



Counseling en sexualidad **femenina** y **masculina**

F. Molero Rodríguez



AQUILEA
Expertos en cuidado natural

 **Mayo**
EDICIONES

Counseling en sexualidad femenina y masculina

Francisca Molero Rodríguez

Directora del Institut de Sexologia de Barcelona.
Licenciada en Medicina y Cirugía.
Máster en Sexología y Psicoterapia integrativa

Edita:



©2014 EDICIONES MAYO, S.A.
Aribau, 185-187
08021 Barcelona
Condado de Treviño, 9, local
28033 Madrid

Depósito legal: B-xxxx-14

Reservados todos los derechos. Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra solo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley. Diríjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos) si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra (www.conlicencia.com; 91 7021970/93 2720447).

www.edicionesmayo.es

Índice

Introducción	4
1 Qué entendemos por «counseling» en sexualidad humana	5
2 Motivos para realizar «counseling» en sexualidad humana	7
3 Información sobre sexualidad que ha de conocer el profesional para realizar «counseling»	8
• Sexualidad, salud sexual y derechos sexuales	8
– Derechos sexuales	
• Sexualidad en la actualidad	8
– Factores socioculturales	
– Factores personales y relacionales	
• Respuesta sexual humana	12
– Respuesta sexual femenina	
– Respuesta sexual masculina	
• Sexualidad en las diferentes etapas vitales	15
– Sexualidad en la adolescencia	
– Sexualidad en el embarazo	
– Sexualidad en la edad madura	
4 Modelo PLISSIT para realizar «counseling» sexual	21
• Permiso	21
– Cómo preguntar	
• Información limitada	22
– Disfunciones sexuales	
– Disfunciones sexuales masculinas más frecuentes	
– Disfunciones sexuales femeninas más frecuentes	
• Sugerencias específicas para los pacientes	26
– Sugerencias para el/la paciente con el problema sexual	
– Sugerencias para realizar en pareja	
– Recomendaciones prácticas: ejercicios de Kegel para mujeres	
– Recomendaciones prácticas: ejercicios de Kegel para hombres	
– Pautas para realizar un masaje sensorial y erótico en pareja	
• Cuándo derivar a terapia sexual	29
5 Bibliografía	31



Introducción

El objetivo de esta guía es ofrecer al profesional sanitario una herramienta práctica y sencilla para poder abordar los temas de sexualidad.

Muchos de los profesionales sanitarios no han tenido formación académica sobre estos temas y se encuentran con falta de recursos ante las demandas de sus pacientes. En la actualidad, la formación y el tratamiento de los problemas sexuales resultan imprescindibles, ya que la sexualidad es un elemento importante en la salud y el bienestar de las personas.

En esta guía se aborda la sexualidad desde una perspectiva biopsicosocial y cultural, entendiendo la importante influencia de los múltiples determinantes, y se contempla como una dimensión fundamental del desarrollo humano y como una parte integral de la persona.

Metodológicamente se ha elegido un modelo de intervención basado en el asesoramiento individualizado, que está reconocido científicamente: PLISSIT (*permission, limited information, specific suggestions, and intensive therapy*).

Los contenidos que ofrece la guía son los referidos a:

- Información sexual científica, un punto clave para combatir mitos e ideas erróneas.
- Promoción de la sexualidad saludable, abordando aspectos que optimizan la sexualidad.
- Recomendaciones y sugerencias que ayudan al bienestar psicológico y facilitan la comunicación emocional y erótico-sexual de la pareja.

Qué entendemos por «counseling» en sexualidad humana

El asesoramiento o *counseling* surgió en la década de 1940 como un intento de llenar el vacío existente entre el modelo clínico y el educativo. Se planteó como un modelo de intervención en el que un elemento fundamental era la implicación de la persona en su propio proceso, en contraposición con el modelo centrado en el poder de curación del terapeuta.

El propulsor de este modelo fue Carl Rogers, quien, con la publicación de su obra *Counseling and Psychotherapy* (1942), indicó que el foco de atención del asesoramiento se debe centrar en la persona y no en el problema.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) también contempla el asesoramiento como «un proceso dinámico de diálogo a través del cual una persona ayuda a otra en una atmósfera de entendimiento mutuo». Reconoce que la sexualidad es una parte integrante de la salud de las personas y define el concepto de «salud sexual» como una aproximación positiva y respetuosa hacia la sexualidad con el objetivo de poder disfrutar de un bienestar físico, psíquico y social. Asimismo, describe que la intervención en sexualidad ha de incluir el área educativa, el asesoramiento (*counseling*) y la terapia propiamente dicha. Los tres elementos los considera inseparables para lograr la salud sexual de las personas.

Nuestra experiencia en *counseling* surgió a partir de la aparición del VIH-sida, cuando los profesionales tuvimos que aprender a manejar no solamente la enfermedad sino también los aspectos emocionales que ésta conlleva. Aprendimos que la finalidad del *counseling* era mejorar la salud del paciente, pero también capacitar al profesional en actitudes y habilidades en la relación profesional-paciente.

Actualmente podemos decir que el profesional sanitario está acostumbrado a realizar asesoramiento y sugerencias o proporcionar consejos de salud, pero sigue teniendo dificultades cuando se trata de temas relacionados con la sexualidad. Uno de los argumentos esgrimidos para no intervenir en este ámbito es el de que la sexualidad pertenece al terreno de lo privado. Y efectivamente, la expresión sexual corresponde al ámbito íntimo de las personas, pero como pertenecen los sentimientos y otras funciones fisiológicas por las cuales solicitan asesoramiento los pacientes y se aborda a los profesionales.

El *counseling* en sexología es una intervención terapéutica en la que se solapan la educación y la terapia. A partir del permiso que reconoce el paciente para poder expresar su consulta sexual, el profesional le ofrece información y sugerencias específicas para facilitarle la resolución del problema.

De este modo el profesional se convierte en un facilitador, pues permite que el paciente exprese sus ideas y preocupaciones sin sentirse juzgado y le proporciona conocimientos, herramientas, habilidades, materiales, sugerencias, etc. El *counseling* se centra en la demanda actual, y el paciente se autorresponsabiliza de la demanda y de su resolución.

Para poder realizar *counseling*, el profesional ha de disponer de una información objetiva, no valorar ni juzgar actitudes sexuales, tener empatía y saber escuchar. Siempre desde una visión realista pero positiva.

Sin embargo, el *counseling* en sexualidad exige, además, una reflexión personal previa del profesional, para entender la educación sexual y la sexualidad como una dimensión positiva y fundamental del ser humano y ser capaz de utilizar esta visión como un recurso, para transmitirlo de forma adecuada a los pacientes.

Los profesionales saben que gran parte de su trabajo terapéutico y de asesoramiento se basa en deficiencias educativas, y que la educación sanitaria forma parte de sus competencias. El *counseling*



ling se considera una intervención terapéutica que puede resolver muchas de las demandas que sobre problemas sexuales realizan los pacientes, pero hay ocasiones en que no es suficiente, como en los casos en que a los problemas sexuales se añaden otros problemas psicológicos o de pareja. En estos casos se ha de derivar a un especialista en terapia sexual.

El sexólogo Jack Annon (1976) propuso un modelo de terapia para tratar disfunciones sexuales perfectamente adaptable a la actividad clínica diaria y que denominó con el acrónimo PLISSIT (figura 1). El modelo PLISSIT se basa en la idea de que la mayoría de las personas pueden resolver sus problemas sexuales siguiendo un programa de cuatro niveles de intervención. Estos niveles son: permiso (*permission*, P), información limitada (*limited information*, LI), sugerencias específicas (*specific suggestions*, SS) y terapia intensiva (*intensive therapy*, IT).

En este modelo se reconoce que algunos problemas sexuales requieren un tratamiento más en profundidad que otros, pero todos los problemas relacionados con la sexualidad se benefician de los tres primeros apartados (P, LI y SS), mientras que solamente algunos necesitan la IT (terapia psicosexual). El *counseling* en sexualidad humana se adaptaría a estos tres primeros apartados.

En nuestro entorno, J. A. Carrobes elaboró un modelo llamado EPITEX basado en el trabajo de Annon y otros autores, y que incluye los niveles siguientes: permiso, indicaciones específicas y terapia sexual propiamente dicha.

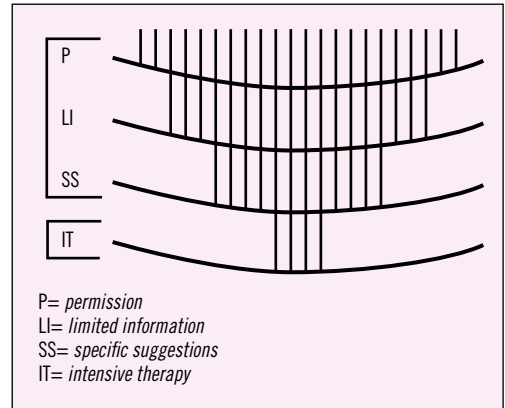


Figura 1. Esquema PLISSIT de *counseling* en sexualidad humana (desarrollado por Jack S. Annon)

Ideas clave

- ▶ El *counseling* se considera una intervención terapéutica que puede resolver muchas de las demandas que sobre problemas sexuales realizan los pacientes.
- ▶ El asesoramiento y la terapia sexual proporcionan al profesional sanitario una oportunidad para tratar de manera integral al paciente en la solución de sus demandas.
- ▶ No es necesario ser terapeuta sexual para dar respuesta a un problema sexual. Es necesario tener conocimientos sobre información sexual científica, reconocer las habilidades comunicativas que cada uno, como profesional, pone en práctica cada día y posiblemente realizar una reflexión personal de la importancia de la sexualidad y la salud sexual en la vida.

Motivos para realizar «counseling» en sexualidad humana

Las demandas sobre sexualidad son cada vez más frecuentes, debido a una mayor apertura y permisividad social sobre estos temas, que son abordados en los medios de comunicación, en las tertulias y en reuniones sociales, lo que permite a las personas ser más conscientes de su propia sexualidad.

El bienestar sexual se ha convertido en una búsqueda deseable para las personas de todas las edades. Socialmente se va reconociendo que una función sexual saludable y satisfactoria puede extenderse a través de todo el ciclo de la vida y que el funcionamiento adecuado de este aspecto de la existencia es un componente imprescindible para la satisfacción y el bienestar sexual. Sin embargo, todavía sigue arraigada la idea de que la sexualidad en los niños no existe, la sexualidad en la adolescencia es explosiva y de riesgo, en la edad adulta es la plenitud, y en la vejez desaparece.

Los profesionales de la salud han de hacer un esfuerzo para atender y promocionar la salud sexual de sus pacientes, de modo que la información y la orientación sobre ella se conviertan en objetivos incluidos en la práctica asistencial.

Según los datos de un estudio observacional de cohorte, prospectivo y longitudinal que siguió durante 6 años a 3.302 mujeres de 42-52 años (SWAN), más del 75% de las mujeres informó de que el sexo era de moderada a extraordinariamente importante en sus vidas (Avis et al., 2005).

Las mujeres consultan en los servicios de ginecología, ya que estos servicios las atienden en las diferentes etapas de su vida (adolescencia, embarazo, lactancia, menopausia, etc.) y cuando presentan patologías, como los cánceres, los tratamientos farmacológicos, las vulvodinias, los problemas de suelo pélvico, etc. Etapas vitales y patologías, todas ellas, que pueden afectar a la vida sexual de las mujeres.

Los hombres suelen consultar con los médicos de familia porque son el primer acceso a los servicios de salud, y con los urólogos porque es el especialista encargado de la patología genitourinaria.

Los problemas sexuales son muy frecuentes entre las mujeres. Aproximadamente el 40% de las mujeres americanas presentan problemas sexuales y, de ellas, el 12% acusan además malestar personal e interferencias negativas en sus relaciones personales.

En el caso de los hombres, son la disfunción eréctil, la disminución de la libido o los problemas eyaculatorios los que van aumentando a medida que avanza la edad. En el 31% de los hombres de 18 a 59 años se ha descrito algún deterioro de la función sexual (Shifren, 2008; Laumann, 1999).

