



Disfunciones sexuales de origen no orgánico

P. J. CAÑONES GARZÓN, J. AIZPURI DÍAZ, J. A. BARBADO ALONSO, A. FERNÁNDEZ CAMACHO, F. GONÇALVES ESTELLA, J. J. RODRÍGUEZ SENDÍN, I. DE LA SERNA DE PEDRO, J. M. SOLLA CAMINO

Grupo de Habilidades en Salud Mental de la SEMG.

Es habitual que los pacientes con un trastorno de su vida sexual lo atribuyan a procesos orgánicos y, por ello, es frecuente que acudan a la consulta del médico general en busca de ayuda. Abordar estas quejas, tan antiguas como el ser humano, llena siempre a los médicos de desasosiego.

Posiblemente estemos ante uno de los problemas de Salud Mental que nos pasan más desapercibidos o en los que menos queremos profundizar. Al menos con relación a las disfunciones más frecuentes, debemos conseguir la habilidad de investigar desde el inicio de la entrevista clínica, que debe incluir una adecuada anamnesis obligadamente discreta.

Las disfunciones sexuales abarcan diferentes formas de incapacidad para participar en una relación sexual deseada. Según los casos, se trata de una falta de interés, una imposibilidad de sentir placer, un fracaso en la respuesta fisiológica necesaria para una interacción sexual (por ejemplo, erección) o una incapacidad para controlar o sentir el orgasmo.

Puesto que la respuesta sexual es un proceso psicosomático, lo normal en la etiología de las disfunciones sexuales es que estén implicados tanto factores psicológicos como somáticos. Aunque en algunos casos es posible identificar inequívocamente una etiología psicógena u orgánica, lo más frecuente, en especial en problemas como la ausencia de erección o la dispareunia, es que resulte difícil estar seguro de la importancia de unos u otros.

Excepto en el caso de la eyaculación precoz, los trastornos sexuales no suelen aparecer de forma aislada. En ocasiones constituyen manifestaciones de enfermedades somáticas diversas, como hipertensión arterial o diabetes mellitus. Otras veces están relacionados con problemas psicológicos o psiquiátricos: es el caso del alcoholismo, cuadros depresivos o ansiosos y raramente brotes esquizofrénicos. También es frecuente que sean reflejo de dificultades de relación interpersonal o de un intenso estado de estrés.

Algunos tipos de disfunción se presentan tanto en varones como en mujeres: la falta de deseo sexual, por ejemplo. No obstante, las mujeres tienden a presentar con mayor frecuencia quejas sobre la calidad subjetiva de la experiencia sexual (que no sea placentera o interesante, por ejemplo), en lugar de fracasos en una respuesta específica. La queja de disfunción orgásmica no es rara, pero es necesario tener en cuenta que, cuando un aspecto de la respuesta sexual femenina se ve afectado, es muy posible que haya otros que estén también deteriorados. Si una mujer es incapaz de sentir orgasmos, es frecuente que tampoco disfrute con otros aspectos del juego amoroso y pierda también gran parte de su apetito sexual; cuando los varones se quejan del fracaso en una respuesta específica, tal como la obtención de la erección o eyaculación, suelen referir que, a pesar de estos fracasos, su apetito sexual persiste. Por lo tanto, antes de hacer un diagnóstico es necesario explorar detenidamente cada trastorno, sin quedarse únicamente en el síntoma que motiva la consulta.

■ EPIDEMIOLOGÍA

La mayoría de los estudios epidemiológicos se refiere a la impotencia masculina. Dada la escasa frecuencia con que los afectados consultan por este problema, los resultados obtenidos son efectivamente muy parciales. Lo habitual es que el paciente acuda al médico cuando el problema persiste desde largo tiempo y es un hecho la repercusión sobre su vida afectiva. Las impotencias son yatrogénicas en la cuarta parte de los casos, psicógenas en el 14%, neurológicas en el 7% y urológicas en el 6%. Un tercio de los impotentes puede sufrir cuadros depresivos, otro tercio cuadros ansiosos y el resto no experimentar repercusiones psicológicas.

