

---

## Mesa redonda

SAENZ, I.; HERNÁNDEZ, R.; BOBES, J.; FARRÉ, J. H.; POMEROL, J. M.; MONTEJO, A. L.; LLORCA, G. y FORA, F.

---

### Round table

#### SAENZ DE TEJADA

*Hernández:* La FDA ha decidido retirar la apomorfina.

*S. de Tejada:* No ha sido retirada en Europa y sí en EEUU. La FDA consideró que los estudios no eran lo suficientemente claros por lo que respecta a sus efectos secundarios y proponían ponerle un «black box» a la caja con indicación de las precauciones. El fabricante prefirió retirarlo.

*Pigem:* En psiquiatría la apomorfina se utilizaba, a dosis de 10 o 15 mg, en el tratamiento aversivo del alcohol.

*S. de Tejada:* En estos casos se trata de dosis más baja, nunca superior a 3 o 4 mg.

*Fora:* Los datos con paroxetina que has presentado podrían no ser un efecto directo de los ISRS. Podría ocurrir que fuera el efecto anticolinérgico el que produjera una menor capacidad eréctil. Se produciría el efecto de manera indirecta.

*S. de Tejada:* No creo que vayan por ahí los tiros. Estamos comparando distintos ISRS y no todos producen este efecto. Estas diferencias de matices permitirán encontrar la respuesta de cuál es el mecanismo regulador.

*Fora:* A nivel espinal hay un efecto tanto simpático como parasimpático.

*S. de Tejada:* No sólo eso, la misma vía parasimpática provoca inhibición. En lesiones medulares se puede compensar la vía dilatadora simpática a través de ciertas fibras de la otra.

*Llorca:* No sé si vamos por el buen camino buscando medicaciones para el acto sexual o sería mejor medicamentos que tienen efecto al mes y medio, como la trazodona, lo que implicaría recuperar no el acto sexual, sino la sexualidad.

*López-Ibor:* Has hablado de disfunción en la erección de origen medular y otra de origen psicógeno. No me gusta el concepto psicógeno. Los ISRS dificultan la erección, pero también disminuyen el deseo. Como las dos cosas van juntas no ha sido un escándalo. Oí que si uno de los componentes de la pareja al que se administra un ISRS se queja, que la pareja tome otro inhibidor y así ambos se colocan al mismo nivel en el deseo.

*Montejo:* En estudios con fármacos el ítem que más se afecta es el deseo y el que menos la erección. ¿Tenéis datos con otros ISRS? ¿Con otros antidepresivos?

*S. de Tejada:* No con otros tipos de antidepresivos. Sí con otros ISRS.

*Mir:* La queja más frecuente es la falta de orgasmo, según diferentes estudios y según mi experiencia y luego el retraso en la eyaculación.

*Farré:* Psicógeno es una palabra que tampoco nos entusiasma y mañana lo explicaremos... La discusión sobre erección, orgasmo, eyaculación... Interesa el fármaco que estimule el deseo y no tanto la función. Pero el deseo se refuerza por el *feedback* de la periferia. El gran problema de los ISRS es que producen una disminución del deseo.

*S. de Tejada:* Los tratamientos tratan y no curan la alteración. El paso siguiente sería buscar medicamentos que prevengan o curen. Hasta qué punto va a dar de sí el hecho de aumentar el deseo con fármacos, es un campo abierto e hipotético y desde mi punto de vista restringido. Nosotros utilizamos los ISRS para tratar la eyaculación precoz.

*López-Ibor:* En nuestra clasificación hay términos muy imprecisos: «no orgánico» significa lo mismo que «psicógeno». Erección refleja y psicógena van juntos en los diagramas que ha presentado Saenz de Tejada. Los mecanismos central y periférico en la mayoría de funciones acostumbran a ser los mismos: los mismos neurotransmisores, etc.

*Llorca:* Dinámico sustituye a psicógeno en otras acepciones.

