

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE MEDICINA



TESIS DOCTORAL

Abordaje de la sexualidad en la consulta del médico de familia: ¿lo hacemos mejor que antes?

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR

PRESENTADA POR

Cristina Riansares Rojo Villaescusa

DIRECTORES

José Zarco Montejo
Lydia Feito Grande

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE MEDICINA



TESIS DOCTORAL

**ABORDAJE DE LA SEXUALIDAD EN LA
CONSULTA DEL MÉDICO DE FAMILIA:
¿LO HACEMOS MEJOR QUE ANTES?**

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR

PRESENTADA POR

CRISTINA RIANSAIRES ROJO VILLAESCUSA

DIRECTORES

JOSÉ ZARCO MONTEJO

LYDIA FEITO GRANDE

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS.....	5
-----------------------------	----------

ABREVIATURAS	7
---------------------------	----------

INTRODUCCIÓN	9
---------------------------	----------

1. Sexualidad y Salud Sexual.
2. Educación sexual.
3. Atención Primaria de salud y sexualidad
4. Salud reproductiva y anticoncepción.
5. Infecciones de transmisión sexual.
6. Disfunciones Sexuales
7. Diversidad sexual y de género
8. Abordaje de la sexualidad en grupos especiales
9. Etapas vitales y sexualidad

HIPÓTESIS DE TRABAJO Y OBJETIVOS	112
---	------------

MATERIAL Y MÉTODOS..... 113

1. Diseño del estudio
2. Ámbito del estudio
3. Período del estudio
4. Sujetos del estudio
5. Métodos estadísticos
6. Aspectos éticos
7. Limitaciones

RESULTADOS 124

1. Resultados descriptivos del estudio
 - 1.1. Variables demográficas
 - 1.2. Variables propias del cuestionario
 - 1.2.1 Variables sobre formación
 - 1.2.2 Variables sobre el abordaje clínico
 - 1.2.3 Variables sobre dificultades
2. Relación entre las variables estudiadas
 - 2.1 Relación entre variables demográficas y variables propias del cuestionario
 - 2.2 Relación entre la formación recibida por los médicos de familia y las respuestas al cuestionario
 - 2.3 Relación entre las variables del estudio realizado en 2004 y las del estudio del 2016.

DISCUSIÓN	168
1. Datos demográficos de la población a estudio y resultados	
2. Formación recibida sobre sexualidad a lo largo de la carrera profesional del médico de familia.	
3. Abordaje clínico de la sexualidad en la consulta del médico de familia	
4. Dificultades en el abordaje de la sexualidad en la consulta del médico de familia	
5. Limitaciones del estudio	
 CONCLUSIONES.....	 200
 RESÚMEN.....	 202
 ABSTRACT.....	 207
 BIBLIOGRAFÍA.....	 211
 ANEXOS.....	 232

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar a mi familia, por ser el gran equipo que me acompaña siempre. A mis padres, Aurelio y Riansares, por su educación, cariño y apoyo constante a lo largo de mi vida.

A mi hermana, Marta, por aportarme su visión farmacéutica y recordarme que con esfuerzo todo es posible. “Caminante no hay camino, se hace camino al andar”.

A David, el hombre de mi vida. La persona que siento más cerca y que siempre me ha animado a seguir sin tirar la toalla. Siempre resolutivo y dispuesto a ayudarme, con todo el cariño del mundo y con una paciencia infinita.

A Nacho, nuestro hijo, el mejor proyecto de nuestra vida. Él ha sido el motor necesario para dar en el último empujón.

A José Zarco, mi director de Tesis, por transmitirme su pasión por la Atención Primaria y su amplio conocimiento sobre el tema de Tesis. Gracias José por todas las tardes que te he robado y por hacer que haya disfrutado tanto durante la realización de este trabajo. Ha sido una verdadera suerte el haber contado contigo como guía y no puedo estar más agradecida.

A Lydia Feito, mi codirectora, por su disponibilidad, su orientación y su tan importante aportación bioética.

A Mariano Rivera, mi tutor durante la residencia de Medicina Familiar y Comunitaria, por todo lo que me enseñó durante la misma, que me ha servido para escribir esta Tesis y me servirá siempre para llevar a cabo la mejor labor asistencial posible.

A Vero y Alina, por su apoyo y contribución en la fase inicial de este proyecto.

Al resto de mis amigos y compañeros de Atención Primaria, por contagiar el entusiasmo en nuestra especialidad y motivarme a seguir batallando.

A todas las Unidades Docentes de Medicina Familiar y Comunitaria así como a los tutores que han participado en el proyecto, sin su colaboración no habría podido llevarse a cabo. Mención especial a la Unidad Docente Sureste de Madrid, por apoyar la realización de este trabajo.

A la Fundación para la Investigación e Innovación Biomédica de Atención Primaria (FIIBAP) por su beca para la realización de esta Tesis y su ayuda metodológica para la misma.

ABREVIATURAS

- ADVP: adictos a drogas por vía parenteral
- AP: atención primaria
- APS: atención primaria de salud
- CCAA: comunidades autónomas
- CFCSNS: créditos de formación continuada del Sistema Nacional de Salud
- DE: disfunción eréctil
- DINH: dispositivos intrauterinos no hormonales
- DM: diabetes mellitus
- DS: disfunción sexual
- DSG: diversidad sexual y de género
- EDO: enfermedades de declaración obligatoria
- ENSSR: Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva.
- EPS: educación para la salud
- GPC: guía de práctica clínica
- HCS: historia clínica sexual
- HSH: hombres que practican sexo con hombres
- HTA: hipertensión arterial
- ICC: insuficiencia cardíaca congestiva
- IMC: índice de masa corporal
- ITS: infecciones de transmisión sexual
- IVE: interrupción voluntaria del embarazo

- LGTBI: Colectivo formado por personas lesbianas, gais, transexuales, bisexuales e intersexuales
- MF: médico de familia
- MGF: mutilación genital femenina
- OMS: Organización Mundial de la Salud
- OPS: Organización Panamericana de la Salud
- PEPs: personas que ejercen la prostitución
- RENAVE: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica
- SEGO: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia
- SIM: Sistema de Información Microbiológica
- SNS: Sistema Nacional de Salud
- SRC: Sexual Rights Comitee/ Comité de Derechos Sexuales.
- TA: tensión arterial
- UDVP: usuarios de drogas por vía parenteral
- VG: violencia de género
- VHA: virus de la hepatitis A
- VHS: virus herpes simple
- VIH: virus de la inmunodeficiencia humana
- VPH: virus del papiloma humano.
- VHB: virus de la hepatitis B
- WAS: World Association for Sexual Health/ Asociación Mundial para la Salud Sexual

INTRODUCCIÓN

1. SEXUALIDAD Y SALUD SEXUAL

1.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS Y MARCO CONCEPTUAL

En 1974 la Organización Mundial de la Salud (OMS) convocó una reunión de expertos en materia de sexualidad de diversos países. En ella se elaboró un documento donde se planteaba la importancia de la formación de los profesionales sanitarios para poder ofrecer educación, consejo y terapia sexual. Las conclusiones establecidas en esta reunión fueron plasmadas en el documento *Capacitación y tratamiento en cuestiones de sexualidad humana: La formación de profesionales de la salud. Informe de una reunión de la OMS, 1975. Informe 01, 1975. Col. Serie de Informes Técnicos No 572¹* y su difusión supuso para la sexualidad un paso hacia delante muy importante ya que, por razones sociopolíticas, había sido un tema tabú hasta la fecha.

Con el fin de mejorar y revisar estos progresos se celebró en el año 2000 una nueva reunión en Antigua Guatemala, Guatemala. En ella la OMS, junto a la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Asociación Mundial para la Salud Sexual (World Association for Sexual Health, WAS), difundieron un documento para reevaluar estrategias de promoción de la salud sexual: *Promoción de la salud sexual. Recomendaciones para la acción (Guatemala, 2000).*² Uno de sus objetivos fundamentales fue el de integrar la salud sexual en los programas de salud pública, promoviendo y motivando la investigación en esta materia. En dicho documento, se hace mención a las dificultades para llegar a un consenso en las definiciones de conceptos relacionados con la sexualidad humana y la salud sexual. El

resultado de esta complicada tarea fue el paso inicial para definir unos conceptos mínimos relativos al sexo y a la sexualidad ya que hasta entonces no existía un acuerdo internacional sobre los mismos. Así pues, el grupo de expertos propuso las definiciones siguientes:

- **Sexualidad:** El término "sexualidad" se refiere a una dimensión fundamental del hecho de ser un ser humano. Basada en el sexo, incluye al género, las identidades de sexo y género, la orientación sexual, el erotismo, la vinculación afectiva y el amor, y la reproducción. Se experimenta o se expresa en forma de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, actividades, prácticas, roles y relaciones. La sexualidad es el resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos, socioeconómicos, culturales, éticos y religiosos o espirituales. Si bien la sexualidad puede abarcar todos estos aspectos, no es necesario que se experimenten ni se expresen todos. Sin embargo, en resumen, la sexualidad se experimenta y se expresa en todo lo que somos, sentimos, pensamos y hacemos.
- **Salud sexual:** La salud sexual es la experiencia del proceso permanente de consecución de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad. La salud sexual se observa en las expresiones libres y responsables de las capacidades sexuales que propician un bienestar armonioso personal y social, enriqueciendo de esta manera la vida individual y social. No se trata simplemente de la ausencia de disfunción o enfermedad o de ambos. Para que la salud sexual se logre es necesario que los derechos sexuales de las personas se reconozcan y se garanticen.
- **Sexo:** El término "sexo" se refiere al conjunto de características biológicas que definen al espectro de humanos como hembras y machos.

- **Género:** El género es la suma de valores, actitudes, papeles, prácticas o características culturales basadas en el sexo. El género, tal como ha existido de manera histórica, transculturalmente, y en las sociedades contemporáneas, refleja y perpetúa las relaciones particulares de poder entre el hombre y la mujer.
- **Identidad de género:** La identidad de género define el grado en que cada persona se identifica como masculina o femenina o alguna combinación de ambos. Es el marco de referencia interno, construido a través del tiempo, que permite a los individuos organizar un autoconcepto y a comportarse socialmente en relación a la percepción de su propio sexo y género. La identidad de género determina la forma en que las personas experimentan su género y contribuye al sentido de identidad, singularidad y pertenencia.
- **Orientación sexual:** La orientación sexual es la organización específica del erotismo y/o el vínculo emocional de un individuo en relación al género de la pareja involucrada en la actividad sexual. La orientación sexual puede manifestarse en forma de comportamientos, pensamientos, fantasías o deseos sexuales, o en una combinación de estos elementos.
- **Identidad sexual:** La identidad sexual incluye la manera como la persona se identifica como hombre o mujer, o como una combinación de ambos, y la orientación sexual de la persona. Es el marco de referencia interno que se forma con el correr de los años, que permite a un individuo formular un concepto de sí mismo

sobre la base de su sexo, género y orientación sexual y desenvolverse socialmente conforme a la percepción que tiene de sus capacidades sexuales.

- **Erotismo:** El erotismo es la capacidad humana de experimentar las respuestas subjetivas que evocan los fenómenos físicos percibidos como deseo sexual, excitación sexual y orgasmo, y, que por lo general, se identifican con placer sexual. El erotismo se construye tanto a nivel individual como social con significados simbólicos y concretos que lo vinculan a otros aspectos del ser humano.
- **Vínculo afectivo:** La vinculación afectiva es la capacidad humana de establecer lazos con otros seres humanos que se construyen y mantienen mediante las emociones. El vínculo afectivo se establece tanto en el plano personal como en el de la sociedad mediante significados simbólicos y concretos que lo ligan a otros aspectos del ser humano. El amor representa una clase particularmente deseable de vínculo afectivo.
- **Actividad sexual:** La actividad sexual es una expresión conductual de la sexualidad personal donde el componente erótico de la sexualidad es el más evidente. La actividad sexual se caracteriza por los comportamientos que buscan el erotismo y es sinónimo de comportamiento sexual.
- **Prácticas sexuales:** Las prácticas sexuales son patrones de actividad sexual presentados por individuos o comunidades con suficiente consistencia como para ser predecibles.

- **Relaciones sexuales sin riesgo:** La expresión "relaciones sexuales sin riesgo" se emplea para especificar las prácticas y comportamientos sexuales que reducen el riesgo de contraer y transmitir infecciones de transmisión sexual, en particular el VIH.
- **Comportamientos sexuales responsables:** El comportamiento sexual responsable se expresa en los planos personal, interpersonal y comunitario. Se caracteriza por autonomía, madurez, honestidad, respeto, consentimiento, protección, búsqueda de placer y bienestar. La persona que practica un comportamiento sexual responsable no pretende causar daño y se abstiene de la explotación, acoso, manipulación y discriminación. Una comunidad fomenta los comportamientos sexuales responsables al proporcionar la información, recursos y derechos que las personas necesitan para participar en dichas prácticas.

Tras la reunión del año 2000, la OMS organizó en 2002 un encuentro técnico en Génova cuyas ideas fueron recogidas en el documento *Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health, 28–31 January 2002, Geneva*.³ El resultado de este trabajo fue la revisión de las definiciones de los conceptos de sexo, sexualidad, salud sexual y derechos sexuales. Aunque estos conceptos no han conseguido ser definiciones oficiales de la OMS, se está incrementando su uso como estándares de calidad.

1.2 PROMOCIÓN DE LA SALUD SEXUAL

Promover la salud sexual implica mejorar las habilidades de las personas para vivir una salud sexual plena así como perfeccionar las condiciones sociales, ambientales y económicas (OMS, 1998). Todo ello envuelve también a los servicios sanitarios, que deben ofrecer información de calidad, apoyo y consejo sobre cualquier aspecto relacionado con la salud sexual y reproductiva.⁴

Los médicos de familia (MF) tienen un papel importantísimo en esta tarea ya que son los primeros a los que, en la mayoría de las ocasiones, las personas recurren para consultar problemas o dudas sexuales que pueden estar aconteciendo en sus vidas. Gracias al carácter accesible y longitudinal de sus consultas, disponen del entorno perfecto para ayudar a sus pacientes a encontrar la manera de vivir una vida sexual plena y satisfactoria.

En 2011, se redactó un documento llamado *Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva* (ENSSR)⁵ en el que participaron diferentes expertos en materia de sexualidad a nivel nacional y cuya finalidad era buscar una estrategia para ofrecer una atención de calidad a la salud sexual y reproductiva en el Sistema Nacional de Salud (SNS). En dicho documento se describen los siguientes objetivos para la promoción de la salud sexual:

- Facilitar a la población información y educación para la salud sexual desde una visión holística, considerando las relaciones de género además de las necesidades y/o situaciones específicas de los distintos grupos poblacionales y los diferentes contextos de vulnerabilidad (grupos étnicos, discapacidades, opciones y orientaciones sexuales, identidades de género, personas con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), migración, violencia sexual).

- Promover y propiciar los canales de participación social en las políticas sanitarias relacionadas con la salud sexual.
- Promover la toma de decisiones libre e informada en cuanto a la maternidad y paternidad.

Para promover la salud sexual resulta imprescindible el respeto de los derechos sexuales de las mujeres y de los hombres, sin realizar diferencias en cuanto al género, haciéndoles a ambos responsables de la vivencia de la sexualidad de manera igualitaria.⁶

1.3 DERECHOS SEXUALES

Los derechos sexuales son el pilar básico de la salud sexual. Si los derechos sexuales no se garantizan no es posible disfrutar de una salud sexual plena.⁷

La primera declaración de los derechos sexuales fue proclamada en el XIII Congreso Mundial de Sexología, celebrado el 29 de junio de 1997 en Valencia (España)⁸, en el que participaron delegados de 60 países (Tabla 1). En el año 1999, durante el XIV Congreso Mundial de Sexología celebrado en Hong-Kong del 23 al 27 de Agosto, fue revisada y aprobada por la Asamblea General de la WAS.⁹

La WAS es una asociación a la que pertenecen la mayor parte de los profesionales de la sexología en el mundo y que persigue la promoción de los derechos sexuales, derechos humanos universales basados en la igualdad, libertad y dignidad inherentes a todos los seres humanos. Para poder llevar a cabo esta labor, la WAS cuenta con el Comité de Derechos Sexuales (Sexual Rights Comitee, SRC).¹⁰ Este comité fue fundado en España por María Pérez-Conchillo y Juan José Borrás Valls con la finalidad de apoyar y controlar el

incumplimiento de los derechos sexuales así como aconsejar sobre el uso de dichos derechos desde un conocimiento basado en la evidencia científica sobre esta materia.

Tabla 1. Derechos sexuales. Declaración del 13^a Congreso Mundial de Sexología, 1997. Valencia, España.

DERECHOS SEXUALES
1. El derecho a la libertad sexual. La libertad sexual abarca la posibilidad de la plena expresión del potencial sexual de los individuos. Sin embargo, esto excluye toda forma de coerción, explotación y abuso sexual en cualquier tiempo y situación de la vida.
2. El derecho a la autonomía, integridad y seguridad sexuales del cuerpo. Este derecho incluye la capacidad de tomar decisiones autónomas sobre la propia vida sexual dentro del contexto de la ética personal y social. También están incluidas la capacidad de control y disfrute de nuestros cuerpos, libres de tortura, mutilación y violencia de cualquier tipo.
3. El derecho a la privacidad sexual. Este involucra el derecho a las decisiones y conductas individuales realizadas en el ámbito de la intimidad siempre y cuando no interfieran en los derechos sexuales de otros.
4. El derecho a la equidad sexual. Este derecho se refiere a la oposición a todas las formas de discriminación, independientemente del sexo, género, orientación sexual, edad, raza, clase social, religión o limitación física o emocional.
5. El derecho al placer sexual. El placer sexual, incluyendo el autoerotismo, es fuente de bienestar físico, psicológico, intelectual y espiritual.
6. El derecho a la expresión sexual emocional. La expresión sexual va más allá del placer erótico o los actos sexuales. Todo individuo tiene derecho a expresar su sexualidad a través de la comunicación, el contacto, la expresión emocional y el amor.
7. El derecho a la libre asociación sexual. Significa la posibilidad de contraer o no matrimonio, de divorciarse y de establecer otros tipos de asociaciones sexuales responsables.
8. El derecho a la toma de decisiones reproductivas, libres y responsables. Esto abarca el derecho a decidir tener o no hijos, el número y espaciamiento entre cada uno, y el derecho al acceso pleno a los métodos de regulación de la fecundidad.

DERECHOS SEXUALES
9. El derecho a información basada en el conocimiento científico. Este derecho implica que la información sexual debe ser generada a través de la investigación científica libre y ética, así como el derecho a la difusión apropiada en todos los niveles sociales.
10. El derecho a la educación sexual integral. Este es un proceso que se inicia con el nacimiento y dura toda la vida y que debería involucrar a todas las instituciones sociales.
11. El derecho a la atención de la salud sexual. La atención de la salud sexual debe estar disponible para la prevención y el tratamiento de todos los problemas, preocupaciones y trastornos sexuales.

Desde la reunión de expertos del año 2000 en Guatemala se hace mención a los derechos sexuales en las recomendaciones de la OMS.² La WAS reafirmó su declaración de derechos en 2008 con su documento *Salud sexual para el milenio*¹¹, y en 2014 revisó y amplió la declaración de derechos a la vigente.

2. EDUCACIÓN PARA LA SEXUALIDAD

2. 1. IMPORTANCIA DE LA EDUCACIÓN PARA LA SEXUALIDAD

La educación para la sexualidad es un derecho humano, universal y debe estar presente en cualquier persona desde su niñez.¹² El objetivo final de la educación para la sexualidad va más allá de prevenir infecciones de transmisión sexual (ITS), sino que debe ser abordada desde un enfoque mucho más amplio que abarque la salud global de las personas.¹³ Se trata de enseñar valores basados en una educación para la vida, la libertad, el amor, la autonomía, el respeto a la dignidad, la garantía de la no discriminación, la igualdad de género, la erradicación de la violencia de género y el maltrato sexual.¹⁴

La educación para la sexualidad debe ser comprendida desde una visión positiva, sin los prejuicios ni visiones anticuadas de la sexualidad, recalcando la importancia del bienestar de la persona y del desarrollo pleno de su personalidad desde una sexualidad responsable y feliz.¹⁵ Debe tener unos contenidos basados en los derechos sexuales y reproductivos¹⁶, dentro de los cuales se debe tener siempre presente la perspectiva de género, el respeto a la diversidad y el contexto cultural/social de cada persona¹⁷, sin olvidar las intervenciones destinadas a la prevención de la violencia de género (VG)¹⁸ y el abuso sexual.¹⁹ También es muy importante prestar especial atención a grupos más vulnerables como pueden ser los emigrantes, minorías sexuales o discapacitados, en los que los contenidos sobre salud sexual y reproductiva deben acomodarse a sus necesidades.^{20,21}

La educación sexual no solo debe partir de los padres²² sino que todos los colectivos, instituciones, y profesionales dedicados a la educación deberían estar familiarizados y promover una educación para la sexualidad con bases científicas²³, adaptando la enseñanza según la etapa de desarrollo en la que se encuentra cada persona (niñez, adolescencia, etapa reproductiva, menopausia, vejez, etc).^{24,25}

La educación sexual llevada a cabo en las escuelas, colegios e institutos es sin duda una práctica que puede tener una efectividad muy alta ya que allí se encuentran un alto número de niños/as y adolescentes.²³ El profesorado debe estar motivado para realizarla y también tener una formación mínima básica en educación sexual para que la enseñanza ofrecida sea de calidad.²⁶ Además, un requisito muy importante para poder realizar esta educación es que se garantice la privacidad de los estudiantes, de manera que se sientan seguros dentro de un clima de confianza para poder desvelar sus preocupaciones.

Es preciso tener en cuenta que hoy en día internet está al alcance de todos. Es una herramienta rápida y accesible donde sobretodo los adolescentes y adultos jóvenes buscan información para resolver sus dudas e inquietudes sobre sexualidad y aspectos relacionados con la misma.^{27,28} Por ello, internet y también las aplicaciones para móviles forman parte de uno de los nuevos recursos utilizados para realizar educación sexual.²⁹ Existen estudios que avalan el hecho de que gracias a dichas aplicaciones móviles se puede realizar educación sexual con el fin de disminuir el número de embarazos no deseados en adolescentes³⁰ así como el contagio de VIH y otras ITS.³¹ El grado de evidencia científica de dichas aplicaciones móviles está aún en discusión, ya que diversas publicaciones afirman que muchas de las aplicaciones carecen de contenido basado en la evidencia³² o que únicamente tratan temas como la prevención de embarazos no deseados³⁰, el VIH y otras ITS³³, pasando por alto la importancia de la educación sexual integral.³⁴

Por tanto, aunque algunos autores están de acuerdo con que dichas aplicaciones pueden ayudar a fomentar la educación para la sexualidad, se necesitan más estudios que confirmen si los contenidos ofrecidos en las mismas son de calidad.^{35,36}

2.2 ESTRATEGIAS PARA PROMOVER LA EDUCACIÓN PARA LA SEXUALIDAD

Durante los días 20 y 21 de Junio de 2011 en Madrid (España) tuvo lugar un encuentro Mundial de Expertos en Educación para la Sexualidad. El grupo formado por expertos en educación para la sexualidad de diferentes entidades y agencias internacionales recogió las siguientes estrategias para promover la educación para la sexualidad (Tabla 2):³⁷

Tabla 2. Educación Para La Sexualidad Con Bases Científicas: Documento de Consenso de Madrid.³⁷

LOS MENSAJES DESTINADOS A LOS AGENTES RESPONSABLES DE LA TOMA DE DECISIONES EN LOS DISTINTOS ÁMBITOS HAN DE DISEÑARSE SIGUIENDO ESTOS CRITERIOS FUNDAMENTALES:
La perspectiva de salud pública, con un enfoque de coste-beneficio y argumentos que sustenten los beneficios de la inversión en educación para la sexualidad. La educación para la sexualidad no sólo no daña sino que posibilita el desarrollo humano pleno y reduce costes de salud a medio y largo plazo.
El enfoque de responsabilidad y obligatoriedad del Estado de garantizar la inversión en bienestar y salud individual, más allá de los beneficios institucionales y sociales. Debe jugar un papel en el marco de las relaciones interpersonales, promoviendo la educación en valores y la interiorización de modelos de relación afectivos y no violentos.
El marco de derechos humanos, donde se visibilice el papel del Estado, de las Regiones, de las Provincias, de las Comunidades Autónomas, de las Entidades federativas, de los Departamentos, de los Municipios y de cualquier otro estamento gubernamental como garantes del cumplimiento de los derechos humanos, incluidos los derechos sexuales. Incluir una educación para la

sexualidad con bases científicas en el currículo educativo es una obligación de todos los estados, así como dotar de los medios humanos y económicos suficientes para su implementación.

La perspectiva de justicia social, dado que la educación para la sexualidad contribuye a la igualdad, la no discriminación y el empoderamiento de colectivos vulnerables y desfavorecidos.

Para lograr la implementación eficaz de los programas de educación para la sexualidad, es imprescindible que el sistema educativo y el sistema sanitario trabajen de forma coordinada para lograr una educación para la sexualidad y la promoción de la salud plena.

Los argumentos que se utilicen en el trabajo de influencia política deben ser contundentes y basados en evidencias científicas. Hay cuatro principios imprescindibles en esos argumentos: los derechos humanos, la igualdad de género, la autonomía de la persona en su toma de decisiones y la aceptación y respeto de la diversidad. Es necesario identificar errores conceptuales e imprecisiones de las argumentaciones en contra y exponerlos al público general, diferenciando valores de datos científicos y avalando los argumentos a favor de la educación para la sexualidad con evidencia empírica que los sustente.

Debe exigirse el cumplimiento del marco jurídico internacional de los derechos humanos por parte de los Estados.

La educación para la sexualidad completa, respetuosa y de calidad puede ser un elemento clave para que las personas desarrollen las habilidades necesarias para vivir una sexualidad plena.³⁸ Gracias a esta educación podrán decidir libremente, tomar decisiones informadas sobre su vida sexual³⁹ y encontrar las alternativas para prevenir embarazos no deseados e ITS que más se ajusten a sus necesidades.⁴⁰

2.3. CONSENSOS Y ESTÁNDARES DE EDUCACIÓN PARA LA SEXUALIDAD.

2.3.1 Principios europeos de educación para la sexualidad

La Oficina Regional para Europa de la OMS y el Centro Federal para la Educación Sexual (BZgA), han redactado un documento con los estándares para la educación de la sexualidad en Europa (Tabla 3).⁴¹ Los estándares reflejan que los niños, adolescentes y jóvenes deben estar capacitados para entender las diferentes circunstancias y retos que se les puedan presentar y utilizar los valores adecuados para enfrentarse a ellos.

Tabla 3. Principios en los que debería basarse la educación para la sexualidad

ESTÁNDARES EUROPEOS PARA LA EDUCACIÓN EN SEXUALIDAD	
1-Debe ajustarse a la edad de la persona, según el nivel de desarrollo y comprensión, cultura, sensibilidad social y género.	
2-Debe basarse en los derechos humanos.	
3-Debe basarse en un concepto global de bienestar, que incluya la salud.	
4-Debe estar firmemente basada en la igualdad de género, la autodeterminación y la aceptación de la diversidad.	
5-Debe comenzar desde el nacimiento.	
6. Debe hacerse entender como una contribución hacia una equitativa y compasiva sociedad que empodere a los individuos y a las comunidades.	
7. Tiene que estar basada en una correcta información con bases científicas.	

Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y Centro Federal para la Educación Sexual (BZgA). Colonia, 2010.⁴¹

2.3.2 Estándares internacionales de práctica educativa para educadores

Las capacidades y actitudes de quienes educan son un tema de vital importancia cuando se trata de educación sexual. Las personas encargadas de realizarla no tienen porqué ser expertos en sexología pero si es conveniente que la persona encargada de impartirla adquiera algunas nociones o entrenamiento previo. Además, para planear los programas formativos se debe tener en cuenta la formación previa en sexualidad de los educadores, el tipo de grupo al que se va a ofrecer la enseñanza, la edad que tienen, etc. Por ejemplo, las necesidades educativas serán muy diferentes si la educación para la salud (EPS) se imparte en una

escuela de primaria, en una clase con alumnos de bachillerato o un grupo de mujeres en edad reproductiva.

Con el fin de crear una guía para todos los profesionales de la educación, la WAS ha diseñado unos estándares de práctica profesional en los que se describen unos objetivos básicos para la educación sexual (Tabla 4).⁴² Partiendo de dichos objetivos, se pueden desarrollar programas formativos a través de los cuales se puede mejorar el conocimiento y aprendizaje en la materia.

Los estándares han sido redactados por especialistas en sexología con el objetivo de crear unas pautas orientativas que guíen a los profesionales de la educación sobre las habilidades, conocimientos y particularidades que deberían conocer al realizar educación para la sexualidad.

Tabla 4. Estándares de práctica profesional en educación sexual

ESTÁNDARES DE PRÁCTICA PROFESIONAL EN EDUCACIÓN SEXUAL	
1. Demostrar un comportamiento profesional apropiado a la educación en sexualidad y la promoción de la salud sexual.	
2. Comunicarse de forma efectiva.	
3. Acceso, interpretación y aplicación de información al proceso continuo de mejoramiento de la práctica pedagógica.	
4. Evaluar las necesidades de los grupos objetivo.	
5. Interpretar y analizar las conclusiones de la evaluación.	
6. Desarrollar planes programáticos adecuados.	
7. Implementar programas de enseñanza y aprendizaje efectivos y seguros.	
8. Evaluar la efectividad y la eficiencia del proceso de implementación de programas.	
9. Desempeñarse de forma eficiente en los diversos entornos.	

Asociación Mundial para la Salud Sexual (WAS). Gotemburgo, 2009⁴²

2.4. EDUCACIÓN SEXUAL. UN COMPROMISO DE ATENCIÓN PRIMARIA.

La Atención Primaria de Salud (APS) atiende a personas de un amplio espectro edades y por lo tanto existen multitud de momentos en los que se puede realizar educación para la sexualidad, desde la infancia hasta la vejez.

La educación para la sexualidad en AP puede llevarse a cabo de muy diversas maneras: otorgando un consejo oportuno en la consulta, promoviendo campañas específicas sobre sexualidad, organizando grupos o talleres de EPS con pacientes en el propio centro de salud y también con el desplazamiento de los profesionales de AP a colegios e institutos para hablar sobre sexualidad. Todas estas actividades pueden ser realizadas y organizadas desde el primer nivel asistencial pero debe existir una actitud proactiva y un compromiso real por parte de los profesionales sanitarios para llevarla a cabo.⁴³

3. SALUD SEXUAL Y ATENCIÓN PRIMARIA

3.1 EL PAPEL DEL MÉDICO DE FAMILIA EN EL ABORDAJE DE LA SALUD SEXUAL

El concepto de salud ha ido cambiando a lo largo del tiempo. Ha evolucionado desde una definición que prácticamente se centraba en la ausencia de enfermedad hasta la consideración global de la misma (desde el punto de vista físico, social, mental, etc). En este sentido los MF tienen un papel fundamental ya que una de las cualidades que mejor definen la APS es la “integralidad de la salud”. Una definición que engloba perfectamente este concepto es la elaborada por Jordi Gol i Gurina, MF e internista, considerado uno de los padres de la definición de salud. Así, en 1976 la definió como una “forma de vivir que es libre, solidaria y gozosa”.⁴⁴ Esta definición nos ayuda a considerar la sexualidad como un aspecto saludable y placentero, acercándola a la población y a los profesionales sanitarios de manera abierta y respetuosa.

Diversos estudios demuestran que cuando los MF integran el cuidado de la salud sexual dentro de su práctica clínica habitual mejora el bienestar y la longevidad de sus pacientes.^{45,46} Una vida sexual plena tiene beneficios tanto físicos como psicológicos y puede aumentar la calidad de vida de las personas.⁴⁷ Existe evidencia científica a favor de que la actividad sexual ayuda a la relajación y a experimentar una sensación de bienestar, ayudando a reducir los niveles de estrés así como a conciliar mejor el sueño.⁴⁶ Por otro lado, experimentar una actividad sexual satisfactoria, puede ayudar a disminuir el dolor durante el ciclo menstrual y también el riesgo de endometriosis.⁴⁸ Asimismo, la actividad sexual ayuda a mejorar la forma física de las personas, a que tengan una mejor imagen corporal de sí

mismos y a que se sientan más jóvenes. Todo ello contribuye a mejorar su autoestima y en definitiva a ser más felices.⁴⁹

Pese a las innumerables razones que apoyan el hecho de que la salud sexual es importante, no es infrecuente que durante las visitas médicas se subestime la necesidad de la realización de un abordaje integral donde se investigue más profundamente. Suele destinarse poco tiempo para hablar de sexo en la consulta⁵⁰, considerándolo un aspecto menos importante que otros en la vida del paciente o simplemente algo prescindible.

La gran mayoría de los problemas relacionados con la salud sexual pueden ser atendidos desde las consultas de APS.^{51,52} Dichos problemas pueden estar condicionados por diferentes aspectos (psicológicos, sociales, educativos, biológicos, etc) y a menudo muchos de ellos están interrelacionados entre sí. El MF es el profesional idóneo para integrar todas estas dimensiones ya que conoce el entorno personal, familiar y social de cada uno de sus pacientes.⁵³ Además, tiene las herramientas para ofrecer un entorno adecuado para hablar sobre ello, creando un clima basado en la confidencialidad, intimidad y confianza, tanto en la consulta como en los domicilios.

Un aspecto fundamental al respecto es que dicho abordaje debe realizarse siempre desde el respeto de la autonomía del paciente y la voluntad de no dañarlo. Se debe incidir en el secreto profesional y pedir el consentimiento previo a cada paciente, dándole la opción de no hablar de ello si el mismo no lo considera oportuno. Es por esto que el MF debe incluir en su proceso formativo la instrucción en las habilidades de comunicación necesarias para hacerlo.

Los profesionales de APS deben tener presente que la salud sexual es un derecho humano básico y que debe formar parte de la salud global de las personas. Por ello, con el fin de

garantizar los derechos sexuales de todos los seres humanos, los MF deben recordar e incorporar el abordaje de esta esfera tan importante en sus consultas.⁵⁴

3.2 LA HISTORIA CLÍNICA SEXUAL DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

La realización de una historia clínica sexual (HCS) adecuada plantea al MF dudas e inseguridades en numerosas ocasiones. Para resolver dichas dificultades es necesario tener claro cómo se va a estructurar la entrevista y qué contenidos se van a tratar. No siempre es necesario preguntarlo todo la primera vez que se habla de ello, de hecho gracias a la continuidad y la relación interpersonal médico-paciente que se establece en APS, se podrá ir investigando al respecto en las sucesivas visitas.

En la Tabla 5 se recogen algunos los puntos clave a la hora de realizar una adecuada historia clínica sexual.

Tabla 5. Puntos clave a la hora de realizar una historia clínica sexual

CONTENIDOS GENERALES
Edad, contexto social y cultural, antecedentes personales y problemas de salud, medicación, infecciones (de transmisión sexual y otras), viajes, hábitos tóxicos, nivel de actividad física y mental, estado emocional.
CONTENIDOS ESPECÍFICOS
Datos puberales: edad de la menarquia, erecciones y poluciones nocturnas.
Historia anticonceptiva y reproductiva: métodos anticonceptivos utilizados hasta el momento y grado de satisfacción, gestaciones, abortos, hijos, etc.
Vivencia e inicio de las relaciones sexuales y afectivas: conocer la situación en que se llevaron a cabo, las emociones que se vivieron y los comportamientos que se

manifestaron. Si se considera necesario, incluir el desarrollo y la vivencia de la sexualidad en la infancia y la adolescencia así como la educación sexual recibida.

Parejas sexuales: si se tiene pareja actual o no, si es estable, tipo de relación, etc.

Frecuencia de las relaciones sexuales: si la frecuencia de las relaciones sexuales es la deseada o no y si existen discrepancias con la pareja.

Formas de expresión de la sexualidad: explorar los diversos comportamientos sexuales (caricias, auto-estimulación, coito, relaciones orales y anales), así como la capacidad para elaborar fantasías sexuales y para expresar los sentimientos de afecto.

Grado de satisfacción de la sexualidad: Interesa conocer la vivencia sexo-afectiva de la pareja y algunos aspectos que influyen en la experiencia sexual, como el nivel de comunicación con la pareja, la expresión de los deseos y las emociones que despierta la sexualidad.

Información sobre la respuesta del ciclo sexual (deseo, excitación, orgasmo) en el pasado y en el momento actual.

Extraída de Viñas Llebot⁵⁵ y Sánchez-Sánchez et al⁵⁶

Por otro lado, al realizar la entrevista es muy importante tener en cuenta que la comunicación no es simplemente oral. Resulta imprescindible observar al paciente para valorar sus gestos y lenguaje paraverbal ya que pueden ser una herramienta muy importante para conocer el estado emocional del paciente. De esta manera y según lo apreciemos (más o menos nervioso, presionado, ansioso, avergonzado, apenado, etc) actuaremos de una manera u otra para contrarrestar esas actitudes y en definitiva poder ayudarle a expresar sus preocupaciones e inquietudes.⁵⁷ La Tabla 6 recoge los puntos clave para mejorar la comunicación a la hora de realizar la anamnesis e HCS.

