



ORIGINAL

Evaluación del abordaje de la sexualidad en las consultas de atención primaria en España: estudio comparativo multicéntrico (2004-2017)



C. Rojo-Villaescusa ^{a,*} y J. Zarco-Montejo ^b

^a *Medicina de familia, Centro de Salud Bustarviejo, Madrid, España*

^b *Medicina de familia, Centro de Salud Ibiza, Madrid, España*

Recibido el 13 de diciembre de 2021; aceptado el 3 de abril de 2022

Disponible en Internet el 20 de mayo de 2022

PALABRAS CLAVE

Sexualidad;
Medicina familiar y
comunitaria;
Atención primaria de
salud;
Salud sexual

Resumen

Objetivo: Describir cómo se aborda la sexualidad en las consultas de los médicos de familia (MF), así como comparar los resultados de un cuestionario realizado en 2017, que actualizó los datos obtenidos de una encuesta de 2004.

Material y métodos: Estudio descriptivo, analítico, multicéntrico con 2 cortes transversales. De los 3.500 MF que cumplían los criterios selección (acreditación como tutor de residentes y ser trabajador en activo en el momento del estudio), contestaron a la encuesta 598 médicos en 2017 y 357 en 2004.

Resultados: En ambos estudios la mayoría (98,6% en 2017 y 96% en 2004) considera que la esfera sexual es un componente importante en la salud de las personas, pero menos de la mitad (40,6% en 2017 y 21,6% en 2004) lo registra sistemáticamente en su historia clínica. Los cursos de formación continuada fueron la principal fuente de formación en sexualidad en ambos estudios (50,6% en 2017 y 31,4% en 2004). Las principales barreras encontradas en ambos estudios fueron la falta de tiempo (85,5% en 2017 y 82,1% en 2004) y la falta de formación (75,2% en 2017 y 74,5% en 2004).

Conclusiones: Los MF conocen la importancia de la sexualidad en la salud de las personas, pese a ello, un escaso número de profesionales lo registra sistemáticamente en su historia clínica. Los cursos de formación continuada fueron una fuente formación en sexualidad muy relevante y coincide con un aumento de su oferta en los últimos años. Las principales barreras en ambos estudios fueron la falta de tiempo y la escasa formación.

© 2022 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: c.rojovillaescusa@gmail.com (C. Rojo-Villaescusa).

KEYWORDS

Sexuality;
Family practice;
Primary health care;
Sexual health

Evaluation of the approach to sexuality in primary care consultations in Spain: A multicentre comparative study (2004-2017)**Abstract**

Objective: To describe how sexuality is addressed in general practitioners' (GP) consultations, as well as to compare the results of a questionnaire carried out in 2017 that updated the data obtained from a 2004 survey.

Material and methods: Descriptive, analytical, multicentre study with 2 cross-sections. Of the 3,500 GP who met the selection criteria (holding current accreditation as a resident tutor and being an active worker at the time of the study), 598 doctors participated in the survey in 2017 and 357 in 2004.

Results: In both studies, the majority (98.6% in 2017 and 96% in 2004) consider that the sexual sphere is an important component in people's health, but less than half (40.6% in 2017 and 21.6% in 2004) systematically recorded it in their clinical history. The main source of training in sexuality in both studies were continuing education courses (50.6% in 2017 and 31.4% in 2004). The main barriers found in both studies were lack of time (85.5% in 2017 and 82.1% in 2004) and lack of training (75.2% in 2017 and 74.5% in 2004).

Conclusions: GP are aware of the importance of sexuality in people's health, despite this, few professionals systematically record it in their medical records. The main source of training in sexuality is continuing education courses, which has increased in recent years. The main barriers in both studies are lack of time and poor training.

© 2022 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

La sexualidad es definida por la Organización Mundial de la Salud como un aspecto central del ser humano durante toda su vida, que se experimenta y se expresa en todo lo que somos, sentimos, pensamos y hacemos¹. Los profesionales sanitarios tienen la responsabilidad de ayudar a las personas a mejorar sus habilidades para vivir una sexualidad plena. Para ello deben ofrecer información fiable, así como dar apoyo y consejo sobre cualquier aspecto relacionado con la sexualidad y la reproducción². Los médicos de familia (MF) tienen un importante papel al respecto, ya que son los primeros a los que, en la mayoría de las ocasiones, las personas acuden para consultar problemas o dudas sexuales.

La historia clínica sexual (HCS) tiene algunas características que le otorgan un carácter especial, ya que nos adentramos en un tema privado e íntimo de la persona y esto puede plantear ciertas dificultades a la hora de realizar la anamnesis³. Además, pese a su importancia, no es infrecuente que se destine poco tiempo para hablar sobre sexualidad durante las visitas médicas⁴, al considerar que es un aspecto menos relevante que otros en la vida del paciente o, simplemente, algo prescindible.

En España, la valoración de la calidad asistencial por los profesionales sanitarios hacia la sexualidad es escasa y en la actualidad existe una carencia en el número de estudios científicos llevados a cabo en el ámbito de la atención primaria de salud (APS) que abarquen este tema de manera global⁵.

El objetivo principal de este trabajo es describir cómo se aborda actualmente la sexualidad en la consulta del MF y comparar los resultados actuales (año 2017) con los obtenidos en una encuesta idéntica 13 años antes (año 2004).

Como objetivos secundarios, se buscó describir la formación recibida por los MF sobre sexualidad a lo largo de su carrera profesional y detectar si esta ha servido para mejorar su abordaje en la práctica clínica, además de analizar el abordaje de prácticas de riesgo e infecciones de transmisión sexual y la investigación de procesos vitales y problemas de salud que pueden afectar a la sexualidad. A su vez, se pretende identificar las dificultades fundamentales para abordar la sexualidad en la consulta del MF.

Material y métodos

Ámbito y población del estudio

Se realizó un estudio descriptivo con 2 cortes transversales, analítico y multicéntrico que fue llevado a cabo en la Unidad Docente Sureste de Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC) de Madrid. El primer corte se hizo durante el primer semestre del 2004. El segundo entre septiembre de 2016 y mayo de 2017. La población estudiada incluía especialistas en MFyC con acreditación actualizada como tutor de residentes, que fuesen trabajadores del Sistema Nacional de Salud en activo durante el periodo de recogida de datos. Partimos de una población de 3.500 tutores. Como criterio de exclusión, se descartaron los cuestionarios con más del 20% de preguntas no contestadas.

Variables e instrumentos de medida

Los datos aportados por los participantes en el estudio fueron recogidos mediante un cuestionario autocumplimentado y anónimo. Los MF participantes fueron incluidos de manera prospectiva. El cuestionario se diseñó específicamente para

analizar el abordaje de la sexualidad en las consultas de los MF y se validó de forma previa mediante un estudio piloto en el que participaron 30 MF. Constaba de 60 preguntas, 48 se contestaban según una escala de Likert de 5 puntos (siempre, casi siempre, indiferente, nunca y casi nunca) y 12 con respuestas dicotómicas (sí/no). Las variables clínicas se agruparon en las temáticas: historia clínica sexual, prácticas sexuales de riesgo, preferencias sexuales y etapas vitales, enfermedades/procesos concomitantes, formación en sexualidad y dificultades en su abordaje. Las variables demográficas fueron: edad, sexo, ámbito de trabajo (rural o urbano), provincia y comunidad autónoma donde ejercía el MF. Se dividió la muestra en 2 grupos de edad: de 30 a 45 años y de 46 a 65 años.

