

## Asesoramiento (*counselling*) en sexualidad femenina y masculina

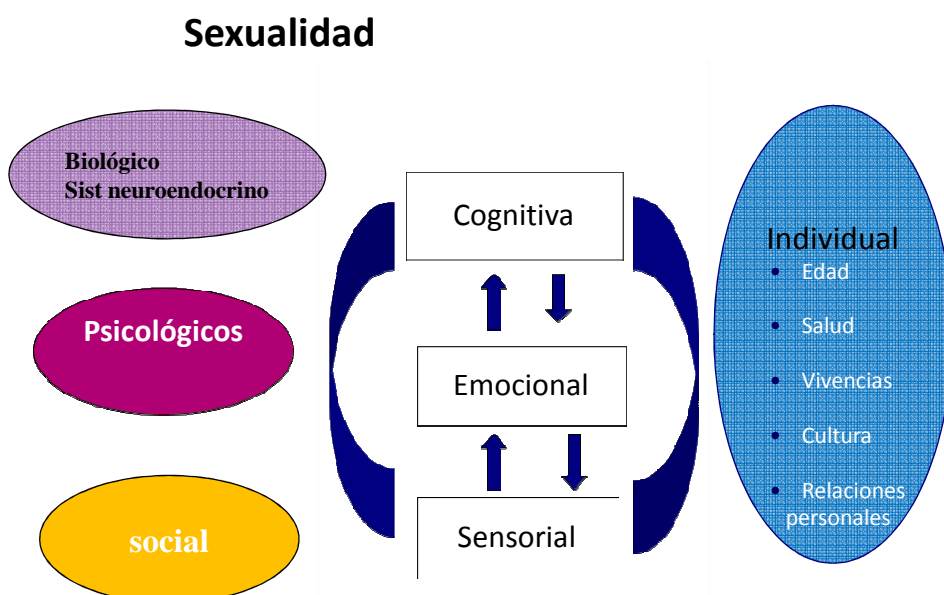
Francisca Molero Rodríguez. Institut de Sexologia de Barcelona

El abordaje de la sexualidad se ha convertido en un reto para los profesionales sanitarios. Los pacientes consultan y los profesionales deben darles respuesta. En los últimos años la vivencia de la sexualidad a nivel individual y colectiva ha cambiado de manera considerable en nuestro entorno. Este artículo aborda los diferentes aspectos que influyen en ella, sus repercusiones en la salud de las personas y el papel de los profesionales sanitarios en la resolución de los problemas y disfunciones sexuales.

La OMS define el concepto de salud sexual como un acercamiento positivo e integral a la sexualidad humana y su propósito debe ser el de mejorar la vida y las relaciones personales, analizando y respondiendo a las necesidades de hombres y mujeres en materia de sexualidad y no solamente el asesoramiento y el cuidado relacionado con la reproducción y las infecciones de transmisión sexual.

Definir la sexualidad es conceptualizarla en la expresión del sexo, que se manifiesta en forma de sentimientos, emociones, deseos, prácticas, roles y relaciones. La sexualidad que nos acompaña toda la vida, que avanza y se desarrolla con la persona, la que se desarrolla con el conocimiento del cuerpo y su aceptación. La sexualidad que reconoce el derecho al placer, que incluye la comunicación de afecto y evidentemente la reproducción

La sexualidad es el resultado de la naturaleza biológica, de la cultura, de su estatus social y de la propia historia del individuo que se forja con el modelaje que dichos factores producen en la integración y valoración de las propias experiencias (figura 1)



Cómo se ha comentado anteriormente los comportamientos sexuales humanos que generan bienestar o disconfort están influidos por el entorno socio-cultural. Nuestro entorno ha generado cambios muy importantes y muy rápidos respecto a este tema. Conocer y reflexionar sobre las pautas sexuales de nuestra cultura actual es un

elemento que puede ayudarnos al abordaje de los problemas sexuales de nuestros pacientes.