Tabla 6. Puntos clave para mejorar la comunicación al realizar una historia clínica sexual.

PUNTOS CLAVE PARA MEJORAR LA COMUNICACIÓN	
1-	Observar al paciente
2-	Ofrecer un entorno físico adecuado
3-	Sincronizar lenguaje verbal y no verbal
4-	Escuchar activamente
5-	No juzgar
6-	Dar información adaptada al nivel socio-cultural del paciente

Extraída y modificada de Beà Ardébol et al.⁵⁷

3.3 IMPORTANCIA DE LA FORMACIÓN DE LOS MF EN SEXUALIDAD

En la primera reunión de expertos en materia de sexualidad convocada en Ginebra en el año 1975 se planteaba la importancia de la formación de los profesionales sanitarios para atender a la población:⁵⁸

“La meta de los programas educativos es capacitar a los trabajadores sanitarios para que presten servicios satisfactorios de salud sexual, sea preventiva, como en el caso de las actividades educativas, o curativa, como en el caso de las actividades terapéuticas.

Es intensiva y universal la necesidad de influir positivamente en las actitudes que la población en general muestra hacia la sexualidad humana, así como las actitudes del personal sanitario y de otra índole encargado de la educación y de la orientación en cuestiones sexuales (OMS 1975).”

Además, tal y como queda plasmado en la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (2011)⁵, los profesionales sanitarios y en especial los MF, pueden contribuir

en gran medida a romper con los estereotipos de género que contribuyen a la vivencia de una sexualidad plena de las mujeres y los hombres. Por este motivo dicha estrategia concede especial importancia a la formación de profesionales en sexualidad fijando un objetivo principal y una serie de recomendaciones al respecto:

- **Objetivo principal para la formación de profesionales en sexualidad:**

“Mejorar la formación, en materia de salud sexual, del conjunto de profesionales que trabajan en los diferentes ámbitos de intervención sanitaria y social, desde un enfoque de derechos, holístico y de género”.⁵

- **Recomendaciones para la formación de profesionales en sexualidad** (aparecen recogidas en la Tabla 7).

Tabla 7. Recomendaciones para la formación de profesionales en salud sexual según la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (2011).⁵

RECOMENDACIONES PARA LA FORMACIÓN DE PROFESIONALES EN SALUD SEXUAL
1. Para la formación continuada en salud sexual, se consensuarán criterios comunes de calidad, contenidos formativos y metodologías educativas, en las diferentes CCAA tomando como referencia el marco teórico de Salud Sexual. 2. Se impulsarán acciones formativas para profesionales con el fin de conseguir su implicación en la promoción y en la atención a la salud sexual teniendo en cuenta los determinantes socioeconómicos, culturales y de género, así como diferentes contextos de vulnerabilidad en los distintos grupos poblacionales, desde un enfoque de derechos sexuales y reproductivos.

RECOMENDACIONES PARA LA FORMACIÓN DE PROFESIONALES EN SALUD SEXUAL

3. La formación de profesionales de la salud se abordará con perspectiva de género e incluirá la incorporación de la salud sexual y reproductiva en los programas curriculares de las carreras relacionadas con la medicina y las ciencias de la salud, incluyendo la investigación y formación en la práctica clínica de la interrupción voluntaria del embarazo. (Ley Orgánica 2/2010)
4. La formación de profesionales de la salud se abordará con perspectiva de género e incluirá la salud sexual y reproductiva en los programas de formación continuada a lo largo del desempeño de la carrera profesional. (Ley Orgánica 2/2010)
5. Se elaborarán mapas de competencias profesionales (conocimientos, habilidades y actitudes) para los diferentes perfiles profesionales con el fin de incorporar los aspectos de la salud sexual a la práctica asistencial en el marco de la presente Estrategia.
6. Se incidirá en la capacitación con perspectiva de género sobre prevención y diagnóstico precoz de ITS y VIH.
7. Se incidirá en la capacitación desde una perspectiva de diversidad sexual, que contemple la realidad y necesidades relativas a la salud sexual de todas las personas, con independencia de sus opciones y orientaciones sexuales e identidades de género.
8. Se promoverán vías de comunicación y colaboración con el ámbito educativo, para la inclusión de la salud sexual desde una mirada integral y de género, en los estudios universitarios, de postgrado y especializada.

En definitiva, cuanta más formación en salud sexual reciban los MF, mejor realizarán la HCS y tendrán mejores herramientas para resolver dudas e inquietudes de manera adecuada y eficiente en sus consultas. Por ello, resulta fundamental que se intente alcanzar el objetivo principal sobre la formación de profesionales establecido por la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, así como se cumplan las recomendaciones que dicta dicha estrategia.

4. SALUD REPRODUCTIVA Y ANTICONCEPCIÓN

El cuidado de la salud sexual y reproductiva constituye uno de los pilares básicos para el desarrollo de cada persona y por tanto de su salud individual. Los derechos sexuales y reproductivos deben estar presentes en todos los individuos y deben reconocerse como parte integral de todos los derechos humanos.⁵⁹

Según la OMS, la salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos.⁶⁰ En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria, sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia.

La Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) define el consejo anticonceptivo como la práctica sanitaria, dirigida a personas sanas, en la que se aporta información equilibrada y objetiva de cada método anticonceptivo para que en el contexto del individuo o la pareja se escoja el más idóneo, y así conseguir un óptimo estado de salud sexual y reproductivo.⁶¹ Es decir, el consejo anticonceptivo es el proceso mediante el cual se realiza un intercambio de información entre el profesional y el paciente de manera que se capacita a la persona para tomar decisiones sobre el método que más le convenga. Gracias a ello el paciente, dependiendo de su situación psicosocial y de salud, podrá realizar una elección informada del método.⁶²

Con un consejo adecuado se puede ayudar a realizar un uso correcto de cada método, aclarar dudas sobre posibles efectos secundarios, mejorar la adherencia, aumentar la satisfacción y disminuir la ansiedad al utilizarlo.⁶³

En la actualidad existe una gran variedad de métodos anticonceptivos, y aunque no todos pueden implementarse desde AP, el MF puede ofrecer mucha información sobre los mismos a sus pacientes.

4.1 LA ELECCIÓN DEL MÉTODO ANTICONCEPTIVO

4.1.1 Recomendaciones de la OMS

Desde hace más de veinte años la OMS revisa la evidencia científica disponible para actualizar los criterios de elegibilidad para poder facilitar a los organismos oficiales y a los profesionales sanitarios información sobre el consejo anticonceptivo más conveniente en cada situación.

Los Criterios de elegibilidad de la OMS⁶⁴ se basan en una serie de normas internacionales que establecen los límites para el uso de los métodos anticonceptivos en determinadas situaciones clínicas, garantizando la seguridad de las pacientes.

Las condiciones médicas que afectan a la elegibilidad de los diferentes métodos se clasifican en 4 categorías. De tal modo que, si la situación clínica de una paciente se clasifica en la categoría 1, no existen restricciones y se puede usar en cualquier circunstancia. Si la situación clínica de una paciente se clasifica en la categoría 4, el uso del método supone un riesgo inaceptable para la salud de la usuaria y por lo tanto no debería utilizarlo bajo ningún concepto.

La labor del MF resulta fundamental para acercar estos criterios a la realidad de cada una de sus pacientes, a los que puede aportar información para que elijan el método que se ajuste mejor a sus necesidades.⁶⁵ Además, gracias a la accesibilidad y continuidad ofrecidas en su consulta, es posible realizar un seguimiento de las pacientes que han comenzado a utilizar un

método anticonceptivo de manera fácil y personalizada.

4.1.2 Factores determinantes en la elección del método

Los factores que van a condicionar la elección del método en cada caso van a depender del perfil de los usuarios (mujer y/o la pareja) y del propio método en sí.^{66,61}

a) Factores dependientes del usuario:

- **Frecuencia del acto sexual:** debe tenerse en cuenta la frecuencia de los actos sexuales coitales ya que a mayor frecuencia, mayor probabilidad de que el método falle. Por ello, si la frecuencia coital es alta, debemos considerar la prescripción de un método más seguro.
- **Objetivo de la contracepción:** Cada persona puede tener un motivo diferente, desde aplazar el embarazo a un momento más conveniente para la pareja hasta la anticoncepción definitiva.
- **Edad, motivación y patología médica acompañante:** Todo ello puede influir en la selección del método. Algunas patologías pueden contraindicar un determinado método⁶⁷, o por el contrario, el uso de algunos anticonceptivos hormonales puede ser beneficioso en algunas situaciones (por ejemplo en pacientes con hipermenorrea o con endometriosis).
- **Actividad sexual y riesgo de ITS:** Preguntar sobre las prácticas sexuales y en el caso de que exista riesgo de ITS, recomendar el uso del preservativo.⁶⁸
- **Grado de colaboración de la pareja y aceptación:** Es importante tener

en cuenta los condicionantes culturales y religiosos de cada individuo, así como el grado de colaboración que vaya a tener la pareja al utilizarlo (por ejemplo, al recomendar métodos como el preservativo masculino debe existir buena predisposición y cooperación por parte de la otra persona para que pueda utilizarse).⁶³

- **Hábitos tóxicos:** el abuso de alcohol y/u otras sustancias psicoactivas pueden determinar la prescripción de métodos ajenos al control de la paciente. También deberá tenerse en cuenta la recomendación de métodos de barrera para prevenir ITS.

b) Factores dependientes del método:

- **Eficacia:** Es la capacidad de un método anticonceptivo de impedir la gestación a nivel teórico, es decir, utilizado en condiciones óptimas. Para medirla habitualmente se utiliza el índice de Pearl (número de embarazos que presentarían teóricamente 100 mujeres que utilizaran el mismo método anticonceptivo durante un año).⁶⁹ Debe diferenciarse de la efectividad, que es la capacidad de impedir la gestación en condiciones normales de uso, y por lo tanto deben tenerse en cuenta los posibles errores del paciente.

$$\text{Índice de Pearl} = \frac{\text{Nº total de embarazos} \times 12}{\text{Nº de mujeres} \times \text{Nº de meses}} \cdot 100$$

- **Seguridad:** Capacidad del método para causar efectos (tanto positivos como negativos) sobre la salud de la persona o de amenazar su vida, como por ejemplo el riesgo de presentar eventos tromboembólicos en pacientes que toman anticonceptivos orales combinados.
- **Reversibilidad:** Capacidad de recuperar la fertilidad tras interrumpir un método anticonceptivo.
- **Facilidad o complejidad de uso:** Debemos asegurarnos de que el paciente entiende el método ya que en el caso de no hacerlo podría suponer una limitación de su efectividad. Algunos métodos naturales (como el del calendario o método MELA) necesitan unos conocimientos básicos previos.⁷⁰ Otros, como por ejemplo el diafragma, necesitan estar familiarizados con la técnica.
- **Aceptabilidad:** La aceptabilidad del método por parte de la pareja es el primer paso para el inicio del método y resulta fundamental para asegurar una continuidad del mismo.⁶³
- **Relación con el coito:** Podemos diferenciar métodos que tienen una relación inmediata con el acto sexual (preservativo), mediata (espermicidas, diafragma y esponja vaginal) y lejana (dispositivo intrauterino, anticonceptivos hormonales y esterilización).
- **Precio:** Puede ser un factor importante en la selección del método y el cumplimiento. Existen algunos anticonceptivos que están financiados por el SNS mientras que otros no lo están, siendo los propios usuarios los que tienen que pagar el método que elijan.
- **Posibles efectos beneficiosos para la salud** (añadidos al efecto

contraceptivo): Algunos anticonceptivos poseen un efecto beneficioso en pacientes con hirsutismo, acné, síndrome premenstrual, etc.

4.1.3 El papel del médico de familia: anamnesis y exploración física.

Para poder integrar toda la información recibida por parte de los pacientes y poder asesorarles sobre el método que más se ajuste a sus necesidades, el MF debe realizar una adecuada anamnesis (requisito imprescindible previa prescripción de anticonceptivos).⁴³ Además deberá valorar la realización de una exploración física, la cual puede variar en cada caso:

a) Anamnesis

- **Antecedentes personales que aumenten el riesgo trombogénico o cardiovascular:** tabaquismo, obesidad, diabetes mellitus (DM), hipertensión arterial (HTA), dislipemia, trombofilia, trombosis venosa profunda, insuficiencia venosa, cardiopatía congénita, valvulopatía, enfermedad vascular isquémica y accidente cerebrovascular.
- **Antecedentes familiares de enfermedades trombogénicas:** accidente cerebrovascular o tromboembolismo venoso en paciente menor de 50 años o cardiopatía isquémica.
- **Antecedentes obstétricos:** deseo reproductivo, gestaciones y abortos previos, características del ciclo menstrual, complicaciones de embarazos previos, etc.
- **Descartar contraindicaciones y otros antecedentes personales:** problemas hepáticos o biliares, enfermedades autoinmunes, migraña,

medicación concomitante y alergias medicamentosas.

- **Historia clínica sexual:** número de parejas sexuales, antecedentes de ITS, consumo de drogas y otras conductas de riesgo.
- **Preferencias del usuario en cuanto a métodos:** experiencias previas, expectativas, información previa, fallos en la utilización de métodos anteriores, participación de la pareja en la elección.⁷¹

b) Exploración física.

El único examen físico recomendado previa prescripción de un método anticonceptivo es la toma de la tensión arterial (TA) y la medición del índice de masa corporal (IMC).⁶⁶ No es necesario realizar el cribado de los estados de hipercoagulabilidad de manera sistemática, ya que este solo debe realizarse en personas con antecedentes previos de tromboembolismo idiopático o en pacientes con historia familiar. Las citologías deben estar integradas en las actividades preventivas rutinarias según el protocolo establecido, no es necesario realizarla de manera expresa previa a la prescripción de anticonceptivos.

4.4. MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS^{65,66,72}

La mayoría de los métodos anticonceptivos pueden ser recomendados y prescritos desde APS. El MF debe conocer los diferentes métodos disponibles para poder ofrecer el mejor asesoramiento posible. Entre los diferentes métodos anticonceptivos podemos encontrar:⁷³

a) Métodos barrera

La base de su mecanismo es impedir que los espermatozoides pasen al aparato genital femenino. Con ello, la unión óvulo-espermatozoide no es posible. Son los siguientes:

- **Preservativo masculino y femenino:** tienen la función de actuar como una barrera mecánica y son los únicos métodos que pueden prevenir el contagio de ITS.
- **Diafragma:** tiene un mecanismo de acción mixto (barrera más espermicida) pero no es eficaz en la prevención de ITS.
- **Capuchón cervical:** Diseñado para cubrir el cérvix, aunque su índice de fallos oscila entre el 6-13% para la usuaria perfecta.
- **Esponja vaginal:** Previa a su colocación dentro de la vagina debe humedecerse en agua para activar el espermicida que lleva incorporada.

b) Métodos hormonales

Los anticonceptivos hormonales son uno de los métodos que se inician con más frecuencia en la consulta del MF. Actualmente existe una gran variedad de opciones a elegir dependiendo de la vía de administración y composición:

- **Anticonceptivos hormonales combinados con estrógenos y progestágenos:** son los más utilizados en la práctica clínica actualmente. Funcionan impidiendo la ovulación y por tanto el embarazo. Entre ellos encontramos la píldora anticonceptiva combinada, el anillo vaginal y el parche transdérmico (Fig 1, 2 y 3).

Figura 1



Figura 2



Figura 3



1. Píldora anticonceptiva combinada. 2. Anillo vaginal 3. Parche transdérmico.
Extraído de Trillo-Fernández et al⁶⁵

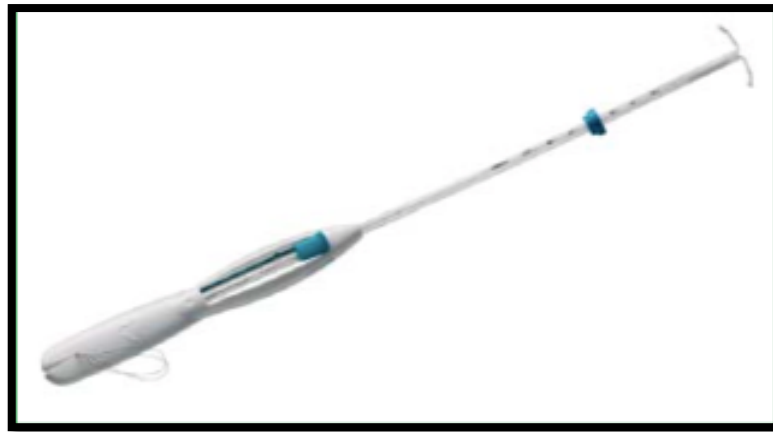
- **Anticonceptivos hormonales con sólo gestágeno:** píldora de sólo gestágeno, inyectable, implante subcutáneo y dispositivo intrauterino liberador de levonorgestrel.

c) Dispositivos intrauterinos no hormonales

Los dispositivos intrauterinos no hormonales (DINH) tienen la ventaja de ser eficaces durante un largo periodo de tiempo, siendo la fertilidad totalmente reversible al retirarlos. El mecanismo de acción tiene lugar a varios niveles de manera que evitan la fecundación (alteran el moco cervical impidiendo la capacitación espermática y provocan una reacción inflamatoria local intrauterina

que altera la calidad endometrial). Los más utilizados son los que tiene forma de T y contienen 380 mm² de cobre (TCu 380) (Fig 4). Se trata de una técnica sencilla que, al igual que el resto de los métodos anticonceptivos no quirúrgicos, puede ser ofertada en las consultas de AP, aunque en la actualidad su inserción, seguimiento y extracción no se realicen de manera rutinaria en este ámbito.

Figura 4. DIU de Cobre



*DIU de cobre con su aplicador de inserción.
Extraído de Trillo-Fernández et al.⁶⁵*

d) Métodos naturales:

Los métodos naturales buscan la contracepción sin recurrir a fármacos, actos quirúrgicos ni procedimientos mecánicos. Implican un conocimiento previo del ciclo menstrual y la fisiología que da lugar a la ovulación para saber cuando termina la fase fértil. Las relaciones sexuales son intravaginales pero tienen lugar en los días menos fértiles. Por ello, si son utilizados resulta imprescindible una adecuada educación sanitaria, apropiada motivación por parte del paciente y abstinencia en los días fértiles del ciclo. Entre ellos podemos encontrar:

- **El método MELA:** basado en la amenorrea durante la lactancia materna.
- **El método de la temperatura basal:** basado en el efecto termogénico de la progesterona. Consiste en medir y registrar la temperatura rectal o bucal durante al menos 3 meses.
- **El método del moco cervical:** Se basa en los cambios que sufre éste a lo largo del ciclo en función de los niveles de estrógenos y de progesterona.
- **El método del ritmo o del calendario o método de ogino:** calcula de forma teórica los periodos del ciclo de mayor fertilidad.
- **El método sintotérmico:** mediante la combinación de varios métodos (síntomas de la ovulación, temperatura basal, ritmo y método del moco cervical) se calcula la fecha exacta de la ovulación.
- **Otros:** determinación hormonal y cristalización de la saliva.

e) **Métodos definitivos:**

Son los únicos métodos que consiguen la anticoncepción de manera irreversible. En la actualidad están perdiendo popularidad por la mayor confianza, menos efectos secundarios y la gran variedad de los nuevos métodos anticonceptivos disponibles en el mercado. Además, hoy en día el patrón generacional ha cambiado y las parejas tienen deseos reproductivos a diferentes edades (retraso del embarazo por el empleo y otras inquietudes de la mujer, diferentes parejas sexuales, divorcios, nuevos enlaces, etc). Dentro de los métodos definitivos podemos encontrar:

- **Bloqueo tubárico:** consiste en bloquear el acceso a las trompas de falopio por medio físicos o mecánicos. Se puede realizar vía abdominal (mediante

laparoscopia), vía transvaginal y más recientemente vía transcervical mediante histeroscopia. En esta última vía inserta un implante proximal llamado Essure® que mediante fibrosis produce un bloqueo tubárico.

- **Vasectomía:** Es una intervención quirúrgica sencilla que puede realizarse de manera ambulatoria bajo anestesia local. Consiste en seccionar los conductos deferentes para impedir el paso de los espermatozoides al líquido seminal.

f) Anticonceptivos de emergencia

La anticoncepción de urgencia debe ser utilizada de manera excepcional tras relaciones coitales no protegidas o fallos en el método utilizado.⁷⁴ Actualmente el método más frecuentemente utilizado son las píldoras postcoitales que actúan provocando un retraso en la ovulación. Existen dos tipos de píldoras disponibles; 1500 microgramos de levonorgestrel eficaz hasta 72 horas o 30 mg de Acetato de Ulipristal hasta 120 horas. Cuanto antes se utilice la anticoncepción de emergencia mayor es su eficacia. Otros métodos son la inserción de un dispositivo intrauterino (eficacia en las primeras 24 horas del 99%) y el método Yuzpe (administración conjunta de 50 microgramos de Etinilestradiol más 250 microgramos de Levonorgestrel durante las primeras 72h). Este último ya casi no es utilizado por su baja eficacia (77%).

5. INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS)

Las ITS son infecciones en las que la vía más frecuente transmisión es la vía sexual (incluyendo el sexo oral, vaginal y anal) aunque ocasionalmente pueden contagiarse también por vías no sexuales (como transfusiones de sangre por ejemplo). Además, algunas de ellas, como la sífilis, el VIH, la Hepatitis B, la gonorrea o la clamidiasis pueden ser contagiadas de la madre al hijo en el momento del embarazo o el parto. Afectan a todos los colectivos sociales y económicos, y a casi todos los grupos de edad aunque afectan con más frecuencia a adultos jóvenes.⁷⁵

Algunas ITS como la gonorrea, la sífilis, la clamidiasis y la tricomoniasis son potencialmente curables pero existen otras que a día de hoy solo existen tratamientos que permiten modificar el curso de la enfermedad o controlar mejor los síntomas en el caso de que aparezcan (como el virus herpes simple (VHS), virus del papiloma humano (VPH) y el VIH).

Las ITS suponen un problema de salud pública a nivel mundial, no solo por el gran número de consultas generadas a diario por ello, sino también por las secuelas y complicaciones que pueden producir tanto a medio como a largo plazo si no se diagnostican y se tratan precozmente.⁷⁶ Además son enfermedades que no solo repercuten en el paciente sino que envuelven a todo su entorno (pareja/s, familia, sociedad, etc).

Por todo ello, los MF deben tener unos conocimientos básicos para el manejo adecuado de las ITS, tanto en su abordaje inicial, prevención y diagnóstico como en la actitud terapéutica, estudio de contactos y seguimiento posterior de las mismas.⁷⁷

5.1. MAGNITUD/CONSECUENCIAS DE LAS ITS

Conocer con exactitud la situación epidemiológica de las ITS en el momento actual es difícil ya que muchos de los casos no son declarados tras su diagnóstico, existen carencias en los métodos y técnicas diagnósticas (sobretudo en países en vías de desarrollo) y existe una falta de homogeneidad en los sistemas de vigilancia en los diferentes países. Todo ello, sumado a el estigma social asociado a las ITS y que muchas de ellas son asintomáticas, hacen que no se conozca con exactitud su prevalencia a nivel mundial.⁷⁸

La OMS estima que, anualmente, unos 357 millones de personas entre 15 y 49 años contraen alguna de las cuatro ITS curables: Infección por *Trichomonas vaginalis* (142 millones), infección por *Chlamydia trachomatis* (131 millones), infección por *Neisseria gonorrhoeae* (78 millones), Sífilis (6 millones). Las ITS víricas también tienen una prevalencia muy alta ya que se calcula que aproximadamente 417 millones de personas están infectadas con herpes simple tipo 2 y alrededor de 291 millones de mujeres son portadoras del VPH. La infección por el VPH puede provocar 530.000 casos de cáncer cervicouterino al año produciendo al año 264.000 casos de muerte por dicha causa y algunas ITS como la clamidia y el gonococo pueden causar infertilidad y enfermedad inflamatoria pélvica.⁷⁹

Las ITS que no son tratadas pueden transmitirse durante la gestación o en el momento del nacimiento causando muerte perinatal, deformidades congénitas u otras complicaciones. Si no se realiza profilaxis, hasta el 30% de los niños nacidos de madres con clamidiasis no tratada y del 30% al 50% de los recién nacidos de madres con gonococia no tratada podrán presentar conjuntivitis neonatal cuya complicación mayor puede ser la ceguera.

Diversos estudios han demostrado que algunas ITS como el VHS o la sífilis pueden favorecer la transmisión del VIH y de otras ITS.⁸⁰ Además, existe una estrecha relación entre

el VIH y la coinfección con otras ITS⁸¹, por lo que ante un nuevo diagnóstico de cualquier ITS debemos pensar en la posibilidad de otras ITS y por supuesto también del VIH.⁸² Por tanto, se debe tener presente que las ITS facilitan la transmisión del VIH y viceversa, y que las ITS pueden ser indicadores precoces de comportamientos sexuales de riesgo.

5.2. PREVENCIÓN DE LAS ITS

5.2.1 Educación sanitaria

La prevención primaria frente a las ITS es una práctica que puede llevarse a cabo en las consultas de APS en un amplio espectro de pacientes. Son numerosas las intervenciones que pueden llevarse a cabo, desde educación sexual, asesoramiento sobre métodos anticonceptivos y prácticas sexuales de riesgo menor, promoción del uso del preservativo, consejo tras el diagnóstico de una ITS, etc.^{83,84} Dichas intervenciones pueden realizarse en cualquier etapa de la vida y cualquier colectivo social pero resultan de vital importancia en ciertos grupos como son los adolescentes⁸⁵, los hombres que tienen sexo con hombres (HSH)⁸⁶, los adictos a drogas por vía parenteral (ADVP) o personas que ejercen la prostitución (PEPs).

Es muy importante informar a los pacientes de los posibles síntomas que pueden presentar al padecer una ITS, de manera que los reconozcan y consulten por ello. También hay que aconsejarles que en caso de presentar dichos síntomas y más aún si son diagnosticados de alguna ITS, deben informar a sus parejas sexuales para que ellas consulten si es necesario.⁸⁷ Se les debe explicar cual es la causa de la ITS que padecen, el mecanismo de transmisión y el tratamiento que deben realizar (duración, dosis,

importancia del cumplimiento y adherencia terapéutica, posibles efectos secundarios, etc). Una forma para aportar información a los pacientes sobre la ITS que padecen puede ser dándosela por escrito, la cual se puede encontrar en folletos disponibles en diferentes páginas webs (por ejemplo: CDC: www.cdc.gov/std/).⁸⁸

Mediante todas estas intervenciones se pueden prevenir nuevos casos de VIH y otras ITS, por lo que resulta de vital importancia la sistematización de protocolos de prevención y educación sanitaria que sean eficaces y que puedan ser llevados a cabo en las consultas de APS.⁸⁹

5.2.2 Métodos barrera

Los métodos anticonceptivos que deben recomendarse para la adecuada prevención de una ITS son los métodos barrera, en concreto el preservativo, ya que es el único método capaz de prevenirlas, aunque debe recordarse que no ofrece protección completa contra el VHS o el VPH.

5.2.3 Estudio de contactos

La APS tiene un papel muy importante en la prevención de las ITS, no solo por la educación sanitaria y las labores de prevención que se pueden llevar a cabo desde este nivel asistencial, sino también por su intervención en la búsqueda de contactos sexuales de una persona diagnosticada de una ITS. Esta búsqueda resulta fundamental a la hora de tratar de interrumpir la transmisión de las ITS así como de evitar la reinfección del caso índice.⁹⁰ Además, gracias a ello, se consigue identificar y diagnosticar a personas que han sido contagiadas pero que todavía están asintomáticas, siendo tratadas precozmente (antes incluso de que soliciten atención médica por aparición de alguna sintomatología).⁹¹

El periodo de búsqueda de contactos sexuales y las intervenciones necesarias sobre los mismos van a variar dependiendo de la ITS que se diagnostique (Tabla 8).⁸⁰

Tabla 8. Periodo de búsqueda de contactos e intervención según la ITS

ITS	PERIODO DE BÚSQUEDA DE CONTACTOS	INTERVENCIÓN SOBRE LOS CONTACTOS
Chancroide	10-15 días antes de la aparición de síntomas	Tratamiento
Clamidia	60 días antes del inicio de síntomas o diagnóstico	Tratamiento
Donovanosis (Granuloma inguinal)	40-80 días antes del inicio de síntomas	Tratamiento
Gonococia	60 días antes del inicio de síntomas o diagnóstico	Tratamiento
Hepatitis A	Entre 2 semanas antes y una semana después del inicio de la ictericia	Vacunación
Hepatitis B	2 semanas antes del inicio de la ictericia	Vacunación
Herpes virus	Pareja actual	Consejo para evitar la infección y transmisión
VIH	3 meses antes de un test previo negativo	Tratamiento. Consejo para evitar la infección y transmisión.
Linfogranuloma venéreo	1 mes antes del inicio de síntomas	Tratamiento
Uretritis no gonocócica	4 semanas antes de inicio de síntomas o 6 meses en asintomáticos	Tratamiento
Pediculosis	12 semanas antes del inicio de síntomas	Tratamiento
Escabiosis	8 semanas antes del inicio de síntomas	Tratamiento
Sífilis	-Primaria: 3 meses antes del inicio de síntomas Secundaria: 6 meses antes del inicio de síntomas	Prevención y tratamiento

ITS	PERIODO DE BÚSQUEDA DE CONTACTOS	INTERVENCIÓN SOBRE LOS CONTACTOS
	-Latente precoz: 12 meses antes del diagnóstico. Si no es posible, intentar precisar la fecha en que se produjeron las lesiones primaria y secundaria	
Tricomoniiasis	60 días antes del inicio de síntomas o diagnóstico	Tratamiento
VPH	Pareja actual	Tratamiento de las verrugas o displasia cervical. Consejo

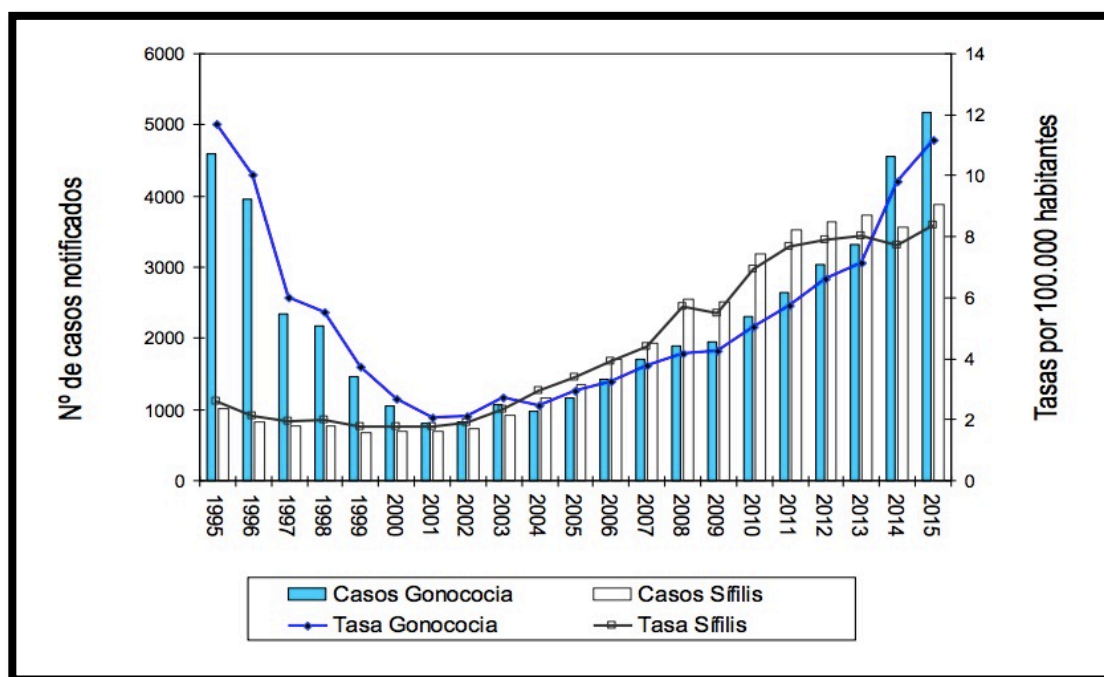
Extraída de: Grupo de trabajo sobre ITS. Infecciones de transmisión sexual: Diagnóstico, tratamiento, prevención y control Madrid, 2011.⁸⁰

5.2.4 Vigilancia epidemiológica

En España la información epidemiológica poblacional de las ITS se obtiene a través del sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO) y el Sistema de Información Microbiológica (SIM) incluidos en la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE).⁹² En 2013 se aprobaron y publicaron los nuevos protocolos RENAVE y por orden ministerial en 2015 se incluyeron en el sistema de vigilancia la *Chlamydia trachomatis* (serotipos D-K) y el linfogranuloma venéreo (infección causada por *Chlamydia trachomatis*, serotipos L1, L2 y L3) a las que ya se vigilaban previamente (infección gonocócica, VIH, sífilis y sífilis congénita). Respecto al modo de vigilancia, todas las ITS han pasado a ser de declaración individualizada.⁹² Gracias a ello se podrá conocer mejor el comportamiento de las ITS y de esta manera diseñar mejor las estrategias de prevención y control de enfermedades.

Desde el año 2000 se ha notificado en España una tendencia creciente de las ITS que tienen una vigilancia epidemiológica (Fig 5).⁹² En este aumento pueden influir múltiples factores, como por ejemplo la despreocupación por el uso de medidas de protección frente a las ITS o la ausencia de miedo a presentar VIH u otras ITS por parte de los adolescentes y adultos jóvenes. Además, se ha observado una tendencia creciente de prácticas sexuales de riesgo como por ejemplo el consumo de alcohol y otras drogas recreativas previo a las relaciones sexuales, así como el presentar un elevado número de parejas sexuales.

**Figura 5. Incidencia de infecciones de transmisión sexual.
Número de casos y tasas por 100.000 hab. España, 1995-2015**

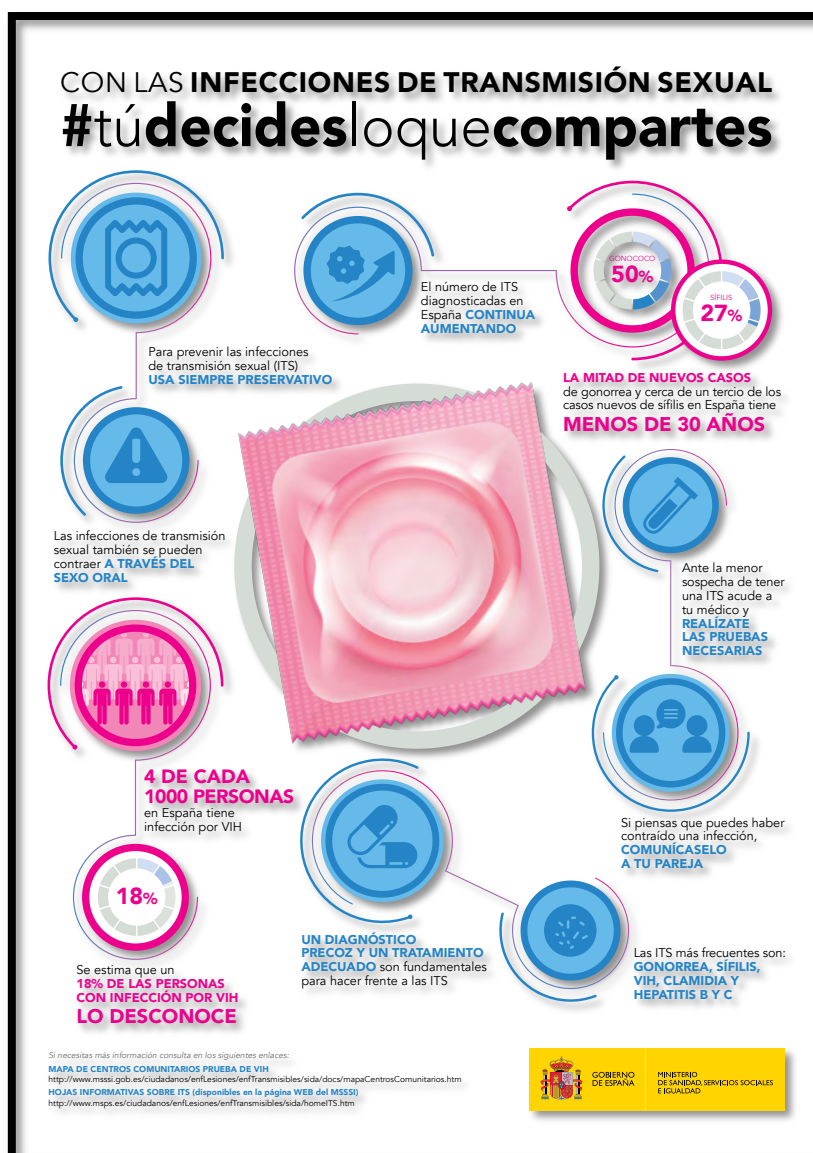


Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica⁹²

5.2.5 Campañas de divulgación

Todas las ITS se pueden prevenir y la mayoría de ellas se pueden curar si se pauta el tratamiento adecuado. Pero, si no se detectan a tiempo pueden causar secuelas importantes e incluso, en ocasiones, la muerte. En este sentido hay que recordar que las campañas de divulgación entre la población juegan un papel muy importante (Fig 6).⁹³

Figura 6. Campaña 2017 Ministerio de Sanidad, Asuntos Sociales e Igualdad. Año 2017.
“Con las infecciones de transmisión sexual tú decides lo que compartes”



5.2.6 Vacunación

Las ITS que se pueden prevenir mediante la vacunación son el VPH, el VHA y VHB. La vacunación frente a la hepatitis A y B está recomendada en los UDVP, en HSH y en pacientes con hepatopatías crónicas. Además, se recomienda la vacunación a las personas no vacunadas que tienen un riesgo de infección mayor.