Una estimación necesariamente sesgada lleva a calcular que globalmente este tipo de trastornos afecta al 15-20% de la población. Algunos trabajos han determinado que un tercio de ellos es de origen orgánico, otro tercio psicógenas y el resto de adscripción dudosa.

■ ABORDAJE EN MEDICINA GENERAL

En primer lugar deben excluirse todas las posibles causas de origen orgánico en función de la edad y el sexo del paciente. Las más frecuentes son diabetes mellitus, insuficiencia renal, hipertensión arterial, hiperprolactinemia, hipercolesterolemia, lesiones medulares y raquídeas, cirugía y radioterapia.

En segundo lugar debe indagarse sobre los aspectos psíquicos del problema consultado a partir de preguntas ordenadas de forma rigurosa, sistemática y evitando todo juicio moral o apariencia de mera curiosidad. No hay que olvidar que, en pacientes con una inhibición global de la sexualidad, la dificultad para la práctica de actividad sexual es la expresión de trastornos psiquiátricos graves; por ello, es indispensable huir de anamnesis de tipo intrusivo, pues puede descompensar la frágil estructura psicológica de este tipo de pacientes. Los siguientes son aspectos psíquicos que deben ser valorados de forma metódica en toda disfunción sexual:

- Ansiedad de actuación: se refiere a la ansiedad asociada al miedo al fracaso durante la actividad sexual o a la ansiedad de no ser capaz de llevar a cabo el coito de acuerdo con las expectativas de la pareja.
- Ignorancia y errores sexuales: incluyen expec-

tativas poco realistas sobre sí mismos, sus parejas o el cumplimiento del papel sexual supuestamente asignado, junto a desconocimiento de la anatomía sexual y de alternativas satisfactorias al acto sexual.

- Dificultades en las relaciones: especialmente problemas de comunicación de la pareja ante la existencia de elementos perturbadores de la relación (dificultades laborales, deudas contraídas...).

- Baja autoestima: da lugar a una disfunción sexual si se asocia a la presencia de una pareja poco complaciente, que ignora sus motivaciones en la relación sexual.

- Actitudes negativas en relación con la actividad sexual: la excesiva rigidez en los puntos de vista acerca de la misma puede crear profundos bloqueos; las creencias religiosas o la educación recibida influyen con frecuencia de forma decisiva en los patrones de expresión de la actividad sexual y deben ser examinados atentamente.

- Circunstancias adversas: existen factores ambientales que contribuyen a mantener las dificultades sexuales, tales como condiciones domésticas opresivas, ambiente excesivamente concurrido que dificulta la intimidad o incapacidad para poner los medios que tiendan a conseguirla, niños pequeños que no duermen, presiones financieras o laborales...

En cualquier caso, hay que tener siempre presente que la derivación a psiquiatría es un recurso necesario en muchos de estos pacientes.

■ TIPOS DE TRASTORNOS

Seguiremos la clasificación tradicional que se ocupa de las disfunciones según el momento del acto sexual al que afectan: deseo, excitación, penetración, orgasmo y resolución. Es bastante frecuente que coexistan alteraciones en varias de las etapas.

Disminución o ausencia del deseo y del placer

Se basa en una impresión subjetiva de insatisfacción de la vida sexual que puede ser reflejo de otra disfunción sexual. No obstante, conviene recordar que no toda disminución del deseo sexual traduce una situación patológica: una de cada tres parejas estables no mantiene relaciones sexuales más de una vez al mes y en la mayoría de los casos esto no implica ningún tipo de sufrimiento.

Es importante distinguir la simple disminución



del deseo sexual de la evitación persistente del contacto genital.

