

un paciente con disfunción sexual

Las alteraciones de la función sexual son muy frecuentes. Existen estudios sobre disfunción sexual, en los que se citan porcentajes globales hasta de un 50-75% del total de parejas; sin embargo, sólo entre el 1 y el 10% son motivo de consulta en atención primaria. Otros autores refieren que el 53% de los pacientes relata problemas sexuales cuando su médico hace mención del tema. La escasa formación curricular del profesional sanitario, la ideología y/o actitud restrictiva del facultativo hacia los problemas sexuales y la insuficiente experiencia clínica son los responsables de que el médico se sienta incómodo y desorientado cuando en la consulta entra un paciente con un problema sexual.

En este artículo se describen las disfunciones sexuales, sus características clínicas y el diagnóstico y la terapéutica más relevantes que el médico de atención primaria debe manejar en el ejercicio de su práctica profesional.

R. Herrero Mediavilla

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud del Cristo. Oviedo. Área IV. INSALUD. Asturias.

Generalmente los términos *sexo* y *sexualidad* se confunden, y aunque están relacionados son conceptos distintos. El sexo es lo que nos distingue como varones o mujeres, según tengamos nuestros genitales masculinos o femeninos. Ser varón o mujer lleva implícitas unas diferencias y no sólo físicas (la forma del cuerpo) sino psíquicas (modo de pensar, de sentir) y sociales (relaciones con los otros).

La OMS define salud sexual o sexualidad como: «la integración de los elementos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del ser sexual por medios que sean positivamente enriquecedores y que potencien en las personas la comunicación y el amor». En resumen, en la sexualidad interviene el cuerpo, las emociones, los sentimientos, los conocimientos que tenemos de ella, las experiencias y la sociedad en la que vivimos, y va encaminada a enriquecernos y facilitar que nos comuniquemos. El sexo forma parte del ser humano desde antes del nacimiento, tiene su origen en la concepción. La sexualidad no es exclusiva de ninguna edad en concreto y va manifestándose de forma diferente en cada etapa de la vida.

La idea de la sexualidad que impera en nuestro entorno, potenciada por la televisión, el cine, la publicidad, es la pura actividad coital. Esto sin duda puede ser una parte de la actividad sexual pero no la única. Reducir la sexualidad a genitalidad, la genitalidad al coito y el coito al orgasmo es renunciar a casi todo.

Definición y clasificación de disfunciones sexuales

Las disfunciones sexuales se caracterizan por una alteración de los deseos y cambios psicofisiológicos en el ciclo de la respuesta sexual humana o con el dolor asociado a la ejecución del acto sexual. En resumen, existe una disfunción sexual cuando algo no marcha bien o aparece un problema en la relación sexual.

Según el manual americano de diagnóstico psiquiátrico (DSM-IV) existen 7 grandes categorías de disfunciones sexuales: trastornos del deseo sexual (deseo sexual hipactivo, trastorno por aversión al sexo); trastornos de la excitación sexual (disfunción eréctil, trastorno de excitación sexual de la mujer); trastornos de la fase orgás-

mica (eyaculación precoz, disfunción anorgásmica o anorgasmia); disfunciones sexuales por dolor (vaginismo, dispareuria); disfunción por alguna enfermedad médica; disfunción por uso o abuso de sustancias, fármacos, drogas u hormonas, y disfunción sexual no específica.

Anamnesis

La anamnesis debe ser muy meticulosa, puesto que es uno de los pilares fundamentales en el diagnóstico de la disfunción sexual.

A todo paciente que acuda a nuestra consulta por problemas en las relaciones sexuales debemos interrogarle sobre:

Antecedentes personales: hábitos tóxicos (alcohol, tabaco, drogas); fármacos (tabla 1); enfermedades agudas/crónicas –se debe realizar una cuidadosa historia sobre enfermedades orgánicas según la regla IMPOTENCE (tabla 2)–; antecedentes quirúrgicos y secuelas de traumatismos en zona genital; ciclo vital del individuo (matrimonio, hijos, divorcio, fallecimientos); y otros factores de influencia significativas: sociolaborales, legales, económicos, etcétera.

Antecedentes familiares: actitudes hacia la sexualidad, condiciones religiosas/morales, influencias parentales, relaciones parentofiliares, valoración del núcleo fami-

liar (agresividad, violencia, etc.), y acontecimientos familiares relevantes (muerte, enfermedades, etc.).