#### Factores socio-culturales:

Cada cultura define claramente todos los aspectos relacionados con ella, estableciendo las creencias, prohibiciones, permisos y prescripciones respecto a roles sexuales y de género, relaciones entre sexos, relaciones de pareja, reproducción, erotismo o placer.

Los gustos, las ideas, las creencias... pueden ser muy variadas y cada persona tiene derecho a ser respetada en su vivencia, siendo el único límite el derecho de la otra persona y por supuesto siempre dentro del marco del respeto de los derechos humanos, del cual forman parte los derechos sexuales.

La sociedad actual es más permisiva con las diferentes orientaciones sexuales y conductas sexuales.

Se reconoce socialmente el derecho al placer.

Los roles sexuales están en proceso de cambio. Se reconoce y se reafirma una sexualidad femenina independiente de la masculina. La sexualidad masculina se ve obligada a readaptarse. Algunas de las disfunciones sexuales por las que nos consultan tienen que ver con este reajuste.

Ha aumentado el número de parejas sexuales estables y esporádicas tanto en hombres como en las mujeres.

Más facilidad para las relaciones sexuales entre personas de diferentes culturas

Los roles de género son más igualitarios. Se exige más calidad de la pareja tanto a nivel emocional como en habilidades eróticas y sexuales. Se incorpora un mayor repertorio de prácticas sexuales en la actividad sexual.

En consonancia con el modelo social se evidencia un mayor consumismo en todo lo relativo al sexo.

Se dispone de fuentes más accesibles, pero no necesariamente más fiables. De hecho uno de los problemas es que toda la información se suele considerar como veraz, sin cuestionarla, aunque en múltiples ocasiones sea errónea y creadora o mantenedora de mitos y creencias sexuales equivocadas.

#### Factores personales y relacionales que influyen en la función sexual y pueden generar disfunciones sexuales.

La edad es un factor determinante en la expresión de la función sexual, los cambios más relevantes tienen que ver con el rendimiento, pero no con las sensaciones y la satisfacción. La sexualidad se transforma con la edad pero ello no quiere decir que sea menos interesante o satisfactoria. No se considera por sí sola un factor generador de disfunción.

Hay otros factores que si se pueden considerar relevantes:

- **La percepción que se tenga de la salud física y psicológica.**

La depresión y sus tratamientos sobre todos los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), se relacionan con disfunción eréctil en el caso del hombre y trastorno del deseo sexual hipoactivo en la mujer.

En las mujeres con *sintomatología climatérica de sofocaciones* y la presencia de *dispareunia* se asociaron con las puntuaciones más altas de la disfunción sexual con menor excitación, menor placer físico y menor satisfacción emocional

La hipertensión arterial y sus tratamientos farmacológicos en la Disfunción eréctil

Causas neurológicas

Trastornos neuroendocrinos

Enfermedades crónicas.  
 Enfermedades oncológicas.  
 Fármacos  
 Tóxicos: drogas sociales

- **La pareja**

La disponibilidad de una pareja

La calidad de la relación

La salud general y la salud sexual de la pareja.

La satisfacción emocional con la pareja está fuertemente asociada con la satisfacción sexual

- **La importancia que la persona le otorgue al sexo**

### Disfunciones sexuales

Las Disfunciones Sexuales son aquellas alteraciones en el deseo sexual, la excitación, la incapacidad o deterioro para alcanzar el orgasmo o el dolor en la actividad sexual, que ocurren de una manera persistente y recurrente y que causan malestar y dificultades interpersonales (DSM IV- R) (figura 2)

