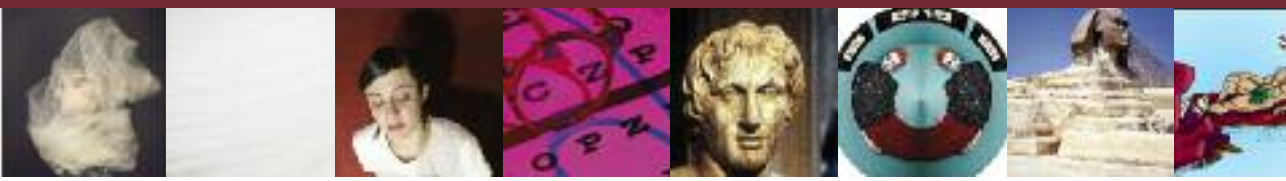
nº 13 (primer cuatrimestre de 2013) COLEGIO OFICIAL DE PSICÓLOGOS DE CASTILLA Y LEÓN

prolepsis

Revista de Psicología de contenido científico e información colegial

sumario



notas y noticias del copcyl 2 | EL AMANECER DEL SIGLO XXI ILUMINA A LOS CIENTÍFICOS Y PROFESIONALES QUE PRACTICAN LAS TEORÍAS COGNITIVO-CONDUCTUALES" Cincuenta años de apogeo de las Teorías Cognitivo-Conductuales 10 | ESTEREOTIPOS APLICADOS A LA MUJER MALTRATADA 20 | DESIGUALDAD Y ENFERMEDAD MENTAL 28 | LA INTELIGENCIA EMOCIONAL EN LA CREACIÓN LITERARIA 37 | RECURSOS MÉDICOS EN LAS DISFUNCIONES SEXUALES 41 | DEL HOMBRE Y LA VIDA UN ENSAYO ANTROPOLÓGICO 58

en.red.ando: **el concepto de creencia y la idea de creencia 62**
curiosidades: **la cámara del tesoro 81**
psicohumor: **93**

Coordinadores de la publicación: Miguel A. González Castañón -tfno.: 659 579 885-, Moisés García Melón y Vicente Martín Pérez. **Responsables de la edición:** Colegio Oficial de Psicólogos de Castilla y León. **Consejo de Redacción:** Miguel A. Castañón, Juan Donoso, Luis Melero, Raquel Carracedo, Manuel Andrés y Eduardo Montes. **Consejo editorial:** Eduardo Montes, Francisco Sevillano, Manuel Andrés, Mª Dolores Jiménez, Dionisio López, Vicente Martín, Mª Belén Martínez, Mª Ángeles Pérez, Jesús de Blas, Silvia Mateo, Jesús García y Félix Rodríguez, Carmen Fernández, Esther Prada, Mª Luisa González, Pilar Valbuena, Moises García.
Consejo asesor: Luis Álvarez - Universidad de Oviedo, Manuel Andrés - Fundación Huarte de San Juan, Jesús de Blas - Universidad IE Segovia, Manuel García - Universidad de León, Luis Melero - Universidad de Salamanca, Eduardo Montes - Consejo General de COP, Marino Pérez - Universidad de Oviedo, José Carlos Sánchez - Universidad de Salamanca, Teresa Sánchez - Universidad de Salamanca, Juan Donoso - Universidad de Valladolid, Guillermo Vallejo - Universidad de Oviedo, Carlos J. Álvarez - Universidad de La Laguna, Rafael Moreno - Universidad de Sevilla, Luis Valera - Universidad de Málaga, José M. García-Montes - Universidad de Almería, Alfredo Oliva - Universidad de Sevilla, Javier Urra - Doctor en Psicología, Ramón Bayes - Universidad autónoma Barcelona.
Diseño y maquetación: SERES DESIGN. **Imprime:** Narcea Servicios Gráficos. **Publicidad:** Seres 610 744 220, bego@seresdesign.es

Depósito Legal: LE - 1342 -2008. **ISSN:** 1889-2957

Recursos médicos en **las disfunciones sexuales**

Medical Resources for Sexual Dysfunctions

David Cueto (estudiante de psicología de la Universidad de Gante) y
Miguel Ángel Cueto (CEPTECO. Centro Psicológico de Terapia de Conducta) de León.
Correspondencia: Plaza Cortes Leonesas, 9-6º Dcha. 24003 León. C-el.: cepteco@cop.es

RESUMEN

Se hace una revisión actualizada de los recursos médicos en las diferentes disfunciones sexuales y su implicación en la terapia sexual y de pareja. Pensamos que la combinación médico-psicológica es la que mejores resultados obtiene en dicha terapia. Dichos recursos médicos son escasos, en la actualidad, en las disfunciones sexuales femeninas. No así en las disfunciones sexuales masculinas, especialmente en la disfunción eréctil y eyaculación precoz, donde son una excelente herramienta para optimizar los resultados terapéuticos.

Creemos que en la terapia sexual y de pareja las estrategias psicológicas son la base para una terapia eficaz, máxime si tenemos en cuenta la multicausalidad médico-psicológica de las disfunciones sexuales. Aunque haya una patología médica de base en una disfunción sexual siempre viene aparejada por variables psicógenas que la condicionan, generalmente agravándola. Dominar las técnicas psicológicas, sexológicas y los recursos médicos es vital para llevar a cabo exitosamente la terapia.

Además de poder ser importante controlar las variables orgánicas es vital, en la terapia sexual y de pareja, el uso de estrategias cognitivo-conductuales en la respuesta sexual, dentro de la relación de pareja, para que sea eficaz. Basarse sólo en el uso medicamentoso en esta terapia suele, generalmente, llevar al fracaso. Un pene va unido a un hombre que piensa, siente e interactúa con su pareja. Darle una medicación, aunque le ayude, va a generar modificaciones de su comportamiento y el de su pareja en función de su interacción. El mantener o no la mejoría en su respuesta, si no bloqueada por sus cogniciones auto-observacionales, podría generar cambios y condicionar el éxito o fracaso terapéutico.

Palabras clave: disfunciones sexuales, recursos médicos, multicausalidad, terapia sexual y de pareja, deseo sexual hipoactivo, disfunción eréctil, eyaculación precoz.

ABSTRACT

An updated review of the medical resources in the different sexual dysfunctions and their implications in sexual and marital therapy is done. We think medical-psychological combination is what gives best results in such therapy. These medicals resources are nowadays scarce in the female sexual dysfunctions. That doesn't happen in male sexual dysfunctions, especially in erectile dysfunction and premature ejaculation, in which those resources are an excellent tool to optimize the therapeutic results. We believe that in the sex and marital therapy psychological strategies are the basis for an effective therapy, especially if we take into account the multi-causality medical-psychological of sexual dysfunctions. Although there is a medical base pathology in a sexual dysfunction, psychogenic variables usually affect and worsen it. Mastering the psychological and sexual techniques and also the medical resources is vital to carry out the therapy successfully.

In sexual and couple therapy, as well as being capable of control the organic variables, it is extremely important to use cognitive-behavioural strategies in the sexual answer within the couple relationship. Making this therapy dependent only on the drug use usually leads to failure. A penis is attached to a man who thinks, feels and inter-

acts with his partner. Giving him some medication, even if it works, is going to make changes both in his and his partner's behaviour on the basis of their interaction. Keeping or not the improvement in his answer, if not blocked by his auto-observational cognitions, could create changes, and make the therapy be a success or a failure.

