

Orientación e intervención en situaciones especiales

Lola Fernández Herrera.

M^a del Mar Padrón Morales.

Psicólogas. Especialistas en Educación y Terapia Sexual.

Introducción.

Con el término “situaciones especiales” se pretende hacer referencia a aquellas circunstancias que pueden ocurrir a lo largo del ciclo evolutivo de una persona y que, por sus características, llegan a producir crisis personales y conflictos profundos en las relaciones interpersonales y de parejas. Son numerosos los acontecimientos que se podrían encuadrar en esta descripción, pero en este trabajo se afronta la enfermedad crónica y las discapacidades físicas, situaciones que difieren, evidentemente, en el grado de problematización, pero que consideramos que comparten consecuencias muy similares; las razones que nos llevan a su abordaje son varias. En primer lugar, por sus repercusiones en la esfera sexual en sus dimensiones biológica, psicológica y social; en segundo lugar, porque, si los temas relacionados con la sexualidad, socialmente, todavía son considerados como “espinosos”, o “delicados”, mucho más lo son para personas enfermas o “inválidas”. Las actitudes sexofóbicas han sido, pues, las responsables de la exclusión de los aspectos sexuales de las personas afectadas y de la perpetuación de mitos y falsas creencias.

No pretendemos asociar el calificativo de “especial” con parámetros no normativos, o extraordinarios, pues precisamente la incidencia de personas con algún tipo de enfermedad crónica o una discapacidad física es alto, independientemente de la edad o del género; asimismo, el abordaje de las dificultades sexuales y el proceso de intervención no diferirán de las realizadas a personas que no se encuentren en este tipo de situaciones. Sin embargo, si algo tienen de especial es que, pese a su incidencia, las personas en estas situaciones se encuentran en muchas ocasiones desconcertadas, con falta de recursos y de apoyos para afrontar sus dificultades sexuales por la escasa investigación en estos temas, en especial en mujeres, precisamente por no considerar que la dimensión sexual forma parte también de la recuperación y del bienestar y satisfacción vital de la persona, en definitiva, de la calidad de vida.

Disertar si las enfermedades crónicas se debieran encuadrar dentro de las discapacidades físicas no es nuestro objetivo. San Martín (1984) define la enfermedad crónica como un “trastorno orgánico y funcional que obliga a una modificación del modo de vida *normal* del paciente y que ha persistido o es probable que persista durante largo tiempo” (la cursiva es nuestra).

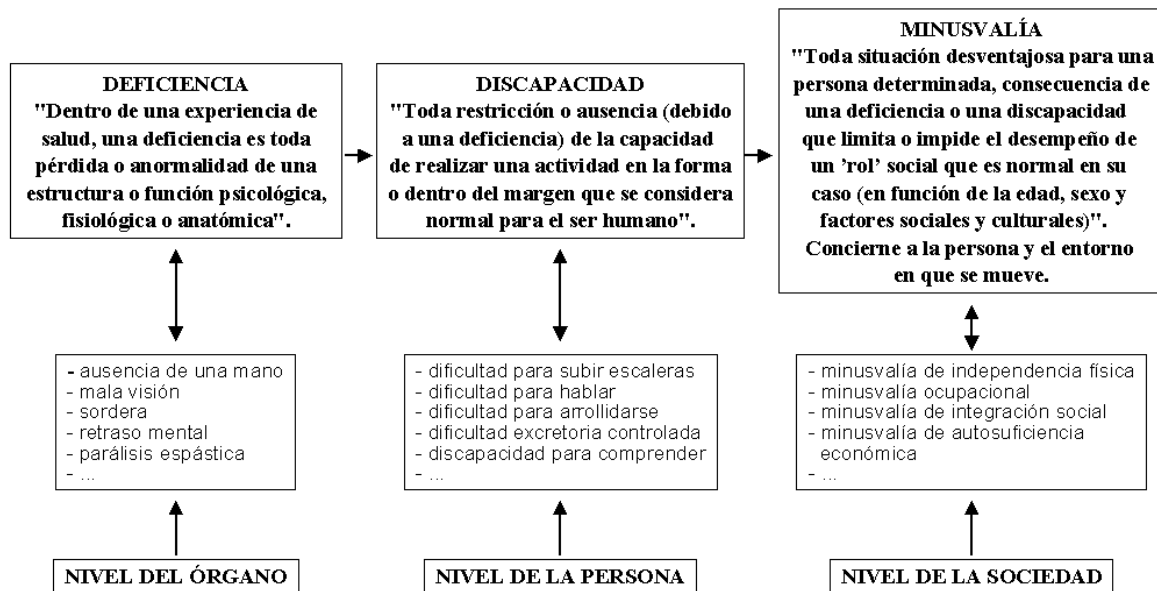
Siguiendo la *Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías*, que podemos ver en el **gráfico 1**, (aunque se empieza a utilizar la *Clasificación Internacional del Funcionamiento y la Discapacidad*, CIDDM-2, del año 2001, usando una terminología más universal, neutra e inclusiva) nos podremos hacer una idea de la estrecha relación que puede existir entre enfermedad crónica y discapacidad.

El estrés psicosocial y la enfermedad, la conducta de enfermedad y el afrontamiento, el apoyo social y la salud, las relaciones entre profesionales y pacientes, la calidad de vida y la relación entre pareja y enfermedad, son aspectos imprescindibles para entender el marco general de los procesos de enfermedad y discapacidad.

Debido a las limitaciones de este trabajo, remitimos al lector o lectora para su revisión a Rodríguez-Marín (1995), a Navarro (2000), y a Goleman (1996)

Gráfico 1.

Clasificación internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (1983).



Discapacidades físicas y repercusiones en la sexualidad.

El intentar establecer un abordaje sistemático de las discapacidades físicas resulta una tarea difícil y compleja, dado el grado de diversidad y pluralidad de trastornos y enfermedades que pueden ocasionar una afectación física; de ahí la dificultad para agruparlas y la existencia de múltiples clasificaciones en función de distintos criterios (Herren, 1965; Labregere, 1981; Aguado y Alcedo, 1995b). En esta revisión vamos a seguir la clasificación propuesta por Soto de Lanuza (1987), por ser sencilla y bastante operativa a la hora de agrupar las Discapacidades Físicas (D.F.) más significativas, partiendo de algunos *criterios* que permiten aproximarnos a la sexualidad de este colectivo y comprender las dificultades derivadas de su situación, tanto en el plano erótico, relacional o nivel de satisfacción.

Un primer criterio haría referencia al carácter *congénito o adquirido*, que precisa la temporalidad de la etiología y las distintas repercusiones según sea hereditaria o congénita, adquirida durante la infancia o con posterioridad. El inicio de la discapacidad es un hecho importante a tener en cuenta, pues dependiendo del momento del ciclo vital en que apareció el handicap, quedará afectada la sexualidad en sus diversas dimensiones. En este sentido, se establece el antes o después de la pubertad como elemento diferenciador, en cuanto a limitaciones sexuales, por la importancia dada al aprendizaje y desarrollo psicosexual durante la

infancia (oportunidad de juegos sexuales, educación proteccionista, actitudes aprendidas) y su influencia en la vida adulta, quedando demostrado que las experiencias y vivencias afectivas y sexuales premórbidas son decisivas para un posterior reajuste psicosexual.

Otro criterio muy relacionado también con la etiología alude al *carácter estático o progresivo* de una discapacidad, por su influencia en la autoestima de la persona y en sus relaciones de pareja; en este caso, las D.F. progresivas son tremendamente impactantes generando, tanto en la persona como en su pareja, reacciones emocionales como miedo, ira, depresión, frustración, implicando graves desajustes en la sexualidad en todos sus aspectos.

Por otro lado, el grado de *evidencia de la lesión* o enfermedad es un criterio importante para entender hasta que punto la persona con discapacidad se considera así misma como un ser sexuado, con necesidades y deseos. Hace alusión a la localización o zona afectada y al grado de notoriedad y de afectación visible. La transmisión social de lo considerado “normal” o “anormal” en sexualidad ha sido bastante reduccionista y, por supuesto, las personas con minusvalías no entran en el cliché normativo, y mucho menos si sus deficiencias son bastantes evidentes a los ojos de la sociedad (parálisis cerebral, lesión medular, enfermedades neuromuscular...); de otra parte, los mensajes de “asexuados” o “no necesitados de” van generando en la persona discapacitada una conciencia de infravaloración de su propia imagen y su capacidad sexual, reforzándose de esta manera los mitos en torno al minusválido.

En función de los criterios expuestos, se reseña una clasificación de las D.F., que atendería a tres grupos principalmente:

- D.F. de nacimiento o adquiridas durante la infancia temprana (lesión cerebral, espina bífida, ceguera, cardiopatías...)
- D.F. adquiridas después de la pubertad, pero que no son progresivas (lesión medular, amputaciones, poliomielitis...)
- D.F. adquiridas después de la pubertad, pero que son progresivas (distrofia muscular, esclerosis múltiple, renopatías terminales...)

Queda patente pues, la variedad de trastornos, enfermedades o lesiones que generan una discapacidad; el abordaje exhaustivo de todos ellos es una tarea complicada, que se aleja de los objetivos de este seminario, por ello, nos centraremos en aquellas que consideramos más significativas por su mayor nivel de incidencia o por disponer de mayores estudios e investigaciones.

En nuestro interés por aproximarnos a la sexualidad de las personas con D.F. se hace necesario precisar que no existen suficientes datos, estudios e investigaciones, sobre todo de carácter longitudinal, que nos lleven a predecir exactamente como se verá afectada la dimensión sexual; se han realizado acercamientos y se ha puesto de manifiesto cómo determinadas lesiones o enfermedades afectan a la fisiología del ciclo de respuesta sexual (problemas de erección, de orgasmo, falta o dificultad en la lubricación, problemas con la eyaculación), pero es difícil su sistematización al depender de otros factores o variables, bien referente a la propia lesión (alcance de la misma, afectación concreta), o a características de la propia persona (nivel de maduración, afrontamiento hacia la enfermedad, grado de adaptación a la situación, nivel de información...) junto con el entorno en el que se desenvuelve; todas estas circunstancias hacen difícil establecer predicciones, o dar consejos estandarizados, aspecto que retomaremos posteriormente.

A continuación pasamos a su descripción (Hale, 1980; Kolodny et al., 1982), aproximándonos a las posibles repercusiones y alteraciones en la esfera sexual. Algunas son menos limitantes, afectando básicamente a los aspectos mecánicos de la relación, por limitación de movimiento, espasmos o debilidad muscular, aunque por el grado de notoriedad llevan implícitas una serie de variables psicológicas que la complican; otras, como la lesión medular, reduce drásticamente el horizonte sexual al quedar afectada la fisiología de la respuesta sexual, resultante bastante traumatizante por el modelo de sexualidad imperante en nuestra cultura.

