

Sexualidad Humana en Atención Primaria

INTRODUCCIÓN: La sexualidad es una característica inherente a la especie humana y que la acompaña por toda la vida. Sus particularidades son propias de cada individuo de acuerdo a las condiciones sociales, culturales, biológicas, espirituales y ambientales, constituyendo una trama tan compleja que trasciende la individualidad y los aspectos físicos del ser humano. Con la aparición de diferentes tratamientos destinados a la curación de las alteraciones sexuales y su difusión por los medios de comunicación, se han hecho más frecuentes las consultas de los pacientes en torno a este tema. Por otra parte, hemos asistido a una prolongación considerable de nuestras expectativas de vida lo que conlleva una actividad sexual más prolongada. Estos sujetos que ven alargada su vida también enfrentan una mayor frecuencia de enfermedades crónicas, muchas de las cuales limitan el ejercicio de su actividad sexual, o bien se ve tan sólo limitada por los tratamientos médicos o quirúrgicos a que se ven sometidos.

OBJETIVO: Es por lo anterior que se hace necesario tomar conocimiento de estas patologías que comenzarán a presentarse en nuestros pacientes. Para poder entender con claridad las diferentes disfunciones sexuales que se presentan es necesario conocer las bases de la respuesta sexual humana.

COMENTARIO: Tanto los hombres como las mujeres normales presentan una serie de respuestas fisiológicas y psicológicas frente a la estimulación sexual.

Dr. Francisco Montiel A,
Formación en Sexualidad Humana en el Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Loyola, Chicago, E.E.U.U., bajo la tutela de la Dra. Domeena Renshaw.

Encargado de Cursos y Seminarios sobre Sexualidad dependientes del Departamento de Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Supervisión Docente en Atención Ambulatoria en Medicina Interna, Centro Médico San Joaquín, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Ex Profesor Adjunto de Medicina, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

INTRODUCCION

William Masters y Virginia Johnson (1966), fueron los primeros en describir las distintas fases de la respuesta sexual humana. Todo su trabajo se puede encontrar en dos de sus libros: "Human Sexual Response" y "Human Sexual Inadequacy", abriendo así un nuevo espacio a la terapia sexual.

Siendo la sexualidad un proceso complejo, coordinado por los sistemas endocrino, neurológico y vascular, su alteración es fácil y multifactorial. La sexualidad, además, incorpora a la familia, a las creencias religiosas y a la sociedad, viéndose afectada por el equilibrio salud-enfermedad, la edad y la experiencia pasada. Aún más, siendo una experiencia de relaciones interpersonales (interacción de la pareja) cada uno de los integrantes aporta sus actitudes, necesidades y respuestas dentro de la pareja. Cualquier falla en alguna de estas áreas lleva a una disfunción sexual.

Siendo la sexualidad humana una disciplina que no se imparte en muchas de las Escuelas de Medicina, habitualmente los médicos se sienten no calificados para tratar a este tipo de pacientes. Sin embargo, el solo hecho de comprender la fisiología de la respuesta sexual humana y con la aplicación de algunos tratamientos médicos, psicológicos y

ginecológicos, el profesional de salud en atención primaria podría lograr una buena aproximación a estos problemas.

A continuación, describiremos las fases de la respuesta sexual humana, las causas probables que llevan a los problemas sexuales y las disfunciones sexuales que suelen presentarse.