DSM- IV-TR	Basson y colaboradores
Primario o adquirido. Generalizado o situacional. Total o parcial (refiriéndose al grado de severidad de la disfunción).	Primario o secundario Generalizado o situacional Etiología mayoritariamente psicógena, orgánica, mixta o de origen desconocido
F52.0 Trastornos del deseo sexual: Trastornos del deseo sexual hipoactivo (302.71)	<b>Trastornos del deseo/interés sexual:</b> Sentimiento de ausencia o disminución del interés o deseo sexual. La motivación por querer tener deseo está muy disminuida o ausente. La caída del interés se considera más importante que los cambios existentes por los ciclos vitales o la duración de la relación de pareja.
F52.10 Trastornos por aversión al sexo (302.79)	<b>Trastorno por aversión sexual:</b> Extrema ansiedad o disgusto ante la idea o el intento de practicar cualquier actividad sexual.
F52.2 Trastornos de la excitación sexual: Trastornos de la excitación sexual en la mujer (302.72) Trastorno de erección en el varón (302.72)	<b>Trastorno subjetivo de la excitación:</b> Ausencia o marcada disminución de la excitación sexual y placer con cualquier tipo de estimulación sexual a pesar de existir lubricación vaginal y otros signos propios del proceso de excitación  <b>Trastorno de la excitación sexual genital:</b> Ausencia o deterioro de la excitabilidad genital que se manifiesta como una mínima o ausente lubricación vaginal, con sensaciones sexuales genitales mínimas o inexistentes. Sí existen sensaciones sexuales no genitales.  <b>Trastorno combinado de la excitación subjetiva y genital:</b> Marcada disminución o ausencia de la excitación sexual y del placer con ausencia de ingurgitación y lubricación genital ante cualquier tipo de estímulo sexual.  <b>Trastorno de la excitación sexual persistente:</b> Excitación sexual en ausencia de estímulo sexual. Espontánea, molesta y no deseada. No se alivia con los orgasmos y puede durar días
F52.3 Trastornos orgásmicos: Trastorno orgásmico	<b>Trastorno del orgasmo:</b> Ausencia o disminución de la intensidad del orgasmo con una adecuada estimulación y sintiendo excitación sexual

femenino(302.73) y masculino_(302,74)	
F52.4 Eyaculación precoz(302,75)	
Trastornos sexuales por dolor: F52.6 Dispareunia (302.76); F 52.5 Vaginismo (306.51)	<p><b>Dispareunia.</b> Dolor persistente o recurrente al intentar la penetración</p> <p><b>Vaginismo:</b> Es la existencia de una persistente o recurrente dificultad en conseguir la entrada de un pene en la vagina, un dedo o cualquier objeto que se desee. Existen a menudo fobias, miedo anticipado y dolor con involuntarias y variables contracciones de la musculatura pélvica. Deben descartarse anomalías físicas o estructurales.</p>
Trastorno sexual debido a una enfermedad médica	
Trastorno sexual inducido por sustancias	
F52.9 Trastorno sexual no especificado (302.70)	

Figura 2. Clasificación diagnóstico de las Disfunciones Sexuales

Muchos de los problemas sexuales no son disfunciones. Es precisamente la existencia de malestar personal asociado al problema sexual el que determina si es una disfunción. Puede existir una función sexual anormal sin la presencia de trastorno, si no se acompaña de angustia personal.

La fisiopatología de las disfunciones sexuales (DSF) es muy compleja, y cómo se ha mencionado anteriormente en ella participan aspectos hormonales, neurológicos, vasculares, psicológicos e interpersonales. Sin embargo una evaluación cuidadosa y las terapias disponibles pueden mejorar mucho la satisfacción sexual de nuestros pacientes.

La disfunción sexual puede ser un problema de toda la vida o adquirido, cuando aparece después de un período de funcionamiento sexual normal. Aparecen en todas las edades.

Entendiendo la variabilidad de factores que intervienen en la sexualidad humana y conociendo la etiología multifactorial de las disfunciones sexuales, los profesionales no habituados a abordar el tema se pueden sentir inseguros respecto al asesoramiento que han de realizar.

La Historia clínica y la exploración física detallada se consideran el primer escalón diagnóstico.

Y el **counselling** una herramienta muy útil en el abordaje y tratamiento de los problemas sexuales desde la atención sanitaria de salud.

El **counselling** o consejo asistido, que consiste en ofrecer al paciente la información y las recomendaciones sobre sexualidad que se adapten a sus características y necesidades.