Historia sexual: inicio de relaciones sexuales; presencia de mitos y falacias; frecuencia y tipo de relaciones; experiencias tempranas o acontecimientos previos negativos (incesto, violación, agresiones); valoración de su imagen corporal; orientación sexual; grado y tipos de excitación; presencia o ausencia de orgasmos; preferencias sexuales; tipo de anticoncepción, y exclusión de parafilias.

Disfunción actual: si identificamos un problema de origen sexual, debemos delimitar más específicamente algunos aspectos como lugar y momento de aparición;

TABLA 2
Causas orgánicas de disfunción sexual.
Regla IMPOTENCE

I	Inflamatorias
	Uretritis
	Prostatitis
	Vaginitis, endometriosis
M	Mecánicas
	Enfermedad de Peyronie
	Fimosis
	Atrofia vulvar
	Vagina posmenopáusica
P	Posquirúrgicas
	Cirugía de próstata
	Episiotomías
	Cirugía deformante
	Radioterapia
	Simpatectomías
O	Oclusivas
	Enfermedad cardiovascular
	Arterioesclerosis
T	Traumáticas
	Fracturas de pelvis
	Fracturas de columna vertebral
	Lesiones medulares
E	<i>Endurance</i> /pérdida de induración
	Anemia
	Fallo cardíaco congestivo
N	Neurológicas
	Enfermedad de Parkinson
	Esclerosis múltiple
	Neuropatías periféricas
C	<i>Chemical</i> (químicas)
	Alcohol
	Drogas: opiáceos, anfetaminas, cannabis.
	Psicofármacos: antipsicóticos, antidepresivos y benzodiazepinas
	Antidepresivos: diuréticos, bloqueadores beta, bloqueadores de los canales de calcio e IECA
E	Endocrinas
	Hipo o hipertiroidismo
	Hipogonadismo
	Diabetes
	Disfunción del eje hipotálamohipofisario
	Prolactinomas
	Deficiencia de cinc

TABLA 1

Fármacos y tóxicos que producen disfunción sexual

Drogas
Opiáceos: morfina, codeína
Anfetaminas
Cannabis
Cocaína
Psicofármacos
Antipsicóticos: litio
Antidepresivos: IMAO, ISRS, tricíclicos
Benzodiazepinas: alprazolam, diazepam, lorazepam
Antihipertensivos
Diuréticos: tiazidas, espirolactona, indapamida
Bloqueadores beta: propranolol, metoprolol, timolol
IECA: enalapril, lisinopril
Antagonistas del calcio: verapamilo e diltiacem
AINE
Indometacina
Antiulcerosos
Famotidina, cimetidina, omeprazol
Hipolipemiantes
Fibratos
Anticonceptivos
Antihistamínicos
Alcohol
Tabaco

AINE: antiinflamatorios no esteroides; ISRS: inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina; IMAO: inhibidores de monoaminoxidasa; IECA: inhibidor de la enzima conversiva de la angiotensina II.

IECA: inhibidores de la enzima conversiva de la angiotensina II.

duración; sintomatología asociada; contexto de la disfunción (global si se presenta en todas las ocasiones y posibles parejas, o situacional si es específica de una determinada pareja o actividad sexual); carácter primario (desde la primera relación o actividad sexual) o secundario (aparición tras una actividad sexual primaria normal); conocimientos del paciente sobre el trastorno y valoración subjetiva sobre cuál es el origen del problema, procesos diagnósticos y tratamientos previos.

Exploración física

La exploración física debe ser completa por aparatos y no sólo del área genital, ya que muchas enfermedades sistémicas como diabetes o hipertensión arterial (HTA) pueden ser las causantes del problema sexual.

- Constantes: temperatura, presión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria.
- Piel: coloración, lesiones, alteraciones de la pigmentación o de la hidratación.
- Neurológica: reflejos, fuerza, sensibilidad.
- Cardiovascular: auscultación cardíaca, pulsos periféricos, signos de insuficiencia venosa crónica.
- Endocrino: palpar tiroides, observar estrías, distribución de panículo adiposo.
- Genitales: descartar malformaciones, observar caracteres sexuales secundarios. El examen de los genitales masculinos comprende la inspección, palpación y transluminación de cualquier masa que pudiera hallarse. Hay que insistir en el tamaño, la forma, la temperatura, la sensibilidad, la movilidad, la consistencia, la textura y las secreciones. En cuanto a la exploración genital en la mujer se debe revisar la vulva, los labios y la uretra, así como inspeccionar la vagina y el cérvix con espéculo y descartar exudado por orificio cervical y vaginal.

