

40 a 45% de las mujeres adultas y 20 a 30% de los hombres adultos, tienen al menos una disfunción sexual

La prevalencia de las preocupaciones, los problemas y las disfunciones sexuales



Prof. Adj. Dr. Santiago Cedrés

Médico Internista – Sexólogo clínico

Terapeuta Sexual acreditado por la Federación

Latinoamericana de Sexología y Educación Sexual

Miembro de la Sociedad Internacional de Medicina Sexual (ISSM)

Vicepresidente de la Sociedad Uruguaya de Sexología

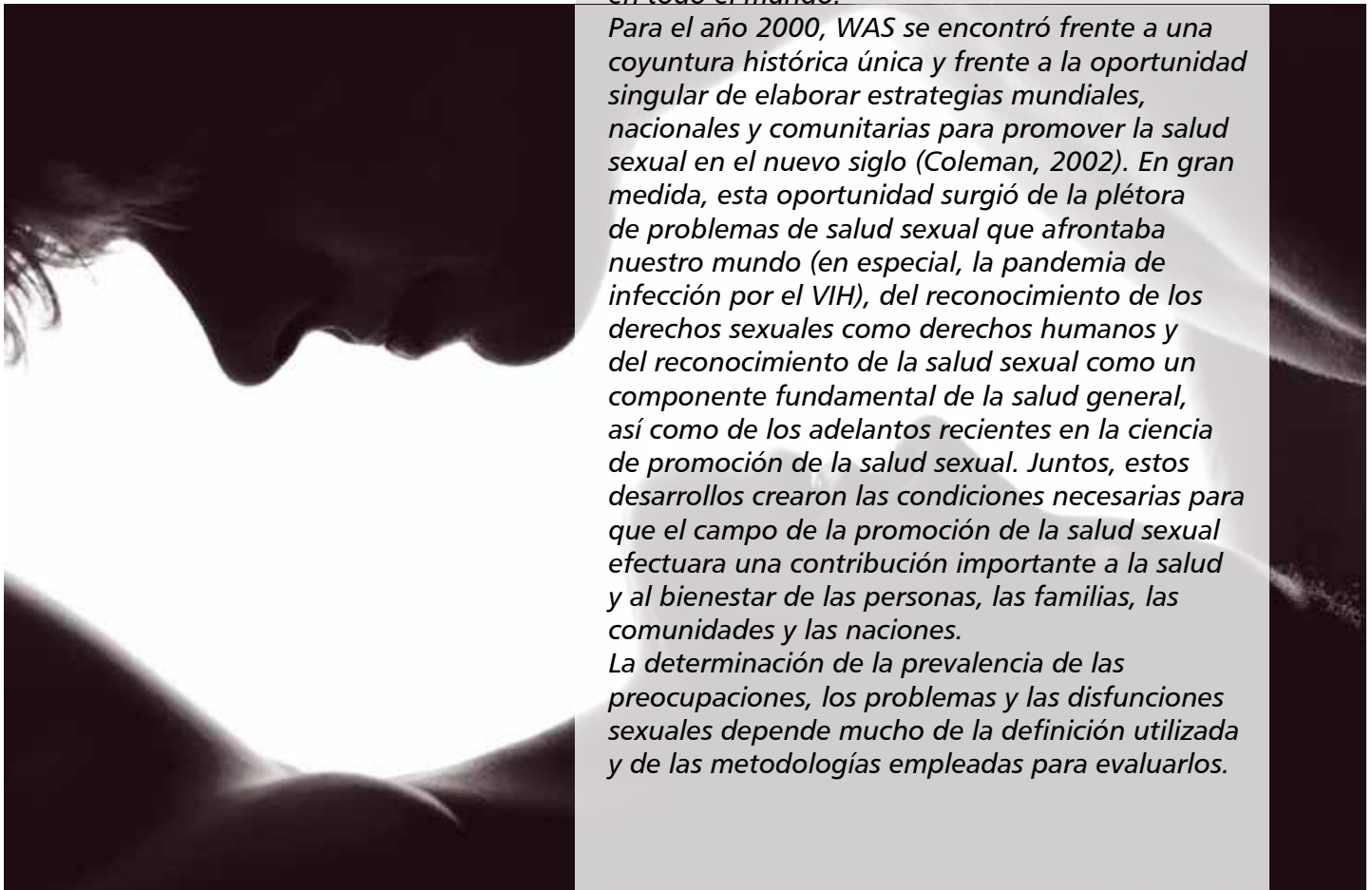
santiagocedres@yahoo.com

Resumen del documento técnico de Salud Sexual para el nuevo milenio– World Association for Sexual Health