Es un proceso dinámico que se adapta y se reevalúa según se vaya desarrollando la visita.

Jak Annon, propuso en 1976, un esquema conceptual para el abordaje y tratamiento de los problemas sexuales, el modelo de intervención PLISSIT, que ha sido reconocido por la comunidad científica cómo una herramienta muy útil en el abordaje y

tratamiento de los problemas sexuales y dónde se basa la exposición que se está realizando en este artículo.

Se plantea como un método de visión multidisciplinar que ofrece empatía, calidez y consideración para facilitar que los pacientes hablen de sus problemas sexuales al mismo tiempo que se recoge información para el diagnóstico y tratamiento.

### Modelo de Intervención PLISSIT

PLISSIT es un acrónimo de cuatro niveles de intervención: permiso, información limitada, sugerencias específicas y terapia intensiva.

**Permiso.** Debido a que muchos problemas sexuales son causados o mantenidos por la ansiedad, los sentimientos de culpa y la inhibición, el que el profesional permita al paciente expresar sus preocupaciones, ayuda a que éstos se sientan normales y aceptados.

Se puede empezar con preguntas abiertas que generalicen situaciones, utilicen estadísticas o expliquen rutinas habituales del terapeuta a la hora de realizar su labor asistencial.

A modo de ejemplo:

“Yo siempre pregunto si los pacientes tienen algún problema sexual, ya que la salud sexual es una parte importante de la salud”

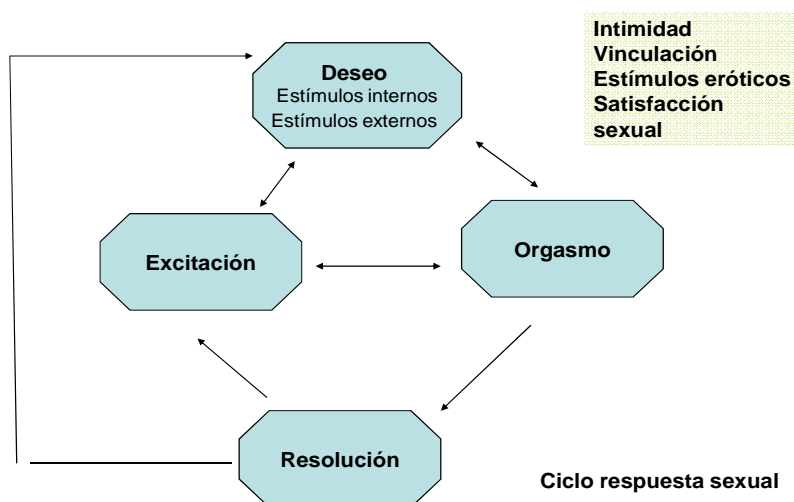
“Cuando una mujer ha padecido un cáncer de mama es normal que se preocupe si todo el proceso afectará a su vida sexual...”

“Los hombres hipertensos pueden tener problemas con la erección, si usted tiene este problema o le ocurre alguna vez, me lo comenta y buscamos una solución”

Más del 80% de los hombres con problemas vasculares periféricos tienen problemas para lograr y mantener una erección. ¿Qué cambios ha notado?

**Información limitada.** Se ofrece información correcta sobre la anatomía y fisiología sexual que muchas veces ya sirve para disipar mitos y creencias erróneas que están influyendo o generando la disfunción sexual del paciente.

Es básico explicar cómo funciona la respuesta sexual masculina y femenina (dibujo 2)



Es también muy importante ofrecer información sobre las repercusiones que una disfunción sexual tiene en los dos miembros de la pareja, independientemente de quien la padezca y cómo si se cronifica el problema puede acabar afectando las relaciones de pareja. El exponerlo delante del paciente consigue que éste confíe en su resolución, ya que se da cuenta de que su problema no es único. (Figura 3)  
 Esta actuación se considera ya una intervención terapéutica.

