

# Las disfunciones sexuales en el 2001

HERNÁNDEZ SERRANO, R.; PARRA COLMENAREZ, A.; BERGANZA, C.; VÁSQUEZ, O.; GARCÍA, R. y E MEZZICH, J.

---

## *Sexual dysfunction in 2001*

La prevalencia de las disfunciones sexuales se ha incrementado significativamente.

El trabajo de Lauman et al (1) demuestra claramente cómo en EE. UU. las cifras se han incrementado, comparadas con las presentadas por Masters y Johnson hace ya más de 30 años (2).

La Revolución Azul, citrato de sildenafil (Viagra) (3) ha contribuido significativamente a crear conciencia acerca de los frecuentes conflictos que en el área de la sexualidad humana confronta la persona y pareja de este nuevo siglo.

El número de prescripciones de la milagrosa pastilla no es conocido con precisión, ni siquiera por el laboratorio que la produce. Imitaciones, copias y venta a través de Internet son elementos que deben ser considerados. Médicos sexólogos, urólogos, psiquiatras y médicos de atención primaria son los grupos de mayor cuantía, pero a diario aún a tres años de haber sido autorizada para su venta (FDA 1998), aparecen anuncios ofreciendo el medicamento en la prensa, vallas, Internet, y es vendido en aeropuertos y en los sitios más inverosímiles.

La gente sin conocimiento cierto ha generado varios mitos en relación al Viagra:

1. Considera que 100 mg son más potentes.
2. Cree que Viagra es un afrodisíaco.
3. Muchos fragmentan el rombo pensando en sacar mayor provecho a una dosis sencilla.
4. La utilizan a escondidas, ignorando el rol que debe tener la pareja y generando estrés al tomarla.

Existe la clara necesidad de la interdependencia en el trabajo diagnóstico, que en esta área necesita de un buen equipo para lograrlo eficazmente, al menor costo posible y con el mayor nivel de satisfacción posible. La discusión entre lo orgánico y psicológico ya pertenece al pasado por lo que sabemos de la práctica clínica diaria, en donde generalmente la presencia de ambos factores es clara. El grupo que dirige Goldstein en Boston, inicia la evaluación con un interrogatorio clínico hecho por un médico sexólogo. Una de las conclusiones evidentes de un protocolo de investigación utilizando Fentolamina para el tratamiento de la DE, realizado entre el Hospital Universitario de Caracas y la Unidad de Terapia y Educación Sexual (4) es la demostración clara de cómo distintas especialidades abordan los problemas de manera totalmente

diferente. Sólo el interrogatorio clínico presenta evidentes diferencias, para no hablar de la actitud y manera de pensar entre un cirujano y un clínico, lo cual no implica juicio de valor. Es el modo de abordaje lo que califica la diferencia.

Es muy importante también el diseño de la muestra, los urólogos por ejemplo ven un mayor número de pacientes de más de 50 años, mientras que los psiquiatras y sexólogos vemos pacientes más jóvenes.

Estudios más profundos se requieren para obtener conclusiones válidas y confiables.

Sabemos desde hace mucho tiempo ya la relación e incidencia de la edad y la DE. A mayor edad mayor riesgo de padecerla. Sin embargo vemos lo negativo pero no lo positivo cuando el 50% de los hombres mayores de 80 años son capaces de funcionar satisfactoriamente.

La utilización de escalas en Psiquiatría y Sexología es mucho más frecuente en la práctica clínica. De igual manera que el IIFE, en el estudio de Massachusetts, estableció criterios arbitrarios que han sido aceptados por todos, las publicaciones del Manual de mediciones psiquiátricas (5) y el Manual de medidas en relación con la sexualidad humana (6) son de extrema importancia para obtener conclusiones.

Todo esto nos orienta al estudio de las comorbilidades, que en disfunciones sexuales son particularmente frecuentes. La depresión y sus efectos, así como también los efectos secundarios que producen los SSRI, los factores orgánicos: diabetes, hipertensión arterial, lesiones del SNC y del SNA, prostatectomías y cirugía radical, y endocrinopatías entre muchos otros, merecen también ser mencionados.

Otro gran aspecto de importancia en el estudio de las DS tiene que ver con las clasificaciones y los criterios diagnósticos, ya en revisión para las futuras DSM V y la ICD 10-R. Grupos de consenso y trabajos de campo se requieren para incluir nuevas entidades diagnósticas, y establecer los parámetros que permitan avanzar en el campo.