Key words: sexual dysfunctions, medical resources, multi-causality, sexual and marital therapy, hypoactive sexual desire, erectile dysfunction, premature ejaculation.

EL MÉDICO ANTE LAS DISFUNCIONES SEXUALES

Nuestra sociedad reconoce que la salud sexual es un derecho del ciudadano y que debe ser abordado cuando se presentan problemas. Desde la aparición, hace más de 10 años, de medicación, especialmente indicada para algunas disfunciones sexuales, han sido muchos los estudios que se han realizado para ayudar médicamente a las patologías sexuales. La formación de los médicos de atención primaria y especialistas en este tiempo ha sido una constante hasta la llegada de la crisis económica y coincidiendo con la caducidad de los derechos de patentes de algunos productos. Lamentablemente, los estudios médicos, se han dado, fundamentalmente, en la respuesta sexual masculina, postergando la mejora en la respuesta sexual femenina.

DIFICULTADES PARA ABORDAR LA CONDUCTA SEXUAL COMO TEMA DE SALUD

La sexualidad, por su grado de intimidad y privacidad, ha hecho que sea difícil abordarla por la profesión médica debido al miedo a despertar recelos cuando si lo que se le pregunta al paciente no guarda una relación estrecha con el motivo de consulta. Igualmente, por parte del paciente también genera ansiedad, vergüenza o culpa que complica su abordaje terapéutico. Las dificultades con las que suele encontrarse los médicos especialistas y de atención primaria ante la sexualidad de sus pacientes pueden ser inherentes al propio sistema público de salud, al profesional o al proceder del paciente. Muchas veces tales obstáculos tienen un efecto sumatorio que hace que la sexualidad del paciente quede al margen del interés y ayuda médica.

Dificultades por parte del Sistema Nacional de Salud: La salud sexual, como elemento integrado en el estado de bienestar global del individuo, no tiene una consideración prioritaria en los planes de salud. Los problemas derivados de la sexualidad, en el mejor de los casos, pueden ser detectados, pero no se dedican suficientes recursos públicos para su abordaje. Los centros de salud no suelen disponer de una infraestructura que garantice la confidencialidad necesaria, aunque en ocasiones son los profesionales, con sus actitudes negativas o sus omisiones, quienes no favorecen un clima adecuado.

Igualmente, la escasez de tiempo de duración de las consultas por una inadecuación o carencia de recursos dificulta un abordaje integral de la salud de las personas por parte del profesional sanitario.

Las condiciones de trabajo en el sistema público dificultan poder llevar a cabo actividades preventivas y de orientación

sobre temas sexológicos y reproductivos. Existe, igualmente, una escasa interacción entre los sistemas sanitario y educativo para implantar en las escuelas e institutos modelos que incorporen de forma sistemática y efectiva toda la información sexual que requieren nuestros jóvenes.

Dificultades del por parte del médico: Los planes de formación de grado, postgrado y de formación continuada, han mostrado escaso interés por la sexualidad. Existe una buena formación anatómico-fisiológica pero los conocimientos sobre sexología clínica del médico de atención primaria son escasos. El área de competencias de la especialidad de atención primaria se centra excesivamente en la patología médica, en especial en las enfermedades mayores (hipertensión arterial, diabetes, dislipemias…) en perjuicio de otros aspectos también fundamentales de la salud integral del sujeto como la salud sexual, mental y laboral.

Se mantiene todavía la creencia social de que el profesional médico no dispone de recursos que puedan resultar beneficiosos para las personas con disfunción sexual y el temor a ser malinterpretado, generalmente cuando el género del profesional y el de la persona explorada son distintos. Se tiene, igualmente, temor a la judicialización del acto médico. Existe el sesgo de no prestar la debida atención a grupos más vulnerables (adolescentes o discapacitados), que requieren información dirigida a la prevención de situaciones de riesgo y a la promoción de una sexualidad responsable. También existen trabas por diferencias culturales con la población extranjera o con minorías étnicas.

Observamos, igualmente, dificultades del profesional médico para abordar la sexualidad debido a que sigue constituyendo un tema tabú en la cultura médica o un temor a ser juzgado negativamente por los pacientes o por los propios colegas. Existen dificultades de comunicación y emocionales para abordar aspectos íntimos y privados de las personas con un reduccionismo sexista, con tendencia a identificar sexualidad sólo con la procreación omitiendo su versión de placer y comunicación.

Dificultades por parte del paciente: Existe gran ignorancia social de que muchos síntomas físicos, por los que se consulta, pueden deberse a trastornos o disfunciones de la esfera sexual o son síntomas centinela de los mismos. Se tienen carencias importantes en cuanto a información y educación sexual con tendencia a una excesiva genitalización de la sexualidad. A veces, se niega la sexualidad por parte del paciente por creencias religiosas o convicciones morales que identifican la sexualidad exclusivamente con la función reproductora.

En ocasiones, existen dificultades en la comunicación, bien sea por desconocimiento del idioma, por las barreras culturales o por la escasa receptividad. Igualmente, existe también temor o pudor para plantear al médico aspectos sobre la intimidad sexual por miedo a ser juzgado por el profesional, a que otra persona conozca sus tendencias, sus problemas o sus dificultades sexuales o por vulneración de la confidencialidad por parte de los profesionales que le asisten. Suele existir el obstáculo de la presencia

de una tercera persona, como puede ser la presencia de la enfermera, que haría más difícil al paciente la expresión de sus problemas sexuales.

EVALUACIÓN DEL COMPONENTE BIOLÓGICO DE LA RESPUESTA SEXUAL

En la evaluación médica en los problemas sexuales se requiere considerar y registrar los antecedentes personales y familiares, hábitos tóxicos (alcohol, tabaco y otras drogas) y posibles factores de riesgo (cardiovascular, enfermedades endocrinas, metabólicas, neurológicas, del tarco genito-urinario). Se debe investigar sobre los antecedentes que tiene el paciente, ya que la función sexual puede verse afectada por cualquier enfermedad sistémica. Habría que indagar el uso medicamentoso ya que sabemos que múltiples estudios relacionan medicación antihipertensiva, tranquilizantes y antidepresivos, con una acción habitualmente inhibidora de la respuesta sexual. Suelen ser muchos los factores orgánicos que influyen en la respuesta sexual, tanto masculina como femenina, por lo que sería aconsejable buscar problemas sexuales en las siguientes alternativas en función de las demandas que realizan y del sexo del paciente:

En la mujer	En el hombre
Antecedentes de embarazo no deseado Desarreglos menstruales Solicitud de consejo sobre métodos anticonceptivos Situaciones de temor de ovulaciones sin control médico Solicitud de anticoncepción de emergencia Durante el embarazo y en el puerperio Síntomas climatéricos Otras alteraciones ginecológicas	Presencia de alteraciones urinarias, prostáticas o genitales Síndrome de deficiencia androgénica o andropausia Situaciones en las que acude con su pareja para solicitar contraconcepción postoital o consejo sobre métodos anticonceptivos

Independientemente del sexo:
Presencia de riesgo coronario, patología cardiovascular o respiratoria crónicas.
Síntomas psicológicos: Depresión, insomnio, trastornos de ansiedad, somatomorfos, anorexia o bulimia nerviosas, trastornos de personalidad...
Tratamiento con fármacos que alteran la respuesta sexual.
Infecciones urinarias o genitales.
Lesiones traumáticas proctológicas.
Incontinencia de orina.
Antecedentes de traumatismos pélvicos o perineales, cirugía pélvica o convalecencia tras cirugía.
Lesiones dermatológicas sugestivas de ITS.
Pacientes o parejas que acuden solicitando serología de VIH, lúes o VHB/VHC.
Drogodependencia (especialmente por vía parenteral).
Viajes (turismo sexual).
Ante la sospecha de padecer o ejercer malos tratos o abusos sexuales.
Hipersensibilidad al látex.