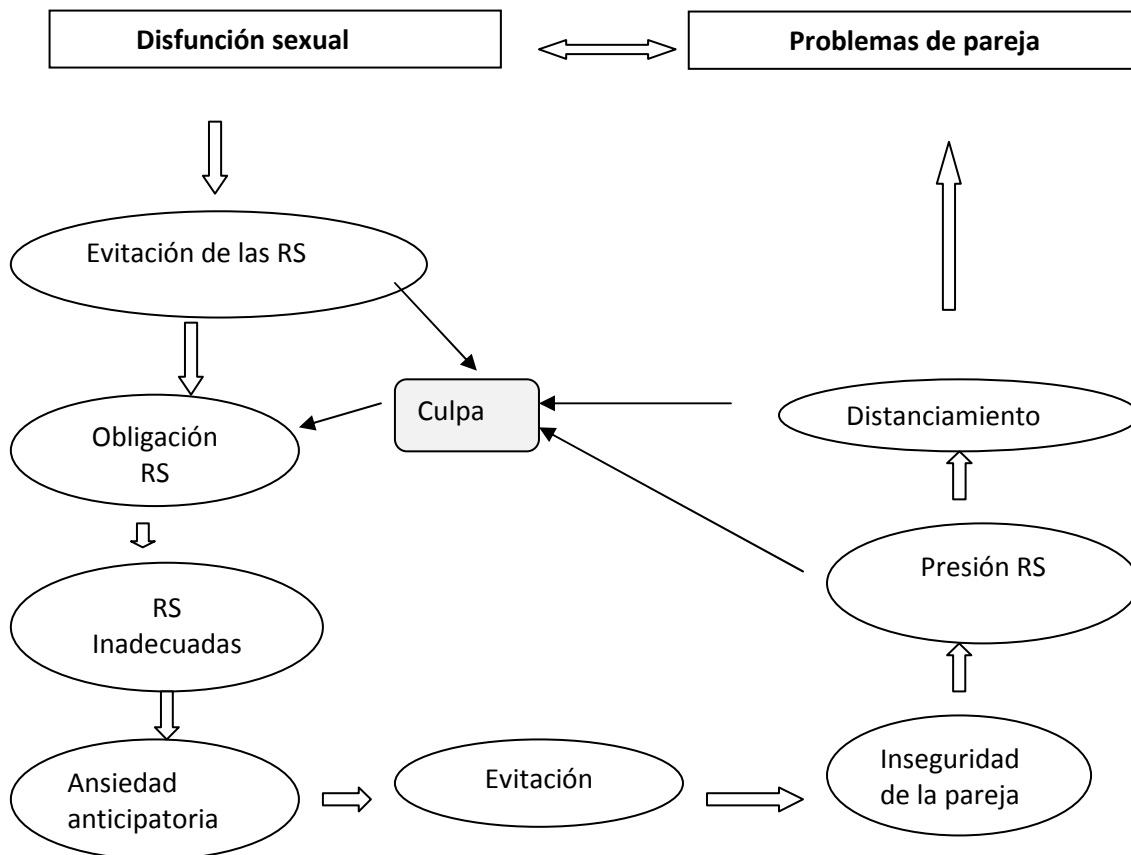


Figura 3 .Disfunciones sexuales generadoras de problemas de pareja

**Sugerencias específicas.** Requiere de orientaciones prácticas adaptadas a cada caso en particular. Forman parte de estas orientaciones las pautas para mejorar la calidad y tiempo de interacción y repertorio de prácticas sexuales.

Forman parte de estas sugerencias:

El autoconocimiento del cuerpo.

Ejercicios de Kegel.

Pensar en sexo de una manera positiva. Fantasías sexuales...

La desensibilización sistemática. Ir exponiéndose de manera progresiva a la conducta problema.

Mejorar la comunicación de la pareja

Los ejercicios de focalización sensorial en pareja: Técnicas de intercambio de masaje sensorial, que de forma gradual y en diferentes sesiones incorporan todo el cuerpo.