La Asociación Mundial para la Salud Sexual (WAS) (anteriormente Asociación Mundial de Sexología) fue fundada en 1978 por un grupo multidisciplinario y mundial de organizaciones no gubernamentales (ONG), con la intención de promover la salud sexual y los derechos sexuales en todo el mundo.

Para el año 2000, WAS se encontró frente a una coyuntura histórica única y frente a la oportunidad singular de elaborar estrategias mundiales, nacionales y comunitarias para promover la salud sexual en el nuevo siglo (Coleman, 2002). En gran medida, esta oportunidad surgió de la plétora de problemas de salud sexual que afrontaba nuestro mundo (en especial, la pandemia de infección por el VIH), del reconocimiento de los derechos sexuales como derechos humanos y del reconocimiento de la salud sexual como un componente fundamental de la salud general, así como de los adelantos recientes en la ciencia de promoción de la salud sexual. Juntos, estos desarrollos crearon las condiciones necesarias para que el campo de la promoción de la salud sexual efectuara una contribución importante a la salud y al bienestar de las personas, las familias, las comunidades y las naciones.

La determinación de la prevalencia de las preocupaciones, los problemas y las disfunciones sexuales depende mucho de la definición utilizada y de las metodologías empleadas para evaluarlos.





La información sobre el funcionamiento sexual debe incluirse como un componente de la educación integral de la sexualidad

Las preocupaciones sexuales

Hay una gran falta de datos para indicar el número de personas que tienen preguntas y preocupaciones acerca de su funcionamiento sexual. Sin embargo, éstas están en todas partes. Es común que personas de todas las edades perciban que carecen de información exacta e integral sobre una gama amplia de cuestiones relacionadas con la sexualidad, entre otras:

- Transmisión de la infección por el VIH y las ITS
- Orientación e identidad sexual
- Papeles de género
- Función sexual
- Frecuencia y normalidad apropiadas de diferentes comportamientos sexuales
- Infertilidad
- Métodos anticonceptivos y aborto
- Violencia sexual y abuso
- Aspectos de la enfermedad mental y física relacionados con la sexualidad
- Tratamientos médicos para problemas y disfunciones sexuales
- Repercusión de los medicamentos sobre la función sexual
- Repercusión de las discapacidades físicas y del desarrollo en la sexualidad y las relaciones
- Masturbación
- Anatomía sexual/reproductiva
- Imagen corporal
- Tamaño y apariencia de las mamas y de los órganos genitales.

A menudo, la falta de información exacta sobre estos y otros aspectos de la sexualidad conduce a preocupaciones o a incertidumbre y ansiedad que pueden tener repercusiones graves sobre la autoestima, la identidad, el bienestar y la capacidad para participar en las relaciones íntimas. La mayoría de estas preocupaciones podrían ser tratadas por medio de la educación sexual integral u otros foros para suminis-

trar información básica que disipe los mitos y la información incorrecta. En algunos casos, no basta con suministrar información objetiva debido a que las preocupaciones quizá sean sintomáticas de ansiedades y temores subyacentes más profundos. Lamentablemente, muchas personas se sienten incómodas mencionando estas preocupaciones a su médico, y sienten que no sería lo suficientemente sensible ni se sentiría bien tratando estos temas (Marwick, 1999).