La encuesta se hizo llegar por correo corporativo a todas las unidades docentes de MFyC de España (94 en total, incluyendo Ceuta y Melilla), con un mensaje explicativo y un enlace web a la encuesta, que permitía contestarla de manera *online* y anónima. Las variables fueron registradas en una base de datos digital (Formularios de Google, Mountain View, California, Estados Unidos). Se hicieron llamadas telefónicas a cada una de las unidades docentes, en las que se explicó detalladamente el proyecto y se solicitó la difusión del cuestionario a los tutores. Después, se enviaron mensajes electrónicos a las unidades docentes con el fin de reforzar dicha propagación.

Análisis estadístico

Según lo recogido en estudios previos, se calculó que había que obtener un porcentaje de respuesta del 10% entre nuestra población seleccionada (3.500 tutores). Por ello, nuestro objetivo fue obtener una muestra mínima de 350 participantes, calculado para α 0,05 y β 0,80.

Se realizó un análisis estadístico descriptivo para todas las variables del estudio. Las variables cualitativas se describieron con frecuencias absolutas y porcentajes, y las variables cuantitativas, con la mediana y el rango intercuartílico. La normalidad se comprobó mediante el test de Kolmogorov-Smirnov.

Se utilizó la prueba de chi-cuadrado para comparar las variables categóricas. Las variables cuantitativas se compararon con el análisis de la varianza (ANOVA) o con el test de Kruskal-Wallis, cuando fueron no paramétricas.

Se hizo un análisis multivariante estratificado en función de las variables clasificadoras (edad, sexo, ámbito de trabajo y provincia) para estudiar su relación con el resto de las respuestas del cuestionario.

Para todos los contrastes de hipótesis se asumirá un nivel de significación del 5% ($p < 0,05$). El análisis estadístico se calculó con el paquete de programas estadísticos SPSS versión 21.0.

Aspectos éticos

El proyecto fue presentado y aprobado con evaluación favorable por la Comisión Central de Investigación de APS de la Comunidad de Madrid. Los investigadores se comprometieron a respetar las normas éticas internacionales. No se solicitó un consentimiento informado para participar en la encuesta, ya que se asume un consentimiento implícito al

responderla. Se incidió en que la participación en el estudio era voluntaria.

Resultados

En 2004 participaron 357 MF, lo que supone una tasa de respuesta del 10,2%. En 2017 participaron 598 MF (tasa de respuesta del 17,08%).

En 2004, las comunidades autónomas donde se obtuvo mayor tasa de respuesta fueron: Madrid (33%), Cataluña (14,3%) y Andalucía (7,6%). En 2017 fueron: Madrid (24,5%), Andalucía (21,3%) y Cataluña (11,7%).

La mediana de edad de los participantes en el estudio actual fue de 52 años, superior a la del estudio de 2004 (44 años; $p < 0,001$).

En cuanto a la distribución por sexo, también existen diferencias. En el estudio de 2004 participaron 192 hombres (55,8%) frente a 152 (44,2%) en 2017 ($p < 0,001$). En cuanto a las mujeres, participaron 232 (38,9%) en 2004 frente a 364 (61,1%) en 2017 ($p < 0,001$).

En ambos estudios el ámbito de trabajo es predominantemente urbano. Participaron en dicho ámbito 271 MF (78,1%) en 2004 y 494 (82,7%) en el estudio actual. En el ámbito rural participaron 67 MF (19,3%) en 2004 y 103 (17,3%) en el último estudio ($p < 0,001$).

Diferencias entre las respuestas del cuestionario del año 2004 y el año 2017

Formación en sexualidad

En ambos estudios, la formación en sexualidad durante la carrera de medicina (pregrado) es escasa; no obstante, el porcentaje de médicos que refiere haberla recibido es superior en el estudio actual (5,6% en 2004 frente a 12,2% en 2017) ($p = 0,001$).

El porcentaje de MF que ha recibido formación en sexualidad durante la residencia de MFyC es mayor en el estudio actual ($p < 0,001$). Lo mismo ocurre con los cursos de formación continuada, cuyo porcentaje es notablemente superior en el último estudio. El 30,8% de los encuestados en 2004 afirma no haber recibido formación en sexualidad a lo largo de su carrera profesional. En 2017 este porcentaje fue del 26,4% (fig. 1).

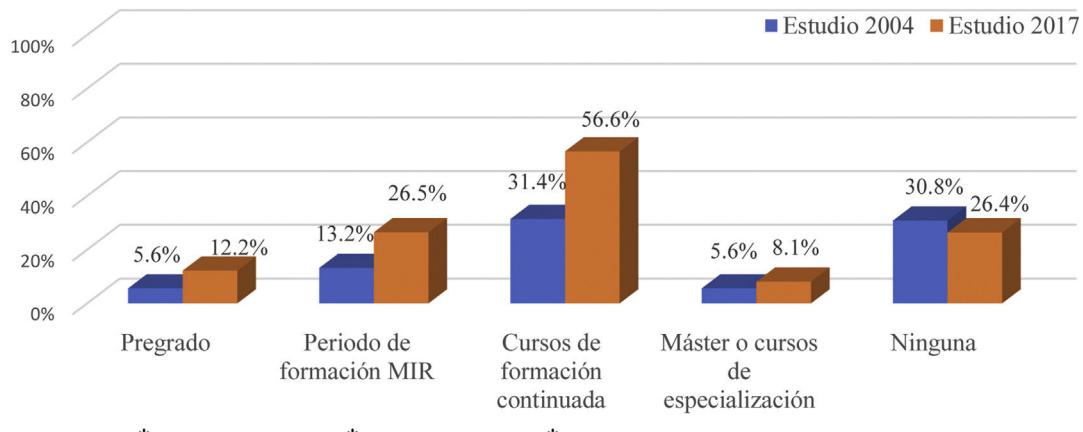
Historia clínica sexual

En el estudio de 2004, el 96% estaba de acuerdo con la afirmación «La esfera sexual es un componente importante en la salud de las personas», algo que se ha mantenido en el estudio actual, ya que el 98,6% está de acuerdo con dicha frase. El porcentaje de MF que no registra la HCS es elevado en ambos estudios (69,4% en 2004 y 54,5% en 2017), no obstante existe una mejoría estadísticamente significativa a lo largo de los 13 años, al ser el porcentaje de registro mayor en la actualidad ($p < 0,001$). El porcentaje de MF que considera tener formación suficiente para elaborar la HCS es mayor en el último estudio (31,3% en 2004 frente a 50,6% en 2017) ($p < 0,001$) (tabla 1).

