





EDITORIAL UNIVERSIDAD DE CALDAS

Introducción a la sexología clínica y estudio de casos

ESPECIALIZACIÓN EN SEXOLOGÍA CLÍNICA
FACULTAD DE CIENCIAS PARA LA SALUD
UNIVERSIDAD DE CALDAS



EDITORIAL UNIVERSIDAD DE CALDAS

Catalogación en la fuente,

Introducción a la sexología clínica y estudios de casos/Adriana Arcila Rivera.--(et.al.)--
Manizales: Universidad de Caldas, 2023.
284 p. – (Colección: Libros de texto)

ISBN: 978-958-759-389-1

Sexología/Sexualidad humana/Conducta sexual-estudios de casos/Instinto sexual/conducta sexual-estudios de casos /Velásquez Sepúlveda, Ana María, coautora/Rivera Palacio, Adolfo Andrés, coautor/Alvarez Rodríguez, Sergio Alejandro, coautor/Ocampo Muñoz, Diana Carolina, coautora /Angarita Sepúlveda, Ana Rocío, coautora/Delgado Torres, Jackeline Andrea, coautora/Delgado Osorio, Nathalia, coautora/Cañaveral Orozco, Juan David, coautor/Salazar Franco, Natalia, coautora/Quintero Mora, Rubén Guillermo, **coautor/Tit./ CDD 155.3/I619**

© Universidad de Caldas 2023
-Comité Editorial-

Título: introducción a la sexología clínica y estudio de casos
Libros de texto

Primera edición:
Libros de texto
ISBN: 978-958-759-389-1
ISBN Pdf: 978-958-759-391-4
ISBN Epub: 978-958-759-390-7

Editorial Universidad de Caldas
Calle 65 N.º 26-10
Manizales, Caldas –Colombia
<https://editorial.ucaldas.edu.co/>

Editor: Jorge Ivan Escobar Castro
Coordinadora editorial: Yolanda González Gil
Diseño de colección Luis Osorio Tejada
Corrección de estilo: Laura Londoño
Diagramación de páginas: Luis Osorio Tejada
Diseño de cubierta: Edward Muñoz

Impreso y hecho en Colombia
Printed and made in Colombia

Todos los derechos reservados. Este libro se publica con fines académicos. Se prohíbe la reproducción total o parcial de esta publicación, así como su circulación y registro en sistemas de recuperación de información, en medios existentes o por existir, sin autorización escrita de la Universidad de Caldas.

Universidad de Caldas | Vigilada Mineducación. Creada mediante Ordenanza Nro. 006 del 24 de mayo de 1943 y elevada a la categoría de universidad del orden nacional mediante Ley 34 de 1967. Acreditación institucional de alta calidad, 8 años: Resolución N.º 17202 del 24 de octubre de 2018, Mineducación.

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	9
CAPÍTULO 1	
Historia clínica y entrevista	13
CAPÍTULO 2	
Consideraciones éticas en la consulta sexológica	27
CAPÍTULO 3	
Función erótica, solo una porción de la sexualidad humana	35
CAPÍTULO 4	
Fisiología de la respuesta sexual	45
CAPÍTULO 5	
Caso clínico aneyaculación	61
CAPÍTULO 6	
Caso clínico eyaculación precoz	71
CAPÍTULO 7	
Caso clínico eyaculación precoz	79
CAPÍTULO 8	
Caso clínico eyaculación retardada	87
CAPÍTULO 9	
Caso clínico falla del funcionamiento sexual global	97
CAPÍTULO 10	
Caso clínico hipogonadismo hipogonadotrófico	107
CAPÍTULO 11	
Caso clínico disfunción eréctil psicógena	115

CAPÍTULO 12	
Caso clínico dispareunia	125
CAPÍTULO 13	
Caso clínico vaginismo.	139
CAPÍTULO 14	
Caso clínico bajo deseo sexual en la mujer	151
CAPÍTULO 15	
Caso clínico bajo deseo sexual y climaterio	161
CAPÍTULO 16	
Caso clínico trastorno de la excitación	175
CAPÍTULO 17	
Caso clínico trastorno de pedofilia.	183
CAPÍTULO 18	
Caso clínico disritmia sexual	191
CAPÍTULO 19	
Caso clínico disfunción sexual por medicamentos	201
CAPÍTULO 20	
Caso clínico fobia sexual	209
CAPÍTULO 21	
Caso clínico sexualidad en paciente con trastorno obsesivo compulsivo (TOC).	217
CAPÍTULO 22	
Caso clínico incogruencia de género	227
CAPÍTULO 23	
Caso clínico uso problemático de la pornografía	237⁸
CAPÍTULO 24.	
Caso clínico homofobia interiorizada.	249
CAPÍTULO 25	
Caso clínico sexualidad de paciente con cáncer de mama	255
CAPÍTULO 26	
Caso clínico sexualidad en paciente con cáncer de próstata	263
CAPÍTULO 27	277
Caso clínico sexualidad en paciente con reemplazo de cadera	277

INTRODUCCIÓN

Introducción a la sexología clínica es un libro de texto resultado del esfuerzo colectivo de los docentes de la especialización, y de los médicos residentes, quienes se unieron para construir un texto guía para los médicos que inician su formación como sexólogos, pero que también sea de utilidad para médicos y estudiantes de pregrado, y otros postgrados interesados en el tema.

El libro contiene una breve fundamentación teórica y la sistematización de casos clínicos presentados. Los médicos residentes invierten horas de estudio, de documentación, socialización, y análisis; ejercicio que culmina con la formulación de propuestas terapéuticas que redundan en la mejor atención clínica. El rigor de este trabajo, su utilidad para el proceso de formación de los médicos sexólogos y el aporte a mejores procesos de atención para los consultantes, motivó la empresa de escribir este libro.

“El tratamiento de la patología sexual ha constituido una parte de cierto número de especialidades médicas como la urología, la psiquiatría, la endocrinología, la neurología, la ginecología, etc. A medida que se han ido adquiriendo nuevos conocimientos sobre la sexualidad, se ha comprobado que este planteamiento fragmentario es cada vez más inadecuado. Con el tiempo, han ido surgiendo unos especialistas en sexología competentes, y la esfera de sus conocimientos teóricos y prácticos ha resultado mucho mayor que la que antes se encerraba en las especialidades ya establecidas. Solo el sexólogo puede tener un completo conocimiento de los trastornos sexuales y tratar con eficiencia toda su patología” (Mace et al., 1975).

Las disfunciones y otros problemas relacionados con el funcionamiento sexual como la adicción a la pornografía, los comportamientos parafílicos, las fobias sexuales, los conflictos que surgen en torno a la identidad o a la orientación sexual, afectan de manera importante el bienestar personal y de la pareja. El médico sexólogo debe integrar cada vez un mayor volumen de conocimientos que luego aplicará a su ejercicio profesional, y en el proceso de formación y entrenamiento el estudio de casos es de gran utilidad.