Las disfunciones sexuales

Varias definiciones, tanto para la función como para la disfunción sexual, pueden encontrarse en la bibliografía médica sobre sexología y para su medición se ha utilizado una amplia gama de criterios. No obstante, hay un consenso generalizado de que el funcionamiento sexual adecuado consta de tres etapas básicas, a saber: el deseo, la excitación y el orgasmo. También hay trastornos por dolor sexual. Por lo tanto, la disfunción sexual puede definirse, al menos en parte, como una deficiencia o trastorno en una de estas etapas (Winze y Carey, 2001). Las disfunciones sexuales más comunes son las siguientes (Lewis, Fugl-Meyer, Bosch, Fugl-Meyer, Laumann, Lizza y Martín-Morales, 2004):

CLASIFICACIÓN DE DISFUNCIONES SEXUALES

- Disfunción sexual de interés /deseo (hombres y mujeres)
- **Disfunciones sexuales femeninas:**
 - Trastornos de la excitación sexual
 - Disfunción de la excitación sexual genital
 - Disfunción subjetiva de la excitación sexual
 - Disfunción combinada de excitación sexual genital y subjetiva
 - Trastorno de excitación sexual persistente
 - Disfunción orgásmica
 - Dispareunia
 - Vaginismo
 - Trastorno de aversión sexual
- **Disfunciones sexuales masculinas:**
 - Disfunción eréctil
 - Eyaculación temprana
 - Eyaculación tardía
 - Disfunción orgásmica
 - Aneyaculación

En la mayoría de los estudios de población se les ha preguntado a los entrevistados si han experimentado problemas relacionados con estas etapas. Los resultados de esos estudios indican que los problemas del funcionamiento sexual son muy comunes en las poblaciones adultas. Un examen de los datos epidemiológicos existentes indica que cerca de 40 a 45% de las mujeres adultas y 20 a 30% de los hombres adultos tienen al menos una disfunción sexual (Lewis, Kersten, Fugl-Meyer, et al., 2004). En *The Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors* se indica que entre las personas sexualmente activas de 40 a 80 años de edad, 28% de los hombres y 39% de

las mujeres notificaron al menos un problema con el funcionamiento sexual en el año anterior. Para los hombres, los problemas más comunes eran eyacuación temprana (14%), dificultades eréctiles (10%), mientras para las mujeres las más comunes eran la falta de interés sexual (21%), incapacidad de alcanzar el orgasmo (16%) y dificultades de lubricación (16%) (Nicolosi et al., 2004). Cabe señalar que los participantes estaban sexualmente activos y es probable que las tasas notificadas de disfunción sexual hubieran sido más altas si se hubieran incluido las personas que no estaban sexualmente activas. La aparición de la disfunción sexual suele estar relacionada con la edad, registrándose un aumento de la prevalencia a medida que las personas se hacen mayores. Sin embargo, este no es siempre el caso. Por ejemplo, en el *National Health and Social Life Survey* de los Estados Unidos, los problemas como la incapacidad para alcanzar el orgasmo y el dolor durante el coito eran más comunes entre las mujeres más jóvenes (18 a 39) que entre las mujeres mayores (40 a 59) (Lauman, Paik y Rosen, 1999). Estudios recientes han revelado altos niveles de disfunción sexual en las mujeres en Nigeria (Ojomo, Thacher y Obadofin, 2006), Malasia (Sidi, Puteh, Abdullah y Midin, 2006) y Ecuador (Yáñez, Castelo-Branco, Hidalgo y Chedraui, 2006), lo que indica que los problemas de la función sexual son verdaderamente un fenómeno mundial que trasciende las culturas.

Los trastornos sexuales

Los trastornos sexuales se clasifican generalmente en parafilicos y no parafilicos (Coleman, 1991). Las parafilias están clasificadas claramente en el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* de la American Psychiatric Association (APA) (DSM-IV).



En la lista figuran ocho parafilias:

CLASIFICACIÓN DE PARAFILIAS

- Pedofilia,
- exhibicionismo,
- voyeurismo,
- masoquismo sexual,
- sadismo sexual,
- fetichismo travestista,
- fetichismo,
- froterismo.

Los problemas del funcionamiento sexual son muy comunes en las poblaciones adultas

Money (1986) ha identificado más de 40 tipos diferentes de parafilias, entre ellas la zoofilia (bestialidad), asfixiofilia (cortar el paso de oxígeno para mejorar la excitación o el orgasmo) y necrofilia (relaciones sexuales con personas muertas).