La vacunación se recomienda a los pacientes VIH que no se habían vacunado antes, aunque hay que mencionar que las vacunas que disponemos actualmente frente al VHA y VHB son menos eficaces en ellos que en el resto de la población. Cuanto más alta sea la cifra de linfocitos CD4 y más baja sea la carga viral mejor será la respuesta frente a las vacunas, por lo que se recomienda administrarlas cuando la cifra de linfocitos CD4 > 200 células/mm y la carga viral sea indetectable.^{94,95}

5.3. VALORACIÓN INDIVIDUAL DEL PACIENTE CON RIESGO DE ITS

La realización de una historia clínica completa que incluya preguntas sobre su conducta sexual y sobre otros factores de riesgo supone una herramienta clave para llegar al diagnóstico de una ITS.⁹⁶ Gracias a esta anamnesis podremos evaluar el riesgo individual del paciente, decidir las pruebas diagnósticas y establecer un consejo preventivo de manera personalizada.⁹³

Dado que se trata de un tema muy íntimo, se debe garantizar desde el principio la confidencialidad y explicar la necesidad de la realización de preguntas que involucren su vida sexual. Se debe realizar con la mayor naturalidad posible, con preguntas abiertas que no intimiden al paciente.⁹⁷

En la Tabla 9, aparecen recogidos una serie ítems a tener en cuenta para valorar el riesgo de padecer una ITS.⁹³

Tabla 9 . Elementos a tener en cuenta para valorar el riesgo de ITS

RELACIONES	
Situación actual	• Pareja habitual ¿Desde hace cuánto tiempo? • ¿Tienes alguna preocupación acerca de tu relación? (infidelidad, violencia, abuso...)
Identificar problemas	
CONDUCTAS SEXUALES	
Parejas	• Último contacto sexual. ¿Fue con la pareja habitual o con otra persona? • ¿Con cuántas personas has tenido relaciones en los últimos tres meses?, ¿en el último año? • ¿Relaciones con personas otros países? • ¿Contactos por internet, saunas, cuarto oscuro...? • ¿Tienes relaciones con mujeres, con hombres o con transexuales?
Preferencias sexuales	• ¿Qué tipo de relaciones sexuales tienes?: ¿penetración vaginal?, ¿relaciones buco-genitales (sexo oral)? ¿penetración anal? (activa, pasiva)
Prácticas sexuales	• ¿Utilizas preservativo?, ¿siempre, a veces, nunca?, ¿desde el principio o solo para la eyaculación? • Con quién: ¿con la pareja habitual, con contactos ocasionales? • En qué tipo de prácticas: penetración vaginal, anal, sexo oral
Protección	
HISTORIA DE ITS	
Cribados previos	– ¿Te has hecho alguna vez pruebas de ITS y/o VIH? ¿Cuándo fue la última vez?
ITS previas	– ¿Has tenido alguna ITS? ¿Cuál? ¿Cuándo?
HISTORIA REPRODUCTIVA	

Anticoncepción	– Método anticonceptivo.
Embarazos	– N° de gestaciones, abortos, partos, complicaciones
Citología	– ¿Problemas reproductivos?
	– ¿Citologías previas? Resultados. ¿Cuándo fue la última?
DROGAS	
Consumo de drogas	– ¿Consumes algún tipo de drogas?, ¿alcohol?
Sexo y droga	– ¿Has tenido relaciones sexuales bajo la influencia del alcohol u otras drogas?, ¿con qué frecuencia?
HISTORIA PSICOSOCIAL	
Prostitución	– ¿Has pagado alguna vez por sexo?, ¿con qué frecuencia?, ¿cuándo fue la última vez?
VACUNAS	
Vacunas recibidas	– Hepatitis A, Hepatitis B, VPH

Extraída de: Documento de consenso sobre diagnóstico y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual en adultos, niños y adolescentes.⁹³

En cuanto a la valoración del sexo asociado al consumo de droga, merece la pena comentar una práctica extendida en los últimos años. Se trata de un fenómeno denominado “Chemsex”, detectado por primera vez en Reino Unido en torno a 2012 y que se ha ido extendiendo poco a poco hacia otros países de Europa, entre ellos España.⁹⁸

Lo practican mayormente HSH bajo la influencia de sustancias psicoactivas, gracias a las cuales mantienen relaciones sexuales durante un tiempo prolongado (horas-días). Contactan entre ellos a través de internet o aplicaciones móviles, y normalmente el sexo tiene lugar sin protección, por lo que el riesgo de contraer ITS es elevado.⁹⁹

Las drogas consumidas suelen ser sustancias que han sido comercializadas hace relativamente poco tiempo, como la mefedrona, GHB y MDMA. En menor medida ketamina, cocaína, metanfetaminas o éxtasis.⁹⁸

Las formas de consumo son variadas: oral, esnifada, fumada y endovenosa.¹⁰⁰ Esta última vía, también denominada “Slaming” tiene especial relevancia por el riesgo asociado de contraer otras enfermedades/infecciones potencialmente graves, como el VIH o el VHC, cuya incidencia está aumentando en HSH que la utilizan.⁹⁸

El MF debe conocer esta práctica¹⁰¹ para realizar un abordaje integral de sus posibles consecuencias (riesgo de ITS, toxicidad aguda de las propias drogas y trastornos psicológicos secundarios a la dependencia de las mismas).¹⁰² y adecuar la intervención al respecto.

6. DISFUNCIONES SEXUALES

El abordaje de las disfunciones sexuales (DS) debe formar parte de la actividad asistencial del MF ya que se trata de una patología muy prevalente que origina gran cantidad de consultas médicas.¹⁰³ En el desarrollo de una DS pueden influir diferentes patologías propias del individuo (DM, HTA, etc), la toma de medicamentos (antihipertensivos, antidepresivos, etc), y los hábitos tóxicos (tabaco, el alcohol u otras drogas). También pueden influir ciertas experiencias personales como por ejemplo el haber presentado una relación sexual insatisfactoria previamente, el estrés o el cansancio físico.

Es decir, la gran mayoría de las DS tienen una etiología multifactorial, en la que se pueden encontrar factores tanto psicológicos como orgánicos¹⁰⁴. El MF es el mejor profesional para integrar estos aspectos, ya que puede llegar a conocer todas las esferas del paciente dentro de su contexto social, mental y de salud global.¹⁰⁵

Gracias a la entrevista clínica realizada visita tras visita y las pruebas de laboratorio oportunas, se puede llegar a obtener un diagnóstico y un objetivo terapéutico individualizado para cada paciente.¹⁰⁶ Algunos autores señalan que para realizar esta tarea puede ser de gran ayuda la utilización de cuestionarios autoadministrables (como por ejemplo el cuestionario SHIM para la disfunción eréctil en el varón).¹⁰⁷ El paciente lo podrá rellenar en el momento que considere más oportuno o que se sienta más cómodo (en la consulta o en su domicilio si lo prefiere), haciendo que esta práctica se lleve a cabo de manera íntima y sencilla.¹⁰⁸

Los trastornos sexuales no solo tienen repercusión en el propio paciente sino que pueden afectar a su pareja, familia, entorno social, etc. Por ello, gracias al adecuado manejo de las DS cuidaremos la salud sexual de nuestros pacientes y podremos resolver problemas que pueden estar disminuyendo su calidad vida y la de sus parejas.^{109,110}

Durante los últimos años se han desarrollado nuevos fármacos eficaces y con escasos efectos secundarios para el tratamiento de algunas DS como la disfunción eréctil (DE) o la eyaculación precoz.¹¹¹ Su popularización es cada vez mayor, por lo que la demanda de estos tratamientos y las consultas médicas sobre estas patologías en el ámbito de la APS están aumentando.

6.1. MECANISMOS FISIOLÓGICOS IMPLICADOS FUNCIÓN SEXUAL

La respuesta sexual es resultado de una compleja combinación de cambios anatómicos, neurofisiológicos y hormonales que implican a todo el organismo.¹¹² Desde finales del siglo XIX hasta la actualidad se han diseñado varios modelos de respuesta sexual mediante los que se intentan explicar las variaciones que se producen durante la actividad sexual. Uno de los más conocidos el planteado por Masters y Johnson a mediados de los años 60. En su libro *Human sexual response*¹¹³ detallan los resultados de su estudio en el que mediante técnicas de observación directa registraron y midieron los cambios físicos que presentaron en los encuentros sexuales de 382 mujeres y 312 hombres de entre 18 y 89 años. Para explicar de un manera más esquemática los cambios fisiológicos que observaron, dividieron el ciclo de respuesta sexual femenina y masculina en cuatro etapas (Fig 7).¹¹³ Cuando un paciente presenta alguna DS, puede deberse a alteraciones en cualquiera de las 4 fases aquí representadas:

Figura 7. Modelos de respuesta sexual según Masters y Johnson



Extraída de Master WH, Johnson VE.¹¹³

- **Primera etapa: excitación.** Su duración puede variar de minutos a horas. El inicio de la estimulación y las sensaciones eróticas provocan reacciones de tipo vascular, neurológico, hormonal y muscular de manera global en el organismo. De ellos los cambios más evidentes son la lubricación y cambios de la vagina en la mujer y la erección del pene en el varón.
- **Segunda etapa: meseta.** Su duración es variable. En esta fase la excitación se hace mayor y suele producirse justo antes del orgasmo.
- **Tercera etapa: orgasmo.** Tiene una duración de 3 a 15 segundos (es la fase más corta). En ella aparecen contracciones musculares involuntarias de la zona pélvica y musculatura general que crean una sensación intensamente placentera en ambos sexos. En los hombres normalmente se acompaña de la eyaculación del semen.
- **Cuarta etapa: resolución.** Los cambios anatómicos y fisiológicos producidos en las fases anteriores vuelven a su estado basal, apareciendo a su vez una sensación de relajación y bienestar.

6.2. DISFUNCIONES SEXUALES. CLASIFICACIÓN

6.2.1 Clasificación DSM-V

Según el quinto manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría (American Psychiatric Association), las disfunciones sexuales pueden clasificarse según se detalla en la Tabla 10:¹¹⁴

Tabla 10. Diagnóstico de las disfunciones sexuales según los criterios DSM V

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS
A. Por lo menos se tiene que experimentar 1 de los síntomas siguientes en casi todas o todas las ocasiones (aproximadamente el 75-100%) de la actividad sexual (en situaciones y contextos concretos o, si es generalizada, en todos los contextos).
B. Los síntomas del criterio A han persistido durante unos 6 meses como mínimo.
C. Los síntomas del criterio A provocan un malestar clínicamente significativo en el individuo.
D. La disfunción sexual no se explica mejor por un trastorno mental no sexual o como consecuencia de una alteración grave de la relación (p. ej., violencia de género) u otros factores estresantes significativos, y no se puede atribuir a los efectos de una sustancia o fármaco u otra afección médica.
ESPECIFICAR SI ES
• De por vida: el trastorno ha existido desde que el individuo alcanzó la madurez sexual
• Adquirido: el trastorno empezó tras un periodo de actividad sexual relativamente normal
• Generalizado: no se limita a determinados tipos de estimulación, situaciones o

parejas

- **Situacional:** ocurre solamente con determinados tipos de estimulación

ESPECIFICAR LA GRAVEDAD ACTUAL

- **Leve:** evidencia de malestar leve a causa de los síntomas del criterio A
- **Moderada:** evidencia de malestar moderado a causa de los síntomas del criterio A
- **Grave:** evidencia de malestar grave o extremo a causa de los síntomas del criterio A

DISFUNCIONES SEXUALES FEMENINAS

Trastorno de la excitación o del interés sexual en la mujer 302.72 (F52.22)

Criterio A:

1. Interés ausente o reducido en la actividad sexual
2. Fantasías o pensamientos sexuales o eróticos ausentes o reducidos
3. Inicio reducido o ausente de la actividad sexual y habitualmente no receptiva a los intentos de la pareja por iniciarla
4. Excitación o placer sexual ausente o reducido durante la actividad sexual en casi todas o todas las ocasiones
5. Excitación o placer sexual ausente o reducido en respuesta a cualquier invitación sexual o erótica, interna o externa (p. ej., escrita, verbal, visual)
6. Sensaciones genitales o no genitales ausentes o reducidas durante la actividad sexual en casi todas o todas las ocasiones de la actividad sexual en pareja (en situaciones y contextos concretos o, si es generalizada, en todos los contextos)

Trastorno orgásmico femenino 302.73 (F52.31)

Criterio A:

1. Retraso marcado, infrecuencia marcada o ausencia de orgasmo
2. Reducción marcada de la intensidad de las sensaciones orgásmicas

Trastorno de dolor genital-pélvico o durante la penetración 302.76 (F52.6)

Criterio A:

Dificultades persistentes o recurrentes con 1 (o más) de las siguientes:

1. Penetración vaginal durante las relaciones
2. Marcado dolor vulvovaginal o pélvico durante las relaciones vaginales o los intentos de penetración
3. Marcado dolor o ansiedad de sentir dolor vulvovaginal o pélvico antes, durante o como resultado de la penetración vaginal
4. Tensión o contracción marcada de los músculos del suelo pélvico durante el intento de penetración vaginal

DISFUNCIONES SEXUALES MASCULINAS

Trastorno de deseo sexual hipoactivo en el varón 302.71 (F52.0)

Criterio A:

1. Fantasías o pensamientos sexuales o eróticos y deseo de actividad sexual reducidos o ausentes de forma constante o recurrente
2. La evaluación de la deficiencia la hace el clínico, teniendo en cuenta los factores que afectan a la actividad sexual, como la edad y los contextos generales y socioculturales de la vida del individuo

Trastorno eréctil 302.72 (F52.21)

Criterio A:

1. Dificultad marcada para conseguir una erección durante la actividad sexual
2. Dificultad marcada para mantener la erección hasta finalizar la actividad sexual
3. Reducción marcada de la rigidez de la erección

Eyacuación retardada 302.74 (F52.32)

Criterio A:

1. Retardo marcado de la eyacuación
2. Infrecuencia marcada o ausencia de eyacuación

Eyacuación prematura 302.75 (F52.4)

Criterio A:

Un patrón persistente o recurrente en que la eyaculación producida durante la actividad sexual en pareja sucede aproximadamente en el minuto siguiente a la penetración vaginal y antes de que lo desee el individuo

DISFUNCIÓN SEXUAL INDUCIDA POR SUSTANCIAS O MEDICAMENTOS

A. En el cuadro clínico predomina un trastorno clínicamente significativo de la función sexual

B. Existen pruebas a partir de la historia clínica, la exploración física o las pruebas de laboratorio (1) (2)

1. Los síntomas del criterio A desarrollados durante o poco después de la intoxicación o abstinencia de la sustancia, o después de la exposición a un medicamento

2. La sustancia o medicamento implicado puede producir los síntomas del criterio A

6.2.2 Clasificación CIE 10

Según la décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades (Capítulo V- Trastornos mentales y del comportamiento), las disfunciones sexuales se clasifican de la siguiente manera (Tabla 11):¹¹⁵

Tabla 11. Clasificación CIE 10 de las disfunciones sexuales

F52 DISFUNCIÓN SEXUAL NO ORGÁNICA	
F52.0	Ausencia o pérdida del deseo sexual.
F52.1	Rechazo sexual y ausencia de placer sexual.
F52.2	Fracaso de la respuesta genital.
F52.3	Disfunción orgásmica.
F52.4	Eyacuación precoz.
F52.5	Vaginismo no orgánico.
F52.6	Dispareunia no orgánica.
F52.7	Impulso sexual excesivo.
F52.8	Otras disfunciones sexuales no debidas a enfermedades o trastornos orgánicos.
F52.9	Disfunción sexual no debida a enfermedad o trastorno orgánico

5.3. FÁRMACOS Y OTRAS SUSTANCIAS RELACIONADAS CON LAS DISFUNCIONES SEXUALES

5.3.1 Fármacos

Existe literatura científica que describe el efecto directo que tienen algunos fármacos sobre la función sexual, muchos de ellos utilizados para el tratamiento de patologías cotidianas manejadas desde la consulta de APS.^{116,117} Además el aumento de la expectativa de vida y elevado número de fármacos que son consumidos conforme la población envejece, hacen que la incidencia de las DS de origen farmacológico haya aumentado en los últimos años de manera considerable.¹¹⁸ Por ello, el MF debe estar preparado para identificar el tipo de

fármaco que pueda estar causando la DS, modificar la dosis o sustituirlo por otro diferente en caso necesario. Se debe preguntar activamente al paciente si están presentando dichos problemas ya que muchas veces por vergüenza o desconocimiento no van a tener la iniciativa de contarnos lo que les está ocurriendo. También deben explicarse detenidamente los posibles efectos secundarios de determinados fármacos en la función sexual, ya que así se podrá evitar el abandono anticipado al presentarlos y mejorar la adherencia terapéutica por parte del paciente.

Las DS inducidas por medicamentos están causadas por efectos de los mismos a nivel del sistema cardiovascular, del sistema nervioso o del eje hipotálamo-hipófiso-gonadal. Los fármacos que actúan en dichos niveles, son frecuentemente utilizados desde APS, como por ejemplo los antihipertensivos o las sustancias psicótropas, ambos utilizados para patologías muy prevalentes y cuyo abordaje se realiza a diario en la consulta del MF.¹¹⁹ Además, muchas veces coexisten ambas opciones terapéuticas en el mismo paciente (por ejemplo, un alto porcentaje de pacientes hipertensos toma algún fármaco psicótropo o viceversa). Los diferentes fármacos que pueden alterar la función sexual se exponen en la Tabla 12.¹⁰⁷

Tabla 12. Fármacos y drogas que pueden alterar la función sexual

FÁRMACOS CON ACCIÓN HORMONAL	FÁRMACOS PARA LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL
– Disminuyen la acción de la testosterona: • Antiandrógenos • Esteroides • Digoxina • Espironolactona • Ketoconazol • Clofibrato – Aumentan los niveles de prolactina: • Cimetidina. • Metoclopramida. • Fenotiazinas. • Antidepresivos tricíclicos. • Metildopa	– Simpaticolíticos: • Clonidina. • Alfametildopa. • Reserpina. • Guanetidina. – Betabloqueantes: • Propanolol. • Betapindol. • Atenolol. • Metoprolol. – Diuréticos: • Tiazídicos. • Espironolactona. • Antialdosterónicos.
FÁRMACOS PSICOTRÓPICOS	DROGAS DE ABUSO
– Antipsicóticos y neurolépticos: • Fenotiazinas. • Tioxantinas. • Butirofenonas. • Tioridazinas. • Haloperidol. – Antidepresivos y “eutimizantes”: – Tricíclicos y tetracíclicos. – IRS, IRSA Y NASSA. – Inhibidores de la MAO. – Carbonato de litio. – Benzodiacepinas	• Alcohol. • Nicotina. • Anfetaminas. • Barbitúricos. • Narcóticos. • Cannabis. • Cocaína. • Opiáceos

OTROS FÁRMACOS IMPLICADOS	
– Antihistamínicos y anorexígenos. – Estatinas	

Tabla extraída de Alcobá Valls et al ¹⁰⁷

6.3.2 Otras sustancias.

a) Alcohol

El alcohol a dosis bajas puede “facilitar” la relación sexual ya que causa una desinhibición del individuo que puede hacer que se sienta mucho más cómodo y con menos reparos a la hora de iniciarla.¹²⁰ Sin embargo, a dosis altas puede producir una clara disminución del deseo sexual como consecuencia de la sedación central que esta sustancia produce. Numerosos artículos científicos hablan sobre la relación entre el alcohol con algún tipo de disfunción sexual ya que se conoce que puede causar efectos a diferentes niveles (vascular, endotelial, neuronal, hormonal o estructural, como por ejemplo en el hígado).^{121,122}

b) Tabaco

Está descrito en la literatura científica la relación entre el tabaco y las DS.^{123,124} Uno de ellos, el estudio EDEM realizado en nuestro país¹²⁵, expone que existe una clara relación entre la probabilidad de padecer DE y el hecho de ser fumador. Según dicho estudio, si el paciente fumaba más de 40 cigarros/día se multiplica por 2,5 la probabilidad de padecer DE y por 2,31 si había fumado durante más de 5 años en comparación con un paciente no fumador.

6.4. DISFUNCIONES SEXUALES ASOCIADAS A OTRAS PATOLOGÍAS.

COMORBILIDAD.

En la literatura científica se han descrito numerosas enfermedades que pueden relacionarse con trastornos sexuales¹²⁶⁻¹³⁶, tal y como encuentra reflejado de forma esquemática en la Tabla 13:¹³⁷

Tabla 13. Enfermedades que se relacionan con disfunciones sexuales

CARDIOVASCULARES	• Hipertensión arterial, cardiopatías, infartos, insuficiencia cardiaca
PSIQUIÁTRICAS Y NEUROLÓGICAS	• Depresión, trastornos de ansiedad o de personalidad, psicosis, etc. • Ictus y enfermedades cerebrovasculares • Enfermedad de Parkinson, demencia, esclerosis múltiple. • Lesiones medulares, neuropatías, lesiones del lóbulo temporal • Fibromialgia, lupus, etc.
ENDOCRINOLÓGICAS	• Diabetes Mellitus, hipo/hipertiroidismo, hipogonadismo • Hiperprolactinemia, patología adrenal • Obesidad
SISTEMA RESPIRATORIO	• Asma, EPOC, neumopatías intersticiales
ONCOLÓGICAS	• Mama, colon, ovario, próstata, etc

ITS E INFECCIONES SISTÉMICAS	• VIH, Sífilis, VHS, VPH, tricomoniasis, clamidiasis, gonococia
TRASTORNOS GINECOLÓGICOS O UROLÓGICOS	• Vulvitis vaginitis atrófica, vagina reducida, endometriosis, prolapso uterino, cistitis intersticial, partos y puerperio • Trastornos testiculares, enfermedad de Peyronie, infecciones uretrales, complicaciones posprostatectomía • Enfermedad renal crónica, trasplante renal, etc
GASTROINTESTINALES	• Colon irritable, colitis ulcerosa, Enfermedad de Crohn, úlcera gástrica, cirrosis
TEJIDOS DÉRMICOS Y MUCOSAS	• Psoriasis, dermatitis atópica, mucositis, etc
MUSCULOESQUELÉTICAS	• Alteraciones musculoesqueléticas de la pelvis y la columna • Artritis reumatoide, artrosis, etc

Extraída y modificada de Molero-Rodríguez¹³⁷ y otras publicaciones¹²⁶⁻¹³⁶

Cuando un paciente acude a nuestra consulta refiriendo una DS debe prestarse especial atención al conjunto de síntomas y comorbilidades que pueda presentar ya que en múltiples ocasiones pueden suponer un síntoma centinela de otras patologías ocultas que nunca han sido estudiadas.¹³⁸ Uno de cada tres pacientes con DE presentan una patología aún no descubierta como puede ser diabetes, hipertensión arterial o dislipemia.^{139,140} De hecho, algunos estudios científicos proponen que se considere a las DS como un marcador del

estado de salud global del paciente.¹⁴¹ Ejemplo de ello es el estudio del programa APLAUDE¹⁴², realizado en el ámbito de APS. Este estudio apoya la tesis que muchos otros autores defienden al considerar la DE como un predictor de enfermedad isquémica asintomática, sobretodo de la cardiopatía isquémica y, en ese sentido, como un factor de riesgo cardiovascular independiente.

Dentro de las patologías más frecuente abordadas en el ámbito de AP se encuentran las directamente relacionadas con factores de riesgo cardiovascular (hipertensión, diabetes, dislipemia, tabaquismo)¹²⁴, trastornos psicológicos/psiquiátricos y enfermedades neurológicas. El tratamiento de las DS mejora la adherencia al tratamiento farmacológico que ha sido pautado para otras patologías. Esto tiene una trascendencia clínica importante por lo que es algo que se debe explicar al paciente. Por ejemplo, un paciente fumador que ha sido diagnosticado de DE tendrá más motivación para dejar de fumar y realizará mejor el tratamiento de deshabituación tabáquica si se le explica que el tabaco puede influir en la DE y que tiene más probabilidades de mejorar si deja de fumar.

7. DIVERSIDAD SEXUAL Y DE GÉNERO

La diversidad sexual y de género (DSG) hace referencia a toda la pluralidad de orientaciones sexuales, identidades de género y sexos. Este término reivindica la aceptación de diferentes opciones sexuales, dentro de un mismo marco de igualdad, derechos sexuales y libertad.

Muchas personas desde su niñez presentan un comportamiento diferente al que marcan las normas sociales y los roles de género que se han impuesto tradicionalmente para su sexo, lo que puede conllevar a una discriminación y rechazo en su propia familia y entorno.¹⁴³ Los profesionales de APS deben estar familiarizados sobre esta realidad, para poder ofrecer asesoramiento y ayuda a las personas que puedan estar sufriendo como consecuencia de ello y también a sus familias. Se les debe comunicar que la diversidad de género no es una enfermedad mental y que es muy importante que ofrezcan apoyo y cariño a las personas que lo están viviendo, ya que gracias a ello podrán normalizar sus vidas y ser felices.^{144,145}

Es cierto que en los últimos años se han producido grandes avances en cuanto a la aceptación de la DSG y del colectivo de lesbianas, gays, transexuales, bisexuales e intersexuales (LGTBI) pero todavía existe cierta fobia social hacia este grupo, el cual sigue sufriendo en numerosas ocasiones amenazas, insultos e incluso agresiones.¹⁴⁶

7.1 ORIENTACIÓN SEXUAL

Dependiendo hacia quien nos sintamos atraídos, tendremos una orientación sexual u otra. Dependerá por ello de hacia donde orientemos nuestro deseo afectivo-sexual y con quien deseemos formar una pareja.

Es importante indagar sobre la orientación sexual de nuestros pacientes al realizar una historia clínica. La orientación puede condicionar el tipo de preferencias y prácticas sexuales, algo que el MF debe conocer para poder hacer una adecuada labor preventiva y terapéutica.

Hoy en día, cada vez existe más variedad de términos relacionados con la orientación sexual y como consecuencia de ello nuestra noción de la orientación sexual cada vez es más amplia.

Los conceptos más estudiados son: ^{43,147}

- **Heterosexualidad:** atracción sexual hacia personas del sexo contrario al suyo exclusivamente.
- **Homosexualidad:** atracción sexual dirigida hacia personas del mismo sexo. Popularmente se conoce a los hombres homosexuales como gays y a las mujeres como lesbianas.
- **Bisexualidad:** atracción sexual hacia personas del mismo sexo y del sexo contrario.
- **Pansexualidad:** atracción sexual hacia todo o todos, incluyendo inclinación a las personas con ambigüedad sexual, transexuales/transgéneros y hermafroditas.
- **Asexualidad:** Falta de atracción sexual hacia otras personas, aunque sí puedan tener una vinculación afectiva.
- **Autosexualidad:** atracción sexual hacia uno mismo.

7.2 IDENTIDAD DE GÉNERO

La identidad de género es un sentimiento subjetivo de pertenecer a un determinado sexo biológica y psicológicamente. Según la identidad de género de cada persona podemos definir:¹⁴⁸

- **Cisgénero:** La identidad de género coincide con el sexo asignado al nacer (sexo biológico).
- **Transgénero:** La persona no se identifica con el su sexo biológico, sino que desea vivir y ser aceptada como miembro del sexo contrario al que se le asignó al nacer. Dentro de las identidades transgénero, podemos distinguir entre:¹⁴⁹

- a) **Transexualidad:** existe una disconformidad profunda entre los caracteres sexuales que posee el individuo y el “sexo psicológico” con el que la persona se identifica. Ello a menudo ocasiona una disforia de género (explicado más adelante). No se encuentran bien con el sexo físico que poseen por lo que suelen solicitar su cambio mediante tratamiento hormonal y/o quirúrgico.
- b) **Travestismo:** Consiste en la utilización de ropa y vestimentas que socialmente están asignadas al género opuesto con el que se identifica la persona (ej: hombre que utiliza ropas de mujer). El hecho de poder llevar la ropa del género con el que se identifica le hace sentir satisfacción sexual. A diferencia del transexual, estas personas no tienen por qué sentirse atrapadas en un cuerpo equivocado, ni sienten la necesidad profunda de modificar sus genitales y apariencia física.
- c) **Transformismo:** caracterización mediante el cual una persona asume, para un espectáculo, un rol o identidad de género diferente a la que le corresponde

socialmente. Por ejemplo, el “dragqueen” es un tipo de transformismo en el que un hombre se viste con ropa femenina y extravagante con una intención cómica, satírica o dramática.

7.2.1 Disforia de género

La disforia de género (anteriormente conocido como trastorno de la identidad de género) es el desajuste psicológico derivado de la incongruencia entre el género asignado a la persona en el momento del nacimiento por su apariencia sexual (identidad sexual) y el sentimiento personal de ser hombre o mujer (identidad de género).

El trastorno de identidad de género fue reclasificado moviéndose de la categoría de “trastornos sexuales” del cuarto manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-4)¹⁵⁰ hacia una propia en el DSM-5¹⁵¹, llamándolo “disforia de género”, con el objetivo de evitar la estigmatización de las personas transgénero. En esta última clasificación se aclara que la disforia de género no es una enfermedad mental en sí misma sino que su principal característica es la que la persona presenta un malestar significativo debido a su condición de género.

La nueva versión del Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5)¹⁵¹ subdivide la disforia de género en: niños (Tabla 14) y adolescentes y adultos (Tabla 15):

Tabla 14. Disforia de género en niños según los criterios diagnósticos del DSM-V¹⁵¹

DISFORIA DE GÉNERO EN NIÑOS (302.6 – F64.2)
A. Una marcada incongruencia entre el sexo que uno siente o expresa y el que se le asigna, de una duración mínima de seis meses, manifestada por un mínimo de seis de las características siguientes (una de las cuales debe ser el Criterio A1): • Un poderoso deseo de ser del otro sexo o una insistencia de que él o ella es del sexo opuesto (o de un sexo alternativo distinto del que se le asigna). • En los chicos (sexo asignado), una fuerte preferencia por el travestismo o por simular el atuendo femenino; en las chicas (sexo asignado) una fuerte preferencia por vestir solamente ropas típicamente masculinas y una fuerte resistencia a vestir ropas típicamente femeninas. • Preferencias marcadas y persistentes por el papel del otro sexo o fantasías referentes a pertenecer al otro sexo. • Una marcada preferencia por los juguetes, juegos o actividades habitualmente utilizados o practicados por el sexo opuesto. • Una marcada preferencia por compañeros de juego del sexo opuesto. • En los chicos (sexo asignado), un fuerte rechazo a los juguetes, juegos y actividades típicamente masculinos, así como una marcada evitación de los juegos bruscos; en las chicas (sexo asignado), un fuerte rechazo a los juguetes, juegos y actividades típicamente femeninos. • Un marcado disgusto con la propia anatomía sexual. • Un fuerte deseo por poseer los caracteres sexuales tanto primarios como secundarios, correspondientes al sexo que se siente

DISFORIA DE GÉNERO EN NIÑOS (302.6 – F64.2)
B. El problema va asociado a un malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, escolar u otras áreas importantes del funcionamiento. Se debe especificar si viene acompañado o no de un trastorno del desarrollo sexual (ej. Trastorno adrenogenital congénito, hiperplasia adrenal congénita o síndrome de insensibilidad androgénica).

Tabla 15. Disforia de género en adolescentes y adultos según los criterios diagnósticos del DSM-V¹⁵¹

DISFORIA DE GÉNERO EN ADOLESCENTES Y ADULTOS (302.85 – F64.1)
A. Una marcada incongruencia entre el sexo que uno siente o expresa y el que se le asigna, de una duración mínima de seis meses, manifestada por un mínimo de dos de las características siguientes: • Una marcada incongruencia entre el sexo que uno siente o expresa y sus caracteres sexuales primarios o secundarios (o en los adolescentes jóvenes, los caracteres sexuales secundarios previstos). • Un fuerte deseo por desprenderse de los caracteres sexuales propios primarios o secundarios, a causa de una marcada incongruencia con el sexo que se siente o se expresa (o en adolescentes jóvenes, un deseo de impedir el desarrollo que los caracteres sexuales secundarios previstos). • Un fuerte deseo por poseer los caracteres sexuales, tanto primarios como secundarios, correspondientes al sexo opuesto.

DISFORIA DE GÉNERO EN ADOLESCENTES Y ADULTOS (302.85 – F64.1)

- Un fuerte deseo de ser del otro sexo (o de un sexo alternativo distinto del que se le asigna).
- Un fuerte deseo de ser tratado como del otro sexo (o de un sexo alternativo distinto del que se le asigna).
- Una fuerte convicción de que uno tiene los sentimientos y reacciones típicos del otro sexo (o de un sexo alternativo distinto del que se le asigna).

B. El problema va asociado a un malestar clínicamente significativo o a deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

Igual que en la Disforia infantil, hay que especificar si presenta un trastorno del desarrollo sexual. Igualmente se debe especificar el estado de postransición: Si hace una vida completa al sexo deseado, si se ha sometido o espera un tratamiento médico o intervención quirúrgica (penectomía, vaginoplastia, mastectomía, o faloplastia).

El abordaje de la disforia de género es complejo y el periodo de diagnóstico puede ser largo. Normalmente se dispone de información subjetiva por parte del paciente y familiares, que además a menudo puede ser modificada (ya sea de manera inconsciente o a propósito), por lo que llegar a un diagnóstico claro en un primer momento es difícil. Será necesario la realización de una detallada anamnesis orientada al desarrollo de la identidad de género, aspectos de la vida cotidiana y desarrollo psicosexual (incluyendo orientación sexual).¹⁵² Además, la historia clínica debe contener información general de la personalidad, sobre el desarrollo psicosexual, comportamiento e imagen corporal. Debe preguntarse por la

existencia de adicciones, tendencias suicidas, cuadros psicóticos, trastornos de personalidad, retraso mental o enfermedad mental orgánica.

No debe olvidarse la realización de una exploración física completa que incluya el aparato genital femenino y masculino así como la búsqueda de signos y síntomas endocrinológicos.¹⁵³

Normalmente se necesita la participación de un equipo multidisciplinar¹⁵⁴ ya que se precisan diversas intervenciones para que los pacientes puedan llegar a un estado de bienestar óptimo (evaluación clínica desde el punto de vista psiquiátrico y apoyo psicológico, tratamiento hormonal/quirúrgico, etc).

El MF es el encargado de integrar todos los frentes abiertos que este tipo de pacientes pueden tener. La mayoría de las veces será el primer profesional sanitario que tenga la oportunidad de conocer las inquietudes del paciente y el primero que va a poder ofrecer una guía y apoyo cuando más lo necesite. Además, cuando las personas transexuales manifiesten su deseo de tratamiento médico, sean menores de edad o presenten disforia de género, el MF debe realizar una derivación temprana a la Unidad de Trastornos de Identidad de Género de referencia.¹⁴⁹

8. ABORDAJE DE LA SEXUALIDAD EN GRUPOS ESPECIALES

En las consultas de APS de España cada vez existe un mayor espectro sociocultural de pacientes. Todos ellos deben ser atendidos de manera adecuada y siempre respetando unos principios éticos y morales acordes a sus creencias. El abordaje de la sexualidad en este grupo de minorías no debe quedarse en el mero hecho de prevenir embarazos no deseados o ITS. Debe perseguirse el objetivo de que cada persona sea capaz de experimentar el amor y el placer con relaciones interpersonales equilibradas, libres y respetuosas.

En los centros de salud se pueden realizar muchas actividades comunitarias para mejorar la atención en sexualidad de los diferentes colectivos. De esta manera se puede facilitar el acceso al aprendizaje del cuidado de su sexualidad de una manera abierta y sencilla. Entre las diferentes actividades que se pueden realizar, se encuentran los talleres sobre educación sexual, los cuales pueden realizarse conjuntamente con enfermería. En ellos se pueden tratar temas muy diversos: anticoncepción, preparación al parto, sexualidad post-parto, orientación sexual, prevención de ITS, menopausia, etc.