*López-Ibor:* Si la acción de los ISRS tiene que ver con el deseo o el orgasmo es un tema que ha quedado en pie.

*S. de Tejada:* No tengo datos que hablen en favor de una alteración del deseo.

*Pomerol:* No vemos en la eyaculación precoz alteraciones de la libido. Son pacientes jóvenes los de nuestra experiencia.

*Carrasco:* Individuos con lesiones traumáticas en el pene que impiden la erección, ¿acaban desarrollando una inhibición del deseo? ¿Dónde empiezan las emociones?, es un tema esencial en psicología médica. ¿La emoción empieza a nivel central y es conducida al periférico o bien es al contrario? ¿Empieza el deseo con una erección o microerección?

*S. de Tejada:* Que una erección sea buena y rígida, anima y contribuye al deseo... ¿Lesiones en el pene? Es difícil decirlo. Nuestros pacientes tienen deseo cuando acuden a la consulta.

*Lozano:* La constante humana es que el deseo se mantenga y la capacidad física vaya decreciendo con el tiempo... de ahí la necesidad de los fármacos.

**Farre:** La interacción central-periférica es cierto que debería estudiarse en la conducta sexual mucho mejor. Hay una base fisiológica, una disposición conductual y una respuesta: son tres fases diferentes y hay que encontrar una respuesta a estas tres fases.

**Mir:** El sildenafil actúa sobre la fase de erección en el varón. En la línea de investigación sobre el equivalente femenino, la fase de lubricación vaginal, ¿hay datos con el sildenafil?

**Añón:** Ha habido estudios en mujeres y había un incremento en la lubricación, pero la mujer no lo asociaba a un aumento de la satisfacción.

**Palacios:** La sexualidad femenina es más compleja que la del varón. Hay investigaciones pero los resultados son aún preliminares aunque parece eficaz con el uso de medidas que se pueden investigar como la lubricación.

**Fora:** Parece que es eficaz en mujeres, los estudios son con mujeres postmenopáusicas. Actúa en la lubricación pero el valor y la significación es muy diferente respecto al de la erección en el varón.

**Pomerol:** La complicación es a nivel central, no periférico, la función sexual periférica del varón es muy compleja.

**Roca:** Hemos discutido la validez de algunos modelos que distinguen central-periférico en estos mecanismos. Si lo aplicamos a la conducta sexual, la complejidad diferente entre varón y mujer nos llevaría a una discusión conceptual muy relevante.

**Farre:** Sí, tendríamos una discusión que espero ocurra mañana tras otras intervenciones. La anorgasmia es difícil de medir, de controlar y difícil de actuar sobre ella: hay mucho que discutir sobre estas complejidades y estas diferencias.

## RUBÉN HERNÁNDEZ

**López-Ibor:** Se discutió en la WPA cómo se llamaría la sección de sexología. Se decidió llamarle de sexualidad humana para diferenciarla de la sexualidad animal y que se centrara en los aspectos humanos. Tampoco se pretendía incluir los aspectos sociopolíticos de la misma, sino sólo el punto de vista médico.

**Pomerol:** Sin duda hay que exigir una visión integral, en especial antes de recurrir a la cirugía. La prótesis debe ser un recurso último. Quiero romper una lanza en favor de los urólogos, es posible que algunos recurran a la prótesis de manera precipitada, pero se trata de casos rarísimos, absolutamente minoritarios. Tampoco es admisible, por otro lado, tener al paciente durante 10 años en tratamiento psicológico sin ningún resultado.

**Hernández:** Es importante definir los campos de cada especialidad, hasta dónde debe llegar cada una. Por ejemplo, los ginecólogos están quedando totalmente fuera del estudio de la sexualidad femenina, mientras que los urólogos sí que se están interesando por la sexualidad masculina.

**Pomerol:** En este campo, opino que al ginecólogo no le ha interesado jamás la sexualidad. Quizá ocurrió así al

principio con la urología, pero hoy en día es cada vez mayor el interés de la urología por los aspectos globales de la sexualidad.