Prácticas sexuales de riesgo

Existen diferencias significativas al comparar las respuestas de los MF de las 2 encuestas en 10 preguntas sobre

Formación en sexualidad



* $P < 0.05$

Figura 1 Comparación entre el estudio de 2004 y el estudio de 2017 en cuanto a formación en sexualidad.

prácticas sexuales de riesgo (tabla 2). Ha aumentado de forma marcada el porcentaje de MF que investiga sobre el número de contactos sexuales y que interroga sobre las prácticas de riesgo sexual. Hablar sobre el uso de la prostitución y el registro de sustancias adictivas en el contexto de las relaciones sexuales lo hace menos de un cuarto de los encuestados en ambos estudios (pese a observarse una mejoría significativa al compararlos).

Salud sexual

En ambos estudios, un amplio porcentaje de MF considera que es importante hablar de sexo con las personas mayores. Sin embargo, un porcentaje elevado nunca o casi nunca registra la HCS de las personas ancianas de su cupo (83,1% en 2004 y 80,5% en 2017). La orientación sexual de los pacientes es investigada por menos de la mitad de los encuestados en ambos estudios. No obstante, el porcentaje de MF que la estudian es significativamente mayor en el ultimo estudio (28,3% en 2004 vs. 44,9% en 2017) ($p < 0,001$). Por otro lado, llama la atención que más del 90% de los encuestados en ambos estudios no investigan sobre las fantasías sexuales de sus pacientes (tabla 3).

Patologías o procesos concomitantes

Al evaluar los procesos concomitantes de la salud de los pacientes, se observa que no todos ellos se relacionan con su vida sexual con la misma frecuencia. Podemos observar que existen diferencias significativas a favor del estudio de 2017 en 6 procesos, los cuales se abordan en consulta clínica con más frecuencia que en 2004 (tabla 4). Estos son: andropausia, embarazo, insuficiencia cardiaca congestiva, preparto, trastornos de la autoimagen y limitación muscular-squelética.

Dificultades en el abordaje de la sexualidad

La falta de tiempo es la principal dificultad para el abordaje de la sexualidad reflejada por los MF encuestados en ambos estudios, seguido de la falta de formación. La privacidad de la esfera sexual es la tercera barrera más frecuentemente

encontrada en ambos estudios, aunque se observan diferencias significativas con respecto al estudio de 2004, ya que supone una limitación para un porcentaje de MF mayor en el estudio actual (fig. 2).

Discusión

La muestra obtenida en 2017 es significativamente mayor a la obtenida en el año 2004. Esto se debe a que en la actualidad disponemos de mejores tecnologías y medios de comunicación, que hicieron que tanto la difusión de la encuesta como la creación de la base de datos previa a su explotación fuesen más sencillas. La mediana de edad de los participantes en el estudio actual fue más alta que en el año 2004. Una de las razones que podrían explicar este hecho es que los criterios de acreditación se han definido de manera clara en los últimos años⁶ y es necesario cumplir unos requisitos básicos para ser tutor. Entre ellos, se encuentra la antigüedad en el puesto de trabajo y el tiempo trabajado como MF. Esto implica que aquellos MF con mayor número de años trabajados (y, normalmente, con mayor edad) sean los que más posibilidades tengan de cumplir los criterios de acreditación como tutores.

En ambos estudios la mayoría trabajaba en el ámbito urbano. Esto es lógico, ya que la mayoría de los centros de salud acreditados se ubican en ciudades y, por lo tanto, existe un mayor número de tutores que ejercen en el ámbito urbano.

En cuanto al sexo, la muestra del estudio actual fue mayoritariamente femenina. Este hecho puede explicarse extrapolando los datos a los MF de España, donde en la actualidad existe un predominio de mujeres⁷⁻⁹.

Un hallazgo muy importante de nuestro estudio es que la formación en sexualidad dirigida a los estudiantes de medicina y residentes de MFyC en nuestro país es escasa. Es cierto que se observa una ligera mejoría en la formación en sexualidad de los MF españoles con respecto al estudio de 2004 durante los períodos de pregrado y formación MIR y, aunque esto puede suponer un progreso esperanzador, consideramos

Tabla 1 Comparación entre el estudio de 2004 y el estudio de 2017 en cuanto a la elaboración de una historia clínica sexual

Preguntas y respuestas del cuestionario		Estudio 2004	n (%)	Estudio 2017	n (%)	p
La esfera sexual es un componente importante en la salud de las personas	Nunca	4 (1,1)	8 (2,2)	5 (0,8)	7 (1,1)	0,03 *
	Casi nunca	4 (1,1)		2 (0,3)		
	Indiferente	6 (1,7)	6 (1,7)	1 (0,2)	1 (0,2)	
	Casi siempre	89 (25,3)	338 (96)	138 (23,1)	589 (98,6)	
	Siempre	249 (70,7)		451 (75,5)		
En las historias clínicas registro la historia sexual	nunca	41 (11,5)	247 (69,4)	52 (8,7)	326 (54,5)	0,000 *
	casi nunca	206 (57,9)		274 (45,8)		
	Indiferente	32 (9,0)	32 (9,0)	29 (4,8)	29 (4,8)	
	Casi siempre	73 (20,5)	77 (21,6)	219 (36,6)	243 (40,6)	
	Siempre	4 (1,1)		24 (4,0)		
Tengo suficiente formación para realizar la historia sexual de las personas asignadas a mi cupo	Nunca	38 (10,7)	156 (43,9)	32 (5,4)	212 (35,6)	0,000 *
	Casi nunca	118 (33,2)		180 (30,2)		
	Indiferente	88 (24,8)	88 (24,8)	83 (13,9)	83 (13,9)	
	Casi siempre	94 (26,5)	111 (31,3)	241 (40,4)	302 (50,6)	
	Siempre	17 (4,8)		61 (10,2)		
Me resulta embarazoso hablar de sexo con los pacientes	Nunca	37 (10,4)	150 (42,1)	130 (21,8)	316 (53)	0,000 *
	Casi nunca	113 (31,7)		186 (31,2)		
	Indiferente	56 (15,7)	56 (15,7)	63 (10,6)	63 (10,6)	
	Casi siempre	137 (38,5)	150 (42,2)	192 (32,2)	217 (36,4)	
	Siempre	13 (3,7)		25 (4,2)		
Me he sentido atraído sexualmente por algún/a de mis pacientes	Nunca	177 (52,7)	263 (78,3)	353 (59,2)	485 (81,3)	>0,05
	Casi nunca	86 (25,6)		132 (22,1)		
	Indiferente	22 (6,5)	22 (6,5)	33 (5,5)	33 (5,5)	
	Casi siempre	49 (14,6)	51 (15,2)	76 (12,8)	78 (13,1)	
	Siempre	2 (0,6)		2 (0,3)		
Solo hablo de sexo si los pacientes me lo demandan	Nunca	21 (6,0)	65 (18,5)	14 (2,3)	82 (13,7)	0,000*
	Casi nunca	44 (12,5)		68 (11,4)		
	Indiferente	52 (14,8)	52 (14,8)	45 (7,5)	45 (7,5)	
	Casi siempre	179 (50,9)	235 (66,8)	325 (54,4)	470 (78,7)	
	Siempre	56 (15,9)		145 (24,3)		
Para hablar de sexo procuro estar a solas con el paciente	Nunca	4 (1,1)	18 (5,1)	5 (0,8)	39 (6,5)	>0,05
	Casi nunca	14 (4,0)		34 (5,7)		
	Indiferente	51 (14,4)	51 (14,4)	76 (12,7)	76 (12,7)	
	Casi siempre	152 (42,9)	285 (80,5)	257 (43,0)	483 (80,8)	
	Siempre	133 (37,6)		226 (37,8)		
He vivido alguna situación embarazosa en la consulta por sentirme acosado/a	Nunca	201 (56,9)	294 (83,2)	338 (56,6)	492 (82,4)	>0,05
	Casi nunca	93 (26,3)		154 (25,8)		
	Indiferente	16 (4,5)	16 (4,5)	22 (3,7)	22 (3,7)	
	Casi siempre	37 (10,5)	43 (12,2)	67 (11,2)	83 (13,9)	
	Siempre	6 (1,7)		16 (2,7)		
Al hablar de sexo con los pacientes tengo presente la posibilidad de la existencia de un acoso sexual	Nunca	129 (37,3)	219 (63,3)	201 (33,7)	372 (62,3)	0,000*
	Casi nunca	90 (26,0)		171 (28,6)		
	Indiferente	68 (19,7)	68 (19,7)	65 (10,9)	65 (10,9)	
	Casi siempre	41 (11,8)	59 (17)	124 (20,8)	160 (26,8)	
	Siempre	18 (5,2)		36 (6,0)		