El escrito se compone de 27 capítulos, los 4 primeros capítulos presentan una fundamentación teórica, los restantes 23 capítulos presentan diferentes casos clínicos que han despertado interés para su publicación y, aunque algunos diagnósticos se repiten, cada caso tiene un sello distinto, haciendo que de una u otra manera haya variantes en los modelos de atención y en los enfoques.

El primer capítulo se orienta a estandarizar un modelo de historia clínica y de entrevista sexológica, guía valiosa para los médicos que inician su entrenamiento. El capítulo 2 hace una revisión teórica en torno a la ética sexual, elemento teórico que ayudará a hacer el enfoque de algunos problemas consultados. El tercer capítulo contiene la presentación del modelo de función sexual, elaborado por Helí Alzate, y bajo el cual se realiza el ejercicio clínico en la especialización. El cuarto capítulo presenta una síntesis de la fisiología erótica, con los hallazgos más recientes, y que permite comprender la fisiopatología en cada caso.

Desde el capítulo 5 hasta el capítulo 11 se presentan casos clínicos ilustrativos de disfunciones masculinas. Entre los capítulos 12 al 16 algunos casos de disfunciones femeninas. Desde el capítulo 17 al capítulo 24 se muestran casos de problemas sexuales relacionados con uso inadecuado de la pornografía, trastorno de pedofilia, disritmia sexual, fobias sexuales, disfunciones sexuales inducidas por medicamentos; entre otros. Finalmente, en los capítulos 25 al 27 se presentan casos de alteraciones sexuales relacionadas con cáncer y los tratamientos derivados. Los elementos relatados en el contexto de cada capítulo hacen alusión a los hallazgos positivos consignados en las historias clínicas de cada caso.

El equipo de redacción trabajó durante horas con el propósito de unificar la forma de presentar los casos clínicos, hizo ajustes en puntuación y ortografía, pero respetó el estilo de cada uno de los autores y este arduo trabajo quedó materializado en este riguroso texto. En la presentación de cada caso clínico se tuvo en cuenta el respeto por los derechos de los consultantes a su intimidad, es por este motivo que no se usan nombres, ciudades de procedencia o residencia, profesiones, u otros datos que pongan en riesgo la confidencialidad y la obligación del secreto profesional, se hace uso de la descripción de los casos como parte del ejercicio de formación especializada.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Mace, D. R., Bannerman, R. H. O., & Burton, J. & W. H. O. (1975). P16. En *Las enseñanzas de la sexualidad humana en las escuelas de formación de profesionales de la salud* (p. 54). Organización Mundial de la Salud.

GLOSARIO

5HT:	Serotonina.	ET:	Endotelina.
a-AR:	Receptor alfa adrenérgico.	FE:	Fobias específicas.
a-MSH:	Hormona estimulante de los melanocitos.	FSH:	Hormona folículo estimulante.
AC:	Circunvolución cingular anterior.	GnRH:	Hormona liberadora de Gonadotropina.
ACT:	Terapia de Aceptación y Compromiso.	HHA:	Hipotálamo-Hipófisis-Adrenal.
ACTH:	Hormona adrenocorticotrófica.	HI:	Homofobia internalizada.
AR:	Receptor de andrógenos.	HSDD:	Deseo sexual hipoactivo.
ARNm:	ARN mensajero.	IBT:	Terapia Basada en la Interferencia.
ASI:	Abuso sexual infantil.	IELT:	Tiempo de latencia eyaculatoria intravaginal.
ATP:	Trifosfato de adenosina.	IFSF:	Índice de función sexual femenina.
cAMP:	Monofosfato de adenosina cíclico.	IIEF:	Índice Internacional de Función Erectil.
CCI:	Índice de comorbilidad de Charlson.	iPDE5:	Inhibidores de la fosfodiesterasa 5.
cGMP:	Monofosfato de guanosina cíclico.	ISRS:	Inhibidores selectivos de recaptación de serotonina.
CIE 10:	Clasificación Internacional de Enfermedades 10. ^a revisión.	ITS:	Infecciones de Transmisión Sexual.
CIE 11:	Clasificación Internacional de Enfermedades 11. ^a revisión.	LC:	Locus ceruleus.
CRH:	Hormona liberadora de corticotrofina.	LGBT:	Lesbianas-Gay-Bisexuales-Transgéneros.
CSB:	Comportamiento sexual compulsivo.	LH:	Hormona luteinizante.
DA:	Dopamina.	MC:	Melanocortinas.
DC:	Dolor crónico.	MCR:	Receptores de melanocortina.
DE:	Disfunción eréctil.	MeA:	Amígdala medial.
DHT:	Dihidrotestosterona.	MI:	Entrevista motivacional.
DM:	Diabetes mellitus.	mPFC:	Corteza prefrontal medial.
DS:	Disfunciones sexuales.	MPOA:	Área preóptica.
DSD:	Desórdenes del desarrollo sexual.	NAcc:	Núcleo accumbens.
DSM:	Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales.	NANC:	No adrenérgico no colinérgico.
EEG:	Electroencefalograma.	NE:	Norepinefrina.
EF:	Función eréctil.	NO:	Oxido nítrico.
ER:	Receptor de estrógenos.	NOS:	Óxido nítrico sintetasa.
ES:	Estímulos sexuales.	nPGi:	Núcleo paragigante celular.
		OMS:	Organización Mundial de la Salud.

OT: Oxitocina.
PGE: Prostaglandina.
PIR: Corteza piriforme.
POMC: Proopiomelanocortina.
POPU: Uso problemático de la pornografía en línea.
PRL: Prolactina.
PSA: Antígeno prostático específico.
PVN: Núcleo paraventricular.
RC: Reemplazo de cadera.
RtC: Preparación para el cambio.
SAF: Síndrome Antifosolipídico.
SIDA: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.
SNC: Sistema nervioso central.
SNP: Sistema nervioso periférico.
SON: Núcleo supraóptico.
SOP: Síndrome de Ovario Poliquístico.
SPA: Sustancias psicoactivas.
TAB: Trastorno afectivo bipolar.
TCC: Terapia Cognitivo Conductual.
TCI: Inventario de Temperamento y Carácter.
THC: Tetrahidrocanabinol.
TOC: Trastorno obsesivo compulsivo.
TOCP: Trastorno de personalidad obsesivo compulsivo.
TSH: Hormona estimulante de la tiroides.
VIH: Virus de la Inmunodeficiencia Humana.
VIHn: Virus de la Inmunodeficiencia Humana negativo.
VIHp: Virus de la Inmunodeficiencia Humana positivo.
VIP: Polipéptido intestinal vasoactivo.
VTA: Área tegmental ventral.

CAPÍTULO 1

Historia clínica y entrevista

Adriana Arcila Rivera

El doctor Francisco Delfín señaló: “En contraste con muchos aspectos de la medicina tradicional, en sexología lo más sencillo es hacer el diagnóstico”. Nada es más cierto que cuando los consultantes acuden al sexólogo ya traen el diagnóstico al expresar: “No tengo orgasmos”, “me duele a la penetración”, “eyaculo muy rápido” o “no tengo erecciones”.