**López-Ibor:** Algunos ginecólogos sí se han interesado. El profesor Botella, que había sido invitado a esta reunión y a la que desafortunadamente no ha podido acudir, estaba invitado y no pudo venir a última hora, se ha interesado tradicionalmente por la sexualidad femenina, haciendo una ginecología integral y siendo pionero en este campo. En Estados Unidos no existe sin embargo ningún interés por la sexualidad femenina entre los ginecólogos, y queda en manos de los endocrinos.

**Farré:** Más que de especialidades depende de la capacidad profesional de cada médico. Los ginecólogos españoles tienen una asociación de ginecología psicosomática dentro de la SEGO y son conscientes de esta falta en su especialidad. Pero hasta ahora la atención a la sexualidad femenina ha venido de otras especialidades, en especial de los psiquiatras.

**López-Ibor:** Yo creo que las especialidades actuales deberían desaparecer. La división viene de Morgagni, que habla de las enfermedades de los órganos. Hoy se debería hablar de las enfermedades de las funciones. Por ello cada especialidad tiende a ver su órgano de referencia.

**Roca:** Preguntaría si en realidad se ha avanzado tanto como parecen insinuar algunos sexólogos en el diagnóstico y en la clasificación de la disfunción sexual en los últimos años.

**Hernández:** Definitivamente sí. La cavernografía, la electrofisiología y otras técnicas han avanzado mucho. También la anatomía y la radiología genital ha avanzado notablemente, se ha estudiado con mucha mayor intensidad. Por otra parte, de acuerdo con el profesor López Ibor, deberían desaparecer las especialidades. Hay que favorecer la formación integral, y en este caso particular, la educación sexual, contrarrestando mitos y desconocimientos.

**Llorca:** A veces la integración depende de las relaciones en los mismos hospitales, que en nuestro caso es buena. En nuestro centro, los pacientes de urología que habían comenzado a tomar Viagra fueron enviados a psiquiatría para tener una adaptación psicológica al tratamiento, sobre todo por los temores a efectos secundarios. Esto es quizá exagerado, pero enfatiza el papel de la psiquiatría en todos los aspectos relacionados con la sexualidad.

**López Ibor:** En cuanto a los temores, el 85% de los pacientes coronarios no vuelven a tener relaciones sexuales, por miedo a la repetición del infarto. Con los programas de enlace la frecuencia se reduce drásticamente.

**Lozano:** Habría que hacer un comentario sobre el uso de Viagra en las disfunciones sexuales de la cardiopatía isquémica. Muchos de ellos toman vasodilatadores. Para ello son de utilidad las unidades de Psiquiatría de Enlace y la colaboración interdepartamental. En el Hospital Ramón y Cajal, dentro de esta colaboración, estamos haciendo un estudio en el que los primeros resultados indican que el uso de Viagra es notablemente seguro en los pacientes del programa de cardiopatía isquémica.

## JULIO BOBES

**Montejo:** Los cuestionarios autoaplicados son cuestionables. Defiendo entrevistas clínicas con pocos ítems para estar seguros de que los pacientes entienden lo que se les pregunta.

**Bobes:** De acuerdo. Hay que cuidar la validación.

**Pomerol:** Hay diferencias significativas entre los datos obtenidos con los índices si no han sido bien validados. Hay que utilizar instrumentos que puedan ser conocidos internacionalmente para su publicación.

**Gómez Beneyto:** Como psiquiatra me preocupa la sexualidad de los psicóticos. ¿Hay instrumentos para estos enfermos?

**Bobes:** No. Lo que hay se realizó para la depresión y la evaluación de la respuesta a antidepresivos.

**Montejo:** Estamos intentando validar nuestro instrumento para pacientes psicóticos. Hay una comunicación reciente en la APA de Chicago que presentó un trabajo con antipsicóticos.