Por naturaleza, el comportamiento parafílico interfiere con la sensación de bienestar de una persona y su capacidad para tener o forjar relaciones de amor recíproco

Las parafilias, se caracterizan por una preocupación obsesiva con un comportamiento sexual socialmente poco convencional que incluye a objetos no humanos, a niños o a otras personas que no pueden expresar su consentimiento, o el sufrimiento o la humillación de uno mismo o de su pareja. Estos comportamientos también son considerados por la mayoría de las personas como socialmente anómalos. Es importante observar que para satisfacer los criterios clínicos que definen un parafilia, la persona tiene que presentar fantasías que causan excitación sexual, deseos sexuales y comportamientos que generan perturbaciones clínicamente significativas en el funcionamiento social, ocupacional, o en otras áreas importantes. Muchos hombres y mujeres, por ejemplo, practican el travestismo en grados variables, pero no experimentan excitación sexual que cause dificultades. Esas personas han podido integrar sus

actividades en su identidad general y sus relaciones interpersonales. Por naturaleza, el comportamiento parafílico interfiere con la sensación de bienestar de una persona y su capacidad para tener o forjar relaciones de amor recíproco.

Hay una falta de datos epidemiológicos sobre la prevalencia de los trastornos parafilicos; sin embargo, están bien reconocidos como síndromes clínicos y algunos de ellos originan violencia sexual, abuso e interferencia en las relaciones íntimas.

Los trastornos parafilicos son mucho más comunes en los hombres que en las mujeres (APA, 2000). La falta de datos epidemiológicos se debe en parte a la ausencia de definiciones y criterios clínicos claros. Además, muchas personas pueden tener comportamientos sexuales problemáticos pero no satisfacen el umbral clínico de los trastornos parafilicos. Aun muchos agresores sexuales, que han infringido las normas y las leyes de su sociedad, no necesariamente satisfacen los criterios clínicos de la parafilia, aunque quizá estén sufriendo y necesitan tratamiento para algún otro tipo de trastorno psiquiátrico, (Miner y Coleman, 2001).

Aunque no están clasificados *per se* en el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM IV-TR)* de la American Psychiatric Association (APA, 2000), hay un reconocimiento cada vez mayor de que hay otro conjunto de trastornos sexuales similares a las parafilias, que se refieren a comportamientos sexuales convencionales, pero que de igual manera incluyen fantasías que causan excitación sexual, deseos sexuales y comportamientos que causan dificultades clínicamente significativas en el funcionamiento social, ocupacional, o en otras áreas importantes (Coleman, Raymond y McBean, 2003).

Los datos epidemiológicos son aun más deficientes acerca de este tipo de trastorno, pero ellos se han descrito ampliamente en la bibliografía especializada. A este tipo de trastorno sexual se le ha llamado hipersexualidad, hiperfilia, erotomanía, perversión, ninfomanía, satiriasis y, más recientemente, comportamiento sexual compulsivo (CSC) o adicción sexual (Coleman, 1991).

Si bien algunos de estos son términos exóticos y la nosología y etiología es muy debatida entre los profesionales de esta especialidad, no cabe duda de que se trata de un problema grave de salud mental, sexual y física. El comportamiento sexual compulsivo (CSC) puede ser impulsivo, obsesivo y compulsivo, dirigido, fuera de control y ocasionar problemas.

No hay una categoría clara para este tipo de CSC en la nomenclatura del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM)*, pero se da un ejemplo bajo el término trastorno sexual no especificado de otro modo: "el problema resultante de un modelo de relaciones sexuales repetidas que incluyen una sucesión de amantes considerados por la perso-

na solo como cosas para usarse" (APA, 1994). Hay al menos 7 subtipos de CSC no parafílico (Coleman, Raymond y McBean, 2003):

SUBTIPOS DE COMPORTAMIENTO SEXUAL COMPULSIVO NO PARAFÍLICO

- cambio de parejas compulsivo y múltiples parejas
- fijación compulsiva en una pareja inasequible
- autoerotismo compulsivo (masturbación)
- uso compulsivo de la pornografía
- uso compulsivo de Internet para finalidades sexuales
- múltiples relaciones amorosas compulsivas
- sexualidad compulsiva en una relación

Coleman, Raymond & McBean, 2003

Hay un cuerpo de la bibliografía cada vez mayor que muestra una asociación entre el CSC y los comportamientos de riesgo para la infección por el VIH y las ITS (Kalichman y Rompa, 1995; 2001; Miner, Coleman, Center, Ross y Rosser, 2007; Reece, Plate y Daughtry, 2001).