* p < 0,05.

que estos resultados deberían ser mejores. Existe amplia literatura científica que explica que la falta de formación aumenta las dificultades a la hora de elaborar una HCS de manera adecuada¹⁰⁻¹² y que los médicos que reciben más formación se sienten menos incómodos a la hora de hablar sobre temas sexuales^{13,14}. Por ello, creemos que los resultados de nuestro estudio sirven para reclamar la revisión y perfeccionamiento de los programas formativos en sexualidad de los estudiantes de medicina y residentes de MFyC de España.

Uno de los resultados más llamativos de nuestro trabajo es que más del 25% de los encuestados en ambos estudios no ha recibido ningún tipo de formación en sexualidad. Teniendo en cuenta que la muestra está constituida por MF que son tutores (profesionales que generalmente se preocupan de que su formación sea completa y de calidad), este resultado apoya todavía más la teoría de que la formación en sexualidad en España es insuficiente.

Una de las posibles causas por las que los MF de nuestro estudio reconocen que solo hablan de sexo cuando los

Tabla 2 Comparación entre el estudio 2004 y el estudio de 2017 en cuanto al abordaje de prácticas sexuales de riesgo

Preguntas y respuestas del cuestionario		Estudio 2004	n (%)	Estudio 2017	n (%)	p
Investigo el número de contactos sexuales de mis pacientes	Nunca	66 (18,6)	223 (62,8)	69 (11,5)	292 (48,8)	0,000*
	Casi nunca	157 (44,2)		223 (37,3)		
	Indiferente	36 (10,1)	36 (10,1)	25 (4,2)	25 (4,2)	
	Casi siempre	94 (26,5)	96 (27,1)	270 (45,2)	281 (47)	
	Siempre	2 (0,6)		11 (1,8)		
Investigo sobre prácticas de riesgo sexual de mis pacientes	Nunca	15 (4,2)	115 (32,2)	2 (0,3)	41 (6,8)	0,000*
	Casi nunca	100 (28,0)		39 (6,5)		
	Indiferente	55 (15,4)	55 (15,4)	10 (1,7)	10 (1,7)	
	Casi siempre	157 (44,0)	187 (52,4)	436 (73,2)	545 (91,5)	
	Siempre	30 (8,4)		109 (18,3)		
Registro antecedentes de infecciones de transmisión sexual	Nunca	10 (2,8)	65 (18,2)	6 (1,0)	35 (5,9)	0,000*
	Casi nunca	55 (15,4)		29 (4,9)		
	Indiferente	36 (10,1)	36 (10,1)	12 (2,0)	12 (2,0)	
	Casi siempre	168 (47,2)	255 (71,6)	264 (44,4)	547 (92)	
	Siempre	87 (24,4)		283 (47,6)		
Doy consejo sobre el uso de anticonceptivos a las personas en edad fértil	Nunca	19 (0,3)	33 (4,2)	1 (0,2)	8 (1,4)	0,000*
	Casi nunca	14 (3,9)		7 (1,2)		
	Indiferente	22 (6,2)	22 (6,2)	16 (2,7)	16 (2,7)	
	Casi siempre	179 (50,3)	319 (89,6)	209 (35,2)	570 (96)	
	Siempre	140 (39,3)		361 (60,8)		
Aconsejo sobre prácticas sexuales de menor riesgo	Nunca	13 (3,6)	82 (22,9)	17 (2,8)	74 (12,3)	0,000*
	Casi nunca	69 (19,3)		57 (9,5)		
	Indiferente	56 (15,7)	56 (15,7)	41 (6,9)	41 (6,9)	
	Casi siempre	177 (49,6)	219 (61,4)	308 (51,6)	482 (80,7)	
	Siempre	42 (11,8)		174 (29,1)		
Hablo de sexo con los adolescentes	Nunca	13 (3,7)	89 (25,1)	8 (1,3)	75 (12,5)	0,000*
	Casi nunca	76 (21,4)		67 (11,2)		
	Indiferente	45 (12,7)	45 (12,7)	29 (4,8)	29 (4,8)	
	Casi siempre	175 (49,3)	221 (62,3)	352 (58,9)	494 (82,6)	
	Siempre	46 (13,0)		142 (23,7)		
Hablo del uso de la prostitución con mis pacientes	Nunca	122 (34,5)	259 (73,2)	165 (27,7)	421 (70,7)	0,002*
	Casi nunca	137 (38,7)		256 (43,0)		
	Indiferente	40 (11,3)	40 (11,3)	39 (6,5)	39 (6,5)	
	Casi siempre	53 (15,0)	55 (15,6)	127 (21,3)	136 (22,8)	
	Siempre	2 (0,6)		9 (1,5)		
Registro el consumo de sustancias adictivas en el contexto de las relaciones sexuales	Nunca	152 (42,7)	269 (75,6)	234 (39,2)	420 (70,4)	0,004*
	Casi nunca	117 (32,9)		186 (31,2)		
	Indiferente	26 (7,3)	26 (7,3)	35 (5,9)	35 (5,9)	
	Casi siempre	43 (12,1)	61 (17,2)	126 (21,1)	142 (23,8)	
	Siempre	18 (5,1)		16 (2,7)		
Doy consejo sobre la utilización de métodos barrera	Nunca	13 (3,6)	37 (10,3)	6 (1,0)	13 (2,2)	0,000*
	Casi nunca	24 (6,7)		7 (1,2)		
	Indiferente	30 (8,4)	30 (8,4)	4 (0,7)	4 (0,7)	
	Casi siempre	196 (54,9)	290 (81,2)	243 (40,9)	577 (97,1)	
	Siempre	94 (26,3)		334 (56,2)		
Hablo con mis pacientes de las posibles infidelidades en las parejas y los riesgos consiguientes	Nunca	85 (23,9)	227 (63,9)	105 (17,6)	297 (49,8)	0,000*
	Casi nunca	142 (40,0)		192 (32,2)		
	Indiferente	44 (12,4)	44 (12,4)	47 (7,9)	47 (7,9)	
	Casi siempre	73 (20,6)	84 (23,7)	219 (36,7)	252 (42,2)	
	Siempre	11 (3,1)		33 (5,5)		

