportunidad no lo desaconsejen. Así, lo evitaremos en pacientes con sintomatología paranoide, en aquellos con síntomas maníacos o con ideación delirante, así como en los que, por su avanzada edad y circunstancias personales, resulte impropcedente.

En los adolescentes conviene sondear sus conocimientos y actitudes sobre métodos anticonceptivos y prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS), cuando las

Tabla 1 Circunstancias en las que se recomienda la búsqueda activa de disfunción sexual

Con independencia de cuál sea el sexo

- Presencia de FRCV, enfermedad cardiovascular o respiratoria crónicas
- Infecciones urinarias o genitales
- Infecciones o lesiones traumáticas proctológicas
- Incontinencia de orina
- Convalecencia tras cirugía. Antecedentes de cirugía pélvica
- Lesiones dermatológicas indicativas de ITS
- Pacientes que acuden solicitando serología de VIH, lúes o VHB/VHC
- Parejas de personas seropositivas (VIH o VHB)
- Drogodependencia (especialmente ADVP)
- Viajes (turismo sexual)
- Antecedente de traumatismos pélvicos o perineales
- Síntomas psicológicos: insomnio, depresión, trastorno de pánico y otros trastornos de ansiedad, trastorno somatomorfo, anorexia o bulimia nerviosas, trastorno de personalidad (especialmente el trastorno límite de personalidad)
- Tratamiento con fármacos que alteran la libido o la respuesta sexual
- Hipersensibilidad al látex

En la mujer

- Antecedente de embarazo no deseado
- Desarreglos menstruales
- Solicitud de consejo sobre métodos anticonceptivos
- Situaciones de toma de anovulatorios sin control médico
- Solicitud de anticoncepción de urgencia
- Durante el embarazo y en el puerperio
- Síntomas climatéricos
- Otros síntomas ginecológicos
- Si se sospechan malos tratos o abusos sexuales

En el hombre

- Presencia de síntomas urinarios, prostáticos o genitales
- Síndrome de déficit de testosterona
- Situaciones en las que acude con la pareja para solicitar anticoncepción poscoital o consejo sobre métodos anticonceptivos
- Cuando se sospecha que es el causante de malos tratos o de abusos sexuales

Tabla 2 Factores a considerar previamente a la anamnesis sexual

- Edad (las extremas tienen más riesgo de disfunción o de conductas de riesgo)
- Nivel cultural de la persona que consulta y situación familiar
- Si tiene o no pareja estable
- ¿Acude solo/a o acompañado/a?
- Motivo de consulta: ¿guarda relación directa con su sexualidad? Antecedentes personales
- Estado cognitivo y afectivo (ansiedad, duelo, depresión, trastorno adaptativo, etc.)
- Presencia de factores de riesgo de sufrir DS (véase tabla 1)

circunstancias de la entrevista y del joven lo recomienden³⁵, siendo preferible no preguntar delante de los padres o de otros acompañantes, ni cuando la edad, el grado de autonomía o las tendencias grupales lo desaconsejen.

Actitud ante posibles resistencias

Si detectamos resistencia por parte del paciente habrá que aceptarla e intentar superarla mediante técnicas de entrevista clínica que favorezcan la empatía, pero sin insistir ya que el resultado puede ser contrario al que se pretende. En ese sentido, podemos recurrir a nuestra asertividad: *«Parece que le incomoda hablar de estas cuestiones y lo entiendo, pero tenga en cuenta que si cree tener algún problema puede ser beneficioso para usted explicarlo, ya que conociéndolo tal vez podamos ayudarle. Si lo desea, lo hablamos ahora, y si no, lo dejamos para otro momento, ¿qué le parece?»*.

A veces lo que incomoda al paciente es el sexo de quien le entrevista. En ese caso también conviene abordar la situación de una forma empática y asertiva, respetando que se prefiera hablar con otro profesional. Lo que se ha de evitar es que el médico se ofenda o enoje porque el paciente se niegue a tratar estos temas con él, lo cual es de especial importancia cuando coinciden personas de diferente raza, cultura y/o religión.