- **Parálisis cerebral**

La parálisis cerebral es el resultado de un fallo en el desarrollo o de un daño en algunas células cerebrales, por diversas causas: accidentes, malformaciones fetales, partos, etc. Dependiendo de la localización cerebral del daño pueden aparecer distintas alteraciones, como problemas de coordinación de movimientos, espasmos y rigidez, problemas en la audición y visión, problemas con el lenguaje (conversación difícil), entre otros. Aparece, pues, una variedad de situaciones en función de la afectación:

A nivel sexual, no hay afectación directa de los órganos genitales; su libido permanece intacta, aunque el desempeño de conductas sexuales puede resultar algo incómodo por las limitaciones de movimiento, siendo especialmente dificultoso si la atetosis (movimientos torpes e incontrolados) o los espasmos (movimientos de manos, pies, piernas, rígidos y torpes) son graves.

Sus vivencias y manifestaciones eróticas estarán de algún modo mediatizadas por estas características, que se verán solventadas si la persona busca sus modos propios de expresión sexual; sin embargo los mayores problemas se relacionan con el establecimiento de parejas por las dificultades de socialización presente en algunas personas. La realidad sexual es diversa, desde personas con una vida sexual óptima y placentera, en pareja o no, hasta aquellas que por su propia deficiencia y, sobretudo, por la educación y mensajes recibidos, no se han permitido reconocerse y vivirse como personas sexuadas. Los prejuicios sociales y los estereotipos han marcado la expresión de la sexualidad de estas personas, eliminando su derecho a la salud sexual.

- **Secuelas de poliomieltis**

La poliomieltis es una enfermedad vírica, hoy en día mucho menos frecuente, y que afecta a la médula, aunque sólo a la función motora y no a la sensitiva; las secuelas suelen ser permanentes, variadas, pues el virus no tiene patrón fijo de ataque, y en algunos casos altamente limitativas

Dentro de las discapacidades físicas motrices, las secuelas de poliomieltis constituye una de las más frecuentes, al menos entre la población que acude a los servicios sociales; sin embargo, cuenta con pocos estudios sobre sus repercusiones en la esfera sexual. Grosso modo cabe destacar que, al no estar afectada la función sensitiva, las sensaciones no quedan anuladas, ni tampoco la capacidad de excitación y respuesta orgásmica; se podría destacar, pues, en líneas generales, que la mayoría de las personas con este tipo de discapacidad no tienen dificultades fisiológicas en su funcionamiento sexual. En caso de que la extensión de la parálisis sea importante, sí que limita, de forma significativa, la actividad física, apareciendo problemas relacionados con los aspectos mecánicos de la relación: posturas, libertad de movimientos, alteraciones en la fisiología de la respuesta sexual (si existiese lesión medular), aspecto que desarrollaremos de forma más detallada posteriormente. En otras ocasiones, suelen aparecer problemas sexuales de origen psicógeno debidos a

problemas emocionales relacionados con la minusvalía (impacto por deterioro de la imagen corporal, dependencia física a causa del impedimento, inseguridad ante situaciones sexuales, etc).

Por otro lado, es necesario destacar la incidencia negativa que ha supuesto para numerosas personas los largos periodos de hospitalización por las continuas intervenciones quirúrgicas a las que se han tenido que someter; el deterioro corporal, la percepción de un cuerpo “mutilado”, dejan una huella profunda afectando a la imagen corporal y a la propia autoestima; a esto se añaden problemas afectivos por el alejamiento tan traumático de su propio entorno familiar y social.

- **Distrofia muscular**

Hace referencia a un conjunto de enfermedades crónicas y hereditarias, con la característica común de debilitamiento y degeneración progresiva de los músculos, en diversos grados, debido a un defecto genético en el metabolismo. La afectación a nivel sexual deriva precisamente de estas circunstancias, presentando problemas de limitación de movimiento; cuando la distrofia es miotónica, la atrofia muscular viene acompañada normalmente con cierta incapacidad para la relajación muscular después de una contracción (miotonía), generando, además de las ya comentadas, verdaderas dificultades durante la actividad sexual al estar excesivamente “agarrotados”. Los varones afectados presentan atrofia testicular, deficiencia de producción de testosterona y baja espermatogénesis, ocasionando problemas de infertilidad y de deseo sexual. Estas características van a influir, evidentemente, en las vivencias sexuales de este colectivo, aunque en ningún caso las anula; la imaginación, la inventiva y la relajación, son elementos que ayudan a un desenvolvimiento sexual óptimo y satisfactorio.

- **Miastenia**

Es una enfermedad crónica que viene caracterizada por una debilidad muscular y fácil fatigabilidad si se repiten esfuerzos musculares, por este motivo, este tipo de personas enfermas son incapaces de mantener actividad sexual por mucho tiempo debido al esfuerzo que ello supone. En estos casos, las dificultades decrecen cuando se dejan periodos de descanso entre las relaciones sexuales y recomendando a la persona afectada que adopte posturas físicas más pasivas que le supongan poco o nada de esfuerzo; en definitiva, se trataría de buscar nuevas formas de obtener placer, a nivel individual o en pareja, y conseguir que la vida sexual sea satisfactoria, jugando siempre con las posibilidades que las personas tenemos a nuestro alcance.

- **Lesión medular**

Las personas afectadas por una lesión medular constituyen uno de los grupos de discapacitados que más estudios han recibido, por el impacto y las consecuencias tan devastadoras que supone la enfermedad en la vida del individuo que la padece.

La lesión medular se describe como una conmoción, compresión, laceración o sección de la médula (Brucker, 1983, citado por Aguado et al., 1995b) que produce alteración o pérdida de la función neurológica por debajo de la lesión y que se traduce clínicamente en una serie de síndromes en función del nivel de la lesión (cervical, dorsal...) y del grado de extensión de la misma (lesiones completas o incompletas, transversales o longitudinales); los síntomas asociados son, generalmente, parálisis motora por debajo del nivel de la lesión, pérdida o alteración de la sensibilidad, trastornos de la función vesical, trastornos del tracto intestinal, trastornos en la función sexual, entre otros.

Dado la complejidad de esta discapacidad, se sintetiza de forma esquemática (basándonos en Bravo Payno, 1987) las distintas tipologías para poder comprender, posteriormente, las repercusiones en la esfera sexual.

En relación a la **etiología**:

- *Médicas*: secundarias a enfermedades médicas (polio, tumores, esclerosis en placas, etc) o bien de origen congénito (espina bífida).
- *Traumáticas*: accidentes de diverso tipo, como caídas, deportivos, de tráfico, constituyendo éstos últimos una de las causas más frecuentes de lesión medular, sobre todo en varones, y que por desgracia presentan un aumento progresivo.

En relación a la **extensión de la lesión**:

- *Lesiones completas*: Parálisis total de la función motora y pérdida de la sensibilidad afectando a las cuatro extremidades (tetraplejías) o a las extremidades inferiores (paraplejías).
- *Lesiones incompletas*: Existencia de algún grado de preservación motora y/o sensitiva por debajo del nivel de la lesión.

En relación a **síntomas asociados**:

- *Parálisis espásticas*, con musculatura rígida, movimientos reflejos desordenados y dificultades para la movilización pasiva.
- *Parálisis flácidas*, con musculatura blanda, sin dificultad de movilización pasiva y sin movimientos reflejos, produciéndose a largo plazo atrofia muscular.

A nivel general, las consecuencias de una lesión medular diferirán en función del daño neurológico y del origen de la misma. Apuntábamos que la mayoría de las personas con este tipo de problemas lo son por accidentes, lo que significa que, antes de adquirir la lesión, se desenvolvían con un estilo y un proyecto determinado de vida que se rompe tan drásticamente que cuesta tiempo asimilar y adaptarse de nuevo a una realidad hasta ahora desconocida y desconcertante. Esto supone, además de la conmoción, un replanteamiento y un reaprendizaje a todos los niveles: familiar, psicológico, corporal, esfinteriano, de pareja, profesional, social y sexual.

Aproximándonos a la sexualidad de las personas con lesión medular, se destacan distintas repercusiones a diferentes niveles:

- **Alteraciones en los aspectos mecánicos** de la relación por problemas de libertad de movimiento, espasmos, incontinencias de esfínteres.
- **Trastornos sexuales por alteración de la fisiología de la respuesta sexual.**

En hombres:

- Disfunción erectil en grados variables, en cuanto a rigidez y duración de la erección, dependiendo del nivel de la lesión y de la extensión de la misma. Aparecen erecciones mecánicas, principalmente en lesiones altas, no sentidas por el paciente y desencadenada generalmente de forma casual por estimulación directa (lavado del glande, sondeo, estimulación manual...). Habitualmente, la calidad es buena, pero la erección dura mientras dure el estímulo. Si el centro sacro, elaborador de arcos reflejos, está dañado, la erección es psicógena, generalmente de mala calidad, al aparecer una simple turgencia del pene. Generalmente, las lesiones bajas se asocian a mayor disfunción.

- Trastornos de la eyaculación. Al ser ésta un reflejo sumamente complejo e integrado, siempre va a quedar alterada de una forma u otra pudiendo aparecer eyaculación babeante, retrógrada o bien ausencia de la misma, provocando problemas de infertilidad.
- Trastornos del orgasmo, no existiendo orgasmo fisiológico, o bien presentándose acompañado de disreflexia autónoma (incluye síntomas como sudoración, dolor de cabeza, taquicardia...) que hace referencia a una condición refleja patológica. La médula, a pesar de estar desconectada de los centros cerebrales, continúa generando respuestas autónomas, con la circunstancia de no ser regulados o inhibidos a nivel cortical. Se han descrito en este tipo de pacientes la capacidad de respuestas paraorgásmicas, al obtener placer intenso y estados de excitación con aquellas partes del cuerpo que han escapado a la lesión.
- El deseo sexual tiende a normalizarse progresivamente después de la fase aguda.

En mujeres:

A diferencia del hombre, no existen suficientes estudios que incidan en el conocimiento sobre la fisiología de la respuesta sexual en la mujer con lesión medular; sin embargo, las investigaciones se han centrado fundamentalmente en problemas relacionados con la menstruación, embarazo y parto. Esto es debido, principalmente, al papel pasivo otorgado a la mujer en sus encuentros eróticos y al estricto guión coitalista que predominan en las relaciones sexuales; como se da la circunstancia de que una mujer con lesión medular, por lo general, puede recibir la inserción de un pene en su vagina, independientemente del placer obtenido, pareciera que los problemas sexuales de éstas son menores que los de un hombre impotente, el cual manifiesta signos externos, evidentes y cuantificables de su alteración. Centrándonos en los trastornos sexuales pueden aparecer:

- Trastornos en la excitación, con dificultades para la lubricación vaginal y para la vasocongestión pélvica.
- Trastornos del orgasmo por anestesia genital; la plataforma orgásmica (retracción del clítoris, engrosamiento labios menores, cambios en el color, etc.) tampoco se forma cuando en la lesión hay implicación de la zona sacra. El hecho de no tener conciencia del orgasmo genital, no impide la obtención de vivencias placenteras al conseguir respuestas paraorgásmicas estimulando otras zonas erógenas que han quedado por encima de la lesión. Asimismo, comentar que, por lo general, cuando se trata de lesiones incompletas, el orgasmo va asociado a una disreflexia autónoma que desaparece en el momento en que se acaba con la estimulación.
- El deseo sexual no tiene por qué sufrir alteraciones, tendiendo a normalizarse, progresivamente, después de la fase aguda.