Asimismo, se debe valorar la presencia de adenopatías y finalizar la exploración por aparatos.

Estudios complementarios

Las pruebas que solicitemos estarán dirigidas hacia la sospecha diagnóstica. Inicialmente podemos solicitar: hemograma completo, velocidad de sedimentación globular, bioquímica de sangre básica (glucemia, colesterol, función hepatorenal y lípidos) y orina elemental. En un segundo escalón, se puede solicitar test de sobrecarga oral de glucosa, peticiones hormonales (testosterona, hormona foliculostimulante [FSH], hormona luteoestimulante [LH], prolactina, perfil tiroideo), test para enfermedades de transmisión sexual (serología luética, VIH, etc.) y cultivo vaginal o uretral. Las técnicas invasivas se reservan para el nivel más especializado.

Espectro diagnóstico: disfunciones sexuales no orgánicas

Disfunciones sexuales por trastorno del impulso sexual

Se estima que la prevalencia del impulso o deseo sexual inhibido se sitúa en un 20% y es más frecuente en mujeres que en varones. Para hacer este diagnóstico es necesario que la pérdida del deseo sexual sea el problema principal (durante al menos 6 meses) y no sea secundario a otros trastornos sexuales, como el fracaso en la erección o la dispareuria. La ausencia del deseo sexual no excluye el placer o la excitación, pero hace menos probable que el individuo empiece alguna actividad sexual en este sentido. La excesiva dedicación laboral y el intento de práctica sexual por la noche, cuando se ha soportado el estrés de todo el día, o después de pequeñas discusiones no facilitan la aparición de un deseo sexual adecuado.

En ocasiones, problemas de aprendizaje por una educación muy restrictiva se manifiestan como fobia al sexo, temor irracional a la desnudez y el acercamiento físico con las consiguientes conductas evitativas. En este caso, el trastorno según DSM IV se denomina trastorno por aversión al sexo, que debe diferenciarse del deseo sexual hipoactivo.

Disfunción eréctil

De forma general la disfunción eréctil o impotencia refleja la incapacidad para obtener y/o mantener una erección con la suficiente rigidez para posibilitar una relación sexual con penetración satisfactoria.

Aunque es raro que se produzca durante toda la vida, se estima que en alguna medida la presentan entre un 10 y un 20% de todos los varones y hasta un 50% a partir de los 40 años. Se calcula que más de un millón y medio de hombres en España entre 25 y 70 años presentan un trastorno de la erección, aunque solamente el 10% de los varones afectados consulta alguna vez al médico acerca de su trastorno.

Las causas que pueden originar el desarrollo de una disfunción eréctil son numerosas, y se deben diferenciar la posible organicidad del cuadro y el componente psicógeno (tabla 3). Así pues, se considera que en un 60% existe una causa orgánica, en un 30% un problema psicógeno, en un 2% se asocia a fármacos y hasta en un tercio de los casos es mixta.

Entre las causas orgánicas cabe destacar las sistémicas como la arteriosclerosis, déficit o lesiones neurológicas, alteraciones estructurales (enfermedad de Peyronie), insuficiencia renal o hepática, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), secuelas traumáticas, consumo de fármacos y sustancias tóxicas. Así, la diabetes

TABLA 3
Diferencias entre disfunción orgánica y psicógena

CARACTERÍSTICAS	ORGÁNICA	PSICÓGENA
Comienzo	Progresivo	Súbito
Circunstancias	Todas	Ocasionales
Evolución	Constante	Variable
Erecciones matutinas	No existen	Existen
Alteraciones psicológicas	Secundarias	Primarias
Problemas de pareja	Secundarios	Primarios

mellitus se ha citado como la causa más frecuente orgánica de impotencia aislada. Se estima que un 35,5% de los pacientes diabéticos pueden manifestar algún grado de disfunción eréctil y a edad más temprana que la población general.

Dentro de las causas psicológicas, destacan las relaciones con la ansiedad debida a la propia ejecución del acto, presión de la pareja, situaciones de estrés, temor a ser descubierto, falta de autoestima, urgencia sexual, temor al fracaso, depresión, experiencias negativas, conceptos culturales culpabilizadores y el desconocimiento de la respuesta fisiológica sexual normal.