Pauta propuesta

Situación A

El/la paciente no consulta motu proprio, y el médico sospecha la presencia de posible DS. Se propone la siguiente pauta para la realización de la anamnesis sexual:

- En el momento oportuno de la entrevista podemos preguntar: *«¿Considera que sus relaciones sexuales son satisfactorias?»*. Si la respuesta es sí, deberíamos añadir: *«¿Tanto para usted como para su pareja?»*. Si la respuesta vuelve a ser afirmativa, haremos preguntas orientadas a conocer el nivel de información que posee el o la paciente, y a la existencia de conductas de riesgo (si utiliza métodos anticonceptivos, si hay una o más parejas sexuales, si existe algún síntoma que pueda orientarnos sobre la existencia de ITS u otro tipo de trastornos (por ejemplo, del ciclo genital femenino o síntomas prostáticos en el varón). En varones con sospecha de DE se puede recurrir a fórmulas como la siguiente: *«Hay pacientes con hipertensión, como usted, a los que les cuesta conseguir o mantener la erección. ¿En ese aspecto cómo le van las cosas?»*.
- La forma en que responda, y su lenguaje no verbal, nos orientará acerca de su actitud hacia la sexualidad, así como sobre nuestras preguntas. Podemos encontrar actitudes defensivas, de evitación o de franco rechazo, ante las que debemos responder con respeto, pero de forma asertiva, aclarando: *«La sexualidad también forma parte del estado de salud, es por eso por lo que le he preguntado, pero si le molesta, lo dejamos para otro momento»*. Esta última fórmula puede servirnos en ocasiones para iniciar la anamnesis sexual.
- Cuando a la pregunta inicial el o la paciente responde que sus relaciones sexuales no son satisfactorias, proponemos una fórmula abierta que dé opción a que explique qué es lo que, bajo su punto de vista, no va bien. Así, podemos preguntar con un simple *«¿Por qué?»*. O bien con un *«¿Cuál cree usted que es el problema?»*. A medida que avanzamos en esta anamnesis, vemos que el abanico de posibilidades de respuesta se va abriendo más. Nos puede responder que no mantiene relaciones sexuales, que no tiene pareja estable, puede que comente que tiene conflictos con su pareja (que podrían explicar la insatisfacción) o que la falta de sintonía en las relaciones sexuales ha precipitado conflictos entre ambos, puede ser que tenga más de una pareja sexual o que exista un conflicto de orientación sexual, etc. Tampoco es infrecuente que en este punto de la entrevista nos responda que agradece que le preguntemos sobre ello, porque tiene un problema que no sabía cómo ni a quién plantear.
- Si la actitud de la persona entrevistada es receptiva, pero después de haberla escuchado aún no nos queda claro cuál es el problema, podemos concretar más con preguntas sobre el *deseo* (que puede estar alterado en uno u otro sentido, o bien puede ser asincrónico con el de la pareja), sobre la *fase de excitación* (generalmente problemas relacionados con la lubricación vaginal o con la erección) y sobre la *fase de orgasmo* (anorgasmia, eyaculación precoz, retardada, ausencia de eyaculación). Es conveniente saber qué circunstancias pueden estar motivando el trastorno (dispareunia, vaginismo, tratamiento con determinados fármacos, enfermedades médicas intercurrentes, trastornos mentales, consumo de drogas, etc.). Interesa saber también si el problema sexual es desde siempre (primario) o si aparece después de un tiempo de actividad normal (secundario), y si se da siempre o solo en determinadas circunstancias.
- No olvidemos que en todos los casos habrá de valorarse de qué forma la DS está repercutiendo sobre el psiquismo de la persona. Generalmente se verá afectada la autoestima, aunque la causa de la disfunción no se encuentre en el paciente, sino que sea debida a un problema de la pareja o a otras circunstancias. Cuando la pareja está cohesionada puede haber una autoinculpación. La inculpaación abierta o solapada del otro suele verse en parejas sin cohesión.
- Cuando alguien acude acompañado a la consulta por un motivo que inicialmente no guarda relación con su sexualidad, se obviará la anamnesis sexual, salvo que alguno de los 2 plantee alguna cuestión que dé pie a ello, pero parece más oportuno, antes de hablar del tema en presencia de la pareja, obtener información por separado, para no desvirtuar la anamnesis sexual en presencia de otra persona, al tiempo que así le estamos dando a entender que respetamos plenamente su confidencialidad.
- Una vez iniciada la anamnesis sexual, si de ésta se desprende que existe algún tipo de disfunción, se deberá orientar la entrevista a obtener básicamente respuesta a las siguientes preguntas:
 - 1) *¿Cuál es el problema?* Distinguiremos si se trata de un trastorno en el ciclo de la respuesta sexual, un problema en relación con la identidad sexual, con la orientación del deseo y del patrón de excitación sexual, un trastorno relacionado con el dolor