En el primer caso, cuando es transitoria y no se asocia a ninguna otra disfunción sexual, se debe casi siempre a agotamiento físico, estrés psíquico, condiciones sociales difíciles, problemas de pareja, abuso de alcohol y efectos indeseados de medicamentos (betabloqueantes adrenérgicos, fármacos antihipertensivos de origen central, antiandrógenos...).

En el segundo se producen actitudes permanentes de evitación del contacto sexual. Es muy frecuente en el caso de:

- Traumatismos sexuales: violación, abusos sexuales en la infancia, dispareunia.
- Psicastenia: pobreza de relaciones afectivas en el marco de la pareja, lo que implica una falta de interés por el otro; suele asociarse a inhibición sexual global.
- Fobias: miedo racionalizado a la relación física (temor a contraer enfermedades de transmisión sexual); suele acompañarse de una marcada tendencia a la masturbación.
- Personalidades histéricas: son persistentes las conductas de seducción con posterior y violento rechazo del contacto sexual; se trata de una inhibición sexual que contrasta con la hipersexualización de toda su actividad social.

Impulso sexual excesivo

Tanto los varones como las mujeres pueden quejarse ocasionalmente de un impulso sexual excesivo y vivirlo como un problema, generalmente durante la fase de la adolescencia o en el comienzo de la edad adulta.

Cuando este problema se plantea en una pareja estable (a lo largo del tiempo se ha ido desarrollando un desequilibrio entre la oferta y la demanda sexual entre sus miembros), la primera consideración habrá de consistir en comprobar si dicho problema es vivenciado por ambas partes con igual intensidad y si el trastorno de alguno de los miembros puede dañar de manera importante al otro (ninfomanía declarada, con relaciones sexuales semipúblicas y constantes en su propio entorno social, en el caso de la mujer; constantes infidelidades por parte del varón en el mismo contexto), lo cual constituye un motivo de derivación inaplazable al especialista.

Las personas aquejadas por este trastorno y que no mantienen una relación sexual estable también deben ser remitidas al especialista; no obstante, pare-

ce que los tratamientos con antidepresivos, especialmente los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), pueden ayudar a moderar las manifestaciones del cuadro.

Trastorno de la excitación en la mujer

Se puede calcular que un tercio de las mujeres con buena convivencia de pareja no consigue una excitación sexual satisfactoria durante las relaciones físicas.

Se trata de la dificultad para obtener una lubricación vaginal adecuada que ayude a que el coito sea placentero hasta el final. No suele ser un problema aislado, sino que se acompaña por trastorno del deseo o del orgasmo o por dispareunia. Es mucho más frecuente durante el climaterio.

No se ha hallado una correlación aceptable entre el trastorno y los niveles hormonales, por lo que todo hace pensar que se trata, entre otras cosas, de un temor exagerado al coito, algo que, por supuesto, no explica completamente el problema.

Trastorno de la excitación en el hombre: impotencia

La impotencia afecta a una proporción creciente de hombres conforme avanza la edad. Se calcula que hasta los 40 años es padecida por el 4%; a partir de esa edad puede hallarse en el 40%, después de los 50 en el 50%, después de los 70 en el 70%.

En muchos casos se trata de una impotencia funcional secundaria inducida por el temor a padecerla. No obstante, el origen orgánico está presente en algo más de la quinta parte de las impotencias.

La impotencia psicógena se define como la incapacidad recurrente o prolongada para conseguir la erección necesaria que permita la penetración o la realización completa del coito. Se trata de una afección fácilmente detectable por simple anamnesis:

- Patología orgánica nimia o inexistente.
- Circunstancias vitales favorecedoras (infidelidad, cambio de pareja...).
- Presencia de erecciones matutinas o durante las fases de sueño paradójico.
- Erecciones completas con la masturbación.
- Impotencia selectiva en función de la pareja.