Eyacuación precoz

Este trastorno constituye la disfunción orgásmica más frecuente en el varón. Consiste en la incapacidad de controlar la eyacuación durante el tiempo necesario para que ambos miembros de la pareja disfruten de la relación sexual. En algunos casos graves, la eyacuación puede presentarse antes de la penetración o en ausencia de erección. Se ha discutido la posibilidad de que la eyacuación precoz sea la forma «natural» que tiene el hombre de responder a un mal aprendizaje sobre el control de la eyacuación en las primeras masturbaciones «rápidas» por miedo a ser descubierto.

Anorgasmia

Es el retraso exagerado o imposibilidad de llegar al orgasmo después de una fase de excitación adecuada. Es uno de los trastornos más frecuentes en la mujer. Se estima que supone un 10-30% de las disfunciones sexuales en la mujer y un 10% en el varón. Hay distintos tipos de anorgasmia:

- Primaria: cuando nunca se ha logrado alcanzar un orgasmo.
- Secundaria: cuando se han conseguido orgasmos pero actualmente no se alcanzan.
- Situacional: en algunos momentos sí se logra alcanzar pero en otros no, por ejemplo, durante el coito no, pero sí con estimulación manual, bucogenital u otra.

Las causas que la producen pueden ser muy variadas: miedo a que se produzca un embarazo, no disponer de un sitio adecuado para la actividad sexual, estado de ánimo (demasiado trabajo, preocupaciones), estar demasiado pendiente de alcanzar el orgasmo (lo que genera un estrés muy negativo para la relación sexual y favorece que no se consiga), determinadas enfermedades, como alcoholismo o diabetes, uso de fármacos, etcétera.

Vaginismo

Es el espasmo involuntario del tercio externo de la vagina, que cierra el orificio vaginal impidiendo la penetración (coito), llegando a afectar todo tipo de inserción según la intensidad del trastorno (tampones, examen ginecológico, métodos anticonceptivos y medicaciones tópicas).

El vaginismo a veces es fruto del miedo al coito, al embarazo o simplemente se presenta en las primeras relaciones sexuales por puro desconocimiento de lo que va a ocurrir.

En la mayoría de las ocasiones tiene un origen psicológico y, en general, se suele solucionar con éxito.

Dispareuria

La dispareuria hace referencia a la percepción de dolor durante el coito (en ocasiones, anterior o posterior a la relación), con una presentación variable según las actividades sexuales realizadas, y con diferente intensidad o sensaciones (escozor, quemazón, dolor, etc.). La aparición de la dispareuria suele acompañarse de vaginismo, por lo que los datos suelen referirse conjuntamente. Es un trastorno de mayor frecuencia en la mujer, aunque el varón también puede manifestar problemas dispareúricos. En su etiología, los factores orgánicos adquieren una especial importancia (falta de lubricación, vaginitis, etc.). Los aspectos psicológicos se agrupan en factores relacionados con el aprendizaje sexual, factores traumáticos y factores de la relación con la pareja.

Tratamiento

Medidas generales

La mayoría de los autores coincide en que las disfunciones sexuales de origen no orgánico tienen un fondo de ansiedad generalizada, fobias o pánico, por tanto el tratamiento médico inicial que hemos de realizar en estas situaciones es el propio de cada una de ellas, estando especialmente indicadas las benzodiazepinas de larga vida media y con propiedades ansiolíticas predominantes (diazepam, ketazolam, etc.).

Como normas generales se debe citar al paciente en consulta programada; citar a la vez, si la hay, a su pareja estable; enfocar la entrevista a informar, desenmascarar algunos mitos sexuales y profundizar sobre el grado de confianza entre ellos; explicar la función sexual normal y la anatomía reproductora, así como informar sobre los cambios previstos con el envejecimiento; procurar que las soluciones de comportamiento vengan de la propia pareja; y facilitar la comunicación entre ambos miembros de la pareja, concernientes a sus deseos, respuestas y dificultades sexuales.

Tratamiento específico

Disfunciones sexuales por trastorno del impulso sexual

Si el deseo sexual hipoactivo está producido por situaciones relacionadas con el estrés o la depresión, el médico de atención primaria puede iniciar tratamiento con benzodiazepinas, ansiolíticos y/o antidepresivos del tipo de los inhibidores de recaptación de serotonina. Si en el transcurso de los dos primeros meses controlando la evolución del paciente una vez a la semana y ajustándole debidamente la medicación no conseguimos algún tipo de respuesta suficiente para la pareja, tendremos que remitirlos a salud mental.