Tabla 3 Contenidos de una anamnesis sexual básica en salud sexual

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

durante la actividad sexual, etc., pormenorizándose, de manera minuciosa, cómo transcurrió la última relación sexual, si la hubo.

- 2) *¿Desde cuándo?* Será secundario cuando aparece después de un periodo de actividad normal.
- 3) *¿Cuándo se manifiesta?* Si se da siempre o por el contrario solo en determinadas circunstancias.
- 4) *¿A qué cree que se debe?* Los factores psicológicos pueden incidir en el comienzo, en la gravedad, en la exacerbación y en la persistencia del trastorno, pero también puede ser el resultado de factores combinados: psicológicos, enfermedad médica, drogas.
- 5) *¿Cómo lo vive usted?*
- 6) *¿Cuál es la actitud de la pareja?* (si la hay).
- 7) *Intentos previos de solución y resultados alcanzados.* Consultas con otros profesionales, libros, Internet, remedios caseros, etc.
- 8) *Expectativas terapéuticas del paciente (y su pareja si la hay).* Qué resultados desean alcanzar y qué esperan de nuestra intervención.
- 9) *Comprobar que ambos comparten ideas parecidas respecto a la sexualidad.* Como experiencia común y gratificante.

Situación B

El/la paciente consulta por su propia iniciativa un problema sexual. En este caso todo es más sencillo, centrando la entrevista en obtener respuesta a los últimos apartados descritos (¿cuál es el problema y cómo transcurrió la última relación sexual si la hubo?, ¿desde cuándo le sucede?, ¿cómo lo viven?, etc.

Llegados a este punto, sobre todo una vez evaluadas las respuestas dadas a los apartados 8 y 9 (expectativas terapéuticas e ideas respecto a la sexualidad como experiencia común y gratificante), es imprescindible decidir si nos consideramos competentes para intervenir sobre el problema sexual o es conveniente derivar al paciente y su pareja (si la hay) a otro especialista: urólogo, ginecólogo, psiquiatra u otro especialista médico si la DS se debe a enfermedad orgánica concreta que rebasa el ámbito de competencias del médico de familia, o a un médico o psicólogo con formación específica en sexología para el resto.

Si se decide proseguir, en la [tabla 3](#) se recoge la información necesaria que se recomienda para configurar una anamnesis sexual básica.

Algunas preguntas pueden intimidar al paciente; su conveniencia o no, y el momento de hacerlas dependerá de cada caso y del grado de confianza establecido con la persona entrevistada.

El formato de historia clínica en salud sexual aquí expuesto puede completarse con otros modelos, como el propuesto por Carrobbles y Sanz³⁶.

Es necesario resaltar la carencia de estudios controlados que evalúen la calidad de los datos registrados en las historias clínicas en salud sexual, echándose en falta un mayor rigor en este sentido³⁷. Sin embargo, y pese a algunos progresos³⁸, no podemos pasar por alto preguntar acerca de su vida sexual a los pacientes, porque, entre otras cosas, podemos perder la oportunidad de ofrecer la prueba del VIH a personas en situación de riesgo³⁹, dado que la información tanto de esta infección como de otras de transmisión sexual varía en función del tipo de prácticas sexuales⁴⁰.