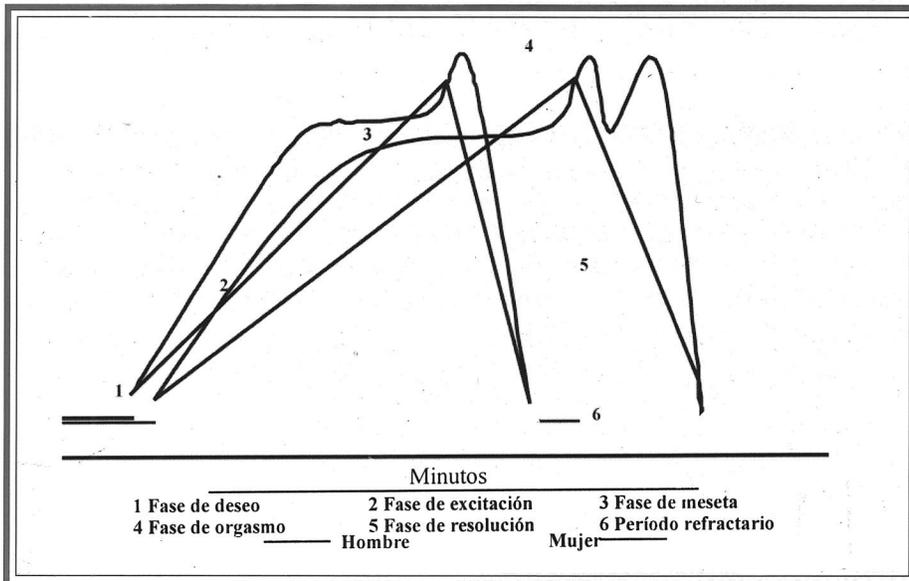
FASES DE LA RESPUESTA SEXUAL HUMANA

Las fases de la Respuesta Sexual Humana podemos describirlas en base a los trabajos de Masters y Johnson, Kaplan y Levine: a) Fase de deseo, b) Fase de excitación, c) Fase de meseta, d) Fase de orgasmo, y e) Fase de resolución, lo que se esquematiza en la curva representada en la Fig N° 1.

Fase de Deseo

En la fase de deseo sexual se distingue el impulso sexual (o "drive"), sensación física de estar sexualmente necesitado, urgencia sexual; el individuo siente deseos de estar con su pareja. Este impulso está mediado por hormonas tales como la testosterona, algunos neuropéptidos y feromonas. Podría considerarse una respuesta más bien de carácter instintiva. Este impulso se ve afectado negativamente por la dieta, el estrés, las enfermedades tanto crónicas como agudas, y por la depre-

Figura N°1. Fases de la respuesta Sexual Humana, según Kaplan, Masters y Jonson.



sión. La percepción del impulso tiene una enorme variación individual así como de género. El impulso sexual es habitualmente más pronunciado en el hombre.

El otro componente del deseo sexual es la motivación psicológica, estando condicionado por los sentimientos internos de afecto y de amor, así como por los estímulos externos, tales como los atributos físicos del individuo, su forma de comunicarse, los olores, el lenguaje corporal, etc. Se producen expectativas conscientes de la manifestación sexual, pero en cierta medida moduladas por las normas sociales y culturales imperantes. La motivación psicológica puede verse afectada por las respuestas emocionales como tabúes, fobias. También presenta una enorme variación individual y de género.

Fase de Excitación

Durante la fase de excitación se produce una gran vasocongestión del área pelviana. En la mujer ésta es principalmente del introito vaginal, erección del clítoris, engrosamiento y crecimiento de los labios mayores y menores, traduciéndose en una lubricación importante de la vagina y del introito vaginal. El clítoris aumenta de volumen y se produce una erección de los pezones. Luego se produce una

expansión del tercio superior de la vagina, con elevación del útero.

En el hombre la vasocongestión del área genital lleva a la erección del pene, se produce un endurecimiento y cambio del ángulo de presentación del pene, dado por el llenado sanguíneo de los cuerpos cavernosos. El aumento de tamaño del pene, especialmente del glande, está dado por el llene sanguíneo del cuerpo esponjoso. La fase de excitación es algo más rápida en el hombre que en la mujer, completándose en menor tiempo y con menor necesidad de estimulación. En algunos individuos suele producirse un rubor sexual, enrojecimiento de la cara anterior del tronco.

Fase de Meseta

En la fase de meseta se producen algunos cambios generales tanto en el hombre como en la mujer. Estos cambios consisten en la aparición de una vasocongestión máxima, también se produce una miotonía extensa con aumento del tono muscular. Hay un aumento de la presión arterial (PA), de la frecuencia respiratoria (FR) y de la frecuencia cardíaca (FC).

En la mujer se duplica el tamaño del útero, el clítoris se retrae bajo su capuchón, produciéndose su máximo crecimiento. Hay dilatación de los músculos vaginales, produciéndose la plataforma orgásmica y se produce cambio

de color de los labios. Estos cambios son indicación de un orgasmo inminente.

En el hombre los cuerpos esponjosos llegan a su máxima plétora sanguínea, produciendo aumento considerable de su volumen y rigidez. Se produce secreción de las glándulas de Cowper, responsables de la lubricación. Hay elevación y crecimiento testicular.

Fase de Orgasmo

La fase orgásmica lleva a una serie de cambios generales tanto en el hombre como en la mujer. Se produce el cambio máximo de la PA, FR y FC. Comienzan las contracciones rítmicas de los músculos del piso de la pelvis. Apareciendo luego sensaciones agradables, placenteras centradas en la pelvis; pero que se irradian al resto del cuerpo. Sensación de acabamiento, con gran relajación apenas ocurrido el orgasmo.

