

La disfunción eréctil y otros trastornos sexuales en la consulta del médico de familia: ¡asumamos nuestro protagonismo!

F. Sánchez Sánchez

Médico de Familia. Centro de Salud de Rotglá, Valencia. Miembro del Grupo de Salud Mental y Sexología de Semergen.

La sexualidad ha despertado el interés de hombres y mujeres de todas las clases y condiciones desde los tiempos más remotos hasta nuestros días. Y la sexualidad, esencial en la vida de las personas, se experimenta de distintas formas en base a experiencias propias pero también a influencias públicas, sociales y culturales.

La sexualidad ocupa un lugar esencial en nuestro sistema de valores y en los últimos tiempos hemos visto cómo, en relación a ella, se han ido modificando de manera muy evidente los papeles tanto de hombres como de mujeres. Este cambio ha sido más manifiesto en ellas, al ganar de manera clara cuotas de autonomía sobre su propio cuerpo, lo que en general ha modificado las conductas e influido en los considerados “valores sexuales tradicionales”, con importante repercusión en las relaciones interpersonales y sociales.

Las consecuencias que a largo plazo se generen de esta nueva situación son difíciles de predecir actualmente, pero, de cualquier modo, en mi opinión nos conducirán en un futuro no muy lejano a una relación entre los sexos más justa y equitativa que la actual (y sobre todo que la precedente), aunque el camino para alcanzarla y por el que en estos tiempos transitamos sea provisionalmente perturbador.

Y la sexualidad interesa mucho. Un reciente artículo publicado en el diario *El Mundo*, con fecha de 31 de diciembre de 2002, sobre llamadas al Teléfono de la Sexualidad del Instituto Valenciano de la Juventud (IVAJ), daba cuenta que durante este año habían atendido 6.716 llamadas de jóvenes entre 19 y 26 años, la mayoría chicas (alrededor del 60%), que consultaban dudas sobre el sexo, entre las cuales estaban como más frecuentes las llamadas urgentes por riesgo de embarazo no deseado y preguntas de-

mandando información sobre planificación familiar, conocimiento del cuerpo, formas de comportamiento sexual, prevención de enfermedades de transmisión sexual y sida, así como sobre respuestas y vivencias sexuales.

Numerosos estudios poblacionales resaltan la importancia del disfrute de una buena salud sexual y evidencian que el individuo y su entorno entran en crisis cuando “lo sexual” falla. Es un hecho que las quejas por trastornos sexuales están llegando a nuestras consultas con más asiduidad que antes y los médicos de familia siempre hemos sabido dar acertadas respuestas a las demandas planteadas por la sociedad que nos tiene encargado el cuidado de su salud. En ese sentido, no sólo hemos de saber dar una cumplida respuesta a las peticiones de información que los jóvenes nos puedan plantear, sino que hemos de tener en cuenta que los trastornos sexuales están saliendo del cuarto oscuro en el que se han mantenido secularmente para ir aflorando y se nos presentarán cada vez con mayor frecuencia en nuestra clínica diaria, por lo que hemos de estar preparados para afrontarlos con éxito.

Por ello se hace cada vez más necesario tener presente el informe de la OMS de 1975, a partir de la reunión de Ginebra del 6 al 12 de febrero de 1974 elaborado por 29 expertos de 12 países, algunos tan relevantes como John Bancroft, actual director del Instituto Kinsey, o Helen S. Kaplan, en el que se definió la 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”. Desde ese punto de vista se consideran muy importantes el derecho a la información sexual y el derecho al placer.

Según Mace, Bannerman y Burton, el concepto de sexualidad sana incluye tres elementos básicos que los médicos de familia deberíamos tener muy presentes:

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

—La ausencia de temores, de sentimientos de vergüenza y culpabilidad, de creencias infundadas y de otros fac-

Correspondencia:
F. Sánchez Sánchez.
C/ Maullets, 3, 8º-16.
46800 Xàtiva, Valencia.
Correo electrónico: fsanchezs@semergen.es

tores psicológicos que inhiban la reacción sexual o perturben las relaciones sexuales.