***Muchos de los problemas sexuales que nos demandan nuestros pacientes se solucionan con esta secuencia. Mejorando de manera considerable si al counselling sexual asociamos un tratamiento farmacológico o fitoterápico y ofrecemos recomendaciones para optimizar la salud física y psíquica del paciente***

*Hay disfunciones sexuales que tienen fármacos muy eficaces que serían la 1ª línea de tratamiento, como es el caso de los inhibidores de la 5 fosfodiesterasa para la disfunción eréctil, pero hay otros trastornos sexuales para los que no disponemos de fármacos con indicación terapéutica.*

*En estos casos la recomendación sería la asociación del counselling y un producto fitoterápico. Como sería el caso de Maca andina para el bajo deseo sexual, incluidas las mujeres con TSDH secundario al uso de ISRS y o con asociación a Ginkgo biloba, en cuyo caso se incide también en la fase de excitación por su mecanismo de acción sobre el sistema del óxido nítrico.*

*En el caso de que no hubiera resultados, porque se evidenciara problemas de pareja o trastornos psicológicos se ha de derivar a especialistas en terapia sexual y de pareja*

**Terapia intensiva.** Requiere ya una intervención realizada por un profesional experto. Un terapeuta sexual y de pareja

**Los profesionales sanitarios aunque no sean especialistas en terapia sexual y de pareja pueden y deben abordar las disfunciones sexuales, y para ello cuentan con recursos útiles y sencillos que permiten ofrecer una intervención sexual básica a los pacientes. El counselling asociado a un tratamiento farmacológico o fitoterápico**

## BIBLIOGRAFIA

1. A Carrascón, F Molero. Abordatge de la diversitat de la conducta sexual desde l'Atenció Primària de Salut. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Infosida núm.37. Barcelona. Novembre 2008.
2. Annon JS. El modelo PLISSIT: un esquema conceptual propuesto para el tratamiento de la conducta de los problemas sexuales. J Sex Educ Ther. 1976; 2:1-15.
3. Avis NE, Stellato R, Crawford S, Johannes C, Longcope C. Is there an association between menopause status and sexual functioning? Menopause 2000;7(5):297-309. [PubMed: 10993029]
4. Avis NE, Zhao X, Johannes CB, Ory M, Brockwell S, Greendale GA. Correlates of sexual function among multi-ethnic middle-aged women: results from the Study of Women's Health Across the Nation (SWAN). Menopause 2005;12(4):385-98. [PubMed: 16037753]
5. Bancroft J, Loftus J, Long JS. Distress about sex: a national survey of women in heterosexual relationships. Arch Sex Behav 2003;32(3):193-208. [PubMed: 12807292]
6. Basson R, Leiblum S. The making of a disease: female sexual dysfunction. Without industry funding little new research will be possible. BMJ 2003; 326: 658
7. Brooks NA, Wilcox G, Walker KZ, Ashton JF, Cox MB, Stojanovska L. Beneficial effects of *Lepidium meyenii* (Maca) on psychological symptoms and

- Mesures of sexual dysfunction in postmenopausal women are not related to estrogen or androgen content. *Menopause*. 2008 Nov-Dec; 15 (6): 1157-62.
8. Cindy M. Meston, Alessandra H. Rellini, and Michael J. Telch. Short- and Long-term Effects of Ginkgo Biloba Extract on SexualDysfunction in Women. *Arch Sex Behav*. 2008 August ; 37(4): 530–547. doi:10.1007/s10508-008-9316-2.
  9. Dording CM, Fisher L, Papakostas G, Farabaugh A, Sonawa S, Fava M, Mischoulon D. A double-blind, randomized, pilot dose-findings study of maca (*L. meyenii*) for the management of SSRI-induced sexual dysfunction
  10. Jan L Shifren. Sexual dysfunction in women: Management. UpToDate 2013, Robert L Barbieri, MD, Sandy J Falk, MD
  11. Jan L Shifren. Sexual dysfunction in women: Epidemiology, risk factors, and evaluation. UpToDate 2013, Robert L Barbieri, MD, Sandy J Falk, MD