En la mujer se produce la apertura del "os" del cuello uterino (preparándose a la impregnación). Hay contracciones rítmicas de los músculos vaginales (plataforma orgásmica), del útero, del ano, y de los músculos pubecoxígeos (piso pélvico). También se producen contracciones espasmódicas rítmicas de los músculos esqueléticos y el espasmo carpopedal.

En el hombre se produce la eyaculación, contracción del conducto deferente, de la próstata y del conducto eyaculador, con expulsión de semen. Se produce la contracción de los músculos bulbocavernosos, pubecoxígeos (piso pélvico) y del ano. También se producen contracciones espasmódicas rítmicas de los músculos esqueléticos y el espasmo carpopedal.

Para el hombre es fácil reconocer la fase orgásmica por acompañarse de la eyaculación de semen.

Sin embargo, en la mujer a veces se da la pregunta ¿cómo saber si fuí orgásmica?

Se producen espasmo musculares irregulares, contracturas. Hay cambios en la expresión facial. Pueden ocurrir vocalizaciones: jadeos, gemidos, risas, llanto, maldiciones, etc. Luego de producirse un estado de relajación del ensueño sexual, el cuerpo se tensa. Puede venir un abandono de la tensión con ondas de

placer localizado en la región pelviana. A veces suele ocurrir pérdida momentánea del conocimiento, con un profundo sentido de relajación, sensación de acabamiento total.

Fase de Resolución

En la fase de resolución se presentan cambios generales que afectan al hombre y a la mujer. Todos los parámetros que se habían visto cambiar como PA, FR y FC vuelven a sus valores iniciales. Puede aparecer sudoración en la superficie corporal. La mantención del tono parasimpático genital, permite volver a la fase de excitación con respuesta orgásmica múltiple. Si se restablece el tono parasimpático visceral, el cuerpo se hace insensible a la estimulación erotogénica, apareciendo el período refractario.

En la fase de resolución todos los cambios ocurridos en los genitales vuelven a su condición inicial.

En la mujer existe una mayor predisposición a los orgasmos múltiples (tono parasimpático genital) y no se presenta el período refractario.

En el hombre se produce la detumescencia de los cuerpos cavernosos, con pérdida de la erección

del pene; hay un regreso de todas las estructuras genitales a su condición inicial. La detumescencia del cuerpo esponjoso produce una disminución del volumen, especialmente el correspondiente al glande. En el hombre existe la posibilidad de orgasmos múltiples sólo si persiste el tono parasimpático genital y se mantiene la vasocongestión. Si no se produce esta persistencia sobreviene el período refractario, el que puede ser corto en la adolescencia (minutos); pero con el transcurso de los años se va alargando, llegando a horas o días.

Si no ocurre el orgasmo, esto lleva a una vasocongestión pélvica crónica, con una resolución pasiva. En el hombre se traduce por una gran congestión testicular, con aumento del paquete vascular intraescrotal. Esto produce una sensación dolorosa que tarda alrededor de 1 hora en resolverse.

En la mujer este mismo fenómeno es mucho más frecuente que en el hombre demorándose varias horas en resolverse.

En la tabla N°1, se detallan los cambios generales que se producen en el hombre y en la

mujer durante las diferentes fases de la respuesta sexual humana.

¿ QUÉ CAUSA LOS PROBLEMAS SEXUALES ?

La doctora D Renshaw (1995), en su libro "Seven weeks to better sex", expone las causas más frecuentes que llevan a los problemas sexuales.

Analfabetismo sexual. Falta de conocimientos y de experiencia. Masters y Johnson en 1966 revelan las diferencias en el tiempo de respuesta sexual entre hombres y mujeres, datos que aún no llegan a la totalidad del público. Aproximadamente el 20 % de las mujeres no saben reconocer su anatomía genital. Los problemas sexuales y la ignorancia en estos temas son muy democráticos; sobrepasan los límites de la religión, raza, educación, clase socio-económica y edad.

La terapia sexual tiene mucho de educación, la que debió impartirse de niños. Lo que adquieren es impreciso, no confiable; la mayoría de los hechos que aprenden son incorrectos y perduran por años. Si los padres no les hablan de sexo, los niños no aprenderán de la responsabilidad personal acerca de él, el derecho a rehusar, la privacidad, el significado de afecto, ternura, caricias y compromiso.

Inhibición sexual. No mires, no toques. La inhibición sexual está cercanamente relacionada al inadecuado conocimiento sexual. Se extiende desde mal designar a los genitales como sucios, pecaminosos o falta de aceptación de la sexualidad durante la formación de la persona. La capacidad de recibir placer es algo difícil de aceptar en nuestra cultura. Hemos sido sometidos a un lavado cerebral con negaciones de la sexualidad, que más tarde pueden causar graves inhibiciones. Mirar, tocar o hablar acerca de nuestra sexualidad se hace impensable, por lo que lo suprimimos o evitamos.