Exploración física y analítica
Cuando se sospeche un problema sexual, suele ser razonable realizar una exploración física centrada fundamentalmente en el área abdomino-genital. Una buena anamnesis y examen físico pueden conducir al diagnóstico etiológico de la disfunción sexual y disminuir el coste así como evitar estudios innecesarios. Las situaciones clínicas en las que debido a su incidencia se debería estar más sensibilizado son los cuatro jinetes del Apocalipsis sexual: diabetes mellitus, hipertensión arterial, cardiopatía Isquémica y dislipemia, principalmente.
Igualmente, se deberían realizar una serie de pruebas analíticas en las personas en las que se sospeche un posible problema sexual ajustadas a la patología que se sospeche. No obstante, las pruebas que habitualmente se requieren para la evaluación de estas patologías serían Hemograma, glucemia basal, perfil lipídico (Colesterol total, HDL, LDL) testosterona libre o total, principalmente.
Aunque haya una disfunción sexual que se asocie con predominio orgánico en todos los casos el factor psicógeno suele estar presente y suele tener una influencia determinante en la vivencia y evolución del paciente que padece dicha disfunción y también en su pareja.

Criterios para la derivación a un especialista
Son varios los criterios que se suelen usar para la derivación sexual del médico al especialista sexólogo, entre ellas estarían las siguientes:
• Deterioro importante en la relación de pareja.
• Trastorno psicológico, psiquiátrico o sexual complicado.
- Si el paciente o su pareja solicitan una valoración especializada.
• Mala evolución tras el tratamiento inicial.
• Paciente joven con antecedentes de traumatismo pélvico o perineal.
• Sospecha de patología de base o concomitante que requiera valoración y tratamiento especializado.

RECURSOS MÉDICOS EN DISFUNCIONES SEXUALES

Introducción
A lo largo del ciclo vital, es común presentar algún tipo de disfunción sexual que va a incidir de forma negativa en la calidad de vida. Además los problemas

sexuales no sólo repercuten en el paciente, sino que también se va a encontrar afectada la pareja y, por ende, el entorno familiar y social.

Por otro lado, las disfunciones sexuales aparecen como síntomas centinelas de patologías ocultas. Así, a modo de ejemplo, uno de cada tres pacientes de los que acuden a consulta por disfunción eréctil presentan una patología oculta, siendo las más frecuentes: Dislipemias (27,3%), diabetes mellitus (22%), hipertensión arterial (20,4%), trastorno de ansiedad (18,5%), episodio depresivo (14,6%) y problemas urológicos (4%), teniendo en cuenta que algunos pacientes presentaban más de una de ellas simultáneamente.

Igualmente se ha demostrado que el tratamiento de las disfunciones sexuales facilita el seguimiento terapéutico y la adherencia al tratamiento farmacológico de otras patologías comunes. En consecuencia, el tratamiento de las disfunciones sexuales va a contribuir al mejor control y cumplimiento terapéutico de otras enfermedades y va a permitir valorar las patologías asociadas.

Sin embargo, en España sólo un 6% de los médicos de atención primaria investigan la sexualidad de sus pacientes. En el mismo sentido, sólo el 10% de los hombres y 20% de las mujeres afectadas buscan ayuda profesional cuando padecen una disfunción sexual.

Intervención médica en disfunciones sexuales

En este sentido se propone a continuación un resumen de los recursos médicos en las disfunciones sexuales.

Disfunciones sexuales femeninas

Entre las disfunciones sexuales femeninas se encuentran el deseo sexual hipoactivo, la aversión al sexo, el trastorno de excitación, el trastorno del orgasmo y trastornos asociados al dolor (dispareunia y vaginismo).

Deseo sexual hipoactivo (DSH)

En la última revisión del DSM-IV-TR se habla de deseo sexual hipoactivo cuando existe disminución (o ausencia) de fantasías y deseos de actividad sexual de forma persistente o recurrente, y el trastorno provoca malestar acusado o dificultades de relación interpersonal.

Para un buen diagnóstico de esta disfunción habría que evaluar la relación de pareja, especialmente el nivel de pasión y comunicación, junto a la frecuencia de pensamientos sexuales o fantasías eróticas. Averiguar si ha habido cambios en la imagen corporal y estímulos que han perdido su connotación erótica que puedan tener que ver con el proceso. Habría que descartar disfunciones sexuales previas, episodios depresivos, trastornos hormonales (hiperprolactinemia, déficit de testosterona biodisponible...), ingesta de medicamentos, enfermedades crónicas (diabetes, insuficiencia renal…).

No existe hasta ahora ningún fármaco para esta disfunción, no obstante, se ha utilizado la yohimbina, sildenafilo, estrógenos, apomorfina, amineptino, viloxacina, tibolona y bremelanotide, principlamente. El tratamiento más documentado es el empleo de bupropion de forma inespecífica, independientemente de la etiología de la disfunción. No obstante

los resultados distan de ser espectaculares pues sólo va bien en el 29% de los casos. Los parches y geles de testosterona también mejoran el deseo, especialmente en mujeres menopáusicas, de ahí que algunas investigaciones apuntan al uso de andrógenos en mujeres con menopausia quirúrgica.

Habría que derivar a sexología todos los casos en que no sea suficiente el asesoramiento y sea necesario entrar en una terapia sexual reglada. A endocrinología aquellas pacientes con alteraciones hormonales y a psicología y psiquiatría en aquellos casos donde un deseo sexual hipoactivo se encuentra en la base un importante episodio depresivo y problemas de relación con la pareja o de la imagen corporal.

Trastorno por aversión al sexo

El Trastorno por aversión al sexo (DSM-IV-TR), se diagnostica cuando se cumplen los siguientes criterios: Aversión extrema persistente o recidivante hacia, con evitación de todos –o prácticamente todos– los contactos sexuales genitales con una pareja sexual y la alteración provoca malestar acusado o dificultades en las relaciones interpersonales. En la aversión sexual puede existir deseo, pero el rechazo hacia la conducta sexual conduce a un estado de evitación y angustia, rehuyendo de todo posible contacto erótico.

Habría que evaluar la orientación sexual. Averiguar si la aversión es específica hacia aspectos concretos del erotismo (olor del semen, visualización de genitales, miedo al desnudo...) y posibles traumas de carácter sexual. Habría que descartar otras fobias y alteraciones psiquiátricas o psicológicas.