Berganza (SHEP 2000) ha propuesto incluir en la fase de resolución la disforia y la cefalea postcoitales, que con frecuencia vemos también en la clínica. Por otra parte, criterios etiopatogénicos en sexualidad humana serán difíciles de precisar por la multifactorialidad presente.

En EE. UU. y países que utilizan el sistema de reembolso en sus sistemas de Seguridad Social, esto reviste aún mayor importancia. Al igual que las pautas para decidir planes de tratamiento en el sistema *managed care*, tan controversial a la hora de evaluar calidad de atención vs productividad. No pensamos que el factor economista siempre debe ser el norte en la toma de decisiones estrictamente médicas.

No podemos pasar de vista la necesidad de mantener la confidencialidad de la información, aún más clara en psiquiatría y sexología, lo cual ahora debe tener mayor vigencia dada la multiplicidad de sistemas informáticos y de archivo.

Los elementos psicosociales predictores de DS son también dignos de mención. Eventos post-traumáticos, abuso sexual infantil, trastornos de identidad de género, el *sissy boy syndrome* (9), así como también el guión y la historia de vida, el análisis ideográfico de la personalidad (10), la cultura y sus efectos en la vida sexual de los pueblos, los factores religiosos, las oportunidades de información y orientación y la educación sexual integral, así como el rol que los medios de comunicación social juegan en crear actitudes y estereotipos.

Orientamos la Psiquiatría cada vez más hacia la optimización de la calidad de vida, lo que a su vez se refleja en las definiciones actuales de salud y salud sexual, que deben ser actualizadas (WPA SHEP 2000 y PAHO, Guatemala 2000). La rutina y las mismas condiciones ambientales, factores psicológicos muy comunes deberían ser modificados en cualquier programa terapéutico.

Para algunos:

Yo soy lo que yo creo que yo soy.

Yo soy lo que yo sé.

Yo soy lo que he vivido.

Yo soy lo que cumplido de mis proyectos de vida.

Yo soy lo que yo soy y digo lo que pienso y siento.

Treinta años después de Masters y Jonson, el modelo fásico de la Respuesta Sexual Humana, excitación, meseta, orgasmo y resolución, unido al aporte de Kaplan en cuanto a la fase del deseo, deben ser revisados sin desmerecer el valor histórico de sus aportes científicos en condiciones históricas nada favorables.

Hoy creemos en un modelo circular de retroalimentación de cada una de las fases (WPA SHEP 2000).

Y todo ello se ha beneficiado significativamente del descubrimiento y aporte de nuevas drogas vasoactivas, las cuales invadirán el mercado en el 2001. Surgen nuevos tratamientos para la DE, tratando de copiar el fenómeno sildenafil (Viagra), tan exitoso y sin precedentes en la historia de la medicina en cuanto a su reconocimiento por los organismos de aprobación y control farmacéuticos a nivel mundial. Aclarar la campaña promovida en detrimento de este medicamento es fundamental, ya que aún existe cierta aprehensión en cuanto a su uso sistémico, el cual realmente ha producido mínimos efectos secundarios si los comparamos con otros fármacos.

Sin embargo aún falta mucho para la aparición de afrodisiacos realmente confiables, que mejoren la fase del deseo sexual, lo cual constituye una de las principa-

les causas directas de DS, tanto en el hombre como en la mujer, producto del estrés y las condiciones sociales y económicas que vive el mundo de hoy en crisis.

Técnicas quirúrgicas como la faloplastia de aumento o la neurotomía para tratar la eyaculación precoz son consideradas ya antiéticas y han originado muchas demandas médico legales por sus elevados costos y su muy poca valoración en cuanto a resultados satisfactorios en el mediano plazo.

La mujer tiene derecho a expresar sus preferencias sexuales y a lograr satisfacción plena de sus necesidades sexuales (11), pero aún falta mucho por lograr en cuanto a su tratamiento farmacológico su complejo mecanismo hormonal es uno de los factores, así como también el embarazo y la menopausia (12).

Los misterios en cuanto al valor de la testosterona y la relación estrógenos/progesterona aun están vigentes.

En cuanto a lo psicológico el valor de las fantasías y de las técnicas de estimulación de la pareja son áreas relativamente nuevas. Ninguna mujer debe simular orgasmos, el aprendizaje a través de la masturbación es básico, invertir la actitud sumisa y tímida que la caracterizó, utilizar las caricias, masaje, juegos eróticos para prolongar el período precoital, descubrir y ejercitar los focos de sensibilidad, desarrollar el concepto de intimidad, e incrementar el repertorio y destrezas sexuales son áreas también de extrema significación. Dentro de poco podremos medir las fases del triángulo de Sternberg: compromiso, intimidad y pasión.

