

Problemática de la asistencia primaria ante las disfunciones sexuales

MIR PIZA, J.

Centro de Salud Marratxi. Insalud. Palma de Mallorca.

Primary health care problems for sexual dysfunctions

La sexualidad es uno de los móviles más poderosos de nuestra existencia.

Actualmente existe una creciente demanda para alcanzar un máximo desempeño en la ejecución sexual, lo que puede acompañarse de expectativas poco razonables o derivar en inseguridad o miedo al fracaso, que, una vez experimentado, puede desencadenar ansiedad anticipatoria a un nuevo fracaso. De ahí la importancia de erradicar los mitos sexuales.

Sorprende que los «fundamentalistas» de la Asistencia Primaria (AP), que tanto pregonan una atención integral y el concepto de salud como estado de bienestar físico, mental y social, y no meramente, a ausencia de enfermedad, hayan olvidado incluir la salud sexual entre sus objetivos de primer orden.

Las disfunciones sexuales (DS) constituyen una problemática frecuente, pero claramente infradiagnosticada. Aproximadamente el 35-60% de las mujeres presentan algún tipo de DS, siendo las más frecuentes el deseo sexual inhibido y la anorgasmia. En los hombres, alrededor de un 40% sufre alguna DS, sobre todo disfunción eréctil y eyaculación precoz.

En un 25 a un 48% de las parejas coexiste algún trastorno sexual en ambos miembros de la pareja. La asociación más frecuente es el deseo sexual inhibido en la mujer y la eyaculación precoz en el varón.

Las consultas de AP son, por motivos nada difíciles de adivinar, el escenario idóneo para impartir educación sexual, desmontar tabús y creencias erróneas, promocionar la salud sexual fomentando actitudes erotofílicas, presentando la relación sexual como una riquísima fuente de comunicación interpersonal, placer, bienestar físico y mental e incremento de la autoestima, así como liberación de la tensión neuromuscular. Educación en el respeto, obviamente, a todas las opciones de orientación del deseo sexual. Y, además, pero no exclusivamente, educación en la responsabilidad e información para la prevención de enfermedades de transmisión sexual y de END. Resaltar que la salud sexual supone un elemento básico de ese tan manido concepto globalizador que denominamos «calidad de vida».

La vida sexual insatisfactoria genera no pocos conflictos de pareja, a menudo rupturas, que suponen un caldo de cultivo excelente para la implantación de cuadros depresivos y/o algún trastorno de ansiedad.

Especial énfasis merecen los trastornos de una o más fases de la respuesta sexual humana secundaria a fármacos y sustancias de abuso, de tan notable prevalencia. Efectos indeseables a nivel de la esfera sexual cuyo conocimiento por parte de todos los clínicos resulta clave para su oportuna detección y tratamiento.

Parafraseando a Félix López: «No hay una sola manera de vivir de forma saludable la sexualidad y no hay ninguna conducta sexual que pueda ser saludable si la persona que la vive no la acepta como tal».

FACTORES QUE DIFICULTAN EL ABORDAJE DE LA PROBLEMÁTICA SEXUAL POR PARTE DE LOS PROFESIONALES DE AP

1º. Tema tabú. El sexo, aunque cada vez menos, sigue siendo un tema tabú cargado de prejuicios y desinformación. Es un tema delicado, cuya aproximación o abordaje debe ser muy respetuoso y empático, a fin de no deteriorar la relación médico-paciente. A veces, procede garantizar la privacidad más absoluta, recordando nuestro deber de guardar secreto profesional.

2º. Déficit de formación en sexología. No se diagnostica lo que no se piensa y no se piensa lo que se desconoce.

3º. Escasez de cursos de capacitación en sexología. Abunda la formación continuada sobre ECG, sobre urgencias, sobre cefaleas, incluso sobre depresión, entre otros muchos ejemplos. ¿Surge acaso en nuestro medio alguno sobre sexualidad y su problemática?

4º. La consulta explícita es infrecuente. Por lo que es preciso «rascar» sistemáticamente en los procesos psicopatológicos y psicopatológicos en forma de búsqueda activa de parejas disfuncionales, bajo las que subyace con elevada frecuencia disarmonía sexual.

- 5º. *¿Cuánto tiempo se dispone para su detección y/o terapia?*
6º. *¿Y a dónde o a quién deben derivarse las DS?*

APROXIMACIÓN DEL MÉDICO DE FAMILIA A LAS DS

El médico de AP, tras establecer un correcto diagnóstico basándose en los criterios del DSM-IV, debería descartar:

- La presencia de una patología orgánica subyacente.
- Que la DS pudiera ser secundaria al uso de sustancias, con fines terapéuticos o adictivos.
- Que la DS sea un síntoma más de un trastorno psiquiátrico.

CRITERIOS DE DERIVACIÓN AL ESPECIALISTA

1. Presencia de otra patología psiquiátrica significativa.
2. Si la DS se supone secundaria a un psicofármaco prescrito por el psiquiatra, con el fin de que valore la posibilidad de cambio de tratamiento.
3. Si se trata de una DS en sí, no debida a un trastorno psiquiátrico, médico o por uso de sustancias y la presencia de la sintomatología suponga un malestar marcado y significativo para el paciente y su mundo de relación.
4. La interconsulta sea solicitada por el propio paciente y ésta sea razonable.
5. Casos de parafilias (pedofilia).
6. Casos de orientación sexual egodistónica, más frecuentemente homo o bisexuales.