Además, dado que los centros de APS son espacios de salud abiertos a todo el mundo, se pueden utilizar también carteles que fomenten el autocuidado, folletos educativos en diferentes idiomas etc.

8.1 INMIGRANTES

Debido a diferentes movimientos migratorios, España se ha convertido en el nuevo lugar de residencia de personas de distintos países. Esto ha supuesto un desafío para los profesionales

de APS, quienes han tenido que descubrir nuevas realidades y culturas diferentes, afrontando a su vez nuevos retos asistenciales.

La población inmigrante en España está formada por diferentes colectivos, cada uno con unos ideales diferentes. Merece la pena tener una idea general de todos ellos, ya que de esta manera podremos ofrecer una atención sexual adecuada a sus necesidades.

Algunas religiones tienen ideas o creencias que condicionan su vivencia de la sexualidad. Es el caso de los inmigrantes magrebíes cuya religión mayoritaria es el Islam. En la religión musulmana los aspectos relacionados con la vida sexual se encuentran sometidos a unas normas morales de jurisprudencia basadas en El Corán (su libro sagrado) y El Hadiz (lecciones del profeta Mahoma).¹⁵⁵ Dentro de estas creencias, es preciso saber que se recomienda mantener una vida sexual activa dentro del matrimonio, y ésta debe ser satisfactoria tanto para el hombre como para la mujer.^{155, 156} Ello implica que a la hora de abordar cualquier problema o trastorno de la esfera sexual se debe realizar un abordaje completo del mismo, sin olvidar resolver problemas que puedan estar afectando a la satisfacción sexual de ambos.^{157, 158}

A su vez, en el Islam se considera normal que un médico de sexo diferente observe a un paciente estando desnudo, ya sea para realizar una exploración incluida en el abordaje sexual o por cualquier otro problema médico.

Es muy importante tener claros estos conceptos ya que tanto la anamnesis sexual como cualquier exploración que ésta pueda conllevar, deben llevarse a cabo de manera idéntica que en nuestra sociedad, tal y como dicta su norma religiosa.

En cuanto a los inmigrantes iberoamericanos, existen estudios que demuestran que este colectivo tiene mayor riesgo de VG, por lo que se deben tomar las precauciones y medidas

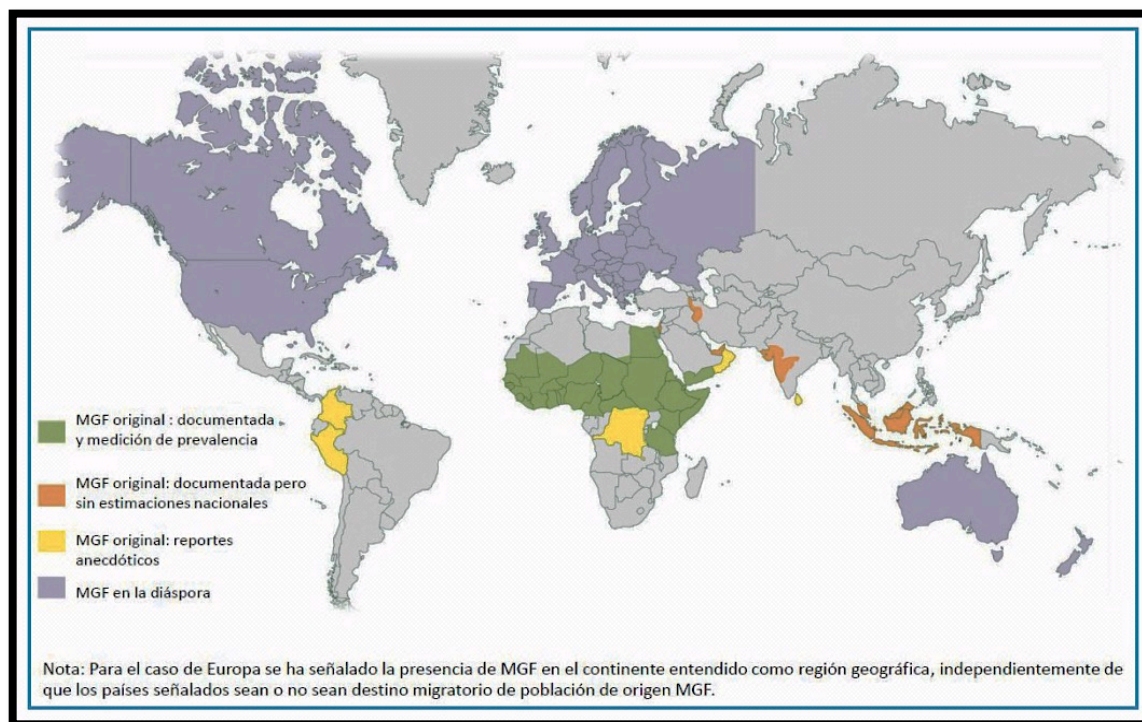
necesarias al respecto.¹⁵⁹ Sin embargo, este hecho no debe condicionar la actitud del médico en cuanto al abordaje sexual y se deben evitar todo tipo de prejuicios e ideas que puedan discriminar a este grupo poblacional.

En las inmigrantes procedentes de África Subsahariana, Oriente Medio y Asia, se debe considerar el riesgo de sufrir o haber sufrido mutilación genital femenina (MGF), recordando que dentro de un mismo país, no todas las etnias practican la MGF y los que lo hacen pueden realizarla de forma muy diferente.

La OMS¹⁶⁰ define a la MGF como “todos los procedimientos consistentes en la resección parcial o total de los genitales externos femeninos, así como otras lesiones de los órganos genitales femeninos por motivos no médicos”. Se trata una práctica ancestral con fuertes raíces socioculturales que puede llevarse a cabo desde el nacimiento hasta la adolescencia aunque normalmente forma parte de los ritos celebrados al pasar a la edad adulta. Está muy valorada en los lugares en los que se mantiene ya que se considera un elemento del ciclo vital de cada persona y cuenta con el consentimiento de la mayoría de las familias de las niñas y de la comunidad.

El aumento de las personas refugiadas y de los movimientos migratorios, que han tenido lugar sobre todo a partir de los años 70 consecuencia de las crisis en diferentes países de África, ha ocasionado que la MGF sea un problema real existente actualmente en Europa, Estados Unidos, Canadá, Nueva Zelanda y Australia. En el siguiente mapa (Fig 8)¹⁶¹ se puede observar una estimación de la distribución geográfica de la MGF a nivel mundial. España se encuentra entre los países en los que la MGF está en proceso de expansión.

Figura 8. Distribución geográfica mundial de la mutilación genital femenina



Fuente: Elaborado por el Grupo interdisciplinar para la Prevención y el Estudio de las Prácticas Tradicionales Perjudiciales (GIPE-PTP) de la Universidad Autónoma de Barcelona (UAB)¹⁶¹

La MGF es reconocida internacionalmente como una situación de violación de los derechos humanos y de violencia contra la mujer.¹⁶² Viola el derecho de niñas y mujeres a la integridad física y afecta directamente a su salud sexual y reproductiva, promoviendo la continuación de las desigualdades de género. Además puede presentar consecuencias muy negativas para su salud. Entre las complicaciones agudas destacan el riesgo de infección o sepsis, hemorragias agudas, dolor intenso, shock, etc. A largo plazo, normalmente cuando las mujeres son adultas, la MGF puede afectar gravemente a la salud materno-infantil, ya que puede causar complicaciones en el parto, sufrimiento fetal y muerte del recién nacido.¹⁶¹ Además, por supuesto, todo ello repercute altamente en la salud psicosexual de la mujer. Por otro lado, las niñas o mujeres adolescentes que no se someten a la realización del ritual pueden ser víctimas de humillación y exclusión, ya que se trata de un elemento de

socialización y su negativa a practicarlo puede generar un conflicto de lealtades al cuestionar la autoridad de sus mayores.¹⁶¹

Se trata, por tanto, de un problema muy difícil de sobrellevar ya que por un lado nos encontramos con el compromiso moral de romper tradiciones que pueden implicar un trato discriminatorio y degradante para las mujeres y niñas pero que es altamente importante ya que vulnera sus derechos humanos y reproductivos así como puede poner en riesgo su vida.

La APS de salud, gracias a su proximidad a las familias y al abordaje de los problemas de salud a lo largo de la vida de los pacientes, es uno de los niveles asistenciales mejor preparados para la detección de casos que pueden estar en riesgo de sufrir MGF (o de haberla sufrido ya). En caso de no existir riesgo inminente la labor será meramente preventiva y se realizará fundamentalmente en las consultas de Pediatría/enfermería de APS, incorporándolo como una actividad más dentro del Programa Promoción de Salud Infancia-Adolescencia. En concreto en la Comunidad de Madrid, en el programa informático utilizado en las consultas de Atención Primaria (AP-Madrid), existe un apartado específico en el Protocolo utilizado en la revisión del niño sano, en el que se especifica si la niña ha sufrido o tiene riesgo de sufrir MGF.

8.2 PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Al contrario de lo que a priori mucha gente puede pensar, las personas con discapacidad pueden tener el mismo deseo sexual, sentimientos y capacidad de excitación que las personas que no la presentan. Tienen la misma capacidad para enamorarse, establecer vínculos afectivos y de sentirse atraídas por otras personas.

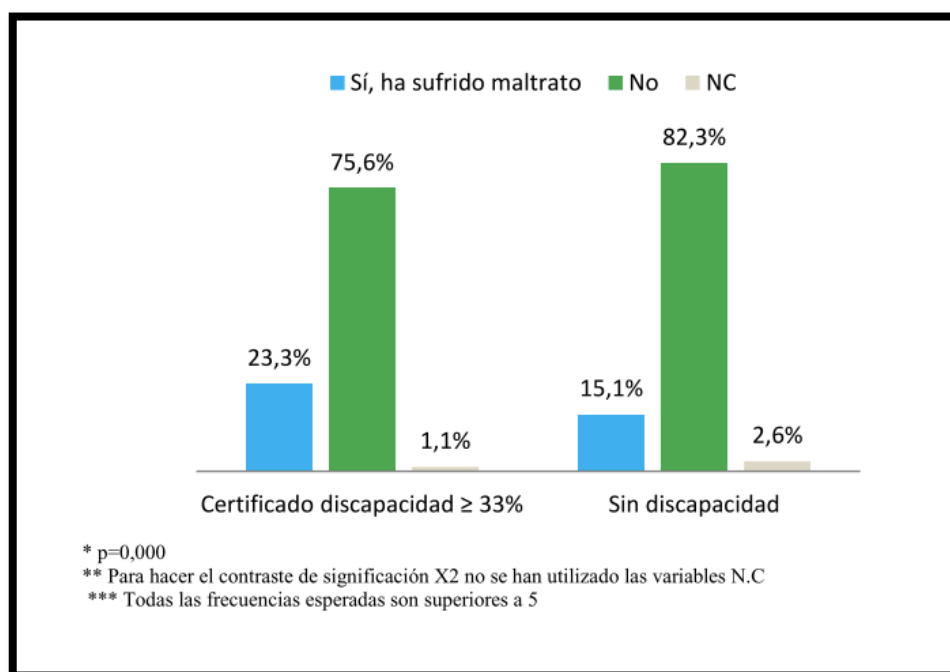
Los cuidadores o educadores de personas discapacitadas, así como los MF que los atienden en sus consultas, deben hablarles sobre sexualidad con sensibilidad y de una manera abierta. Es aconsejable darles una información completa y explicarles todas las posibles opciones en las que la sexualidad puede ser vivida (hablarles por ejemplo de la masturbación, de los juegos sexuales o las diferentes prácticas sexuales, ya sean coitales o no).

Se debe fomentar su autoestima, despejar sus dudas y dar el consejo oportuno cuando lo necesiten para que puedan disfrutar la sexualidad de manera autónoma, libre y por supuesto satisfactoria.¹⁶³ Todo ello debe hacerse siempre dentro de un entorno íntimo y cercano, garantizándoles la confidencialidad para que se sientan cómodos al consultar sus miedos y no duden en aceptar la ayuda que su MF les puede brindar.

Se debe hablar con ellos sobre prácticas sexuales seguras y de los riesgos que dichas prácticas puedan conllevar si se realizan sin protección¹⁶⁴ utilizando un lenguaje sencillo para que pueda ser entendido por todos los pacientes. Se les debe asesorar sobre los diferentes métodos anticonceptivos que pueden utilizar, de manera que puedan elegir el que más se ajuste a sus necesidades.¹⁶⁵

Existen estudios que constatan la mayor vulnerabilidad a sufrir acoso y abuso en pacientes discapacitados.¹⁶⁶ Según *la Macroencuesta de violencia contra la mujer 2015. Avance de resultados*¹⁵⁹, las mujeres que tienen un certificado de discapacidad con grado igual o superior al 33% afirman haber sufrido violencia física, sexual o miedo de sus parejas o exparejas (23,3%) en mayor medida que las que no tienen certificado de discapacidad (15,1%), siendo las diferencias estadísticamente significativas ($p=0,000$) (Fig 9).

Figura 9. Mujeres que han sufrido violencia física, sexual o miedo según si tienen o no discapacidad reconocida



Extraída de Macroencuesta de violencia contra la mujer 2015. Avance de resultados¹⁵⁹

Se trata por tanto de un problema frecuente, que se debe tener en cuenta a la hora de realizar un abordaje de la sexualidad en este grupo de pacientes y ante la mínima sospecha investigar sobre el ello.

Resulta de vital importancia explicar a los pacientes discapacitados en qué consisten los abusos sexuales así como la diferencia entre ellos y las relaciones consentidas. También se les debe aportar información sobre cómo actuar en caso de sufrir acoso sexual, a quien recurrir y cómo prevenir las agresiones sexuales.

En las personas con discapacidad intelectual, la vivencia de su sexualidad debe analizarse caso por caso, ya que dependerá de la capacidad mental de cada paciente, de sus emociones y de su historia de comportamientos.¹⁶⁷ Por otro lado, debe tenerse en cuenta que existen

condicionantes que pueden influir su satisfacción y necesidades afectivo-sexuales.¹⁶³

Algunos de ellos son:

- Sobreprotección de la familia.
- Dificultad para sociabilizarse con los demás en un entorno normal, presentando una tendencia a limitar su vida al ambiente familiar o centros especiales.
- Ausencia de espacios privados e íntimos en los que puedan relacionarse y mantener conductas sexuales (ya sean autoeróticas o con otras personas).
- Falta de educación sexual. A muchos de estos pacientes se les considera incapaces de tener cualquier vivencia sexual por lo que directamente no son informados ni educados positivamente sobre la posibilidad de tener una sexualidad sana y segura.
- Menor poder de autonomía: dependen de sus cuidadores y familiares para asistir a eventos en los que se puedan relacionar.
- Menor capacidad para discriminar la existencia de peligro de engaño o abuso, por lo que son más fácilmente manipulados.
- Menor capacidad de defensa. A menudo tienen menos facilidad para negarse a realizar actividades que no son de su agrado y a decir NO cuando algo no les gusta.

En cuanto a la discapacidad física o motora también existen grandes diferencias dependiendo del tipo y la fecha de inicio de la discapacidad. Si la discapacidad física no va acompañada de discapacidad intelectual, sobre todo influirán las ayudas técnicas y sociales que tenga cada paciente a la hora de llevar a cabo la práctica o relación sexual que él o ella decidan. Una buena estrategia para ayudar a los discapacitados físicos a tener una sexualidad placentera es recordarles que pueden usar su fantasía e imaginación para disfrutar de sí mismos o con sus parejas. Con ello podrán potenciar su capacidad de excitación, sentirse dueños de su sexualidad e ir descubriendo nuevos modos de vivirla.¹⁶⁸

Las personas con discapacidad visual pueden presentar ciertas dificultades, sobretodo en la etapa de aprendizaje sexual, al final de la niñez y principios de la adolescencia.¹⁶⁸ Muchas veces, lo primero que utilizan los jóvenes para insinuarse o demostrar su interés sexual hacia los demás son elementos visuales (gestos determinados, acercamientos, vestuario, bisutería...) produciéndose una atracción física y posteriormente una aproximación mediante la conversación. En cambio, en las personas ciegas lo más común es que primero se intercambien palabras y después surjan diferentes maneras de relacionarse. Por ello, al impartir educación sexual a personas ciegas, debe hacerse especial hincapié en la importancia de la comunicación sexual con la pareja. Se pueden utilizar diferentes materiales de apoyo educativo, como por ejemplo figuras en relieve que les ayuden a conocer la anatomía masculina y femenina, libros sobre sexualidad en braille, grabaciones, cuentos y relatos en los que se hable sobre los sentimientos, el amor, la reproducción y la manera de llevar una sexualidad saludable.

La sordera también es una discapacidad que puede favorecer el aislamiento social así como dificultar las relaciones interpersonales.¹⁶⁹ Así mismo, existen estudios que reflejan que las personas sordas pueden tener más riesgo de presentar abusos o engaños ya que la ausencia de audición les hace más vulnerables a ello.¹⁶⁶ Este posible peligro al que se enfrentan las personas sordas puede condicionar también su vivencia de la sexualidad. Por ello, la impartición de una adecuada educación sexual es especialmente importante para ayudarles a enfrentarse a sus miedos y temores y a vivir la sexualidad de una manera sana y placentera.

8.3 PERSONAS QUE EJERCEN LA PROSTITUCIÓN (PEPs)

Las PEPs pueden ser mujeres, hombres, heterosexuales, bisexuales u homosexuales.

Su esfera psico-social, condiciones de trabajo y necesidades de salud pueden ser muy diferentes. Debe tenerse en cuenta que en este colectivo existe una vulnerabilidad para contraer la infección por VIH y otras ITS, por lo que la prevención frente a ellas resulta un pilar fundamental.¹⁷⁰

Para realizar una buena labor preventiva al respecto, el MF puede perseguir los siguientes objetivos, todos ellos recogidos en el *Plan Multisectorial frente a la infección por VIH y el sida. España 2008-2012*¹⁷¹ así como en el *Plan Estratégico de Prevención y Control de la Infección por el VIH y otras Infecciones de Transmisión Sexual. Prórroga 2017-2020*.¹⁷²

- Aumentar los conocimientos y las habilidades de los trabajadores del sexo para negociar prácticas sexuales más seguras con clientes y parejas sexuales.
- Mejorar el conocimiento a los sistemas de acceso al sistema sanitario, especialmente a los servicios de ITS y programas de prevención del VIH.
- Caracterizar las necesidades preventivas de subgrupos específicos de este colectivo con mayor vulnerabilidad a la infección por VIH.
- Facilitar la puesta en marcha de programas de acercamiento a travestís y hombres que ejercen el sexo comercial.
- Fomentar el asociacionismo y la participación del colectivo en el diseño y desarrollo de los programas de prevención.

El fenómeno de la prostitución en España ha sido poco relevante para la transmisión del VIH a la población general. La prevalencia del VIH es mucho mayor en hombres que ejercen la prostitución que en mujeres¹⁷³, observándose prevalencias de infección relativamente bajas entre las trabajadoras del sexo (por debajo del 2%), excepto entre las que se inyectan drogas (en torno al 50%)^{174,175} Por ello y dada la importancia de la prevención de la transmisión del VIH y otras ITS tanto para la salud de las propias PEPS como para evitar la posible difusión de las ITS al resto de la población, se debe fomentar el autocuidado, la prevención y el estudio de posibles enfermedades en este colectivo.^{176,177} Además se les debe informar sobre los diferentes métodos anticonceptivos existentes en el mercado, dónde y cómo conseguirlos. De esta manera se evitarán ITS, embarazos no deseados e interrupciones voluntarias del embarazo (IVE).¹⁷⁸

Otra esfera muy importante y que no debe quedar descubierta en el colectivo PEP es la psicosexual. Muchas PEPs tienen problemas de salud mental importantes derivados de su profesión, su situación de inmigración, exclusión social, escaso apoyo familiar, etc.¹⁷⁹ Por tanto, para garantizar una adecuada atención médica a las PEPs, se debe realizar un abordaje profundo que no explore únicamente cuestiones relacionadas con su mayor vulnerabilidad a padecer ITS, sino que indague también sobre su precariedad socio-económica, laboral, familiar y psicoafectiva.¹⁸⁰⁻¹⁸¹

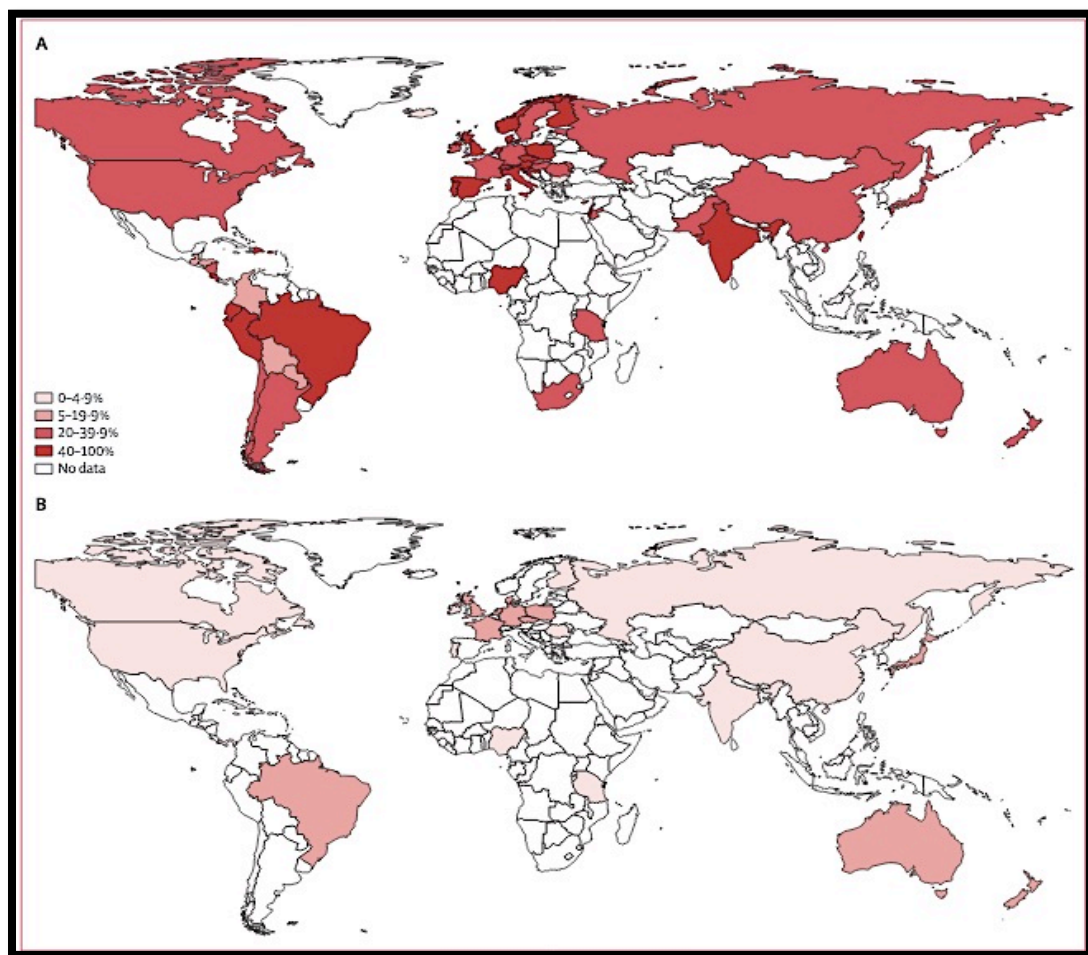
8.4. VIOLENCIA DE GÉNERO (VG)

La VG se define, según la Asamblea General de Naciones Unidas de 1993 como “todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las

amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada”.¹⁸²

La VG supone un importante problema de salud pública por su elevada prevalencia y graves consecuencias sobre la salud, reconocido por la OMS desde 1998.¹⁸² En una revisión sistemática publicada en la revista Lancet en el año 2013, se observó que un 13,5% de todos los homicidios eran cometidos por alguna pareja íntima. La proporción de homicidios sufridos por varones fue mucho menor (6,3%) que la de los homicidios cometidos por una pareja íntima a mujeres (38,6%) (Fig 10).¹⁸³

Figura 10. Prevalencia de homicidios por la pareja íntima entre todos los casos de homicidio. Diferencias según el sexo.



Proporción de homicidios por la pareja íntimas entre todos los homicidios de mujeres(A) y de hombres (B). Extraída de Stöckl et al¹⁸³

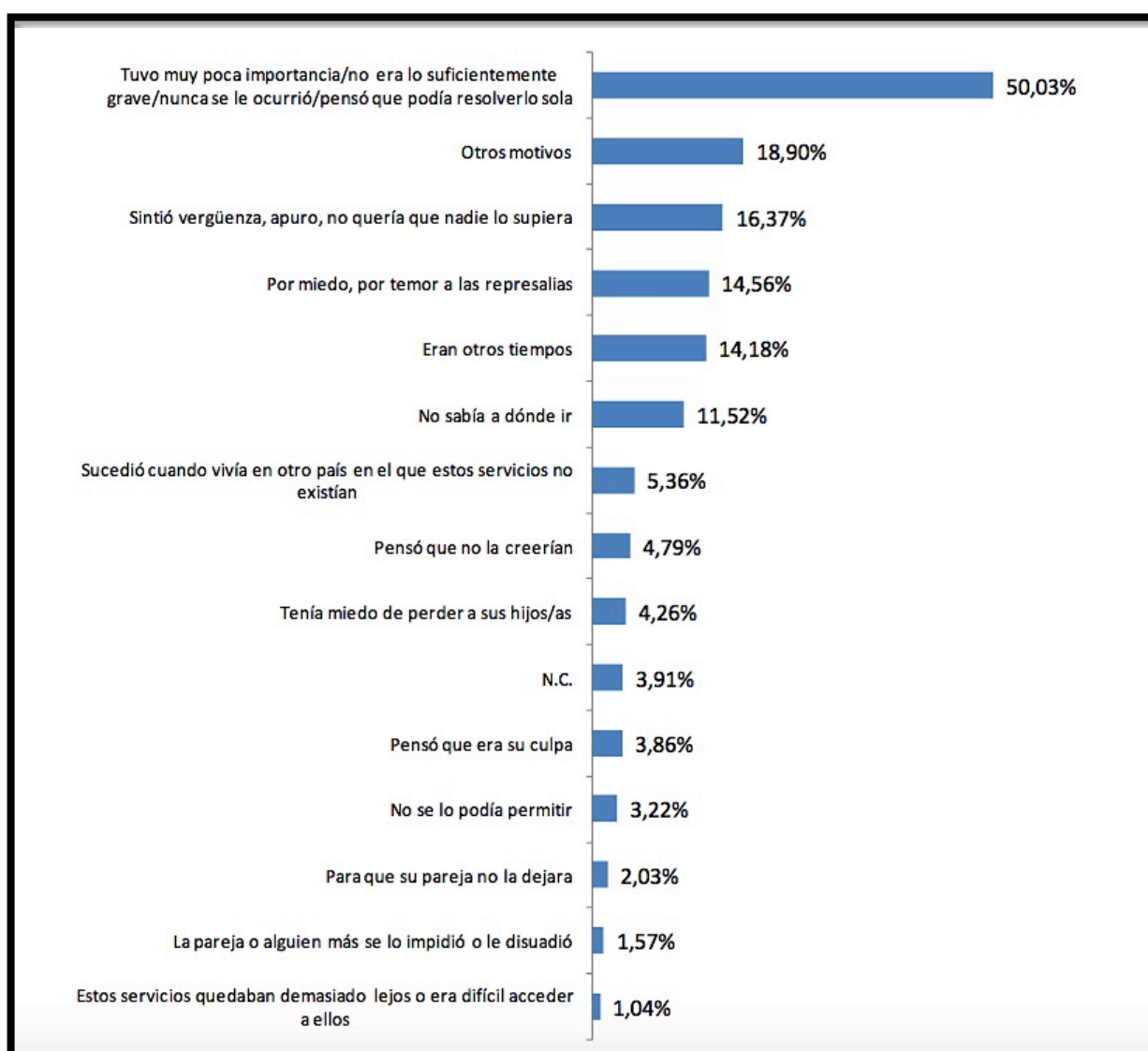
8.4.1 Motivos por los que las mujeres que sufren VG no consultan.

Existen numerosos motivos por los que las mujeres maltratadas nunca llegan a acudir a un servicio de ayuda a pesar del daño y las consecuencias que la VG puede ocasionar en sus vidas. Según la *Macroencuesta de violencia contra la mujer 2015. Avance de resultados*¹⁵⁹, prácticamente la mitad de las encuestadas no solicita ayuda porque piensan que el episodio de maltrato tiene poca importancia, no era lo suficientemente grave o creen que podían resolverlo solas. Un 16,37% sintió vergüenza, apuro o no quería que nadie lo supiera y un 11.52% no sabía donde ir (Fig 11).

8.4.2 Ayudas más demandadas

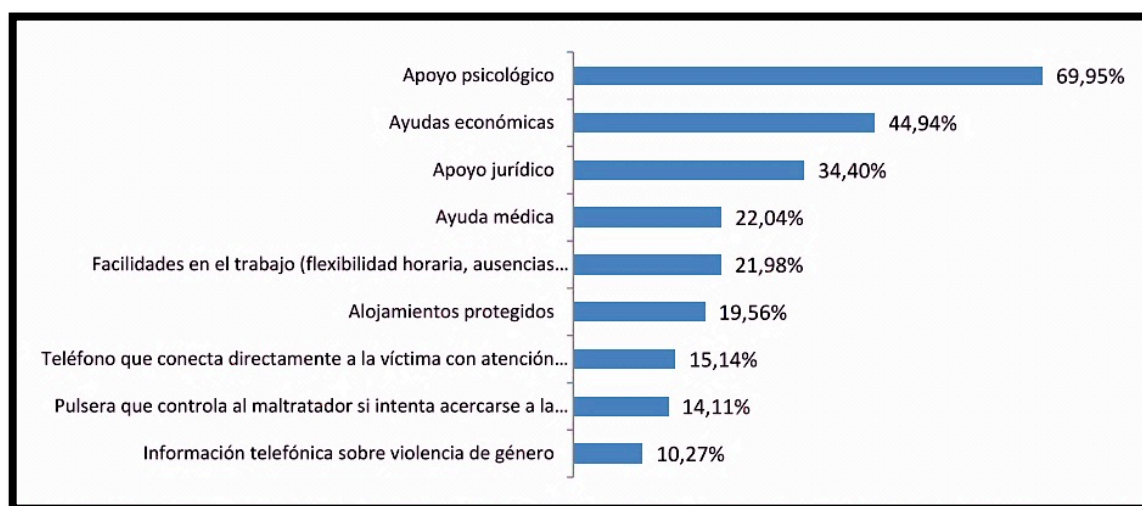
Al preguntar a las mujeres que han sufrido VG que qué tipo de ayudas preferirían recibir, la principal ayuda solicitada es el apoyo psicológico (69,95%) siendo la ayuda médica la cuarta mejor valorada (22,04%) (Fig 12). Ambas ayudas pueden realizarse en las consultas de AP, por lo que resulta de vital importancia que los MF tengan presente que la VG es un problema frecuente y que al dedicar tiempo en su detección y manejo se puede ayudar en gran medida a las mujeres que lo están sufriendo.

Figura 11. Motivos para no acudir a ningún servicio de ayuda



Extraída de Macroencuesta de violencia contra la mujer 2015. Avance de resultados.¹⁵⁹

Figura 12: Ayudas que preferirían recibir las mujeres que han sufrido violencia física, sexual o miedo de sus parejas o exparejas



Extraída de Macroencuesta de violencia contra la mujer 2015. Avance resultados¹⁵⁹

8.4.3 Importancia de la detección de la violencia de Género en APS

La APS por su accesibilidad, posibilidad de visitas continuadas, cercanía y confidencialidad, brinda a las pacientes que sufren VG una puerta abierta para encontrar una ayuda al respecto. Se deben aprovechar las ventajas que la APS ofrece para detectar una situación de VG en cualquier mujer así como para ofrecer ayuda médica, apoyo psicológico, orientación social, etc.

Muchas veces las mujeres no refieren problemas específicos, sino que consultan repetitivamente por diferentes motivos detrás de los cuales se debe sospechar que puede existir un maltrato. Existen algunos indicadores de sospecha en los que el MF puede basarse para sospechar VG hacia la mujer y conseguir su detección a tiempo, los cuales se encuentran resumidos en la Tabla 16:¹⁸

Tabla 16. Signos y síntomas que pueden ayudar a detectar una situación de VG

SIGNOS Y SÍNTOMAS DE SOSPECHA DE VG
• Antecedentes de haber sufrido o presenciado maltratos en la infancia. • Antecedentes personales y de hábitos de vida. • Abuso de alcohol u otras drogas. Abuso de medicamentos, sobre todo, psicofármacos • Problemas ginecológicos u obstétricos. • Ausencia de control de la fecundidad (muchos embarazos, embarazos no deseados o no aceptados). • Presencia de lesiones en genitales, abdomen o mamas durante los embarazos • Dispareunia, dolor pelviano, infecciones ginecológicas de repetición, anorgasmia, dismenorrea. • Historia de abortos repetidos. Retraso en la solicitud de atención prenatal. • Hijos con bajo peso al nacer. • Síntomas psicológicos frecuentes. Insomnio. Depresión. Ansiedad. Trastorno de estrés postraumático. • Intentos de suicidio. Baja autoestima. Agotamiento psíquico Irritabilidad. Trastornos de la conducta alimentaria. Labilidad emocional. • Síntomas físicos frecuentes. Cefalea. Cervicalgia. Dolor crónico en general. • Mareo Molestias gastrointestinales (diarrea, estreñimiento, dispepsia, vómitos, dolor abdominal). • Molestias pelvianas Dificultades respiratorias. • Utilización de servicios sanitarios. Existencia de periodos de hiperfrecuentación y otros de abandono (largas ausencias). • Incumplimiento de citas o tratamientos. Uso repetitivo de los servicios de urgencias. Frecuentes hospitalizaciones. Lesiones frecuentes. • Acudir con la pareja cuando antes no lo hacía. Situaciones de mayor vulnerabilidad y dependencia de la mujer. • Situaciones de exclusión social (reclusas, prostitución, indigencia). • Información de familiares, amistades o de otros profesionales e instituciones de que la mujer está siendo víctima de maltratos.

Extraída y modificada de Sans et al¹⁸

8.4.4 Personas con mayor vulnerabilidad para presentar VG

Asimismo, se deben considerar contextos y situaciones de mayor vulnerabilidad en los que se debe prestar la máxima atención posible:

- **Mujeres mayores**

Muchas veces pueden estar sufriendo VG sin ni siquiera identificarlo como tal. Culturalmente han podido tener una tolerancia excesiva a este tipo de violencia asumiendo como normales ciertas conductas hacia ellas. Además, la posibilidad de romper con la pareja y comenzar una vida nueva sin ella en muchas ocasiones es rechazada por lo que la mayoría de las veces no llega a suceder.

- **Mujeres discapacitadas**

Tal y como se ha comentado anteriormente, existen estudios que demuestran que las mujeres con algún tipo de discapacidad son mas vulnerables a presentar abusos o maltrato, ya sea por parte de su pareja actual o, como sucede en muchas ocasiones, por parte de desconocidos.¹⁶⁶

- **Mujeres embarazadas**

Son muy diversos los motivos por los que una embarazada puede presentar VG por parte de su pareja (celos, envidia, sentirse desplazados por el nuevo miembro de la familia, etc). Por otro lado, también puede influir el hecho de que la mujer vaya a necesitar ayuda económica y física por parte de su pareja. Este hecho le puede llevar a ser más permisiva, y a tolerar conductas violentas sin llegar a denunciarlas.

- **Mujeres inmigrantes**

Muchas pueden tener una situación de irregularidad en el País, que les haga tener miedo a denunciar su situación de maltrato y a solicitar ayudas externas.

8.4.5 Consecuencias de la VG sobre la salud de las mujeres

Lo que resulta evidente es que la VG puede provocar multitud de consecuencias sobre la salud de las mujeres ya sea en la esfera emocional¹⁸⁴, sexual y reproductiva, social o física.¹⁸⁵

La mayoría de ellas las encontramos recogidas en la Tabla 17:¹⁸⁶

Tabla 17. Consecuencias negativas de la VG en la salud de las mujeres

CONSECUENCIAS DE LA VG EN LA SALUD
CONSECUENCIAS EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA • Por relaciones sexuales forzadas: pérdida de deseo sexual, trastornos menstruales, ITS incluido el VIH, sangrado y fibrosis vaginal, dispareunia, dolor pélvico crónico, infección urinaria, cáncer de cérvix, embarazo no deseado Por maltrato durante el embarazo: embarazo de alto riesgo, mayor mortalidad materna, anemia, hemorragia vaginal, amenaza de aborto, aborto, muerte fetal, parto prematuro, bajo peso al nacer, mayor mortalidad perinatal.
CONSECUENCIAS EN LA SALUD FÍSICA • Lesiones diversas, traumatismos, heridas, quemaduras, etc, que pueden producir discapacidad. • Deterioro funcional • Síntomas físicos inespecíficos (por ejemplo cefaleas) • Peor salud
CONSECUENCIAS EN LA SALUD PSÍQUICA • Depresión, ansiedad, trastorno por estrés postraumático • Trastornos de la conducta alimentaria (anorexia y bulimia) • Trastornos psicopatológicos. Intento de suicidio, autolesiones. • Abuso de alcohol, drogas y psicofármacos.