Alvarez Gayou, 2011

La historia clínica tiene gran importancia en el ejercicio de la medicina y en sexología clínica adquiere valor adicional, teniendo en cuenta que además de ser diagnóstica es a la vez terapéutica, en la medida en que ayuda al consultante a identificar factores causales, interacciones dinámicas, asociaciones no reconocidas, y permite crear la alianza terapéutica que facilitará la solución del problema. La historia clínica se construye en un proceso que puede tomar dos o tres sesiones, en donde más importante que avanzar en la recolección de información, es construir la alianza terapéutica. Para esto el médico realizará una entrevista de manera amable y empática con profesionalismo, buscando identificar aspectos fisiopatológicos de la dificultad. Asimismo, el médico formulará la hipótesis diagnóstica, solicitará exámenes de laboratorio o pruebas diagnósticas si lo considera preciso y planteará la propuesta terapéutica que, para el caso de la consulta externa de sexología de la Universidad de Caldas, será una terapia breve, esta propuesta incluirá generalmente un proceso psicoterapéutico y el uso de medicamentos según necesidad. Enunciar la propuesta de trabajo favorecerá la decisión del consultante para continuar con terapia.

En la primera consulta se explora: motivo de consulta, enfermedad actual, antecedentes personales de patología médico-quirúrgica, psiquiátrica, ginecológica, hábitos y antecedentes familiares patológicos. En la segunda consulta se elabora una historia de vida que incluye recuerdos de la infancia, vínculos familiares, antecedentes de escolaridad, vínculos sociales, terminación de estudios, elección de carrera y vida profesional, se explorarán aspectos afectivos, noviazgos, rupturas amorosas y los antecedentes del desarrollo psicosexual. Dependiendo de la historia de vida del consultante, en la segunda entrevista podrá completarse tanto la historia de vida como la del desarrollo psicosexual o se reservará la tercera consulta para esto último. Conviene indicar al paciente que hacer este proceso permite conocer la dificultad y dirigir la terapia, también es conveniente indicar un límite entre ocho a doce sesiones según el consultante lo requiera y si tiene información general de la terapia, será más fácil la construcción de la alianza terapéutica.

La primera entrevista puede durar entre 40 a 60 minutos, consta de un inicio, una parte central y un final. Tener presente estos tres momentos permite que el trabajo sea ordenado y productivo, por esta razón el médico debe llevar control del tiempo para que al final de este primer contacto el consultante se lleve a casa la explicación probable de su dificultad y una propuesta terapéutica. Se explicará al final de esta entrevista que se tomará una o dos sesiones más para complementar la historia clínica y tener la propuesta terapéutica definitiva.

La fase de apertura (que dura 10 minutos) consiste en conocer al paciente y saber un poco de su situación de vida, luego se le invita a referir el motivo de su consulta y la enfermedad actual, esta fase es fundamental para construir la alianza, si el paciente se siente respetado, escuchado, comprendido y no juzgado, podrá confiar en el médico y en sus indicaciones.

Más adelante en la parte central de la entrevista (de 30 a 40 minutos) surgen algunas hipótesis diagnósticas, en esta fase se exploran estas posibilidades. Por ejemplo, se podría considerar que el consultante maneja altas expectativas respecto a su funcionamiento o

que tiene mala relación de pareja. Por lo tanto, debería el médico explorar más acerca de ello. Luego interrogará acerca de antecedentes médicos, antecedentes familiares y hábitos. En el caso de la mujer sus antecedentes gineco-obstétricos.

En la fase de cierre (10 minutos) el consultante acaba de revelar muchos datos de su vida privada y debe llevarse para casa la hipótesis acerca de lo que pueda estar causando su dificultad y la propuesta general de tratamiento, de lo contrario se sentirá desorientado e incómodo con sus revelaciones.

Aspectos logísticos

Se debe disponer de un consultorio que garantice la privacidad y que, en lo posible, no se presente ningún tipo de interrupciones. En este caso se explica al consultante que se trata de una situación especial ya que para generar la alianza terapéutica el paciente necesita saber que estamos totalmente disponibles para él. Es importante que desde la primera cita se fijen las reglas de la terapia, el número estimado de sesiones, la periodicidad de ellas, la antelación con la cual se cancelan las citas en caso de no poder asistir y si el consultante por alguna razón requiere comunicarse con el médico se indica dónde y cuándo lo puede localizar.

La alianza terapéutica

Es el elemento más importante para tener buenos resultados en la terapia y depende de la confianza que el sexólogo logre despertar en el consultante. Cada médico sexólogo tiene un estilo y aunque hay manuales de entrevista y las recomendaciones pueden ser útiles, lo más importante es la calidez y la empatía (Norfolk, Birdi, & Patterson, 2009).

Asistir por primera vez a la consulta sexológica puede generar temor y algo de prevención, para solucionar esto ayuda el emplear algunos recursos como: hacer afirmaciones empáticas, decir, por ejemplo: "Por lo que afirma, se sintió frustrado por haber perdido la erección". También se puede indagar de manera directa acerca de los sentimientos, por ejemplo "¿cómo se sintió cuando ella le recriminó por perder su erección?". Durante la entrevista el consultante hablará de su intimidad y revelará información que incluso nunca había revelado, este aspecto genera aprensión, ayuda que después del saludo amable y una breve presentación, se explique que la consulta sexológica es un espacio para hablar de la intimidad y que puede contar con la discreción y el respeto a su intimidad, nada de lo que mencione en la consulta será revelado a la pareja o algún familiar a menos que él mismo lo autorice para fines de la misma terapia. Se reitera que no será juzgado por sus comportamientos, pues la tarea del médico es ayudar, no censurar y se puede expresar "estoy aquí para tratar de entenderlo y de ayudarlo".

Aspectos técnicos

Después de hacer su presentación, el médico puede pasar al motivo de consulta o explicar al consultante que antes de que mencione la razón por la cual asiste a la consulta es importante obtener información general. Se procede a preguntar al paciente: ¿dónde vive?, ¿con quién?, ¿cuál es su trabajo? A continuación, se procede a tomar el motivo de consulta y la enfermedad actual, en esta parte de la entrevista es recomendable permitir el relato libre y luego realizar preguntas abiertas para dirigir la recolección de información, teniendo en cuenta que existen pacientes cuyos relatos pueden ser vagos, prolijos en detalles o lacónicos.

Una pregunta abierta anima a la exposición del consultante. Por ejemplo, “¿qué lo trae a la consulta?”, “¿cuál es su preocupación?”, “¿cómo puedo ayudarle?”, “¿qué puedo hacer por usted?”. Según Carlat en *Entrevista Enfocada en Soluciones* de Chang y Nylund, la cual puede ser útil en la entrevista sexológica, se preguntaría: “¿qué haría que esta visita fuera útil?” “¿qué le gustaría ver diferente al venir aquí?” (Carlat, 2016).