- **Perturbaciones de la imagen corporal**

Las secuelas de la lesión medular representa una amenaza a la imagen corporal, por los cambios tan profundos que sufre el cuerpo y por los mensajes sociales tan negativos que se asocian a la discapacidad (mutilación, deterioro, fealdad...); además, el tremendo sentimiento de pérdida de control de determinadas funciones corporales como el orinar, defecar, caminar, desplazarse, asir, etc., junto a determinados aparatos como la silla o la sonda que tienen que incorporarse a la nueva imagen corporal,

sitúan al individuo ante una nueva percepción y sentimientos sobre sí mismo como ser diferente de los demás, a reconocerse en esta nueva realidad y a aceptarse. Ineludiblemente estos aspectos influirán decisivamente en su autoestima sexual (Weinberg, 1982).

- **Alteraciones en la vida de pareja.**

La lesión medular adquirida supone, tanto para la persona como para la pareja, un gran impacto, una gran crisis que exige cambios importantes y renovación de todos aquellos pactos explícitos o implícitos, variando todas las referencias; el reaprendizaje por parte de ambos miembros de la pareja en todas las áreas de la vida en general, y a nivel sexual en particular es una labor continua en estos casos.

Sin embargo, cuando el establecimiento de la relación es posterior a la lesión, o cuando ambos miembros son personas discapacitadas, se establecen formas de convivencia sobre bases ya conocidas, quedando minimizado el miedo y la incertidumbre.

Enfermedades crónicas y repercusiones en la sexualidad.

- **Trastornos cardiovasculares**

CARDIOPATÍA

Quizás uno de los mayores conflictos que se nos puede presentar en la vida sexual es la duda de si el corazón “aguantará”, o no, el esfuerzo de la actividad sexual. Si estamos sanas/os, no solemos preocuparnos por ello; pero si nuestro corazón ha tenido fallos, generalmente un infarto de miocardio, es posible que muchas personas sufran dificultades sexuales. De hecho, no es infrecuente encontrar a pacientes con cuadro ansioso-depresivos y baja autoestima, especialmente en hombres (Shaffer y Corish, 1998), sobre todo, a causa de la falta de percepción de cómo se verá alterada su vida por el fallo cardíaco. En la base de todo ello, nos solemos encontrar numerosas preocupaciones y creencias respecto a la futura función sexual (Kolodny et al., 1982):

- temor a que la excitación y la actividad sexual lleven a otro infarto o a una muerte súbita;
- temor a que el fallo cardíaco cree dificultades en la función sexual, lo que genera “ansiedad anticipatoria”, especialmente en varones;
- falta de consejo médico, que las y los pacientes interpretan como “prohibición” y confirmación de sus temores (Boone, 1990).

Por ello no es infrecuente que nos encontremos con disfunciones erectivas y de excitación, que haya una disminución en el deseo, en la masturbación, y en la frecuencia de los encuentros sexuales hasta el punto de interrumpir las relaciones, especialmente en pacientes no informados/as. Sierra Avila (1985), coincidiendo con otros/as autores/as, comprobó cómo un grupo de pacientes a los que no se les había administrado ningún tipo de información a la salida del hospital, no solo mantenían las falsas creencias, sino que aumentaban sus quejas sobre insatisfacción, a diferencia del grupo informado.

Por otro lado, no es infrecuente encontrarnos con que hombres y mujeres tenían, ya, problemas de erección y de excitación, disminuyendo sus niveles de actividad sexual antes del episodio (Mira y Van Der

Hofstadt, 1989; Shaffer y Corish, 1998). Se sospecha que estos problemas puedan ser atribuidos a un síndrome arterial periférico.

A ello se une los efectos de los fármacos para el tratamiento de la cardiopatía (Jaarsma et al., 1996), efectos que, en la mayoría de los casos, las y los pacientes desconocen (Friedman, 1978; Sierra Avila, 1985). Hellerstein y Friedman (citados por Friedman, 1978) nos han proporcionado las bases para la medición del impacto de la actividad sexual en pacientes, varones, con enfermedad cardíaca. Comparando los cambios en la tasa cardíaca y EKG durante la actividad sexual con los cambios en la realización de otras actividades, hallaron que la máxima tasa cardíaca durante el orgasmo era de 117,4 latidos por minuto, con un rango entre 90 y 124, mientras que la máxima tasa cardíaca durante una actividad cotidiana, como caminar, subir escaleras o un trabajo sedentario, era de 120,1. Otro soporte para comprender la inocuidad de la actividad sexual lo aportan Douglas y Wilkes (citados por Friedman, 1978), corroborado por Boone y Kelley (1990), con el principio de consumo de oxígeno o energía gastada, siendo 1 MET lo que se consume en reposo. Subir una cuesta equivaldría a 4,0 METs; trabajar con un rastrillo, 5,0 METs; la estimulación erótica, 3,5 METs, y el orgasmo, 4,7 METs. Cualquier persona que se haya recuperado de un infarto de miocardio sin complicaciones, tiene una capacidad máxima de 8-9 METs.

Jaarsma et al. (1996) señalan que existe una significativa relación entre los resultados en el ajuste sexual y la severidad de síntomas, distress psicológico y adaptación social. En este sentido, la pareja juega un papel fundamental. En un interesante trabajo de Brecht et al. (1994), se corrobora que una calidad positiva en la relación de pareja (entendida como satisfacción, cohesión, consenso y comunicación afectiva e íntima) supone menos niveles de disforia (ansiedad, depresión y hostilidad) ante la enfermedad, y que la calidad positiva junto con menos niveles de disforia predice un mayor ajuste a la enfermedad.

HIPERTENSIÓN

En este tipo de pacientes se suele sumar al efecto de la propia enfermedad sobre la conducta sexual, la acción de los fármacos que se suelen utilizar para combatirla. Por lo tanto, en personas con hipertensión habrá que tener en cuenta las distintas formas en las que la enfermedad afecta a la conducta sexual:

- el efecto de la hipertensión en la respuesta sexual: la presencia de un síndrome arterial periférico causa problemas erectivos en hombres, y de excitación y de lubricación en la mujer. En este sentido, Bortolotti et al. (1997) expone estudios en los que se detectan problemas sexuales entre un 8 y un 17% de pacientes con disfunción erectil al diagnóstico.
- Los efectos secundarios de la medicación antihipertensiva que el o la paciente debe tomar: los desórdenes sexuales más frecuentes inducidos por antihipertensivos incluyen disminución del deseo, disfunción erectiva, eyaculación retrógrada o retardada y ginecomastia en hombres; disminución de la libido, lubricación y dificultades para obtener orgasmo en las mujeres (Duncan y Bateman, 1993). Hay que tener en cuenta que la medicación que se utiliza persigue un doble efecto, esto es, la relajación de paredes de los vasos sanguíneos y/o una influencia amortiguadora sobre el sistema nervioso autónomo. Entre las alternativas terapéuticas que se suelen citar en la literatura están el captopril, los IECAs en general, el minoxidil (vasodilatador), y los antagonistas del calcio,

medicaciones que parecen no afectar a la función sexual (Disfunción sexual por antihipertensivos, 1995).

- La reacción psicológica debida a creencias sobre la enfermedad, que se caracteriza por el miedo a que la relación sexual provoque un aumento de la presión sanguínea peligroso para la/el paciente.

A continuación se expone un resumen de aquellos fármacos, en general, citados por la literatura, cuyos efectos secundarios pueden repercutir en el funcionamiento sexual. Una revisión bastante completa se encuentra en Finger et al. (1997).

ANTIHIPERTENSIVOS			
<i>La disfunción que se produce por algunos de estos agentes puede no presentarse al cambiarlo por otro de la misma familia terapéutica</i>			
Tipo de fármaco	Ejemplos	Fase sexual afectada	Alternativas
Antihipertensivos, diuréticos	Tiazidas, espironolactona	Deseo, Excitación	Considerar la administración de antagonistas del calcio + placereado
Antihipertensivos, agentes de acción central (simpaticolíticos)	Clonidina, metildopa	Deseo, Excitación, Orgasmo, Eyaculación??	Igual que la anterior
Hipotensores, agentes de acción periférica (simpaticolíticos)	Guanetidina, reserpina	Deseo, Excitación, Orgasmo, Eyaculación	
Bloqueadores Beta-adrenérgicos (Betabloqueantes^{*)})	Propranolol * Nadolol Atenolol Labetalol	Deseo, Excitación Deseo, Excitación, Eyaculación	Considerar la administración de antagonistas del calcio +
Antihipertensivos, Inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (IECA)	Captopril, lisinopril	Excitación??	Considerar la administración de antagonistas del calcio +
Cardiotónicos	Digoxina	Deseo, Excitación	Cambio de fármaco
Vasodilatadores	Hidralazina, minoxidil	--	

* disminuyen la testosterona sérica
?? posible efecto

PSICOTROPOS			
<i>Pueden alterar la función sexual debido a su actividad anticolinérgica y simpaticolítica, o a sus efectos sobre los neurotransmisores</i>			
Tipo de fármaco	Ejemplos	Fase sexual afectada	Alternativas
Antidepresivos	MAO (fenelcina), isocarboxacida, trancilpromina	Excitación, Eyaculación, Orgasmo	Reducir dosis, considerar la administración de fluoxetina, sertralina
Antidepresivos tricíclicos	Clomipramina Imipramina, amitriptilina	Deseo, Excitación, Eyaculación, Orgasmo	Igual que la anterior
Antidepresivos mixtos	Fluoxetina Trazodona	Deseo, Excitación, Eyaculación, Orgasmo Puede producir priapismo	Igual que la anterior
Antipsicóticos*	Amoxapina, clorpromacina, tioxanteno, haloperidol, litio, sulpiride, flufenacina, perfenacina, tioridazina	Deseo, Excitación, Eyaculación	
Ansiolíticos	Diazepam, alprazolam, clonazepam	Deseo, Orgasmo, Eyaculación	Disminuir medicación paulatinamente
Sedantes	Alcohol, barbitúricos	Deseo, Excitación, Orgasmo	Tratar adicciones
Narcóticos	Codeína, imperidina	Deseo, Excitación, Orgasmo	El horario de administración puede influir en la actividad sexual, por lo que debe tenerse en cuenta

* elevan concentraciones séricas de prolactina

OTROS FÁRMACOS			
Tipo de fármaco	Ejemplo	Fase sexual afectada	Alternativas
Antagonistas de los receptores histamínicos H₂	Cimetidina, ranitidina	Deseo, Excitación	Considerar alternativas a los bloqueantes de los receptores H ₂
Terapia Hormonal	Danazol, Goserelina	Deseo, Excitación	Cambio de fármaco, uso tópico en caso de intolerancia a los estrógenos orales Uso cíclico en lugar de dosis diarias
	Estrógenos	Deseo, Excitación	
	Progestágenos	Deseo	
Antimicóticos	Ketoconazol	Deseo, Excitación	Cambio de fármaco
Hipolipemiantes*	Clofibrato	Deseo, Excitación	Cambio de fármaco
Quimioterapéuticos		Deseo, Excitación	

* disminuye la acción de la testosterona

• Oncología

El cáncer no es una enfermedad, sino un grupo de enfermedades muy diferentes entre sí en cuanto a su pronóstico, tratamiento y secuelas. Algunas enfermedades oncológicas son curables en la práctica totalidad de los casos, aunque otros tengan una elevada tasa de mortandad. Aunque en medicina existan otras muchas enfermedades cuyo impacto sobre la persona y sobre su entorno sea mucho más grave, el cáncer es, además, un mito social, y como tal es el paradigma de la enfermedad grave. Por ello, aunque no se corresponda con la realidad médica, en la actualidad persiste la visión del cáncer como una enfermedad innumerable, incurable y mortal. Ambos factores (las falsas creencias y la realidad médica) coexisten en la persona que recibe el diagnóstico, en su familia y en el medio social que la envuelve. La importancia de estas creencias, junto con los recursos personales (cognitivos, emocionales, comportamentales y sociales), van a ser decisivas en el afrontamiento posterior de la enfermedad.