**López Ibor:** Quisiera comentar que autismo viene originariamente de autoerotismo, un término más suave del que crease Bleuler para describir la sexualidad de los enfermos esquizofrénicos.

## FARRÉ

**Roca:** No ha quedado claro cuántos pacientes tienen trastornos psicopatológicos en vuestro estudio.

**Farré:** 7-8%. Nuestros pacientes son muy jóvenes, eso puede explicar un porcentaje tan bajo. Deberíamos ampliar la muestra. La psicopatología asociada de riesgo es la ansiosa. Llama la atención que sean rumiadores. ¿Son obsesivos?

**López Ibor:** La clave es ¿sobre qué rumian?

**Farré:** En el constructo rumiar hay mucho perfeccionismo. Hay que ver si son rumiadores generales que rumian sobre todo o si sólo rumian sobre sexo. Lo queremos estudiar.

**López Ibor:** Tiene que ver con factores de tipo desencadenante o con los de mantenimiento.

**Farré:** Los obsesivos no tienen más disfunción que la población general.

**López Ibor:** En el juego el riesgo depende de haber ganado mucho en las primeras apuestas, aquí parece que es al revés.

**Hernández:** Sobre adicción y dependencia al sexo faltan criterios de consenso.

**Farré:** La depresión es un factor de mantenimiento. Los nuevos problemas, la adicción al sexo y la parafilia, no son nada iguales.

**Pomerol:** Tenéis muchas parejas colaboradoras, no es ésta nuestra experiencia.

**Farré:** Esto debería ser lo normal.

**Gómez-Beneyto:** ¿Se ha estudiado la comorbilidad con los Trastornos de Personalidad?

**Farré:** Hay pocos estudios. Es un tema de futuro.

**López Ibor:** El problema es la falta de acuerdo en la definición de Trastorno de Personalidad como se ve en las diferencias entre ICD y DSM.

**Carrasco:** A la vista de los datos que presentas sobre el papel patógeno de la pareja en algunos casos de disfunciones sexuales, ¿se le plantea en alguna ocasión al terapeuta recomendar el cambio de pareja como estrategia terapéutica?

**López Ibor:** ¿Cuándo el problema es sexual y cuándo es de pareja?

**Farré:** La problemática de pareja se presenta con gran frecuencia. El problema es saber si es primario o secundario. Hay muchos elementos que matizan esta cuestión y que impiden entrar en este tema. A menudo debe recomendarse terapia de pareja. La falta de erotismo y la rutina junto a otros muchos factores requieren intervención para mejorar la función.

**Pomerol:** Gran número de hombres ya han hecho el test del cambio de pareja antes de la consulta.

**Roca:** Las dosis bajas de fármacos activos a dosis más altas no se muestran efectivas. ¿Eso quiere decir que el fenómeno placebo produce en estos casos una baja tasa de respuesta?

**Farré:** El gran problema es la ansiedad, tanto anticipatoria como en forma de fobia a la erección. El fármaco que consiga una buena acción completa, será el más adecuado.

## POMEROL

**Mir:** ¿Qué frecuencia hay de priapismo tras la inyección intracavernosa de PGE1?

**Pomerol:** Bajísima. La papaverina sí que provoca este fenómeno. La PGE1 da muy pocos efectos, su acción no sobrepasa las seis horas. No hay que «vaciar» prácticamente nunca el pene.

**Mir:** ¿A partir de qué niveles plasmáticos de prolactina se puede producir disfunción eréctil?

**Pomerol:** Muy altos. Deben ser valores muy altos.

**Coullaut:** No están los IMAO entre los tratamientos de la eyaculación precoz. Me ha extrañado.

**Pomerol:** Sí, lo siento, deberían estar.

**Carrasco:** Lo único que yo podría objetar a esta magnífica exposición es el uso del término psicógeno, insistiendo en lo que apuntaba ayer el profesor López-Ibor. Quizás con los términos central y periférico se conseguiría expresar lo mismo y de una manera más precisa. El término psicógeno, aunque lo utilizamos todos, es interpretado por muchos especialistas no psiquiatras como equivalente a metafísico. Y ello es incierto puesto que tanto las terapias psicofarmacológicas como las psicoterapias que se emplean en el tratamiento de las disfunciones sexuales actúan a un nivel físico.