Las preguntas respecto a temas sensibles pueden realizarse de manera directa. Por ejemplo, “¿cuándo fue la última vez que se masturbó?”, en lugar de preguntar “usted se masturba”, hacer la pregunta directa deja la sensación de que la masturbación es algo que las personas hacen y favorecerá una respuesta honesta. Se debe evitar el uso de palabras cargadas de juicios de valor. Por ejemplo, preguntar si es promiscuo, en lugar de ello, preguntar si tiene más de un compañero sexual. Igual que si se pregunta al consultante si es homosexual hará que se sienta incómodo y juzgado causando que el paciente evite responder. Por otro lado, es conveniente describir la conducta. Por ejemplo, si tiene relaciones sexuales con personas de su mismo sexo, del sexo contrario o de ambos sexos.

Algunos comportamientos generan vergüenza o culpa. Por ejemplo, cuando algunas personas bajo situaciones de estrés, consumo de licor o sustancias psicoactivas (SPA) pueden tener comportamientos sexuales inusuales como masturbarse, ver pornografía de manera excesiva, tener actos exhibicionistas o agredir sexualmente a otros. Se debe explicar que, aunque algunos de estos comportamientos puedan generar ansiedad, no perjudican a otros y no son malos per se, mientras que los segundos como el exhibicionismo y la agresión sexual son totalmente inadmisibles.

Otros comportamientos sexuales generan el temor de ser considerados depravados, la enfermedad física es un defecto, una imperfección, pero ser depravado es equivalente a “ser un monstruo”. Esto ayuda reducir la culpa, siempre y cuando el comportamiento no dañe a otros o a sí mismo. Por ejemplo, el consultante travestista o fetichista quien siente que es un monstruo, se le puede manifestar en la entrevista que, aunque su comportamiento es inusual, en realidad no causa daño a otros. Esto contribuye a mejorar su autoconcepto y le facilitará modificar su comportamiento si es lo que está buscando.

En la consulta sexológica algunos pacientes minimizan su comportamiento para buscar comprensión o porque no tienen autocrítica. También puede ocurrir que algunos

consultantes refieran la adicción a la masturbación o a la pornografía. Sin embargo, al revisar de manera objetiva la frecuencia de su comportamiento o las repercusiones en su desempeño social o laboral esto no sea significativo, son por lo general personas que manejan altas cargas de culpa debido al medio erotóforo en el cual crecieron. Es útil revisar estas prácticas con referencia a una medida de tiempo. Por ejemplo, en la última semana, o el grado en el cual estos comportamientos afectan su funcionamiento social, familiar o laboral.

Es fundamental tener en cuenta el nivel cultural y emplear el lenguaje que sea comprensible para el paciente, hay pacientes varones que no conocen el significado de la palabra “eyacular” pero identifican “venirse”, en el caso de las mujeres, pueden no conocer la palabra “orgasmo”, curiosamente también suelen emplear el término “venirse”; aunque las personas generalmente comprenden a que se refiere la palabra “masturbación”, algunos solo conocen esta actividad como “hacerse la paja”. Sin embargo, en la misma entrevista se puede enseñar un lenguaje más técnico para facilitar la comprensión como lo son los conceptos de “eyacular” y de “orgasmo”.

Los consultantes con frecuencia tienen dificultades para recordar datos que el médico debe obtener. Por ejemplo, las mujeres que consultan por la pérdida del deseo sexual pueden preguntársele cómo recuerdan que era su deseo sexual previo al primer embarazo, esta técnica puede llevarlas a recordar que mantuvieron un buen nivel de deseo sexual hasta antes de su primer embarazo. Se trata de anclar la pregunta a eventos memorables (Carlat, 2016). En ocasiones no recuerdan los medicamentos que han tomado para resolver su dificultad, mencionar varios de ellos les ayudará a recordar y evitará que se formule un medicamento que el consultante ya ha empleado.

Durante las consultas se requiere preguntar acerca de muchas experiencias, algunas de ellas despertarán recuerdos o emociones, así que la entrevista no deberá dirigirse como un interrogatorio enfocado en recoger datos. El médico podrá tener en cuenta algunas sugerencias específicas, Carlat recomienda realizar transiciones suaves. Por ejemplo, a partir de algo que acaba de decir el paciente o introducir otro tema “me dice que en su casa el tema del sexo era un tabú”, “cuénteme de quién y qué clase de información acerca del sexo recibió en la adolescencia”. También sugiere emplear transiciones referidas, las cuales se construyen a partir de algo que el paciente dijo con anterioridad para pasar a otro tema, si el paciente mencionó el mal carácter de su pareja, se retoma esta afirmación y se le pide que refiera cómo es la comunicación cotidiana. Por último, este autor recomienda emplear transiciones introducidas, lo cual consiste en anunciar “cambiando de tema, ¿le agrada la apariencia física de su pareja?”, “¿considera que es una persona cuidadosa con su arreglo personal?” (Carlat, 2016).

El médico tiene la responsabilidad de guiar la sesión, debe estar atento a situaciones tales como el paciente que divaga o que se extiende en detalles innecesarios, en este caso puede hacer una interrupción cordial llamada “afirmación redireccional” (Carlat, 2016) la cual puede hacerse o bien a manera de interrupción empática que es cuando se añade una afirmación que manifiesta empatía y así suavizar el momento “me pongo en su lugar y

veo lo difícil que fue la ruptura” o, por otro lado, también puede hacerse una interrupción dilatoria “este tema es muy importante, ¿podemos revisarlo más ampliamente en la siguiente sesión?”. Hacer una interrupción informativa, mediante la cual se indica al paciente que falta información por recoger y poco tiempo disponible, por lo que se le pide colaboración respondiendo a preguntas concretas o de selección múltiple.

Por el contrario, si al paciente le cuesta proporcionar información, es de ayuda hacer preguntas abiertas y utilizar frases para motivar al consultante a seguir hablando, un simple “sí... cuéntame...”, o parafrasear lo que el consultante está refiriendo permite al médico tener la certeza de estar comprendiendo el relato y anima al consultante a proporcionar más información. La adecuada intervención depende de que los síntomas se establezcan de forma clara. A veces el médico se apresura a hacer una intervención con datos insuficientes o equivocados. Para evitar esto, se debe precisar la información y pedir al consultante que explique de nuevo. Es decir, actuar como terapeuta tonto, “a veces me cuesta entender algunas cosas, puedes explicarme de nuevo”. No suponer, preguntar (Fisch, Weakland, Segal, & Segal, 1994).

Situaciones especiales:

Entrevista al paciente seductor:

Se advierte a los estudiantes desde el pregrado que antes que médicos somos humanos, y que es natural sentir atracción por alguno de los pacientes, pero que está absolutamente prohibido por la ética médica y por la ley involucrarse sexualmente con un consultante y que, en caso de presentarse intereses erótico-afectivos, la relación médico paciente debe terminar, posibilitando otras relaciones sin conflicto.