No obstante, no podemos negar que el cáncer, como muchas otras enfermedades crónicas, supone para la persona un ataque a su bienestar y calidad de vida. El tratamiento de la enfermedad a menudo requiere un enfoque multimodal, incluyendo combinaciones de cirugía, quimioterapia, radiación, terapia hormonal e inmunoterapia. Los efectos secundarios de tales tratamientos (fatiga, náusea, caída de pelo, anorexia y dolor) y los procedimientos quirúrgicos (amputación, eliminación de órganos o translocación, manipulación y supresión hormonal, daño vascular, muscular, neurológico) tienen un impacto considerable en la imagen corporal y la identidad, en el funcionamiento sexual, en el rol de género e, incluso, en la fertilidad (Bruner, 1999). Por eso no es de extrañar que muchos/as pacientes cursen depresión y ansiedad a causa del miedo, la mutilación y la pérdida de funciones. Por ende, el bienestar sexual se puede ver seriamente afectado. Por eso, la proximidad física, la afectiva y la intimidad van a ser fundamentales para el afrontamiento de la enfermedad.

CÁNCER DE MAMA

Los diversos estudios coinciden en destacar que más de la mitad de las mujeres tratadas señalan cambios importantes en sus relaciones sexuales, retrasando su reanudación. La disminución de la frecuencia de relaciones sexuales y juego amoroso, la pérdida de iniciativa en la actividad sexual, la disminución del deseo y el sentimiento de sentirse menos deseadas, se suele presentar especialmente en aquellas mujeres tratadas con

mastectomía, en oposición a aquellas tratadas con radioterapia o lumpectomía (Bruner, 1999). López et al. (1991) señalan en su estudio que aquellas mujeres que presentan mayor rechazo de su imagen corporal, presentan mayores cambios negativos en sus actitudes y comportamientos sexuales, correlacionando con depresión y bajo autoconcepto. Las mismas autoras destacan que aquellas mujeres que dentro de los quince primeros días de la intervención reanudan las relaciones sexuales, no tienen o tienen menores problemas sexuales, y aceptan mejor la mastectomía. De hecho, aquí influye también la actitud de la pareja, que puede extinguir, suscitar o acrecentar ciertas actitudes fóbicas en la mujer; suele existir la creencia de que en muchas personas con cáncer, el lugar operado es incapaz de soportar el más leve “trauma”, por lo que el miedo de la pareja a hacer daño refuerza o desencadena estos miedos .

Un aspecto fundamental, al igual que el que comentábamos en la enfermedad cardíaca, es la calidad de la relación de pareja. Ghizzani et al. (1995), al evaluar a un grupo de mujeres a las que se les administró la “Escala de Ajuste Diádico” de Spanier (que mide los niveles de satisfacción, cohesión, consenso y comunicación-expresión afectiva en las parejas), hallaron una significativa correlación entre las subescala de satisfacción y comunicación afectiva y el deseo sexual y el grado de satisfacción sexual; en estas mismas mujeres, la existencia de una extensa red de apoyo emocional, junto con la buena relación de pareja, supusieron un buen ajuste a la enfermedad. Por eso, volvemos a insistir en que la satisfacción previa en las relaciones de pareja pueden determinar, en gran medida, una buena adaptación a las relaciones sexuales posteriores.

CÁNCER GINECOLÓGICO

El tratamiento quirúrgico de los cánceres ginecológicos pueden afectar al funcionamiento sexual, debido al perjuicio en la inervación de los órganos pélvicos, por su amputación, o por la disminución en los niveles hormonales como consecuencia de la intervención. Los tratamientos suelen ser, aparte de la cirugía, con radioterapia (externa o intracavitaria), con quimioterapia, o combinando las modalidades.

La respuesta sexual se puede ver afectada dependiendo del tipo de intervención, en función del tipo de carcinoma. En caso de histerectomía con ovariectomía (extracción de útero y ovarios, intervención que, también, se hace en otro tipo de enfermedades ginecológicas), suele haber una influencia en los niveles de excitación y de deseo, con menos lubricación vaginal y cambios en el orgasmo entre un 30 y un 45% de las mujeres (Bruner, 1999). Sin embargo, no son pocas las mujeres cuyo comportamiento sexual mejora significativamente debido, sobre todo, a la desaparición de metrorragias, mejoría del estado general y ausencia de miedo al embarazo. No obstante, hay que tener en cuenta de que, al igual que en el caso de la mama o en los cánceres urológicos, estamos hablando de órganos con “alto valor simbólico”, por lo que pudieran ocurrir dificultades sexuales relacionadas con aspectos psicológicos.

La repercusión sexual de la radioterapia supera, con creces, al del tratamiento quirúrgico habitual, reportando, entre un 50 y un 70% vaginitis atrófica, con los correspondientes problemas de sequedad vaginal y, en diversos casos, dispareunia.

De entre todas las intervenciones, la vulvectomía, aunque rara, suele ser la más impactante y perjudicial por el tipo de procedimiento que se lleva a cabo, con la extracción de clítoris, labios, tercio distal de la vagina y disección de los nodulos inguinales.

Cuando nos enfrentamos a este tipo de situaciones, solemos esperar que la sexualidad de las pacientes con cáncer sea problemática en relación con otras mujeres. Kylstra et al. (1999), en un estudio con 71 pacientes holandesas, no encuentran cambios significativos en la satisfacción sexual o frecuencia de masturbación y fantasías, en relación con el grupo control, sólo problemas con la lubricación; un dato sorprendente, pero no tanto, si tenemos en cuenta que la mayoría de las mujeres habían recibido apoyo profesional, antes y posteriormente a la intervención, estando la mayoría bastante satisfecha con la información obtenida. El cuidado demostrado por las y los profesionales, en lo relativo a la esfera sexual, contribuyen significativamente a los positivos resultados obtenidos.

ENFERMEDADES UROLÓGICAS

- Orquiectomía

El cáncer testicular suele ser un cáncer poco frecuente que se produce entre los 20 y los 35 años. No son raras las disfunciones erectiles de base psicológica tras la extirpación de un testículo. Sin embargo, la extirpación bilateral suele conllevar, con frecuencia, una disminución del deseo sexual y de la capacidad erectiva.

- Hiperplasia de próstata

La hiperplasia benigna prostática (BPH), por sí misma, no parece tener un específico efecto de deterioro en la función sexual. Es más probable que dicho deterioro, sobre todo en hombres mayores, sea atribuible al proceso normal de envejecimiento junto con otras condiciones co-mórbidas. No obstante, aunque la BPH no tenga, aparentemente, efectos negativos en la función sexual, la intervención terapéutica si podría afectarla; por eso suele ser recomendable definir los niveles de funcionamiento sexual antes de iniciar dicha intervención terapéutica, de cara a identificar a aquellos pacientes con más factores de riesgo de sufrir una disfunción sexual y, por consiguiente, elegir la modalidad terapéutica más apropiada.

Downs y O'Leary (1999) hacen una revisión de las distintas modalidades de tratamiento y su repercusión en la esfera sexual. Señalan que, entre los procedimientos quirúrgicos, la incisión transuretral de la próstata sería la que menos repercusiones tiene en la erección y en la eyaculación; en la resección transuretral, y en las prostatectomías retropúbicas y suprapúbicas, la incidencia de disfunción erectil variaría entre un 15 y un 45%, presentándose eyaculación retrógrada en un 60 y un 80% de los casos en los que haya extirpación de las vesículas, debido a la afectación del cuello de la vejiga. Las prostatectomías con laser, y los tratamientos por hipertermia/termoterapia no suelen reportar disfunciones sexuales. Respecto a los tratamientos farmacológicos, con GnRH y algunos antiandrógenos se reportan significativos porcentajes de trastornos del deseo y disfunción erectil.

En ocasiones, nos podemos encontrar con la presencia de una disfunción erectil que no se debería corresponder con el tipo de técnica quirúrgica utilizada. En estos casos, la disfunción erectil podría ser una reacción psicológica frente a la alteración en la eyaculación que se suele presentar tras la intervención, pero lo más frecuente es que sea debido a la ignorancia del propio individuo o de su pareja respecto a la anatomía y fisiología involucrada en esta operación quirúrgica. Esta ignorancia debería subsanarse proporcionando una buena información preoperatoria, como hemos señalado anteriormente.

PERSONAS OSTOMIZADAS

La ostomía es una apertura artificial en el abdomen y desviación del emunctorio del contenido intestinal u orina. Hay tres tipos diferentes de operaciones de ostomía o apertura estomal:

- la ileostomía, en la que se quita el colon, y a veces el recto, siendo abocado el intestino delgado a una apertura en el abdomen. Este tipo de intervención se hace más frecuentemente en enfermedades inflamatorias del intestino.
- En la operación de colostomía, se abre porción del colon y se le aboca a través de la pared abdominal. La razón usual de la colostomía suele ser el cáncer de colon o recto, pero este procedimiento algunas veces es utilizado para controlar enfermedades inflamatorias intestinales.
- La operación de construcción de un conducto ileal también se puede llevar a cabo para desviar por él el flujo de orina a un estoma (bolsa) abdominal a causa de un anómalo funcionamiento de la vejiga.

Indudablemente, cualquier desplazamiento de estos órganos tan voluminosos puede presentar el riesgo de lesionar las delicadas vías nerviosas, similares a una tela de araña e imposibles, en la mayoría de los casos, de separar. También hay que tener presente que el estoma supone un importante cambio en la imagen corporal. Es por ello que en un número elevado de pacientes sometidos a este tipo de cirugía sean importantes los problemas de tipo sexual, presentándose disfunción erectiva y eyaculación retrógrada (a causa del daño a la inervación del esfínter de la vejiga), en hombres; en las mujeres, suele ser frecuente la disminución del deseo, disminución de la lubricación y de las sensaciones relacionadas con la excitación u orgasmo (por lesión en las vías autónomas), y dispareunia, en parte, a causa de formaciones de fistulas o abscesos en el área perineal, o dentro de la vagina, como complicaciones de las enfermedades del intestino y de la cicatrización resultante de la misma operación (Kolodny et al., 1982).