La importancia de estos datos refleja la necesidad de abordar estos problemas. El hecho de que el profesional no tenga la formación no puede tener como consecuencia que el paciente se quede sin prestación. Si el profesional no está formado ha de buscar la formación, y las instituciones donde trabaja se la tienen que proporcionar.

Cuando las personas consultan por estos temas es porque les preocupan y les afectan. Ofrecerles la posibilidad de hablar crea ya de por sí vínculos terapéuticos, más aún si además se ofrece *counseling* o derivación.

Para el abordaje y la resolución de un problema o disfunción sexual hay diferentes niveles de tratamiento. El *counseling* es una herramienta muy eficaz que se puede implantar fácilmente en la consulta sanitaria.

Ideas clave

- ▶ Los problemas sexuales tienen una alta prevalencia y pueden afectar de manera importante a la calidad de vida de las personas que los padecen.
- ▶ La mayoría de los problemas sexuales no llegarán a ser disfunciones sexuales si se ofrece una información y un asesoramiento adecuados.
- ▶ El profesional sanitario ha de estar formado desde una perspectiva biopsicosocial y cultural.



Información sobre sexualidad que ha de conocer el profesional para realizar «counseling»

Sexualidad, salud sexual y derechos sexuales

La OMS define el concepto de «salud sexual» como un acercamiento positivo e integral a la sexualidad humana cuyo 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 en el asesoramiento y en el cuidado relacionado con la reproducción y las infecciones de transmisión sexual.

La sexualidad, por tanto, no solamente tiene que ver con la reproducción sino que, de forma muy importante, es generadora de placer y de comunicación de afecto entre las personas.

Definir la *sexualidad* es difícil, ya que es una parte integral de la persona. Podemos conceptualizarla en la expresión del sexo, que se manifiesta en forma de sentimientos, emociones, deseos, prácticas, roles y relaciones.

La sexualidad nos acompaña toda la vida; avanza y se desarrolla con la persona, con el conocimiento del cuerpo y su aceptación. Es el resultado de su naturaleza biológica, de su entorno cultural, de su estatus socioeconómico y de la propia historia del individuo, que se forja con el modelado que dichos factores ejercen en la integración y valoración de las propias experiencias (figura 2).

Derechos sexuales

La incorporación de los derechos sexuales a los derechos humanos es un avance importante para el ser humano.

La garantía de los derechos sexuales para todas las personas incluye un compromiso con la libertad y la protección del daño.

Los estados tienen la obligación de respetar, proteger y garantizar el ejercicio de estos derechos sexuales a todas las personas.

Respetar significa abstenerse de interferir directa o indirectamente en el disfrute de un derecho.

Proteger requiere que los estados tomen medidas que prevengan que terceras partes interfieran en las garantías de estos derechos.

Garantizar implica disponer de medidas legislativas y judiciales dirigidas a la plena realización de los derechos.

Sexualidad en la actualidad

Como se ha comentado anteriormente, los comportamientos sexuales humanos que generan bienestar o *discomfort* están influidos por el entorno sociocultural. Nuestro entorno ha generado cambios muy importantes y muy rápidos respecto a este tema. Conocer y reflexionar sobre las pautas

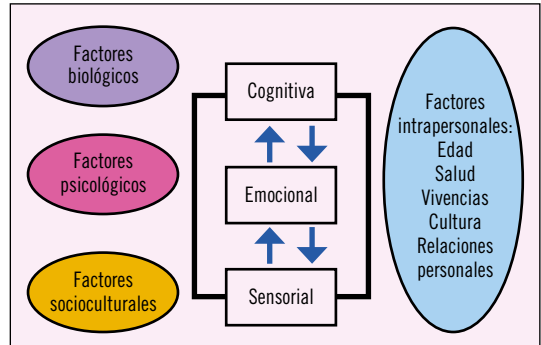


Figura 2. Modelo biopsicosocial y cultural de la sexualidad

sexuales de nuestra cultura actual es un elemento que puede ayudarnos en el abordaje de los problemas sexuales de nuestros pacientes.

La idea de que lo actual es mejor y más evolucionado que lo pasado es bastante generalizada en el ámbito de la sexualidad. Sin embargo, no debemos olvidar que cada cultura define claramente todos los aspectos relacionados con ella, estableciendo las creencias, prohibiciones, permisos y prescripciones respecto a los roles sexuales y de género, las relaciones entre sexos, las relaciones de pareja, la reproducción, el erotismo o el placer.

Factores socioculturales

Lo cierto es que la sociedad actual es más permisiva con las diferentes orientaciones y conductas sexuales, y posiblemente uno de los elementos implicados sea la generalización de la información y el desarrollo de las redes de comunicación, que tienden a igualar los comportamientos en todo el mundo.

Si nos fijamos en nuestro entorno, podemos describir y analizar algunos cambios interesantes:

Un nuevo rol femenino. El rol social de la mujer ha cambiado como resultado de su incorporación al mundo laboral, la generalización de los métodos anticonceptivos y una tendencia igualitaria a compartir responsabilidades y tareas con la pareja.

Se ha producido con ello una reafirmación de la sexualidad femenina, que no hace tantos años estaba olvidada o relegada «a ser» en función de las necesidades de la sexualidad masculina. Esta reafirmación femenina ha obligado a una readaptación de la sexualidad masculina, que ha empezado a medirse con ella según parámetros nuevos, lo que ha comportado que aparezcan inseguridad masculina por tener que «cumplir» y «estar siempre dispuesto», las falsas expectativas respecto a cómo deben ser las actividades sexuales, la búsqueda del placer inmediato, etc.

Estos cambios se reflejan en las demandas sexológicas. Las más frecuentes son las de adultos jóvenes con problemas de disfunción eréctil que aparecen en determinadas situaciones (sobre todo cuando tienen actividades sexuales con parejas puntuales) y los trastornos de eyacuación.

En la mujer tampoco han sido todo ventajas. También han aparecido distorsiones al tener que aparentar, sobre todo las adultas jóvenes, una sexualidad liberada de acuerdo con los cánones vigentes que no tienen incorporada ni normalizada. Prueba de ello son los problemas asociados al dolor durante el coito, como el vaginismo y la dispareunia.

Un inicio más temprano de la actividad sexual. En la actualidad se dispone de más información y el acceso a ella es más fácil en todas las edades. En muchas ocasiones la información consumida no es la adecuada para el momento de maduración personal en el que se encuentra el individuo, lo que influye en comportamientos sexuales que pueden repercutir negativamente en su bienestar.

Una sociedad más permisiva y hedonista, adornada con una falta de educación sexual, son elementos que inciden en la dificultad que tienen los jóvenes para disfrutar de la sexualidad.

La incorporación de un mayor repertorio de prácticas y productos relacionados con la sexualidad. Una gran parte de la población ha incorporado a su vida sexual individual y en pareja un abanico más amplio de prácticas sexuales. Asimismo, se busca una mayor calidad de la pareja tanto desde el punto de vista emocional como en habilidades eróticas y sexuales.

El reconocimiento del derecho al placer y la disminución de la culpabilidad han sido elementos fundamentales para ello.

La medicalización del sexo. Han aparecido fármacos para tratar las disfunciones sexuales, y hay un manifiesto interés en nuevas investigaciones.

Un mayor número de parejas a lo largo de la vida, estables y esporádicas. Cada vez es más infrecuente encontrar parejas que «duren toda una vida».



Estar activo sexualmente durante más años. Se reivindica la sexualidad durante toda la vida, desde el nacimiento hasta la muerte. En la menopausia y la andropausia ya no se acepta como inevitable el cese de la actividad sexual, como tampoco lo es la vejez. El aumento de la calidad y la esperanza de vida juegan a favor de la continuidad de la actividad sexual y de su valoración como parte importante de la salud y el bienestar.

Es cierto que la disminución hormonal se relaciona con la dificultad sexual; sin embargo, no es determinante en la insatisfacción sexual si se gestionan bien los mecanismos compensatorios no hormonales, como son el *savoir faire* propio del conocimiento y de la tranquilidad del disfrute y de la madurez, pensar en el sexo como algo positivo y deseable y no como un problema, adaptar la sexualidad a los cambios del mismo modo que lo hacemos con las demás facetas de nuestras vidas y, sobre todo, tener la motivación de mantener la sexualidad viva, porque ello nos ayuda a sentirnos vivos. En definitiva, es posible conseguir una sexualidad plena en esta etapa.

Ideas clave

- ▶ Se reconoce socialmente el derecho al placer.
- ▶ Los roles sexuales están en proceso de cambio. Los roles de género son más igualitarios.
- ▶ Se reconoce y reafirma una sexualidad femenina independiente de la masculina. La sexualidad masculina se ve obligada a adaptarse.
- ▶ Ha aumentado el número de parejas sexuales estables y esporádicas tanto en hombres como en mujeres.
- ▶ 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

La edad es un factor determinante en la expresión de la función sexual. No obstante, 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. De hecho, la edad no se considera, por sí sola, un factor generador de disfunción.

Hay otros factores que sí se pueden considerar relevantes, como son:

La percepción que se tenga de la salud física y psicológica. La percepción sobre el estado de salud es a menudo más determinante que la propia enfermedad. Entre las patologías y tratamientos farmacológicos que con mayor frecuencia generan disfunciones sexuales encontramos los siguientes (tabla 1):

- La depresión y sus tratamientos. Sobre todo los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), que se relacionan con disfunción eréctil en el hombre y con trastornos del deseo sexual en ambos sexos.
- La hipertensión arterial y sus tratamientos farmacológicos, así como la diabetes mellitus y otros trastornos neuroendocrinos, que se correlacionan con la aparición de disfunción eréctil.

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

Tabla 1. Patologías y fármacos que afectan más frecuentemente a la sexualidad

Psiquiátricas y neurológicas	Depresión, trastornos de ansiedad, trastornos de personalidad Parkinson, psicosis, etc. Esclerosis múltiple, ictus, demencias, etc. Fibromialgia, lupus, etc.
Endocrinas	Diabetes, hiperprolactinemias, patología adrenal Hipertiroidismo e hipotiroidismo, hipogonadismo
Cardiovasculares	Hipertensión, cardiopatías, infartos, etc.
Cáncer	Mama, colon, ovario, próstata, etc.
Gastrointestinales	Cirrosis, colon irritable, enfermedad de Crohn, úlcera gástrica
Infecciones sistémicas e infecciones de transmisión sexual	Herpes genital, papilomavirus humano, sífilis, tricomonas, clamidias, gonococia, etc.
Problemas que afecten a los tejidos dérmicos y las mucosas	Dermatitis, psoriasis, etc.
Patologías uroginecológicas	Vulvitis. Enfermedades musculoesqueléticas
Patologías asociadas a dolor	Endometriosis, vulvodinias, cistitis intersticiales, etc.; prolapsos; parto y puerperio
Fármacos y drogas	Antidepresivos: inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), tricíclicos, inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO), trazodona, litio, etc. Antipsicóticos Antiepilépticos Antihipertensivos AH (antiandrogénicos) Tabaco Alcohol Opiáceos, anfetaminas, alucinógenos, etc.
Antihipertensivos que menos afectan a la función sexual: nifedipino, verapamilo, amlodipino, captopril, losartán, aliskireno	

La importancia que la persona le otorgue al sexo. Hay personas que no consideran importante el sexo en sus vidas, y otras que solamente lo consideran en alguno de sus aspectos, como la función reproductiva o relacional.

Factores relacionales: la pareja. Disponer o no de una pareja sexual, la calidad de la relación de pareja, tanto emocional como erótica, así como el estado general de salud de la pareja y su salud sexual son factores determinantes en la sexualidad de las personas. Hay evidencia científica de que la satisfacción emocional con la pareja está fuertemente asociada a la satisfacción sexual. Los problemas sexuales de las parejas acaban interfiriendo en los otros aspectos de la relación, y los problemas de pareja (convivencia, comunicación, roles, etc.) acaban afectando a las relaciones sexuales de ambos miembros.