El interés puede surgir del médico hacia el consultante o del consultante hacia el médico, lo importante es que el médico identifique esta situación, reconozca su posición de poder y nunca se aproveche de ello. Ayuda llamar al paciente por su nombre, no usar palabras como amor, reina, entre otras; mantener una relación terapéutica formal, enfocarse en la dificultad del consultante, no hablar de gustos o preferencias personales relacionadas con la sexualidad y no responder a preguntas personales.

Entrevista al paciente con labilidad emocional o que llora:

No es fácil atender estas consultas puesto que, aunque podría generar empatía, también se genera preocupación que limita la capacidad de valorar con claridad la dificultad del paciente. Hay especialistas en psiquiatría que aconsejan ofrecer un pañuelo desechable y permitir que la persona lllore, e intentan entender el significado de las lágrimas, se puede preguntar al respecto. Por ejemplo, de lo que está contando “¿qué es lo más doloroso?”, “¿en qué está pensando ahora que está llorando?”, si la persona manifiesta vergüenza por llorar.

Entrevista a adolescentes:

Cada día acuden más adolescentes a la consulta sexológica, en ocasiones por iniciativa de sus padres, por recomendación de maestros o médicos de otras disciplinas. Esto es una situación particularmente compleja, puesto que la motivación no parte del adolescente en sí, haciendo difícil la entrevista, la elaboración de la historia clínica y la realización de la terapia. Lo cual pondrá a prueba las habilidades del médico sexólogo. Se sugieren algunas recomendaciones que pueden facilitar la creación de una alianza terapéutica con el adolescente.

En la primera entrevista es frecuente la presencia de uno o ambos padres o de algún familiar, luego se pasa a tomar datos generales del joven y de los acompañantes y se procede a preguntar el motivo de la consulta, generalmente los padres responden. Sin embargo, es conveniente invitar al joven para que manifieste porqué cree que solicitaron la consulta, luego se explorará la situación que los lleva a la consulta, puede ser interesante preguntar “¿cuál?”, “¿por qué?” es el problema, luego se pregunta por las acciones emprendidas respecto al hecho y los resultados. En general los padres manifiestan numerosas quejas, mientras el joven minimiza los sucesos o puede mostrarse incómodo y avergonzado, el médico puede optar por escucharlos por separado, tomando la opción de solicitar a los padres que esperen fuera del consultorio y facilitar que el adolescente se exprese sin presión.

Resulta de gran utilidad que el médico adopte una posición neutral para favorecer la alianza terapéutica con el joven y la credibilidad en sus padres. Los adolescentes suelen presentar dificultades para reconocer y expresar sus emociones, siendo útil empezar la conversación acerca de temas neutros. Por ejemplo, música, deportes o cualquier otra afición del adolescente. A continuación, pedirle que haga un relato de lo que sucede y luego hacer preguntas directas en lenguaje comprensible y de manera respetuosa. Los adultos en general tienen más dificultad para preguntar acerca de la sexualidad que los jóvenes en responder, se puede preguntar abiertamente si conoce el significado de la palabra masturbación, preguntar cuándo fue la última vez que se masturbó, la frecuencia con la cual realiza la masturbación y cuáles son los sentimientos asociados a esta práctica. De igual manera, se procede con temas como la orientación sexual, la pornografía, las relaciones sexuales, los métodos de protección y las prácticas de cyber-sexo. La escucha empática permite que el joven se sienta aceptado, comprendido y desde esa posición, resolver las dudas para educar en autocuidado y responsabilidad.

Historia clínica sexológica

No difiere de la historia clínica que se elabora en cualquier otra área de la medicina, su sistematización ayuda a identificar elementos determinantes para establecer la causa y, por lo tanto, el tratamiento de la disfunción.

En décadas pasadas no se concedía importancia a la historia clínica, se consideraba que el origen de los problemas sexuales era eminentemente psicológico y, aunque en la actualidad se sabe que las causas psicológicas siguen teniendo prevalencia en las personas jóvenes, con los avances en el conocimiento fisiopatológico es posible detectar con mayor confiabilidad las causas orgánicas, sobre todo en personas a partir de los 45 años. Sin embargo, es importante no olvidar que igual que en otras áreas médicas, las causas no siempre son puras y con frecuencia las dificultades sexuales tienen causas mixtas.

Autores como Kaplan (1974), Masters & Johnson (1978), Álvarez-Gayou Jurgenson (2011), Cabello (2010), Abdo (2015), Castelo-Branco & Molero Rodríguez (2019), coinciden en afirmar que la historia clínica completa orienta para identificar el problema sexual que aqueja al consultante y precede al tratamiento. Explica Molero Rodríguez que una hipótesis prematura sobre el diagnóstico por parte del profesional puede producir un sesgo, así la entrevista se dirigirá a confirmar la hipótesis, como estrategia para evitar esta situación, recomienda preguntarse: “¿permito al paciente expresarse libremente?”, “¿estructuro mis comentarios y expresiones?, ¿pregunto siguiendo una hipótesis sin escuchar al paciente?” (Castelo-Branco & Molero Rodríguez, 2019). Existen varios modelos de historia clínica sexológica similares entre ellos. El siguiente modelo es adaptado para la atención de los consultantes en la Clínica Sexológica de la Universidad de Caldas.

Primera consulta

Datos generales: fecha, nombre, edad, sexo, estudio, ocupación, dirección, teléfono, religión y grado de religiosidad (teniendo en cuenta que algunas creencias religiosas pueden provocar o mantener el problema sexual o interferir con el tratamiento). Nombre de la pareja, edad, estudio y ocupación.

Motivo de consulta: se consigna la queja tal como la manifiesta el paciente, “eyaculo muy rápido”, “me duele con la penetración”, “no tengo orgasmos”.

Enfermedad actual: se pide al consultante que haga el relato detallado acerca de la dificultad que presenta, fecha de inicio, características, si recuerda algún suceso o circunstancia con la cual pueda relacionar la dificultad, si antes había presentado algo similar y en qué circunstancias, si nota que algo mejora o agrava la dificultad. Si el problema es en la fase del deseo se indaga acerca del funcionamiento en las otras fases, igual si el problema es en la fase excitatoria o en la fase orgásmica se explorará el funcionamiento en las otras fases. Se pregunta respecto a la reacción de la pareja en relación con el problema. En este ítem se preguntará por la calidad de la relación de pareja, aunque esta información se recolectará con mayor profundidad en la siguiente sesión. Finalmente, se preguntará por tratamientos realizados y los resultados obtenidos.

Antecedentes personales:

Antecedentes patológicos: enfermedades crónicas como hipertensión arterial, diabetes mellitus, enfermedades autoinmunes, dolores crónicos o incapacitantes, alteraciones

en función tiroidea, cáncer, alteraciones gastrointestinales especialmente de colon, hiperplasia prostática benigna, infecciones genitales, endometriosis, alteraciones o malformaciones genitales, entre otras.

Antecedentes farmacológicos: evaluar qué medicación consume ya sea crónica o reciente, las dosis, forma de uso, sustancias de origen natural o recomendadas por personal no médico y el efecto que se ha observado.