Impotencias primarias

Se dan en varones jóvenes con inhibición global de la sexualidad; en muchos casos la masturba-

ción es la única expresión posible de la misma, lo cual se acompaña de un fuerte sentimiento de culpabilidad. Ni siquiera hay antecedentes de poluciones nocturnas ni de ensoñaciones eróticas. El paciente elabora razones hipocondríacas, como el temor a contraer enfermedades venéreas, al fracaso, al ridículo o a no estar dotado de un pene de suficiente tamaño o de forma adecuada.

En raros casos puede ser la primera manifestación de un brote psicótico; eso obliga a que, ante la menor duda, cualquier varón joven afectado de una impotencia psicógena primaria sea derivado de forma inexcusable al psiquiatra.

Impotencias secundarias

Son las sobrevenidas tras un período de actividad sexual considerada más o menos satisfactoria por el paciente. Es habitual la presencia de acontecimientos vitales recientes que puedan haber influido de forma determinante en la génesis del trastorno; entre otras:

- Infidelidad.
- Conflicto conyugal.
- Estrés profesional.
- Pérdida del trabajo.
- Jubilación reciente.
- Separaciones prolongadas de la pareja.

También es importante valorar la probable existencia de enfermedades mentales, como por ejemplo:

- Depresión.
- Hábito alcohólico antiguo.
- Consumo de otros tóxicos.
- Síndrome de abstinencia por cualquiera de ellos.

- Neurosis de cualquier tipo.

En las impotencias secundarias constituyen factores pronósticos de buena evolución:

- Impotencia parcial.
- Impotencia ligada exclusivamente a la relación con determinada pareja.
- Largo período previo de vida sexual satisfactoria.
- Aparición reciente del trastorno, sin impacto grave sobre el individuo.
- Varón con pareja estable.
- Buena relación conyugal en edades jóvenes.
- Mujer colaboradora: comprensiva y no culpabilizadora.
- Frecuencia regular de la actividad sexual, aunque ésta sea insatisfactoria.

La expresión negativa de cualquiera de los factores anteriores orienta hacia una mala evolución del trastorno.

Vaginismo psicógeno

Se trata de un espasmo muscular de la pared pelviana que rodea la vagina, lo que causa una oclusión de la abertura vaginal. En tal caso la entrada del pene es imposible o muy dolorosa.

Puede ser una reacción secundaria a alguna causa local de dolor, pero, sin duda, no es lo más frecuente.

Dispareunia psicógena

Se presenta tanto en mujeres como en varones. A menudo puede ser atribuida a una patología local, pero en los casos en que no hay ninguna causa orgánica suelen ser frecuentes los trastornos psicógenos. La definición de dispareunia comporta haber excluido antes cualquier otra disfunción sexual (vaginismo, sequedad vaginal...).

Algunos trastornos psicógenos pueden impedir el coito en la mujer, en el hombre o en ambos. En la mujer es frecuente el deseo sexual inhibido, la evitación fóbica del coito por trastornos de angustia o por fobia simple, un conflicto inconsciente en torno a la sexualidad, los delirios psicóticos en torno a la penetración y la evitación intencionada de la cópula; en el hombre, el deseo sexual inhibido, la ansiedad ante la penetración sexual, la evitación fóbica del coito, un conflicto inconsciente en torno a la sexualidad, delirios psicóticos sobre la penetración (vagina dentada), la evitación intencionada del coito y el retraso mental.

Existen problemas de convivencia y de relación (técnica sexual deficiente, falta de información, ausencia de comunicación conyugal, disarmonía grave de pareja, interpretaciones neuróticas, fantasías sexuales incompatibles, homosexualidad latente en cualquier miembro de la pareja...) y situaciones de alcoholismo o de abuso de sustancias.

Trastornos del orgasmo y la eyaculación

Consisten en la ausencia de orgasmo o en su presentación demasiado prematura o demasiado tardía tras un período de excitación considerado como normal en duración e intensidad.