CONSECUENCIAS DE LA VG EN LA SALUD	
Dependencia psicológica del agresor (Síndrome de Estocolmo).	
CONSECUENCIAS EN CONDICIONES CRÓNICAS DE SALUD • Dolor crónico • Síndrome del intestino irritable • Otros trastornos gastrointestinales • Trastornos del sueño • Discapacidades	
CONSECUENCIAS EN LA SALUD SOCIAL • Aislamiento social • Pérdida de empleo • Absentismo laboral • Disminución del número de días de vida saludable • Cambio de domicilio y/o ciudad forzado por la necesidad de protegerse	
CONSECUENCIAS FATALES • Muerte (por homicidio, suicidio, etc)	

Extraída de Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e igualdad. Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Violencia de Género. 2012¹⁸⁶

8.4.6 Consecuencias para la salud de hijos e hijas

Los hijos e hijas de las personas afectadas por VG también pueden sufrir múltiples alteraciones y su salud puede verse igualmente afectada. Existen diferentes factores que pueden determinar gravedad de esta afectación como son: la edad a la que se vean expuestos al maltrato, el tiempo de exposición al mismo, el tipo y la severidad, contexto y apoyo familiar, su nivel de desarrollo, etc.¹⁸⁶

Además también puede influir el género del niño, ya que la violencia puede tener diferente impacto sobre el menor dependiendo de si es una niña o un niño. Por ejemplo los varones que presencien la violencia hacia sus madres tienen mayor probabilidad que otros niños de usar la violencia para resolver conflictos cuando sean adultos. Las niñas que sean testigo del mismo tipo de violencia tienen mayor probabilidad que otras niñas de ser maltratadas al crear vínculos y relacionarse.¹⁸² Algunas de las consecuencias de la VG sobre la salud de las hijas e hijos aparecen recogidas en la Tabla 18.

Tabla 18. Consecuencias de la VG en la salud de las hijas e hijos cuyas madres son maltratadas

CONSECUENCIAS DE LA VG EN LA SALUD DE LAS HIJAS E HIJOS
CONSECUENCIAS EN LA SALUD FÍSICA • Daños y lesiones • Riesgo de alteración de su desarrollo integral: retraso del crecimiento, disminución de las habilidades motoras, retardo en el lenguaje, síntomas regresivos. • Alteraciones del sueño y la alimentación. • Mayor frecuencia de enfermedades psicosomáticas.

CONSECUENCIAS DE LA VG EN LA SALUD DE LAS HIJAS E HIJOS

CONSECUENCIAS EN LA SALUD PSICOSOCIAL

- Ansiedad, depresión, baja autoestima
- Trastorno de stress postraumático
- Déficit de atención y concentración, hiperactividad.
- Dificultades de aprendizaje y socialización, habilidades sociales escasas, bajo rendimiento escolar.
- Problemas de conducta social: Adopción de comportamientos de sumisión o violencia con sus compañeros y compañeras.
- Comportamientos de riesgo.
- Inhibición y aislamiento.
- Adicciones.
- Parentalización. Asunción de roles de protección de hermanos y hermanas o de su madre.
- Trastornos psicopatológicos.

CONSECUENCIAS FATALES

- Muerte por homicidio o como resultado de interponerse entre el agresor y su madre para intentar frenar la violencia

Extraída de: Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e igualdad. Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Violencia de Género. 2012¹⁸⁶

9. ETAPAS VITALES Y SEXUALIDAD

La sexualidad no se expresa en una sola etapa de la vida sino que se experimenta a lo largo de todo el ciclo vital de los seres humanos, desde el nacimiento hasta la muerte.

9.1. NIÑEZ

Para mucha gente niñez y sexualidad son dos procesos totalmente independientes y no tienen relación entre sí. Este concepto es erróneo ya que desde el nacimiento tienen lugar multitud de cambios y experiencias que repercuten en la sexualidad del niño:^{187,188}

- Durante el primer año de vida la principal fuente erógena es la boca. Para el recién nacido succionar el pezón de su madre resulta placentero y de esta manera crea un vínculo afectivo con ella. En esta etapa es frecuente que los bebés se lleven las manos y los pies a la boca para jugar y conocer su propio cuerpo.
- Entre el primer y el tercer año, la principal fuente de placer es la región anal. El niño aprende a controlar esfínteres, algo que le crea satisfacción e independencia.
- De los tres a los cinco años el centro de atención se centra en los genitales, ya que es en esta etapa cuando aprenden a tocárselos experimentando placer.
- De los seis a los once años aproximadamente, existe un cambio de actitud desde las manifestaciones sexuales de la edad infantil al inicio de la pubertad. Comienzan a expresar sentimientos de pudor o asco hacia todas las actividades relacionadas con la sexualidad. Además, son más autónomos, comienzan a tener responsabilidades,

desean aprender actividades nuevas y a experimentar relaciones afectivas dentro de su grupo de amigos.

9.2. ADOLESCENCIA

La OMS¹⁸⁹ define la adolescencia como la etapa del crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años.

Se trata de un periodo crítico del desarrollo en el que se producen importantes cambios físicos, psicológicos, emocionales y sociales. Estos cambios son debidos a un rápido crecimiento ponderoestatural y el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios, produciéndose la toma de conciencia del propio cuerpo y de su impacto en las personas que le rodean.

La entrevista y el examen físico son los pilares básicos en la atención del adolescente ya que permite al médico conocer su entorno, su dinámica familiar, si cuenta con apoyos, valorar su desarrollo madurativo psicosocial y prevenir problemas mediante la educación para la salud.¹⁹⁰

Los jóvenes en muchas ocasiones sienten vergüenza y no son capaces de consultar. Resulta por ello esencial que los profesionales sanitarios les ofrezcan una puerta abierta para resolver sus dudas y establezcan una relación de confianza. De esta manera el adolescente se atreverá a hacer preguntas y a hablar de temas delicados.

Las preocupaciones de las chicas adolescentes suelen estar centradas en su capacidad de atracción sexual, el tamaño del pecho y la edad de la primera menstruación, a partir de la cual ya tienen capacidad reproductiva. Los varones suelen preocuparse por el tamaño del pene, la aparición de vello púbico y la asimetría fisiológica de los testículos.

En cuanto a la masturbación, también existen diferencias entre ambos sexos. Los varones la experimentan como una práctica positiva y suelen iniciarla entre los 11 y los 14 años, con una frecuencia media de 2 o 3 veces por semana. En cambio, las chicas adolescentes suelen tener una actitud de rechazo hacia la masturbación y no es una costumbre tan practicada como en los varones (aproximadamente el 50% rechazaría cualquier tipo de autoestimulación).^{191,192}

Un asunto que preocupa tanto a los padres como a los adolescentes es la fecha adecuada para el inicio de las relaciones sexuales, sobretodo cuando estas incluyen el coito, lo cual implica el riesgo de ITS y embarazos no deseados.¹⁹³ El comienzo suele ser gradual (primero besos en la cara o boca, caricias, tocamientos...) y posteriormente relaciones sexuales completas. Lo ideal es que estas últimas tengan lugar cuando el adolescente esté preparado psicológicamente y que tanto él como sus padres y educadores lo interpreten como un acto de libertad y de responsabilidad.¹⁹⁴

9.3 ETAPA ADULTA

En la primera parte de esta etapa, desde los 20 a los 30-35 años, existen muchos cambios y decisiones que van a condicionar el resto de la vida del individuo (se elige trabajo, responsabilidades, modelo de vida, pareja, matrimonio, etc). En esta fase se sigue experimentando en la esfera sexual, conociéndose a uno mismo y perfeccionando las prácticas con las que cada persona es capaz de disfrutar más.

En la segunda etapa, desde los 35 a los 50 aproximadamente, se termina de definir el estilo de vida, la orientación sexual, el estado civil, si se tienen hijos, si se prefiere tener pareja o no, etc. En esta fase se consolida el comportamiento sexual ya que normalmente se han adquirido los conocimientos y habilidades suficientes para vivir y experimentar una sexualidad feliz de acuerdo a los valores de cada uno.

Posteriormente, entre los 45 y 55 años, (con una media en torno a los 51 años) la mujer entra en el periodo conocido como menopausia. La OMS¹⁹⁵ define la menopausia natural como el “cese permanente de la menstruación, determinado de manera retrospectiva tras 12 meses consecutivos de amenorrea, sin causas patológicas y como resultado de la pérdida de actividad folicular ovárica”.

La actividad endocrina del ovario va disminuyendo gradualmente durante la perimenopausia y van sucediendo cambios hormonales hasta llegar a un agotamiento folicular y caída del estradiol. Los niveles de FSH ascienden hasta estabilizarse a los 1-2 años de la menopausia (>40 UI/L).

La sintomatología acompañante en cada mujer puede ser muy variable, desde mujeres asintomáticas o con escasos síntomas a otras con gran alteración de su calidad de vida por la gran intensidad de los mismos.¹⁹⁶ Dentro de los más frecuentes encontramos^{197,198}:

- Síntomas vasomotores: sudoración, sofocos, enrojecimiento de cara y pecho, etc.
- Síndrome genitourinario o atrofia vulvovaginal: urgencia miccional, infecciones urinarias de repetición, sequedad vaginal, picor, dispareunia, sangrado postcoital.
- Disminución de masa ósea con aumento del riesgo de osteoporosis y de fracturas.
- Incremento del riesgo cardiovascular por cambios en el perfil lipídico y el déficit de estrógenos.

- Alteraciones del sueño, alteraciones del estado de ánimo, depresión, dolores musculares y articulares.

En el hombre también existen cambios en su salud física, mental y emocional que se traducen en la reducción de la actividad sexual masculina, algo que se conoce comúnmente como andropausia.¹⁹⁹ Suele aparecer a partir de los 40-45 años y ocurre paulatinamente, con la disminución gradual de los niveles de testosterona en sangre.²⁰⁰

Al igual que las mujeres, los varones también pueden experimentar sofocos, sudoración, irritabilidad, incapacidad para concentrarse, ansiedad o fatiga.²⁰¹ Sin embargo, a diferencia de las mujeres, los hombres conservan su capacidad reproductiva ya que son capaces de seguir produciendo espermatozoides.

Es cierto que todos los cambios que suceden en esta fase, tanto en hombres como en mujeres, pueden causar una falta de autoestima o de confianza que provoque cierto rechazo a la hora de establecer relaciones sexuales.²⁰² Sin embargo, si a pesar de ello la persona es capaz de adaptarse a su nueva realidad, esta etapa también puede ser una de las más felices, en la que podrá experimentar su sexualidad con mayor libertad y satisfacción que nunca.²⁰³

9.4 VEJEZ

El envejecimiento es un proceso natural de todo ser humano en el que ocurren una serie de cambios fisiológicos, psicológicos y sociales con el paso del tiempo sin necesidad de que ocurra ninguna enfermedad ni accidente. Incluye cambios celulares, tisulares, orgánicos y funcionales y está influenciado por factores ambientales y genéticos.²⁰⁴

Tradicionalmente se ha considerado inapropiado que los hombres y las mujeres ancianas mantengan despierto su interés y deseo sexual en la vejez, existiendo un gran rechazo a considerar su actitud como algo normal y propio para su edad. Son numerosos los prejuicios y los mitos que se han creado en cuanto a ello.²⁰⁵ Algunos ejemplos son: “el sexo en la tercera edad no es importante”, “ las personas ancianas no tienen capacidad para mantener relaciones sexuales”, “puede ser malo para la salud y pueden sufrir infarto si tienen relaciones sexuales”, “los ancianos ya no se masturban y los que lo hacen son unos perversos”, etc.

9.4.1 Cambios fisiológicos en la vejez

Es cierto que durante la vejez ocurren una serie de cambios que pueden influir negativamente sobre la sexualidad de las personas, pero esto no quiere decir que su vida sexual tenga que anularse de manera sistemática.²⁰⁶ Los principales cambios fisiológicos que ocurren con la edad y que repercuten en la función sexual de las personas se encuentran recogidos en la Tabla 19.²⁰⁷

Tabla 19. Principales cambios fisiológicos producidos en la función sexual con la edad, por sexo

CAMBIOS FISIOLÓGICOS EN LA FUNCIÓN SEXUAL CON LA EDAD	
HOMBRES	MUJERES
-La necesidad de estimulación peneana para lograr y mantener la erección es mayor. - Existe una prolongación de la fase de meseta. - El orgasmo disminuye en intensidad y se presenta en intervalos cortos. - La detumescencia peneana ocurre rápidamente en la fase de resolución. - El período refractario entre las erecciones se prolonga. - Los niveles de testosterona disminuyen gradualmente. -El volumen seminal se reduce.	- Existe menor lubricación vaginal . - La mucosa vaginal se hace más fina - El tamaño del clítoris disminuye. -El tono muscular y la elasticidad disminuyen. - Disminuye la longitud y profundidad vaginal. - Los niveles de estrógenos son menores. - El tejido vulvar disminuye. - Se produce atrofia de la vejiga.

Extraído y modificado de Ginsberg²⁰⁷

Existen otros muchos factores que pueden influir en la función sexual de las personas mayores, los cuales hacen que el declive sexual en la vejez se convierta en un problema de causa multifactorial.²⁰⁸

a) Factores médicos:

Los pacientes ancianos suelen tener diferentes problemas médicos que han ido adquiriendo a lo largo de su vida. Muchos de ellos pueden contribuir o ser en sí mismos una causa de DS, como por ejemplo la presencia de factores de riesgo cardiovascular^{209,210} (HTA, DM,

tabaquismo), incontinencia urinaria, enfermedades respiratorias (enfermedad pulmonar obstructiva crónica, asma), enfermedad cerebro-vascular, etc.

No es infrecuente que los pacientes ancianos presenten problemas de movilidad (secundarios a osteoartrosis, artritis, dolores musculares, dolor crónico, etc) o que hayan precisado alguna cirugía tras la cual presenten cambios en su imagen corporal (pacientes con mastectomía, prostatectomía, amputación de extremidades, prótesis, etc).^{211,212} Todos estos cambios pueden hacer que la persona se sienta menos deseada o atractiva y por lo tanto se cree una propia barrera psicológica a la hora de relacionarse sexualmente con sus parejas.²¹³

Las barreras físicas también pueden dificultar las relaciones sexuales, incluso cuando el deseo, la atracción y la libido están conservadas. Puede suceder en el caso de personas que se desplazan en silla de ruedas, que son portadoras de catéteres, sondas u ostomías.²¹⁴

A su vez, el hecho de padecer múltiples patologías les hace ser consumidores de un gran número de fármacos, los cuales pueden causar disfunciones sexuales o alteraciones de la libido (como por ejemplo los antihipertensivos, los antidepresivos, etc).

b) Factores psicosociales

Existen numerosos factores psicosociales que pueden modificar la vivencia de la sexualidad en las personas mayores.²¹⁵ Uno de los más importantes y además bastante habitual en la tercera edad, es la pérdida del compañero íntimo o situación de viudedad. Muchas veces cuando ello sucede, la vida sexual se paraliza por completo, siendo muy difícil que ésta vuelva a ser igual que antes, sobretodo cuando han pasado mucho tiempo juntos y su relación ha sido muy buena. Por otro lado, el hecho de que una persona viuda rehaga su vida con una pareja diferente no siempre es aceptado por la sociedad y en muchas ocasiones son los mismos familiares los que critican el hecho de que tengan nuevas relaciones o vuelvan a casarse.

Otra condicionante importante es la institucionalización.²¹⁶ Normalmente en las residencias no hay privacidad ni intimidad para que los pacientes mayores pueden tener una vivencia de la sexualidad natural y tranquila. Muchas veces tampoco hay respeto, ya que a menudo el propio personal encuentra “gracioso” que las personas ancianas mantengan relaciones entre ellas, llegando incluso a ridiculizar a los que lo hacen.

Algunos ancianos en cambio viven en su propio domicilio, pero conviven con otros muchos miembros de la familia o con cuidadores que les vigilan las 24 horas del día, algo que puede dificultar en gran medida su libertad para disfrutar sexualmente.

9.4.2 Importancia de la sexualidad en la vejez

Muchas personas piensan erróneamente que cuando se acaba la etapa reproductiva se pierde también la función sexual, pero la sexualidad no tiene porqué terminarse en dicho momento. Existen numerosos estudios que apoyan el hecho de que el mantenimiento de una vida sexual activa y placentera durante la tercera edad aumenta la calidad de vida en esta etapa de la vida.^{47,217} Además, sexualidad no es sinónimo de relaciones coitales, sino que se puede expresar de infinitas maneras (caricias, besos, etc). Lo importante es que el anciano llegue a experimentar relaciones afectivas que le hagan sentirse querido, eleven su autoestima y en definitiva que hagan que su vida sea más placentera y agradable.²¹⁸

En general, existe un gran desconocimiento sobre las diferentes opciones para llevar una vida sexual activa y placentera durante la vejez, y esta desinformación también puede causar que la sexualidad se vea disminuida. Por ello, es importante que tanto los profesionales sanitarios, las personas ancianas y la sociedad en general, recibamos formación sobre la vivencia de la sexualidad durante la ancianidad. Así será más fácil deshacernos de los

clásicos prejuicios que giran en torno a ello, permitiendo que personas de todas las edades puedan disfrutar de una vida sexual satisfactoria.²¹⁹

No debemos olvidarnos de incluir la historia sexual en la historia clínica general de los pacientes mayores. De esta manera no pasaremos por alto la realización de un abordaje integral donde se incluyan aspectos relacionados con la sexualidad en esta etapa de la vida.

HIPÓTESIS DE TRABAJO Y OBJETIVOS

1. HIPÓTESIS DE TRABAJO

El abordaje de la sexualidad en las consultas de los médicos de familia no se realiza de forma rutinaria a pesar de su importancia en la salud de las personas. Su formación al respecto ha mejorado en los últimos años pero dista de ser óptima.

2. OBJETIVOS

PRINCIPALES

1. Describir cómo se aborda actualmente la sexualidad en la consulta del médico de familia.
2. Comparar los resultados actuales con los observados en un estudio similar realizado hace doce años.

SECUNDARIOS

1. Describir la formación recibida por los médicos de familia sobre sexualidad a lo largo de su carrera profesional y detectar si ésta ha servido para mejorar su abordaje en la práctica clínica.
2. Describir el abordaje sobre prácticas de riesgo e ITS que realiza el médico de familia en la consulta de Atención Primaria.
3. Describir si se investiga la esfera sexual en las patologías, los procesos y etapas vitales que pueden afectar a la sexualidad.
4. Identificar las dificultades fundamentales durante el abordaje de la sexualidad en la consulta del médico de familia.

MATERIAL Y MÉTODOS

1. DISEÑO DEL ESTUDIO

Estudio descriptivo con dos cortes transversales en el tiempo, analítico multicéntrico.

2. ÁMBITO DEL ESTUDIO

Centros de salud acreditados como docentes para la especialidad de MFyC en el Sistema Nacional de Salud de España.

3. PERIODO DEL ESTUDIO

El primer estudio se llevó a cabo durante el primer semestre del 2004, previa realización de una prueba piloto, con la que se validó el cuestionario. Las variables se recogieron mediante un cuestionario anónimo dirigido a médicos de familia, tutores de residentes, de todas las Comunidades Autónomas de España.

El segundo estudio fue llevado a cabo entre septiembre de 2016 y mayo de 2017. Las variables se recogieron desde septiembre hasta diciembre de 2016. Para ello se utilizó el mismo cuestionario empleado en el estudio de 2004.

Los médicos participantes fueron incluidos de manera prospectiva en ambos estudios.

A continuación se detalla el cronograma (Fig 13) y el plan de trabajo del estudio realizado en 2016/17.

Figura 13. Cronograma

	CRONOGRAMA																																						
NOMBRE DEL PROYECTO	Abordaje de la sexualidad en la consulta del médico de familia: ¿ Lo hacemos mejor que antes?																																						
DURACIÓN DE LA EJECUCIÓN DEL PROYECTO	36 meses aproximadamente																																						
N° ACTIVIDAD	MES																																						
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36			
1	Diseño del estudio																																						
2																																							
3																																							
4	Explotación de bases de datos																																						
5	Análisis de los resultados																																						
5	Redacción y revisión																																						
6	Exposición del Proyecto																																						
7	Publicación																																						

**Responsable de todas las fases del proyecto: Cristina Rojo Villaescusa*

3.1. Plan de trabajo

Primeros seis meses

- Aceptación y formalización de matrícula para realización de la Tesis Doctoral en la Universidad Complutense de Madrid.
- Reuniones conjuntas con los directores de Tesis para el diseño y creación del proyecto de investigación.
- Diseño del cronograma y calendario de tareas.

Meses siete a trece

- Captación de tutores participantes en el estudio
- Diseño y elaboración de base de datos
- Inclusión de respuestas en las bases de datos.

Meses catorce a treinta y dos

- Análisis estadístico
- Elaboración de la discusión y las conclusiones.
- Elaboración de la memoria del estudio

Meses treinta y dos a treinta y cuatro

- Exposición del Proyecto

Meses treinta y cuatro a treinta y seis

- Adaptación a formato artículo para publicación.

4. SUJETOS DEL ESTUDIO

4.1 Criterios de inclusión

- Ser especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.
- Poseer acreditación actualizada como tutor de residentes.
- Ser un trabajador del Sistema Nacional de Salud en activo durante el periodo de recogida de datos.

4.2 Criterios de exclusión

- Mostrar datos que permitan identificar al sujeto encuestado.
- Cuestionarios con más del 20% de preguntas no contestadas en la encuesta.

4.3 Variables e instrumentos de medida:

Las variables a estudiar se recogieron mediante un cuestionario auto-cumplimentado y anónimo, validado mediante un estudio piloto (Anexo I).

La encuesta se hizo llegar por correo corporativo a las Unidades Docentes de Medicina Familiar y Comunitaria de España, con un mensaje explicativo y un enlace web a la encuesta que permitía contestarla de manera online y totalmente anónima.

Se realizaron llamadas telefónicas a cada una de las Unidades Docentes, en las que se explicó detalladamente el proyecto de investigación y se solicitó la difusión del cuestionario a los Médicos de Familia acreditados como tutores de residentes de MFyC.

Adicionalmente, se enviaron con posterioridad emails o llamadas telefónicas a las Unidades Docentes con el fin de recordar y reforzar dicha propagación, a los 15 días y a los 2 meses de ser enviado el primer correo electrónico.

Todas las variables fueron registradas en una base de datos (Formularios de Google, Mountain View, California, Estados Unidos) incluyendo las variables demográficas y las propias del cuestionario.

Este estudio forma parte de la segunda etapa de un estudio llevado a cabo en 2004, en el que se realizó la misma encuesta que en el año actual (manteniéndose los mismos criterios de inclusión y exclusión de la población diana).

Los datos recogidos en 2004, se compararán con los obtenidos en 2016, para poder evaluar el posible cambio y evolución en el abordaje de la sexualidad en la consulta del Médico de Familia.

a) Variables demográficas

- Sexo y edad.
- Ámbito de trabajo: rural o urbano.
- Provincia y Comunidad Autónoma donde ejerce.

b) Variables propias del cuestionario

Se dividen en 3 bloques:

1. VARIABLES SOBRE FORMACIÓN

Cinco preguntas dicotómicas (sí/no) que investigan si los médicos encuestados han recibido formación específica sobre contenidos y habilidades para la realización de una historia sexual durante los periodos:

- Pregrado (ítem 48)
- Postgrado/MIR (ítem 49)
- Cursos de formación continuada (ítem 50)
- Master o Cursos de especialización (ítem 51)
- Ninguna (ítem 52)

2. VARIABLES SOBRE EL ABORDAJE CLÍNICO

Cuarenta y ocho afirmaciones o supuestos cuyo grado de acuerdo se clasifica con una escala de Likert de cinco puntos:

1 = Completamente en desacuerdo / Nunca

2 = Parcialmente en desacuerdo / Casi nunca

3 = Indiferente

4 = Parcialmente de acuerdo / Casi siempre

5 = Completamente de acuerdo / Siempre

Aparecen a lo largo del cuestionario y para su estudio se agrupan de acuerdo a 4 áreas:

2.1 HISTORIA CLÍNICA SEXUAL

- La esfera sexual es un componente importante en la salud de las personas (ítem 1)
- En las historias clínicas registro la historia sexual (ítem 2)
- Tengo suficiente formación para realizar la historia sexual de las personas asignadas a mi cupo (ítem 3)
- Me resulta embarazoso hablar de sexo con los pacientes (ítem 4)
- Me he sentido atraído sexualmente por algún/a de mis pacientes (ítem 7)
- Sólo hablo de sexo si los pacientes me lo demandan (ítem 11)
- Para hablar de sexo procuro estar a solas con el paciente (ítem 25)
- He vivido alguna situación embarazosa en la consulta por sentirme acosado/a (ítem 27)
- Al hablar de sexo con los pacientes tengo presente la posibilidad de la existencia de un acoso sexual (ítem 28)

2.2 PRÁCTICAS SEXUALES DE RIESGO

- Investigo el número de contactos sexuales de mis pacientes (ítem 8)
- Investigo sobre prácticas de riesgo sexual de mis pacientes (ítem 12)
- Registro antecedentes de infecciones de transmisión sexual (ítem 13)

- Doy consejo sobre el uso de anticonceptivos a las personas en edad fértil (ítem 14)
- Aconsejo sobre prácticas sexuales de menor riesgo (ítem 15)
- Hablo de sexo con los adolescentes (ítem 16)
- Hablo del uso de la prostitución con mis pacientes (ítem 18)
- Registro el consumo de sustancias adictivas en el contexto de las relaciones sexuales (ítem 21)
- Doy consejo sobre la utilización de métodos barrera (ítem 22)
- Hablo con mis pacientes de las posibles infidelidades en las parejas y los riesgos consiguientes (ítem 23).

2.3 SALUD SEXUAL

- Registro en todas las historias de las personas mayores la historia sexual (ítem 5)
- Investigo si las relaciones sexuales son satisfactorias (ítem 6)
- Investigo sobre la orientación sexual de mis pacientes (ítem 9)
- Hablar de sexo con las personas mayores no es importante (ítem 10)
- Investigo la relación de las patologías del paciente con su vida sexual (ítem 17)
- Hablo del tipo y preferencias de las diferentes prácticas sexuales con mis pacientes (ítem 19)
- Investigo las fantasías sexuales de mis pacientes (ítem 20)
- Cuando detecto una disfunción sexual, derivo al paciente a otro especialista (ítem 24)
- Comento los efectos secundarios de los tratamientos en relación con posibles disfunciones sexuales secundarias (ítem 26)

2.4 PATOLOGÍAS/PROCESOS

Diecinueve variables en las que se investiga sobre la historia sexual de los pacientes en relación a los siguientes procesos:

- Incontinencia urinaria (ítem 29)
- Pacientes con colostomías (ítem 30)
- Hipertensión arterial (ítem 31)
- Diabetes Mellitus (ítem 32)
- Insuficiencia Cardíaca congestiva (ítem 33)
- Depresión (ítem 34)
- Embarazo (ítem 35)
- Parto (ítem 36)
- Postparto (ítem 37)
- Menopausia (ítem 38)
- Andropausia (ítem 39)
- Víctimas de violación (ítem 40)
- Con trastornos de la alimentación (ítem 42)
- Con trastornos de la autoimagen (ítem 42)
- Con problemas de autoestima (ítem 43)
- Con limitación músculo-esquelética (ítem 44)
- Pacientes con sonda (ítem 45)
- Pacientes con prácticas de riesgo (ítem 46)
- Pacientes VIH+ (ítem 47)

3. VARIABLES SOBRE DIFICULTADES

Siete preguntas dicotómicas sobre dificultades para hablar de sexo en la consulta:

- Escasa formación (ítem 53)
- Falta de tiempo (ítem 54)
- Falta de interés personal (ítem 55)
- Privacidad de la esfera sexual (ítem 56)
- Falta de interés por parte del paciente (ítem 57)
- El paciente viene acompañado (ítem 58)
- Vergüenza para abordar el tema (ítem 59)

4.4 Muestra y tamaño muestral

No se realizó un muestreo previo de la población de estudio, sino que se invitó a participar en el proyecto a todos los médicos tutores de residentes de España.

Partimos de una población de 3500 tutores y un porcentaje esperado de respuesta cuyo límite inferior se estimaba en el 10%, según lo recogido en estudios previos. Nuestra intención fue obtener una muestra mínima de 350 tutores suficiente para obtener un nivel de confianza del 95%, asumiendo un error máximo de precisión del 5% (asumiendo un $p=0,05$).

5. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se llevó a cabo un análisis descriptivo para todas las variables del estudio.

En el análisis descriptivo de la muestra se utilizarán frecuencias absolutas y relativas para variables categóricas, y media y desviación estándar para variables cuantitativas. Cuando no se ajustaron a una distribución normal se han utilizado la mediana y el rango. La normalidad se comprobó mediante el test de Kolmogorov- Smirnov.

Se utilizó la prueba de Chi-cuadrado para comparar las variables categóricas. Las variables cuantitativas se compararon con el análisis de la varianza (ANOVA) o con el test de Kruskal-Wallis, cuando fueron no paramétricas.

Se realizó un análisis multivariante estratificado en función de las variables clasificatorias (edad, sexo, ámbito de trabajo y provincia) para estudiar su relación con el resto de respuestas del cuestionario.

Para todos los contrastes de hipótesis se asumirá un nivel de significación del 5% ($p < 0,05$).

El análisis estadístico se realizó con el paquete de programas estadísticos SPSS versión 22.0.

6. ASPECTOS ÉTICOS

El proyecto fue presentado y aprobado con evaluación favorable para su realización por la Comisión Central de Investigación de Atención Primaria.

Las investigadoras se comprometieron a respetar las normas éticas internacionales.

En ningún momento se utilizaron datos de carácter personal, trabajando siempre con datos anónimos.

No se solicitó un consentimiento informado para participar en la encuesta ya que se asume un consentimiento implícito al responderla. Se incidió en que la participación en el estudio era voluntaria.

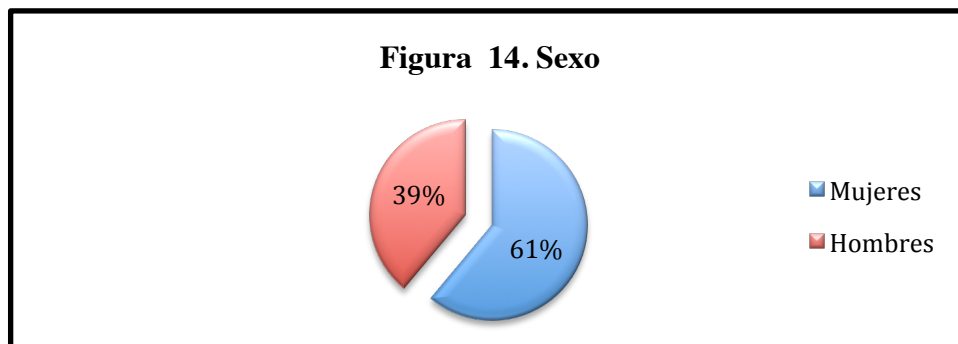
RESULTADOS

1. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DEL ESTUDIO

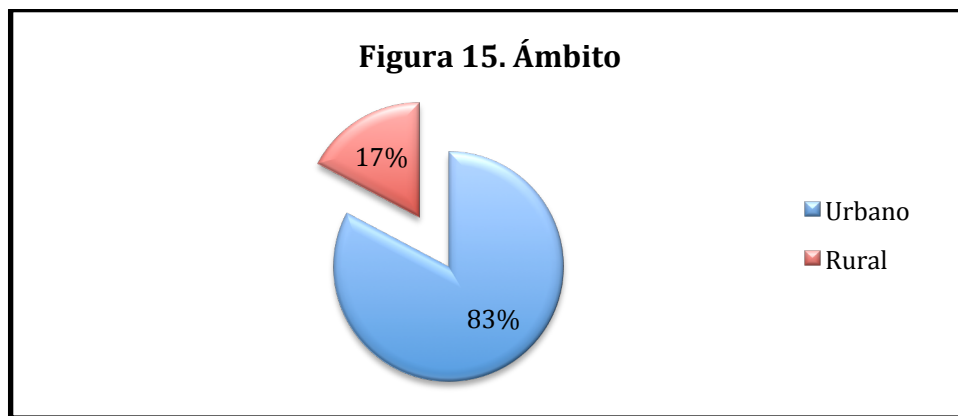
En el estudio realizado en la actualidad (año 2016/2017) participaron 598 médicos de Atención Primaria, lo que supone una tasa de respuesta del 17,08%.

1.1. VARIABLES DEMOGRÁFICAS

- Sexo y edad: Un total de 364 participantes en la encuesta fueron mujeres (61,1%), y 232 fueron hombres (38,9%) (Fig 14). La mediana de edad de los participantes fue de 52 años (rango 30-65 años).



- Ámbito de trabajo: 494 participantes (82,7%) trabajaban en el ámbito urbano, y 103 (17,3%) en el ámbito rural (Fig 15).



- Provincia y Comunidad Autónoma donde ejerce: Profesionales de todas las comunidades autónomas participaron en el estudio. La distribución de los participantes según la Comunidad Autónoma y provincia donde trabajan se puede observar en la Tabla 20 y Figura 16. El 24,5% de los encuestados ejercía en la Comunidad de Madrid, el 21,3% en Andalucía, el 11,7% en Cataluña, y el resto en otras Comunidades Autónomas.

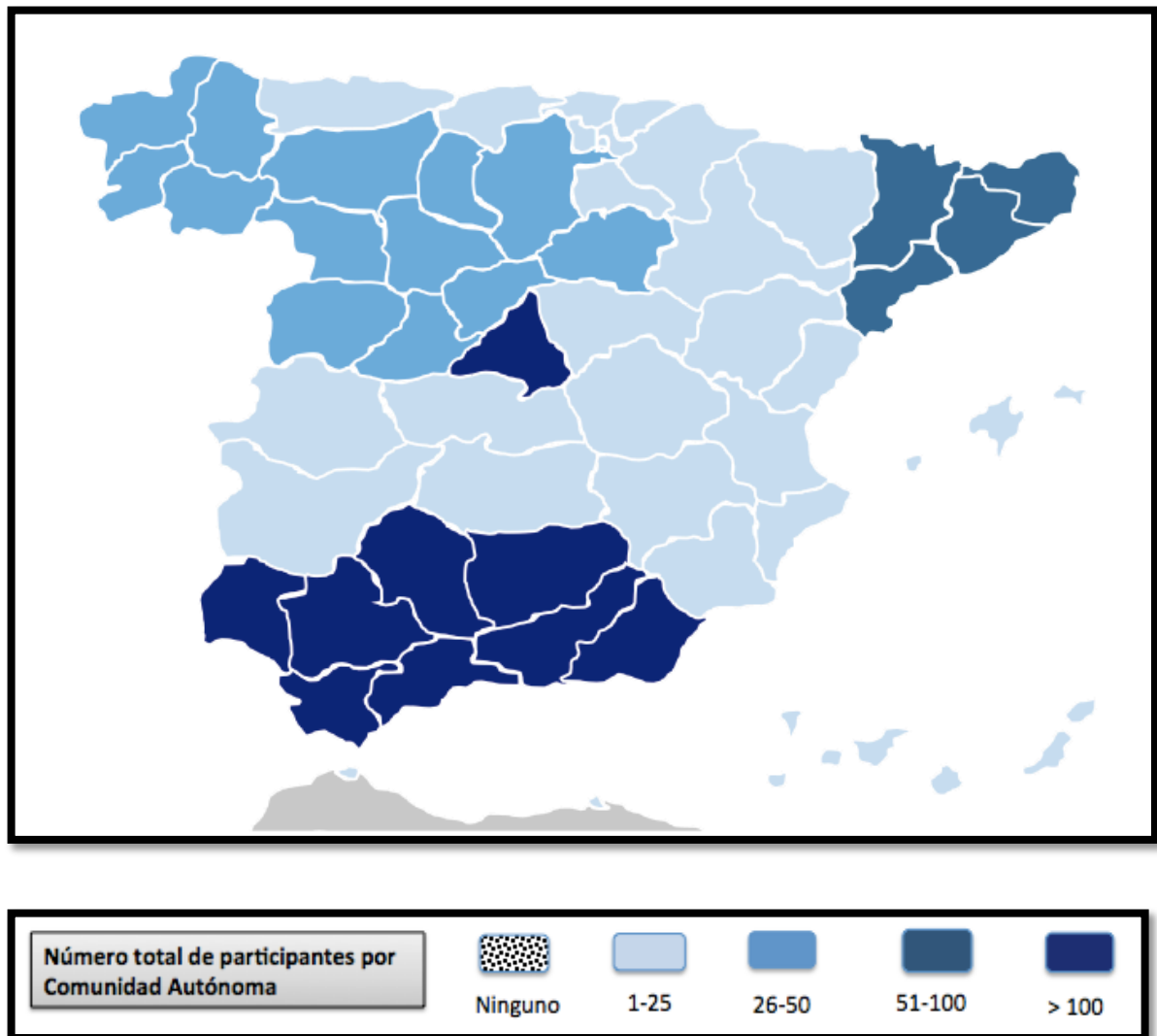
Tabla 20. Respuestas de los médicos encuestados por Comunidad Autónoma y provincia.