En los casos que existan indicios hacia un diagnóstico de aversión al sexo, se debe obligatoriamente derivar a salud mental.

Disfunción eréctil

A grandes rasgos podemos agrupar los tratamientos de la disfunción eréctil en quirúrgicos y no quirúrgicos.

Tratamientos no quirúrgicos. Los principales son:

1. *Higienicodietéticos*. Una dieta saludable, el ejercicio, abandonar el tabaco, el alcohol y las drogas son medidas muy eficaces. También debemos controlar de forma adecuada aquellas enfermedades sistémicas implicadas en la disfunción eréctil. Si en la historia clínica comprobamos que el paciente está tomando alguna medicación que pueda ser causa de disfunción eréctil ha de valorarse la posibilidad de sustituirla por otra que afecte menos a la erección.

2. *Psicoterapéutico*. La terapia pretende una información educativa de la repuesta sexual humana, establecer una responsabilidad mutua de la pareja en la satisfacción, asegurar la recepción de estímulos físicos y psíquicos y eliminar interferencias cognitivas.

El planteamiento terapéutico más habitual se basa en los ejercicios progresivos de Masters y Johnson. Estos comprenden la estimulación solitaria, pasando por la estimulación mutua, reservando como última fase el contacto que incluya penetración.

Durante las primeras sesiones es esencial prohibir cualquier intento de penetración, aunque la erección parez-

ca adecuada, con objeto de evitar forzar la erección de forma volitiva. De esta forma, el paciente centra su atención en el placer que puede transmitir y/o sentir y percibe adecuadamente los estímulos sexuales eficaces.

3. *Farmacología oral no hormonal*. Cabe destacar:

– Citrato de sildenafil (Viagra®): es un inhibidor potente y selectivo de la fosfodiesterasa tipo 5 (PDE5), siendo la isoenzima predominante en el cuerpo cavernoso. Potencia la relajación de las fibras musculares lisas en respuesta al óxido nítrico, aumenta el flujo vascular, y se restaura la respuesta eréctil ante la estimulación sexual.

El sildenafil presenta rápida absorción, consiguiendo concentraciones plasmáticas máximas una hora después de la administración, y una vida media de 3 a 5 h. La respuesta eréctil dependiente de la dosis de sildenafil (25-100 mg/día) mejora la calidad de la erección para la penetración y el mantenimiento de las erecciones de hasta un 70-75% respecto a placebo. Sus principales efectos adversos son cefalea, dispepsia, vasodilatación, rinitis y molestias visuales.

Está contraindicado en pacientes que utilicen nitratos u otra forma de donadores del óxido nítrico y en pacientes con hipersensibilidad a sus componentes.

– Yohimbina: alcaloide indólico que actúa como bloqueador alfaadrenérgico con efectos centrales y periféricos. Los resultados son variables y sin evidencia científica concluyente.

– Trazadona: es un fármaco antidepresivo, antiserotonérgico. Puede mejorar la erección fundamentalmente de origen psicógeno.

4. *Fármacos transcutáneos*. La aplicación de nitroglicerina y minoxidil tópicos presenta bastantes efectos secundarios y alto coste. No tienen relevancia terapéutica actualmente.

5. *Inyección intracavernosa de fármacos vasodilatadores*. Los principales son:

– Alprostadil (Caverjet®): es la forma sintética de prostaglandina E1, es un potente relajante de la fibra muscular lisa arteriolar y trabecular. Tiene acción menos irritante y menos incidencia de fibrosis y erecciones prolongadas que con papaverina o fentolamina. La inducción de la erección varía con dosis de 2,5 a 20 µg.

– Papaverina y fentolamina.

Tratamiento quirúrgico. El tratamiento quirúrgico actual para la disfunción eréctil consiste en el implante de prótesis de pene (maleables o semirrígidas y prótesis inflables) o cirugía vascular (revascularización y ligadura venosa).