La ausencia de orgasmo en las mujeres alcanza cifras que rondan el 35-40% a los 35 años cuando no tienen pareja estable, mientras que se estima que se da en un 5-25% de las que la tienen. La eyaculación precoz afecta a un tercio de los hombres y representa el más frecuente motivo de consulta de los varones con disfunciones sexuales.

Resulta difícil evaluar la prevalencia del orgasmo prematuro femenino o de la eyaculación tardía en el hombre, posiblemente debido a su escasa frecuencia.

Anorgasmia femenina

La mujer no alcanza el orgasmo por penetración vaginal ni por estimulación clitorídea. Es frecuente su asociación con una mala relación conyugal.

La anorgasmia mejora en las mujeres con pareja estable a partir de los 35 años de edad, probablemente por la disminución de la inhibición psíquica y por el incremento de experiencia sexual.

Eyaculación precoz

Se considera normal en el adolescente y con ocasión de las primeras relaciones con una nueva pareja, pero debe ir desapareciendo progresivamente. Su persistencia puede dar lugar a agresividad contra la pareja por el desarrollo de sentimientos de culpabilidad y humillación acompañados de sufrimiento psicológico.

Se sabe que es un trastorno condicionado por factores educacionales, culturales y religiosos; posteriormente, es importante la actitud de la pareja, que puede colaborar a atenuar o a mantener la disfunción.

Eyaculación tardía

Es una disfunción muy rara. Los varones aquejados alcanzan el orgasmo sólo tras elaboraciones psíquicas o prácticas sexuales complejas y en ocasiones perversas.

Puede aparecer en individuos psicasténicos o con trastorno obsesivo-compulsivo. Es un efecto indeseable muy frecuente de algunos medicamentos, como los ISRS.

Trastornos yatrogénicos

Se puede asegurar que una cuarta parte de las impotencias tiene su origen en efectos indeseables de

ciertos fármacos, lo que convierte a la yatrogenia en la primera causa de las mismas. Sin embargo, conviene no olvidar que es difícil separar el efecto yatrogénico propiamente dicho del producido por la patología de base, especialmente en el caso de trastornos psiquiátricos y cardiovasculares.

Sin tratar de ser exhaustivos, a continuación se exponen las causas medicamentosas que dan lugar a algunas disfunciones sexuales:

- La deficiente lubricación vaginal se ha relacionado con fármacos de efecto antihistamínico y anticolinérgico (tricíclicos, neurolépticos, IMAO).
- La impotencia puede ser ocasionada por tricíclicos, IMAO, neurolépticos (fenotiacinas, sulpiride, reserpina), litio, antihipertensivos (clonidina, verapamil, betabloqueantes), antiandrógenos (acetato de ciproterona, espironolactona) y antagonistas de receptores H₂ (cimetidina, ranitidina, famotidina).
- La anorgasmia femenina se ha relacionado con el consumo de tricíclicos (imipramina y clomipramina, especialmente), IMAO, ISRS y neurolépticos (tioridacina, trifluoperacina).
- La eyaculación tardía es frecuente en quienes consumen tricíclicos, ISRS y neurolépticos (tioridacina).
- Se ha descrito falta absoluta de eyaculación tras tratamiento con tricíclicos.

■ QUÉ HACER

Es muy importante que la relación terapéutica dé lugar a una actitud de absoluta confianza por parte del paciente, pues resultará esencial para el éxito de la intervención. Los comentarios o consejos son elementos eficaces en el inicio del tratamiento y nadie se encuentra en mejor situación profesional para ello que el médico general.

La estrategia general de manejo irá encaminada a desdramatizar y a limitar el sentimiento de culpabilidad. Debe empezarse por una anamnesis exhaustiva y una exploración clínica minuciosa para descartar cualquier causa orgánica.