LOCALIZACIÓN	n (%)
ANDALUCÍA	122 (21,3%)
Almería	9 (1,6%)
Cádiz	17 (2,9%)
Córdoba	13 (2,3%)
Granada	19 (3,3%)
Huelva	13 (2,2%)
Jaén	10 (1,7%)
Málaga	13 (2,2%)
Sevilla	28 (4,8%)
ARAGÓN	21 (3,6%)
Huesca	4 (0,7%)
Teruel	1 (0,2%)
Zaragoza	16 (2,8%)

LOCALIZACIÓN	n (%)
ASTURIAS	13 (2,2%)
Oviedo	13 (2,2%)
BALEARES	11(1,9%)
Palma de Mallorca	11(1,9%)
CANARIAS	23 (4,0%)
Santa Cruz de Tenerife,	4 (0,7%)
Las Palmas de Gran Canaria	19 (3,3%)
CANTABRIA	13 (2,2%)
Santander	13 (2,2%).
CASTILLA-LA MANCHA	18 (3,1%)
Albacete	3 (0,5%)
Ciudad Real	3 (0,5%)
Cuenca	2 (0,3%)
Guadalajara	4 (0,7%)
Toledo	6 (1,0%)
CASTILLA Y LEÓN	29 (5,0%)
Ávila	0 (0,0%)
Burgos	0 (0,0%)
León	8 (1,4%)
Salamanca	4 (0,7%)
Segovia	2 (0,3%)
Soria	0 (0,0%)
Valladolid	10 (1,7%)
Zamora	5 (0,9%)
Palencia	0 (0,0%)
CATALUÑA	68 (11,7%)
Barcelona	45 (7,8%)
Gerona	2 (0,3%)
Lérida	12 (2,1%)
Tarragona	9 (1,6%)
COMUNIDAD VALENCIANA	27 (4,6%)
Alicante	9 (1,6%)
Castellón de la Plana	0 (0,0%)
Valencia	18 (3,1%)
EXTREMADURA	5 (0,9%)
Badajoz	0 (0,0%)
Cáceres	5 (0,9%)

LOCALIZACIÓN	n (%)
GALICIA	32 (5,5%)
La Coruña	10 (1,7%)
Lugo	5 (0,9%)
Orense	7 (1,2%)
Pontevedra	10 (1,7%)
COMUNIDAD DE MADRID	142 (24,5%)
Madrid	142 (24,5%)
REGIÓN DE MURCIA	10 (1,7%)
Murcia	10 (1,7%)
COMUNIDAD FORAL NAVARRA	18 (3,1%)
Pamplona	18 (3,1%)
PAÍS VASCO	21 (3,6%)
Bilbao	6 (1,0%)
San Sebastián	9 (1,6%)
Vitoria	6 (1,0%).
LA RIOJA	4 (0,7%)
Logroño	4 (0,7%)
CIUDADES AUTÓNOMAS	2 (0,4%)
Ceuta	1 (0,2%)
Melilla	1 (0,2%)
TOTAL	579 (100%)

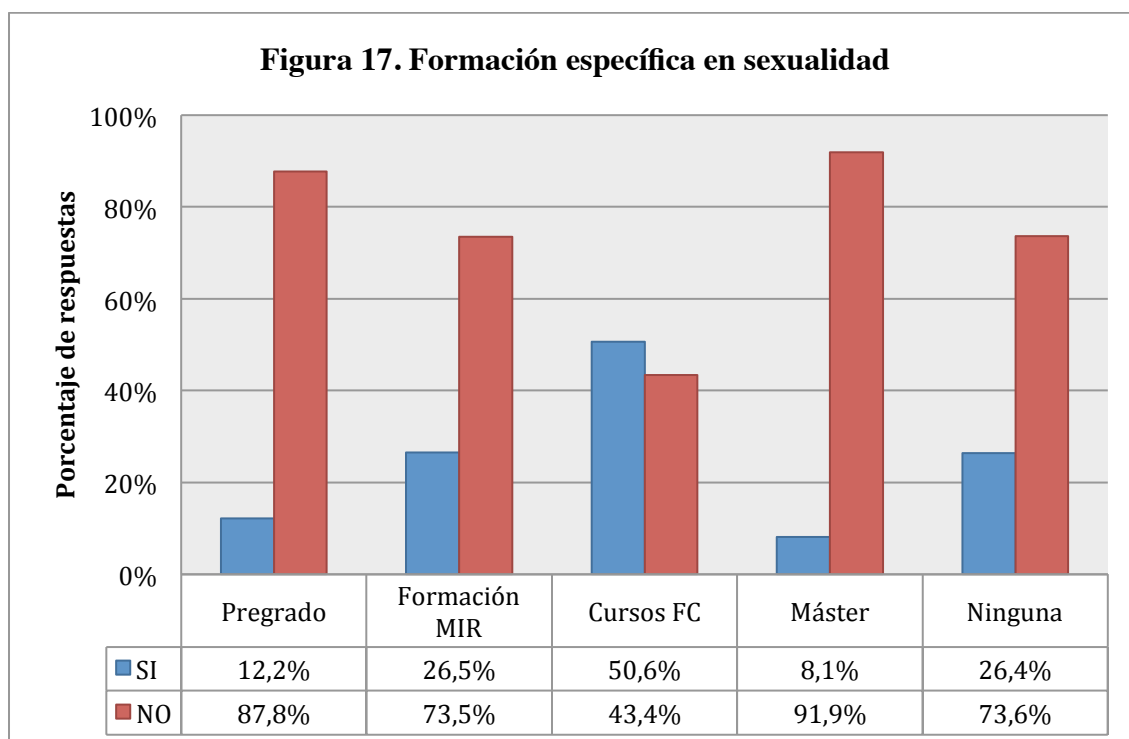
Figura 16. Distribución geográfica de las respuestas de médicos de Atención Primaria de España según el número total de participantes en cada Comunidad Autónoma



1.2. VARIABLES PROPIAS DEL CUESTIONARIO

1.2.1 Variables sobre formación

A lo largo de su carrera profesional, el 73,6% de los médicos de familia participantes refiere haber recibido alguna formación sobre sexualidad. Dicha formación ha sido otorgada fundamentalmente mediante cursos de formación continuada (50,6%), formación MIR (26,5%), pregrado (12,2%) y en último lugar a través de máster o cursos de especialización (8,1%). Ciento doce participantes (26,4%) afirman no haber recibido formación específica en sexualidad a lo largo de su carrera profesional (Fig 17).



Cursos FC, Cursos de Formación Continuada. Máster incluye cursos de especialización.

1.2.2 Variables sobre el abordaje clínico

a) Historia clínica sexual

El grado de acuerdo sobre las afirmaciones acerca de la realización de la historia clínica sexual en la práctica médica se resumen en la Tabla 21. Los ítems con mayor grado de acuerdo (repuestas siempre/ casi siempre) fueron: “*La esfera sexual es un componente importante en la salud de las personas*” (98,6%); “*Al hablar de sexo procuro estar a solas con el paciente*” (80,8%); “*Sólo hablo de sexo si los pacientes me lo demandan*” (78,8%); “*Tengo suficiente formación para realizar la historia sexual de las personas asignadas a mi cupo*” (50,6%); “*En las historias clínicas registro la historia sexual*” (40,6%).

Tabla 21. Respuestas obtenidas en el cuestionario sobre historia clínica sexual.

Preguntas y respuestas del cuestionario		Estudio 2016 n (%)	TOTAL N
La esfera sexual es un componente importante en la salud de las personas (ítem 1)	Nunca	5 (0,8%)	597
	Casi nunca	2 (0,3%)	
	Indiferente	1 (0,2%)	
	Casi siempre	138 (23,1%)	
	Siempre	451 (75,5%)	
En las historias clínicas registro la historia sexual (ítem 2)	nunca	52 (8,7%)	598
	casi nunca	274 (45,8%)	
	Indiferente	29 (4,8%)	
	Casi siempre	219 (36,6%)	
	Siempre	24 (4,0%)	
Tengo suficiente formación para realizar la historia sexual de las personas asignadas a mi cupo (ítem 3)	Nunca	32 (5,4%)	597
	Casi nunca	180 (30,2%)	
	Indiferente	83 (13,9%)	
	Casi siempre	241 (40,4%)	
	Siempre	61 (10,2%)	

Me resulta embarazoso hablar de sexo con los pacientes (ítem 4)	Nunca	130 (21,8%)	596
	Casi nunca	186 (31,2%)	
	Indiferente	63 (10,6%)	
	Casi siempre	192 (32,2%)	
	Siempre	25 (4,2%)	
Me he sentido atraído sexualmente por algún/a de mis pacientes (ítem 7)	Nunca	353 (59,2%)	596
	Casi nunca	132(22,1%)	
	Indiferente	33 (5,5%)	
	Casi siempre	76 (12,8%)	
	Siempre	2 (0,3%)	
Sólo hablo de sexo si los pacientes me lo demandan (ítem 11)	Nunca	14 (2,3%)	597
	Casi nunca	68 (11,4%)	
	Indiferente	45 (7,5%)	
	Casi siempre	325 (54,4%)	
	Siempre	145 (24,3%)	
Para hablar de sexo procuro estar a solas con el paciente (ítem 25)	Nunca	5 (0,8%)	593
	Casi nunca	34 (5,7%)	
	Indiferente	76 (12,7%)	
	Casi siempre	257 (43,0%)	
	Siempre	226 (37,8%)	
He vivido alguna situación embarazosa en la consulta por sentirme acosado/a (ítem 28)	Nunca	338 (56,6%)	597
	Casi nunca	154 (25,8%)	
	Indiferente	22 (3,7%)	
	Casi siempre	67 (11,2%)	
	Siempre	16 (2,7%)	
Al hablar de sexo con los pacientes tengo presente la posibilidad de la existencia de un acoso sexual (ítem 29)	Nunca	201 (33,7%)	597
	Casi nunca	171 (28,6%)	
	Indiferente	65 (10,9%)	
	Casi siempre	124 (20,8%)	
	Siempre	36 (6,0%)	

b) Prácticas sexuales de riesgo

El grado de acuerdo sobre las afirmaciones acerca de prácticas sexuales de riesgo en la práctica médica se resume en el la Tabla 22. Los ítem con mayor grado de acuerdo (repuestas siempre/ casi siempre) fueron: “*Doy consejo sobre la utilización de métodos barrera*” (97,1%); “*Doy consejo sobre el uso de anticonceptivos a las personas en edad fértil*” (96,0%); “*Registro antecedentes de ITS*” (92,1%); “*Investigo sobre prácticas de riesgo sexual de mis pacientes*” (91,5%); “*Hablo de sexo con los adolescentes*” (82,7%).

Tabla 22. Respuestas obtenidas en el cuestionario sobre prácticas sexuales de riesgo.

Preguntas y respuestas del cuestionario		Estudio 2016 n (%)	Total N
Investigo el número de contactos sexuales de mis pacientes (ítem 8)	Nunca	69 (11,5%)	598
	Casi nunca	223 (37,3%)	
	Indiferente	25 (4,2%)	
	Casi siempre	270 (45,2%)	
	Siempre	11 (1,8%)	
Investigo sobre prácticas de riesgo sexual de mis pacientes (ítem 12)	Nunca	2 (0,3%)	596
	Casi nunca	39 (6,5%)	
	Indiferente	10 (1,7%)	
	Casi siempre	436 (73,2%)	
	Siempre	109 (18,3%)	
Registro antecedentes de infecciones de transmisión sexual (ítem 13)	Nunca	6 (1,0%)	594
	Casi nunca	29 (4,9%)	
	Indiferente	12 (2,0%)	
	Casi siempre	264 (44,4%)	
	Siempre	283 (47,6%)	
Doy consejo sobre el uso de anticonceptivos a las personas en edad fértil (ítem 14)	Nunca	1 (,2%)	594
	Casi nunca	7 (1,2%)	
	Indiferente	16 (2,7%)	
	Casi siempre	209 (35,2%)	

Preguntas y respuestas del cuestionario		Estudio 2016 n (%)	Total N
	Siempre	361 (60,8%)	
Aconsejo sobre prácticas sexuales de menor riesgo (ítem 15)	Nunca	17 (2,8%)	597
	Casi nunca	57 (9,5%)	
	Indiferente	41 (6,9%)	
	Casi siempre	308 (51,6%)	
	Siempre	174 (29,1%)	
Hablo de sexo con los adolescentes (ítem 16)	Nunca	8 (1,3%)	598
	Casi nunca	67 (11,2%)	
	Indiferente	29 (4,8%)	
	Casi siempre	352 (58,9%)	
	Siempre	142 (23,7%)	
Hablo del uso de la prostitución con mis pacientes (ítem 18)	Nunca	165 (27,7%)	596
	Casi nunca	256 (43,0%)	
	Indiferente	39 (6,5%)	
	Casi siempre	127 (21,3%)	
	Siempre	9 (1,5%)	
Registro el consumo de sustancias adictivas en el contexto de las relaciones sexuales (ítem 21)	Nunca	234 (39,2%)	597
	Casi nunca	186 (31,2%)	
	Indiferente	35 (5,9%)	
	Casi siempre	126 (21,1%)	
	Siempre	16 (2,7%)	
Doy consejo sobre la utilización de métodos barrera (ítem 22)	Nunca	6 (1,0%)	594
	Casi nunca	7 (1,2%)	
	Indiferente	4 (0,7%)	
	Casi siempre	243 (40,9%)	
	Siempre	334 (56,2%)	
Hablo con mis pacientes de las posibles infidelidades en las parejas y los riesgos consiguientes (ítem 23)	Nunca	105 (17,6%)	596
	Casi nunca	192 (32,2%)	
	Indiferente	47 (7,9%)	
	Casi siempre	219 (36,7%)	
	Siempre	33 (5,5%)	

c) Salud sexual

El grado de acuerdo sobre las afirmaciones relacionadas con diferentes aspectos en materia de salud sexual se resumen en el la Tabla 23. Los ítem con mayor grado de acuerdo (repuestas siempre/ casi siempre) fueron: “*Comento los efectos secundarios de los tratamientos en relación con posibles disfunciones sexuales secundarias*” (92,2%); “*Investigo la relación de las patologías del paciente con su vida sexual*” (79,4%); “*Cuando detecto una disfunción sexual, derivo al paciente a otro especialista*” (71,4%).

Tabla 23. Respuestas obtenidas en el cuestionario sobre salud sexual.

Preguntas y respuestas del cuestionario		Estudio 2016 n (%)	TOTAL N
Registro en todas las historias de las personas mayores la historia sexual (ítem 5)	Nunca	177 (29,7%)	596
	Casi nunca	307 (51,5%)	
	Indiferente	21 (3,5%)	
	Casi siempre	87 (14,6%)	
	Siempre	4 (0,7%)	
Investigo si las relaciones sexuales son satisfactorias (ítem 6)	Nunca	108 (18,1%)	598
	Casi nunca	258 (43,1%)	
	Indiferente	42 (7,0%)	
	Casi siempre	182 (30,4%)	
	Siempre	8 (1,3%)	
Investigo sobre la orientación sexual de mis pacientes (ítem 9)	Nunca	73 (12,2%)	597
	Casi nunca	198 (33,2%)	
	Indiferente	58 (9,7%)	
	Casi siempre	256 (42,9%)	
	Siempre	12 (2,0%)	
Hablar de sexo con las personas mayores no es importante (ítem 10)	Nunca	246 (41,3%)	596
	Casi nunca	189 (31,7%)	
	Indiferente	68 (11,4%)	

Preguntas y respuestas del cuestionario		Estudio 2016 n (%)	TOTAL N
	Casi siempre	85 (14,3%)	
	Siempre	8 (1,3%)	
Investigo la relación de las patologías del paciente con su vida sexual (ítem 17)	Nunca	12 (2,0%)	595
	Casi nunca	74 (12,4%)	
	Indiferente	36 (6,1%)	
	Casi siempre	355 (59,7%)	
	Siempre	118 (19,8%)	
Hablo del tipo y preferencias de las diferentes prácticas sexuales con mis pacientes (ítem 19)	Nunca	171 (28,6%)	597
	Casi nunca	260 (43,6%)	
	Indiferente	34 (5,7%)	
	Casi siempre	123 (20,6%)	
	Siempre	9 (1,5%)	
Investigo las fantasías sexuales de mis pacientes (ítem 20)	Nunca	409 (68,5%)	570
	Casi nunca	143 (24,0%)	
	Indiferente	23 (3,9%)	
	Casi siempre	20 (3,4%)	
	Siempre	2 (0,3%)	
Cuando detecto una disfunción sexual, derivó al paciente a otro especialista (ítem 24)	Nunca	14 (2,3%)	597
	Casi nunca	108 (18,1%)	
	Indiferente	49 (8,2%)	
	Casi siempre	350 (58,6%)	
	Siempre	76 (12,7%)	
Comento los efectos secundarios de los tratamientos en relación con posibles disfunciones sexuales secundarias (ítem 26)	Nunca	3 (0,5%)	578
	Casi nunca	26 (4,3%)	
	Indiferente	18 (3,0%)	
	Casi siempre	364 (60,9%)	
	Siempre	187 (31,3%)	

d) Procesos concomitantes o patologías

El grado de acuerdo sobre los procesos que son tenidos en cuenta durante el abordaje de la sexualidad se resumen en el la Tabla 24. Los ítem con mayor grado de acuerdo (repuestas

siempre/ casi siempre) fueron: Pacientes VIH positivos (82,7%), pacientes con depresión (68,3%), mujeres menopáusicas (61,2%) y pacientes con diabetes mellitus (60,9%). Los procesos menos abordados son: pacientes con colostomías (19,6%), con limitación musculoesquelética (18,4%) y pacientes con sonda (14,7%).

Tabla 24. Respuestas obtenidas en la encuesta sobre sexualidad y procesos concomitantes.

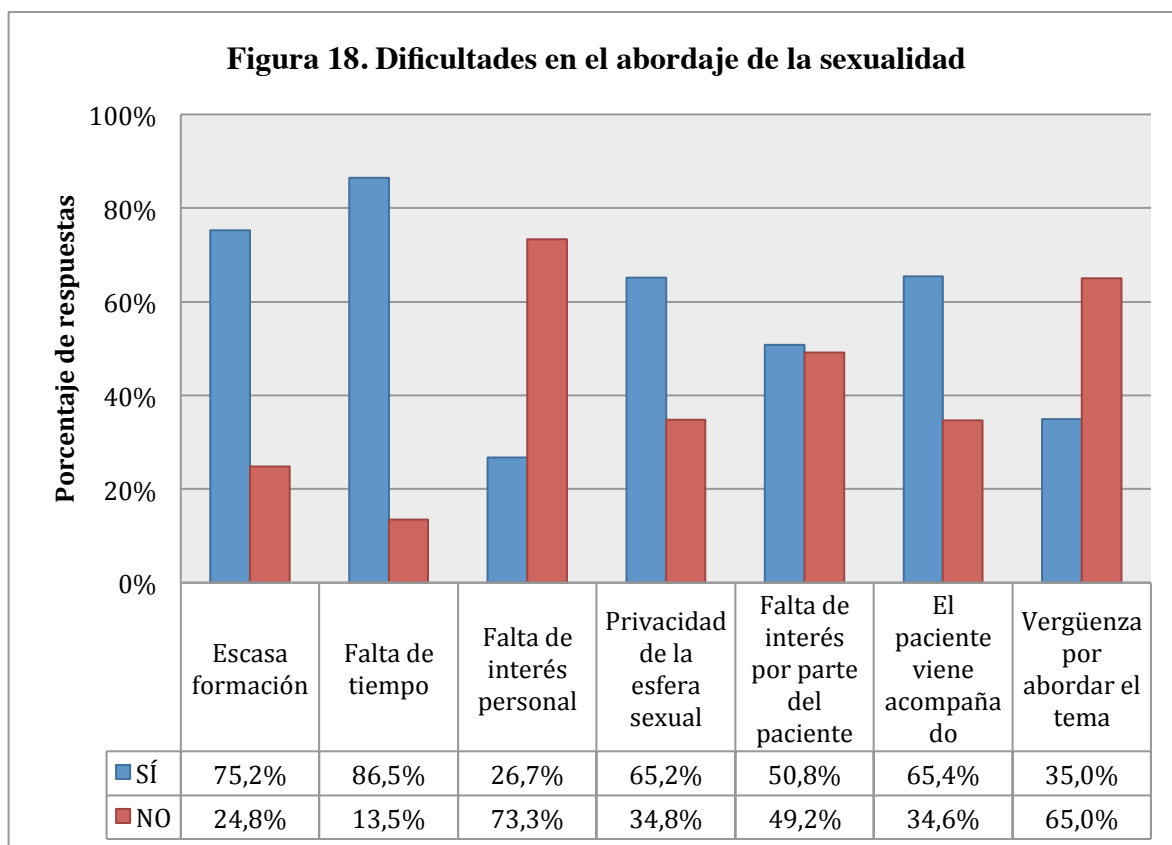
Preguntas y respuestas del cuestionario		Estudio 2016 n (%)	TOTAL N
Incontinencia urinaria (ítem 29)	Nunca	111 (18,9%)	587
	Casi nunca	142 (24,2%)	
	Indiferente	92 (15,7%)	
	Casi siempre	179 (30,5%)	
	Siempre	63(10,7%)	
Paciente con colostomía (ítem 30)	Nunca	206 (34,9%)	590
	Casi nunca	181 (30,7%)	
	Indiferente	87 (14,7%)	
	Casi siempre	87 (14,7%)	
	Siempre	29 (4,9%)	
Hipertensión arterial (ítem 31)	Nunca	102 (17,2%)	592
	Casi nunca	130 (22,0%)	
	Indiferente	92 (15,5%)	
	Casi siempre	226 (38,2%)	
	Siempre	42 (7,1%)	
Diabetes Mellitus (ítem 32)	Nunca	61 (10,3%)	591
	Casi nunca	88 (14,9%)	
	Indiferente	82 (13,9%)	
	Casi siempre	286 (48,4%)	
	Siempre	74 (12,5%)	
Insuficiencia Cardíaca Congestiva (ítem 33)	Nunca	130 (22,1%)	589
	Casi nunca	164 (27,8%)	
	Indiferente	105 (17,8%)	
	Casi siempre	166 (28,2%)	
	Siempre	24 (4,1%)	

Preguntas y respuestas del cuestionario		Estudio 2016 n (%)	TOTAL N
Depresión (ítem 34)	Nunca	31 (5,2%)	594
	Casi nunca	84 (14,1%)	
	Indiferente	73 (12,3%)	
	Casi siempre	293 (49,3%)	
	Siempre	113 (19,0%)	
Embarazo (ítem 35)	Nunca	92 (15,6%)	588
	Casi nunca	152 (25,9%)	
	Indiferente	117 (19,9%)	
	Casi siempre	175 (29,8%)	
	Siempre	52 (8,8%)	
Preparto (ítem 36)	Nunca	129 (21,9%)	590
	Casi nunca	166 (28,1%)	
	Indiferente	114 (19,3%)	
	Casi siempre	143 (24,2%)	
	Siempre	38 (6,4%)	
Postparto (ítem 37)	Nunca	76 (12,8%)	593
	Casi nunca	141 (23,8%)	
	Indiferente	97 (16,4%)	
	Casi siempre	209 (35,2%)	
	Siempre	70 (11,8%)	
Menopausia (ítem 38)	Nunca	38 (6,4%)	595
	Casi nunca	89 (15,0%)	
	Indiferente	104 (17,5%)	
	Casi siempre	275 (46,2%)	
	Siempre	89 (15,0%)	
Andropausia (ítem 39)	Nunca	71 (12,1%)	589
	Casi nunca	119 (20,2%)	
	Indiferente	118 (20,0%)	
	Casi siempre	228 (38,7%)	
	Siempre	53 (9,0%)	
Víctimas de violación (ítem 40)	Nunca	136 (24,8%)	548
	Casi nunca	92 (16,8%)	
	Indiferente	102 (18,6%)	
	Casi siempre	104 (19,0%)	
	Siempre	114 (20,8%)	

Preguntas y respuestas del cuestionario		Estudio 2016 n (%)	TOTAL N
Con trastornos de la alimentación (ítem 41)	Nunca	153 (26,2%)	585
	Casi nunca	157 (26,8%)	
	Indiferente	130 (22,2%)	
	Casi siempre	117 (20,0%)	
	Siempre	28 (4,8%)	
Con trastornos de la autoimagen (ítem 42)	Nunca	136 (23,2%)	585
	Casi nunca	152 (26,0%)	
	Indiferente	126 (21,5%)	
	Casi siempre	135 (23,1%)	
	Siempre	36 (6,2%)	
Con problemas de autoestima (ítem 43)	Nunca	85 (14,5%)	586
	Casi nunca	142 (24,3%)	
	Indiferente	121 (20,7%)	
	Casi siempre	191 (32,6%)	
	Siempre	46 (7,9%)	
Limitación músculo-esquelética (ítem 44)	Nunca	163 (28,0%)	582
	Casi nunca	181 (31,1%)	
	Indiferente	131 (22,5%)	
	Casi siempre	93 (16,0%)	
	Siempre	14 (2,4%)	
Pacientes con sonda (ítem 45)	Nunca	228 (39,0%)	585
	Casi nunca	187 (32,0%)	
	Indiferente	84 (14,4%)	
	Casi siempre	68 (11,6%)	
	Siempre	18 (3,1%)	
Pacientes con prácticas de riesgo (ítem 46)	Nunca	24 (4,1%)	591
	Casi nunca	50 (8,5%)	
	Indiferente	42 (7,1%)	
	Casi siempre	211 (35,7%)	
	Siempre	264 (44,7%)	
Pacientes VIH+ (ítem 47)	Nunca	12 (2,0%)	594
	Casi nunca	47 (7,9%)	
	Indiferente	44 (7,4%)	
	Casi siempre	195 (32,8%)	
	Siempre	296 (49,8%)	

1.2.3 Variables sobre dificultades

La Figura 18 muestra la percepción que tienen los MF sobre las dificultades a la hora de abordar la sexualidad en sus consultas. Las principales barreras encontradas son la falta de tiempo (85,5%), la escasa formación recibida (75,2%), que el paciente acuda acompañado a consulta (65,4%) y la privacidad de la esfera sexual (65,2%).



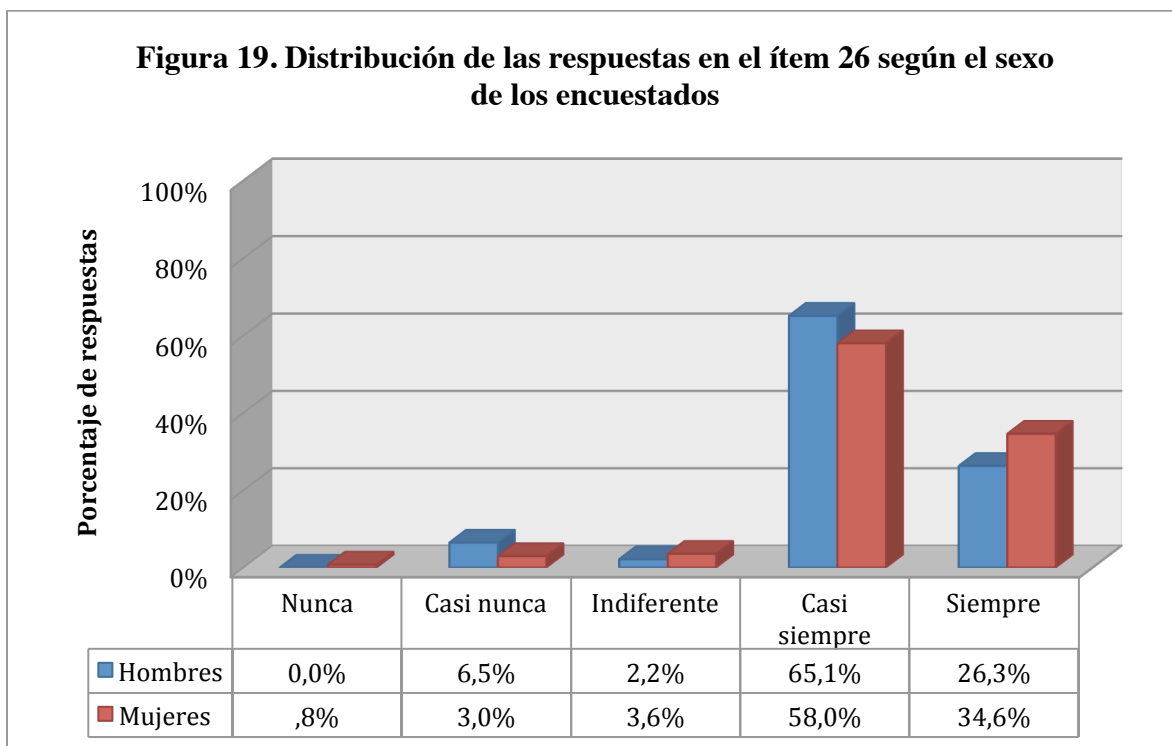
2. RELACIÓN ENTRE LAS VARIABLES ESTUDIADAS

2.1. Relación entre variables demográficas y las variables propias del cuestionario.

Tras realizar un análisis multivariante estratificado en función de las variables clasificatorias (edad, sexo, ámbito de trabajo y CCAA), se presentan aquellas en las que se objetiva una diferencia significativa desde el punto de vista estadístico.

a) Relación entre el sexo y las respuestas al cuestionario

Se analizaron las diferencias en las respuestas aportadas por los encuestados en el año 2016 según su sexo. Solo se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el Ítem 26 (Fig 19).



Ítem 26: "Comento los efectos secundarios de los tratamientos en relación con posibles disfunciones sexuales secundarias" $p=0,026$.

No se observaron diferencias estadísticamente significativas en cuanto al sexo de los médicos participantes y la formación específica en sexualidad recibida por los mismos o las posibles dificultades a las que se puedan enfrentar al hablar sobre salud sexual en la consulta.

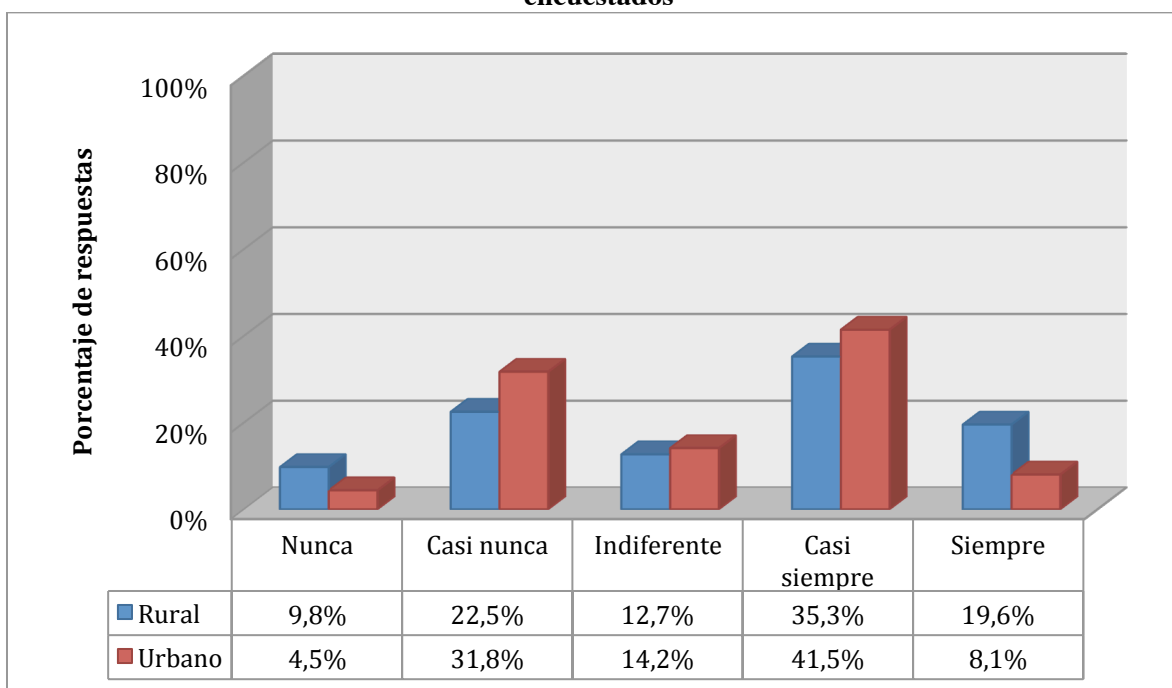
b) Relación entre la edad y las respuestas al cuestionario

Para estudiar la relación entre la edad y las respuestas al cuestionario se dividió a la muestra en dos grupos de intervalos de edad comprendidos entre 30 a 45 años y 46 a 65 años. No se observaron diferencias estadísticamente significativas en las respuestas al cuestionario en relación a los grupos de edad.

c) Relación entre el ámbito de ejercicio profesional y las respuestas al cuestionario

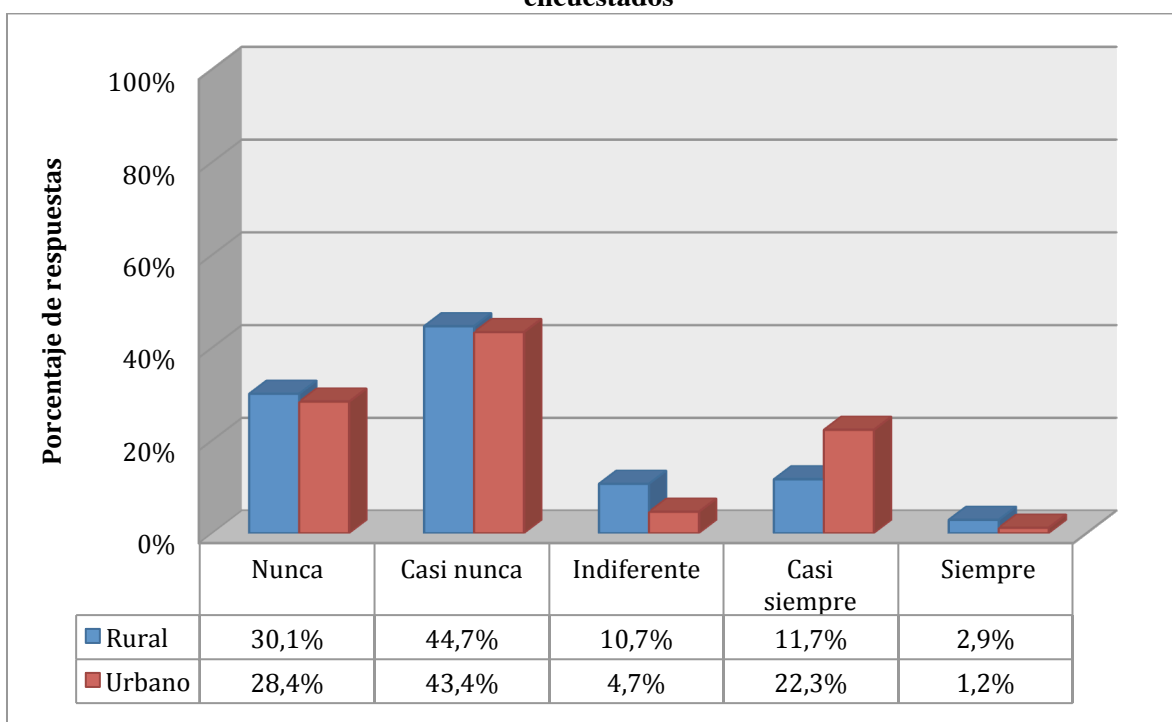
Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el ámbito y las respuestas al cuestionario en cinco preguntas (Figuras 20 a 24).