* p < 0,05.

pacientes lo demandan es la alta presión asistencial existente en las consultas de APS en España. La falta de tiempo disponible en la consulta puede determinar que el MF decide solo hablar de sexo si el paciente pregunta explícitamente por ello, en lugar de integrarlo como un aspecto más de su

salud¹⁵. Por otro lado, también podría deberse al carácter íntimo y personal de la HCS, de manera que el médico decide abrir esa puerta solo si el paciente llama a ella¹⁶.

Es cierto que el porcentaje de MF que afirma registrar la HCS es significativamente mayor en la actualidad. Esto

Tabla 3 Comparación entre el estudio 2004 y el estudio de 2017 en cuanto a preferencias sexuales y etapas vitales

Preguntas y respuestas del cuestionario		Estudio 2004	n (%)	Estudio 2017	n (%)	p
Registro en todas las historias de las personas mayores la historia sexual	Nunca	103 (29,0)	295 (83,1)	177 (29,7)	484 (81,2)	>0,05
	Casi nunca	192 (54,1)		307 (51,5)		
	Indiferente	16 (4,5)	16 (4,5)	21 (3,5)	21 (3,5)	
	Casi siempre	42 (11,8)	44 (12,4)	87 (14,6)	91 (15,3)	
	Siempre	2 (0,6)		4 (0,7)		
Investigo si las relaciones sexuales son satisfactorias	Nunca	70 (19,7)	242 (68,2)	108 (18,1)	366 (61,2)	0,015*
	Casi nunca	172 (48,5)		258 (43,1)		
	Indiferente	32 (9,0)	32 (9,0)	42 (7,0)	42 (7,0)	
	Casi siempre	81 (22,8)	81 (22,8)	182 (30,4)	190 (31,7)	
	Siempre	0 (0,0)		8 (1,3)		
Investigo sobre la orientación sexual de mis pacientes	Nunca	68 (19,3)	220 (62,4)	73 (12,2)	271 (45,4)	0,000*
	Casi nunca	152 (43,1)		198 (33,2)		
	Indiferente	33 (9,3)	33 (9,3)	58 (9,7)	58 (9,7)	
	Casi siempre	99 (28,0)	100 (28,3)	256 (42,9)	268 (33,9)	
	Siempre	1 (0,3)		12 (2,0)		
Hablar de sexo con las personas mayores no es importante	Nunca	133 (37,7)	246 (69,7)	246 (41,3)	435 (73)	>0,05
	Casi nunca	113 (32,0)		189 (31,7)		
	Indiferente	50 (14,2)	50 (14,2)	68 (11,4)	68 (11,4)	
	Casi siempre	49 (13,9)	57 (16,2)	85 (14,3)	93 (15,6)	
	Siempre	8 (2,3)		8 (1,3)		
Investigo la relación de las enfermedades del paciente con su vida sexual	Nunca	32 (9,0)	122 (34,3)	12 (2,0)	86 (14,4)	0,000*
	Casi nunca	90 (25,3)		74 (12,4)		
	Indiferente	63 (17,7)	63 (17,7)	36 (6,1)	36 (6,1)	
	Casi siempre	143 (40,2)	171 (48,1)	355 (59,7)	473 (79,5)	
	Siempre	28 (7,9)		118 (19,8)		
Hablo del tipo y preferencias de las diferentes prácticas sexuales con mis pacientes	Nunca	143 (40,3)	298 (84)	171 (28,6)	431 (72,2)	0,000*
	Casi nunca	155 (43,7)		260 (43,6)		
	Indiferente	29 (8,2)	29 (8,2)	34 (5,7)	34 (5,7)	
	Casi siempre	27 (7,6)	28 (7,9)	123 (20,6)	132 (22,1)	
	Siempre	1 (0,3)		9 (1,5)		
Investigo las fantasías sexuales de mis pacientes	Nunca	255 (71,4)	336 (94,1)	409 (68,5)	552 (92,5)	>0,05
	Casi nunca	81 (22,7)		143 (24,0)		
	Indiferente	13 (3,6)	13 (3,6)	23 (3,9)	23 (3,9)	
	Casi siempre	7 (2,0)	8 (2,3)	20 (3,4)	22 (3,7)	
	Siempre	1 (0,3)		2 (0,3)		
Cuando detecto una disfunción sexual, derivo al paciente a otro especialista	Nunca	5 (1,4)	65 (18,3)	14 (2,3)		0,000*
	Casi nunca	60 (16,9)		108 (18,1)		
	Indiferente	64 (18,1)	64 (18,1)	49 (8,2)	49 (8,2)	
	Casi siempre	171 (48,3)	225 (63,6)	350 (58,6)	426 (71,3)	
	Siempre	54 (15,3)		76 (12,7)		
Comento los efectos secundarios de los tratamientos en relación con posibles disfunciones sexuales secundarias	Nunca	14 (4,0)	49 (13,9)	3 (0,5)	29 (4,8)	0,000*
	Casi nunca	35 (9,9)		26 (4,3)		
	Indiferente	40 (11,3)	40 (11,3)	18 (3,0)	18 (3,0)	
	Casi siempre	201 (56,8)	265 (74,9)	364 (60,9)	(92,2)	
	Siempre	64 (18,1)		187 (31,3)		

* p < 0,05.

puede deberse a que los medios disponibles para el registro son mejores que los existentes hace 13 años. La existencia de protocolos específicos puede ayudar a recopilar los datos de la HCS de manera más organizada y que a la hora de necesitarlos se encuentre de manera más rápida que estando dispersos en forma de texto libre.

En cuanto al abordaje de la sexualidad en ancianos, resulta oportuno señalar que, a pesar de que un gran porcentaje de los profesionales considera que es importante hablar de sexo con personas de mayor edad, tan solo un pequeño

porcentaje (15,30%) lo registra en su historia clínica. Está muy descrito en la literatura que la sexualidad aporta vitalidad y calidad de vida a personas de todas las edades^{17,18}, por lo que la ancianidad no debería ser un factor excluyente o de olvido.