**Pomerol:** Estaba dispuesto a hablar de central, pero como he oído a Farré hablar de psicógeno... Deberemos aclararlo más: habrá un orgánico-central (neurotransmisores, etc.) que no sé si serán problemas físicos o no. He propuesto otra terminología nueva porque central no

será suficiente cuando determinemos la química cerebral alterada.

**López Ibor:** Psicógeno tiene un sentido peyorativo, como funcional, que designa a un paciente que no tiene nada orgánico y parece que está enfermo porque quiere. Es el contexto negativo y estigmatizante del concepto psicógeno. Además, recibimos enfermos con esa etiqueta y que luego no son tal. En la CIE 10 se habla de «no orgánicos» porque no se ha encontrado una mejor y más favorable. Es un cajón de sastre.

**Pomerol:** Vuestra función es encontrarle una terminología adecuada. ¿Cómo les llamáis ahora? Parecen tonterías pero conviene aclararlo.

**López Ibor:** Hay mecanismos centrales que pueden ser neurológicos (enfermedades neurológicas, fármacos) y otros que entran en categorías diagnósticas psiquiátricas (ansiedad, personalidad, niveles elevados de estrés). «No orgánico» significa que se descarta una patología de tal naturaleza. Es la historia de toda la patología psicósomática: colitis ulcerosa, úlcus... El *helicobacter* ha modificado algunos planteamientos de la llamada psicósomática pero resulta que se asocia a determinadas condiciones psicosociales en las que se favorece la transmisión.

**Farré:** Los psiquiatras eran especialistas de la nada porque otros especialistas le decían a un paciente: «usted no tiene nada, vaya al psiquiatra». He utilizado psicógeno porque es el término tradicional, lo cual no quiere decir que estemos de acuerdo, como tampoco con el término «funcional». Además hay muchos trastornos mixtos... La oposición rusa a la doctrina americana con el modelo corticovisceral es otro ejemplo de la confusión que existe en estas cuestiones.

**López-Ibor:** Psicógeno procede del psicoanálisis. Freud utilizaba palabras de la vida cotidiana y algunas traducciones han llevado a términos técnicos que no se corresponden con el original. Así, se le tradujo *seele*, literalmente alma, por *appareil psychique*, lo que sugiere que igual que tenemos un aparato digestivo, tenemos uno psicológico. Tampoco el término trastornos mentales es adecuado para la mayoría de los enfermos, por eso a mí me gusta llamarles trastornos psiquiátricos.

## MONTEJO

**López-Ibor:** Tengo un comentario sobre las vacaciones terapéuticas. En esto la fluvoxamina es un fármaco mejor. Tengo una experiencia con un paciente en este sentido, muy evidente. Otro paciente, obsesivo, corredor de motos, con una idea de contaminación al rozar le cualquiera en un circuito. Le retiré el fármaco los fines de semana porque era cuando debía correr sobre su moto y él fue aprendiendo cuando se casó que al retirar el fármaco unos días no se le alteraba la función sexual.

**Mir:** Enhorabuena por liderar este grupo de trabajo, absolutamente necesario. Al mencionar la ciproheptadina tengo dudas para saber con qué anticipación hay que darla y a qué dosis.

**Montejo:** No tengo experiencia alguna con este fármaco. No sé si está comercializado en España.

**Mir:** Sí, está comercializado.

**Montejo:** Parece que la literatura indica que debe tomarse unas horas antes, pero no tengo experiencia alguna... Respecto a lo que decía el profesor López Ibor yo tengo experiencias similares con fluvoxamina.