Figura 20. Distribución de las respuestas en el ítem 3 según el ámbito de trabajo de los encuestados



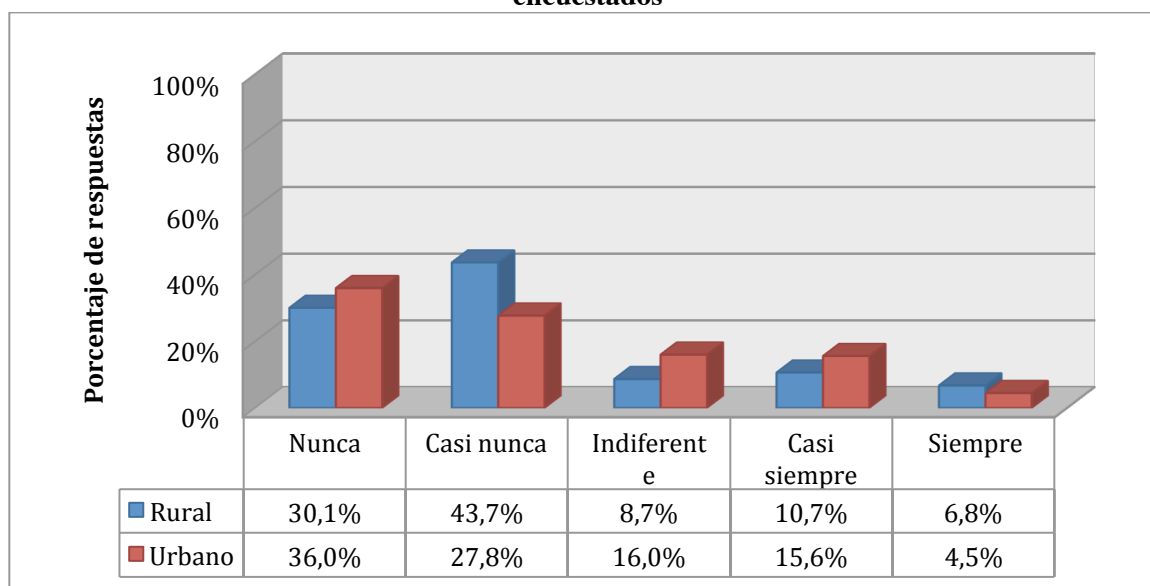
Ítem 3: "Tengo suficiente formación para realizar la historia sexual de las personas asignadas a mi cupo" $p=0,026$.

Figura 21. Distribución de las respuestas en el ítem 19 según el ámbito de trabajo de los encuestados



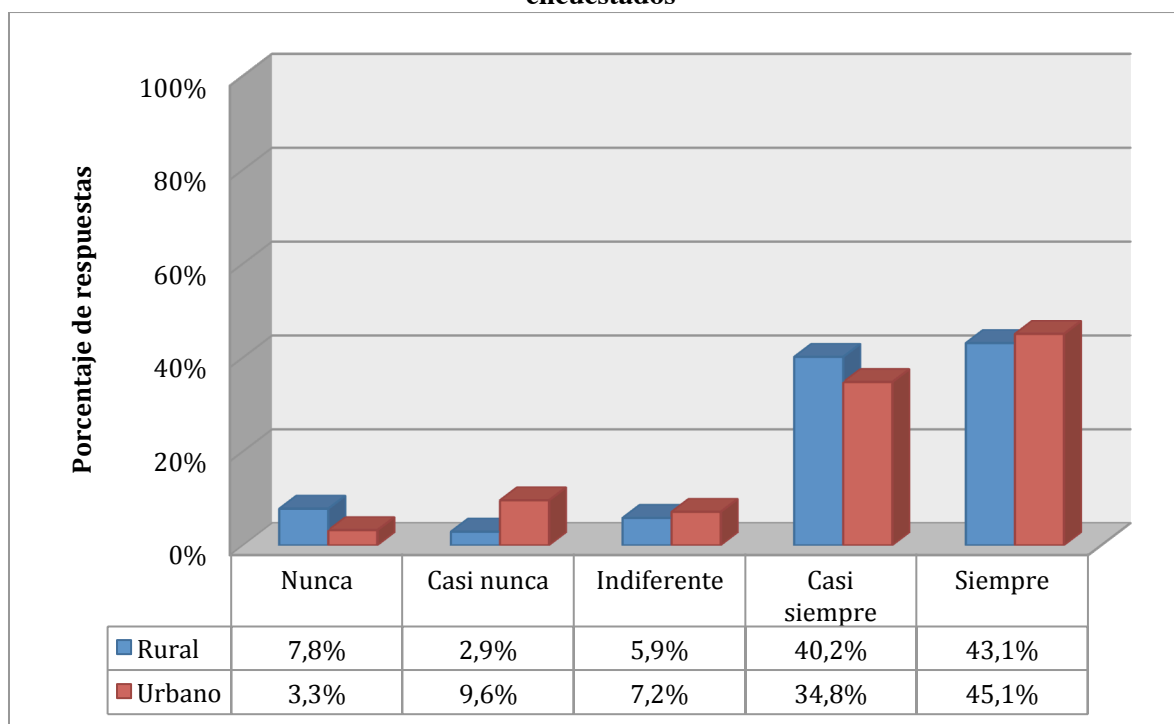
Ítem 19: "Hablo del tipo y preferencias de las diferentes prácticas sexuales con mis pacientes" $p=0,018$

Figura 22. Distribución de las respuestas en el ítem 30 según el ámbito de trabajo de los encuestados



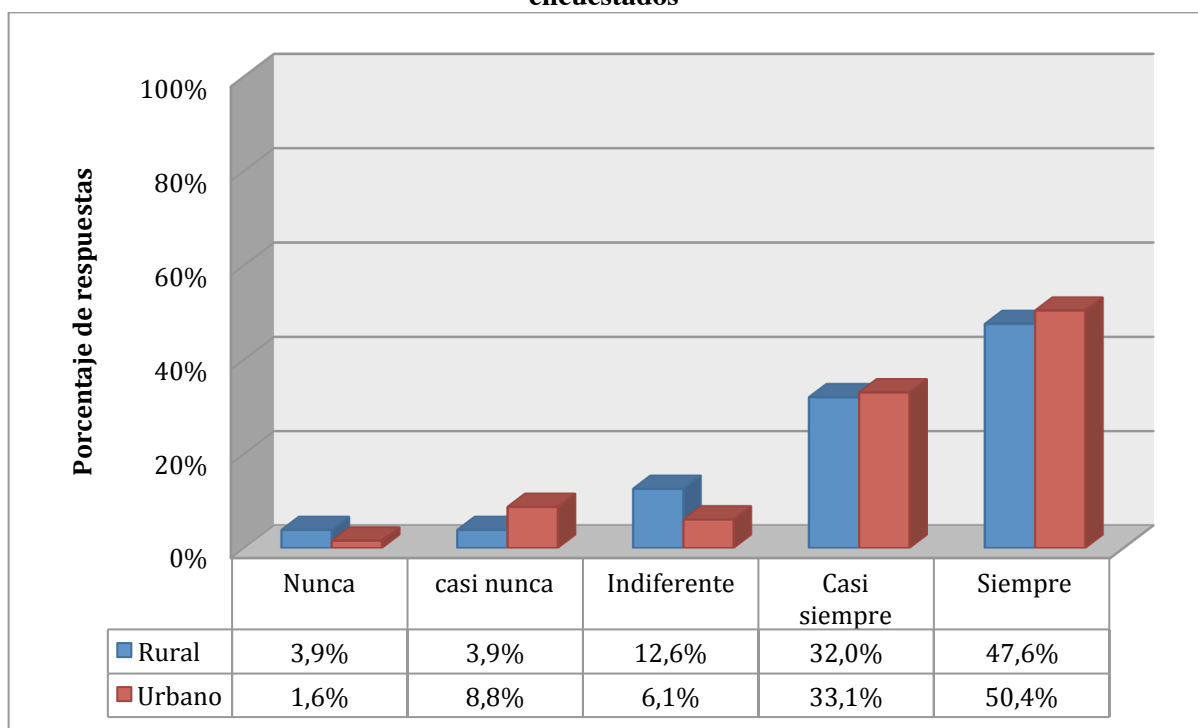
Ítem 30: “Investigo sobre la historia sexual de mis pacientes con colostomías” $p=0,010$

Figura 23. Distribución de las respuestas en el ítem 46 según el ámbito de trabajo de los encuestados



Ítem 46. “Investigo sobre la historia sexual de mis pacientes con prácticas de riesgo” $p=0,045$.

Figura 24. Distribución de las respuestas en el ítem 47 según el ámbito de trabajo de los encuestados



Ítem 47. "Investigo sobre la historia sexual de mis pacientes VIH+" $p=0,044$

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto al ámbito de ejercicio profesional (rural/urbano) y el resto de las respuestas de la encuesta, la formación recibida por los MF o las dificultades que los mismos puedan encontrar al hablar de sexo en la consulta.

2.2. Relación entre la formación recibida por los médicos de familia y las respuestas al cuestionario

Al comparar a los MF que había recibido algún tipo de formación en sexualidad a lo largo de su carrera profesional frente a los que no habían recibido ninguna, se encontraron diferencias estadísticamente significativas a favor de los que sí han recibido algún tipo de formación en 32 de 47 ítems del cuestionario (Tablas 26 a 29):

- 17 de 28 preguntas sobre el abordaje clínico de la sexualidad.

- 15 de 19 procesos/patologías concomitantes de los pacientes.

Tablas 26 y 27. Grado de acuerdo en las respuestas obtenidas en el cuestionario, dependiendo de si se ha recibido o no alguna formación específica en sexualidad. Resultados significativos.

Tabla 26			
Preguntas del cuestionario	NO FORMACIÓN	SÍ FORMACIÓN	VALOR p
En las historias clínicas registro la historia sexual (ítem 2)	18,90%	44,80%	0,000 *
Tengo suficiente formación para realizar la historia sexual de las personas asignadas a mi cupo (ítem 3)	27,70%	55,30%	0,000 *
Registro en todas las historias de las personas mayores la historia sexual (ítem 5)	6,70%	17,00%	0,000 *
Investigo si las relaciones sexuales son satisfactorias (ítem 6)	14,40%	35,60%	0,000 *
Investigo sobre la orientación sexual de mis pacientes (ítem 9)	32,20%	47,10%	0,034 *
Sólo hablo de sexo si los pacientes me lo demandan (ítem 11)	84,50%	76,90%	0,012 *
Aconsejo sobre prácticas sexuales de menor riesgo (ítem 15)	72,30%	82,40%	0,029 *
Hablo de sexo con los adolescentes (ítem 16)	74,40%	84,10%	0,027 *
Investigo la relación de las patologías del paciente con su vida sexual (ítem 17)	68,20%	81,50%	0,004 *
Hablo del uso de la prostitución con mis pacientes (ítem 18)	13,30%	23,00%	0,000 *
Hablo del tipo y preferencias de las diferentes prácticas sexuales con mis pacientes (ítem 19)	13,30%	24,00%	0,001 *
Investigo las fantasías sexuales de mis pacientes (ítem 20)	1,10%	4,10%	0,000 *
Registro el consumo de sustancias adictivas en el contexto de las relaciones sexuales (ítem 21)	12,40%	26,20%	0,000 *
Doy consejo sobre la utilización de métodos barrera (ítem 22)	95,50%	97,60%	0,002 *
Comento los efectos secundarios de los tratamientos en relación con posibles disfunciones sexuales secundarias (ítem 26)	85,50%	93,80%	0,000 *
He vivido alguna situación embarazosa en la consulta por sentirme acosado/a (ítem 28)	10,10%	15,10%	0,018 *
Al hablar de sexo con los pacientes tengo presente la posibilidad de la existencia de un acoso sexual (ítem 29)	13,30%	29,20%	0,010 *

El porcentaje representado en cada columna corresponde a la suma de las respuestas “siempre y casi siempre” en cada ítem del cuestionario (* $p < 0,05$).

Tabla 27			
“Investigo sobre la historia sexual de mis pacientes en relación a los siguientes procesos”:	NO FORMACIÓN	SÍ FORMACIÓN	VALOR <i>p</i>
Incontinencia urinaria (ítem 29)	25,20%	44,60%	0,000 *
Con colostomías (ítem 30)	10,30%	21,50%	0,003 *
Hipertensión arterial (ítem 31)	30,70%	48,40%	0,011 *
Diabetes Mellitus (ítem 32)	51,10%	63,40%	0,023 *
Insuficiencia cardíaca congestiva (ítem 33)	22,70%	34,50%	0,006 *
Depresión (ítem 34)	61,30%	70,20%	0,037 *
Menopausia (ítem 38)	48,30%	63,20%	0,004 *
Andropausia (ítem 39)	31,80%	51,30%	0,000 *
Víctimas de violación (ítem 40)	23,80%	42,90%	0,024 *
Con trastornos de la alimentación (ítem 41)	7,00%	28,80%	0,000 *
Con trastornos de la autoimagen (ítem 42)	13,90%	32,10%	0,000 *
Con problemas de autoestima (ítem 43)	25,00%	43,40%	0,000 *
Limitación músculo-esquelética (ítem 44)	7,10%	20,40%	0,003 *
Pacientes con sonda (ítem 45)	8,20%	15,80%	0,014 *
Pacientes con prácticas de riesgo (ítem 46)	74,10%	82,50%	0,042 *

El porcentaje representado en cada columna corresponde a la suma de las respuestas “siempre y casi siempre” en cada ítem del cuestionario. (* $p < 0,05$)

Tablas 28 y 29. Grado de acuerdo en las respuestas obtenidas en el cuestionario, dependiendo de si se ha recibido o no alguna formación específica en sexualidad.

Resultados no significativos.

Tabla 28			
Preguntas del cuestionario	NO FORMACIÓN	SÍ FORMACIÓN	VALOR p
La esfera sexual es un componente importante en la salud de las personas (ítem 1)	100%	98,3%	0,153
Me resulta embarazoso hablar de sexo con los pacientes (ítem 4)	38,9%	35,5%	0,492
Me he sentido atraído sexualmente por algún/a de mis pacientes (ítem 7)	8,9%	14,3%	0,232
Investigo el número de contactos sexuales de mis pacientes (ítem 8)	37,8%	49,2%	0,257
Hablar de sexo con las personas mayores no es importante (ítem 10)	15,5%	14,9%	0,320
Investigo sobre prácticas de riesgo sexual de mis pacientes (ítem 12)	85,6%	92,4%	0,005
Registro antecedentes de ITS (Infecciones de transmisión sexual) (ítem 13)	89,9%	92,9%	0,302
Doy consejo sobre el uso de anticonceptivos a las personas en edad fértil (ítem 14)	96,7%	95,9%	0,015
Hablo con mis pacientes de las posibles infidelidades en las parejas y los riesgos consiguientes (ítem 23)	34,4%	44,2%	0,093
Cuando detecto una disfunción sexual, derivo al paciente a otro especialista (ítem 24)	80%	69,5%	0,243
Para hablar de sexo procuro estar a solas con el paciente (ítem 25)	81,1%	80%	0,801

El porcentaje representado en cada columna corresponde a la suma de las respuestas “siempre y casi siempre” en cada ítem del cuestionario (* $p < 0,05$).

Tabla 29:			
“Investigo sobre la historia sexual de mis pacientes en relación a los siguientes procesos”:	NO FORMACIÓN	SÍ FORMACIÓN	VALOR p
Embarazo (ítem 30G)	30,7%	40,4%	0,208
Preparto (ítem 30H)	23,9%	32,4%	0,068
Postparto (ítem 30I)	41,6%	48,5%	0,217
Pacientes VIH+ (ítem 30R)	77,8%	84,4%	0,057

El porcentaje representado en cada columna corresponde a la suma de las respuestas “siempre y casi siempre” en cada ítem del cuestionario. (* $p < 0,05$)

2.3 Relación entre las variables del estudio realizado en 2004 y las del estudio realizado en 2016.

a) Diferencias demográficas (Fig. 25)

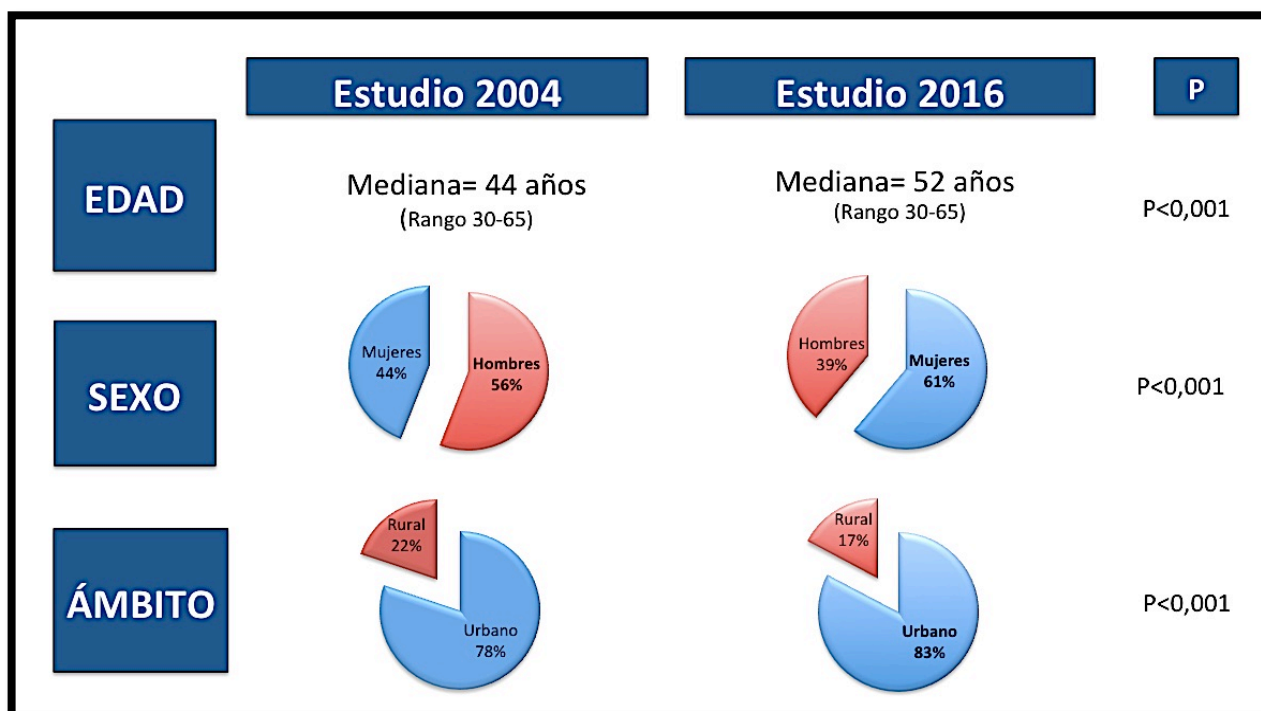
En 2004 participaron en el estudio 357 MF, lo que supone una tasa de respuesta del 10,5%.

En 2016 participaron 598 MF, lo que supone una tasa de respuesta del 17,08%.

La mediana de edad de los participantes en el estudio actual fue de 52 años, superior a la del estudio de 2004 cuya mediana de edad fue de 44 años ($p<0,001$).

En cuanto a la distribución por sexo de los participantes en el estudio también existen diferencias. En el estudio de 2004 participaron 192 hombres (55,8%) frente a 152 hombres (44,2%) en el estudio actual ($p<0,001$). En cuanto a las mujeres, participaron 232 mujeres (38,9%) en 2004 frente a 364 (61,1%) en 2016 ($p<0,001$).

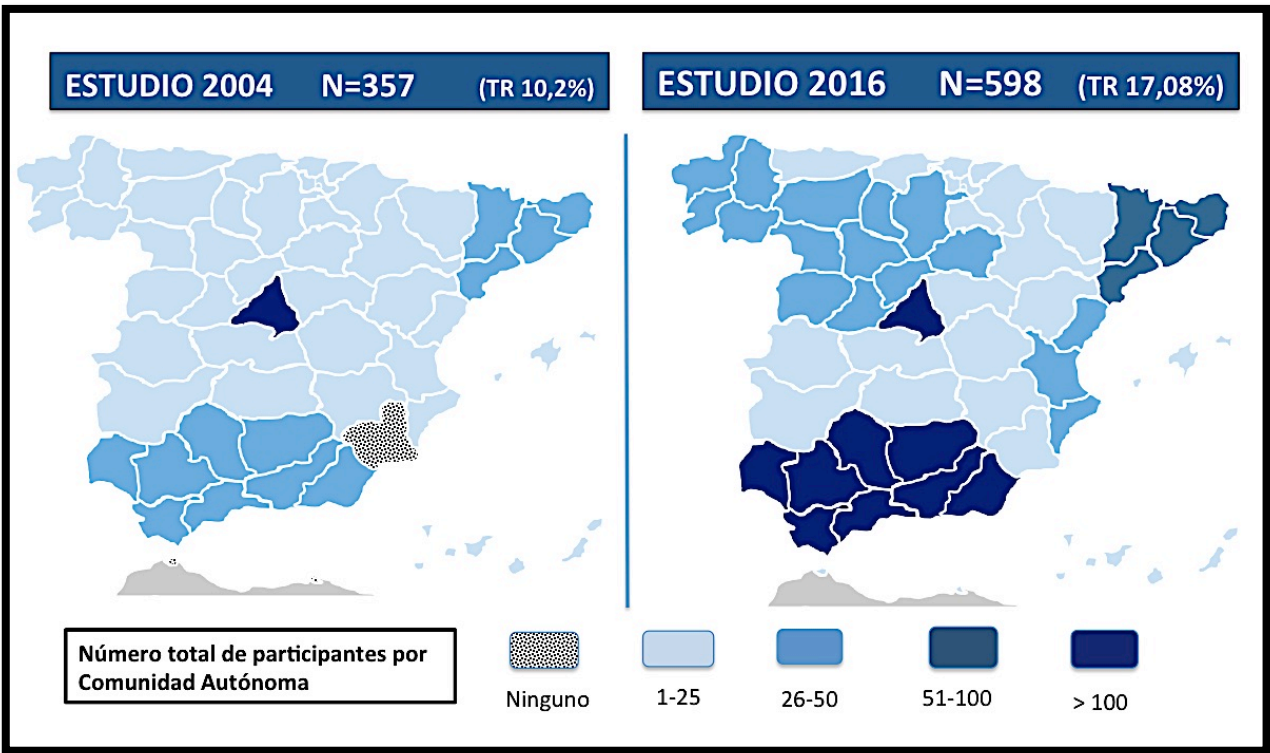
Figura 25. Diferencias demográficas entre el estudio realizado en el año 2004 vs el realizado en 2016



En ambos estudios el ámbito de trabajo es predominantemente urbano. Participaron en dicho ámbito 271 médicos (78,1%) en 2004 y 494 (82,7%) en el estudio actual. En el ámbito rural participaron 67 médicos (19,3%) en el estudio de 2004 y 103 médicos (17,3%) en el estudio actual ($p<0,001$).

La distribución de los encuestados en ambos estudios por CCAA se describe en la Figura 26 y la Tabla 30

Figura 26. Distribución geográfica de las respuestas de médicos de Atención Primaria de España según el número total de participantes en cada Comunidad Autónoma (Estudio del año 2004 vs estudio del año 2016)



TR (Tasa de respuesta)

Tabla 30. Distribución de las respuestas por comunidades autónomas en ambos estudios

COMUNIDAD AUTÓNOMA	Estudio 2004 n (%)	Estudio actual n (%)	Total N (%)
ANDALUCÍA	26 (7,6%)	124 (21,3%)	150 (16,2%)
ARAGÓN	7 (2,0%)	21 (3,6%)	28 (3,0%)
ASTURIAS	5 (1,5%)	13 (2,2%)	18 (1,9%)
BALEARES	11 (3,2%)	11 (1,9%)	22 (2,4%)
CANARIAS	16 (4,7%)	23 (3,9%)	39 (4,2%)
CANTABRIA	20 (5,8%)	13 (2,2%)	33 (3,6%)
CASTILLA-LA MANCHA	23 (6,7%)	18 (3,1%)	41 (4,4%)
CASTILLA Y LEÓN	9 (2,6%)	29 (5,0%)	38 (4,1%)
CATALUÑA	49 (14,3%)	68 (11,7%)	117 (12,6%)
C.VALENCIANA	19 (5,6%)	27 (4,6%)	46 (5,0%)
EXTREMADURA	5 (1,5%)	5 (0,9%)	10 (1,1%)
GALICIA	13 (3,8%)	32 (5,5%)	45 (4,9%)
MADRID	113 (33,0%)	143 (24,5%)	256 (27,7%)
MURCIA	0 (0,0%)	11 (1,9%)	11 (1,2%)
NAVARRA	2 (0,6%)	18 (3,1%)	20 (2,2%)
PAÍS VASCO	15 (4,4%)	21 (3,6%)	36 (3,9%)
LA RIOJA	9 (2,6%)	4 (0,7%)	13 (1,4%)
CEUTA	0 (0,0%)	1 (0,2%)	1 (0,1%)
MELILLA	0 (0,0%)	1 (0,2%)	1 (0,1%)
TOTAL	342 (100%)	583 (100%)	925 (100%)

b) Diferencias entre las respuestas del cuestionario del año 2004 y el año 2016

a. Formación en sexualidad (Tabla 31)

En ambos estudios un elevado número de participantes afirma que no ha recibido formación en sexualidad durante la carrera de medicina (pregrado), no obstante, el porcentaje de médicos que refiere haberla recibido es superior en el estudio actual (5,6% en el estudio de 2004 frente a 12,2% en 2016) ($p=0,001$).

Existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la formación recibida durante el periodo MIR, ya que el porcentaje de médicos que ha recibido formación específica en sexualidad durante la especialidad de MFyC es mayor en el estudio actual ($p<0,001$). Lo mismo ocurre con los cursos de formación continuada, cuyo porcentaje es notablemente superior en el estudio de 2016, en el que el 56,6% de los encuestados afirma haberla recibido frente al 31,4% en 2004 ($p<0,001$).

En ambos estudios se observa que los máster o cursos de especialización en sexualidad son la fuente de formación menos habitual, aunque el porcentaje de usuarios que los ha cursado ha aumentado ligeramente en los últimos años (5,6% vs 8,1%).

El 30,8% de los encuestados en 2004 afirma no haber recibido formación específica en sexualidad a lo largo de su carrera profesional. En 2016 fue el 26,4%.

Tabla 31. Comparación entre el estudio de 2004 y el estudio actual en cuanto a formación en sexualidad

Preguntas y respuestas del cuestionario		Estudio 2004 n (%)	Estudio 2016 n (%)	Valor <i>p</i>
Pregrado (ítem 48)	SI	20 (5,6%)	65 (12,2%)	0,001 *
	NO	337 (94,4%)	466 (87,8%)	
Periodo de formación MIR (ítem 49)	SI	47 (13,2%)	143 (26,5%)	0,000 *
	NO	310 (86,8%)	397 (73,5%)	
Cursos de formación continuada (ítem 50)	SI	112 (31,4%)	319 (56,6%)	0,000 *
	NO	245 (68,6%)	245 (43,4%)	
Máster o cursos de especialización (ítem 51)	SI	20 (5,6%)	43 (8,1%)	>0,05
	NO	337 (94,4%)	486 (91,9%)	
Ninguna (ítem 52)	SI	110 (30,8%)	112 (26,4%)	>0,05
	NO	247 (69,2%)	313 (73,6%)	

* $p < 0,05$

b. Historia clínica sexual (Tabla 32)

En el estudio de 2004, el 96% estaba de acuerdo con la afirmación “La esfera sexual es un componente importante en la salud de las personas, algo que también podemos observar en el estudio actual ya que el 98,6% está de acuerdo con dicha frase. El porcentaje de médicos que casi nunca o nunca registra en las historias clínicas la historia sexual es elevado en ambos estudios (69,4% en 2004 y 54,5% en el estudio actual), no obstante existe una mejoría estadísticamente significativa a lo largo de los doce años, siendo el porcentaje de registro mayor en la actualidad ($p < 0,001$).

Tabla 32. Comparación entre el estudio de 2004 y el estudio actual en cuanto a la realización de una historia clínica sexual.

Preguntas y respuestas del cuestionario		Estudio 2004		Estudio 2016		Valor <i>P</i>
		n (%)		n (%)		
La esfera sexual es un componente importante en la salud de las personas (ítem 1)	Nunca	4 (1,1%)	8 (2,2%)	5 (0,8%)	7 (1,1%)	0,03 *
	Casi nunca	4 (1,1%)		2 (0,3%)		
	Indiferente	6 (1,7%)	6 (1,7%)	1 (0,2%)	1 (0,2%)	
	Casi siempre	89 (25,3%)	338 (96%)	138 (23,1%)	589 (98,6%)	
	Siempre	249 (70,7%)		451 (75,5%)		
En las historias clínicas registro la historia sexual (ítem 2)	nunca	41 (11,5%)	247 (69,4%)	52 (8,7%)	326 (54,5%)	0,000 *
	casi nunca	206 (57,9%)		274 (45,8%)		
	Indiferente	32 (9,0%)	32 (9,0%)	29 (4,8%)	29 (4,8%)	
	Casi siempre	73 (20,5%)	77 (21,6%)	219 (36,6%)	243 (40,6%)	
	Siempre	4 (1,1%)		24 (4,0%)		
Tengo suficiente formación para realizar la historia sexual de las personas asignadas a mi cupo (ítem 3)	Nunca	38 (10,7%)	156 (43,9%)	32 (5,4%)	212 (35,6%)	0,000 *
	Casi nunca	118 (33,2%)		180 (30,2%)		
	Indiferente	88 (24,8%)	88 (24,8%)	83 (13,9%)	83 (13,9%)	
	Casi siempre	94 (26,5%)	111 (31,3%)	241 (40,4%)	302 (50,6%)	
	Siempre	17 (4,8%)		61 (10,2%)		
Me resulta embarazoso hablar de sexo con los pacientes (ítem 4)	Nunca	37 (10,4%)	150 (42,1%)	130 (21,8%)	316 (53%)	0,000 *
	Casi nunca	113 (31,7%)		186 (31,2%)		
	Indiferente	56 (15,7%)	56 (15,7%)	63 (10,6%)	63 (10,6%)	
	Casi siempre	137 (38,5%)	150 (42,2%)	192 (32,2%)	217 (36,4%)	
	Siempre	13 (3,7%)		25 (4,2%)		
Me he sentido atraído sexualmente por algún/a de mis pacientes (ítem 7)	Nunca	177 (52,7%)	263 (78,3%)	353 (59,2%)	485 (81,3%)	>0,05
	Casi nunca	86 (25,6%)		132(22,1%)		
	Indiferente	22 (6,5%)	22 (6,5%)	33 (5,5%)	33 (5,5%)	
	Casi siempre	49 (14,6%)	51 (15,2%)	76 (12,8%)	78 (13,1%)	
	Siempre	2 (0,6%)		2 (0,3%)		
Sólo hablo de sexo si los pacientes me lo demandan (ítem 11)	Nunca	21 (6,0%)	65 (18,5%)	14 (2,3%)	82 (13,7%)	0,000 *
	Casi nunca	44 (12,5%)		68 (11,4%)		
	Indiferente	52 (14,8%)	52 (14,8%)	45 (7,5%)	45 (7,5%)	
	Casi siempre	179 (50,9%)	235 (66,8%)	325 (54,4%)	470 (78,7%)	
	Siempre	56 (15,9%)		145 (24,3%)		
Para hablar de sexo procuro estar a solas con el paciente (ítem 25)	Nunca	4 (1,1%)	18 (5,1%)	5 (0,8%)	39 (6,5%)	>0,05
	Casi nunca	14 (4,0%)		34 (5,7%)		
	Indiferente	51 (14,4%)	51 (14,4%)	76 (12,7%)	76 (12,7%)	
	Casi siempre	152 (42,9%)	285 (80,5%)	257 (43,0%)	483 (80,8%)	
	Siempre	133 (37,6%)		226 (37,8%)		
He vivido alguna situación embarazosa en la	Nunca	201 (56,9%)	294 (83,2%)	338 (56,6%)	492 (82,4%)	>0,05
	Casi nunca	93 (26,3%)		154 (25,8%)		

Preguntas y respuestas del cuestionario		Estudio 2004 n (%)		Estudio 2016 n (%)		Valor <i>P</i>
consulta por sentirme acosado/a (ítem 28)	Indiferente	16 (4,5%)	16 (4,5%)	22 (3,7%)	22 (3,7%)	
	Casi siempre	37 (10,5%)	43 (12,2%)	67 (11,2%)	83 (13,9%)	
	Siempre	6 (1,7%)		16 (2,7%)		
Al hablar de sexo con los pacientes tengo presente la posibilidad de la existencia de un acoso sexual (ítem 29)	Nunca	129 (37,3%)	219 (63,3%)	201 (33,7%)	372 (62,3%)	0,000 *
	Casi nunca	90 (26,0%)		171 (28,6%)		
	Indiferente	68 (19,7%)	68 (19,7%)	65 (10,9%)	65 (10,9%)	
	Casi siempre	41 (11,8%)	59 (17%)	124 (20,8%)	160 (26,8%)	
	Siempre	18 (5,2%)		36 (6,0%)		

* $p < 0,05$

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas a favor del estudio actual en el ítem 3, en el que se preguntaba a los médicos participantes si tienen formación suficiente para realizar la historia clínica sexual de las personas asignadas a su cupo. En 2004 contestaron afirmativamente (siempre/casi siempre) 111 médicos (31,3%) frente a 302 (50,6%) en el estudio actual ($p < 0,001$).

Lo mismo ocurre al preguntar si resulta embarazoso el hecho de hablar de sexo con los pacientes. En el estudio actual el 36,4% contestó que siempre o casi siempre le ocurría mientras que en el estudio de 2004 este porcentaje fue mayor (42,2%) ($p < 0,001$).

En ambos estudios se han obtenido resultados similares al interrogar sobre si se han sentido atraídos sexualmente por algún/a de sus pacientes. Contestaron que nunca se sintieron atraídos por pacientes 117 médicos (52,7%) en 2004 y 353 (59,2%) en el estudio actual. Se observaron diferencias estadísticamente significativas en el número de profesionales que solo habla de sexo si los pacientes lo demandan ya que en 2004 el 66,8% contestó afirmativamente a este hecho, mientras que en 2016 fue el 78,7% ($p < 0,001$).

En ambos estudios la mayoría procura estar siempre o casi siempre a solas para hablar de sexo con sus pacientes (80,5% en 2004 vs 80,8% en el estudio actual). Igualmente se obtuvieron resultados similares en cuanto a la pregunta “He vivido alguna situación

embarazosa en la consulta por sentirme acosado/a”: en 2004 el 83,2% contestó que nunca o casi nunca le había ocurrido y el 82,4% en el estudio actual.

c. Prácticas sexuales de riesgo (Tabla 33)

Tal y como se observa en la Tabla 33, existen diferencias significativas al comparar las respuestas de los médicos de la encuesta actual respecto a la de 2004 en 10 ítems sobre prácticas sexuales de riesgo:

- Investigación del número de contactos sexuales (siempre/ casi siempre): 27,1% (2004), frente a 47% (2016)
- Investigación sobre prácticas de riesgo sexual (siempre/ casi siempre): 54% (2004), frente a 91,5% (2016)
- Registro de antecedentes de ITS (siempre/ casi siempre): 71,6% (2004), frente a 92% (2016)
- Consejo sobre el uso de anticonceptivos a personas de edad fértil (siempre/ casi siempre): 89,5% (2004), frente a 96% (2016)
- Consejo sobre prácticas sexuales de riesgo menor (siempre/ casi siempre): 61,4% (2004), frente a 80,7% (2016)
- Hablar de sexo con adolescentes (siempre/ casi siempre): 62,3% (2004), frente a 82,6% (2016)
- Hablar de prostitución con los pacientes (siempre/ casi siempre): 15,6% (2004), frente a 22,8% (2016).
- Registro de sustancias adictivas en el contexto de las relaciones sexuales (siempre/ casi siempre): 17,2% (2004), frente a 23,8% (2016)
- Consejo sobre la utilización de métodos barrera (siempre/casi siempre): 81,2% (2004), frente a 97,1% (2016)

- Hablar sobre posibles infidelidades en las parejas y los posibles riesgos consiguientes
(siempre/ casi siempre): 23,7% (2004) frente a 42,2% (2016).