Ningún estudio realizado hasta la fecha en el ámbito de APS en España investiga sobre tantos procesos y su posible relación con la alteración de la salud sexual como el nuestro. Fueron investigados 19 procesos. Algunos de ellos suelen estar relacionados con alteraciones en la función sexual

Tabla 4 Comparación entre el estudio de 2004 y el estudio 2017. Estudio de la salud sexual con relación a diferentes procesos o enfermedades de los pacientes

Preguntas y respuestas del cuestionario		Estudio 2004	n (%)	Estudio 2017	n (%)	p
Incontinencia urinaria	Nunca	59 (17,2)	165 (48)	111 (18,9)	253 (43,1)	>0,05
	Casi nunca	106 (30,8)		142 (24,2)		
	Indiferente	50 (14,5)	50 (14,5)	92 (15,7)	92 (15,7)	
	Casi siempre	100 (29,1)	129 (37,5)	179 (30,5)	242 (41,2)	
	Siempre	29 (8,4)		63 (10,7)		
Paciente con colostomía	Nunca	116 (34,1)	228 (67)	206 (34,9)	387 (65,6)	>0,05
	Casi nunca	112 (32,9)		181 (30,7)		
	Indiferente	52 (15,3)	52 (15,3)	87 (14,7)	87 (14,7)	
	Casi siempre	45 (13,2)	60 (17,6)	87 (14,7)	116 (19,6)	
	Siempre	15 (4,4)		29 (4,9)		
Hipertensión arterial	Nunca	40 (11,7)	116 (33,9)	102 (17,2)	232 (39,2)	>0,05
	Casi nunca	76 (22,2)		130 (22,0)		
	Indiferente	67 (19,5)	67 (19,5)	92 (15,5)	92 (15,5)	
	Casi siempre	128 (37,3)	159 (46,3)	226 (38,2)	268 (45,3)	
	Siempre	31 (9,0)		42 (7,1)		
Diabetes mellitus	Nunca	15 (4,3)	74 (21,4)	61 (10,3)	149 (25,2)	0,011*
	Casi nunca	59 (17,1)		88 (14,9)		
	Indiferente	47 (13,6)	47 (13,6)	82 (13,9)	82 (13,9)	
	Casi siempre	167 (48,3)	225 (65,1)	286 (48,4)	360 (60,9)	
	Siempre	58 (16,8)		74 (12,5)		
Insuficiencia cardiaca congestiva	Nunca	56 (16,5)	171 (50,4)	130 (22,1)	294 (49,9)	0,03*
	Casi nunca	115 (33,9)		164 (27,8)		
	Indiferente	64 (18,9)	64 (18,9)	105 (17,8)	105 (17,8)	
	Casi siempre	81 (23,9)	104 (30,7)	166 (28,2)	190 (32,3)	
	Siempre	23 (6,8)		24 (4,1)		
Depresión	Nunca	13 (3,7)	61 (17,5)	31 (5,2)	115 (19,3)	>0,05
	Casi nunca	48 (13,8)		84 (14,1)		
	Indiferente	41 (11,8)	41 (11,8)	73 (12,3)	73 (12,3)	
	Casi siempre	175 (50,4)	245 (70,6)	293 (49,3)	406 (68,3)	
	Siempre	70 (20,2)		113 (19,0)		
Embarazo	Nunca	38 (11,1)	152 (44,5)	92 (15,6)	244 (41,5)	0,029*
	Casi nunca	114 (33,4)		152 (25,9)		
	Indiferente	65 (19,1)	65 (19,1)	117 (19,9)	117 (19,9)	
	Casi siempre	85 (24,9)	124 (36,3)	175 (29,8)	227 (38,6)	
	Siempre	39 (11,4)		52 (8,8)		
Preparto	Nunca	60 (17,9)	185 (55,2)	129 (21,9)	295 (50)	0,03*
	Casi nunca	125 (37,3)		166 (28,1)		
	Indiferente	64 (19,1)	64 (19,1)	114 (19,3)	114 (19,3)	
	Casi siempre	62 (18,5)	86 (25,7)	143 (24,2)	181 (30,6)	
	Siempre	24 (7,2)		38 (6,4)		
Posparto	Nunca	46 (13,7)	147 (43,8)	76 (12,8)	217 (36,6)	>0,05
	Casi nunca	101 (30,1)		141 (23,8)		
	Indiferente	57 (17,0)	57 (17,0)	97 (16,4)	97 (16,4)	
	Casi siempre	102 (30,4)	132 (39,3)	209 (35,2)	279 (47)	
	Siempre	30 (8,9)		70 (11,8)		
Menopausia	Nunca	21 (6,1)	87 (25,2)	38 (6,4)	127 (21,4)	>0,05
	Casi nunca	66 (19,1)		89 (15,0)		
	Indiferente	67 (19,4)	67 (19,4)	104 (17,5)	104 (17,5)	
	Casi siempre	142 (41,0)	192 (55,5)	275 (46,2)	364 (61,2)	
	Siempre	50 (14,5)		89 (15,0)		
Andropausia	Nunca	41 (12,2)	147 (43,8)	71 (12,1)	190 (32,3)	0,001*
	Casi nunca	106 (31,6)		119 (20,2)		
	Indiferente	63 (18,8)	63 (18,8)	118 (20,0)	118 (20,0)	
	Casi siempre	92 (27,5)	125 (37,4)	228 (38,7)	281 (47,7)	
	Siempre	33 (9,9)		53 (9,0)		

Tabla 4 (continuación)