Ideas clave

- ▶ La edad, por sí sola, no es un factor generador de disfunciones sexuales. Sí que lo son la percepción de mala salud, ciertas enfermedades y tratamientos farmacológicos, y una mala relación de pareja.



Respuesta sexual humana

La sexualidad se halla presidida por el principio del placer. Las conductas positivas, y en especial el buen sexo, producen bienestar y actúan como refuerzos positivos para continuar realizando dichas conductas.

James Olds descubrió en 1950 el sustrato neurofisiológico del placer. Los estímulos en ciertas áreas del sistema límbico actúan como motivadores positivos. Estas áreas, cercanas a las del dolor, se localizan en el hipotálamo y los núcleos septales, y cuando se estimulan en una rata hacen que ésta se olvide de instintos básicos como el hambre, la sed o incluso la seguridad.

De todas las actividades humanas, la buena sexualidad es la más gratificante. Parece ser que los estímulos táctiles y propioceptivos que son activados por los estímulos sexuales y por el orgasmo se proyectan directamente a los centros del placer.

A medida que crecemos vamos perdiendo sensibilidad, nuestros sentidos se embotan y los sentimientos y las emociones pierden su importancia a favor de la lógica. Reaprender a tener conciencia corporal, redescubrir el cuerpo, ser consciente de él y de sus diferentes partes es muy importante para disfrutar del placer sexual. Cuanto más cultivemos nuestra sensualidad y nuestras sensaciones más intensa será nuestra sexualidad.

El deseo sexual es, sin duda, un elemento fundamental de la respuesta sexual, complejo y multifactorial, con dos elementos clave: el *impulso físico*, modulado por la edad, la salud física y mental, las hormonas, etc., y la *motivación*, que viene modulada por las experiencias previas, la calidad de la pareja y la duración de dicha relación, sin olvidar las habilidades sexuales y amorosas de los miembros de la pareja.

Ideas clave

- Disfrutar del placer significa asumirlo y aceptarlo como algo positivo y tener la aptitud de sentir.
- Reaprender a tener conciencia corporal, redescubrir el cuerpo, ser consciente de él y de sus diferentes partes es muy importante para disfrutar del placer sexual.

Respuesta sexual femenina

La sexualidad femenina es un complejo rompecabezas que incluye componentes químicos, fisiológicos, psicológicos e interpersonales, sin olvidar las diferencias individuales como el aprendizaje, las influencias socioculturales y la edad.

A pesar de los grandes avances científicos realizados en este campo, todavía quedan lagunas de conocimiento sobre la normalidad o la anormalidad de la respuesta sexual.

La evidencia actual nos lleva a reconocer diferentes tipos de respuestas sexuales en diferentes mujeres, y en una misma mujer según el momento en que se encuentre. Para ilustrar este planteamiento se describen los diferentes modelos de respuestas sexuales planteados por Masters y Johnson, Singer Kaplan, y Rose Mary Basson y su equipo de colaboradores.

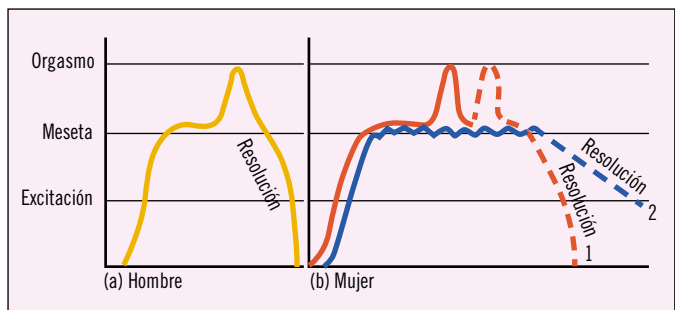


Figura 3. Ciclo de respuesta sexual femenina. Modelo lineal de Masters y Johnson

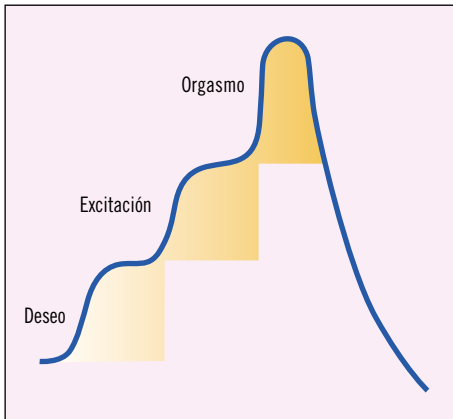


Figura 4. Ciclo de respuesta sexual femenina. Modelo de Singer Kaplan

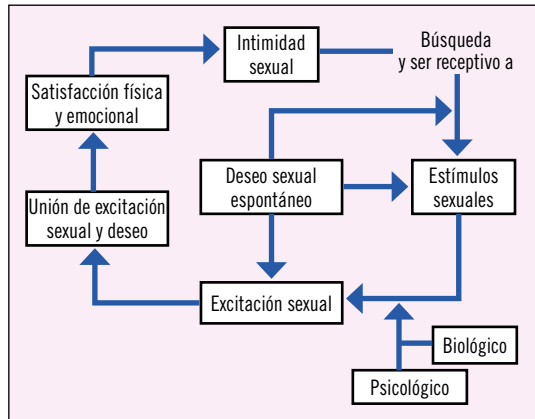


Figura 5. Ciclo de respuesta sexual femenina. Modelo de R. Basson

Masters y Johnson desarrollaron en 1966 el modelo más conocido de respuesta sexual humana. Se trata de un modelo lineal con cuatro fases: excitación, meseta, orgasmo y resolución. Cada una de estas fases tiene asociados una serie de cambios genitales y corporales. El modelo plantea que una vez iniciada la excitación, fundamentalmente por estimulación genital, ya se pondrían en marcha el resto de fases (figura 3).

En 1979, Singer Kaplan introduce un nuevo concepto en el ciclo de respuesta sexual, el deseo. En este modelo, el deseo sexual es quien inicia el ciclo de respuesta. El deseo como iniciador conduciría a la excitación, y si el estímulo erótico sexual se mantuviera, acabaría desencadenando el orgasmo (figura 4).

Tras entender que, aunque el deseo sexual como iniciador es muy importante, no todas las actividades sexuales de la mujer van precedidas de deseo sexual ni todas las actividades sexuales que la mujer inicia sin deseo son insatisfactorias, R. Basson planteó en 2001 un modelo de respuesta circular, en el que incorporaba la motivación sexual basada en la intimidad emocional, los estímulos sexuales y la satisfacción de la relación. Este modelo explica que la mujer puede empezar una actividad sexual con un deseo sexual neutro. La experimentación de una intimidad emocional adecuada con su pareja puede llevarla a ser ella quien inicie o se muestre receptiva a las demandas sexuales. Una vez iniciada la actividad sexual aparecería la excitación y, si la mujer continuase siendo receptiva a la estimulación, aquella iría aumentando en intensidad y aparecerían el deseo, la satisfacción sexual y el orgasmo (figura 5).

Para muchas mujeres la secuencia de las fases puede variar, e incluso algunas de ellas pueden estar ausentes, sin que ello menoscabe la satisfacción sexual subjetiva. El resultado positivo de la interacción actuará como refuerzo positivo, favoreciendo los sucesivos encuentros.

Este modelo circular reconoce que en la respuesta sexual femenina influyen múltiples factores psicosociales, entre ellos las experiencias sexuales previas, la valoración de la autoimagen o la satisfacción con la relación de pareja.

En ocasiones el desconocimiento de estos modelos que explican las diferentes formas en que las mujeres pueden responder sexualmente origina creencias erróneas que dan lugar a que tanto la pareja como la mujer tengan una percepción de problema sexual, e incluso pueden conducir a una disfunción sexual.

La actividad sexual se acompaña de cambios corporales generales, cambios psíquicos que se suelen percibir con diferentes gradientes de placer según el individuo y las circunstancias, y cambios hormonales como la liberación de vasopresina durante la excitación, de oxitocina durante el



orgasmo y de prolactina después de éste (aunque seguramente hay muchas más implicaciones hormonales, por ejemplo de la adrenalina, los estrógenos, la progesterona y la testosterona).

La respuesta neuroendocrina durante la actividad sexual tiene un papel incierto y complejo, pues sigue sin estar clara la función de la testosterona y los estrógenos, a diferencia de lo que sucede en el varón, en el que la testosterona desempeña un papel fundamental. Lo mismo ocurre con los péptidos, la oxitocina y la endorfina beta, que parecen tener efectos tanto excitantes como inhibidores.

Se ha propuesto que la prolactina es un factor inhibitor que actúa inhibiendo directamente la actividad dopaminérgica, pero las pruebas no son concluyentes. Por su parte, la oxitocina parece ser fundamental en las manifestaciones físicas del orgasmo.

Respecto a la dopamina y la noradrenalina, intervienen centralmente, con efectos facilitadores. Por último, a la serotonina se le atribuyen fundamentalmente efectos inhibidores, matizados según el receptor serotoninérgico implicado.

El desarrollo de la respuesta sexual requiere de una compleja coordinación que incluye a los sistemas neuronal, vascular y endocrino, y los procesos cognitivos y emocionales.

Los cambios que se producen a escala mental durante la respuesta sexual son determinantes en la satisfacción de la actividad sexual. Así, el deseo como iniciador o reacción a la excitación produce la voluntad de continuar con la actividad. Los elementos del deseo son el impulso mediado por las hormonas y la motivación basada en la intimidad y el placer.

La excitación tiene su expresión visible en los genitales con los cambios que aparecen en la vulva y la vagina: tumescencia del clítoris y los labios menores, alargamiento de la vagina, estrechamiento del tercio externo de la vagina, secreción mucoide de las glándulas periuretrales, secreción vaginal y retracción del clítoris.

También están presentes cambios extragenitales, como el aumento de salivación, el sudor, la vasodilatación cutánea, la erección de los pezones, la taquicardia, la taquipnea, etc., que se acompañan centralmente de fuertes sentimientos y emociones placenteras.

El orgasmo aparece en la culminación de la estimulación sensitiva y mental. Tienen lugar una alteración del estado de consciencia variable, una descarga central de neurotransmisores y una serie de contracciones motoras rítmicas de los órganos genitales y los músculos del suelo pélvico que originan sensación de placer.

Durante la resolución se produce la disminución lenta de la congestión pélvica, desaparece la tumescencia del clítoris y los labios menores, y es posible el retorno a una nueva fase orgásmica, dependiendo de los deseos de la mujer.

En la mujer menopáusica, el déficit estrogénico produce cambios vulvovaginales que repercuten en la respuesta sexual. La administración de terapia estrogénica sustitutiva consigue que se recuperen o mejoren la elasticidad vaginal, el riego vascular en clítoris y vagina y los umbrales de sensibilidad vibratoria y a la presión de la vagina, pero estos cambios no siempre están asociados a satisfacción sexual.

Respuesta sexual masculina

Los cambios fisiológicos que se producen en el hombre durante su respuesta sexual son similares a los que ocurren en la mujer.

En el caso del hombre, la *fase de excitación* se caracteriza por cambios genitales: erección del pene, aumento y elevación de los testículos, tumescencia del glande (que adquiere una coloración purpúrea) y secreción de las glándulas uretrales; y cambios extragenitales (comunes en ambos sexos): erección de los pezones y aumento del tamaño de la areola mamaria, incremento de la frecuencia cardíaca y de la ventilación, aumento de la presión arterial, eritema en cara, tronco y nalgas y aumento del tono muscular.

En el hombre, el fenómeno característico asociado al orgasmo es la eyaculación, que consta de la fase de emisión seminal y la de expulsión. En la *fase del orgasmo* aparecen contracciones de las

vesículas seminales, la próstata y el conducto deferente que provocan la emisión seminal (emisión), el cierre del cuello vesical, la contracción de los músculos bulbocavernosos e isquiocavernosos, y contracciones del esfínter anal que provocan la salida del líquido seminal (expulsión).