Por otro lado los trastornos en la relación de la pareja, particularmente la discordia marital y la lucha de poder, que muchas veces conduce a la violencia, son áreas que generalmente producen graves conflictos, depresión, baja autoestima y resentimientos.

Todo esquema de tratamiento de las DS debe ser individualizado, tomando en cuenta lo antes descrito, y debe incluir:

#### Disfunción orgásmica (DO)

1. Historia sexual exhaustiva.
2. Medición a través de escalas: CIS-depresión.
3. Cuestionario sexualidad femenina.
4. Exámenes de laboratorio (PRL, HIV).
5. Examen ginecológico.
  - VPH.
  - Despistaje de cáncer de cuello.
6. Orientación y educación sexual.
  - Ejercicio.
  - Relajación.
  - Masaje.
  - Fantasías.
7. Vaginometría.
8. Masturbación:
  - Individual.
  - Pareja.
  - Vibrador.
9. Psicofármacos:

- Ansiolíticos.
- Antidepresivos.
- 10. Hormonas: estrógenos, TRH, testosterona.
- 11. Cremas locales, lubricantes.
- 12. Terapia sexual.
- 13. Terapia de pareja.
- 14. Modificar condiciones ambientales.
- 15. Evaluación general calidad de vida.

#### Disfunción eréctil (DE)

1. Historia sexual exhaustiva.
2. Medición a través de escalas: IIEE, CIS-depresión.
3. Examen físico.
4. Exámenes de laboratorio.
5. Orientación y educación sexual.
  - Ejercicio.
  - Relajación.
  - Masaje.
  - Fantasías.
6. Estudio falodinámico del pene mediante inyecciones intracavernosas.
7. Rigiscan.
8. Eco-doppler.
9. Psicofármacos:
  - Ansiolíticos.
  - Antidepresivos.
  - Bromocriptina.
  - Testosterona.
10. Medicamentos vasoactivos orales.
11. Terapia sexual.
12. Terapia de pareja.
13. Modificar condiciones ambientales.
14. Cirugía (aprobación Junta Médica).
15. Evaluación general calidad de vida.

El tratamiento de la DE refractaria que vemos con frecuencia relativa también debe ser evaluado por una Junta Médica.

El compromiso multi y transdisciplinario en beneficio siempre de nuestros pacientes, buscando el bienestar efi-

ciente, rápido y económico, debe ser el Norte de nuestras actuaciones profesionales.

La implementación de la Declaración de Derechos Sexuales de la WAS (15), constituyen los mejores aportes para elevar el nivel de salud sexual de los habitantes del planeta.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Lauman EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. JAMA 1999;281:537-44.
2. Masters W, Johnson V. Human Sexual Inadequacy. Boston: Little Brown; 1970.
3. Feldman HA, Goldstein I, Hatzichristou DG, Krane RJ, McKinlay JB. Impotence and its medical and psychosocial correlates results of the Massachusetts Male Aging Study. J Urol 1994;151:54-61.
4. Hernández, Dávila, Parra, Kad-Bay, Erazo, Sira, et al. Fentolamina en Disfunción Eréctil: Estudio doble ciego en Hospital Universitario de Caracas, la UTES y otros centros. Venezuela en trámite de publicación 2001.
5. APA. Handbook of Psychiatric Measures; 2000.
6. Davis, Yarber, et al. Handbook of Sexuality Related Measures. Segal Ed; 1998.
7. Montejo et al. Universidad de Salamanca. España.
8. Berganza C. Contribución personal al SHEP Programa de Salud Sexual WPA. I'm progreso; 2001.
9. Green R. The Sissy Boy Syndrome. Yale Ed; 1987.
10. Mezzich JE. El análisis ideográfico de la personalidad. SHEP. Programa de Salud Sexual. WPA En progreso. 2001.
11. Hite S. Sexualidad Femenina; 1977.
12. Cavagna N, Resnicoff D, Caldiz L. Menopausia y Sexualidad Femenina. SHIT. WPA.
13. Sternberg. El triángulo de la Pasión.
14. Hernández R. Esquemas de Diagnóstico y Tratamiento DS. WPA-SHEP; 2001.
15. WAS. Declaración de Derechos Sexuales. Valencia; 1997. Hong Kong; 1999.