Antecedentes quirúrgicos: tener en cuenta cirugías abdominales e inguinales, ginecológicas o urológicas, articulares, entre otras.

Antecedentes tóxico-alérgicos: se revisa el consumo de tabaco, alcohol, sustancias psicoactivas tanto de carácter social, recreacional o en el ámbito de una dependencia con la valoración correspondiente de la frecuencia, la necesidad de uso, presencia de síntomas de ansiedad, elementos que sugieran tolerancia y problemas generados en ámbitos como el social, familiar o laboral que alteren la vida del paciente.

Antecedentes ginecológicos: edad de menarquia, características de ciclos menstruales, cantidad de embarazos, abortos, partos, cesáreas, hijos vivos y muertos.

Desarrollo sexual: se evalúa edad de pubarquia, torarquia, presencia de cambios de Tanner.

Igualmente, se deben tener en cuenta otros antecedentes como hábitos, actividad física, horas de sueño y nutrición.

Interrogatorio por sistemas: en este ítem se indaga por síntomas en cada sistema. Aunque pocas alteraciones del sistema digestivo pueden relacionarse con dificultades sexuales, los medicamentos empleados para su tratamiento pueden interferir con el funcionamiento sexual, entre ellos los bloqueantes H₂ tipo cimetidina, hoy en desuso, y la metoclopramida, ambos elevan la prolactina e interfieren con la acción de la testosterona. La patología anorrectal dolorosa es causa de dispareunia. En el sistema cardiovascular, los consultantes alrededor de los 40 años con episodios de disfunción eréctil requieren estudios de patología cardiovascular, teniendo en cuenta que esta manifestación puede ser síntoma inicial de enfermedad cardiovascular o coronariopatía (Montorsi et al., 2006). Las personas que han sufrido infarto del miocardio tienden a disminuir su actividad sexual dado que presentan problemas de disfunción eréctil o de anorgasmia, incluso sin que exista una causa orgánica, por lo que su condición está más relacionada con estados de ansiedad. Se deben explorar causas locales que puedan producir disfunción eréctil, como fugas venosas (Odriozola, Quintanilla, Arias, Tamayo, & González, 2010) o descartar trombosis de la arteria terminal del pene en el síndrome de Leriche (Bhatia, Gautam, & Saha, 2016). Es importante indagar en el sistema respiratorio por enfermedad oclusiva crónica o asma (Soto Campos et al., 2017), estos pacientes suelen tener poca capacidad física y dificultades con su oxigenación cerebral.

Los problemas del sistema endocrino se relacionan con alteraciones en el funcionamiento sexual, entre ellas, los hipogonadismos primarios y secundarios (Ishak, 2017), el

hipotiroidismo, el hipertiroidismo, la hiperprolactinemia (Martínez Jabaloyas, 2010) y la diabetes. Esta última relacionada con el mayor número de disfunciones sexuales. Malavige, en un estudio prospectivo, encontró que la incidencia de disfunción eréctil en pacientes diabéticos fue de 68 casos por 1000 pacientes por año en comparación con 25,9 casos por 1000 pacientes por año en la población general (Malavige et al., 2014). La tasa promedio de trastorno eréctil en hombres diabéticos es más del triple que la de los controles sanos (Ceballos et al., 2015).

Algunas alteraciones del sistema nervioso central tienen impacto en el funcionamiento sexual, se reconoce el papel protagónico del cerebro en esta experiencia. Se ha documentado la hipersexualidad de los epilépticos (Zhao et al., 2019). Las personas con esclerosis múltiple pierden de manera progresiva la posibilidad de ejercer su sexualidad (Alvarez et al., 2007). Desde mitad del siglo pasado se identificó la relación que existe entre el lóbulo temporal y la sexualidad, así lo demostraron los estudios de Gastaut & Collomb, Penfield y Blumer, citados por Álvarez-Gayou Jurgenson (2011). El síndrome de Kleine-Levin es un trastorno poco común que se caracteriza por episodios de hipersomnias, dificultades cognitivas, hiperfagia e hipersexualidad (Arnulf et al., 2008).

Es importante mencionar que se deben investigar las alteraciones en órganos genitales tales como malformaciones que, igualmente, repercuten en el funcionamiento sexual, infecciones, procesos inflamatorios y enfermedades autoinmunes. Asimismo, investigar sobre la presencia de alteraciones a nivel del sistema musculoesquelético, renal y hematopoyético, en general cualquier enfermedad de curso crónico, dolorosa o consuntiva que afectan negativamente el funcionamiento sexual (Álvarez-Gayou Jurgenson, 2011).

La alta frecuencia de causas psicológicas obliga a una cuidadosa exploración del área mental. Se tendrá en cuenta el comportamiento del consultante durante la entrevista (si se muestra colaborador hostil, aislado, o si se muestra amistoso, inquisitivo), igualmente se tendrán en cuenta su comportamiento motor y postura. Se analiza la voz, tono, velocidad, espontaneidad, si solo responde a las preguntas, si el lenguaje es formal, técnico, familiar o vulgar. En el curso y el contenido del pensamiento también se exploran pensamientos obsesivos mediante preguntas como “¿es usted muy ordenado y puntual?”, “¿le molesta que cambien de su lugar su ropa o sus cosas?”, “con frecuencia, al salir de casa, ¿le asalta la duda de haber cerrado la puerta bien?”, “¿algunas veces regresa a verificar?”. Se indaga acerca de presencia de rasgos compulsivos como “¿tiene usted hábitos o rituales muy arraigados?”, “¿siempre tiene que lavarse las manos o bañarse en cierta forma?”, “¿tiene que hacer ciertas cosas, en el mismo orden?”. Es necesario interrogar y observar respecto a emociones, la correlación entre lo que relata y la reacción emotiva. Se pregunta acerca de tendencias depresivas “¿siente que la vida no tiene sentido?”, “¿ha pensado que le gustaría desaparecer o que sería mejor estar muerto?”, “¿piensa que no sirve para nada?” y, finalmente, se interroga acerca de la existencia de fobias “¿le tiene miedo a algo?”, “¿evita algunos lugares por temor?”, “¿utiliza ascensores?”.

Antecedentes patológicos familiares: se averigua por enfermedades en familiares cercanos, padres, hermanos, abuelos, tíos, si hay enfermedades cardiovasculares, endocrinas, autoinmunes, patologías sexuales y psiquiátricas.

Exámenes de laboratorio o pruebas diagnósticas: en general los problemas de orgasmo como la eyaculación precoz y la anorgasmia femenina en consultantes jóvenes no se asocian a factores orgánicos, por lo cual, si no hay sintomatología que guíe hacia una causa orgánica, no se realizan exámenes. En los trastornos excitatorios masculinos y femeninos se solicita perfil lipídico, glicemia, en hombres puede solicitarse niveles de testosterona. En trastornos del deseo es importante el perfil hormonal: FHS, LH, testosterona total, libre, globulina transportadora de las hormonas sexuales, TSH y prolactina. Y antes de prescribir reemplazo hormonal en el hombre se requiere tener valores de hemoglobina, hematocrito y antígeno prostático.