Eyacuación precoz

Masters y Johnson recomendaban empezar con la masturbación de la pareja aplicando la denominada técnica de compresión (compresión del glande del pene con un

dedo a la altura del frenillo y, otros dos, uno a cada lado del surco balanoprepucial) ante la inminencia eyaculatoria. Entonces se produce la desaparición de dicha inminencia eyaculatoria con una pérdida parcial de erección. Después de varias sesiones la inminencia eyaculatoria se retarda progresivamente. En fases sucesivas, se puede practicar la penetración, primero con la mujer encima, después pasar a posición lateral y posteriormente a cualquier otra que implique mayor trabajo para el varón. Otro método que inhibe la eyaculación consiste en sujetar los testículos hacia atrás y abajo ante la inminencia eyaculatoria.

Desde el punto de vista farmacológico, los inhibidores de recaptación de serotonina pueden mejorar los cuadros de eyaculación precoz, ya sea solos o combinados con las técnicas descritas.

Anorgasmia

Es muy importante que expliquemos la anatomía humana y el funcionamiento sexual para que los pacientes conozcan su cuerpo.

El tratamiento consiste en iniciar técnicas de autoestimulación (masturbación individual) cuyo objetivo sería llegar al orgasmo en solitario, después enseñar a su pareja y seguir con la estimulación mutua y, sólo en las últimas fases del reaprendizaje, pasar a la penetración. Debemos recomendar a nuestros pacientes que tienen que desplazar la atención de la búsqueda del orgasmo y polarizarla hacia un mayor aprovechamiento del juego sexual por sí mismo, no como una mera preparación al coito, y alentarlos a que hablen con sus parejas, que comuniquen sus preferencias e intenten buscar posibles causas y soluciones al problema.

Vaginismo

Según Masters y Johnson (ginecólogo y psicóloga) el tratamiento se basa en que la mujer conozca perfectamente su anatomía genital. Para ello debe autoexplorarse con un espejo. Tiene que buscar una postura que le resulte cómoda: de pie colocando una pierna sobre una silla, o cuclillas, o tumbada con la espalda apoyada en varios cojines y las piernas dobladas hacia arriba.

Después conviene llevar a cabo un entrenamiento para aprender a relajar la musculatura pubococcígea, mediante los ejercicios de Kegel. Para que la paciente localice esta musculatura podemos aconsejarle que mientras orine corte varias veces el flujo. Además existen otros dos tipos de ejercicios que han de combinarse:

- El primero consiste en contraer (tirar hacia arriba) y relajar (soltar) rápidamente la musculatura de 10 a 15 veces tres veces al día.
- El segundo consiste en tensar la musculatura, contar hasta tres y relajarla durante otros tres segundos y de esta forma repetirlo de 10 a 15 veces tres veces al día.

Cuando la paciente domine esta técnica debe estimularse la zona de la vagina, tocando suavemente la parte externa de la vagina, hasta que aparezca la contracción. Este ejercicio hay que repetirlo hasta que el reflejo de contracción desaparezca. Después se hace lo mismo introduciendo un dedo en la vagina, y luego dos, poco a poco hasta que no haya contracciones. Una vez superada esta etapa debe repetir los mismos pasos con su pareja y cuando se sienta segura puede intentar la penetración.

Dispareuria

El plan de actuación debe atender la evaluación médica tanto como la psicológica, dada la elevada presentación de factores orgánicos en su aparición. Así pues, trataremos las probables causas de vaginitis y podemos poner tratamiento hormonal sustitutivo o lubricantes vaginales en el caso de sequedad posmenopáusica.

Al margen de la corrección del problema orgánico, debe ofrecerse una información educativa adecuada. Las terapias sexuales inciden en técnicas de focalización sensorial y terapias de desensibilización sistemática progresiva (citadas en vaginismo).

Conclusiones

1. La disfunción sexual requiere del médico un modo de abordaje distinto al de otras enfermedades, ya que deberá adoptar una actitud comprensiva y tolerante, pero clara y definida, y además «aséptica», es decir, sin dejarse influir en ningún momento por conflictos personales o morales.
2. Las alteraciones de la función sexual son muy frecuentes. Sin embargo, en la mayoría de las ocasiones no es el paciente el que lo manifiesta expresamente, sino que es el médico quién lo deberá descubrir.
3. El médico debe facilitar la empatía y confianza necesarias para mejorar la comunicación con el paciente sobre aspectos de su vida sexual.
4. El enfoque diagnóstico debe ser escalonado e individualizado.
5. Debemos citar al paciente y a su pareja en consulta programada. No deberíamos afrontar este tipo de problemas en consulta a demanda.
6. No debemos olvidar como posibles causas de disfunción sexual, enfermedades crónicas muy prevalentes en la actualidad como HTA, diabetes, obesidad, arteriosclerosis, etcétera.
7. Debemos potenciar la comunicación de la pareja.
8. El tratamiento psicoterapéutico principal en la mayoría de las disfunciones sexuales consiste en técnicas de focalización sensorial y desensibilización progresiva, cuyo objetivo es que el paciente conozca perfectamente su anatomía y la de su pareja, así como las respuestas a la estimulación de ciertas zonas primero en solitario y después en pareja.