Aunque no existe una medicación específica para esta disfunción, cuando la ansiedad es muy elevada se pueden utilizar durante un breve espacio de tiempo, ansiolíticos o antidepresivos tricíclicos a dosis bajas. En estos casos no van bien los ISRS (inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina). No obstante, son pobres los resultados obtenidos con estos fármacos.

Se debe derivar a sexología aquellos casos donde es insuficiente el asesoramiento y se hace necesario entrar en una terapia sexual reglada. A psicología y psiquiatría en algunos casos, sobre todo en pacientes con múltiples estímulos fóbicos.

Trastorno de la excitación sexual

Según el DSM-IV-TR sería la incapacidad, persistente o recurrente, para obtener o mantener la respuesta de lubricación propia de la fase de excitación, hasta la terminación de la actividad sexual y el trastorno provoca malestar acusado o dificultades en las relaciones interpersonales.

Otro cuadro, poco frecuente, que nada tiene que ver con lo descrito anteriormente es el trastorno de la excitación sexual persistente que consiste en la espontánea, molesta y no querida excitación genital en ausencia de interés sexual y deseo. Dicha excitación no es aliviada por uno o más orgasmos, persistiendo horas e incluso días.

Habría que evaluar si el trastorno de excitabilidad va asociado a una lubricación adecuada con la masturbación. Situaciones que mejoran la respuesta y la relación de pareja. De suma importancia

resulta verificar si el trastorno de excitación va acompañado de deseo sexual hipoactivo. Si tras una evolución de varios meses, el déficit en la lubricación no va acompañado de falta de deseo hay que sospechar alguna anomalía de carácter orgánico.

Habría que descartar alteraciones hormonales (déficit estrogénico), menopausia, diabetes, vaginitis atrófica, alteraciones vasculares, fármacos.

No existe ningún fármaco específicamente indicado en esta disfunción. No obstante, se ha usado el citrato de sildenafilo, la fentolamina, efedrina, testosterona y la yohimbina. Según algunos autores, resulta útil el uso de geles clitorideos, en cuya composición se encuentra L-arginina y mentol, y el empleo del Eros Device® (vibrador del tamaño y aspecto de un ratón de ordenador que en uno de sus extremos presenta un capuchón que permite succionar el clítoris).

Se deben derivar a sexología aquellos casos en que no sea suficiente el asesoramiento y sea necesario entrar en una terapia sexual y de pareja reglada. A endocrinología a aquellas pacientes con alteraciones hormonales. A psicología o psiquiatría en algunos casos cuando existen alteraciones emocionales concomitantes que deben ser tratadas.

Trastorno del orgasmo

La anorgasmia, según define el DSM-IV-TR, es la inhibición recurrente y persistente del orgasmo, manifestada por su ausencia tras una fase de excitación normal y producida a través de una estimulación que pueda considerarse adecuada en intensidad, duración y tipo. Hasta ahora no se ha establecido un período concreto durante el cual, si la anorgasmia se mantiene, otorgarle una entidad clínica, ya que a lo largo de la vida de la mujer son muchas las ocasiones en que la respuesta sexual no va a culminar con la sensación orgásmica, sin que se pueda considerar por ello patológico. Solemos comentar que las mujeres que no lo han conseguido son pre-orgásmicas.

Sería necesario descartar enfermedades como la diabetes, trastornos neurológicos, especialmente esclerosis múltiple y Parkinson y trastornos hormonales. Valorar la posibilidad de que presenten enfermedades crónicas intercurrentes, problemas psicológicos y uso de fármacos (psicofármacos y antihipertensivos) y drogas. A diferencia de lo que se piensa, el cannabis sativa produce anorgasmia.

En la actualidad no existe ningún fármaco cuya indicación exclusiva sea para la disfunción orgásmica. Se ha usado el bupropion pero trabajos recientes demuestran que incluso dosis elevadas no presentan diferencias significativas frente al placebo. Tan sólo existen algunos tratamientos etiológicos en caso de disfunción hormonal. La mayoría de las técnicas son sexológicas.

Habría que derivar al sexólogo cuando el asesoramiento no ha sido suficiente ya que la anorgasmia tiene un excelente pronóstico en terapia sexual y de pareja. Derivar a psicología o psiquiatría en el caso de alteraciones emocionales inter-

currentes y a endocrinología cuando coexistan alteraciones hormonales.

Trastornos sexuales por dolor: Dispareunia y vaginismo

Según el DSM-IV-TR cumplen criterios de dispareunia quienes presentan un dolor genital recurrente o persistente asociado con el coito, el trastorno causa considerable molestia e interfiere en la relaciones interpersonales, no es exclusivamente debida a vaginismo o falta de lubricación, no es mejor explicado por otra alteración psíquica, y no es debida exclusivamente a los efectos de alguna sustancia o a una enfermedad médica general.

El vaginismo también puede causar dolor y es definido por el DSM-IV-TR como el espasmo involuntario, recurrente o persistente, de la musculatura del tercio externo de la vagina, que interfiere en las relaciones sexuales de la mujer, provocando un marcado estrés y dificultades interpersonales, y donde no se objetiva otra causa o no es exclusivamente un efecto de otras patologías médicas.

Para el estudio de estas disfunciones tendría que realizar el médico, en primer lugar, un examen físico. Este adquiere un especial protagonismo y relevancia, pudiendo incluso llegar a tener un efecto terapéutico. Habría que descartar patología y alteraciones del himen, estenosis e inflamaciones de la vagina, prolapsos, endometriosis y endometritis, tumores o secuelas secundarias a su tratamiento y complicaciones de intervenciones quirúrgicas anteriores.

No existen fármacos específicos y con ansiolíticos no se han obtenido buenos resultados. Podría intentarse la técnica psicológica de desensibilización in vivo con dilatadores vaginales en consulta. Otra posibilidad terapéutica, con la que existe poca experiencia, radica en el uso de toxina botulínica. Por último, también se puede proceder al tratamiento quirúrgico mediante una himenectomía o esfinterectomía que en gran cantidad de casos tampoco da resultados positivos.

Se sugiere derivar, inicialmente, a ginecología prácticamente todos los casos de dispareunia. Derivar a sexología si el asesoramiento no ha sido suficiente para solucionar el problema ya que el vaginismo es la disfunción sexual que mejor pronóstico presenta en terapia sexual y de pareja. Derivar a psicología o psiquiatría en acaso de alteraciones emocionales intercurrentes.