De acuerdo con el cuadro clínico podrán solicitarse registro de rigidez y tumescencia peneana, test de inyección intracavernosa con medicamentos vasoactivos, eco doppler dúplex dinámico, pletismografía, electromiografía, ecografías de órganos pélvicos, arteriografía de pudenda interna, entre otros.

Segunda consulta

Historia social: nombre del padre, edad, nivel educativo, profesión. Nombre de la madre, edad, nivel educativo, profesión, número de hermanos, lugar que ocupa entre los hermanos, nombres y edades de los hermanos.

Infancia: se solicita hacer un relato acerca de cómo recuerda su infancia en la casa, en el vecindario; se le pregunta acerca de la imagen que tenía del padre y la madre a esta edad, si ellos expresaban afecto, si entre ellos tenían expresiones de afecto. Cómo se relacionaba con los hermanos y los compañeros de juego, se interroga acerca de recuerdos respecto a sucesos traumáticos en los cuales estuviera implicado.

Escuela: se pregunta cómo se recuerda de estudiante, a qué tipo de escuela fue, cómo fue la relación con profesores y compañeros, cuál era la actitud de sus padres hacia sus estudios.

Bachillerato: a qué tipo de colegio fue, cómo era la relación con profesores y compañeros.

Universidad: qué estudio realizó, cómo recuerda la etapa de universidad, cuál era su actitud hacia los estudios, qué amigos y actividades tenía fuera de las aulas.

Historia laboral: cuál fue su primer trabajo, cómo lo recuerda, cómo ha sido su historia laboral, número y tipo de trabajos, dificultades surgidas, relaciones con los jefes y compañeros, causas de abandono o despido, la situación en el trabajo actual.

Historia afectiva: se pregunta acerca de las relaciones sentimentales duraderas que ha tenido, cómo se han desarrollado, qué rupturas importantes ha vivido, quién tomó la iniciativa de romper la relación, cómo vivió los duelos, cómo se originó la relación actual, cómo se ha desarrollado, cómo la está viviendo.

Tiempo libre: se pregunta acerca de entretenimientos y aficiones, se interroga si comparte con la pareja el tiempo libre, cómo y cuándo.

Relación de pareja: qué tipo de pareja o familia tiene creada, quién tomó la iniciativa de vivir en pareja, quién tomó la iniciativa de tener o no tener hijos, cuál fue su actitud ante estas decisiones, cómo tienen estructurado el contrato de convivencia: Lealtades, economía, amistades, tiempo libre, relaciones con las familias de origen, educación de los hijos, cuál es la causa mayor de los desacuerdos.

Deseos del hada: se pide al consultante que exprese tres deseos al hada o al mago, esta pregunta ayuda a identificar el interés del consultante por resolver su dificultad, e indirectamente puede dar idea del compromiso con la terapia.

Tercera consulta

Historia del desarrollo psicosexual. Educación sexual: se interroga acerca de quién y qué tipo de información recibió referente a la sexualidad. Juegos sexuales infantiles: edad, experiencias y circunstancias. Observación de prácticas o actos sexuales: se pregunta por la práctica observada, circunstancias, reacción.

Sueños eróticos: edad en la cual iniciaron, frecuencia, contenido, si recuerda haber tenido orgasmos durante ellos, se pregunta por los sueños eróticos en momento actual. Lecturas, películas, videos: se interroga respecto al tipo de material observado, frecuencia y reacciones.

Autoerotismo: edad en la cual inició esta práctica, si fue de manera casual que lo descubrió, o por información de otro, frecuencia al inicio y actual, reacciones, experiencias particularmente traumáticas con referencia a la masturbación.

Relaciones sexuales: pregunta por la primera relación sexual, edad, pareja, frecuencia y evolución posterior, circunstancias y dificultades. Relaciones actuales: edad de inicio de la relación actual, están casados, desde cuándo viven juntos, iniciaron relaciones durante el noviazgo, duración del noviazgo, frecuencia de las relaciones actuales, circunstancias y dificultades (cansancio), lugar, horario, iniciativa, costumbre, obligación conyugal, actitud pasiva o activa, hace cuánto tiempo apareció la dificultad, frecuencia de relaciones después del surgimiento de la dificultad, frecuencia deseada por el consultante y por la pareja.

Factores de sensibilidad: se interroga si se siente atractivo, se preocupa por la presentación e higiene, le atrae su pareja, si le molesta algo de la pareja. Se pregunta si tiene habilidades para las caricias o si su pareja las tiene.

Técnicas sexuales: se averigua por el tipo de caricias, manuales, bucales, duración, si hay erección, orgasmo, si emplean diferentes posiciones, métodos anticonceptivos. Al final de la consulta se pregunta por la existencia de experiencias sexuales traumáticas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abdo, C. (2015). *Avances en Sexología Médica*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Álvarez-Gayou Jurgenson, J. L. (2011). *Sexoterapia integral*. México D. F., México: Editorial El Manual Moderno.
- Alvarez, N. S., Quiñones, A. S., Plascencia, Á. N. I., Sauri, S. S. & Núñez, O. L. (2007). Impacto de la disfunción sexual en la calidad de vida en pacientes con Esclerosis Múltiple. *Rev Mex Neuroci.*, 8(2), 142-149.
- Arnulf, I., Lin, L., Gadoth, N., File, J., Lecendreux, M., Franco, P. & Mignot, E. (2008). Síndrome de Kleine Levin: un estudio sistemático de 108 pacientes. *American Neurological Association*, 1, 482–493. <https://doi.org/10.1002/ana.21333>
- Bhatia, M. S., Gautam, P. & Saha, R. (2016). Leriche syndrome presenting as depression with erectile dysfunction. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 10(3), VD01–VD02. <https://doi.org/10.7860/JCDR/2016/15300.7407>.
- Cabello, F. (2010). *Manual de sexología y terapia sexual* (1st ed.). Málaga, España: Síntesis, Ed.
- Carlat, D. J. (2016). *La Entrevista Psiquiátrica y el Examen Mental* (4th ed.). Boston: Wolters Kluwer.
- Castelo-Branco, C. & Molero Rodriguez, F. (2019). *Manual de Sexología Clínica* (1st ed.). Madrid, España: Panamericana.
- Ceballos, M. del P., Álvarez-Villarraga, J. D., Silva-Herrera, J. M., Uribe, J. F. & Mantilla, D. (2015). Guía de disfunción eréctil. Sociedad Colombiana de Urología. *Urología Colombiana*, 24(3), 185.e1-185.e22. <https://doi.org/10.1016/j.uroco.2015.04.006>.
- Fisch, R., Weakland, J. H., Segal, L. & Segal, L. (1994). *La táctica del cambio: cómo abreviar la terapia* (3rd ed.). Barcelona, España: Herder, Ed.
- Ishak, W. W. (2017). The Textbook of Clinical Sexual Medicine. In W. W. Ishak (Ed.), *The Textbook of Clinical Sexual Medicine*. Springer International Publishing.
- Kaplan, H. S. (1974). *The new sex therapy*. New York: Bruner/Mazel & Quadrangle/The New York Times Book Co, eds.
- Malavige, L. S., Jayaratne, S. D., Kathriarachchi, S. T., Sivayogan, S., Ranasinghe, P. & Levy, J. C. (2014). Erectile dysfunction is a strong predictor of poor quality of life in men with Type 2 diabetes mellitus. *Diabetic Medicine*, 31(6), 699–706. <https://doi.org/10.1111/dme.12412>.
- Martínez-Jabaloyas, J. M. (2010). Disfunción eréctil de origen hormonal. *Archivos Españoles de Urología*, 63(8), 621–627.