Preguntas y respuestas del cuestionario		Estudio 2004	n (%)	Estudio 2017	n (%)	p
Víctimas de violación	Nunca	58 (19,6)	103 (34,8)	136 (24,8)	228 (41,6)	>0,05
	Casi nunca	45 (15,2)		92 (16,8)		
	Indiferente	49 (16,6)	49 (16,6)	102 (18,6)	102 (18,6)	
	Casi siempre	66 (22,3)	144 (48,7)	104 (19,0)	218 (39,8)	
	Siempre	78 (26,4)		114 (20,8)		
Con trastornos de la alimentación	Nunca	74 (21,8)	194 (57,2)	153 (26,2)	310 (53)	0,03*
	Casi nunca	120 (35,4)		157 (26,8)		
	Indiferente	61 (18,0)	61 (18,0)	130 (22,2)	130 (22,2)	
	Casi siempre	61 (18,0)	84 (24,8)	117 (20,0)	145 (24,8)	
	Siempre	23 (6,8)		28 (4,8)		
Con trastornos de la autoimagen	Nunca	69 (20,3)	189 (55,6)	136 (23,2)	288 (49,2)	0,047*
	Casi nunca	120 (35,3)		152 (26,0)		
	Indiferente	58 (17,1)	58 (17,1)	126 (21,5)	126 (21,5)	
	Casi siempre	74 (21,8)	93 (27,4)	135 (23,1)	171 (29,3)	
	Siempre	19 (5,6)		36 (6,2)		
Con problemas de autoestima	Nunca	51 (14,8)	150 (43,6)	85 (14,5)	227 (38,8)	>0,05
	Casi nunca	99 (28,8)		142 (24,3)		
	Indiferente	72 (20,9)	72 (20,9)	121 (20,7)	121 (20,7)	
	Casi siempre	90 (26,2)	122 (35,5)	191 (32,6)	237 (40,5)	
	Siempre	32 (9,3)		46 (7,9)		
Limitación músculo-esquelética	Nunca	106 (31,6)	348 (72,2)	163 (28,0)	344 (59,1)	0,002 *
	Casi nunca	136 (40,6)		181 (31,1)		
	Indiferente	54 (16,1)	54 (16,1)	131 (22,5)	131 (22,5)	
	Casi siempre	34 (10,1)	39 (11,6)	93 (16,0)	107 (18,4)	
	Siempre	5 (1,5)		14 (2,4)		
Pacientes con sonda	Nunca	127 (38,0)	246 (73,6)	228 (39,0)	415 (71)	>0,05
	Casi nunca	119 (35,6)		187 (32,0)		
	Indiferente	48 (14,4)	48 (14,4)	84 (14,4)	84 (14,4)	
	Casi siempre	31 (9,3)	40 (12)	68 (11,6)	86 (14,7)	
	Siempre	9 (2,7)		18 (3,1)		
Pacientes con prácticas de riesgo	Nunca	14 (4,0)	30 (8,6)	24 (4,1)	74 (12,6)	>0,05
	Casi nunca	16 (4,6)		50 (8,5)		
Pacientes con VIH	Indiferente	26 (7,5)	26 (7,5)	42 (7,1)	42 (7,1)	
	Casi siempre	143 (41,2)	291 (83,9)	211 (35,7)	475 (80,4)	
	Siempre	148 (42,7)		264 (44,7)		
	Nunca	15 (4,3)	29 (8,3)	12 (2,0)	59 (9,9)	0,018*
	Casi nunca	14 (4,0)		47 (7,9)		

* p < 0,05.

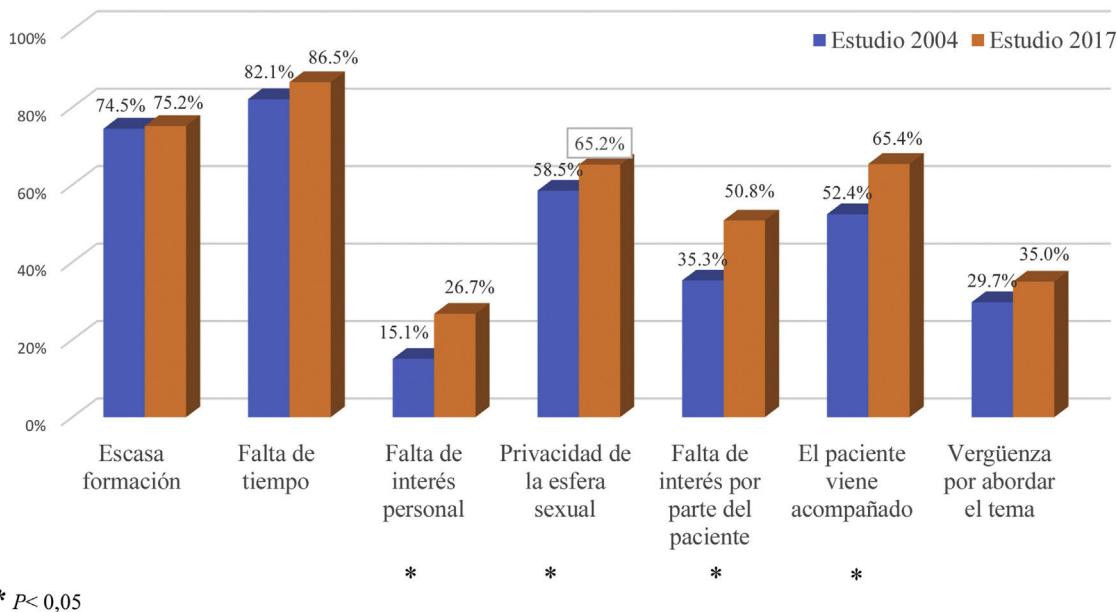
(diabetes, hipertensión, etc.) y otros, tal y como demuestra nuestro estudio, son olvidados con más frecuencia (como el ser portador de una colostomía o de una sonda). Estos 2 últimos pueden causar de la misma manera un impacto importante en la salud sexual y consideramos que la divulgación de nuestros resultados ayudará a reclamar una mejora en la atención de las personas portadoras de sondas o colostomías^{19,20}.

Una aportación muy importante de nuestro estudio es la evaluación de las posibles dificultades que los MF presentan al hablar sobre sexualidad en sus consultas. La principal barrera encontrada es la falta de tiempo, seguida de la falta de formación, algo que no cambia con respecto al estudio de 2004. Se trata de un resultado esperable, ya que, además, estas barreras son comunes en el abordaje de otras áreas

competenciales en la práctica clínica de los MF. Al revisar otros estudios realizados a nivel mundial en el ámbito de APS, también encontramos que dichas barreras limitan la práctica asistencial de los MF de otros países, aunque con una frecuencia menor²¹⁻²³.

Respecto a las limitaciones del estudio, al no obtenerse la muestra por un procedimiento probabilístico, puede que la muestra no sea representativa de la población diana; no obstante, el tamaño muestral alcanzado es suficiente para contrarrestar esta limitación. Se utilizó como población de estudio a MF acreditados como tutores, debido a un criterio de accesibilidad, ya que se dispone de un listado de estos profesionales. Esto puede suponer una limitación a la hora de generalizar los resultados a todos los MF, puesto que los MF acreditados como tutores suelen ser profesionales más

Dificultades en el abordaje de la sexualidad



* $P < 0,05$

Figura 2 Comparación entre el estudio de 2004 y el estudio de 2017 en cuanto a las dificultades en el abordaje de la sexualidad en la consulta del médico de familia.

involucrados en su propia formación y más concienciados de la importancia del abordaje de la sexualidad en la consulta. A su vez, al comparar los resultados con los obtenidos en el año 2004, se tendrá en cuenta la limitación relativa a que se trata de una población de estudio diferente.

Se debe tener en cuenta que la información autorreportada acerca de la buena praxis en la propia consulta de los MF puede estar sobreestimada. El hecho de que el cuestionario se pudiera contestar de manera anónima ha podido contribuir a disminuir este sesgo.

En conclusión, podemos decir que los MF encuestados conocen la importancia de la sexualidad en la salud de las personas. Pese a ello, un escaso número de profesionales lo registra en su historia clínica. Presentamos el primer estudio realizado a nivel nacional en el ámbito de APS que aporta un enfoque integral sobre el abordaje de la sexualidad. Si han sido publicados otros trabajos que exploran la sexualidad desde el punto de vista del VIH²⁴, de otras infecciones de transmisión sexual^{4,7} o de las disfunciones sexuales^{25,26}, pero no son estudios que aporten una visión global sobre cómo es atendida la sexualidad por los MF. En este sentido, nuestro estudio es relevante y pertinente, ya que solo conociendo lo que está ocurriendo realmente en nuestras consultas podremos mejorar.