En definitiva, nuestra propuesta de entrevista clínica en salud sexual, fruto de la experiencia clínica, trata de poner orden en una actividad relevante dentro del campo competencial del médico de familia⁴¹, que no podemos descuidar y que, sin duda, habrá de ser evaluada.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Infante A, París A, Fernández L, Padrón MM. ¿Y tú qué sabes de «eso»? Manual de educación sexual para jóvenes. Málaga: Diputación de Málaga, Servicio de Juventud y Deportes; 2009.
2. Marina JA. El rompecabezas de la sexualidad. Barcelona: Editorial Anagrama; 2002.
3. Educación para la sexualidad con bases científicas. Documento de consenso de Madrid. Recomendaciones de un grupo internacional de expertos; 2012. Disponible en: www.desexologia.com
4. Benítez JM, Brenes F, Casado P, González R, Sanchez F, Villalva E. Grupo de Sexología de Semergen. En: Semergen Documento Salud Sexual. Documentos Clínicos Semergen. Madrid: Edicomplet; 2006.
5. Odent M. The scientification of love. London: Free Association Books Limited; 1999.
6. Ellison CR. Women's sexualities. Oakland: New Harbinger Publications; 2000.
7. Charnetski CJ, Brennan FX. Feeling goals is good for you: how pleasure can boost your immune system and lengthen your life. Emmaus: Rodale Press; 2001.
8. Weeks DJ. Sex for the mature adult: health, self-esteem and countering ageist stereotypes. J Sex Relationship Ther. 2002;17:231-40.
9. Waldherr M, Nyuyki K, Maloumy R, Bosch OJ, Neumann ID. Attenuation of the neuronal stress responsiveness and corticotrophin releasing hormone synthesis after sexual activity in male rats. Horm Behav. 2010;57:222-9.
10. Weeks DJ. Secrets of the superyoung. New York: Berkley Books; 1998.
11. Cutler WB, Love Cycles. The science of intimacy. New York: Villard Books; 1991.
12. Meaddough EL, Olive DL, Gallup P, Perlín M, Kliman J. Sexual activity, orgasm and tampon use are associated with a decreased risk for endometriosis. Gynecol Obstet Invest. 2002;53:163-9.