**Pigem:** Has correlacionado disfunciones con fármacos y dosis, pero falta una observación que es la correlación con la patología. En las depresiones mayores no hay quejas de disfunción sexual, entiendo que aparecen entre las 4-6 diez semanas, al compensarse... en las depresiones menores aparece antes. Y en cuanto a los fármacos sustitutorios, los clínicos que trabajamos mucho con depresiones tenemos nuestros reparos con este tipo de fármacos...

**Montejo:** Si le preguntamos a los pacientes antes de los 60 días, esperamos. A veces sólo lo cuentan al preguntarles por tercera vez... La mayoría de esta muestra, respecto al diagnóstico, son depresiones mayores. El resto, distimias, trastorno obsesivo compulsivo (TOC), angustia... Sólo en el grupo del TOC observamos una mayor reticencia a comunicar disfunción sexual.

## LLORCA

**Carrasco:** ¿Hay recomendación sobre el género del terapeuta en el tratamiento de las disfunciones sexuales?

**Llorca:** No está claro. Lo que está claro es que hay que trabajar con todas las relaciones personales del paciente. Todos sus aspectos pueden ser utilizados si tienen cabida, no hay pautas generales.

**López Ibor:** Todos los recursos son utilizables para manejar en toda su dimensión los aspectos personales del paciente. El mismo Freud utilizó recursos para evitar ser seducido por el paciente, entre ellos el diván, que no es otra cosa que un intento de evitar la mirada del paciente.

**Mir:** El sexo del terapeuta es importante. En general se recomienda que el terapeuta sea del mismo sexo. En el caso de tratamientos de parejas, pueden intervenir dos terapeutas de distinto sexo, para impedir que haya sospechas de alianza entre paciente y terapeuta.

**Hernández:** Yo creo que no es necesario que sean del mismo sexo. En ese caso, los terapeutas de los homosexuales tendrían que ser homosexuales.

**Gómez Beneyto:** ¿Qué papel juega el psicoanálisis en el tratamiento de la disfunción sexual?

**Llorca:** Sigue teniendo un papel difícil de aplicar en el marco público.

## FORA

**Pomerol:** Hay que subrayar el alto efecto placebo. Todos los ensayos clínicos demuestran un 30 o 40% de respuesta placebo. ¿Debería utilizarse, por tanto, el placebo? ¿Es ético? Por otra parte, ¿hay algún estudio sobre dife-

rencias en los pacientes con disfunción psicógena que responden y los que no responden a sildenafil? ¿Y creéis que es posible que estos pacientes mantengan su erección de manera espontánea tras la retirada del fármaco?

*Farré:* ¿Cuál es la razón de que el período de caducidad de Viagra sea tan breve? Ello ha llevado a que estemos utilizando muestras a punto de caducar.

*Palacios:* La caducidad del fármaco es de tres años. En la nueva ficha técnica vendrá con caducidad de cinco años.

*Añón:* La caducidad siempre es menor en las etapas de salida de un fármaco. En los años siguientes se incrementa este período de caducidad.

*López Ibor:* Los mecanismos de mantenimiento adquiridos durante el tratamiento psicológico son necesarios para poder mantener las erecciones espontáneas tras la retirada del fármaco.

*Forá:* Tenemos una amplia experiencia de pacientes con disfunción psicógena que se han curado gracias al Viagra añadido al uso de técnicas psicológicas que aumentaron su autoconfianza. Y mantienen su curación al retirar Viagra.

*Farré:* Hay pacientes resistentes a todo, 20-30%, incluido a Viagra. Pero no es un enfermo tipo. Los pacientes muy rumiativos puede que sean más resistente y tengan mayor número de recaídas tras retirar Viagra.

*Pomerol:* ¿Se puede decir entonces que el fármaco cura la disfunción sexual psicógena, que no sólo trata el síntoma?

*López Ibor:* El efecto placebo es la respuesta. El placebo es la combinación del efecto de la medicación y de la acción del médico. Esta combinación es la que resulta curativa.