Respecto a las reacciones extragenitales, encontramos espasmos musculares en cuello y abdomen, taquicardia, aumento de la presión arterial, alteración del estado de consciencia y secreción de oxitocina.

Después del orgasmo aparecen la fase de resolución, que se caracteriza por la pérdida de la erección, y el periodo refractario, en el cual no es posible el retorno a la fase orgásmica. En cuanto a las reacciones extragenitales, nos encontramos con sudoración, descenso de la presión arterial y de la frecuencia cardíaca, y secreción de prolactina.

Ideas clave

- ▶ En la respuesta sexual influyen múltiples factores psicosociales, entre ellos las experiencias sexuales previas, la valoración de la autoimagen o la satisfacción en la relación de pareja.

Sexualidad en las diferentes etapas vitales

La sexualidad es una fuente de salud, placer, afecto, intimidad, sensualidad y creatividad, y está presente a lo largo de toda nuestra vida, aunque se manifieste de forma distinta según las etapas vitales por las que pasamos.

Sexualidad en la adolescencia

Según la OMS, la adolescencia es la franja de edad comprendida entre los 12 y los 20 años. Se caracteriza por ser un periodo de cambios rápidos (físicos, psíquicos y sociales), los más llamativos de los cuales tienen que ver con el cambio de referentes: los padres pasan a un segundo término a favor de los amigos, se consolidan las habilidades sociales necesarias para relacionarse con el entorno, se fomentan las capacidades intelectuales, se incorporan una serie de principios éticos aplicables a la realidad y se adquiere una responsabilidad social e individual. Los adolescentes también han de aprender a resolver su propia sexualidad mediante el aprendizaje de su respuesta sexual desde la individualidad y la sexualidad compartida. Los jóvenes de esta edad aprenderán a conocerse mediante la exploración y la inspección física, y aparecerán las necesidades sensoriales y sexuales y la búsqueda de la excitación sexual y el orgasmo.

Otro aspecto que considerar son los cambios que los adolescentes experimentan en su imagen corporal. Para ellos la imagen que proyectan es muy importante, ya que son conscientes de que existe una relación muy fuerte entre el atractivo físico y la aceptación social. Los cambios internos, de los cuales la mayoría de veces no tienen información, pueden ser motivo de inquietud y angustia; por ejemplo, la aparición de flujo vaginal, las menstruaciones dolorosas o abundantes, la masturbación, las poluciones nocturnas o las erecciones espontáneas, los sentimientos amorosos, la orientación sexual, etc.

Pautas de conducta sexual

El comportamiento sexual en la primera adolescencia es más un mecanismo social que un verdadero deseo sexual.

La masturbación aparece como una forma de experimentación sexual y de autoconocimiento y como válvula de escape de tensiones, soledades y estrés.

Empieza el aprendizaje de las habilidades sociales necesarias para las relaciones románticas, los bailes, las fiestas, etc. También la sexualidad compartida: las caricias, los juegos sexuales, la masturbación mutua, el coito, etc.



En una sociedad como la nuestra, tan hipersexualizada, cada vez se empieza a tener relaciones sexuales compartidas a edades más jóvenes.

La gran discrepancia entre la maduración biológica y el desarrollo cognitivo es clave para entender el desfase entre la motivación sexual y la toma de conciencia del riesgo. Los adolescentes infravaloran su capacidad reproductora y la exposición al riesgo («a mí no me pasará»).

Las primeras relaciones coitales se consideran de riesgo por un posible embarazo no deseado y por la posible exposición a una infección de transmisión sexual. Esto se entiende al considerar a los jóvenes como monógamos seriadados y comprender lo difícil que resulta que programen sus primeras relaciones sexuales coitales.

Entre los jóvenes que afrontan una relación sexual, el miedo al rechazo por pedir que se utilice un preservativo es uno de los elementos que condicionarán dicha relación.

Se pueden citar, como factores que influyen en la conducta sexual de los adolescentes, los siguientes: la edad de la menarquía, las normas sociales prevalentes en el grupo social de referencia, las expectativas académicas y laborales de los jóvenes, la comunicación con la familia, la accesibilidad a los métodos anticonceptivos y la conducta observada por el grupo de amigos.

A pesar de que estamos en la era de la información, ni la recibida en la trayectoria académica ni la que se encuentra en los medios de difusión actuales cubren las necesidades reales para mejorar la sexualidad de los jóvenes.

El viejo fantasma sobre «la importancia del tamaño del pene», si «la primera vez duele o sangra» o «que una relación sexual no es completa si no se llega al orgasmo» son mitos muy extendidos entre los jóvenes. La información no está mejorando demasiado el miedo al embarazo, el buen uso de los métodos anticonceptivos o el temor a las infecciones de transmisión sexual. Y algunos de los modelos imperantes, que se convierten en sus referentes, siguen potenciando casi en exclusividad las relaciones basadas en la genitalidad, sin ayudarles a profundizar en el conocimiento de su cuerpo.

Finalmente, el consumismo social, en el que todo tiene que ser inmediato y en el que cuenta la cantidad, también facilita una sexualidad de consumo.

Ideas clave

- ▶ Se han de iniciar intervenciones preventivas precoces dirigidas a fomentar un disfrute responsable de la sexualidad.
- ▶ Las intervenciones educativas no se deben centrar exclusivamente en la prevención de los riesgos, sino que se han de realizar dentro de una visión positiva de la sexualidad.

Sexualidad en el embarazo

Una de las etapas más importantes en la vida de la mujer y su pareja es el embarazo, y aquí, como en otros momentos, la sexualidad tiene una expresión propia.

Durante el transcurso de un embarazo se producen en la pareja múltiples y profundos cambios que pueden afectar a distintas áreas de su relación. En la esfera sexual dichos cambios provocarán, dependiendo de algunos factores que posteriormente analizaremos, que la sexualidad salga fortalecida y renovada o salga perjudicada, convirtiéndose entonces en una fuente de conflictos y malestar.

Hoy en día, en que tanto se habla de sexualidad y parece que esté todo dicho, el embarazo sigue siendo una etapa en la que la sexualidad parece que no exista; no se habla ni se informa sobre el tema, y ello genera muchas veces incertidumbre y ansiedad, también por no saber dónde preguntar.

Los factores que tienen que ver con la sexualidad de la mujer gestante y su pareja son múltiples. Podemos destacar los propios de cada persona, como son la cultura, la educación, la situación socioeconómica, la situación sentimental actual, las historias sexuales previas, la vivencia actual de la sexualidad o el impacto del embarazo en la salud, y otros factores que dependen de cada pareja y de la relación que tengan establecida, como la comunicación, la vinculación, el compromiso, el proyecto de futuro o la vida sexual en pareja, además de, por supuesto, la información que tengan de la sexualidad y en concreto de lo que ocurre en la sexualidad durante el embarazo.

Cambios anatómicos y fisiológicos durante la gestación y su influencia en la vida sexual de la pareja

Durante la gestación aparecen cambios progresivos relacionados con el aspecto físico de la mujer, como el aumento de peso y de volumen (que se hace evidente con el crecimiento del abdomen), la alteración en la coloración de la piel y las mucosas genitales, la hiperflexibilidad de las articulaciones (especialmente las sacroilíacas y las de los huesos pelvianos, para poder aumentar la capacidad de la pelvis y facilitar el parto) y otros cambios que tienen que ver con la fisiología (como los que ocurren en los sistemas cardiovascular, urinario, digestivo, respiratorio y de la coagulación y en los órganos reproductivos).

En la vagina se produce un aumento de lubricación y de sensibilidad debido a la existencia de una mayor vascularización que se traduce en una mayor congestión, una mucosa que cambia a una tonalidad más violácea y un cambio en el flujo, que puede variar en textura y cantidad, con un pH más ácido, posiblemente para protegerla de posibles infecciones.

Las mamas también sufren cambios que en algunas ocasiones empiezan de forma muy temprana, incluso desde el momento de la primera falta de menstruación. Se produce un aumento de tamaño y de firmeza y las areolas se agrandan y oscurecen, apareciendo en ellas los tubérculos de Montgomery (glándulas sebáceas alargadas), cuya finalidad es lubricar la areola y los pezones. La piel se estira y deja traslucir los vasos sanguíneos. La capacidad eréctil de los pezones aumenta y, en definitiva, se muestran mucho más sensibles.

La piel también cambia. Aunque estas variaciones dependerán del tipo de piel que se tenga, la tendencia es hacia una piel más grasa. Suelen oscurecerse áreas como la cara, el cuello, las areolas y la línea media del ombligo hacia abajo. Al distenderse la piel pueden producirse estrías por la pérdida de elasticidad.

Durante el embarazo la mujer puede presentar una sintomatología que, en el caso de que aparezca, influirá de forma negativa en su actividad diaria e inevitablemente en su vida sexual. Esta sintomatología incluye las náuseas, los vómitos, la somnolencia, la fatiga, los edemas, etc.

Cambios psicológicos durante la gestación y su influencia en la vida sexual de la pareja

La mujer debe acostumbrarse a su nueva estructura corporal. En ocasiones se puede sentir insegura, con temor a que su pareja, al verla con unos kilos de más, la considere poco atractiva.

Es importante tener en cuenta cómo percibe el compañero estos cambios fisiológicos de la mujer gestante y cómo se enfrenta a los retos y a la nueva situación que confiere la paternidad, reconociendo que él también se encuentra más vulnerable por sus propias angustias y miedos.

En algunas personas esta transformación del cuerpo puede provocar una alteración desfavorable en la imagen erótica de la mujer, y hacer que ésta se olvide de su rol de seductora y seducida y su pareja deje de verla como una amante.

También influyen las condiciones sociales que rodean el embarazo. No es lo mismo una adolescente con un embarazo no deseado que una mujer adulta que ansía su primer hijo, o una mujer multípara, para la que un nuevo embarazo significa una carga añadida. Como tampoco es la misma situación cuando hablamos de parejas que llegan al embarazo tras años de estrés por esterilidad.

Sin duda, cualquier nueva situación en la vida de toda pareja supone readaptaciones en las que la comunicación resulta fundamental para continuar con el proyecto de futuro juntos.



Cambios en el comportamiento sexual que tienen lugar durante el embarazo

Los cambios en el comportamiento sexual son frecuentes y se inician precozmente. Dichos cambios son muy variables y están condicionados por los aspectos planteados anteriormente.

Primer trimestre. Los cambios hormonales, grandes y rápidos, provocan un estado de labilidad emocional, por lo que la mujer demandará mayor atención y demostración de afecto por parte de la pareja. Muchas mujeres deberán realizar un mayor esfuerzo para mantener el ritmo sexual habitual, como consecuencia de la aparición de náuseas, vómitos, cansancio y otras molestias.

El deseo sexual presenta variabilidad en cada caso. No hay uniformidad de criterios entre los diferentes autores, pero sí parecen coincidir en que el primer trimestre del embarazo habitualmente se acompaña de una disminución de la actividad sexual y una disminución del deseo sexual por parte de la gestante.

Con respecto al orgasmo, en la mayoría de las mujeres la frecuencia y la intensidad se mantienen sin grandes cambios.

Segundo trimestre. Si bien se mantienen los cambios observados en el trimestre anterior, muchas mujeres manifiestan que el deseo ha aumentado. Existe un mayor bienestar, ya que han disminuido o desaparecido las molestias físicas y la pareja se ha adaptado al embarazo, desvaneciéndose muchos de los temores iniciales. Es importante comentar que algunas mujeres tienen un orgasmo por primera vez durante este periodo.

Tercer trimestre. La mayoría de las mujeres experimentan una disminución o ausencia del deseo sexual y una marcada disminución en la actividad coital, muchas veces por miedo a desencadenar el parto.

La excitación comienza a disminuir progresivamente a medida que progresa el embarazo, debido a la disminución de las sensaciones placenteras provocada por la congestión de la vagina, la vulva y el clítoris a raíz del aumento de tamaño del feto y la posición de encaje para el parto.

La frecuencia y la intensidad del orgasmo también disminuyen a medida que transcurre el embarazo, si bien aumenta la necesidad de mimos, caricias y cuidados, al sentirse la mujer más insegura y frágil.