- Masters, W. H. & Johnson, V. E. (1978). *Incompatibilidad Sexual Humana*. Buenos Aires: Intermédica, ed.
- Montorsi, P., Ravagnani, P. M., Galli, S., Rotatori, F., Veglia, F., Briganti, A., ... Fiorentini, C. (2006). Association between erectile dysfunction and coronary artery disease. Role of coronary clinical presentation and extent of coronary vessels involvement: The COBRA trial. *European Heart Journal*, 27(22), 2632–2639. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehl142>
- Morley, J. E., Kaiser, F. E., Perry, H. M., Patrick, P., Morley, P. M. K., Stauber, P. M., ... Garry, P. J. (1997). Longitudinal changes in testosterone, luteinizing hormone, and follicle-stimulating hormone in healthy older men. *Metabolism: Clinical and Experimental*, 46(4), 410–413. [https://doi.org/10.1016/S0026-0495\(97\)90057-3](https://doi.org/10.1016/S0026-0495(97)90057-3).
- Norfolk, T., Birdi, K. & Patterson, F. (2009). Developing therapeutic rapport: A training validation study. *Quality in Primary Care*, 17(2), 99–106.
- Odriozola, A. A., Quintanilla, M. G., Arias, J. G. P., Tamayo, A. L. & González, G. I. (2010). Disfunción eréctil de origen vascular. *Archivos Españoles de Urología*, 63(8), 611–620. <https://doi.org/10.4321/s0004-06142010000800007>.
- Soto-Campos, J. G., Rojas-Villegas, J., Padilla-Galo, A., Marina-Malanda, N., Garcia-Rivero, J. L., Pinedo-Sierra, C., ... Pascual-Erquicia, S. (2017). Impacto del asma en la vida sexual de los pacientes. Un estudio de casos y controles. *Archivos de Bronconeumología*, 53(12), 667–674. <https://doi.org/10.1016/j.arbres.2017.05.011>
- Weinhardt, L. S. & Carey, M. P. (1996). Prevalence of erectile disorder among men with diabetes mellitus: Comprehensive review, methodological critique, and suggestions for future research. *Journal of Sex Research*, 33(3), 205–214. <https://doi.org/10.1080/00224499609551836>.
- Zhao, S., Tang, Z., Xie, Q., Wang, J., Luo, L., Liu, Y., ... Zhao, Z. (2019). Association between epilepsy and risk of sexual dysfunction: A meta-analysis. *Seizure*, 65, 80–88. <https://doi.org/10.1016/j.seizure.2019.01.004>.

CAPÍTULO 2

Consideraciones éticas en la consulta sexológica

Adriana Arcila Rivera

“Sin embargo es curioso observar cómo nos encontramos, incluso dentro de las corrientes de la sexología, con dos grandes pistas. Una que quiere hacer de la sexualidad una dinámica personalista y darle un sentido. Otra que considera la sexualidad como funcional y productora de placer. Europa es más partidaria de la primera. América de la segunda”

-Amezua, 1976- (Malón, 2016)

En la consulta sexológica el médico se encuentra frecuentemente frente a dilemas o cuestionamientos éticos que pueden ser causa del problema que motiva la consulta, o bien pueden agravarlo o dificultar la terapia. Por esta razón, el médico sexólogo debe contar con sólida formación en el campo de la ética. En la actualidad, se consideran dos importantes teorías éticas dentro del campo. Por un lado, está la ética del deber o deontológica, entre las que se está la ética utilitarista de John Stuart Mill y la ética deontológica de Immanuel Kant. Por otro lado, está la ética de la virtud cuyos principales exponentes son la ética aristotélica propuesta por Elizabeth Anscombe, así como la de filósofos como Aladair MacIntyre, Rosalind Hursthouse, Martha Nussbaum, entre otros.

Las éticas deontológicas se construyen en torno a las normas, a las leyes. Anscombe (2005) las denomina legalistas, o anglosajonas (por sus creadores). También se les conoce como éticas del acto. Opuestas a ellas están las éticas de la virtud o del agente (Hoyos, 2007). Las éticas de la virtud se construyen a partir del modelo teleológico de ser humano que busca la excelencia, la virtud. A cada modelo corresponde una noción “del buen ser humano”, en el primero significa cumplir la ley, en el segundo ser virtuoso, buscar la excelencia. Mientras las primeras señalan cómo debo actuar, las segundas interrogan respecto a qué ser humano quiero llegar a ser.

Massini (2015) citando a Anscombe (2005) explica acerca del surgimiento de las éticas del deber a partir del cristianismo, el cual desde estableció la Torá dictó un modelo de normas: “es correcto”, “está obligado”, “debe”. La trasgresión de las normas recibió el nombre de pecado, culpa; significados que se trasladaron al campo jurídico con las denominaciones de incorrecto, ilícito, ilegal. Sin embargo, en la modernidad, a medida que la sociedad se volvió secular y el concepto de un Dios legislador perdió fuerza, los conceptos correctos, incorrecto, obligación, deber, solo son aplicables a los creyentes y para el resto son conceptos vacíos. Anscombe afirma que la palabra “deber” tiene “una fuerza meramente hipnótica, ...una palabra que mantiene la sugestión de poseer fuerza, y que es apta para producir un efecto psicológico fuerte, pero que, no obstante, ya no significa ningún concepto real” (citado en Massini 2015, p28).

Ya en la modernidad se empezaron a formular modelos éticos sin un dios legislador tanto en la búsqueda de normas en la naturaleza como en ideologías contractualistas, en la razón como legislador y en la legislación para el logro de la felicidad como en el utilitarismo. Cada teoría ofrece contribuciones para la convivencia social; no obstante, también tienen limitaciones dado que es problemático encontrar una teoría que pueda ofrecer mejores respuestas ante dilemas o conflictos referentes al comportamiento sexual.

En la motivación para actuar correctamente subyace el deseo de no ser despreciado por el grupo, de ser aceptado y de pertenecer; somos conscientes de que la subsistencia como individuos y como especie depende de ello. “Sin duda que está genéticamente condicionado el que los individuos de la especie humana tengan un sentimiento de valor propio, importante para su afirmación vital, y para ello es esencial la conciencia de valor social y, luego, y en especial, también de valor moral” (Tugendhat, 2002, p.147).