*Pomerol:* ¿Y por que no damos entonces placebo?, ¿es ético?

*López Ibor:* El problema es que el efecto placebo es muy caro, precisa muchas horas de acción del médico.

*Palacios:* Y no sólo es efectivo en la función eréctil, sino también en otras áreas sexuales, según se desprende de los estudios de eficacia más recientes.

*Montejo:* Es interesante la cuestión del placebo. Esta respuesta se da también en los pacientes con disfunción orgánica. Hay por tanto que pensar en la acción central o psicógena. En algunos casos extremos, una dosis cada cinco semanas ha sido eficaz en alguno de mis pacientes.

*Hernández:* Yo pienso que en la mayoría de los casos es conveniente que la pareja sepa que toma Viagra. Primero, porque es difícil de esconder, y encontrarlo puede ser traumático para la pareja. En segundo, es bueno el hecho de la comunicación, relaja la tensión. Y en tercero, involucra a la pareja, elimina las culpabilidades y atribuciones. En cuarto lugar, es bueno llevar el Viagra encima porque aumenta la seguridad.

*Casáis:* El placebo en todo caso tiene que ser caro y de marca. Por otro lado, ¿qué hacen 10 miligramos de clomipramina en una hora en el organismo? En este tiempo no es posible que tenga ningún efecto farmacológico. Es un placebo.

*Forá:* He dicho que actúa en una o cuatro horas. Y probablemente el efecto terapéutico sea explicado por la acción bloqueante alfa adrenérgica.

*Casáis:* Repito que, ni por lo que respecta a la farmacodinamia ni a la farmacocinética se explica esta acción.

## DEBATE FINAL TRAS LA MESA REDONDA

*Hernández:* Intentemos plantear temas no desarrollados anteriormente y hacer una discusión proactiva. En particular, intentemos resolver el problema básico: cómo involucrar a los psiquiatras en el tratamiento de las conductas sexuales anómalas. La AMP, tras pasar un cuestionario entre sus miembros, encontró que una minoría de ellos investigaban la función sexual de sus pacientes. Como consecuencia se ha elaborado un programa, conjunto con la Asociación Mundial de Sexología, para cambiar esta tendencia. De esta forma, ¿cómo involucrarnos de manera directa en esta tarea de mejorar el funcionamiento y el bienestar de esos pacientes?

*Casáis:* Yo creo que parte del problema está en la formación de la universidades. Es muy probable que el psiquiatra licenciado no tenga ninguna noción de sexología. Como mucho un tema en el programa de Psicología Médica, uno en el de Psiquiatra y depende de dónde se forme en el MIR. Todo ello, a pesar de que existe una gran demanda actual: en Cádiz hay un curso muy solicitado que lo imparte el departamento de ginecología. La tendencia debería ser instaurar la asignatura de sexología como troncal y obligatoria.

*López Ibor:* En Madrid sí le damos importancia, sobre todo por su repercusión en la prevención de enfermedades de transmisión sexual.

Por otra parte, parece que las cosas funcionan cuando hay presión externa. En este caso tendrían importancia las presiones de los pacientes y familiares. En principio, en la cartera de servicios del Insalud tan sólo está excluido el psicoanálisis y la hipnosis, no otras cosas.

*Farré:* En la Universidad de Barcelona la sexología se encuentra en la Psicología Médica, pero hay una optativa de sexología que ha tenido un gran éxito. En el programa de residencia no existe esta formación. Por una parte no hay unidades donde puedan recibir la formación, pero por otra quizá el psiquiatra tampoco esté muy interesado. Se ha considerado un tema menor además de farfoso y largo de ejecución.

*Hernández:* Hay aspectos contradictorios. La mitad de los trabajos de sexología han sido realizados por psiquiatras y las mayores contribuciones se deben a ellos (Kaplan, etc.). De los siete presidentes de la Asociación Mundial de Sexología, la mayoría han sido psiquiatras.