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

Un ejemplo claro lo tenemos con la disfunción eréctil (DE), término menos peyorativo que el anteriormente usado de impotencia, que de modo progresivo ha ido adquiriendo mayor protagonismo en nuestras consultas; para que esto haya sucedido, la aparición en el mercado farmacéutico de la molécula de sildenafil no ha sido un hecho baladí, antes al contrario.

Pues bien, no debemos olvidar que éstas y otras disfunciones sexuales provocan una verdadera agresión tanto sobre el individuo afectado como sobre su entorno socio-familiar, generando merma en la calidad de vida, problemas de relación de pareja (conductas de evitación, conflictos, problemas de comunicación, etc.), pero también repercutiendo sobre nuestra práctica clínica al inducir en ocasiones incumplimiento terapéutico. Sirva, a modo de ejemplo, los casos de DE secundaria a la toma de ciertos fármacos, que hace que ante la aparición de este efecto adverso los pacientes abandonen con frecuencia la medicación.

Precisamente el mayor conocimiento de los trastornos sexuales en general y más en concreto de la DE nos ha permitido evaluar con bastante aproximación la magnitud del problema (52% de los varones entre 40 y 70 años la presentan en mayor o menor grado según el *Massachusetts Male Aging Study*, aunque en España el estudio EDEM muestra una menor prevalencia) y esto ha redundado en un mejor conocimiento de sus causas, modificando creencias que históricamente, y más aún tras la aparición de las teorías freudianas, situaban casi en exclusiva a los conflictos psicológicos en la génesis de los trastornos sexuales, relegando a un segundo plano, cuando no al olvido, posibles causas orgánicas. Al irse conociendo mejor la fisiopatología de la erección y con la publicación de diversos estudios epidemiológicos se ha ido reconociendo la preponderancia de los trastornos orgánicos en su etiología, eso sí, con la muy frecuente asociación de diversos factores psicológicos y sociales que predisponen o desencadenan el trastorno clínico.

Es preciso conocer cómo han evolucionado los conocimientos sobre la etiología de la DE para poder entender el hecho de que durante varias décadas esta enfermedad haya sido abordada exclusivamente desde una perspectiva psicológica. Una vez reconocido el predominio orgánico en el origen del trastorno, y por las características de éste y otros tipos de trastorno sexual como son su elevada prevalencia, el fácil diagnóstico y fácil abordaje terapéutico inicial, es obvio que los médicos de familia, como en otras áreas competenciales de nuestro ejercicio profesional, somos quienes más deberíamos tener qué decir y qué aportar dado que la diabetes, la hipertensión, la hipercolesterolemia, el tabaquismo y en definitiva los factores de riesgo cardiovascular suponen del 60% al 80% de las causas

de DE (Documento de Consenso Español sobre Disfunción Eréctil, desarrollado en el año 2001, por 12 Sociedades Científicas españolas, entre ellas SEMERGEN, y un Colegio Oficial de Farmacéuticos).

¿Y cuál es nuestro cometido en la atención clínica de la DE así como de otros trastornos sexuales? A mi modo de ver nuestra intervención fundamental recaerá en la información y el asesoramiento, así como el diagnóstico e inicio terapéutico.

Sin olvidar que a veces la DE puede ser el primer signo clínico de una isquemia coronaria silente, nos encontraremos con situaciones en las que se nos solicite consejo sobre cuándo reanudar la actividad sexual, como el caso de pacientes con eventos cardiovasculares recientes, y otras en las que se nos demande terapia sexual, como es el caso de pacientes con DE de etiología diversa (diabéticos, hipertensos, trastornos depresivos, DE secundaria al uso de ciertos fármacos de origen psicógeno, etc.). Para que nuestra intervención terapéutica sea eficaz hemos de considerar aspectos que son peculiares de las disfunciones sexuales en general y de la DE en particular, evitando la frecuente “culpabilización” del individuo afectado y transmitiendo la idea de que el problema afecta a ambos miembros de la pareja y se ha de compartir, insistiendo en la importancia que tiene, con vistas a alcanzar buenos resultados terapéuticos, que el miembro de la pareja no directamente afectado asuma una actitud colaboradora.