Aragónés et al. (1991) señalan, en su estudio, una serie de factores psicológicos significativos para la adaptación sexual posterior: ansiedad y preocupación, al pensar que la actividad sexual era imposible; evitación del diálogo entre la pareja; sentido de culpabilidad y sintomatología depresiva, relacionadas, sobre todo, con la no aceptación de la nueva estructura corporal; anticipación de fracaso y evitación de actividades sexuales (sobre todo, por parte de los varones), y falta de autoestima, mantenida, sobre todo, por la creencia de no ser atractivos/as para su pareja. Al llevar a cabo un trabajo terapéutico y de apoyo con estas parejas, la mayoría vuelven a relatar una actividad sexual que para ellas es perfectamente normal y completa, identificándose plenamente entre ellas y sin recelos hacia su relación plenamente normalizada. Esto nos da una idea de la importancia del apoyo profesional que, por otro lado, suele estar ausente en el abordaje de estas problemáticas.

• **Diabetes**

La diabetes es uno de los desórdenes sistémicos más frecuentemente asociado a trastornos sexuales, por los daños vasculares y/o neurológicos que causa. La literatura clínica sobre disfunción erectil en hombres diabéticos es extensa, y la asociación con la diabetes ha sido bien documentada. Los trastornos de la excitación y del orgasmo que aparecen, en hombres y mujeres, están relacionados con una insuficiencia arterial periférica (por un espesamiento de las paredes de los vasos sanguíneos, lo que se conoce como “microangiopatía diabética”), y

con la neuropatía periférica, un proceso de daño microscópico del tejido nervioso; de ahí que aparezca anestesia genital. Ellenberg (1978), en un estudio con 200 diabéticos varones, de los que 118 presentaban disfunción eréctil, encontró evidencia de neuropatía en 104 de ellos (un 88%). Por otro lado, la insuficiencia arterial estaría relacionada con la duración de la diabetes, independientemente de que sean o no insulino dependientes (Jye, 1993). La duración de la diabetes, el pobre control diabético, y la existencia de enfermedades concurrentes (enfermedad isquémica, medicación para hipertensión, neuropatía), sería lo que correlaciona con la existencia de trastornos sexuales (Jensen, 1986; Bortolotti, 1997).

Usualmente, el trastorno excitatorio se presenta varios años después de haberse producido el inicio de diabetes. Suele ser de aparición gradual, a menudo el inicio del problema comienza entre dos y cuatro años antes de que la disfunción eréctil, en hombres, sea completa, con decrecimiento de la firmeza de la erección y esporádicos episodios de pérdida, o con disminución de las respuestas a estímulos táctiles durante la actividad sexual, tanto en hombres como en mujeres. Sin embargo, la capacidad para eyacular o estar alerta a las sensaciones orgásmicas no se pierde, y la libido sigue igual. Es decir, que la disfunción eréctil, en hombres, y las dificultades para alcanzar el orgasmo, en mujeres previamente orgásmicas, podrían ser una manifestación inicial de la diabetes (Ellenberg, 1978; Jye, 1993). En otros casos, se produce una implantación de la disfunción en forma brusca y asociada a pérdida de la libido junto a la aparición de una serie de síntomas típicos de la diabetes, como un hambre excesiva (polifagia), sed excesiva (polidipsia), urinación excesiva (poliuria), pruritos y pérdida de peso. Una vez realizado el diagnóstico y establecido un control metabólico adecuado, la sintomatología remite rápidamente (Kolodny et al., 1982).

En el caso de las mujeres, una tercera parte presentan problemas de lubricación, posiblemente relacionados con los problemas microvasculares y la neuropatía. Es posible que las mayoría de las mujeres diabéticas no pierdan la capacidad orgásmica, sino que simplemente requieran mayores niveles de estímulo para que se desencadene el reflejo (Kolodny et al., 1982). Jensen (1986), en uno de los estudios más completos que existe sobre mujeres diabéticas, señala que son frecuentes las infecciones vaginales, sobre todo por hiperglucemia, por lo que se puede presentar coito doloroso. La hipoglucemia y la hiperglucemia podrían afectar los niveles hormonales en sangre e inhibir la respuesta sexual (Dunning, 1993). También señalan el miedo a la transmisión de la diabetes, en un posible embarazo, como un factor psicológico que puede afectar al deseo y a la actividad sexual, destacando que, más que la diabetes, es un mal control de la diabetes lo que podría comprometer la salud de la embarazada y el feto.

Aunque la disfunción eréctil en diabéticos tiene una influencia orgánica, habría que tener en cuenta variables psicológicas. Renshaw (1978) afirma que, en muchos casos, el trastorno es funcional. En estos casos, la disfunción es selectiva, se presentan erecciones matutinas y no aparecen dificultades durante la masturbación. El lograr sólo una erección parcial puede provocar tanta ansiedad como para que se pierda por completo la erección, cuestión constatada por nosotras en clínica. Por otro lado, los pacientes no suelen estar informados de la posible asociación entre diabetes y disfunción, por lo que la presencia de este trastorno suele crear confusión en la pareja, en base, sobre todo, a mitos como que “si una persona no tiene erección, es que no encuentra a su compañera/o atractiva/o o estimulante, o que le falta virilidad” (Ellenberg, 1978; Kolodny, 1982). Por lo tanto, en todos los casos es importante investigar la posible etiología de los problemas sexuales, no atribuyendo a priori la disfunción a la enfermedad. El asesoramiento a pacientes es una importante ayuda, para aclarar “malos entendidos”, disipar culpas, y para que las parejas busquen opciones sexuales variables.

- **ACVA-Ictus o Apoplejía**

A pesar de los pocos estudios epidemiológicos con los que contamos, parece ser que la enfermedad en sí no afecta, de forma directa, a la erección y a la excitación, a la eyaculación o a la capacidad orgásmica (Masters et al., 1995), aunque hay que tener en cuenta que algunas medicaciones (sedantes, antidepresivos, antihipertensivos) pueden afectar a la respuesta sexual. El deseo sexual persiste hasta en un 60% si no se lesiona el hemisferio dominante, pero hay que tener en cuenta que, tras un ictus, puede producirse un desinterés por el sexo que puede ser debido a causas depresivas (reacción a la situación, merma de la autoestima...), o bien por el temor infundado a sufrir un nuevo ataque durante el acto sexual.

De nuevo, la calidad de la sexualidad previa de la pareja va a servir de pronóstico sobre el ajuste sexual posterior (Koperlainen et al., 1999), ya que la limitación motora puede producir interferencia en las relaciones sexuales.

- **Epilepsia**

Esta es otra de las enfermedades de la que apenas contamos datos sobre sus posibles repercusiones en la esfera sexual, pero, en general, podemos decir que la sexualidad de las personas con epilepsia no se diferencia en absoluto de cualquier otra persona no afectada. Pero en lo que se refiere a disfunciones, algunos y algunas autoras, como Morrell (1997), señalan una incidencia de un 30-60% de disfunción sexual en hombres, y entre un 14-50% en mujeres. Señala, dicha autora, que los trastornos que con más frecuencia se presentan en los hombres son la disfunción eréctil, e interés y experiencia sexual reducida; en lo que se refiere a las mujeres, deseo sexual inhibido, vaginismo y trastorno de la excitación.

Estos desórdenes podrían tener base en la disfunción de regiones cerebrales que median en la Respuesta Sexual (lóbulos frontal y temporal, sistema límbico y eje hipotalámico-hipofisario), causa de disfunción endocrinológica, así como por el efecto de determinados anticonvulsivos (por ej., fenitoína), que tomados durante un período prolongado, producirían, tanto en hombres como en mujeres, alteraciones de niveles de testosterona y LH, por lo que habría que tener en cuenta su posible influencia tanto en el deseo sexual y en la excitación, como en la posibilidad de reproducción (Dansky, 1997).

- **Insuficiencia renal crónica**

El fallo renal crónico y el establecimiento de una diálisis es una de las situaciones más impactantes que le pueden ocurrir a una persona, causando precarias situaciones y secuelas psicosociales. Se le impone una dependencia de una máquina artificial, restricciones en dieta y fluidos; después de la diálisis, los y las pacientes suelen tener episodios de hipotensión, cambios endocrinos, anemia, cansancio... Los conflictos entre dependencia e independencia, pasividad y actividad, enfermedad y salud, subyacen a la adaptación del paciente a la diálisis y afecta a su ajuste sexual. De hecho, hay una disminución en la frecuencia de relaciones sexuales en más del 50% de pacientes, comparado con la actividad sexual al inicio de la enfermedad, con disminución de la libido y problemas con la erección (Abram et al., 1978; Malavaud et al., 2000). Parece ser que una significativa

proporción de pacientes suelen tener disfunción erectil antes del establecimiento de la enfermedad, por lo que la diálisis no debería implicarse como etiología primaria de la D.E., aunque podría correlacionar con los grados de uremia.

Después del trasplante, aproximadamente más de la mitad de las personas transplantadas suelen recuperar su actividad aproximadamente igual a los niveles anteriores a la situación premórbida, y una tercera parte mejora con respecto al tiempo de diálisis, informando, en ambos casos, buenos niveles de satisfacción sexual en general, aunque, dependiendo del tiempo de diálisis, de la presencia de otros problemas (diabetes, hipertensión...), y de la medicación inmunosupresora, se va a seguir presentando la disfunción erectil (Malavaud, 2000).

Sorprendentemente, no nos hemos encontrado con estudios con mujeres, pero podemos inferir los mismos cambios en la actividad sexual.

- **Enfermedad hepática**

La incidencia de la enfermedad en las fases de deseo y excitación suele ser bastante alta en la dolencia hepática, tanto en hombres como en mujeres. Cornely et al. (citados por Bortolotti et al., 1997) informan de un 70% de disfunción erectiva en hombres con alcoholismo y cirrosis hepática crónica, y un 25% en cirrosis no alcohólica, siendo la duración de unos 3 años en alcohólicos y de 1,5 años en hombres no alcohólicos. Estos datos, sin embargo, no distinguen completamente el rol del consumo del alcohol y la enfermedad hepática en el riesgo de sufrir disfunción erectil.

Parece ser que los bajos niveles plasmáticos de andrógenos contribuirían a la patogénesis del fallo erectivo y a la ginecomastia en hombres con alcoholismo, y a la falta de deseo y excitación en la mujer, pudiendo ser reversibles estos problemas sexuales después de un período de abstinencia en caso de enfermedad alcohólica.

Evaluación de los aspectos psicosexuales de la discapacidad y de la enfermedad crónica.