9. Es importante saber qué considera el paciente como una solución satisfactoria del problema, ya que debe ser él quien defina el tipo de solución deseada, puesto que cada persona tiene una visión diferente de lo que es un resultado satisfactorio.

Bibliografía recomendada

- Alonso Arias S. Problemas de la relación sexual. En: Espiñás Boquet D, editor. Guía de actuación en atención primaria. SemFyc. Barcelona: Edide, 1998; p. 247-50.
- Álvarez Martínez E. Trastornos y disfunciones sexuales. *Medicine*. 7.^a ed. Madrid: Idepsa, 1999; p. 5085-91.
- Cerrada Cerrada E, O'Connor Basalo I, García De Blas González F, Caballero Gallego AJ, Del Cura González I, Barajas Gutiérrez MA, et al. Efectividad del sildenafil en Atención Primaria. *ME-DIFAM*. Madrid: Arán, 2001;11(7): p. 383-9.
- Cortes Pintro R, González Aller C, Oltra Rodríguez E. Cuadernos de orientación. Tu sexualidad. 4.^a ed. Oviedo: Servicio de publicaciones del Principado de Asturias, 2000; p. 4-47.
- Dambro MR. Disfunción eréctil. En: Griffith HW, editor. Los 5 minutos clave en la consulta de atención primaria. 3.^a ed. Barcelona: Publicaciones Médicas, 1996; p. 306-7.
- Dambro MR. Disfunción sexual en la mujer. En: Griffith HW, editor. Los 5 minutos clave en la consulta de atención primaria. 3.^a ed. Barcelona: Publicaciones Médicas, 1996; p. 308-9.
- Dambro MR. Dispareuria. En: Griffith HW, editor. Los 5 minutos clave en la consulta de Atención Primaria. 3.^a ed. Barcelona: Publicaciones médicas, 1996; p. 314-5.
- Dambro MR. Vaginismo. En: Griffith HW, ed. Los 5 minutos clave en la consulta de Atención Primaria. 3.^a ed. Barcelona: Publicaciones Médicas, 1996; p. 1132-3.
- Ferrándiz Santos J, Sáez Pomares M. Sexología. En: Martín Zurro A, Cano Pérez JF, editores. Atención primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. 4.^a ed. Madrid: Harcourt Brace de España, 1999;II: p. 968-95.
- Gil Gregorio P. Problemas clínicos más relevantes en el paciente geriátrico. En: Farreras P, Rozan C, editores. *Medicina interna*. 13.^a ed. Madrid: Mosby-Doyma, 1997;I: p. 1296-9.
- Masters WH, Johnson VE, Kolodny RCE. Los mundos de la sexualidad. Barcelona: Grijalbo, 1996.
- Menárguez JE, Martínez EM. Sildenafil y disfunción eréctil. *Atención primaria*. SemFyc. Barcelona: PPI, 1998;22(6): p. 379-86.
- Otero A, Ballús C. Disfunciones sexuales. En: Farreras P, Rozman C, editores. *Medicina interna*. 13.^a ed. Madrid: Mosby-Doyma, 1997; II: p. 1588-9.
- Otero A. Conducta y patología sexual. En: Vallejo Ruiloba J, editor. Introducción a la psicopatología y la psiquiatría. 4.^a ed. Barcelona: Masson, 1997; p. 273-98.
- Otero A. Disfunciones sexuales. *Medicine*. 4.^a ed. Madrid: Idepsa, 1986; p. 2893-902.
- Suárez Hevia M. Trastornos de la erección. Disfunción eréctil. En: Abascal R, editor. II Curso de actualización en urología para médicos. Ilustre colegio oficial de médicos de Asturias. Madrid: Ergón, 1998; p. 111-26.