Independientemente de que el comportamiento sexual compulsivo sea parafílico o no parafílico, estos problemas están asociados con muchos otros trastornos psiquiátricos concomitantes y están vinculados con problemas de salud sexual, en particular con las infecciones de transmisión sexual, la violencia y el abuso sexuales (Black, Kehrberg, Flumerfelt y Schlosser, 1998; Kafka, y Prentky, 1994; Raymond, Coleman, Ohlerking, Christenson y Miner, 1999). Para abordar eficazmente los ODM, es fundamental que estos tipos de trastornos sexuales se identifiquen, se evalúen y reciban el tratamiento adecuado. Más allá de los factores estructurales, estos factores psiquiátricos individuales pueden ser determinantes de un gran número de consecuencias negativas para la salud sexual.

Los trastornos relacionados con la identidad de género

Sentirse bien con el género propio es un requisito necesario para la salud y el bienestar sexual. Las personas que no se sienten bien con su identidad de género o sufren de trastornos de identidad de género están expuestas a un riesgo alto de consecuencias negativas para la salud sexual. Los trastornos identificados con el sexo se definen como una incongruencia entre su fenotipo físico (hombre o mujer) y su identidad de género o sea, la identificación que se siente y la autoidentificación como hombre o como mujer (APA, 1994). La experiencia de esta incongruencia se denomina disforia de género. En la forma más extrema de disforia de género, las personas desean hacer que su cuerpo sea coherente con su identidad de género y esto se denomina transexualidad.

La información de prevalencia más reciente de los Países Bajos para el extremo transexual del espectro del trastorno de identidad de sexo es 1 en 11.900 hombres y 1 en 30.400 mujeres (WPATH, 2001). Aunque los estudios epidemiológicos determinaran que una tasa de base similar de trastornos de identidad de género existe en todo el mundo, es probable que las diferencias culturales de un país a otro modificarían las expresiones conductuales de estos trastornos. Es más, el acceso al tratamiento, el costo del tratamiento, las terapias ofrecidas y las actitudes sociales hacia las personas de género variable y los profesionales que prestan servicios de atención difieren ampliamente de un lugar a otro. Mientras en la mayoría de los países, atravesar los límites de género generalmente genera censura moral en lugar de compasión, hay ejemplos sorprendentes en ciertas culturas de los comportamientos relacionados con el cruce de género (por ejemplo, en líderes espirituales) que no se estigmatizan (WPATH, 2001).

Entre la publicación de los volúmenes APA DSM-III y DSM-IV, el término "transgénero" empezó a usarse de diversas maneras. Algunos lo emplearon para referirse a las personas con identidades de género extrañas sin una connotación de psicopatología. Algunas personas usaron informalmente el término para referirse a cualquier persona con cualquier tipo de variación de género. Transgénero no es un diagnóstico formal, pero muchos profesionales y miembros del público encuentran que este es un término preferido debido a que es incluyente y porque no supone ninguna patología (WPATH, 2001). Cuando se tiene en cuenta la amplia gama de identidades y expresiones de género, no hay cálculos buenos sobre la prevalencia de personas que podrían definirse como transgénero.

Lo que es sumamente importante es reconocer que no todas las personas se identifican como masculino, femenino, niño o niña, hombre o mujer. Dependiendo de las normas



culturales, las personas que no encajan en esa clasificación binaria tienen que afrontar diversas dificultades para desarrollar identidades sexuales positivas, para tener una “ciudadanía” sexual, relaciones sanas y bienestar. Es importante que estas personas sean identificadas y reciban ayuda en su proceso de desarrollo de identidades sexuales positivas (Bockting y Coleman, 2007).