Fatiga. "Estamos demasiado cansados para hacer el amor". La fatiga es un mensaje del cuerpo a la mente diciéndole: "Por favor des-cansa". Dos compañeros cansados dificultan

Tabla N°1. Cambios generales producidos durante la respuesta sexual humana

HOMBRE	FASE	MUJER
<i>EXCITACION</i>		
Erección del pezón (30%)		Erección del pezón (consistente)
<i>MESETA</i>		
Rubor sexual (25%)		Rubor sexual (75%)
Espasmo carpopedal		Espasmo carpopedal
Tensión general del sistema		Tensión general del sistema
músculo esquelético		músculo esquelético
Hiperventilación		Hiperventilación
Taquicardia (100-160 x minuto)		Taquicardia (100-160 x minuto)
<i>ORGASMO</i>		
Contracción específica del sistema		Contracción específica del sistema
músculo esquelético		músculo esquelético
Hiperventilación		Hiperventilación
Taquicardia (100-180 x minuto)		Taquicardia (100-180 x minuto)
<i>RESOLUCION</i>		
Sudoración (30-40%)		Sudoración (30-40%)
Hiperventilación		Hiperventilación
Taquicardia (150-80 x minuto)		Taquicardia (150-80 x minuto)

samente pueden pensar en el deseo físico o emocional de un encuentro sexual. El sueño se hace prioritario.

Conflictos interpersonales. No puedes hacer el amor hasta no hacer las paces. Algunas parejas muestran un esquema de conflictos destructivos que se manifiestan por sí mismos ya sea como una pelea abierta o una ansiedad. En cualquier caso, la pelea llega a ser el centro de su relación emocional. Puede reemplazar el prelude amoroso o el hacerse el amor.

Aburrimiento. El encanto se ha ido. Como cepillarse los dientes o poner la alarma, el sexo puede llegar a ser un evento tan predecible como la caída de la noche. Un sexo rutinario antes de dormirse, a menudo se hace exagerado hasta el punto de la monotonía cuando es precedido por pistas verbales demasiado usadas como "¿Esta noche?" o "¿Estás lista?" murmuradas sin ternura o humor.

Imagen corporal distorsionada. Haciendo las paces con su cuerpo. Es increíble como mucha gente está insatisfecha con la forma en que luce su cuerpo. "No soy suficientemente alta". "Mis muslos son gruesos". "Tengo celulitis". "¿Quién podría querer mi pobre piel?". Muchos hombres se lamentan del tamaño de sus penes. Muchas mujeres están preocupadas porque los senos son muy grandes o muy pequeños.

Ansiedad de desempeño. Cuestionar su propia sexualidad. Nuestra cultura tiene una exagerada conducta acerca de la competencia, logros y velocidad. A menudo acarreamos estas preocupaciones al dormitorio. Mucha gente tiende a "observarse" a sí misma su conducta durante el sexo en lugar de relajarse y gozar el momento sexual. Esta "expectación" puede generar ansiedad e impedir la respuesta física relajada necesaria para la erección penéana. Los hombres en particular experimentan problemas de erección a causa de esta ansiedad de desempeño. "¿Tendré mi erección?". "¿Qué pasará si eyaculo muy pronto?" Mientras más se concentra el hombre en lograr su erección, menos erección logrará su pene.

Culpa. Ganar perspectiva, luego dejarse ir. Culpa difiere de pena, que es el desagrado que se siente cuando se ha dejado algo sin hacer, o se ha hecho algo inferior a lo esperado. Culpa también es diferente a irritabilidad, ansiedad, depresión, agitación y baja estima -aunque la culpa puede a veces producir alguna de estas sensaciones. Culpa es un sentimiento negativo, interno, privado de mal hacer, en que se dice, "Estoy molesto conmigo mismo por lo que he hecho".

Trauma sexual. Curando las cicatrices emocionales. Algunas personas con problemas sexuales, ha experimentado traumas sexuales -abuso sexual o violación cuando niño, joven o adulto. Los traumas sexuales pueden producir una serie de problemas sexuales, incluido el temor a la intimidad o tacto, falta de interés en el sexo, incapacidad de lograr el orgasmo o vaginismo. La mayoría de las víctimas son mujeres; pero los hombres también pueden ser objeto de asalto sexual. La incidencia nacional de abuso sexual en el niño es desconocida. En una reciente investigación, hecha en Estados Unidos de Norteamérica, el 27 % de las mujeres y el 16 % de los varones reportan haber experimentado abuso sexual durante su niñez.