En ocasiones, los datos recogidos permiten considerar que no existe ningún tipo de disfunción sexual, ya que frecuencia, desarrollo y satisfacción de la pareja pueden ser considerados como normales. Con prudencia y firmeza, la opinión del médico en estos casos suele bastar para transmitir tranquilidad al paciente; no obstante, a veces no es suficiente para

convencerle, bien porque padece un trastorno psicológico asociado, bien porque su actividad sexual no le parece satisfactoria. Convendrá, entonces, no tratar de restar importancia al problema y tomar en consideración la sensación subjetiva del paciente, por absurda que pueda parecer: evidentemente la disfunción sexual existe.

La mayoría de estos pacientes acude a su médico en busca de soluciones rápidas y eficaces. Es necesario dejar claro desde el principio que no existen tratamientos instantáneos ni milagrosos.

Es importante calmar lo antes posible las tensiones o la agresividad derivada del sufrimiento sentido, origen de situaciones conyugales dramáticas y con alto riesgo de convertirse en trágicas.

Las prescripciones llamadas paradójicas consiguen a veces mejorar sustancialmente la disfunción: limitar la práctica sexual hasta tanto haga efecto el tratamiento puede aliviar al paciente o incitarle a transgredir positivamente la prescripción médica.

Hay que tratar los factores orgánicos que colaboran en la aparición y mantenimiento de la disfunción sexual y retirar o sustituir los fármacos que pudieran ser desencadenantes de la misma.

■ TRATAMIENTO

Medidas generales

La esencia del tratamiento de la disfunción sexual es facilitar la comunicación entre ambos miembros de la pareja, especialmente en lo concerniente a sus deseos, respuestas y dificultades sexuales. Hay que considerar también que el enfoque será distinto si se trata de un individuo solo o de una pareja más o menos estable.

En el primer caso lo primordial será asegurarse de que posee una correcta información sexual, tras lo cual se ha de proceder a enseñar técnicas de relajación que le permitan desarrollar un impulso sexual mayor.

En el segundo caso el tratamiento habrá de ser estructurado en función del tipo de problema planteado y observando siempre los siguientes principios:

- Hay que tratar la relación entre dos personas y no cada individuo por separado.
- La comunicación interpersonal es de una importancia vital y a ello se debe prestar una especial atención.

- La actividad sexual entre dos personas es una forma de expresión mutua y generosa de sus sentimientos más profundos y su objetivo es proporcionar placer al otro; la consecuencia de ello será recibirlo al mismo tiempo.

- No hay que esforzarse en lograr respuestas físicas especiales, tales como la erección o el orgasmo; éstos pueden derivarse de las técnicas recomendadas a los pacientes, pero no deben constituir los objetivos finales, ya que podrían bloquear el disfrute de una vida sexual relajada y satisfactoria.

En general, todos los autores coinciden en que estas disfunciones sexuales tienen un fondo de ansiedad generalizada, de fobias o de pánico. Por tanto, el tratamiento médico inicial es el propio de cada una de ellas.

Eyacuación precoz

Por ser un problema de gran frecuencia y de fácil solución en el contexto de nuestra práctica clínica diaria, detallaremos con más precisión su tratamiento, ya que se trata de un cuadro clínico en ocasiones excesivamente vulgarizado.

Se utiliza el procedimiento de parar y empezar, que incluye a la mujer manipulando el pene hasta el punto justo antes de que la eyacuación se haga inevitable; en ese momento el hombre pide que se detenga y el proceso se repite muchas veces, con lo que se consigue un incremento gradual del control eyaculatorio. Cuando el varón ha adquirido confianza en que podrá retrasar la eyacuación de una forma efectiva, se practica la penetración vaginal utilizando la posición con la mujer encima, por periodos aumentados gradualmente; es decir, la penetración se realiza después de varias sesiones iniciales (lo prudente es efectuarlas, al menos, durante quince días) sin exigirla.

Si al principio el ritmo terapéutico no es del todo satisfactorio, se puede utilizar la técnica del apretón: se presiona fuertemente el pene entre el índice y el pulgar para evitar la eyacuación. Esta técnica puede ser utilizada por el hombre solo o por ambos, antes y durante la posición con la mujer encima; cuando se produzca la penetración vaginal, en el momento de llegar a la eyacuación se procede a retirar el pene y a emplear dicha técnica.