La educación y el tratamiento eficaz de las preocupaciones, los problemas y las disfunciones sexuales

Muchas de las dificultades que se presentan a las personas en relación con las preocupaciones, los problemas y las disfunciones sexuales pueden abordarse eficazmente con el suministro de información objetiva para contrarrestar los malentendidos, los mitos y la ignorancia. La falta de información científicamente válida en cuanto a la función sexual dentro de la población está generalizada y la repercusión negativa de esta carencia se siente en todo el mundo. Además, muchos casos de dificultades sexuales pueden resolverse satisfactoriamente mediante el tratamiento de corto plazo, centrado en la solución del problema, hecho por un consejero, un terapeuta o proveedor de atención sanitaria de primera línea, suficientemente capacitado.

Los médicos estamos en una posición ideal para in-

Los problemas de disfunción sexual y disforia de género, están asociados con otros trastornos médicos y con el bienestar individual y de las relaciones



terrogar acerca de las preocupaciones, los problemas y las disfunciones sexuales, de una manera libre de prejuicios y profesional que es bien recibida por los pacientes (Nusbaum y Hamilton, 2002). La evaluación breve de las preocupaciones, los problemas y la disfunción sexuales puede y debe convertirse en un componente común de la evaluación general de salud y el médico debe invitar y alentar a las personas a que hagan preguntas sobre estos temas. Por ejemplo, las personas que están experimentando dificultades con la función sexual se benefician de información objetiva acerca de la anatomía sexual, del ciclo de respuesta sexual de ambos sexos, de los factores psicosociales (por ejemplo, función de la relación, estrés) que afectan la función sexual, así como de los cambios en la sexualidad asociados con el envejecimiento, el embarazo, la menopausia, trastornos médicos, enfermedades y medicamentos. Sin embargo, los datos del *The Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors* indicaron que pocos médicos en los 29 países encuestados evalúan sistemáticamente la salud sexual de sus pacientes (Moreira, Brock, Glasser, et al., 2005). Aunque casi la mitad de los hombres y las mujeres participantes en la encuesta dijeron tener problemas sexuales, menos de 20% de ellos buscaron ayuda de sus médicos y sólo 9%, tanto hombres como mujeres, dijeron que su médico les había preguntado acerca de su salud sexual en los tres años anteriores.

Numerosos estudios han revelado que los médicos solemos sentirnos incómodos conversando con nuestros pacientes acerca de la sexualidad o anotando antecedentes sexuales, que la mayoría de los programas de estudios de la escuela de medicina no nos capacitan para hacerlo y que aun intervenciones de capacitación breves destinadas a aumentar y mejorar la comunicación entre el médico y el paciente acerca de la sexualidad pueden ser eficaces (Council on Scientific Affairs, 1996; McCance, Moser, y Smith, 1991; Ng y McCarthy, 2002; Rosen, Kountz, Post-Zwicker, T. et al., 2006; Solursh, Ernest, Lewis, et al., 2003; Tsimtsiou, Hatzimouratidis, Nakopoulou, et al., 2006). Entre las barreras a la comunicación entre el médico y el paciente se encuentran el malestar del profesional, el sesgo, los temores a ofender al paciente, falta de capacitación y limitaciones de tiempo (Maheux, Haley, Rivard y Gervais, 1999).

Estos resultados indican que los médicos necesitamos más y mejor capacitación para comunicarnos eficazmente con nuestros pacientes y educarlos acerca de la sexualidad.

Hay recomendaciones basadas en evidencia para el tratamiento de las disfunciones sexuales en mujeres (Basson, Althof, Davis, et al., 2004) y hombres (Lue, Giuliano, Montorsi, et al., 2004).