13. Davey SG, Frankel S, Yarnell J. Sex and death. Are they related? Findings from the Caerphilly Cohort Study. *BMJ*. 1997;315:1641-4.
14. Palmore EB. Predictors of the longevity difference: a 25-year follow up. *Gerontologist*. 1982;22:513-8.
15. Persson G. Five-year mortality in a 70-year-old urban population in relation to psychiatric diagnosis, personality, sexuality and early parental death. *Acta Psychiatr Scand*. 1982;64:244-53.
16. Leitzmann MF, Platz EA, Stampfer MJ, Willett WC, Giovannucci E. Ejaculation frequency and subsequent risk of prostate cancer. *JAMA*. 2004;291:1578-86.
17. Montorsi P, Ravagnani PM, Galli S, Rotatori F, Veglia F, Briganti A, et al. Association between erectile dysfunction and coronary artery disease. Role of coronary clinical presentation and extent of coronary vessels involvement: the COBRA trial. *Eur Heart J*. 2006;27:2632-9.
18. Corona G, Bandini E, Fisher A, Elisa M, Boddi V, Balercia G, et al. Psychobiological correlates of women's sexual interest as perceived by patients with erectile dysfunction. *J Sex Med*. 2010;7:2174-83.
19. Greenstein A, Abramov L, Matzin H, Chen J. Sexual dysfunction in women partners of men with erectile dysfunction. *Int J Impot Res*. 2006;18:44-6.
20. Fisher WA, Rosen RC, Eardley I, Sand M, Goldstein I. Sexual experience of female partners of men with erectile dysfunction: the female experience of men's attitudes to life events and sexuality (FEMALES) study. *J Sex Med*. 2005;2:675-84.
21. Jones JS, Rossman L, Wynn BN, Ostovar H. Assaultants' sexual dysfunction during rape: prevalence and relationship to genital trauma in female victims. *J Emerg Med*. 2010;38:529-35.
22. Montejo AJ, Llorca G, Izquierdo JA, y Grupo español de trabajo para el estudio de las disfunciones sexuales secundarias a psicofármacos. Disfunciones sexuales iatrogénicas. Antidepresivos y antipsicóticos. *Psiquiatría y Atención Primaria*. 2001;1:10-5.
23. Organización Mundial de la Salud. Instrucción y asistencia en cuestiones de sexualidad humana: formación de profesionales de la salud. Informe de una reunión de la OMS [Serie de Informes Técnicos n.o 572]. Gineve: OMS; 1974.
24. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Asociación Mundial de Sexología. Promoción de la salud sexual. Recomendaciones para la acción. Antigua Guatemala. Guatemala; 2000. [consultado 3 Sep 2012]. Disponible en: http://www1.paho.org/Spanish/AD/FCH/AI/salud_sexual.pdf
25. Hatzichristou D, Rosen RC, Derogatis LR, Low WY, Meuleman EJ, Sadovsky R, et al. Recommendations for the clinical evaluation of men and women with sexual dysfunction. *J Sex Med*. 2010;7 1 Pt 2:337-48.
26. Gervás JJ, de Celis M. Dificultades sexuales en atención primaria: una propuesta de intervención. *Semergen*. 2000;26:253-69.
27. Morreale MK, Arfken CL, Balon R. Survey of sexual education among residents from different specialties. *Acad Psychiatry*. 2010;34:346-8.
28. Nicolai MP, Both S, Liem SS, Pelger RC, Putter H, Schaliq MJ, et al. Discussing sexual function in the cardiology practice. *Clin Res Cardiol*. 2013;102:329-36.
29. Luquis RR, Brelsford GM, Rojas-Guyler L. Religiosity, spirituality, sexual attitudes, and sexual behaviors among college students. *J Relig Health*. 2012;51:601-14.
30. Wolf C. Exploring the sexual attitudes of physician assistant students: implications for obtaining a sexual history. *J Physician Assist Educ*. 2012;23:30-4.
31. Martín Morales A, Sánchez Cruz JJ, Saenz de Tejada I, Rodríguez Vela L, Jiménez Cruz JF, Burgos Rodríguez F. Prevalence and independent risk factors for erectile dysfunction in Spain: results of the Epidemiología de la Disfunción Eréctil Masculina Study. *J Uro*. 2001;166:95-104.
32. Meystre-Agustoni G, Jeannin A, de Heller K, Pécoud A, Bodenmann P, Dubois-Arber F. Talking about sexuality with the physician: are patients receiving what they wish? *Swiss Med Wkly*. 2011;141:w13178. [consultado 3 Sep 2012]. Disponible en: <http://www.smw.ch/content/smw-2011-13178/>
33. Sanchez F. Actualización en disfunción eréctil. El médico interactivo. Madrid: Grupo Saned Sanidad y Ediciones; 2010. [consultado 3 Sep 2012]. Disponible en: http://www.elmedicointeractivo.com/Documentos/doc/23.DISFUNCION_ERECTIL.pdf
34. Sánchez F. La disfunción eréctil y otros trastornos sexuales en la consulta del médico de familia: ¡sumamos nuestro compromiso! *Semergen*. 2003;29:227-9.
35. Shafii T, Burstein GR. The adolescent sexual health visit. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2009;36:99-117.
36. Carrobles JA, Sanz A. Terapia sexual. Madrid: Fundación Universidad-Empresa; 1991.
37. Coverdale JH, Balon R, Roberts LW. Teaching sexual history-taking: a systematic review of educational programs. *Acad Med*. 2011;86:1590-5.
38. Loeb DF, Lee RS, Binswanger IA, Ellison MC, Aagaard EM. Patient, resident physician, and visit factors associated with documentation of sexual history in the outpatient setting. *J Gen Intern Med*. 2011;26:887-93.
39. Barber B, Hellard M, Jenkinson R, Spelman T, Stoope M. Sexual history taking and sexually transmissible infection screening practices among men who have sex with men: a survey of Victorian general practitioners. *Sex Health*. 2011;8:349-54.
40. McNair R. Lesbian and bisexual women's sexual health. *Aust Fam Physician*. 2009;38:388-93.
41. Diaz Jr VA, Close JD. Male sexual dysfunction. *Prim Care*. 2010;37:473-89.