Hemos visto, en las páginas anteriores, como, en muchos casos, la discapacidad o la enfermedad crónica y/o su tratamiento afectan a la sexualidad de la persona, limitando su funcionamiento habitual o coartando su expresividad natural. Habrá situaciones en las que este efecto sea permanente y únicamente podremos aconsejar u orientar sobre conductas sexuales alternativas que mejoren la calidad de las relaciones sexuales, pero no debemos olvidar que en la mayoría de las ocasiones, a la dificultad de la etiología orgánica se le une un problema psicológico, debido, sobre todo, al miedo que la persona experimenta al pensar que su “rendimiento sexual” está amenazado y, sobre todo, a la falta de información y creencias distorsionadas.

Pero antes de intervenir, hay que evaluar, y con todos los datos aportados anteriormente, nos podemos hacer una idea sobre los aspectos fundamentales que debería recoger la evaluación. Como señalan Mira y Van Der Hofstadt (1989), es importante tener presente que no sólo nos interesa conocer las dificultades actuales del o de la paciente, sino que es preciso explorar su vida sexual anterior a la aparición de la enfermedad. Sólo de esta

forma podremos conocer si sus dificultades sexuales actuales son los que cabría esperar conforme a su estado de salud y si le podemos prestar ayuda de alguna forma.

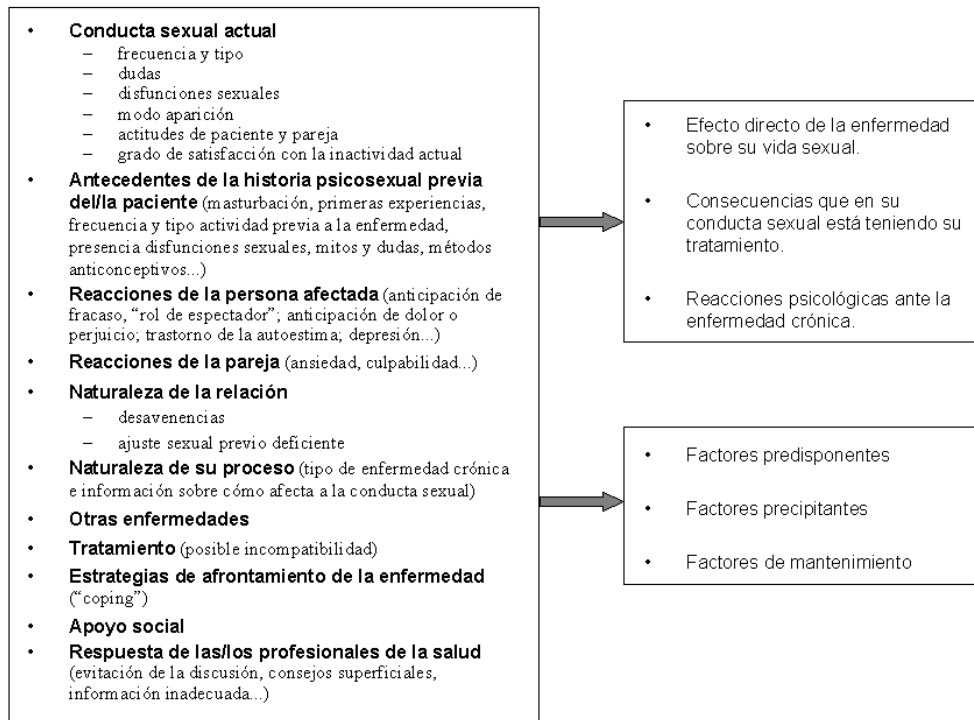
Basándonos en estos mismos autores, pensamos que sería necesario recoger información sobre la *conducta sexual actual* y *sobre los antecedentes psicosexuales previos* (historia psicosexual personal y de la pareja). Otros aspectos importantes son las *reacciones de la persona afectada*, ya que, por ejemplo, la anticipación de fracaso o “rol de espectador” puede hacer que los efectos transitorios o intermitentes de la enfermedad se conviertan en permanentes por el grado de ansiedad que se maneja. A esto hay que añadir las *reacciones de la pareja*; como hemos podido ver, la presencia de creencias erróneas y la culpabilidad, debida a que los propios deseos puedan entrar en conflicto con la preocupación que se siente acerca de la salud de la persona afectada, pueden hacer que las situaciones sexuales se conviertan en problemáticas y se eviten, cuanto más si se tienen dificultades para hablar sobre las propias relaciones sexuales, creando resentimiento y fricción.

Otro aspecto fundamental es la *naturaleza de la relación*. Hay parejas en las que la enfermedad física de alguno de los miembros les hace sentirse más unidos, pero en otras puede surgir sentimientos contradictorios y resentimiento por los cambios en los roles que provoca la enfermedad (Navarro, 2000). Si la relación previa de la pareja no era de calidad, los cambios en el propio cuerpo pueden hacer que la persona afectada se sienta menos atractiva. El *ajuste sexual previo* también es importantísimo, ya que actitudes inhibitorias hacia el sexo pueden impedir la adaptación en caso de discapacidad, especialmente cuando es necesaria una modificación en la actividad sexual. En este caso, las habilidades de comunicación son básicas, siendo sus dificultades impedimentos para la expresión de sentimientos y de necesidades sexuales. No suele ser inhabitual que ante la presencia de una enfermedad crónica o de una discapacidad, ésta se utilice como excusa por uno de los miembros para poner fin a unas relaciones sexuales previas no satisfactorias.

En el **gráfico 2** podemos ver todas estas variables de interés de forma resumida. Con toda esta información, podremos estar en condiciones de valorar el efecto directo de la enfermedad y su tratamiento sobre la vida sexual, y las reacciones psicológicas ante la enfermedad y la discapacidad, de cara a delimitar los posibles factores de mantenimiento de la problemática sexual, en caso de que la haya.

En cuanto a instrumentos de evaluación, a la hora de seleccionarlos, hemos de tener en cuenta los criterios de validez, esto es, que “midan lo que deseamos medir”. En nuestro caso nos encontramos con que muchos de los cuestionarios diseñados en el campo médico se circunscriben estrictamente a la respuesta sexual, a pesar de que son muchas más las variables biopsicosociales que definen la sexualidad de las personas. Por eso pensamos que una buena entrevista clínica constituye uno de los mejores instrumentos de evaluación. No obstante, empiezan a existir muchas publicaciones que recogen esta diversidad de aspectos, especialmente aquellas que se centran en el estudio de la calidad de vida. Una interesante edición es la de Badía et al. (1999). Sobre cuestionarios sobre sexualidad y parejas, remitimos a las personas lectoras a los seminarios correspondientes.

Gráfico 2



Intervención. Consejo y estrategias terapéuticas.

Las repercusiones en la esfera sexual de las distintas situaciones de enfermedad descritas anteriormente, nos llevan a concluir que, aunque en algunos casos queda ciertamente limitada, de ningún modo llega a anularse, pues la capacidad para la obtención de bienestar, placer y comunicación siguen presentes; así pues, el reajuste sexual debe contemplarse como parte de la rehabilitación integral de la persona enferma, ya que la salud sexual repercute positivamente en la mejora de la calidad de vida y de las relaciones interpersonales.

El abordaje de la problemática sexual, bien desde las consultas de crónicas, bien desde centros de rehabilitación, debe incluir distintos niveles de intervención que integren, desde estrategias de consejo y orientación, hasta técnicas sexuales específicas en casos de aparición de trastornos sexuales. En cuanto a los objetivos terapéuticos, en líneas generales, deberían perseguir: 1) *maximizar los niveles de satisfacción sexual, siendo realistas y conscientes de las limitaciones (si las hubiera)*, y 2) *manejar y utilizar, de forma creativa, el potencial disponible, reforzando sus aspectos positivos*.

El consejo, como estrategia de intervención, favorece la adaptación de la persona a su realidad o a la nueva situación, ayudando a su comprensión y animando a clarificar cuestiones conflictivas, a desarrollar actitudes activas frente a la enfermedad y a la búsqueda de alternativas favorecedoras. En la vertiente sexual, y partiendo del hecho de que todos somos personas sexuadas y de que no existe un modelo único de sexualidad, la intervención se encamina a ayudar a descubrir y explorar las propias capacidades y desarrollarlas de un modo satisfactorio y gratificante para la persona, a favorecer un reajuste sexual siempre adaptado a los propios deseos,

preferencias o posibilidades reales. Coincidiendo con Friedman (1978), *tiempo, apertura, respeto, empatía, conocimientos sexuales y aceptación de la importancia de la sexualidad, son los requisitos para un buen consejo asistido* o “counseling”. Para una profundización en herramientas de counseling, remitimos a Bimbela (1996), y a Hopson (1992).

En los siguientes puntos, vamos a ver consideraciones a tener en cuenta en el consejo sexual, así como un resumen de las estrategias de intervención más utilizadas en orientación y terapia sexual.

CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE EL CONSEJO SEXUAL EN ENFERMEDADES CRÓNICAS Y DISCAPACIDAD

- Se debe *ofertar* la posibilidad de consejo sexual *de forma sistemática* (respetar la opción de aquellas personas que expresen su deseo de no tocar esta cuestión, creencias culturales o religiosas).
- Incluir una historia sexual como parte de la historia del o de la paciente
- El abordaje incluirá *siempre a ambos miembros de la pareja* (el comportamiento del miembro no enfermo puede ser determinante)
- Es conveniente *abordar los temores, miedos y angustias* que pueden incidir en la pareja.
- En el/la compañero/a se fomentarán *actitudes de participación* en los sentimientos de la persona afectada. Es importante suministrar, también, soporte emocional a la pareja.
- *Favorecer la expresión de estos sentimientos*, sin enjuiciarlos, ayudando a que la pareja los comparta.
- En muchas ocasiones el consejo sexual se basa simplemente en el *sentido común*
- El consejo sexual debe siempre *individualizarse*, atendiendo a factores orgánicos y psicológicos, y a la sexualidad previa de la pareja.:
 - aportando conocimientos sobre la incidencia de la lesión o enfermedad en la expresión sexual
 - dando información concreta sobre técnicas sexuales que puedan aplicarse
- Crear *expectativas reales y alcanzables*.
- Se tendrá siempre presente un *concepto amplio de sexualidad*, analizando y cuestionando falsas creencias que pudieran mantenerse y que son, en numerosas ocasiones, la base del aislamiento o del convencimiento de la imposibilidad de una vida sexual satisfactoria.
- Considerar la posibilidad de un tiempo mínimo de persistencia del problema antes de plantear un tratamiento especializado
- En muchos casos, es interesante contactar con *grupos de autoayuda*.
- Sugerir cuantas *fuentes de información* tengamos.
- Solicitar la intervención de un o una especialista en la materia en caso de que persista el problema.

MODELO GENERAL DE INTERVENCIÓN EN PROBLEMAS SEXUALES

(Basado en P.L.I.S.S.I.T. de Annon, 1976)

Información: Educación Sexual

- *Objetivo:* superar o cubrir lagunas informativas en relación con distintos aspectos de la sexualidad humana (anatomía, fisiología del placer, problemas asociados a la misma, actividades sexuales, contracepción, ETS, etc.)
- *Técnicas posibles a utilizar:* biblioterapia, diapositivas, vídeos, gráficos, discusiones personales, etc.