Con respecto a las disfunciones sexuales clínicas diagnosticadas, la evidencia acerca de que las intervenciones médicas para tratar las disfunciones sexuales entre los hombres pueden ser eficaces y pue-

den tener una repercusión positiva importante en la salud y el bienestar, aumentan constantemente. Por ejemplo, la investigación ha demostrado que el tratamiento médico para la disfunción eréctil puede mejorar la calidad de vida psicosocial a largo plazo para los hombres, en especial, al aumentar la autoestima, la satisfacción con las relaciones sexuales y la satisfacción con las relaciones (Althof, O'Leary y Cappelleri, et al., 2006a; Althof, O'Leary, y Cappelleri, et al., 2006b). En comparación con los hombres, en el caso de las mujeres, la comprensión de la fisiología y la psicología de la función sexual, así como la investigación sobre la disfunción sexual, incluido el tratamiento eficaz están menos desarrolladas (Verit, Yeni y Kafali, 2006). A pesar de que las terapias farmacológicas seguras y eficaces para la disfunción sexual femenina no se han establecido firmemente, las recomendaciones para el tratamiento incluyen terapia cognitivo conductual encaminada a cambiar las ideas de falta de adaptación y las expectativas poco razonables, corrección de información incorrecta acerca de la sexualidad y exploración de estrategias para mejorar la cercanía emocional y la comunicación de la pareja (Basson, 2006). Entre algunas de las directrices emanadas de las asociaciones médicas, hay apoyo a la terapia local de estrógeno para la dispareunia asociada con la atrofia vulvar y apoyo cauteloso al uso selectivo de la testosterona de dosis baja siempre que el paciente comprenda los riesgos posibles (véase Basson, 2006, que presenta un resumen). Hay necesidad clara de otras investigaciones sobre el tratamiento de la disfunción sexual femenina que incluyan estudios del resultado del tratamiento a largo plazo (Basson et al., 2004).

El tratamiento basado en evidencia para los trastornos sexuales no está tan bien establecido. Sin embargo, hay cierta orientación basada en la experiencia clínica extensa (Bradford, 2000; Coleman, Raymond y McBean, 2003). Las combinaciones de psico y farmacoterapia suelen ser útiles. Sin embargo, es evidente la necesidad de otras investigaciones para apoyar diversos tipos de tratamientos.

El tratamiento de los trastornos de identidad de género se ha descrito cuidadosamente en las Standards of Care of the World Professional Association for Transgender Health (Normas de Atención de la Asociación Profesional Mundial para la Salud Transgénero) (Meyer, Bockting, Cohen-Kettenis, Coleman, DiCeglie, Devor, Gooren, Hage, Kirk, Laub, Lawrence, Menard, Monstrey, Patton, Schaefer, Webb y Wheeler, 2001) y por expertos internacionales en este campo (Ettner, Monstrey, y Eyler, 2007). En cuanto a los trastornos sexuales, todavía queda mucha investigación y trabajo por hacer para desarrollar tratamientos basados en datos probatorios.

Acciones necesarias

Dada la importancia del funcionamiento sexual adecuado para la salud sexual general, la salud y el bienestar generales, así como para la salud de las



relaciones interpersonales, la evaluación y el tratamiento de las preocupaciones, los problemas y la disfunción sexuales deben ser específicamente señalados e incluirse en los programas y acuerdos nacionales e internacionales para promover salud sexual.

La función sexual y la identidad de género se reconocen cada vez más como componentes clave de la salud general; por otro lado, los problemas de disfunción sexual y disforia de género están asociados con otros trastornos médicos y con el bienestar individual y de las relaciones. Por consiguiente, la evaluación integral de la salud sexual que incluye la evaluación básica de la función sexual y de la identidad de género debe convertirse en un componente habitual de la atención de salud.

Muchas preocupaciones, trastornos y disfunciones sexuales tienen sus raíces en una falta de información acerca de la sexualidad. La información sobre el funcionamiento sexual debe incluirse como un componente de la educación integral de la sexualidad y estar al alcance de todas las personas. Las escuelas, a través de sus programas de educación en salud sexual, y el sector de la salud (médicos, enfermeras y otro personal sanitario) deben desempeñar funciones clave al educar a sus estudiantes y pacientes acerca del funcionamiento sexual.

La falta de información científicamente válida en cuanto a la función sexual dentro de la población está generalizada y la repercusión negativa de esta carencia se siente en todo el mundo

- Resumen de la Declaración y Documento Técnico: "Salud Sexual para el Milenio" de la World Association for Sexual Health. (2008). Minneapolis, MN, USA, World Association for Sexual Health.