DISFUNCIONES SEXUALES

A pesar de que en nuestro medio no contamos con cifras sobre la frecuencia con que se presentan las diferentes disfunciones sexuales, podemos mencionar algunas de ellas por la experiencia clínica. Entre las disfunciones masculinas que consultan con mayor frecuencia están: la eyaculación precoz y el trastorno de la erección. Entre las disfunciones femeninas se presentan con mayor frecuencia: el deseo sexual hipactivo y el trastorno orgásmico femenino.

Fase del deseo

Deseo Sexual Hipactivo (DSH) (302.71)

Se presenta tanto en el hombre como en la mujer y se manifiesta por la disminución o la pérdida, total o parcial, del interés o el deseo por la actividad sexual (masturbación, coito). Es un trastorno que perfectamente puede dis-

torsionar gravemente la relación de pareja. Según HS Kaplan es una pérdida del apetito sexual. Masters aclara diciendo que se habla de DSH cuando la carencia de interés sexual es motivo de trastornos personales o de deterioro de la relación de pareja, y no una elección voluntaria. El énfasis se sitúa en que es el efecto que tiene la carencia de interés sexual sobre la relación lo relevante para definir el DSH. También es importante destacar que el deseo sexual difiere en cada individuo y que estas diferencias no necesariamente indican la presencia de DSH.

El DSM IV describe el DSH, como: "Disminución (o ausencia de fantasías y deseos de actividad sexual) de forma persistente o recurrente, que provoca malestar acusado y dificultades en la relación interpersonal. El juicio de deficiencia o ausencia es establecido por el clínico, tomando en cuenta los factores que afectan el funcionamiento sexual, tales como edad, sexo, y el contexto de la vida de la persona".

La Asociación Americana de Psiquiatría agrega en el DSM IV el Trastorno por aversión al sexo (TAS) (302.79), definido como: "(A) Aversión extrema persistente o recidivante hacia, y con evitación de, todos (o prácticamente todos) los contactos sexuales genitales con una pareja sexual, que provoca malestar acusado o dificultades en las relaciones interpersonales. (B) El trastorno sexual no se da exclusivamente durante el curso de otro trastorno mental, como un Trastorno obsesivo-compulsivo o un Trastorno depresivo mayor".

Tanto los factores físicos como psicológicos pueden contribuir al DSH. Entre las causas físicas se incluyen: las deficiencias hormonales; la depresión; el estrés; el alcoholismo; la insuficiencia renal; las enfermedades crónicas. Las causas psicológicas incluyen: los problemas relacionales, ej. lucha de poder, conflictos, hostilidad, trauma sexual (violación, incesto), los cambios vitales mayores (muerte de un familiar, nacimiento, reubicación geográfica) y la mezcla de recuerdos negativos con la interacción sexual. Las personas que están enrabadas, temerosas o distraídas generalmen-

te no están deseosas de la intimidad sexual.

Fase de excitación

Trastorno de la Excitación Sexual en la Mujer (TESM) (302.72)

Esta disfunción es una inhibición general de la respuesta de excitación. La mujer con TESM no se lubrica, su vagina no se expande y no se produce la formación de la plataforma orgásmica. Tampoco percibe las sensaciones eróticas. Es poco frecuente que se presente aislada, más bien acompaña a la anorgasmia.

El DSM IV describe el TESM como: "Incapacidad persistente o recurrente, para obtener o mantener la respuesta de lubricación propia de la fase de excitación, hasta la terminación de la actividad sexual, causando un malestar acusado o dificultades en las relaciones interpersonales".

Entre las causas más frecuentes de esta disfunción están la culpa y la hostilidad. La culpa generalmente comprende un conflicto interno entre el deseo de gozar la interacción sexual y un temor inconsciente de hacerlo. La hostilidad con frecuencia es contra su propia pareja.

Trastorno de la Erección en el Varón (TEV) (302.72)

Esta disfunción es la incapacidad del varón para obtener o mantener la erección penéana para lograr una relación sexual. Alguna vez en su vida, en situaciones especiales, el hombre no será capaz de tener una erección, aunque sea suficientemente estimulado.

El DSM IV define TEV como: "Incapacidad persistente o recurrente, para obtener o mantener una erección apropiada hasta el final de la actividad sexual, causando un malestar acusado o dificultades en las relaciones interpersonales".

A diferencia con las otras disfunciones, en la TEV es más frecuente que exista una causa física desencadenante. No es infrecuente que después de la ingesta de alcohol (que deprime el sistema nervioso central) el hombre encuentre dificultades para mantener la erección o bien presente una TEV.