Cuadro resumen de la valoración, recursos médicos y derivación de las DS femeninas

	Descartar	Recursos médicos	Derivar
Deseo sexual hipoactivo	Problemas de pareja Cambios de la imagen corporal Disfunciones sexuales previas Episodios depresivos Trastornos hormonales (hiperprolactinemia, SHBG, albumina y testosterona total y biodisponible...), vasculares (DM, insufiencia renal) Uso de fármacos	No existen Probado con parches y geles de testosterona, yohimbina, sildenafilo, estrógenos, apomorfina, amineptino, viloxacina, tibolona, bremelanotide, bupropion	Sexología Psicología Psiquiatría Endocrinología
Trastorno por aversión al sexo	Orientación sexual Traumas sexuales Fobias y alteraciones psicológicas o psiquiátricas	No existen Probado con ansiolíticos o antidepresivos triciclicos a dosis bajas y poco tiempo (no ISRS)	Sexología Psicología Psiquiatría
Trastorno de la excitación	Problemas de pareja Trastornos vasculares (DM), hormonales y vaginitis atrófica Uso de fármacos	No existen Probado con citrato de sildenafilo, fentolamina, efedrina, testosterona y yohimbina Uso de geles clitorideos Uso succionadores del clítoris	Sexología Endocrinología Psicología Psiquiatría
Trastorno del orgasmo	Trastornos vasculares (DM), neurológicos (esclerosis múltiple, parkinson) y hormonales Uso fármacos y drogas	No existen Probado con bupropion	
Asociados al dolor: Dispareunia y vaginismo	Problemas de pareja Alteraciones del himen Estenosis e inflamaciones vaginales Prolapsos, endometriosis y endometritis Tumores o secuelas del tratamiento Complicaciones de intervenciones quirúrgicas	No existen Probado con ansiolíticos, himenectomía y toxina botulínica Uso de dilatadores vaginales	Ginecología Sexología Psicología Psiquiatría

Disfunciones sexuales masculinas

Las disfunciones sexuales más importantes que afectan a los hombres, son la disfunción eréctil, el trastorno de la eyaculación y el deseo sexual hipoactivo. Este último fue comentado anteriormente con las disfunciones sexuales de la mujer por ser más frecuente en esta.

Disfunción Eréctil (DE)

La disfunción eréctil hace referencia a la incapacidad, persistente o recurrente, para obtener o mantener una erección apropiada hasta el final de la actividad sexual (DSM-IV-TR). Habría que evaluar la presencia de erecciones matutinas y/o nocturnas, la respuesta ante la masturbación, si existe erección en juegos eróticos pero desaparece con la penetración, si en ocasiones hay erección pero otras veces no. Preguntar sobre la relación de pareja. Es aconsejable la utilización de autoinformes, especialmente el Índice Internacional de Función Eréctil (IIEF) y el Índice de Salud Sexual del Varón (SHIM).

Habría que descartar enfermedades como la diabetes, reacción a algún medicamento, HTA y otras alteraciones cardiovasculares, dislipemias, alcohol, tabaquismo, insuficiencia renal, alteraciones neurológicas, hipogonadismo, problemas psicológicos… No se debe olvidar que la DE suele presentarse como un síntoma centinela de otra enfermedad. Existen tres niveles de los recursos médicos en la disfunción eréctil:

1. Primer nivel: Consiste en el empleo de inhibidores de la fosfodiesterasa 5 (IPDE-5). Actualmente existen tres fármacos de este tipo que, por orden de comercialización, son: Viagra® (Sildenafilo, 1998), Cialis© (Tadalafilo, 2003) y Levitra® (Vardenafilo, 2003). Todos ellos han demostrado claramente su eficacia y seguridad en el tratamiento de la disfunción eréctil. Facilita la erección con una estimulación sexual y unos niveles de deseo adecuados, lo que simula una respuesta fisiológica, no persistiendo la erección cuando cede el estímulo. No obstante, existen una serie de contraindicaciones en pacientes que presenten alguna de las siguientes situaciones:

- Pacientes en tratamiento con nitratos o donadores de óxido nítrico (contraindicación absoluta).
- Historia reciente de accidente isquémico cerebral o infarto de miocardio.
- Insuficiencia hepática grave.
- Hipotensión arterial (<90/50 mmHg).
- Pacientes con disminución primaria del deseo.
- Pacientes con trastornos hereditarios degenerativos de la retina.

Dentro del primer nivel de tratamiento, otra herramienta ampliamente conocida pero poco utilizada son los dispositivos de succión, que han venido siendo una alternativa a las prótesis químicas y mecánicas. El éxito oscila de un 70 a un 87% entre los usuarios, sin embargo, en nuestro medio los pacientes son poco proclives a la utilización de este método.

2. Segundo nivel: Consiste en la utilización de drogas intracavernosas. En la actualidad se usa fundamentalmente la prostaglandina E1 (PGE1), sola o asociada a fentolamina y papaverina. En principio los resultados son beneficiosos, pero hay un 40% de abandonos a los tres meses del inicio del tratamiento y alrede-

dor del 80% a los tres años. Las inyecciones intracavernosas están especialmente indicadas en pacientes con lesión medular que no responden al tratamiento con IPDE-5 (generalmente cuando hay sección en la cola de caballo).

Para paliar el efecto traumático de la inyección intracavernosa, se está usando la PGE1 vía intrauretral sin necesidad de inyectarse. Esta modalidad de tratamiento facilita la respuesta eréctil al 40% de los pacientes pero no se comercializa en España.

3. Tercer nivel: Se corresponde con la cirugía, encaminada a restaurar la vascularización o a implantar una prótesis, última alternativa de tratamiento.

En nuestro medio la eficacia de la terapia sexual y de pareja es muy elevada permitiendo que el 66,7% de los pacientes superen el problema. Se ha demostrado que la asociación de psicoterapia con algún fármaco o aparato de vacío, mejora la eficacia global del tratamiento, por eso cada día, más autores propugnamos el empleo de terapias combinadas. De hecho, un estudio reciente ha puesto de manifiesto que la terapia combinada entre sildenafilo y terapia sexual y de pareja ha resultado ser más eficaz que el tratamiento farmacológico y la terapia sexual y de pareja como estrategias aisladas, pues el 90% de los pacientes consiguen erecciones adecuadas un mes después de haber terminado la intervención terapéutica. Además el nivel de abandonos de los distintos tipos de intervención es mucho menor con la terapia combinada. Habría que derivar a otros especialistas de urología cuando la terapia farmacológica no da resultado y el paciente padece una disfunción eréctil orgánica y está dispuesto a utilizar inyecciones intracavernosas y/o hacerse un estudio etiológico más profundo o incluso ponerse una prótesis. Hacia cardiología en pacientes con disnea de esfuerzo, sedentarismo con más de tres factores de riesgo cardiovascular y pacientes con riesgo de infarto. Hacia sexología a todos aquellos pacientes con disfunción eréctil de carácter psicógeno que no ceden al tratamiento oral (no se debe olvidar que la más eficaz de las estrategias terapéuticas es la combinación de IPDE-5 más terapia sexual y de pareja), con pacientes donde todas las líneas de tratamiento médico han fracasado (uno de los objetivos primordiales de la Sexología es la optimización de la sexualidad dentro de las posibilidades físicas de cada individuo) y con pacientes cuyas parejas no colaboran en el proceso terapéutico.

Eyaculación precoz (EP)

En el DSM-IV-TR, se define como la eyaculación persistente o recurrente en respuesta a una estimulación sexual mínima antes, durante o poco tiempo después de la penetración, y antes de que la persona lo desee. En esta definición se advierte que deben tenerse en cuenta factores que influyen en la duración de la fase de excitación, como son la edad, la novedad de la pareja o la situación y la frecuencia de la actividad sexual. No obstante, existen diversos criterios que habría que valorar en función de la duración del coito o el tiempo de latencia eyaculatoria intravaginal (TLEI), del número de empujes intravaginales o a la falta de control por parte del hombre para posponer su orgasmo.