Es evidente que nuestras consultas se sobrecargan con labores de gestión y burocracia que desgraciadamente nuestras administraciones sanitarias no alivian (y que tampoco nosotros como colectivo, hasta el momento, hemos sido capaces de forzar a solucionar), pero no podemos perder de vista cuál es nuestro horizonte profesional y el abordaje de los trastornos sexuales en general y de la DE en particular lo es. En algunos casos concretos que superen nuestra capacidad de intervención, consultaremos o derivaremos a otros especialistas (ginecólogo, sexólogo, urólogo, psiquiatra, etc.). Pero no miremos para otro lado ante la sospecha de una disfunción sexual y asumamos nuestro compromiso con una patología que está ahí y que altera seriamente la calidad de vida de nuestros pacientes. Tengamos claro que son trastornos más frecuentes de lo que suponíamos, cuyo diagnóstico requiere una búsqueda activa de los casos basada en su sospecha y que para su reconocimiento, como siempre en nuestro ejercicio profesional y más aquí si cabe, es esencial la adopción de una postura de empatía con el posible afectado.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- De Busk RF. Evaluating the cardiovascular tolerance for sex. *Am J Cardiol* 2000;86 (Suppl):51F-6.
- Feldman HA, Goldstein I, Hatzichristou DG, Krane RJ, McKinlay JB. Impotence and its medical and psychosocial correlates: results from the Massachusetts Male Aging Study. *J Urol* 1994;151:54-61.
- Frances A, Alan H, First MB. *DSM-IV Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Barcelona: Masson SA, 1995; p. 514-7.

- Hite S. El orgasmo femenino. Teorías sobre la sexualidad humana. Barcelona: Ediciones B, 2002.
- Kantor J, Bilker WB, Glasser DB, Margolis DJ. Prevalence of erectile dysfunction and active depression: an analytic cross-sectional study of general medical patients. *Am J Epidemiol* 2002;156:1035-42.
- Kaplan HS. La nueva terapia sexual 1. Tratamiento activo de las disfunciones sexuales. Madrid: Alianza Editorial, 1978; p. 175-248.
- López Merino V, Sánchez Sánchez F. Sexualidad en pacientes que han sufrido un infarto. *Semergen* 2001;27:516-21.
- Martín Morales A, Sánchez Cruz JJ, Saenz de Tejada I, Rodríguez Vela AL, Jiménez-Cruz JF, Burgos-Rodríguez R. Prevalence and independent risk factors for erectile dysfunction in Spain: results of the "Epidemiología de la Disfunción Eréctil Masculina" Study. *J Urol* 2001;166:569-75.
- Moreira A. Etiopatogenia de la disfunción eréctil. Actualización en Andrología. Tecnología Gráfica SL, 1999; p. 224-40.
- Morse WI, Morse JM. Erectile impotence precipitated by organic factors and perpetuated by performance anxiety. *Can Med Assoc J* 1982;127:599-601.
- NIH Consensus Conference Impotence. NIH Consensus Development Panel of Impotence. *JAMA* 1993;270:83-90.
- Oyagüez I, Martínez E, Gallardo C, Gil A. Investigación de la disfunción eréctil en Atención Primaria. Efectividad del tratamiento con sildenafil. *Medicina General* 2001;31:125-31.
- Sánchez Sánchez F, Albelda Viana R, Mir Pizá J, García Ferrando MA, Solves Francés R, Montejo González AL. Utilidad de sildenafil en pacientes con Disfunción Eréctil tras toma de antidepresivo. Aceptado en Atención Primaria. (En fase de publicación).
- Slag MF, Morley JE, Elson MK. Impotence in medical clinic outpatients. *JAMA* 1983;249:1736-40.
- WHO/OMS. Instrucción y asistencia en cuestiones de sexualidad humana: Formación de profesionales de la salud. Ginebra, 1975. Serie Técnica Nr. 572.