Fase de orgasmo

Trastorno Orgásmico Femenino (TOF) (302.73)

El TOF es la inhibición del componente orgásmico de la respuesta sexual humana, es decir, la falta de orgasmo o la ausencia del clímax en la relación sexual. Con el TOF la mujer puede encontrarse sexualmente muy excitada; pero no es capaz de llegar al orgasmo. La mujer suele describirlo como "es llegar a un cierto punto y no poder continuar más allá, quedarme estancada". HS Kaplan describe el rango de orgasmos femeninos de la siguiente manera: en un extremo del rango están las mujeres que nunca han tenido un orgasmo. Luego siguen aquellas que responden frente a una intensa estimulación clitorídea cuando se encuentran solas y no son "perturbadas" por su pareja. Las mujeres que necesitan estimulación clitorídea directa, pero que son capaces de tener clímax con su pareja pertenecen al rango medio. También cerca del término medio se sitúan las mujeres capaces de tener orgasmos durante el coito, pero sólo después de una larga y vigorosa estimulación. Cercano al otro extremo del rango están aquellas mujeres que son orgásmicas después de una breve penetración. En el otro extremo se encuentran aquellas mujeres que les basta la fantasía y/o la estimulación de los pechos para llegar al orgasmo.

El DSM IV da la siguiente definición para el TOF: "Ausencia o retraso persistente o recurrente del orgasmo tras una fase de excitación sexual normal. Esta dificultad puede darse en todas las situaciones o sólo en algunas específicas y provoca malestar acusado o dificultades en las relaciones interpersonales. Este diagnóstico no se considera apropiado si la dificultad para conseguir el orgasmo se debe a que la estimulación sexual no es la adecuada en cuanto a objeto, intensidad y duración".

Las mujeres presentan una amplia variedad en el tipo o intensidad de la estimulación necesaria para producir el orgasmo. El diagnóstico de TOF se basa en el juicio del clínico, de si la capacidad orgásmica es inferior a lo esperado para su edad, experiencia sexual y estimulación sexual recibida.

Todavía persiste la creencia de que el orgasmo vaginal es el orgasmo de la edad madura y que el orgasmo clitorídeo es inmaduro y neurótico, por lo que si una mujer no es capaz de ser orgásmica durante la relación coital lo ve como un problema.

La hostilidad hacia la pareja puede actuar como factor inhibitorio de la respuesta orgásmica. Si la mujer se siente enrabada con su pareja ella puede usar el "bloqueo" de su orgasmo como desquite en contra de su pareja.

Otra causa frecuente de TOF es el desconocimiento de una buena técnica sexual. A veces la mujer no es bien estimulada, por desconocimiento de la anatomía y/o fisiología por parte de su pareja.

El ejercicio de la sexualidad no es algo que simplemente sepamos, sino es algo que tenemos que aprender. A veces las enseñanzas familiares/religiosas de la sexualidad conducen a evitar u oponerse a una estimulación sexual efectiva.

Es prudente, cuando se habla de anorgasmia, no dejar de lado la relación con el varón, ya que en muchas ocasiones no estamos en presencia de una mujer anorgásmica, sino ante un hombre con eyaculación precoz.

Trastorno Orgásmico Masculino (TOM) (302.74)

El TOM es la inhibición involuntaria del componente orgásmico de la respuesta sexual humana en el hombre. Según HS Kaplan el hombre que nunca ha eyaculado, ni aún con la autoestimulación es raro. En su forma leve el retardo eyaculatorio (o incompetencia eyaculatoria) es relativamente frecuente y tiene un excelente pronóstico con la terapia sexual. En la forma moderada de este trastorno el hombre sólo puede eyacular con la masturbación y cuando está solo. Estos hombres pueden tener orgasmo en presencia de su pareja sólo bajo la estimulación manual y/u oral; pero no pueden eyacular dentro de la vagina. Algunas manifestaciones más leves son sólo situacionales y algunas requieren de un coito excesivamente largo y vigoroso para eyacular.

El DSM IV da la siguiente definición para el TOM: "Ausencia o retraso persistente o recurrente del orgasmo tras una fase de excitación

sexual normal. Esta dificultad puede darse en todas las situaciones o sólo en algunas específicas y provoca malestar acusado o dificultades en las relaciones interpersonales. Este diagnóstico no se considera apropiado si la dificultad para conseguir el orgasmo se debe a que la estimulación sexual no es la adecuada en cuanto a objeto, intensidad y duración". La causa de esta disfunción habitualmente es psicógena. A menudo se debe a una experiencia sexual traumática, una estricta formación religiosa, hostilidad hacia la pareja, autocontrol exagerado o falta de confianza. Debe separarse de la eyaculación retrógrada, cuando el hombre eyacula dentro de su vejiga en lugar de hacerlo a través de la uretra hacia el exterior.