Sexualidad durante el puerperio

Durante el puerperio se produce un estado hormonal comparable a un hipogonadismo, con disminución de las hormonas sexuales y liberación de prolactina, causante de la producción de leche materna. Este estado hormonal influye de manera negativa en el deseo sexual y en el estado emocional de la mujer (depresión posparto).

La respuesta sexual va recuperándose progresivamente, de modo que a los 3 meses del parto la capacidad orgásmica es igual o ligeramente superior a la que existía previamente y la mayoría de mujeres ya han reanudado las relaciones coitales.

Debido al clima hormonal comentado anteriormente, la mujer que está lactando con lactancia materna tiene peor respuesta sexual que la mujer que no lacta. También se evidencia lo mismo en mujeres sometidas a cesárea, mientras que en las nulíparas y en las mujeres que han realizado preparación al parto y asistencia perinatal la respuesta sexual y la actividad sexual se recuperan antes. El miedo al dolor, la falta de información y el temor a un nuevo embarazo son algunos de los factores que se observan en mujeres con recuperación tardía.

El varón también puede sufrir alteraciones en su sexualidad y en su conducta sexual durante el proceso del embarazo y el posparto. Así, puede aparecer deseo sexual inhibido, dificultad para la erección o eyaculación precoz. La conducta más afectada es la frecuencia coital.

Un elemento clave en la sexualidad durante el puerperio es la contracepción. La mujer y su pareja necesitan un método anticonceptivo seguro y eficaz, que les permita disfrutar del sexo sin el miedo a un nuevo embarazo.

Mitos y miedos de la sexualidad durante el embarazo

Algunas parejas suelen experimentar temor a dañar al bebé durante el coito y otras pueden sentirse inhibidas por los movimientos fetales o preocupadas por desencadenar un nacimiento prematuro. Lo cierto es que la desinformación, sumada a la presencia de múltiples prejuicios culturales que se han transmitido a lo largo de todos los tiempos como verdades absolutas, considera muchas veces a la embarazada como un ser «asexual».

Contraindicaciones de las relaciones coitales durante el embarazo

Se pueden mantener relaciones sexuales durante el embarazo siempre y cuando no haya alguna complicación específica que las desaconseje, como antecedentes de abortos espontáneos repetidos, sangrado activo a través de la vagina en el embarazo actual, actividad uterina precoz, amenaza de aborto o aborto en evolución, amenaza de parto prematuro, inserción baja de placenta y presencia de alguna enfermedad grave no controlada (diabetes, preeclampsia, etc.).

Ideas clave

- ▶ Es muy importante ofrecer a la embarazada información sobre la sexualidad en esta etapa, ya que muchas veces la que recibe es demasiado imprecisa y es fácil que, como consecuencia, caiga en periodos arbitrarios de abstinencia.
- ▶ Los cambios hormonales durante el embarazo producen efectos dispares en la sexualidad de las gestantes; mientras que algunas mujeres aumentan su libido, otras sufren el efecto contrario.
- ▶ Para la mujer embarazada es muy importante conservar su capacidad erótica y orgásmica. La primera contribuye a mejorar su autoestima (más allá de los cambios) y la armonía conyugal, y la segunda ayuda a mantener la elasticidad y la flexibilidad de los músculos pélvicos, tan necesarias para el parto.

Sexualidad en la edad madura

El climaterio es un largo periodo que suele presentarse cuando la función ovárica empieza a declinar. Coincide con una inestabilidad endocrina que se manifiesta con algunos signos visibles como las alteraciones menstruales, los sofocos, los dolores musculares, los trastornos del sueño, el síndrome depresivo, etc.

Es una etapa de cambios que se relaciona con una crisis evolutiva en la que, además de todos los cambios hormonales conocidos, los cambios psicológicos y relacionales ocupan un lugar muy destacado.

Entre los síntomas psicológicos más frecuentes encontramos tristeza, cambios de humor, irritabilidad, nerviosismo, síndrome depresivo, soledad, disminución de la libido, etc. Síntomas muy variables y que no se pueden explicar solamente desde el punto de vista de los cambios neuroendocrinos de déficit hormonal. Hay otros factores etiológicos intrapersonales y relacionales que van a ser decisivos en los síntomas psicológicos de este periodo.

Las mujeres viven de manera muy variable el climaterio, siendo los factores psicológicos y socioculturales, la salud, la relación de pareja, la información o las experiencias personales los que influyen en esta vivencia. Una actitud positiva para adaptarse a los cambios y tomar decisiones responsables favorecerá la salud y el bienestar.

Las mujeres consideran importante el sexo en sus vidas y también su funcionamiento sexual. Sin embargo, aquél disminuye con la edad, lo que da lugar al debate sobre la contribución de la menopausia al funcionamiento sexual de la mujer.



La mayoría de los estudios en esta área son transversales y no alcanzan la dimensión suficiente como para separar los efectos de la menopausia de la edad cronológica y otras variables de las que sí tenemos evidencia de que influyen en el funcionamiento sexual femenino. Los factores estresantes y los contextuales, la sexualidad pasada y los problemas de salud mental son predictores mucho más importantes que la menopausia en sí misma o la edad.

En mujeres más mayores se observa una disminución de la actividad sexual, del interés por el sexo. Esto puede estar asociado a la pérdida de las relaciones íntimas, como parte de una separación, un divorcio o un duelo. Asimismo, la disminución de la actividad sexual con el envejecimiento puede ser interpretada como un fenómeno biológico que forma parte del proceso de avance de la edad.

Respecto a los hombres, los mecanismos vasculares y neurológicos implicados en la respuesta sexual devienen más visibles con el envejecimiento y pueden afectar a la respuesta de erección. Los problemas de disfunción eréctil son más prevalentes en los hombres a partir de los 50 años, y se asocian a una disfunción endotelial generalizada que se manifiesta inicialmente con la afectación de las arterias peneanas. Con la edad también puede aparecer un déficit de testosterona (déficit de testosterona del varón maduro) que interfiera en la producción de óxido nítrico, necesaria para la vasodilatación de los cuerpos cavernosos. La disfunción eréctil siempre es patológica, independientemente de la edad del hombre, y por tanto no podemos considerarla normal por la edad.

La vida sexual previa a la madurez, así como la capacidad de adaptación al paso de los años, condicionarán la sexualidad en esta etapa más que la edad, ya que el deseo y el desempeño sexual pueden mantenerse hasta el final de la vida.

Ni en hombres ni en mujeres los cambios fisiológicos relacionados con la edad implican necesariamente una disminución de la satisfacción sexual ni alteraciones patológicas en la respuesta sexual.

Ideas clave

- ▶ En las personas de edad madura, la sexualidad se encuentra influida por cambios biofisiológicos y distintos aspectos socioculturales y psicoemocionales que pueden contribuir a reactivar, frenar o interrumpir las relaciones sexuales. Los cambios hormonales por sí solos no pueden explicar directamente los cambios en el comportamiento sexual.
- ▶ La vida sexual en la edad madura está muy condicionada por la vida sexual antes de esa edad.
- ▶ En esta etapa más que en otras es más frecuente la existencia de problemas de salud o de iatrogenia médica o quirúrgica que pueden afectar a la sexualidad.
- ▶ Las personas maduras pueden disfrutar plenamente de su vida sexual si saben gestionar bien su adaptación a la etapa vital que están viviendo.

Modelo PLISSIT para realizar «counseling» sexual

El modelo PLISSIT es un modelo de intervención para el abordaje de la sexualidad, sencillo y fácilmente adaptable a la consulta sanitaria, avalado y recomendado por la comunidad científica. Se plantea como un modelo multidisciplinar que favorece que el paciente pueda exponer sus problemas sobre sexualidad y que el profesional los aborde.

Como comentábamos al principio, PLISSIT es el acrónimo de 4 niveles de intervención: permiso (*permission*, P), información limitada (*limited information*, LI), sugerencias específicas (*specific suggestions*, SS) y terapia intensiva (*intensive therapy*, IT).

Permiso

Dar permiso para que el paciente pueda hablar. Debido a que muchos problemas sexuales son causados o mantenidos por la ansiedad, los sentimientos de culpa y la inhibición, el hecho de que el profesional permita al paciente expresar sus preocupaciones ayuda a que éste se sienta normal y aceptado.

Cómo preguntar

Si el paciente presenta algún tipo de patología o sigue un tratamiento farmacológico que pueda alterar su funcionamiento sexual, se puede empezar con preguntas abiertas que generalicen situaciones, utilicen estadísticas o expliquen rutinas habituales del profesional 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 le preocupe saber si todo el proceso por el que ha de pasar 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 buscaremos una solución.»

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

De manera general, y sin haber recibido una demanda concreta por parte del paciente, la incorporación de preguntas protocolizadas sobre la sexualidad durante la anamnesis general en muchos casos facilita que los profesionales aborden este tema y que los pacientes sepan que si necesitan consultar tienen un profesional que les puede entender y asesorar.

Las preguntas simples y directas pueden ser muy eficaces, por ejemplo: «¿tiene dificultades en las relaciones sexuales?».

Si después de haber preguntado al paciente éste refiere un problema sexual, la siguiente secuencia ayuda a concretar y facilita el diagnóstico.

a. ¿Qué preguntar sobre el problema?

¿Qué es lo que le pasa? Es importante que el paciente lo describa con sus palabras.

¿Desde cuándo? Diferencia entre primario o secundario.

¿Por qué ha elegido este momento para venir a consultar? ¿Ha ocurrido algo que le haya llevado a tomar esta decisión? Explora la motivación.



¿A qué atribuye su problema? El paciente lleva tiempo pensando en su problema y por consiguiente tiene bastante información al respecto.

¿Bajo qué condiciones estaría resuelto? Sirve para acotar las expectativas.

¿Qué opina su pareja? Ofrece información sobre la actitud de la pareja.

¿Está dispuesta su pareja a colaborar en la solución del problema? Ofrece información sobre la motivación de la pareja.

¿Qué soluciones ha intentado para resolver su problema? Es importante conocerlas, porque no le han funcionado y esta información le sirve al profesional para no volver a planteárselas.

b. Exploración de los posibles mitos y creencias erróneas que puedan estar presentes en el problema sexual. Valoración de la percepción que sobre su sexualidad tiene el/la paciente.

Desajuste de frecuencia. Uno de los miembros de la pareja tiene más deseo de actividad sexual que el otro.

Ideas erróneas sobre el deseo sexual y/o el orgasmo.

Valoración de su sexualidad.

c. Evaluación de los antecedentes médicos y psicológicos

Según el tipo de disfunción, hay que aplicar protocolos específicos: exploración médica y psicológica y pruebas diagnósticas.

Análíticas: básica de salud, FSH, LH, prolactina, testosterona libre, TSH, tiroxina.

Una herramienta de utilidad clínica pueden ser los cuestionarios:

- Índice internacional de la función eréctil (IIEF-5/SHIM).
- Índice de la función sexual femenina (FSFI).
- Escala de valoración de la actividad sexual de la mujer (EVAS-M).

Información limitada

Es importante ajustar la información que se ofrece al paciente a la demanda solicitada.

La mayoría de las veces es necesario contextualizar la sexualidad dentro del marco de la salud, los derechos y la anatomía y la fisiología sexuales.

a. ¿Qué información debe conocer el profesional?

- Concepto biopsicosocial de la sexualidad.
- Expresión de la sexualidad en las diferentes etapas vitales.
- Anatomía genital y respuesta sexual masculina y femenina.
- Disfunciones sexuales.
- Factores generadores de disfunciones sexuales.

b. ¿Qué información se ha de ofrecer al paciente?