Permiso: Modificación de actitudes negativas, prejuicios y errores hacia el sexo

- *Objetivo:* darse permiso (desculpabilizar) para realizar las actividades sexuales que realiza, modificando las actitudes negativas, expectativas, prejuicios e ideas o creencias erróneas en torno a la sexualidad y que pudieran estar en la base de sus problemas sexuales actuales.
- *Técnicas posibles a utilizar:* biblioterapia, reestructuración cognitiva, reetiquetado...

Indicaciones específicas: actividades que pueden realizar para la superación de sus problemas sexuales

- *Objetivo:* aprender, al mismo tiempo que se supera la ansiedad, nuevas formas más positivas de relacionarse sexualmente consigo mismo/a o con la pareja, y de comunicarse.
- *Técnicas posibles a utilizar:* desensibilización sistemática, imaginación dirigida, exposición graduada, programa de autoestimulación (crecimiento masturbatorio), ejercicios de Kegel, técnica de parada-arranque, técnica del apretón, placereado I y II, maniobras puente, control estimular, aserción encubierta, reestructuración cognitiva, habilidades sociales y de comunicación...

Terapia Psicosexual

- *Objetivo:* superar problemas asociados o que constituyen la causa de los propios problemas sexuales (terapia de pareja, depresión, trastornos de ansiedad, adicciones...)

Técnicas sexuales utilizadas en las Discapacidades Físicas.

Recordemos que la problemática sexual de las personas con discapacidad física va a estar en función, no sólo del handicap en sí, sino de otras variables explicativas o mantenedoras; por ello, el abordaje de los problemas sexuales debe incluir técnicas que permita el trabajo de los aspectos eróticos, emocionales, afectivos, relacionales y orgánicos. Algunas de estas estrategias están enfocadas a optimizar las dificultades derivadas de la situación de discapacidad; otras son las mismas que se aplican a la población no discapacitada, para la resolución de diferentes trastornos sexuales.

Es importante resaltar que gran parte de la reeducación sexual debe tener en cuenta el trabajo de los aspectos psicológicos derivados de la situación de discapacidad, siendo éstos variables en función del tipo de enfermedad, género de la persona, edad, entorno en que se desenvuelven, educación y equilibrio afectivo. En el caso de las adquiridas, el impacto de la nueva situación genera, además, fuertes sentimientos de frustración y humillación por la pérdida del control sobre el propio cuerpo y por las transformaciones en la imagen corporal que ya no corresponde a los arquetipos sociales de belleza; las perturbaciones en la esquema corporal, y la dificultad para reconocerse en un cuerpo nuevo, influye decisivamente en la autoestima de la persona. El abordaje de los **aspectos cognitivos y emocionales** deben, pues, ser parte del proceso de rehabilitación sexual de las personas con discapacidades físicas, remitiendo al seminario de “Técnicas terapéuticas básicas en terapia sexual” para una revisión de aquellas estrategias más idóneas.

La intervención sexual se debiera encaminar, principalmente, a la reeducación y reajuste sexual, optimizando los niveles de satisfacción y placer, y reduciendo el miedo y la ansiedad en los encuentros sexuales; por ello, se utilizan técnicas destinadas a la autoafirmación y seguridad personal en contextos sexuales (Soulier, 1995), así como a proporcionar una visión amplia de la sexualidad. Algunas de las técnicas más frecuentemente utilizadas para conseguir estos objetivos son.

- **Ejercicios de reintegración corporal** (Soulier, 1995). La toma de contacto y la adaptación al propio cuerpo son elementos indispensables para una valoración positiva de la imagen corporal. A través de exposiciones graduales, donde la mirada y el tacto se convierten en elementos fundamentales, la persona discapacitada toma contacto con su propio cuerpo, aprende sus reacciones y descubre sus zonas de placer, permitiendo movilizar los sentimientos negativos que puedan existir, para posteriormente poder transformarlos; estos ejercicios suponen una paulatina adaptación y aceptación, aspectos indispensables para las relaciones personales.
- **Placereado**: incita a la pareja a la exploración, a la intimidad sexual, al contacto con los cuerpos, al descubrimiento de nuevas zonas de placer, en contextos no exigentes, ni demandantes, potenciando la dimensión lúdica, creativa y de comunicación en las relaciones sexuales.
- **Entrenamiento en fantasías**: Ampliar estimulación erótica para el enriquecimiento de la vida sexual.

En ocasiones, es necesario el abordaje de las dificultades derivadas de los aspectos más mecánicos y cotidianos de la discapacidad :

- **Posiciones de acoplamiento**: Variantes posturales que posibiliten la intimidad sexual y la relación coital
- **Manejo de la incontinencia**: instrucciones para evitar fugas de orina, aunque es difícil después de la reeducación vesical, o en caso de llevar sonda permanente, adaptación de la misma durante la actividad sexual.

Por último, comentar que en algunos casos, la terapia sexual tendrá como finalidad el tratamiento de las disfunciones sexuales. En casos de disfunciones erectivas, bien por causas orgánicas o por variables psicológicas, o trastornos del orgasmo, el abordaje se hará desde las técnicas específicas para estos trastornos.

Sugerencias de pautas de actuación en algunos grupos de enfermedades

- **Enfermedad cardíaca**

- Animar expresión de sentimientos y temores (sobre todo, por parte de la pareja).
- En el 80% de los casos se puede restaurar, prácticamente, los niveles previos de actividad sexual.
- Se puede iniciar a las 2-4 semanas de la salida del hospital. Previamente, es recomendable comprobación de tolerancia al ejercicio físico (por ejemplo, bicicleta fija, electrocardiogramas, test escalera: 20 escalones en 10', y no superior a 120 latidos/min.; orgasmo = 117 latidos).
- No tratar de probarse nada, progreso gradual:
 - evitar stress durante la relación
 - el placereado y la masturbación son formas ventajosas de reiniciar la actividad sexual, porque disminuyen la ansiedad asociada a la relación interpersonal
 - posiciones confortables durante coito no exigente, movimientos moderados.
 - A partir de las 12 semanas, se puede reanudar la actividad coital en cualquier postura, previa prueba de máxima resistencia monitorizada con EKC.
- Evitar actividad sexual en circunstancias donde el sistema cardiovascular está sobrecargado: comidas, alcohol, enfado, cansancio. Mejor por la mañana o después de la siesta.
- Los ejercicios isovolumétricos (por ej., footing) mejora tolerancia al esfuerzo, teniendo, a su vez, un efecto psicológico positivo. Friedman (1978), y Boone y Kelley (1990), señalan como muchos/as pacientes confunden y se alarman ante cualquier aumento de la tasa cardíaca, lo que hace que ésta, a su vez, aumente mucho más hasta llegar a tener una sensación de ahogo.
- Para angina de pecho:
 - ejercicios
 - nitroglicerina u otros preparados, ingeridos de forma preventiva, por el efecto psicológico de calmar la ansiedad ante la ejecución (30' antes de actividad sexual)
 - se suele recomendar, aunque no es imprescindible, usar posturas de pie o sentado/a en actividad sexual, ya que la posición reclinada conlleva reducción de la dilatación del ventrículo izquierdo.

- **Hipertensión**

- Antes de iniciar medicación, se debería obtener historia sexual, lo que sirve a su vez como una "indicación de permiso".
- Individualizar la elección de fármaco antihipertensivo.
- Prestar atención a factores psicológicos que podrían encontrarse tras el problema sexual.
- Informar sobre los posibles efectos secundarios, y de su reversibilidad con cambio de medicación, al sustituir por otro fármaco, al reducir la dosis o al usar tratamientos combinados.
- Se debería preguntar sobre los posibles problemas sexuales en las visitas de control, para poder determinar las dosis que se toleran satisfactoriamente, antes de que éstos desanimen para proseguir el tratamiento.

- **Oncología**

- Iniciar actividad sexual valorando factores orgánicos y psicológicos.
- Remarcar la necesidad de proximidad física, afectiva e intimidad.
- Exposición a la actividad sexual de forma graduada:
 - En la mastectomía: se aconseja iniciación inmediata, previa valoración individual. Como se indica en el estudio de López et al. (1991), cuanto antes se reanudan relaciones, menos problemas sexuales posteriores.
 - En cáncer ginecológico, en caso de que haya habido histerectomía: se aconseja esperar 6 semanas tras la intervención.
 - Fomentar la aceptación del proceso, por ejemplo, programa similar al de Lopiccolo (consultar seminario "Paquetes terapéuticos") o placereado, para mastectomizadas: aceptación e integración del cuerpo desnudo (imagen corporal positiva), participación de compañero o compañera en la cura, todo aquello que ayude en el sentimiento de "ser aceptada".
 - Consensuar posturas "facilitadoras": por ejemplo, en mastectomizadas, debajo; en personas ostomizadas, detrás o encima.
- La prótesis puede ser de gran utilidad siempre y cuando no sirva para potenciar los mecanismos de "negación".

- **Diabetes**

- El inicio brusco, evolución intermitente, mantenimiento de erección durante masturbación, erección matutina o nocturna, ansiedad-depresión, problemas de pareja... todo ello nos puede dar pistas de que el problema tiene base psicológica.
- La disfunción eréctil de base psicológica responde bien a Terapia Sexual
- Base orgánica:
 - parece que la administración de vitaminas B pueden ayudar, en general
 - sustituir fármacos antihipertensivos que pudieran determinar disfunción sexual
 - se pueden corregir factores vasculares con cirugía o vasodilatadores
 - la administración de sildenafil (Viagra), vardenafil (Levitra), o tadalafil (Cialis) puede mejorar la erección en casi un 60% de los casos (Viagra, 1998)
 - Usar ejercicios de Kegel, "técnica de relleno vaginal", "preservativo de vacío"
 - Ampliar el repertorio de conductas sexuales
 - si la repercusión de la disfunción es grave (problemas depresivos, conflictividad en la pareja), como último recurso, se puede consultar la posibilidad de implantar prótesis semirrígida o hidráulica.
- Insistir en que la ausencia o dificultades con la erección o la excitación no conlleva pérdida de percepción del orgasmo, ni la posibilidad de gratificación propia y de la pareja durante la actividad sexual.
- Si se tienen problemas con orgasmo: placereado, técnicas excitatorias... (insistir en que no se pierde el atractivo ni la capacidad de percibir, recibir y dar placer.
- Ambos miembros deben conocer las complicaciones que la enfermedad puede presentar en el tiempo.

Referencias bibliográficas.

AA.VV. (1990). Dossier La Sexualidad. *Minusval*, 69, 11-42.

Abram, H.S., Hester, L.R., Sheridan, W.F. y Epstein, G.M. (1978). Sexual Functioning in Patients with Chronic Renal Failure. En J. Lopiccolo y L. Lopiccolo (ed.), *Handbook of Sex Therapy* (pp. 411-419). New York: Plenum Press.

Aguado, A.L. y Alcedo, M.A. (1995a). La intervención en discapacidad física. En M.A. Verdugo, (dir.), *Personas con discapacidad. Perspectivas psicopedagógicas y rehabilitadoras* (pp. 185-221). Madrid: Siglo Veintiuno de España Editores.