Eyaculación Precoz (EP) (302.75)

Eyaculación precoz también es un término controversial, no está totalmente claro qué la constituye. Según Masters "un hombre es EP si su pareja no ha alcanzado el orgasmo al menos en el 50 % de los episodios coitales".

El DSM IV define EP como "Eyaculación persistente o recurrente en respuesta a una estimulación sexual mínima antes, durante o poco tiempo después de la penetración, antes de que la persona lo desee, causando malestar acusado y dificultades en las relaciones interpersonales".

El clínico deberá tomar en cuenta los factores que afectan la duración de la fase de excitación, tales como la edad, novedad que le proporciona la pareja sexual, situación y frecuencia de la actividad sexual.

Lo que falta en la definición anterior es la pérdida de percepción de la sensación erótica. Otra definición que se podría intentar dar es "la incapacidad de ejercer un razonable control voluntario sobre la respuesta eyaculatoria, una vez que el hombre alcanza cierto grado de excitación y no está consciente de las sensaciones eróticas que le llevan al «punto de inevitabilidad»."

Raras veces se da por factores físicos; pero ocasionalmente puede existir una sensibilidad nerviosa exagerada en relación al frenillo y glande del pene que lleve a la EP. Algunas infecciones de la uretra y próstata, o un pre-

pucio muy ajustado se han visto como causas de la EP. Generalmente el hombre no ha aprendido a poner atención a las sensaciones que anuncian a la eyaculación. Ha aprendido a no percibir las sensaciones eróticas. Otra causa que se ha invocado en la producción de la EP es el acondicionamiento. Los hombres a menudo se entrenan para eyacular lo más pronto posible por temor a ser descubiertos. Es frecuente la práctica de la autoestimulación en corto tiempo, lo que ayuda a este acondicionamiento, que se perpetúa en el tiempo.

Otras condiciones que afectan el ciclo de la respuesta sexual

Existen otras condiciones que afectan la relación sexual de la pareja; no están relacionadas con ninguna de las fases de la respuesta sexual humana. Se les podría describir asociadas a los trastornos dolorosos, según clasificación del DSM IV. Estas afecciones son: el vaginismo y las algias pelvianas, trastornos más bien de carácter psicósomático, que sólo se presentan en la mujer y la dispareunia que se presenta tanto en hombres como en mujeres.

Vaginismo (V) (306.51)

Es la contracción involuntaria del tercio externo de la vagina y de los músculos que rodean la entrada de la misma, haciendo imposible el coito. Se produce cuando la mujer anticipa la penetración del pene o durante la misma.

El DSM IV define V como "Aparición persistente o recurrente de espasmos involuntarios de la musculatura del tercio externo de la vagina, que interfiere con el coito, causando malestar acusado o dificultades en las relaciones interpersonales".

El espasmo involuntario es una respuesta condicionada por la asociación de estímulos aversivos: dolor, temor, daño por los intentos de penetración vaginal o incluso con fantasías desagradables. Algunos de estímulos aversivos más frecuentes son asalto sexual traumático, coito doloroso, examen pelviano traumático. Otras causas que se describen son enfermedades pelvianas y temores y/o culpas inconscientes.

Dispareunia (D) (302.76)

La presencia de dolor durante el coito. En la mujer este dolor puede presentarse en el momento de la introducción, durante la fricción, en algunas posiciones específicas o con determinados movimientos. La causa más frecuente de D es la presencia de infecciones genitourinarias.

El DSM IV define la D como: "Dolor genital recurrente o persistente asociado a la relación sexual, tanto en varones como en mujeres, antes, durante o después del coito, causando malestar acusado o dificultades en las relaciones interpersonales".

EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO DE LAS DISFUNCIONES SEXUALES

Evaluación del problema sexual

Identificación explícita del problema.

Aparece como parte de la revisión rutinaria por sistemas.

Se descubre al investigar otra queja.

Historia clínica

Igual que cualquier otra preocupación médica:

- descripción específica del problema sexual.
- inicio, evolución, condiciones que lo precipitan, cambios en el tiempo, situaciones en que ocurre.
- pensamiento del paciente acerca de las causas e influencias que pudieran estar manteniendo el problema.
- tratamientos realizados y cambios ocurridos, evaluaciones profesionales.
- fármacos utilizados en los tratamientos.
- expectativas y metas del paciente.