Consideraciones éticas

El proyecto fue presentado y aprobado con evaluación favorable por la Comisión Central de Investigación de Atención Primaria de Salud en agosto de 2016. Los investigadores se comprometieron a respetar las normas éticas internacionales. En ningún momento se utilizaron datos de carácter personal, se trabajó siempre con datos anónimos. No se solicitó un consentimiento informado para participar en la

encuesta, ya que se asume un consentimiento implícito al responderla. Se incidió en que la participación en el estudio era voluntaria.

Financiación

El presente trabajo ha sido financiado por la Fundación para la Investigación e Innovación Biomédica de Atención Primaria (FIIBAP).

Conflictos de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. World Health Organization. Defining sexual health: Report of a technical consultation on sexual health, 28-31 de enero de 2002, Ginebra. Publicado en línea en 2006. http://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/defining.sexual.health.pdf?ua=1.
2. Swartzendruber A, Zenilman JM. A national strategy to improve sexual health. JAMA. 2010;304:1005-6, <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2010.1252>.
3. Sánchez-Sánchez F, González-Correales R, Jurado-López AR, San Martín-Blanco C, Montaña-Hernández RM, Tijeras-Úbeda MJ, et al. [The medical history taking in sexual health: Skills and attitudes] [artículo en español]. Semergen. 2013;39:433-9, <http://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2013.06.006>.
4. Agustí C, Fernández L, Mascort J, Carrillo R, Casabona J. Barreras para el diagnóstico de las infecciones de transmisión sexual y virus de la inmunodeficiencia humana en Atención Primaria en España. Enf Infect Microbiol Clín. 2013;31:451-4, <http://dx.doi.org/10.1016/j.eimc.2012.12.012>.

5. Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. 2011. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/ENSSR.pdf>.
6. Gómez Gascón T. Acreditación y reacreditación de tutores de MFyC en España. Aten Primaria. 2002;29:164–6. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-acreditacion-reacreditacion-tutores-mfyc-espana-13026985>.
7. Busto MJ, García San Miguel L, Castelao ME, Bermúdez E. Actitudes y prácticas de los médicos de atención primaria ante el diagnóstico de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana. Enferm Infect Microbiol Clin. 2011;29:490–6, <http://dx.doi.org/10.1016/j.eimc.2011.02.014>.
8. Flores-Domínguez C. Feminización en medicina: liderazgo y academia. Educ Médica. 2012;15:191–5. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-18132012000400003.
9. Arrizabalaga P, Bruguera M. Feminización y ejercicio de la medicina. Med Clin (Barc). 2009;133:184–6, <http://dx.doi.org/10.1016/j.medcli.2009.01.027>.
10. Dyer K, das Nair R. Why don't healthcare professionals talk about sex? A systematic review of recent qualitative studies conducted in the United Kingdom. J Sex Med. 2013;10:2658–70, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1743-6109.2012.02856.x>.
11. Schullkind J, Hurst S, Biggart R, Bowsher G. Sex and relationship education should be statutory. Lancet. 2015;385:2042–3, [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)60984-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60984-9).
12. Althof SE, Rosen RC, Perelman MA, Rubio-Aurioles E. Standard operating procedures for taking a sexual history. J Sex Med. 2013;10:26–35, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1743-6109.2012.02823.x>.
13. Khan A, Plummer D, Hussain R, Minichiello V. Does physician bias affect the quality of care they deliver? Evidence in the care of sexually transmitted infections. Sex Transm Infect. 2008;84:150–1, <http://dx.doi.org/10.1136/sti.2007.028050>.
14. Leyva-Moral JM, Aguayo-Gonzalez M, Palmieri PA, Guevara-Vasquez G, Granel-Grimenez N, Dalfó-Pibernat A. Attitudes and beliefs of nurses and physicians about managing sexual health in primary care: A multi-site cross-sectional comparative study. Nurs Open. 2021;8:404–14, <http://dx.doi.org/10.1002/nop2.641>.
15. Do K, Minichiello V, Hussain R, Khan A. Physicians' perceived barriers to management of sexually transmitted infections in Vietnam. BMC Public Health. 2014;14:1133, <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-14-1133>.
16. 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 (March). doi:10.4414/smw.2011.13178.
17. Beckman N, Waern M, Gustafson D, Skoog I. Secular trends in self reported sexual activity and satisfaction in Swedish 70 year olds: Cross sectional survey of four populations, 1971–2001. BMJ. 2008;337 (jul08 3):a279-a279. doi:10.1136/bmj.a279.
18. Hughes AK, Wittmann D. Aging sexuality: Knowledge and perceptions of preparation among U.S primary care providers. J Sex Marital Ther. 2015;41:304–13, <http://dx.doi.org/10.1080/0092623X.2014.889056>.
19. Sprunk E, Alteneder RR. The impact of an ostomy on sexuality. Clin J Oncol Nurs. 2000;4:85–8. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11107381>.
20. Lainez Pardos PL, Lobán Iza JM, Leonor Rodríguez S, Lerín Cabrejas P. La sexualidad en la persona ostomizada. Fundación Ayúdate, ed.; 2016. Disponible en: https://www.saludinforma.es/portalsi/documents/10179/264401/sexualidad_persona_ostomizada.pdf/2ee92be6-af0f-4342-9da5-282fe7472a22.
21. Ribeiro S, Alarcão V, Simões R, Miranda FL, Carreira M, Galvão-Teles A. General practitioners' procedures for sexual history taking and treating sexual dysfunction in primary care. J Sex Med. 2014;11:386–93, doi:10.1111/jsm.12395.
22. Freedman E, Britt H, Harrison CM, Mindel A. Sexual health problems managed in Australian general practice: A national, cross sectional survey. Sex Transm Infect. 2006;82:61–6, <http://dx.doi.org/10.1136/sti.2005.016931>.
23. Gott M, Galena E, Hinchliff S, Elford H. Opening a can of worms: GP and practice nurse barriers to talking about sexual health in primary care. Fam Pract. 2004;21:528–36, <http://dx.doi.org/10.1093/fampra/cmh509>.
24. Mascort J, Carrillo R, Alastrue I, Zarco J, Aguado C, Rodríguez B, et al. Profilaxis pre-exposición de la infección por el VIH y Atención Primaria. Aten Primaria. 2020;52:137–9, <http://dx.doi.org/10.1016/J.APRIM.2020.02.001>.
25. López-Torres Hidalgo J. La detección de las disfunciones sexuales en Atención Primaria. Aten Primaria. 2012;44:525–6, <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2012.06.002>.
26. Guirao Sánchez L, García-Giralda Ruiz L, Casas Aranda I, Alfaro González JV, Sánchez Pérez GA, Piñera Guirao C, et al. Disfunción eréctil: de marcador de salud a factor de riesgo cardiovascular independiente en atención primaria. Rev Int Androl. 2008;6:18–22.