Aguado, A.L. y Alcedo, M.A. (1995b). Las personas con discapacidad física. En M.A. Verdugo, (dir.), *Personas con discapacidad. Perspectivas psicopedagógicas y rehabilitadoras* (pp. 145-184). Madrid: Siglo Veintiuno de España Editores.

Alexander, E. y Allison, A.L. (1997). *Medicina de la Sexualidad*. American Academy of Family Physicians. Barcelona: Laboratorios Biohorm.

Aragónés, A.M., Segura, A., Bilbao, M.C., Rubio, J.M. y Juste, J.F. (1991). La sexualidad y la información en los pacientes ostomizados: nuestra experiencia en 23 casos. *Enfermería Científica*, 111, 23-27.

Badía, X., Salamero, M. y Alonso, J. (1999). *La medida de la salud. Guía de escalas de medición en español*. Barcelona: Edimac.

Bancroft, J. y Gutierrez, P. (1996). Erectile dysfunction in men with and without diabetes mellitus: a comparative study. *Diabetic Medicine*, 13 (1), 84-89.

Barreto, M.P., Ferrero, J. y Toledo, M. (1993). La intervención psicológica en pacientes de cáncer. *Clínica y Salud*, 4 (3), 253-262.

Bimbela, J.L. (1996): *Cuidando al Cuidador. Counseling para médicos y otros profesionales de la Salud*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública.

Boone, T. y Kelley, R. (1990). Sexual issues and research in counseling the postmyocardial infarction patient. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 4 (4), 65-75.

Bortolitti, A., Parazzini, F., Colli, E. y Landani, M. (1997). The epidemiology of erectile dysfunction and its risk factors. *International Journal of Andrology*, 20 (6), 323-334.

Bravo Payno, P. (1987). Paraplejia: Formas clínicas. *Minusval*, 55, 16.

Brecht, M.L., Dracup, K., Moser, D.K. y Riegel, B. (1994). The relationship of marital quality and psychosocial adjustment to heart disease. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 9 (1), 74-85.

Bruner, D.W. y Boyd, C. P. (1999). Assessing women's sexuality after cancer therapy: Checking assumptions with the focus group technique. *Cancer Nursing*, 22 (6), 438-447.

CIDDM-2 Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (2001). Ginebra: OMS

Curcoll, M.L. y Vidal, J. (1991). *Sexualidad y Lesión Medular*. Barcelona: Institut Guttmann-Generalitat de Catalunya.

Dansky, L. (1997). Fertility in Men and Women with Epilepsy. 22nd *International Epilepsy Congress*. Dublin: International League Against Epilepsy.

- Disfunción sexual por antihipertensivos. (1995). *Boletín Terapéutico Andaluz*, 11 (6), 23-24.
- Disfunción sexual y fármacos. (1995). *Alerta de Farmacovigilancia*, 9, 17-19.
- Doblas, J.J., Vallejo, J., Padrón, M.M., Fernández, D. e Infante, A. (1994). Talleres sobre Sexualidad y Discapacidad. V Congreso Español de Sexología "Sexualidad, Sida y Sociedad". Granada: F.E.S.S..
- Downs, T.M. y O'Leary, M.P. (1999). Sexual dysfunction in patients with benign prostatic hyperplasia. *Current Opinion in Urology*, 9 (1), 9-14.
- Duncan, L. y Bateman, N. (1993). Sexual Function in Women. Do Antihypertensive Drugs Have an Impact?. *Drug Safety*, 8 (3), 225-234.
- Dunning, P. (1993). Sexuality and Women with Diabetes. *Patient Education and Counseling*, 21, 5-14.
- Ellenberg, M. (1978). Impotence in Diabetes: The Neurologic Factor. En J. Lopiccolo y L. Lopiccolo, (ed.), *Handbook of Sex Therapy* (pp. 421-432). New York: Plenum Press.
- Finger, W.W., Lund, M. y Slagle, M.A. (1997). Medications That May Contribute to Sexual Disorders. *The Journal of Family Practice*, 44 (1), 33-43.
- Friedman, J.M. (1978). Sexual Adjustment of the Postcoronary Male. En J. Lopiccolo y L. Lopiccolo, (ed.), *Handbook of Sex Therapy* (pp. 373-386). New York: Plenum Press.
- Ghizzani, A., Pirtoli, A., Bellezza, A. y Velicogna, F. (1995). The Evaluation of Some Factors Influencing the Sexual Life of Women Affected by Breast Cancer. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 21 (1), 57-63.
- Goleman, D. (1996). La mente y la Medicina. En D. Goleman, *Inteligencia Emocional* (pp. 262-294). Barcelona: Kairós.
- Hachen, J. (1978). Aspectos psicosociales, neurofisiológicos y terapéuticos de la función sexual en Traumatizados Medulares. En W. Passini, *Introducción a la Sexología Médica* (pp. 319-339). Barcelona: Grijalbo.
- Hopson, B. (1992). Consejo y ayuda. En M. Herbert, *Psicología en el Trabajo Social* (pp. 187-214). Madrid: Pirámide.
- Jaarsma, T., Dracup, K., Walden, J. y Stevenson, L.W. (1996). Sexual function in patients with advanced heart failure. *Heart & Lung*, 25 (4), 262-270.
- Jensen, S. (1986). Sexual Dysfunction in Insulin-Treated Diabetes; A Six-Year Follow-Up Study of 101 Patients. *Archives of Sexual Behavior*, 15 (4), 271-284.
- Jye, C., Yueh, S., Chieng, C., Hsiung, C. y Pei, C. (1993). Penile Blood Flow Study in Diabetic Impotence. *Urol. Int.*, 50, 209-212.
- Kolodny, R.C., Masters, W.H., Johnson, V.E. y Biggs, M.A. (1982). Desórdenes endocrinos y sexo. En R.C. Kolodny et al., *Manual de Sexualidad Humana* (pp. 101-140). Madrid: Pirámide.
- Kolodny, R.C., Masters, W.H., Johnson, V.E. y Biggs, M.A. (1982). Sexo y enfermedades cardiovasculares. En R.C. Kolodny et al., *Manual de Sexualidad Humana* (pp. 141-152). Madrid: Pirámide.
- Kolodny, R.C., Masters, W.H., Johnson, V.E. y Biggs, M.A. (1982). Sexo y enfermedades crónicas. En R.C. Kolodny et al., *Manual de Sexualidad Humana* (pp. 203-219). Madrid: Pirámide.
- Kolodny, R.C., Masters, W.H., Johnson, V.E. y Biggs, M.A. (1982). El sexo y los minusválidos. En R.C. Kolodny et al., *Manual de Sexualidad Humana* (pp. 245-272). Madrid: Pirámide.

- Kospelainen, J.T., Nieminen, P. y Myllyla, V.V. (1999). Sexual Functioning Among Stroke Patients and Their Spouses. *Stroke*, 30 (4), 715-719.
- Kylstra, W.A., Leenhouts, G.H., Everaerd, W., Panneman, M.J., Hahn, D.E., Schultz, W.C., Van De Wiel, H.B. y Heintz, A.P. (1999). Sexual outcomes following treatment for early stage gynecological cancer: a prospective multicenter study. *International Journal of Gynecological Cancer*, 9 (5), 387-395.
- López, M.D., Polaino, A., Arranz, P., Granda, M.J. y Calero, F. (1991). La sexualidad en enfermas mastectomizadas. *Clínica y Salud*, 2 (3), 271-278.
- Malavaud, B., Rostaing, L., Rischmann, P., Sarramon, J.P. y Durand, D. (2000). High prevalence of erectile dysfunction after renal transplantation. *Transplantation*, 69 (10), 2121-2124.
- Masters, W.H., Johnson, V.E. y Kolodny, R.C. (1995). Trastornos sexuales y salud sexual. En W.H. Masters et al., *La Sexualidad Humana* (Vols. 1, 2 y 3) (Nueva edición revisada) (pp. 649-681). Barcelona: Grijalbo.
- Mira, J.J. y Van Der Hofstadt, C. (1989). Conducta sexual y enfermedad crónica. *Enfermería Científica*, 84, 4-16.
- Morrell, M.J. (1997). Sexual Function in Epilepsy. *22nd International Epilepsy Congress*. Dublin: International League Against Epilepsy.
- Navarro, J. (2000). Parejas y enfermedad: una revisión. En J. Navarro y J. Pereira (comp.), *Parejas en situaciones especiales* (pp. 121-149). Barcelona: Paidós.
- Nordqvist, I. (1992). *Sexualidad y Discapacidad*. Madrid: INSERSO - Ministerio de AA. Sociales.
- Olazábal, J.C. (1988). Sexualidad y paciente oncológico. *Rol de Enfermería*, 116, 27-31.
- Pinto de Benito, A. y Sánchez Ramos, A. (1990). *Sexualidad y Paternidad en la Lesión Medular*. Toledo: ASPAYM.
- Renshaw, D.C. (1978). Impotence in Diabetics. En J. Lopiccolo y L. Lopiccolo (ed.), *Handbook of Sex Therapy* (pp. 433-440). New York: Plenum Press.
- Rodríguez-Marín, J. (1995). *Psicología Social de la Salud*. Madrid: Síntesis.
- Sánchez-Palencia, S. (1992). Discapacidad y sociedad. *Papeles del Psicólogo*, 54, 39-46.
- Shaffer, R.B. y Corish, Ch. (1998). Cardiac Surgery and Women. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 12 (4), 14-31.
- Sierra Ávila, B. (1985). Infarto agudo de miocardio y conducta sexual. *Rol de Enfermería*, 87, 30-33.
- Siravajan, E., Kee, L. L., Newton, K.M., Lindskog, B. y Livingston, M. (1994). Return to work, sexual activity, and other activities after acute myocardial infarction. *Heart & Lung*, 23 (5), 423-435.
- Soulier, B. (1995). *Los discapacitados y la sexualidad*. Barcelona: Herder.
- Soto de Lanuza, J.L. (1987). *Sexualidad y Minusválidos*. Madrid: Editorial Popular.
- Stewart, B. (1985). *Sexo y Espina Bífida*. Gerona: Association for Spina Bifida and Hydrocephalus - INSERSO.
- Verdugo, M.A. (1995). Personas con deficiencias, discapacidades y minusvalías. En M.A. Verdugo (dir.), *Personas con discapacidad. Perspectivas psicopedagógicas y rehabilitadoras* (pp. 1-35). Madrid: Siglo Veintiuno de España Editores.
- Viagra (sildenafil). Monografía del producto. (1998). Barcelona: Laboratorios Pfizer.

Wang, C.J., Shen, S.Y., Wu, C.C., Huang, C.H. y Chiang, C.P. (1993). Penile Blood Flow Study in Diabetic Impotence. *Urol Int*, 50, 209-212.

Weinberg, J.S. (1982). Sexualidad humana y lesión de la médula espinal. *Clínicas de Enfermería de Norteamérica*, 468-481.

Queremos agradecer a nuestro compañero José M^a Cabra, Médico de Familia, todas las aclaraciones aportadas para el desarrollo de los contenidos de este seminario.