Es básico proporcionar información sobre:

- Anatomía genital y explicar cómo funciona la respuesta se-

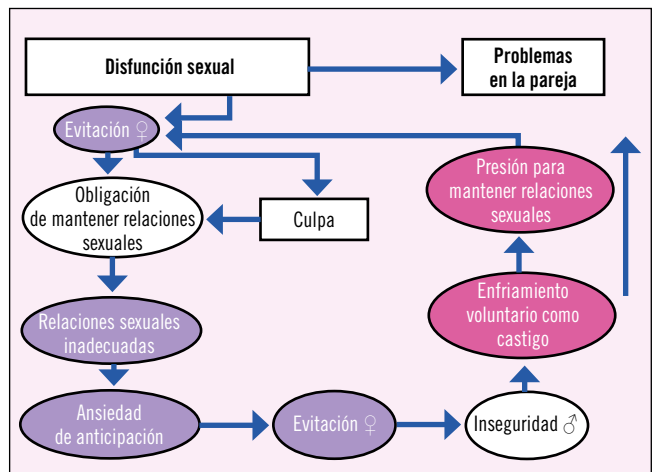


Figura 6. Esquema de cómo un problema sexual puede desencadenar problemas de pareja (Se plantea el caso de que la mujer tenga problemas de bajo deseo, anorgasmia o dolor en las relaciones sexuales. Este ejemplo es perfectamente extrapolable al caso de que sea el hombre quien tenga un problema sexual)

xual masculina y femenina. Muchas veces esta información ya sirve para disipar mitos y creencias erróneas que están influyendo o generando la disfunción sexual del paciente.

- La disfunción sexual concreta por la que se consulta: factores predisponentes, desencadenantes y mantenedores.
- Las repercusiones que una disfunción sexual tiene en los dos miembros de la pareja, independientemente de quien la padezca, y sobre cómo el problema, si se cronifica, puede acabar afectando a la relación (figura 6). Exponer esta información delante del paciente consigue que éste confíe en su resolución, pues le permite darse cuenta de que su problema no es único. Esta actuación se considera ya una intervención terapéutica.

Disfunciones sexuales

La mayoría de las personas en algún momento han tenido alguna relación sexual no del todo gratificante y a veces se han preguntado si padecían o no un problema sexual. En muchas ocasiones se trata de problemas puntuales que se solucionan fácilmente. En el caso de que el problema se mantenga en el tiempo, aparezca prácticamente en todas las relaciones sexuales, genere preocupación y limite las relaciones es cuando decimos que estamos ante una disfunción o trastorno sexual.

En 1992 la OMS definió las disfunciones sexuales como la dificultad o imposibilidad del individuo de participar en las relaciones sexuales tal como desea.

La clasificación diagnóstica de referencia para las disfunciones sexuales es la recogida en el DSM-5 (quinta edición del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders).

Disfunciones sexuales masculinas más frecuentes

Disfunción eréctil

Es la disfunción sexual más frecuente en el hombre. Sus causas son múltiples, e incluyen las orgánicas, las psicológicas y las mixtas (tabla 2). En el hombre maduro la mayoría de los problemas de erección son de origen mixto, pues a las causas orgánicas se suman las causas psicológicas. El origen orgánico es el que tiene mayor peso, al contrario de lo que sucede en los jóvenes que padecen problemas de erección, en los que las causas de mayor importancia son los factores psicológicos.

Tabla 2. Diagnóstico diferencial de la disfunción eréctil. Origen psicógeno frente a orgánico

Disfunción eréctil orgánica	Disfunción eréctil psicológica
Inicio gradual	Inicio agudo
Múltiples situaciones	Situacional y variable
No erecciones matutinas	Sí erecciones matutinas
Deseo sexual y eyaculación normales	Problemas de deseo sexual y de eyaculación
Problemas psicológicos y de pareja secundarios	Problemas psicológicos de ansiedad

El hombre siente que no tiene control sobre su erección, lo que le lleva a centrarse en conseguirla, dejando de lado la percepción de los estímulos eróticos sexuales necesarios para mantenerla. Cuando haya sufrido varios intentos fallidos tenderá a evitar el contacto sexual con la pareja y en muchas ocasiones también cualquier otro tipo de contacto corporal e incluso emocional. Incluso puede ocurrir que, aunque haya desaparecido la causa orgánica que motivó los problemas de erección, éstos persistan debido a ese componente psicológico.

En este caso el tratamiento farmacológico es muy eficaz. Se suele comenzar con fármacos orales como sildenafil (Viagra®), tadalafil (Cialis®) y vardenafil (Levitra®), los llamados inhibidores de la fosfodiesterasa 5. Cuando fracasan los anteriores, pueden administrarse otros fármacos en



forma de inyecciones intracavernosas (Caverject®) o cánulas intrauretrales (MUSE®), o bien colocar una prótesis de pene.

A pesar de la eficacia de los tratamientos farmacológicos, hay hombres que dejan de tomarlos o no los comienzan. Este hecho lo podemos entender si nos damos cuenta de la importancia que tienen los factores psicológicos y la actitud de la pareja en el problema.

Puede ocurrir que la pareja esté preocupada por informaciones erróneas sobre lo peligrosos que puedan ser estos fármacos y no quiera que el hombre se los tome. O bien que el hombre tenga unas expectativas equivocadas sobre el resultado y abandone el tratamiento antes de tiempo (para que el tratamiento sea eficaz se requiere estimulación sexual previa y en ocasiones la toma de varias dosis).

Eyacuación precoz

Es el trastorno sexual más frecuente dentro de los trastornos del orgasmo masculino. Pertenecen también a este grupo la eyacuación retardada y la retrógrada, y la aneyacuación (falta de eyacuación).

La etiología es multifactorial. Entre los factores orgánicos, diferentes teorías apuntan a una mayor sensibilidad en el pene de estos pacientes, un aumento de la excitabilidad de los centros medulares que regulan la eyacuación, una hiperexcitabilidad del reflejo bulbocavernoso o un bajo umbral sensorial del nervio dorsal del pene. Todavía no hay estudios muy concluyentes, pero se sugiere que pueda existir una predisposición familiar.

Otros factores que podrían estar implicados son una alteración de los receptores de serotonina y ciertos problemas de próstata, como las prostatitis (inflamaciones de la próstata), etc.

Respecto a los factores psicológicos más relevantes, encontramos el condicionamiento de la respuesta eyaculatoria debido a experiencias desagradables, el desconocimiento por parte del hombre de su respuesta sexual en la esfera fisiológica y sensual, la falta de información veraz sobre la sexualidad, algunos rasgos de personalidad ansiosa, y la ansiedad ante los encuentros sexuales.

El primer paso para tratar la eyacuación precoz es aprender cómo funciona la respuesta sexual, reconocer y sentir los cambios que se producen durante la excitación en la zona genital y en el resto del cuerpo, y reconocer aquellas señales que indican que la eyacuación es inminente, para poder disminuir la intensidad del estímulo erótico antes de que no haya retorno.

Actualmente disponemos de un fármaco, dapoxetina (Priligy®), con indicación específica para la eyacuación precoz. Los resultados del fármaco son buenos pero, si no se ha realizado paralelamente un trabajo sexológico que consiste en la reestructuración de la respuesta sexual, la eyacuación precoz vuelve a aparecer en el momento en que se retira el fármaco.

Eyacuación retardada y eyacuación retrógrada

Otros trastornos eyaculatorios menos frecuentes son la eyacuación retardada y la eyacuación retrógrada.

Eyacuación retardada. Se define como la ausencia o retraso de la eyacuación y el orgasmo tras una fase de excitación sexual que se considera adecuada (teniendo en cuenta el tipo de estimulación, la intensidad y la duración), ocurriendo esta situación en la mayoría de las relaciones sexuales del hombre. Actualmente es una de las disfunciones que más están aumentando.

Entre los factores etiológicos orgánicos encontramos problemas urológicos, lesiones tumorales, traumatismos o cirugías. También pueden causarla algunos tratamientos farmacológicos como los antidepresivos y los antipsicóticos, así como el alcohol y las drogas en general. Los factores psicológicos pueden ser muy variados y son los que se observan con mayor frecuencia.

Eyacuación retrógrada. En este caso el hombre no tiene una eyacuación visible pero sí experimenta sensación de orgasmo. El semen no sale por la uretra sino que se dirige a la vejiga de la orina, saliendo después con la micción.

Es un trastorno que aparece prácticamente en todos los enfermos a los que se les ha extirpado la próstata. El hecho de que el semen no salga por la uretra no tiene por qué afectar a las fases de la respuesta sexual ni a la satisfacción.

Disfunciones sexuales femeninas más frecuentes

Bajo deseo sexual

Es la queja más habitual entre las mujeres. Frecuentemente éstas pasan por temporadas en las que tienen pocas ganas de mantener relaciones sexuales. Los motivos suelen ser muy diversos, y la mayoría de las veces al desaparecer o resolverse el problema la mujer vuelve a sentirse sexualmente activa.

Pero en ocasiones no se identifica una única causa, sino que son un cúmulo de ellas las que hacen que la mujer entre en una dinámica de inhibición sexual, no tenga ganas, no busque y tampoco sea receptiva al acercamiento sexual de otras personas. Cuando esta actitud se prolonga en el tiempo acaba produciéndole problemas a ella y en su relación de pareja.

La forma más común es cuando la mujer refiere que desde hace un tiempo no tiene ganas de mantener relaciones sexuales con su pareja pero tampoco tiene fantasías ni ganas de sexo con otras personas. En estos casos, además, se suelen afectar el resto de fases de la respuesta sexual, como son la excitación y el orgasmo, ya que todas estas fases están relacionadas y si falla una se acaban afectando las demás, especialmente cuando el problema se alarga en el tiempo.

En el tema del deseo sexual y la pareja es muy importante, por su alta frecuencia, abordar el desajuste que puede producirse en la frecuencia de deseo de relaciones sexuales entre los miembros de la pareja, ya que en ocasiones puede confundirse con un trastorno del deseo, cuando no lo es.

La etiología del bajo deseo sexual en la mujer es multifactorial. Dentro de los factores orgánicos, la depresión y los tratamientos antidepresivos son los que más influyen, pero también los problemas hormonales, las enfermedades crónicas de larga evolución como la fibromialgia o el cáncer, etc.

Los factores psicológicos más relevantes tienen que ver con problemas con la pareja, el estrés o los estados de desmotivación y baja autoestima. Asimismo, no tener un aprendizaje adecuado de las habilidades eróticas y sexuales es también un elemento que se debe tener en cuenta.

El tratamiento más eficaz es la terapia sexual. Hasta el momento no disponemos de ningún fármaco indicado específicamente para la falta de deseo, pero sí que hay cada vez más interés científico y estudios en marcha para obtenerlo. No obstante, disponemos de algunos productos que pueden ayudarnos y reforzar la terapia sexual, como ciertas hormonas, bupropión, la maca andina o el *Ginkgo biloba*, entre otros.

Coito doloroso o dispareunia

Los trastornos de dolor asociados a la actividad sexual pueden aparecer en todas las etapas de la vida, pero la edad avanzada y la menopausia producen cambios fisiológicos que en ocasiones favorecen su aparición.

A medida que pasan los años, la disminución hormonal es responsable de un adelgazamiento de las mucosas del sistema genitourinario que hace que disminuya su irrigación, su capacidad de lubricación ante los estímulos sexuales y las sensaciones genitales.

El dolor se puede producir también por procesos inflamatorios agudos, como las infecciones por hongos, herpes virus y otros gérmenes, que causan inflamaciones de la vulva y la vagina (vulvitis, vaginitis, vestibulitis). También son muy frecuentes las infecciones de orina de repetición (cistitis).

El dolor durante el coito puede ser un dolor profundo, que no se localiza en el área vaginal sino en la pelvis. Ocurre en caso de algunos miomas (tumores uterinos benignos) de gran tamaño, cuando existen antecedentes de cirugías abdominales o pélvicas, y en los prolapsos uterinos, vesicales o rectales, asociados o no a incontinencias (los órganos pélvicos caen por la laxitud muscular).



En ocasiones en las consultas se ven demandas por problemas de libido o excitación o por dificultades para alcanzar el orgasmo, que son consecuencia de relaciones sexuales dolorosas.

La dispareunia acaba convirtiéndose en **vaginismo** cuando la mujer evita la actividad sexual y su cuerpo reacciona de manera fóbica ante la proximidad sexual, haciéndole imposible el coito.