Habría que valorar, igualmente, el déficit de habilidades sexuales o la ansiedad ante la relación y la propia relación con la pareja. Aunque es muy infrecuente, se debe estudiar la existencia de factores orgánicos como fármacos (trifluoperacina, pseudoefedrina), drogas, irritantes prostáticos o alteraciones neurológicas. Últimamente se recomienda hacer una analítica de orina y una exploración prostática para descartar una prostatitis.

En principio la utilización de fármacos es el método más rápido para retardar la eyaculación. Sin embargo, hasta ahora la mayoría de los estudios realizados con fármacos no han usado criterios basados en la evidencia, casi no se han empleado dobles ciegos y no se ha medido la TLEI. Entre los fármacos más utilizados se encuentran:

1. Dapoxetina: Es el único fármaco desarrollado con indicación específica para el tratamiento de la eyaculación precoz, un inhibidor del transporte de serotonina con características farmacocinéticas adecuadas para ser tomado a demanda. Los ensayos clínicos han puesto de manifiesto que 30 mg. permiten un alargamiento del TLEI de 0,92 a 2,78 minutos y 60 mg. producen un alargamiento de 0,91 a 3,33 minutos. Los efectos secundarios tales como nauseas, cefaleas, diarreas y mareos son poco frecuentes.

2. Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), que tienen otras indicaciones terapéuticas y de forma secundaria incrementan la latencia eyaculatoria, algunos incluso impiden la eyaculación. Se ha utilizado la fluoxetina, paroxetina y la sertralina con la cual se consigue pasar de 0,3 minutos a 3,2 minutos después de cuatro semanas ingiriendo 50 mg.

3. El antidepresivos tricíclicos más empleado es la clorimipramina. Se puede conseguir una media de tiempo de penetración de aproximadamente 6 minutos con 25 mg. Con dicha dosis diaria durante dos meses se consigue retardar la eyaculación de 81 a 202 segundos. Una dosis de 50 mg. diarios conseguía que los mismos sujetos alcanzaran 419 segundos.

Otros fármacos utilizados recientemente a demanda para el tratamiento de la eyaculación precoz han sido los IPDE-5. También a demanda se emplean anestésicos locales de uso tópico (7,5 mg. de lidocaína y 2,5 mg. de prilocaina) que incrementa el TLEI de 84 segundos a 11 minutos. No obstante, a pesar del éxito obtenido, se deben intentar alternativas terapéuticas que no disminuyan el placer o puedan causar molestias a la pareja, mecanismo en el cual se basan los anestésicos locales.

En todo caso, la utilización de fármacos como única medida para el tratamiento de la eyaculación precoz conlleva un gran número de recaídas, por ejemplo, a las tres semanas de abandonar la paroxetina ha vuelto a eyacular rápido el 90% de los sujetos. Por este motivo parece más útil el empleo de fármacos combinados con terapia sexual. Así, algunos autores señalan que la utilización conjunta de fármacos con terapia sexual en pareja, conlleva entre un 84,1 al 90% de éxitos terapéuticos. Se debe derivar a otros especialistas de sexología en aquellos casos en lo que se

precise una terapia sexual reglada dado que el tratamiento ideal de la eyaculación precoz es la asociación de fármacos con terapia sexual y de pareja. Derivar a urología o a andrología a aquellos pacientes que eyaculan de forma espontánea, sin relación con el erotismo, para estudiar en profundidad posibles alteraciones orgánicas.

Trastornos orgásmicos

Si en el caso de la eyaculación precoz algunos autores han establecido márgenes temporales a la hora de definirla, no existe ese paralelismo en la eyaculación retardada. Tampoco se han postulado criterios en función del número de empujes durante el coito. Por tanto, no se pueden marcar unos niveles objetivos de tiempo a partir de los cuales hablar de demora eyaculatoria.

Bastante más fácil es definir la aneyaculación, pues como su nombre indica, sería la imposibilidad de eyacular tras una estimulación erótica adecuada. En todo caso, no deja de ser una definición imprecisa dado que no se especifica lo que se entiende por estimulación erótica adecuada. Hay tener en cuenta la presencia o no de sensación orgásmica, pues aunque infrecuente, aparecen casos donde no hay fluido eyaculatorio y la impresión orgásmica persiste. Y por otro lado, hay ocasiones donde la emisión seminal no se corresponde con la percepción subjetiva del orgasmo.

Habría que diferenciar entre eyaculación retardada (el paciente eyacula con la masturbación o tras un largo período de penetración) y aneyaculación (el paciente no puede eyacular bajo ninguna circunstancia). Habría que comprobar la existencia de poluciones nocturnas. El 25% de los casos suele ser primaria y completa, mientras el 75% es situacional. Evaluar el tiempo eyaculatorio con masturbación individual y por estimulación de la pareja (si es que lo consigue), circunstancias que facilitan la eyaculación, sensibilidad genital (escobilla, aguja y diapasón), reflejos anal y bulbocavernoso y biotesiometría.

Habría que descartar el uso de fármacos que retrasan la eyaculación, alteraciones neurológicas, hormonales (hiperprolactinemia), diabetes. Si existen problemas psicológicos (ansiedad de ejecución) y analizar el sedimento urinario tras un tiempo de masturbación (diagnóstico de posible eyaculación retrógrada).

En ninguna otra disfunción se han obtenido tan malos resultados con el empleo de fármacos. No obstante, se han utilizado, sin mucho éxito yohimbina, ciproheptadina, efedrina y fenilpropanolamina.

Se debe derivar a otros especialistas de urología o andrología en aquellos casos de aneyaculación sin poluciones nocturnas o pacientes con eyaculación retrógrada. En estas situaciones es recomendable realizar un estudio ecográfico (preferentemente ultrasonografía endorectal) y radiológico de vías seminales (vesículo-deferentografías). A veces, es conveniente practicar una videocistografía, electromiografía del bulbocavernoso, medición del reflejo bulbocavernoso, potenciales evocados somato-sensoriales y simpático-genita-

les. Habría que derivar a sexología a aquellos pacientes con eyaculación retardada y aneyaculación de carácter psicógeno tienen un buen pronóstico en terapia sexual. Aquellos pacientes con imposibilidad orgánica de eyacular deben ser enviados al sexólogo para una mejor adaptación de su sexualidad en pareja. A neurología a aquellos pacientes que presenten alterados los patrones de conducción en la pruebas electrofisiológicas.

Cuadro resumen de la valoración, recursos médicos y derivación de las DS masculinas

	Descartar	Recursos médicos	Derivar
Deseo sexual hipoactivo	Problemas de pareja Disfunciones sexuales previas Episodios depresivos Trastornos hormonales (hiperprolactinemia, SHBG, albumina y testosterona total y biodisponible...), vasculares (DM, insufiencia renal) Uso de fármacos	No existen Probado con parches y geles de testosterona, yohimbina, sildenafilo, estrógenos, apomorfina, amineptino, viloxacina, tibolona, bremelanotide, bupropion	Sexología Psiquiatría Psicología Endocrinología
Disfunción eréctil	Problemas de pareja Trastornos vasculares (DM, HTA, dislipemia), neurológicos y hormonales Uso de drogas, alcohol y tabaco Problemas emocionales Uso de fármacos	Nivel 1: IPDE-5, dispositivos de succión Nivel 2: Drogas intracavernosas o intrauretrales Nivel 3: Cirugía arterial o venosa e implantación de prótesis	Urología Cardiología Sexología
Eyaculación precoz	Problemas de pareja Alteraciones neurológicas Uso de drogas Irritantes prostáticos y prostatitis Uso de fármacos (trifluoperacina, pseudoefedrina)	Dapoxetina Probado con ISRS (fluoxetina, paroxetina y la sertralina), antidepresivos tricíclicos (clorimipramina) y analgésicos locales	Urología Andrología Sexología Neurología
Trastornos orgásmicos: Aneyaculacion o eyaculación retardada	Problemas de pareja Alteraciones neurológicas, hormonales (hiperprolactinemia) y vasculares (DM) Problemas psicológicos Eyaculación retrógrada Uso de fármacos	No existen Probado con yohimbina, ciproheptadina, efedrina y fenilpropanolamina	

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aznar, J. y Caballero, A. (2004). Diseño y validación del Cuestionario de Función Sexual de la Mujer (FSM). Aten Primaria, 34(6): 286-92.