Por ello, ha pasado algo en España que hace que haya menos interés. Al Mundial de Sexología de Valencia acudieron muy pocos psiquiatras. Quizás porque se piensa que el psiquiatra debe liderar siempre estos temas y eso crea problemas.

*López Ibor:* La explicación está en el sistema sanitario español. Es fácil para el médico del sistema público re-

nuciar a áreas de trabajo, así se descarga de presión asistencial. No hay incentivos para interesarse por campos nuevos.

*Hernández:* La televisión española es muy explícita en los temas sexuales y han trivializado enormemente estos temas. Hacen de la sexología un escándalo. Esto aleja a las universidades.

*Bobes:* Opinaré de tres temas que han surgido. La formación: Tendrá que ser impartida a todos los médicos. Un problema es la falta de acreditación de la formación continuada. Yo opino que estamos muy verdes en este campo porque no hemos tenido armas terapéuticas para el problema sexual. Ahora los tiempos empezarán a cambiar. Y no sólo hacen falta fármacos, sino también líneas de investigación preferentes, que hasta ahora no las ha habido. Y de momento no es un tema preferente para el sistema, como lo ha sido por ejemplo el sida. Faltan recursos de investigación, de una investigación hecha con rigor. Ello es lo que arrastra a los investigadores y a los psiquiatras jóvenes. Y eliminar lo que no sea sólido.

*Pomerol:* Lo primero sería que el Ministerio se comprometa o no. Yo propongo una unión de esfuerzos de sociedades científicas implicadas.

Otro paso sería elaborar la red asistencial relacionada con el tema, porque el sistema no está preparado para ello. Y además es desigual en el conjunto de España, dependiendo de los intereses particulares de los médicos de la zona.

*Gómez-Beneyto:* Un gran problema es la falta de tiempo. En nuestro caso estamos capacitados para el tratamiento de la disfunciones sexuales pero carecemos de tiempo por la presión asistencial. Respecto al desinterés por el congreso de Valencia... ocurrió en un momento en que la psiquiatría española estaba preocupada por otras

cosas, en particular la desinstitutionalización y la reforma. Y fueron los psicólogos y los ginecólogos los que lo retomaron. Por ello estas cosas se tratan ahora en los centros de orientación familiar, al menos en Valencia.

*Lozano:* Antes de discutir la formación, las sociedades psiquiátricas deberían definir cuál es el ámbito psiquiátrico. En Madrid están fuera de la psiquiatría las toxicomanías, por dejación de las sociedades psiquiátricas.

*Hernández:* El psiquiatra debe tomar los espacios que se le ofrecen y buscar sus huecos en aquello que se produzca. Se avecinan muchos eventos en los que se están preparando mesas y ponencias.

*Llorca:* Hay posibilidades de resolver algunas cuestiones, hay que ser operativos. No pidamos cosas a la administración en primer lugar. Hay reuniones de discusión de la asignatura de Psicología Médica en la que se ha empezado a discutir sobre asignaturas de este tipo. Hay que darle continuidad a estas reuniones. Esto ocurre con muchas otras áreas: la ludopatía, el alcoholismo, etc.

*Roca:* Nos queda poco tiempo, lamentablemente, para la discusión. Es gratificante ver que muchos de vosotros estáis sorprendidos por el formato de la reunión y de discusión que hacemos cada año en *Formentor*. Pero hoy ha habido una grave deficiencia, no ha habido participación de alguna mujer en las ponencias, asunto que trataremos de arreglar de inmediato solicitándoles trabajos para su publicación en el número monográfico que saldrá como resultado de estos días de trabajo.

*López Ibor:* Creo que el objetivo de la reunión está ampliamente cubierto. Se trata de dar una respuesta a los médicos de asistencia primaria que no saben dónde enviar a estos pacientes. Quedan aspectos que, como decía Miquel Roca, intentaremos que queden cubiertos en la monografía.