El tratamiento inicial y muchas veces concluyente consiste en mantener la vagina en las mejores condiciones posibles. Para ello se aconseja un tratamiento de base, que sería un estrógeno vaginal en forma de óvulos o crema que se administraría 2 veces por semana, preferiblemente por la noche, y como terapia de mantenimiento un hidratante diario y un lubricante en el momento de la actividad sexual.

Si después de realizar los tratamientos necesarios para eliminar o disminuir las causas orgánicas que producen el dolor éste continúa, se debe comenzar con terapia sexual.

Anorgasmia

Lo que define al trastorno orgásmico femenino es que la mujer no llega al orgasmo después de una fase de excitación sexual normal, y ello le ocurre en la mayoría de ocasiones en que tiene actividad sexual.

Las intensidades y los tipos de estímulos sexuales que desencadenan el orgasmo en las mujeres son muy variados. El trastorno orgásmico en la mujer madura suele aparecer después de haber tenido respuestas orgásmicas normales. Es frecuente que la mujer que no ha experimentado nunca un orgasmo sea joven, ya que la capacidad orgásmica aumenta con la experiencia sexual.

Entre las causas que pueden provocar la anorgasmia, las más frecuentes son las malas relaciones de pareja, el estrés, acontecimientos traumáticos, enfermedades (lesiones medulares, esclerosis múltiple, esclerosis lateral amiotrófica, diabetes e hipertensión, hipotiroidismo, enfermedades psiquiátricas, etc.), tratamientos farmacológicos (antidepresivos, ansiolíticos, etc.), el alcohol y otras sustancias tóxicas.

En el caso de las mujeres que nunca han experimentado un orgasmo (anorgasmia primaria), la causa más frecuente tiene que ver con el aprendizaje. Hay mujeres, cada vez menos, que no han manifestado interés por conocerse sexualmente, no se han masturbado casi nunca y no tienen incorporado el placer sexual. Estas mujeres se autodefinen como poco interesadas en el sexo y habitualmente muestran ideas negativas respecto a él.

Algunas mujeres que refieren ser anorgásmicas alcanzan el orgasmo sin problemas cuando se masturban o las masturba la pareja, pero no llegan al clímax con la penetración coital. En este caso estamos hablando de anorgasmia coital. La mujer no es anorgásmica, lo que ocurre es que no llega al orgasmo con la penetración. El hecho de no llegar al orgasmo durante el coito pero sí conseguirlo con otras actividades sexuales no es ninguna patología y no debería ser motivo de preocupación.

El tratamiento de la anorgasmia en todas sus variantes, lo mismo que del resto de trastornos sexuales, obtiene buenos resultados si realmente la mujer está motivada para el cambio y quiere descubrir su sexualidad.

Actualmente no existe ningún fármaco con indicación para la anorgasmia. La terapia sexual sigue siendo el abordaje más eficaz, incluso en aquellas mujeres en las que se identifique que la causa es una enfermedad o un tratamiento farmacológico.

Es fundamental que la mujer conozca sus genitales y el funcionamiento de su respuesta sexual, y para ello el aprendizaje y la práctica son elementos clave.

Sugerencias específicas para los pacientes

Muchos de los pacientes que consultan por un problema sexual suelen tener pareja. Con frecuencia el problema es de larga evolución y ha afectado en menor o mayor grado a la relación.

Las sugerencias terapéuticas que el profesional realiza en el abordaje del trastorno sexual han de ir encaminadas a recuperar la confianza sexual por parte del paciente y a mejorar la calidad de la interacción sexual y emocional de éste con su pareja.

Sugerencias para el/la paciente con el problema sexual

El objetivo es conseguir que el paciente adquiera confianza en su respuesta sexual. El primer paso para conseguirlo es que desligue sexualidad de problema y que aprenda y reconozca cómo funciona su respuesta sexual.

Pensar en el sexo de forma positiva

Para desligar sexualidad de problema se ha de pensar en el sexo de una manera positiva. Esto es importante para activar y mantener el deseo sexual. «Es difícil tener deseo y ganas de sexo cuando no se fantasea ni se piensa en él y cuando, si en algún momento se piensa en él, se lo ve como un problema.»

Una manera de pensar en el sexo y pasárselo bien es crear fantasías. Las fantasías sexuales alimentan el deseo, pues permiten elegir el escenario y la persona con quien compartirlo y actuar sin miedos ni prejuicios. Con ellas la persona puede sentirse única, la mejor amante, la más seductora, y ser y hacer lo que quiera.

Sentirse seguro/a con la propia respuesta sexual

Un elemento de suma importancia en el caso de la mujer es que conozca sus genitales. Conocer cómo son la vulva y la vagina, saber qué función tienen, cómo puede contraerlas y relajarlas. Una herramienta útil son los ejercicios de Kegel. Se trata de ejercicios muy sencillos que ayudan a tonificar la musculatura vaginal, a prevenir los prolapsos y a tener conciencia de la vagina.

Si el paciente lleva tiempo con un problema sexual, es posible que estén afectadas prácticamente todas las fases de la respuesta sexual y sienta inseguridad en su ejecución. Por ello es importante que reconozca y afiance de manera positiva su respuesta sexual, para lo cual se le hablará del valor de la masturbación.

La masturbación no necesariamente se sugiere como una finalidad erótica en sí, sino que puede plantearse como una evaluación de la respuesta sexual fisiológica. La concentración en las sensaciones corporales y genitales durante el proceso es fundamental para reconocer la respuesta sin necesidad de tener la presión por conseguir un orgasmo.

También pueden incorporarse juguetes sexuales como vibradores o estimuladores del clítoris (dildos).

Sugerencias para realizar en pareja

El objetivo de las sugerencias será mejorar la calidad de la interacción emocional y eroticosexual de la pareja.

Para mejorar la calidad de la interacción emocional es importante potenciar el tiempo compartido. Si es necesario, se planificará un tiempo para estar juntos. Dedicar una tarde a la semana a pasear, ir al cine o cenar solos ayudará a recrear y recordar lo que hizo que se eligieran, y permitirá a la pareja conversar y disfrutar del ocio compartido.

También es importante reconocer las conductas agradables, de cariño y de cuidado que demuestra la pareja. Se puede plantear registrar, 1 día a la semana, solamente las cosas agradables que ese día ha proporcionado el compañero o compañera.

Para mejorar la interacción eroticosexual se favorecerán los encuentros planificados, cuyo objetivo será que la pareja se aproxime a la actividad sexual sin miedo, potenciando los juegos eróticos, las caricias y la masturbación mutua y no realizando inicialmente la conducta problema (que puede ser, por ejemplo, el coito). La programación de los encuentros sexuales requiere que se planifique el ambiente y pensar en ello, decidir quién se encarga de qué y cómo. El que planifique habrá de pensar en ello, y ese pensamiento agradable motivará el encuentro; y quien espere la sorpresa estará mucho más motivado para el encuentro sexual.



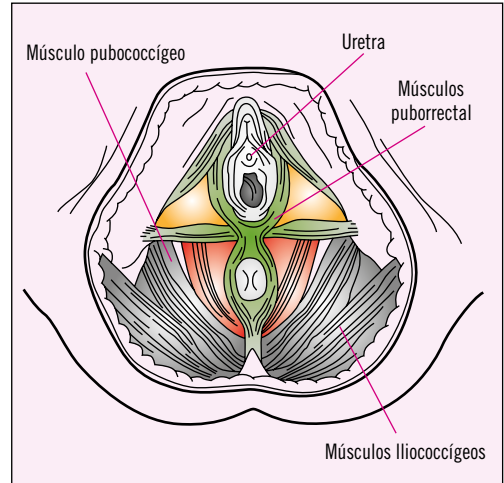
Se sugerirá aprender con las técnicas de masaje sensorial y erótico, así como romper la monotonía: investigar, practicar diferentes posturas, utilizar juguetes, etc.

Recomendaciones prácticas: ejercicios de Kegel para mujeres

Conviene realizar 30 veces cada ejercicio, una vez al día.

Para ayudar a localizar los músculos que intervienen, la manera más fácil es interrumpir el chorro de la orina durante la micción. Esto es solamente al principio, para localizar el movimiento:

- Contraer el músculo pubococcígeo cuando se esté orinando y ver si se interrumpe el flujo de la orina (sólo para localizar). Contracción 2 veces y vaciar la vejiga.
- Una vez identificado el movimiento, se realizará el ejercicio de pie o echada; para asegurarse de que se ejercita bien se aconseja poner un dedo en la vagina para comprobarlo.
- Contraer la vagina (cerrarla, como si se aspirara hacia adentro) mientras se aspira y subirla simultáneamente con la inspiración. Contener la respiración, contar hasta 3 y soltar. Respirar normal.
- Contraer y relajar rápidamente respirando normal.
- Bajar los músculos como si se expulsara algo por la vagina.



Recomendaciones prácticas: ejercicios de Kegel para hombres

Consisten en contraer y distender de manera voluntaria y controlada el músculo pubococcígeo. Se realizarán en tandas de 20 veces seguidas una vez al día.

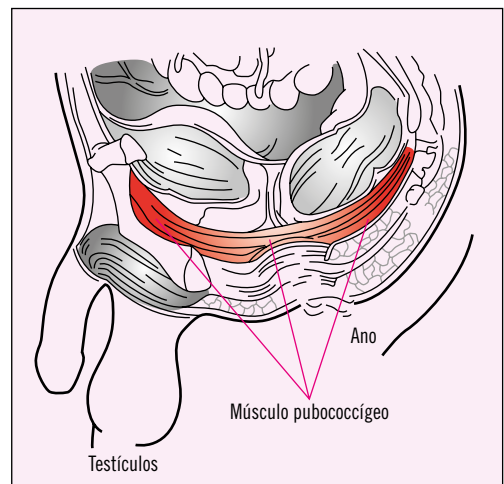
Para localizar el músculo fácilmente, el paciente deberá fijarse la próxima vez que vaya a orinar. Cuando esté a mitad de la micción intentará detener el flujo de la orina y, al hacerlo, notará que contrae un músculo que está entre el ano y los testículos. Se trata del músculo pubococcígeo. A continuación, deberá dejar fluir nuevamente la orina; en este momento el músculo se relajará.

Otra manera de localizarlo es mover el pene, sin usar las manos, cuando éste se encuentra en erección.

Si hay problemas de erección el ejercicio puede hacerse igualmente. Se intentará mover el pene en estado flácido, ya que este movimiento hace trabajar el músculo pubococcígeo.

La posición más adecuada para realizar los ejercicios es sentado, con las piernas separadas e inclinándose ligeramente hacia delante.

La relajación del músculo se realiza dejando de contraerlo y haciendo el esfuerzo de expulsarlo hacia delante.



Pautas para realizar un masaje sensorial y erótico en pareja

El masaje siempre se ha demostrado como un medio eficaz para comunicar amor y afecto. En el caso de las parejas es un elemento muy importante de comunicación afectiva y sensorial, ya que favorece la intimidad (busca espacios para estar solos y dedicados a ellos) y ayuda al descubrimiento mutuo de los sentidos y de la sensualidad en pareja.

Con el masaje las parejas aprenden a reconocer aquellas zonas especialmente erógenas, pero sobre todo ayuda a la complicidad y a la vinculación afectiva y sexual de la pareja, ya que ellos son los que deciden compartir esa esfera tan íntima y personal.

Cómo realizarlo. Es importante crear un entorno apropiado: saber que están solos, que el sitio es cálido (es preciso desnudarse), amortiguar las luces; si resulta agradable, poner música y encender algunas velas, etc.

La persona que recibe el masaje ha de dejar la mente en blanco y cerrar los ojos.

Las manos son muy importantes. Untarlas con un aceite o crema de un olor sugerente ayuda al deslizamiento por la piel y, si además es apto para aplicarlo en la zona genital, puede continuarse el masaje por esta zona.