Barlow, DH. (1986). Causes of sexual dysfunction: The role of anxiety and cognitive interference. J Consult Clin Psicol., 54:140-8.

Basson, R., Leiblum, S., Brotto, L., Derogatis, L., Fourcroy, J., Fugl-Meyer, K., et al. (2003). Definitions of women sexual dysfunction reconsidered: advocating expansion and revision. J Psychosom Obstet Gynecol 24: 221-229.

Basson, R. (2002). A model of women's sexual arousal. J Sex Marital Ther 28:1-10.

Beck, JG. y Barlow, DH. (1986). The effects of anxiety and attentional focus on sexual responding: Physiological patterns in erectile dysfunction. Behav Res Ther 24(1):9-17.

Benítez, JM. et alt. (2006). Grupo de Sexología de Semergen. Sexología. Documentos Semergen. Madrid: Edicomplet 19-28.

Bobes, J et alt. (2002). Evaluación del comportamiento sexual en los pacientes psiquiátricos Actas Esp Psiquiatr 30: 32-37.

Borrás, JJ. y Sánchez, F. (2005). Una aportación desde la sexología a un gravísimo problema sanitario. Sexología Integral, 2(4): 180-181.

Brenes, FJ. (2006). Evaluación de los problemas sexuales. Salud Sexual. Documentos Clínicos Semergen. Madrid: Edicomplet, 29-35.

Cabello, F. y Matheu, M. (2002). Manual médico de la terapia sexual. Madrid: Psimática.

Carrobles, J.A. y Almendros, C. (2011). Disfunciones Sexuales. En Caballo, VE, Salazar, IC y Carrobles, JA (Dirs). Manual de Psicopatología y trastornos psicológicos, 611-639. Madrid: Pirámide.

Colpi, GM., Fanciullaci, F., Beretta, G., Negri, L., y Zanollo, A. (1986). Evoked sacral potentials in subjects with true premature ejaculation. Androl;18:583- 6.

Cooper, A., Magnus, R., (1984). A clinical trial of the beta bloker propanolol in premature ejaculation. J Psychosom. Res. 28:331-6.

Cueto, MA. (2006). Sexo en la pareja. Madrid: Editorial Biblioteca Nueva.

— (2006). Terapia combinada de los problemas sexuales. Rev. Sexología Integral, 3(3): 3-5.

Diaz, J. (2004). La sexología clínica: presente y futuro ¿De dónde venimos, dónde estamos y hacia dónde vamos? Sexología Integral 1(1): 17-19.

Elberdin, L. (1999). La polémica clítoris-vagina. Orereta: Xenpelar.

Fanciullaci, F., Colpi, GM., Beretta, G. y Zanollo, A. (1988). Cortical Evoked Potentials in subjects whith true premature ejaculation. Andrología 20:326-30.

Fuertes, A. (1995). La naturaleza del deseo sexual y sus problemas: Implicaciones terapéuticas. Cuadernos de Medicina Psicosomática 33: 28-39.

Global Study on Sexual Attitudes and Behaviors funded by Pfizer Inc; 2002.

González-Correales, R. (2001) Habilidades básicas en entrevista clínica. Barcelona: Pulso ediciones.

González-Correales, R. y Sánchez, F. (2004). Talleres de práctica clínica en Atención Primaria. Disfunción Eréctil. Manual del Asistente. Madrid: Semergen y Scientific Communication Management.

González, L. (2003). La orientación sexual. México: Paidós Croma 13.

Greenstein, A., Abramov, L., Matzkin, H., Chen, J. (2006) Sexual dysfunction in women partners of men with erectile dysfunction. Int J Impot Res 18(1):44-6.

Guirao, L., García-Giralda, L., Sandoval y C., Mocciaro, A. (2002). Disfunción eréctil en atención primaria como posible marcador del estado de salud: factores asociados y respuesta al sildenafilo. Aten Primaria 30(5):290-6.

Hatzichristou, DG., Apostolidis, A., Tzortzis, V., Ioannides, E., Yannakoyorgos, K. y Kalinderis, A. (2000). Sildenafil versus intracavernous injection therapy: efficacy and preference in patients on intracavernous injection for more than 1 year. The J UroL 164(4):1197-2000.

Hawton, K. (1988). Terapia Sexual. Barcelona: Doyma

Heaton, JPW. y Morales, A. (2001). Andropause: a multisystem disease. Can J Urol, 8(2): 1213-1222.

Hellstrom, WJG. (2006). Current and future pharmacotherapy of premature ejaculation. J Sex Med 3 (suppl 4):332-341.

Henry, R. y Morales, A. (2003). Topical lidocaine-prilocaine spray for the treatment of premature ejaculation: A proof of concept study. Int J Impot Res 15:277-81.

Jones, KP., Kingsberg, S. y Whipple, B. (2005). ARHP Clinical Proceedings: Women's Sexual Health in mildlife and beyond. Washintong D.C.: Association of Reproductive Health Professionals.

Jonson, SD., Phels, DL. y Cottler, L. (2004). The association of sexual dysfunction and substance use among a comunity epidemiological sample. Arch Sex Bev 33:55-63.

Kaplan, HS. (1974). The new sex therapy. New York: Brunner/Mazel.

— (1979). Disorder of sexual desire and other news concepts and techniques in sex therapy. New York: Simon and Schuster.

Knight, D. (2005). Screening de atención sanitaria para los hombres que practican el sexo con otros hombres. Am Fam Physycian, 12(2): 75-84.

Knowles DR. (2005). Delayed ejaculation. Medical Enciclopedia. jan. Disponible en: URL:http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/article/001954.htm

Laumann, EO., Paik, A. y Rosen, R. (1999).. Sexual Dysfunction in the United States Prevalence and Predictors. JAMA 281:537-544.

Laumann, EO., Paik, A. y Rosen, RC. (1999). Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. JAMA 10;281(6):537-44

Lee, HS., Song, DH., Kim, CH. y Choi, HK. (1996). An open clinical trial of fluoxetine in the treatment of premature ejaculation. J Clin Psychopharmacol 16(5):379-82.

LoPiccolo, J. y Friedman, J. (1998). Broad-spectrum treatment of low sexual desire. In Leiblum SR, Rosen RC, editors. Sexual Desire Disorders. New York: The Guilford Press.