Toda esta información deberá analizarse en el contexto del estado de salud del paciente.

La presencia de otras patologías como la diabetes mellitus, la hipertensión arterial, la aterosclerosis, la insuficiencia renal o hepática, deben ser investigadas, dado que algunas de ellas conllevan alteraciones en la actividad sexual. Al igual debe averiguarse sobre cirugía urológica o ginecológica, u otra que se haya realizado en las regiones genitales o

pelvianas, lo cual también puede desembocar en alteraciones sexuales. Los medicamentos usados por el paciente son otra fuente importante de disfunciones sexuales. Entre ellos algunos antidepresivos tan usados como la fluoxetina, u otros como la cimetidina pueden producir disminución de la libido, incluso el abuso de alcohol puede tener este efecto. Algunos de los antihipertensivos usados, tales como los beta bloqueadores y los diuréticos, pueden producir trastorno de la erección en el varón.

Examen físico y exámenes de laboratorio
Asegurarán el impacto de su condición médica en la función sexual del paciente.

Focalización del problema basándose en el modelo de respuesta sexual de Masters y Johnson, Kaplan y Levine.

- Fase Deseo La persona percibe un interés subjetivo en el contacto erótico.
- Fase Excitación Signos fisiológicos de excitación (erección en el hombre y congestión/lubricación en la mujer).

Fase Orgasmo Descarga de la tensión sexual acumulada.

Variables que afectan al problema sexual

- Contexto inmediato
 - Contacto erótico.
- Interacción cónyuges
 - Relaciones interpersonales.
- Intrapésiquico
 - Estructura psicológica del paciente.

Evolución en el tiempo
A mayor duración del problema, mayor resistencia al tratamiento.
Rara vez sólo se debe al paso del tiempo, más bien, refleja cambios en las variables que mantienen el problema. Ej. Cambios en las sensaciones genitales. Luego de una pequeña intervención ginecológica, se puede llegar a una carencia de excitación de larga evolución, resultado de la mala comunicación acerca de cómo manejar la dificultad inicial, aumentando la hostilidad entre los cónyuges, los que se culpan mutuamente de continuos contactos sexuales insatisfactorios.

Lo que comenzó como un hecho aislado (problema médico específico) puede evolucionar a problemas de relaciones interpersonales.

Los médicos que ejercen la atención primaria tienen un rol importantísimo en el manejo inicial de las disfunciones sexuales, así como en derivar a los especialistas aquellas patologías que requieren de técnicas específicas. El aportar información suficiente, clara y precisa (acerca de la anatomía normal, fisiología de la respuesta sexual humana, los cambios que se producen con la edad y el embarazo, así como con la menopausia) junto con dar seguridad al paciente de su recuperación, estableciendo un diagnóstico precoz y una eventual intervención son esenciales para un tratamiento efectivo.

Bibliografía

1. Masters WH, Johnson VE: Human sexual response. Boston, Little Brown and Co., 1966.
2. Masters WH, Johnson VE: Human sexual inadequacy. London, Churchill Livingstone, 1970.
3. Masters WH, Johnson VE, Kolodny RC: La sexualidad humana. Barcelona, Grijalbo, 1987.
4. Renshaw D: Seven weeks to better sex. New York, Random House, 1995.
5. DSM IV: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 4a Ed. Barcelona, Masson, S.A., 1995.
6. Kaplan HS: La nueva terapia sexual. Madrid, La Alianza, 1974.
7. Abate FE: Sexualidad conyugal. Buenos Aires, El Ate-neo, 1993.
8. Bancroft J: Human sexuality and its problems. 2nd Ed. Edinburgh, Churchill Livingstone, 1989.
9. Franco JA: Sexualidad humana normal y patológica. Buenos Aires, CTM Servicios bibliográficos, 1995.
10. Hartman WE, Fithian MA: Treatment of sexual dysfunction, a bio-psycho-social approach. New York, Jason Aronson, 1974.
11. King BM: Human sexuality today. 2nd Ed. New Jersey, Prentice Hall, 1996.
12. Mc Cary JL, Mc Cary SP: Sexualidad humana de Mc Cary. 5ª Ed. México DF, El Manual Moderno, 1996.
13. Munjack DJ, Oziel LJ: Sexual medicine and counseling in office practice: a comprehensive treatment guide. Boston, Little Brown and Co., 1980.
14. Quijada O: Hacer el amor. Santiago, Importadora Alfa, 1986.
15. Rojas E: Enciclopedia de la sexualidad y de la pareja. Madrid, Espasa Calpe, 1991.