Otro método eficaz consiste en que, un momento antes de alcanzar la eyacuación, el hombre, con la mujer penetrada sobre él, suave, pero fir-



memente, se sujeta los testículos hacia atrás y cuidadosamente los empuja hacia abajo, lo que inhibe la eyaculación. Este método se basa en la observación de que durante la erección, y justo antes de la eyaculación, los testículos se elevan por razones desconocidas bajo el abdomen y giran ligeramente hacia adelante.

Se necesita mucha práctica con cualquiera de los dos procedimientos antes de que se obtenga la confianza suficiente en ser capaz de inhibir la eyaculación.

Fármacos

El tratamiento farmacológico sólo debe instaurarse tras evaluación cuidadosa y con el compromiso de reevaluaciones posteriores regulares en tanto se siga empleando. Es importante recordar que en el campo de las disfunciones sexuales es especialmente marcado el efecto placebo de cualquier medida, incluidas las farmacológicas.

En ocasiones, el efecto benéfico de la medicación tarda semanas en hacerse patente, algo de lo que debe ser informado puntualmente el paciente. A veces el efecto positivo inicial se invierte con ocasión de tratamientos prolongados. En cualquier caso, su indicación básica es la de ayudar al paciente a salir del marasmo fracaso-angustia y a recuperar la confianza.

Actualmente se emplean los siguientes fármacos:

- Eyaculación precoz: dosis bajas de neurolépti-

cos sedantes (tioridacina, 10 mg/día), antidepresivos tricíclicos (clomipramina, 20 mg/día) o ISRS (fluoxetina en gotas, 5-10 mg/día).

- Disminución de la libido y retraso en la eyaculación por antidepresivos (tricíclicos, ISRS): disminución progresiva del antidepresivo, asociación de ciproheptadina (efecto antihistamínico y serotoninérgico) o metilfenidato (efecto adrenérgico).

- Ansiedad o inhibición intensas en el momento de la relación: benzodiacepinas de acción rápida en dosis bajas antes de comenzar la estimulación.

- Impotencia: yohimbina, 6 mg/8 horas (efecto alfabloqueante).

- Sequedad vaginal: lubricantes vaginales.

- Miedo al fracaso: benzodiacepinas de acción rápida en dosis bajas antes de comenzar la estimulación.

■ CUÁNDO DERIVAR

Es obligada la derivación al especialista cuando:

- La disfunción sexual es una manifestación de una problemática psíquica compleja que el paciente no podrá resolver sin ayuda específica.

- Paradójicamente, el paciente no tiene interés en resolver el problema por el que ha consultado.

- Se asocia patología neurótica relevante.

- Las estrategias puestas en práctica por el médico general no consiguen el resultado esperado.

- Siempre que se estime necesario cualquier tipo de terapia de apoyo (individual o de pareja).

■ BIBLIOGRAFÍA

1. Aizpiri Díaz J, Barbado Alonso JA, Coronado Romero D, Fernández Camacho F, Gonçalves Estella F, Rodríguez Sendín JJ, Serna de Pedro I, Solla Camino JM. Habilidades en Salud Mental para médicos generales, 2ª edición actuali-

zada, cap 28, pag 357-370. Sociedad Española de Medicina General. Madrid, 1996.

2. Otero A, Ballús C. Trastornos psicosexuales. En: Rozman C y otros (Eds): Farre-ras-Rozman: Medicina Interna, 13ª edi-

ción, pag 1588-1589. Harcourt Brace. Madrid, 1995.

3. Sarfati Y. Trastornos sexuales y psiquiatría. En: Praxis Médica: clínica y terapéutica, vol VII, cap 7.981. Praxis Médica, SA. Madrid, 2000.