En la zona genital también puede aplicarse un lubricante que, dependiendo de sus propiedades, tendrá efectos distintos (sensación de calor, sensación de frescor, etc.). Es importante el sabor del lubricante, para poder utilizar otras partes del cuerpo diferentes a las manos en el masaje (por ejemplo, la boca o la lengua).

Un vibrador también es una herramienta útil para el masaje, pues favorece el reconocimiento de las diferentes partes del cuerpo al estimularlas con vibración, incorpora un elemento de novedad y, si se quiere, puede estimular la zona genital con el objetivo de producir excitación sexual.

Cuándo derivar a terapia sexual

Muchos de los problemas sexuales se solucionan con esta secuencia:

- Preguntar y dar permiso para que el paciente se exprese.
- Ofrecer información objetiva y científica desde una perspectiva biopsicosocial y cultural.
- Ofrecer sugerencias específicas.
- Tratar o minimizar los efectos de las enfermedades y los tratamientos farmacológicos que sabemos que están asociados a las disfunciones sexuales.
- Añadir un tratamiento farmacológico o de fitoterapia.

En el mismo proceso se debe realizar una exploración física –ginecológica o urológica– para descartar patologías asociadas, y otras pruebas diagnósticas dirigidas a la sospecha clínica.

Ciertas disfunciones sexuales disponen de fármacos muy eficaces para su tratamiento, como es el caso de los inhibidores de la fosfodiesterasa 5 para la disfunción eréctil y dapoxetina para la eyaculación precoz.

En el caso del coito doloroso secundario a atrofia vaginal, se considera que la terapia estrogénica vaginal de baja dosis es altamente eficaz.

Sin embargo, la eficacia de estos fármacos no garantiza la adhesión al tratamiento, y se hace necesario el *counseling* para mejorar los resultados.

Hay otros trastornos sexuales para los que no disponemos de fármacos con indicación terapéutica. Sin embargo, su asociación con el *counseling* puede mejorar o incluso solucionar el problema; sería el caso de la terapia hormonal sustitutiva (estrógenos-progesterona, tibolona, testosterona, etc.) y de otros tratamientos farmacológicos no hormonales como bupropión, sobre todo en casos de mujeres con disfunciones sexuales y depresión asociada.



En el terreno de los preparados fitoterápicos tenemos los productos que contienen maca andina (sola o asociada a *Ginkgo biloba*), que han demostrado una mejora en los parámetros de deseo y excitación, comparado con placebo.

La reevaluación del paciente en 2 o 3 meses nos informará de si el problema sexual está o no solucionado. En el caso de que persista, deberá derivarse a un terapeuta sexual para que reciba tratamiento especializado.

La terapia sexual es el recurso terapéutico más efectivo para las disfunciones sexuales masculinas y femeninas. Se basa fundamentalmente en la reestructuración de la respuesta sexual disfuncional a través de un conjunto de estrategias y técnicas clínicas.

Esta terapia puede realizarse de forma individual con el paciente que consulta, pero se aconseja siempre que sea posible la colaboración de la pareja. La terapia sexual se lleva a cabo desde una visión integradora biopsicosocial, por lo que a través de este análisis se valorará si el paciente y su compañero/compañera necesitan también trabajar temas de pareja.

Ideas clave

- ▶ Muchos de los problemas sexuales se solucionan con recomendaciones para optimizar la salud física y psíquica y con *counseling* sexual asociado a un tratamiento farmacológico o fitoterápico.

Bibliografía

- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5). Washington: American Psychiatric Association, 2013.
- 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.
- 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: 385-398.
- Bancroft J. The endocrinology of sexual arousal. *J Endocrinol.* 2005; 186: 411-427.
- Bancroft J, Loftus J, Long JS. Distress about sex: a national survey of women in heterosexual relationships. *Arch Sex Behav.* 2003; 32: 193-208.
- Basson R, Berman J, Burnett A, Derogatis L, Ferguson D, Fourcroy J, et al. Report of the International Consensus Development Conference on Female Sexual Dysfunction: definitions and classifications. *J Urol.* 2000; 163: 888-893.
- Bimbela JL. Cuidando al cuidador. Counseling para médicos y otros profesionales de la salud, 4.ª ed. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 2001.
- Blackburn ST, Loper DL. Maternal, fetal & neonatal physiology. Filadelfia: W. B. Saunders Company, 1992.
- Brooks NA, Wilcox G, Walker KZ, Ashton JF, Cox MB, Stojanovska L. Beneficial effects of *Lepidium meyenii* (maca) on psychological symptoms and measures of sexual dysfunction in postmenopausal women are not related to estrogen or androgen content. *Menopause.* 2008; 15: 1.157-1.162.
- Meston CM, Rellini AH, Telch MJ. Short- and long-term effects of Ginkgo biloba extract on sexual dysfunction in women. *Arch Sex Behav.* 2008; 37: 530-547.
- Shin BC, Lee MS, Yang EJ, Lin HS, Ernst E. Maca (*L. meyenii*) for improving sexual function: a systematic review. *BMC Complementary and Alternative Medicine.* 2010; 10: 44. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1472-6882/10/44>
- Cain VS, Johannes CB, Avis NE, Mohr B, Schocken M, Skurnick J, et al. Sexual functioning and practices in a multi-ethnic study of midlife women: baseline results from SWAN. *J Sex Res.* 2003; 40: 266-276.
- Carrascón A, Molero F. Abordatge de la diversitat de la conducta sexual desde l'Atenció Primària de Salut. *Infosida* n.º 37. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Salut, noviembre de 2008.
- Carrobbles JA, Sanz A. Terapia sexual. Madrid: Fundación Universidad-Empresa, 1991.
- Castelo-Branco C. La sexualidad humana. Una aproximación integral. Madrid: Editorial Médica Panamericana, 2005; 231-245.
- Castelo-Branco C, Vicente JJ, Figueras F, Sanjuán A, Martínez de Osaba MJ, Casals E, et al. Comparative effects of estrogens plus androgens and tibolone on bone, lipid pattern and sexuality in postmenopausal women. *Maturitas.* 2000; 34: 161-168.
- Declaración de los derechos sexuales de la IPPF Plataforma para la Acción. IV Conferencia Mundial sobre las Mujeres. Beijing (China), septiembre de 1995. *Revista Diálogos*, n.º 76-(56) [monográfico]. Gabinete de Relaciones Internacionales del Instituto de la Mujer, 1996.
- Dennerstein L, Koochaki P, Barton I, Graziottin A. Hypoactive sexual desire disorder in menopausal women: a survey of western European women. *J Sex Med.* 2006; 3: 212-222.
- Dequaquier C, Absil AS, Psalti I, Meuris S, Jurysta F. Impact of aging on sexuality. *Rev Med Brux.* 2012; 33: 153-163.
- Falicov CJ. Sexual adjustment during first pregnancy and post partum. *Am J Obstet Gynecol.* 1973; 117: 991-1.000.
- Female Sexual Health Consensus Clinical Guidelines. *JOGC.* 2012; 34: S1-S56.
- Ferreó S, Raqni N, Remorqida V. Deep dyspareunia: causes, treatment, and results. *Curr Opin Obstet Gynecol.* 2008; 20: 394-399.
- Foroutan SK, Rajabi M. Erectile dysfunction in men with angiographically documented coronary artery disease. *Urol J.* 2007; 4: 28-32.
- Gelfand MM. Sexuality among older women. *J Womens Health Gend Based Med.* 2009; 9 supl 1: S15-S20.
- Hill J, Stepp SD, Wan MW, Hope H, Morse JQ, Steele M, et al. Attachment, borderline personality, and romantic relationship dysfunction. *J Pers Disord.* 2011; 25: 789-805.



- Ito TY, Polan ML, Whipple B, Trant AS. The enhancement of female sexual function with ArginMax, a nutritional supplement, among women differing in menopausal status. *J Sex Marital Ther.* 2006; 32: 369-378.
- Lamont J, Bajzak K, Bouchard C, Burnett M, Sandra B, Cohen T, et al. Female Sexual Health Consensus Clinical Guidelines. *JOGC.* 2102; 34 supl 2: S1-S54.
- Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *JAMA.* 1999; 281: 537-544.
- Leiblum S, Koochaki P, Rodenberg C, Barton I, Rosen RC. Hypoactive sexual desire disorder in postmenopausal women: US results from the Women's International Study of Health and Sexuality (WISHeS). *Menopause.* 2006; 13: 46-56.
- Malatesta VJ. Sexual problems, women and aging: an overview. *J Women Aging.* 2007; 19: 139-154.
- Martín-Morales A, Sánchez JJ, Sáenz de Tejada I, Rodríguez L, Jiménez JF, Burgos R. Prevalence and independent risk factors for erectile dysfunction in Spain: results of the Epidemiología de la Disfunción Eréctil Masculina study (EDEM). *J Urol.* 2001; 166: 569-574.
- Masters WH, Johnson VE. Respuesta sexual humana, 1.ª ed. Buenos Aires: Intermédica, 1972.
- Megías Quirós I. Jóvenes ante el sexo: valores y expectativas asociadas. *Estudios de Juventud* n.º 63/03, (2003).
- Meston CM, Rellini AH, Telch MJ. Short- and long-term effects of Ginkgo biloba extract on sexual dysfunction in women. *Arch Sex Behav.* 2008; 37: 530-547.
- Molero Rodríguez F, Pujols X, Ortega P, Ponte M, Sánchez Martín C. *Sexo joven.* Barcelona: Marge Books, 2007.
- Molero F, Fernández I, La Calle P. Guía clínica de sexualidad femenina y salud vaginal. *Avanzando en el conocimiento.* 2013.
- Molero F. Asesoramiento (counseling) en sexualidad femenina y masculina. *Aquilea Medical.* 2013; 3: 1-4.
- Organización Mundial de la Salud. Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health, 28-31 January 2002, Geneva. Ginebra: OMS, 2006.
- Perkins RP. Sexual behaviors and response in relation to complications of pregnancy. *Am J Obstet Gynecol.* 1979; 134: 498-505.
- Porst H, Montorsi F, Rosen RC, Gaynor L, Grupe S, Alexander J. The Premature Ejaculation Prevalence and Attitudes (PEPA) survey: prevalence, comorbidities, and professional help-seeking. *Eur Urol.* 2007; 51: 816-823; discusión 824.
- Rogers C. *Counseling and Psychotherapy: Newer Concepts in Practice.* Boston: Houghton Mifflin Company, 1942.
- Rosen R, Brown C, Heiman J, Leiblum S, Meston C, Shabsigh R, et al. The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *J Sex Marital Ther.* 2000; 26: 191-208.
- Rosen RC, Riley A, Wagner G, Osterloh IH, Kirkpatrick J, Mishra A. The international index of erectile function (IIEF): a multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction. *Urology.* 1997; 49: 822-830.
- Salvaterra Mateu V. *Psicobiología del embarazo y sus trastornos.* Barcelona: Ed. Martínez Roca, 1989.
- Segraves RT, Clayton A, Croft H, Wolf A, Warnock J. Bupropion sustained release for the treatment of hypoactive sexual desire disorder in premenopausal women. *J Clin Psychopharmacol.* 2004; 24: 339-342.
- Shifren JL, Monz BU, Russo PA, Segreti A, Johannes CB. Sexual problems and distress in United States women: prevalence and correlates. *Obstet Gynecol.* 2008; 112: 970-978.
- Solberg DA, Butler J, Wagner NN. Sexual behavior in pregnancy. *N Engl J Med.* 1973; 288: 1.098-1.103.
- Solomon H, Man JW, Wierzbicki AS, Jackson G. Relation of erectile dysfunction to angiographic coronary artery disease. *Am J Cardiol.* 2003; 91: 230-231.
- www.fess.com. Web de la Federación Española de Sociedades de Sexología. Derechos sexuales.
- www.mujiresenred.net. Derechos sexuales y reproductivos.

Aquilea
vigor él

Aquilea
vigor ella



PARA EL RENDIMIENTO
MASCULINO



PARA LA VITALIDAD
FEMENINA



Aquilea
vigor él

Aquilea
vigor ella