LoPiccolo, J. y Steger, JC. (1974). The sexual interaction inventory: A new instrument for assesment of sexual behavior. Arch Sex Behav 3: 585-95.

Ludovico, GM., Corvasce, A., Pagliarulo, G., Cirillo-Marucco, E., Marano, A. y Pagliarulo, A. (1996). Paroxetine in the treatment of premature ejaculation. Br J Urol;77(6):881-2.

Maletzky, BM. (1995). Orgasmic reconditioning. En Bellack y Hersen (Eds.) Dictionary of behavior therapy techniques. New York: Pergamon Press.

Marfin-Morales, A. et alt. (2004). Desarrollo y validación de un nuevo cuestionario corto de diagnóstico para la disfunción eréctil (SQUED). XIXth Congress of the EAU, Vienna, March 24-27.

Masters, W. y Johnson, V. (1970). Incompatibilidad sexual humana. Buenos Aires: Interamérica.

McCarthy, BW. (1992). Journal of Sex Education and Therapy 18(1): 22-34.

• (1995). Bridges to sexual desire. Journal of Sex Education and Therapy 21:132-41.

McCarthy, BW. (1984). Strategies and techniques for the treatment of inhi- bited sexual desire. J Sex Marital Ther 10: 97-104.

McMahon, C, Stuckey, B., Andersen, M., Purvis, K., Koppiker, N., Haughie, S. y Boolel, M. (2005). Efficacy of sildenafil citrate (Viagra) in men with premature ejaculation. J Sex Med 2:368-75.

Meston, CM., Levin, RJ., Sipski, ML., Hull, EM. y Heiman JR. (2004). Women's Orgasm. Ann Rev Sex Res 15: 173-258.

Montejo, AL. et alt. (2000). Propiedades psicométricas del Cuestionario de las Disfunción Sexual Secundaria a Psicofármacos. Actas Esp Psiquiatr 28: 141-150.

Montejo, AJ. et alt. (2001). Disfunciones sexuales iatrogénicas. Antidepresivos y antipsicóticos. Psiquiatría y Atención Primaria 1 (3):10-15.

Montorsi, F. (2000). Management of DE: what lies ahead. European Urology Today.

Moul, JV. y Mcleod, DG. (1989). Negative pressure devices in the explanted penile prothesis population. J Urol 142(3):729-31.

National Institutes of Health Consensus Development Panel on Impotence. (1993). Jama 270: 83-90.

Padma-Nathan, H., Hellstrom, WJ., Kaiser, FE., Labasky, RF., Lue, TF., Nolten, WE., et al. (1997). Treatment of men with erectile dysfunction with transurethral alprostadil. Medicated Urethral System for Erection (MUSE) Study Group. The New England J Med 336(1):1-7.

Palmore, EB. (1982). Predictors of the longevity difference: a 25-year follow up. Gerontologist. 22(6): 513- 518.

Perelman, MA. y Rowland, DL. (2006). Retarded ejaculation. World J Urol 24(6):645-52.

Pryor, J., Althof, S., Steidle, C. y Miloslavsky, M. (2005). Efficacy and tolerability of dapoxetine in the treatmente of premature ejaculation. J Urol 173;201(Abstract 740).

Puentes-Rodríguez, Y. (2002). Terapia psicofa-rmacológica en la eyaculación precoz. Interpsiquis. Disponible en www.psiquiatria.com. 2002.

Regas, S. y Sprenkle, D. (1984). Functional family therapy and treatment of inhibited sexual desire. Journal of Marital and Family Therapy 10: 63 - 72.

Rosen, RC. et alt. (1997). The international index of erectile function (IIEF): A multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction. Urology 49 (6): 822-830.

Rowland, DL., Tai, WL., Brummett, K. y Slob, AK. (2004). Predicting responsiveness to the treatment fo rapid ejaculation with 25 mg clomipramine as needed. Int J Impot Res 16:354-7.

Rust, J. y Golombok, S. (1986). The GRIS: a psychometric instrument for the assessment of sexual dysfunction. Arch Sex Beba 15:157-165.

Schover, LR. y Lopiccolo J. (1982). Treatment effectiveness for dysfunction of sexual desire. J Sex Marital Ther 8:(3).

Segraves, RT., Croft, H., Kavoussi, R., Ascher, JA., Batey, SR., Foster, VJ., Bolden-Watson, C. y Metz, A. (2001). Bupropion sustained release (SR) for the treatment of hypoactive sexual desire disorder (HSDD) in nondepressed women. J Sex Marital Ther 27(3): 303-316.

Segraves, RT., Saran, A., Segraves, K. y Maguire, E. (1993). Clomipramine versus placebo in the treatment of premature ejaculation: A pilot study. J Sex Marital Ther 19(3):198-200.

Segraves, RT. (1998). Psychiatric illness and sexual function. Int J Imp Res, 10, Suppl2: S131-S133.

Sira M. (1996). Sertralina en el tratamiento de la eyaculación precoz. Anales VIII CLASSES. Montevideo.

Spiess, WF., Geer, JH. y O'donohue, WT. (1984). Premature ejaculation: investigation of factors in ejaculatory latency. J Abnorm Psychol 93(2):242-5.

Strassberg, DS., Kelly, MP., Carrol, C. y Kircher, JC. (1987). The psychophysiological nature of premature ejaculation. Arch Sex Behav 16(4):327-36.

Tourner, LA., Althof, SE., Levine, SL., Bodner, DR., Kursh, ED. y Resnick, MI. (1991). External Vacuum Devices in the treatment of erectile dysfunction: A one- year study of sexual and psychosocial impact. J Sex Marital Ther 17(2):81-93.

Troudel, G. y Proulx, S. (1987). Treatment of premature ejaculation by bibliotherapy: An experimental study. J Sex Marital Ther 2:163-7.

Trudel, G., Landry, L. y Larose, Y. (1997). Low sexual desire: the role of anxiety, depression and marital adjustment. Sexual and Marital Therapy 12, 109-113.

Trudel, G., Marchand, A., Ravart, M., Aubin, S., Turgeon, L. y Fortier, P. (2001). The effect of a cognitive-behavioral group treatment program on hypoactive sexual desire in women. Sexual and Relationship Therapy 16(2).

Trudel, G., Ravart, M. y Aubin, S. (1996). Hypoactive sexual desire in couples: a cognitive-behavioral perspective. In Lonsdale J, Powell S, Solomon L, editors. The Hatherleigh guide to marriage and family therapy. New York: Hatherleigh Press

Verhulst, J. y Heiman, J. (1988). A systems perspective on sexual desire. En S.R. Leiblum y R.C. Rosen (eds.): Sexual Desire Disorders. New York: The Guilford Press.

Villalva, E. y Villalba, E. (2006). Aproximación a la mujer del varón con disfunción eréctil. Sexología Integral, 3(1): 40-43.

Wagner, G. y Sáenz de Tejada, I. (1998). Update on male erectile dysfunction. Br Med J 316:678-82.

Wise, TN. (1994). Sertraline as a treatment for premature ejaculation. J Clin Psychiatry 55(9):417.

Zarco, J., Gomes-Casseres, C. y Repeto, C. (2004). Abordaje de la sexualidad en la consulta del médico de familia: ¿Realidad o ficción? Atención Primaria 34(Ext. I): 233.