Tabla 33. Comparación entre el estudio 2004 y el estudio actual en cuanto al abordaje de prácticas sexuales de riesgo

Preguntas y respuestas del cuestionario		Estudio 2004 n (%)		Estudio 2016 n (%)		Valor <i>P</i>
Investigo el número de contactos sexuales de mis pacientes (ítem 8)	Nunca	66 (18,6%)	223 (62,8%)	69 (11,5%)	292 (48,8%)	0,000 *
	Casi nunca	157 (44,2%)		223 (37,3%)		
	Indiferente	36 (10,1%)	36 (10,1%)	25 (4,2%)	25 (4,2%)	
	Casi siempre	94 (26,5%)	96 (27,1%)	270 (45,2%)	281 (47%)	
	Siempre	2 (0,6%)		11 (1,8%)		
Investigo sobre prácticas de riesgo sexual de mis pacientes (ítem 12)	Nunca	15 (4,2%)	115 (32,2%)	2 (0,3%)	41 (6,8%)	0,000 *
	Casi nunca	100 (28,0%)		39 (6,5%)		
	Indiferente	55 (15,4%)	55 (15,4%)	10 (1,7%)	10 (1,7%)	
	Casi siempre	157 (44,0%)	187 (52,4%)	436 (73,2%)	545 (91,5%)	
	Siempre	30 (8,4%)		109 (18,3%)		
Registro antecedentes de infecciones de transmisión sexual (ítem 13)	Nunca	10 (2,8%)	65 (18,2%)	6 (1,0%)	35 (5,9%)	0,000 *
	Casi nunca	55 (15,4%)		29 (4,9%)		
	Indiferente	36 (10,1%)	36 (10,1%)	12 (2,0%)	12 (2,0%)	
	Casi siempre	168 (47,2%)	255 (71,6%)	264 (44,4%)	547 (92%)	
	Siempre	87 (24,4%)		283 (47,6%)		
Doy consejo sobre el uso de anticonceptivos a las personas en edad fértil (ítem 14)	Nunca	19 (0,3%)	33 (4,2%)	1 (0,2%)	8 (1,4%)	0,000 *
	Casi nunca	14 (3,9%)		7 (1,2%)		
	Indiferente	22 (6,2%)	22 (6,2%)	16 (2,7%)	16 (2,7%)	
	Casi siempre	179 (50,3%)	319 (89,6%)	209 (35,2%)	570 (96%)	
	Siempre	140 (39,3%)		361 (60,8%)		
Aconsejo sobre prácticas sexuales de menor riesgo (ítem 15)	Nunca	13 (3,6%)	82 (22,9%)	17 (2,8%)	74 (12,3%)	0,000 *
	Casi nunca	69 (19,3%)		57 (9,5%)		
	Indiferente	56 (15,7%)	56 (15,7%)	41 (6,9%)	41 (6,9%)	
	Casi siempre	177 (49,6%)	219 (61,4%)	308 (51,6%)	482 (80,7%)	
	Siempre	42 (11,8%)		174 (29,1%)		
Hablo de sexo con los adolescentes (ítem 16)	Nunca	13 (3,7%)	89 (25,1%)	8 (1,3%)	75 (12,5%)	0,000 *
	Casi nunca	76 (21,4%)		67 (11,2%)		
	Indiferente	45 (12,7%)	45 (12,7%)	29 (4,8%)	29 (4,8%)	
	Casi siempre	175 (49,3%)	221 (62,3%)	352 (58,9%)	494 (82,6%)	
	Siempre	46 (13,0%)		142 (23,7%)		

Preguntas y respuestas del cuestionario		Estudio 2004		Estudio 2016		Valor <i>P</i>
		n (%)		n (%)		
Hablo del uso de la prostitución con mis pacientes (ítem 18)	Nunca	122 (34,5%)	259 (73,2%)	165 (27,7%)	421 (70,7%)	0,002 *
	Casi nunca	137 (38,7%)		256 (43,0%)		
	Indiferente	40 (11,3%)	40 (11,3%)	39 (6,5%)	39 (6,5%)	
	Casi siempre	53 (15,0%)	55 (15,6%)	127 (21,3%)	136 (22,8%)	
	Siempre	2 (0,6%)		9 (1,5%)		
Registro el consumo de sustancias adictivas en el contexto de las relaciones sexuales (ítem 21)	Nunca	152 (42,7%)	269 (75,6%)	234 (39,2%)	420 (70,4%)	0,004 *
	Casi nunca	117 (32,9%)		186 (31,2%)		
	Indiferente	26 (7,3%)	26 (7,3%)	35 (5,9%)	35 (5,9%)	
	Casi siempre	43 (12,1%)	61 (17,2%)	126 (21,1%)	142 (23,8%)	
	Siempre	18 (5,1%)		16 (2,7%)		
Doy consejo sobre la utilización de métodos barrera (ítem 22)	Nunca	13 (3,6%)	37 (10,3%)	6 (1,0%)	13 (2,2%)	0,000 *
	Casi nunca	24 (6,7%)		7 (1,2%)		
	Indiferente	30 (8,4%)	30 (8,4%)	4 (0,7%)	4 (0,7%)	
	Casi siempre	196 (54,9%)	290 (81,2%)	243 (40,9%)	577 (97,1%)	
	Siempre	94 (26,3%)		334 (56,2%)		
Hablo con mis pacientes de las posibles infidelidades en las parejas y los riesgos consiguientes (ítem 23)	Nunca	85 (23,9%)	227 (63,9%)	105 (17,6%)	297 (49,8%)	0,000 *
	Casi nunca	142 (40,0%)		192 (32,2%)		
	Indiferente	44 (12,4%)	44 (12,4%)	47 (7,9%)	47 (7,9%)	
	Casi siempre	73 (20,6%)	84 (23,7%)	219 (36,7%)	252 (42,2%)	
	Siempre	11 (3,1%)		33 (5,5%)		

* $p < 0,05$

d. Salud sexual (Tabla 34)

En ambos estudios un amplio porcentaje de médicos responde que no está de acuerdo con la afirmación “hablar de sexo con las personas mayores no es importante” (ítem 10). Sin embargo, según los datos recogidos, un porcentaje elevado responde que nunca o casi nunca registra la historia sexual de las personas mayores (83,1% en 2004 y el 80,5% en el estudio actual).

Existe cierto avance al investigar si las relaciones sexuales son satisfactorias, ya que en 2004 lo investigaba siempre o casi siempre el 22,8% de los encuestados y en el estudio actual este porcentaje ascendió hasta el 31,7% ($p=0,015$).

La investigación sobre la orientación sexual de los pacientes se suele dejar en un segundo plano, tal y como se refleja en ambos estudios. No obstante, existen diferencias estadísticamente significativas, a favor del estudio actual ya que el porcentaje de médicos que la estudian siempre o casi siempre es mayor (28,3% en 2004 frente a 44,9% en 2016) ($p < 0,001$).

Tabla 34. Comparación entre el estudio 2004 y el estudio actual en cuanto al abordaje de la salud sexual en la consulta del médico de familia.

Preguntas y respuestas del cuestionario		Estudio 2004 n (%)		Estudio 2016 n (%)		Valor <i>P</i>
Registro en todas las historias de las personas mayores la historia sexual (ítem 5)	Nunca	103 (29,0%)	295 (83,1%)	177 (29,7%)	484 (81,2%)	>0,05
	Casi nunca	192 (54,1%)		307 (51,5%)		
	Indiferente	16 (4,5%)	16 (4,5%)	21 (3,5%)	21 (3,5%)	
	Casi siempre	42 (11,8%)	44 (12,4%)	87 (14,6%)	91 (15,3%)	
	Siempre	2 (0,6%)		4 (0,7%)		
Investigo si las relaciones sexuales son satisfactorias (ítem 6)	Nunca	70 (19,7%)	242 (68,2%)	108 (18,1%)	366 (61,2%)	0,015 *
	Casi nunca	172 (48,5%)		258 (43,1%)		
	Indiferente	32 (9,0%)	32 (9,0%)	42 (7,0%)	42 (7,0%)	
	Casi siempre	81 (22,8%)	81 (22,8%)	182 (30,4%)	190 (31,7%)	
	Siempre	0 (0,0%)		8 (1,3%)		
Investigo sobre la orientación sexual de mis pacientes (ítem 9)	Nunca	68 (19,3%)	220 (62,4%)	73 (12,2%)	271 (45,4%)	0,000 *
	Casi nunca	152 (43,1%)		198 (33,2%)		
	Indiferente	33 (9,3%)	33 (9,3%)	58 (9,7%)	58 (9,7%)	
	Casi siempre	99 (28,0%)	100 (28,3%)	256 (42,9%)	268 (33,9%)	
	Siempre	1 (0,3%)		12 (2,0%)		
Hablar de sexo con las personas mayores no es importante (ítem 10)	Nunca	133 (37,7%)	246 (69,7%)	246 (41,3%)	435 (73%)	>0,05
	Casi nunca	113 (32,0%)		189 (31,7%)		
	Indiferente	50 (14,2%)	50 (14,2%)	68 (11,4%)	68 (11,4%)	
	Casi siempre	49 (13,9%)	57 (16,2%)	85 (14,3%)	93 (15,6%)	
	Siempre	8 (2,3%)		8 (1,3%)		
Investigo la relación de las patologías del paciente con su vida sexual (ítem 17)	Nunca	32 (9,0%)	122 (34,3%)	12 (2,0%)	86 (14,4%)	0,000 *
	Casi nunca	90 (25,3%)		74 (12,4%)		
	Indiferente	63 (17,7%)	63 (17,7%)	36 (6,1%)	36 (6,1%)	
	Casi siempre	143 (40,2%)	171 (48,1%)	355 (59,7%)	473 (79,5%)	
	Siempre	28 (7,9%)		118 (19,8%)		
Hablo del tipo y preferencias de las diferentes prácticas sexuales con mis pacientes (ítem 19)	Nunca	143 (40,3%)	298 (84%)	171 (28,6%)	431 (72,2%)	0,000 *
	Casi nunca	155 (43,7%)		260 (43,6%)		
	Indiferente	29 (8,2%)	29 (8,2%)	34 (5,7%)	34 (5,7%)	
	Casi siempre	27 (7,6%)	28 (7,9%)	123 (20,6%)	132 (22,1%)	
	Siempre	1 (0,3%)		9 (1,5%)		

Preguntas y respuestas del cuestionario		Estudio 2004 n (%)		Estudio 2016 n (%)		Valor <i>P</i>
Investigo las fantasías sexuales de mis pacientes (ítem 20)	Nunca	255 (71,4%)	336 (94,1%)	409 (68,5%)	552 (92,5%)	>0,05
	Casi nunca	81 (22,7%)		143 (24,0%)		
	Indiferente	13 (3,6%)	13 (3,6%)	23 (3,9%)	23 (3,9%)	
	Casi siempre	7 (2,0%)	8 (2,3%)	20 (3,4%)	22 (3,7%)	
	Siempre	1 (0,3%)		2 (0,3%)		
Cuando detecto una disfunción sexual, derivo al paciente a otro especialista (ítem 24)	Nunca	5 (1,4%)	65 (18,3%)	14 (2,3%)		0,000 *
	Casi nunca	60 (16,9%)		108 (18,1%)		
	Indiferente	64 (18,1%)	64 (18,1%)	49 (8,2%)	49 (8,2%)	
	Casi siempre	171 (48,3%)	225 (63,6%)	350 (58,6%)	426 (71,3%)	
	Siempre	54 (15,3%)		76 (12,7%)		
Comento los efectos secundarios de los tratamientos en relación con posibles disfunciones sexuales secundarias (ítem 26)	Nunca	14 (4,0%)	49 (13,9%)	3 (0,5%)	29 (4,8%)	0,000 *
	Casi nunca	35 (9,9%)		26 (4,3%)		
	Indiferente	40 (11,3%)	40 (11,3%)	18 (3,0%)	18 (3,0%)	
	Casi siempre	201 (56,8%)	265 (74,9%)	364 (60,9%)	(92,2%)	
	Siempre	64 (18,1%)		187 (31,3%)		

* $p < 0,05$

Se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en el porcentaje de médicos que investiga la relación de las patologías del paciente con su vida sexual, tal y como se ve reflejado en el ítem 17; en el 2004, el 48,1% contestó que siempre o casi siempre la investiga frente al 79,5% en el estudio actual ($p < 0,001$).

En el estudio de 2004, el 84%% contestó que nunca o casi nunca habla del tipo y preferencias de las diferentes prácticas sexuales con sus pacientes. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas con respecto al estudio actual, en el que dicho porcentaje es menor (72,2%) ($p < 0,001$).

Muy pocos médicos investigan sobre las fantasías sexuales de sus pacientes ya que más del 90% de los médicos encuestados en ambos estudios afirman que nunca o casi nunca lo investigan en sus consultas.

El porcentaje de médicos que derivaría siempre o casi siempre al paciente a otro especialista al detectar una disfunción sexual es mayor en el estudio actual (71,3% en 2016 vs 63,6% en 2004) ($p < 0,001$).

En cuanto al ítem 26, “comento los efectos secundarios de los tratamientos en relación con posibles disfunciones sexuales secundarias”, se observan diferencias estadísticamente significativas a favor del estudio actual, ya que en 2004 lo comentaba siempre o casi siempre el 74,9% y en 2016 el 92,2% ($p < 0,001$).

d. Patologías o procesos concomitantes (Tabla 35)

Al evaluar los procesos concomitantes de la salud de los pacientes detalladamente, se observa que no todas ellos son relacionadas con su vida sexual con la misma frecuencia. En la tabla 35 podemos observar que existen diferencias significativas a favor del estudio de 2016 en 6 procesos, los cuales se relacionan siempre o casi siempre con más frecuencia frente al estudio de 2004. Estos son:

- Andropausia (siempre/casi siempre): 37,4% (2004), frente a 47,7% (2016)
- Embarazo (siempre/casi siempre): 36,3% (2004), frente a 38,6% (2016)
- Insuficiencia cardiaca congestiva (siempre/casi siempre): 30,7% (2004), frente a 32,3% (2016)
- Parto (siempre/casi siempre): 25,7% (2004), frente a 30,6% (2016)
- Trastornos de la autoimagen (siempre/casi siempre): 27,4% (2004), frente a 29,3% (2016)
- Limitación músculo-esquelética (siempre/casi siempre): 11,6% (2004), frente a 18,4% (2016)

Por el contrario, se observa que en pacientes VIH+ el estudio de la salud sexual se realiza con menos frecuencia, ya que en 2004 el 85,3% lo investigaba siempre o casi siempre y en el estudio de 2016 este porcentaje es menor (82,6%) ($p=0,018$). Lo mismo ocurre con la Diabetes Mellitus, ya que en 2004 el 65,1% afirmaba relacionar siempre o casi siempre esta patología con la salud sexual de sus pacientes y en el estudio actual lo hace el 60,9% ($p=0,011$).

Tabla 35. Estudio de la historia sexual en relación a diferentes procesos/ patologías de los pacientes. Comparación del estudio de 2004 vs 2016.

Preguntas y respuestas del cuestionario		Estudio 2004 n (%)		Estudio 2016 n (%)		Valor <i>P</i>
Incontinencia urinaria (ítem 29)	Nunca	59 (17,2%)	165 (48%)	111 (18,9%)	253 (43,1%)	>0,05
	Casi nunca	106 (30,8%)		142 (24,2%)		
	Indiferente	50 (14,5%)	50 (14,5%)	92 (15,7%)	92 (15,7%)	
	Casi siempre	100 (29,1%)	129 (37,5%)	179 (30,5%)	242 (41,2%)	
	Siempre	29 (8,4%)		63(10,7%)		
Paciente con colostomía (ítem 30)	Nunca	116 (34,1%)	228 (67%)	206 (34,9%)	387 (65,6%)	>0,05
	Casi nunca	112 (32,9%)		181 (30,7%)		
	Indiferente	52 (15,3%)	52 (15,3%)	87 (14,7%)	87 (14,7%)	
	Casi siempre	45 (13,2%)	60 (17,6%)	87 (14,7%)	116 (19,6%)	
	Siempre	15 (4,4%)		29 (4,9%)		
Hipertensión arterial (ítem 31)	Nunca	40 (11,7%)	116	102 (17,2%)	232 (39,2%)	>0,05
	Casi nunca	76 (22,2%)		130 (22,0%)		
	Indiferente	67 (19,5%)	67 (19,5%)	92 (15,5%)	92 (15,5%)	
	Casi siempre	128 (37,3%)	159 (46,3%)	226 (38,2%)	268 (45,3%)	
	Siempre	31 (9,0%)		42 (7,1%)		
Diabetes Mellitus (ítem 32)	Nunca	15 (4,3%)	74 (21,4%)	61 (10,3%)	149 (25,2%)	0,011 *
	Casi nunca	59 (17,1%)		88 (14,9%)		
	Indiferente	47 (13,6%)	47 (13,6%)	82 (13,9%)	82 (13,9%)	
	Casi siempre	167 (48,3%)	225 (65,1%)	286 (48,4%)	360 (60,9%)	
	Siempre	58 (16,8%)		74 (12,5%)		
Insuficiencia Cardíaca Congestiva (ítem 33)	Nunca	56 (16,5%)	171 (50,4%)	130 (22,1%)	294 (49,9%)	0,03 *
	Casi nunca	115 (33,9%)		164 (27,8%)		
	Indiferente	64 (18,9%)	64 (18,9%)	105 (17,8%)	105 (17,8%)	
	Casi siempre	81 (23,9%)	104 (30,7%)	166 (28,2%)	190 (32,3%)	
	Siempre	23 (6,8%)		24 (4,1%)		
Depresión (ítem 34)	Nunca	13 (3,7%)	61 (17,5%)	31 (5,2%)	115 (%)	>0,05
	Casi nunca	48 (13,8%)		84 (14,1%)		

Preguntas y respuestas del cuestionario		Estudio 2004 n (%)		Estudio 2016 n (%)		Valor <i>P</i>
	Indiferente	41 (11,8%)	41 (11,8%)	73 (12,3%)	73 (12,3%)	
	Casi siempre	175 (50,4%)	245 (70,6%)	293 (49,3%)	406 (68,3%)	
	Siempre	70 (20,2%)		113 (19,0%)		
Embarazo (ítem 35)	Nunca	38 (11,1%)	152 (44,5%)	92 (15,6%)	244 (41,5%)	0,029 *
	Casi nunca	114 (33,4%)		152 (25,9%)		
	Indiferente	65 (19,1%)	65 (19,1%)	117 (19,9%)	117 (19,9%)	
	Casi siempre	85 (24,9%)	124 (36,3%)	175 (29,8%)	227 (38,6%)	
	Siempre	39 (11,4%)		52 (8,8%)		
Preparto (ítem 36)	Nunca	60 (17,9%)	185 (55,2%)	129 (21,9%)	295 (50%)	0,03 *
	Casi nunca	125 (37,3%)		166 (28,1%)		
	Indiferente	64 (19,1%)	64 (19,1%)	114 (19,3%)	114 (19,3%)	
	Casi siempre	62 (18,5%)	86 (25,7%)	143 (24,2%)	181 (30,6%)	
	Siempre	24 (7,2%)		38 (6,4%)		
Postparto (ítem 37)	Nunca	46 (13,7%)	147 (43,8%)	76 (12,8%)	217 (36,6%)	>0,05
	Casi nunca	101 (30,1%)		141 (23,8%)		
	Indiferente	57 (17,0%)	57 (17,0%)	97 (16,4%)	97 (16,4%)	
	Casi siempre	102 (30,4%)	132 (39,3%)	209 (35,2%)	279 (47%)	
	Siempre	30 (8,9%)		70 (11,8%)		
Menopausia (ítem 38)	Nunca	21 (6,1%)	87 (25,2%)	38 (6,4%)	127(21,4%)	>0,05
	Casi nunca	66 (19,1%)		89 (15,0%)		
	Indiferente	67 (19,4%)	67 (19,4%)	104 (17,5%)	104 (17,5%)	
	Casi siempre	142 (41,0%)	192 (55,5%)	275 (46,2%)	364 (61,2%)	
	Siempre	50 (14,5%)		89 (15,0%)		
Andropausia (ítem 39)	Nunca	41 (12,2%)	147 (43,8%)	71 (12,1%)	190 (32,3%)	0,001 *
	Casi nunca	106 (31,6%)		119 (20,2%)		
	Indiferente	63 (18,8%)	63 (18,8%)	118 (20,0%)	118 (20,0%)	
	Casi siempre	92 (27,5%)	125 (37,4%)	228 (38,7%)	281 (47,7%)	
	Siempre	33 (9,9%)		53 (9,0%)		
Víctimas de	Nunca	58 (19,6%)	103 (34,8%)	136 (24,8%)	228 (41,6%)	>0,05

Preguntas y respuestas del cuestionario		Estudio 2004 n (%)		Estudio 2016 n (%)		Valor P
violación (ítem 40)	Casi nunca	45 (15,2%)		92 (16,8%)		
	Indiferente	49 (16,6%)	49 (16,6%)	102 (18,6%)	102 (18,6%)	
	Casi siempre	66 (22,3%)	144 (48,7%)	104 (19,0%)	218 (39,8%)	
	Siempre	78 (26,4%)		114 (20,8%)		
Con trastornos de la alimentación (ítem 41)	Nunca	74 (21,8%)	194 (57,2%)	153 (26,2%)	310 (53%)	0,03 *
	Casi nunca	120 (35,4%)		157 (26,8%)		
	Indiferente	61 (18,0%)	61 (18,0%)	130 (22,2%)	130 (22,2%)	
	Casi siempre	61 (18,0%)	84 (24,8%)	117 (20,0%)	145 (24,8%)	
	Siempre	23 (6,8%)		28 (4,8%)		
Con trastornos de la autoimagen (ítem 42)	Nunca	69 (20,3%)	189 (55,6%)	136 (23,2%)	288 (49,2%)	0,047 *
	Casi nunca	120 (35,3%)		152 (26,0%)		
	Indiferente	58 (17,1%)	58 (17,1%)	126 (21,5%)	126 (21,5%)	
	Casi siempre	74 (21,8%)	93 (27,4%)	135 (23,1%)	171 (29,3%)	
	Siempre	19 (5,6%)		36 (6,2%)		
Con problemas de autoestima (ítem 43)	Nunca	51 (14,8%)	150 (43,6%)	85 (14,5%)	227 (38,8%)	>0,05
	Casi nunca	99 (28,8%)		142 (24,3%)		
	Indiferente	72 (20,9%)	72 (20,9%)	121 (20,7%)	121 (20,7%)	
	Casi siempre	90 (26,2%)	122 (35,5%)	191 (32,6%)	237 (40,5%)	
	Siempre	32 (9,3%)		46 (7,9%)		
Limitación músculo-esquelética (ítem 44)	Nunca	106 (31,6%)	348 (72,2%)	163 (28,0%)	344 (59,1%)	0,002 *
	Casi nunca	136 (40,6%)		181 (31,1%)		
	Indiferente	54 (16,1%)	54 (16,1%)	131 (22,5%)	131 (22,5%)	
	Casi siempre	34 (10,1%)	39 (11,6%)	93 (16,0%)	107 (18,4%)	
	Siempre	5 (1,5%)		14 (2,4%)		
Pacientes con sonda (ítem 45)	Nunca	127 (38,0%)	246 (73,6%)	228 (39,0%)	415 (71%)	>0,05
	Casi nunca	119 (35,6%)		187 (32,0%)		
	Indiferente	48 (14,4%)	48 (14,4%)	84 (14,4%)	84 (14,4%)	
	Casi siempre	31 (9,3%)	40 (12%)	68 (11,6%)	86 (14,7%)	
	Siempre	9 (2,7%)		18 (3,1%)		

Preguntas y respuestas del cuestionario		Estudio 2004 n (%)		Estudio 2016 n (%)		Valor <i>P</i>
Pacientes con prácticas de riesgo (ítem 46)	Nunca	14 (4,0%)	30 (8,6%)	24 (4,1%)	74 (12,6%)	>0,05
	Casi nunca	16 (4,6%)		50 (8,5%)		
	Indiferente	26 (7,5%)	26 (7,5%)	42 (7,1%)	42 (7,1%)	
	Casi siempre	143 (41,2%)	291 (83,9%)	211 (35,7%)	475 (80,4%)	
	Siempre	148 (42,7%)		264 (44,7%)		
Pacientes VIH+ (ítem 47)	Nunca	15 (4,3%)	29 (8,3%)	12 (2,0%)	59 (9,9%)	0,018 *
	Casi nunca	14 (4,0%)		47 (7,9%)		
	Indiferente	22 (6,3%)	22 (6,3%)	44 (7,4%)	44 (7,4%)	
	Casi siempre	102 (29,4%)	296 (85,3%)	195 (32,8%)	491 (82,6%)	
	Siempre	194 (55,9%)		296 (49,8%)		

* $p < 0,05$

e. Dificultades en el abordaje de la sexualidad (Tabla 36)

La falta de tiempo es la principal dificultad para el abordaje de la sexualidad reflejada por los MF encuestados en ambos estudios, seguido de la falta de formación. La privacidad de la esfera sexual es la tercera barrera más frecuentemente encontrada en ambos estudios, sin embargo se encontraron diferencias estadísticamente significativas con respecto al estudio de 2004, ya que el porcentaje de médicos que afirma que la privacidad de la esfera sexual puede suponer una limitación es mayor en el estudio actual (65,2% en 2016 vs 58,5% en 2004) ($p=0,04$).

Tabla 36. Comparación entre el estudio de 2004 y el estudio actual en cuanto a las dificultades en el abordaje de la sexualidad en la consulta del médico de familia.

Preguntas y respuestas del cuestionario		Estudio 2004 n (%)	Estudio 2016 n (%)	Valor <i>p</i>
Escasa formación (ítem 53)	SI	266 (74,5%)	443 (75,2%)	>0,05
	NO	91 (25,5%)	146 (24,8%)	
Falta de tiempo (ítem 54)	SI	293 (82,1%)	514 (86,5%)	>0,05
	NO	64 (17,9%)	80 (13,5%)	
Falta de interés personal (ítem 55)	SI	54 (15,1%)	153 (26,7%)	0,000 *
	NO	303 (84,9%)	420 (73,3%)	
Privacidad de la esfera sexual (ítem 56)	SI	209 (58,5%)	379 (65,2%)	0,040 *
	NO	148 (41,5%)	202 (34,8%)	
Falta de interés por parte del paciente (ítem 57)	SI	126 (35,3%)	291 (50,8%)	0,000 *
	NO	231 (64,7%)	282 (49,2%)	
El paciente viene acompañado (ítem 58)	SI	187 (52,4%)	378 (65,4%)	0,000 *
	NO	170 (47,6%)	200 (34,6%)	
Vergüenza por abordar el tema (ítem 59)	SI	106 (29,7%)	201 (35,0%)	>0,05
	NO	251 (70,3%)	373 (65,0%)	

* $p < 0,05$

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas al preguntar si la falta de interés personal puede suponer una limitación. El porcentaje de médicos que apoya este hecho es mayor en el estudio actual ($p < 0,001$). También se encontraron diferencias en el ítem 57, en el que el 35,3% de los MF encuestados en 2004 afirma que la falta de interés por parte del paciente podría ser una limitación; este porcentaje asciende al 50,8% en el estudio de 2016 ($p < 0,001$). De la misma forma, existen diferencias al considerar una limitación el hecho de que el paciente acuda a la consulta acompañado; en 2004, el 52,4% de los encuestados está

de acuerdo con esta limitación, mientras que en el estudio de 2016 lo hace el 65,4% ($p<0,001$).

DISCUSIÓN

Hasta donde sabemos, no existen estudios españoles realizados en el ámbito de AP sobre el abordaje de la sexualidad que aporten un enfoque integral sobre este tema, siendo nuestro estudio el primero realizado a nivel nacional hasta la fecha. Sí han sido publicados en AP otros trabajos que exploran la sexualidad desde el punto de vista del VIH y otras ITS^{50,220} o de las disfunciones sexuales^{221,142}, pero no son estudios que aporten una visión global sobre cómo es atendida la salud sexual por los MF. En este sentido, pensamos que nuestro estudio es relevante y pertinente, ya que sólo conociendo lo que está ocurriendo realmente en nuestras consultas podremos mejorar.

1. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS DE LA POBLACIÓN A ESTUDIO

En el estudio actual participaron todas las Comunidades Autónomas en mayor o menor medida, demostrando una buena difusión de la encuesta y por tanto una adecuada representatividad geográfica española. La muestra obtenida en 2016 es significativamente mayor a la obtenida en el año 2004. Esto puede deberse a que en la actualidad disponemos de mejores tecnologías y medios de comunicación que hicieron que tanto la difusión de la encuesta como la creación de la base de datos previa a su explotación fuese más sencilla.

Las Comunidades Autónomas en las que se obtuvieron mayor número de respuestas fueron Madrid y Andalucía, algo que se justifica por el hecho de que son las comunidades con mayor densidad de población y por lo tanto cuentan con mayor número de tutores de Medicina Familiar y Comunitaria. En las provincias más pequeñas en las que existe un mayor número de consultorios locales o la atención sanitaria tiene lugar en zonas rurales (por ejemplo: Cuenca, León...), el porcentaje de respuesta fue menor, lo cual se debe

principalmente a que no en todas las zonas rurales hay MF tutores de manera permanente ya que los residentes se suelen concentrar en núcleos urbanos donde están localizadas sus Unidades Docentes.

En 2004 no se obtuvo ninguna respuesta por parte de profesionales médicos de Ceuta o Melilla ya que todavía no contaban con la acreditación necesaria para ser tutores docentes de MFyC. Tampoco por parte de Murcia donde, a pesar de estar acreditados, el coordinador de la Unidad Docente se encontraba en proceso de cambio en dicho momento y la encuesta no pudo ser distribuida a los tutores.

La mediana de edad de los MF participantes en el estudio actual fue más alta que en el año 2004 (52 vs 44 años). Una de las razones que podrían explicar este hecho es que los criterios de acreditación se han definido de manera clara en los últimos años²²², siendo necesario cumplir unos requisitos básicos para ser tutor. Entre los requisitos se encuentra la antigüedad en el puesto de trabajo y el tiempo trabajado como MF (Tabla 37). Esto implica que aquellos MF con más experiencia clínica (mayor número de años trabajados y por lo tanto de mayor edad) sean los que más posibilidades tengan de cumplir los criterios de acreditación como tutores.

Tabla 37 Requisitos para ser acreditado como tutor de residentes de Medicina Familiar y Comunitaria. (Madrid 2018)

Para ser acreditado como tutor el solicitante debe cumplir todos los requisitos siguientes (1 al 6) :

1. Haber trabajado, al menos, durante dos años como médico de familia.
2. Antigüedad en el puesto de trabajo donde desempeñará sus funciones de tutor durante, al menos, un año.
3. Haber impartido durante el último año, al menos, cuatro sesiones clínicas en su equipo.
4. Haber realizado, al menos, 40 horas de formación (u 8 créditos) en los dos últimos años.
5. Participar, al menos, en un grupo de trabajo o comisión del Centro de Salud o del Área.
6. Alcanzar, al menos, cinco puntos en la baremación de méritos.

Además, debe cumplir al menos uno de los siguientes criterios (7 al 10):

7. Haber publicado, al menos, un artículo original en una revista científica en el transcurso de los últimos cinco años.
8. Haber presentado, al menos, dos comunicaciones a congresos en el transcurso de los últimos cinco años.
9. Haber participado como investigador, al menos, en un proyecto de investigación financiado o en un ensayo clínico en el transcurso de los últimos cinco años.
10. Haber publicado la tesis doctoral en los últimos diez años.

En ambos estudios la mayoría de los médicos participantes trabajaba en el ámbito urbano. Esto es lógico ya que la mayoría de los centros de salud acreditados se ubican en ciudades, y por lo tanto existe un mayor número de tutores que ejercen su labor asistencial en el ámbito urbano.

Los MF rurales consideran que tienen suficiente formación para hacer una historia clínica sexual con más frecuencia que los del ámbito urbano. Sin embargo los MF urbanos hablan con más frecuencia del tipo y preferencias de las prácticas sexuales de sus pacientes e investigan más la salud sexual de pacientes portadores de colostomías o VIH positivos.

En cuanto al sexo, la muestra del estudio actual fue mayoritariamente femenina. Este hecho puede explicarse extrapolando los datos a los médicos de AP de España, donde actualmente existe un predominio de mujeres en esta especialidad.²²³ En los últimos años ha tenido lugar en España un importante proceso de feminización de la profesión médica^{224,225}, ya que ha aumentado a tanto el número de mujeres que estudian medicina como el de las que la ejercen.²²⁶ Además, tal y como explican diferentes estudios científicos, las mujeres tienden a elegir especialidades médicas (como medicina de familia, pediatría o ginecología) mientras que los varones suelen decantarse más por especialidades quirúrgicas.^{227,228}

Por otro lado, la mayoría de los participantes en el estudio de 2004 fueron varones (55,8%), algo que apoya todavía más el hecho de que en los últimos años ha habido una variación en el sexo de los médicos especialistas en MFyC, con una tendencia creciente en el número de mujeres que eligen esta especialidad.

Al estudiar la relación del sexo con las respuestas al cuestionario solo se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el Ítem 26, algo que indica que las mujeres comentan los efectos secundarios de los tratamientos en relación con posibles disfunciones sexuales secundarias con más frecuencia que los hombres. Este resultado es similar al de otro trabajo de un grupo portugués liderado por S. Ribeiro²²⁹, de la Universidad de medicina de Lisboa. En dicho estudio también son las mujeres las que indagaban más sobre la salud sexual de sus pacientes al prescribir fármacos que puedan repercutir sobre la función sexual.

2. FORMACIÓN EN SEXUALIDAD A LO LARGO DE LA CARRERA PROFESIONAL DEL MÉDICO DE FAMILIA.

Al comparar a aquellos MF que han recibido algún tipo de formación en sexualidad frente a los que no han recibido ninguna, se obtiene una mejoría estadísticamente significativa en 32 ítems del cuestionario, algo que respalda el hecho de que recibir cualquier tipo de formación en sexualidad a lo largo de la carrera profesional es imprescindible para poder ofrecer una atención sanitaria de calidad.

Otro hallazgo importante de nuestro estudio es que la formación en sexualidad dirigida a los estudiantes de medicina en nuestro país es muy escasa (5,6% en 2004 y 12,2% en 2016). Lo mismo ocurre con la formación recibida durante la residencia de MFyC, ya que únicamente un cuarto de los encuestados en 2016 afirma haber recibido formación en salud sexual durante este periodo formativo. La falta de formación en salud sexual durante la carrera de medicina y la especialidad de MFyC también se ve reflejada en estudios científicos realizados en otros países, como Estados Unidos²³⁰, Canadá²³¹, Malasia²³² o Pakistan²³³ (Tabla 38).

Tabla 38. Estudios en los que se identifican carencias formativas en salud sexual en estudiantes de medicina y residentes de Mfyc

Autores	Tamaño muestral (N)	Composición de la muestra	Procedencia
Hayes <i>et al</i> , ²³⁰ 2015	159	Estudiantes de Medicina y Residentes/Fellows	Portland, ME. EEUU
Shindel <i>et al</i> , ²³¹ 2010	2.261	Estudiantes de Medicina	EEUU y Canadá
Ariffin <i>et al</i> , ²³² 2015	379	Estudiantes de Medicina (último año)	Sungai Buloh, Malasia
Khanam <i>et al</i> , ²³³ 2011	50	Residentes de AP, estudiantes de medicina en el último año, cirujanos y postgrado en Ginecología.	Karachi, Pakistán
Wittenberg <i>et al</i> , ²³⁴ 2009	125	Estudiantes de Medicina (tercer y cuarto año)	Burlington, EEUU

Es cierto que se observa una ligera mejoría en la formación en sexualidad de los MF españoles con respecto al estudio de 2004 durante los periodos de pregrado y formación MIR, y aunque ello puede suponer un progreso esperanzador al respecto, consideramos que estos resultados deberían ser mejores. Hay que tener en cuenta que el estudio está realizado por MF que son tutores, los cuales son los referentes formativos de los futuros residentes de MFyC y, por tanto, la formación que ellos reciban puede repercutir en el aprendizaje y futura práctica asistencial de los residentes que están tutorizando. Existe además amplia literatura científica que explica que la falta de formación aumenta las dificultades a la hora de realizar una HCS de manera adecuada^{76,235,236} y que los médicos que reciben más formación durante la carrera de medicina y la especialidad, se sienten menos incómodos a la hora de hablar sobre temas sexuales,^{237,238} algo que también se demuestra en nuestro estudio.

Por todo ello, no podemos conformarnos con obtener unos resultados insuficientes sobre la formación en sexualidad y creemos que los resultados de nuestro estudio sirven para reclamar la revisión y perfeccionamiento de los programas formativos en sexualidad de los estudiantes de medicina y residentes de MFyC de todas las CCAA de España.

Los cursos de formación continuada constituyen la mayor fuente de formación en salud sexual de los médicos de APS, ya que más de la mitad de los MF encuestados (56.60%) ha realizado algún curso en esta materia. Esta forma de aprendizaje se ha extendido en los últimos años, tal y como muestra nuestro estudio, en el que se observa un aumento significativo en el porcentaje de médicos que los realizan con respecto al estudio previo ($P<0,001$). Estos cursos son los más frecuentes y suelen cubrir la carencia formativa en sexualidad durante la carrera profesional de los MF.

Por otro lado, una minoría ha realizado algún máster o curso de mayor especialización en sexualidad, resultado que no ha cambiado con respecto al estudio del año 2004, sin encontrarse diferencias entre ambos estudios. Este resultado no es debido a una carencia en la oferta formativa de máster/cursos de especialización en sexología de España, sino al posible desconocimiento por parte de los MF de las diferentes opciones disponibles, ya que desde hace 38-40 años existen programas de postgrado muy completos en nuestro País (Tabla 39).

Tabla 39 Ejemplos de máster universitarios de formación sexológica en España

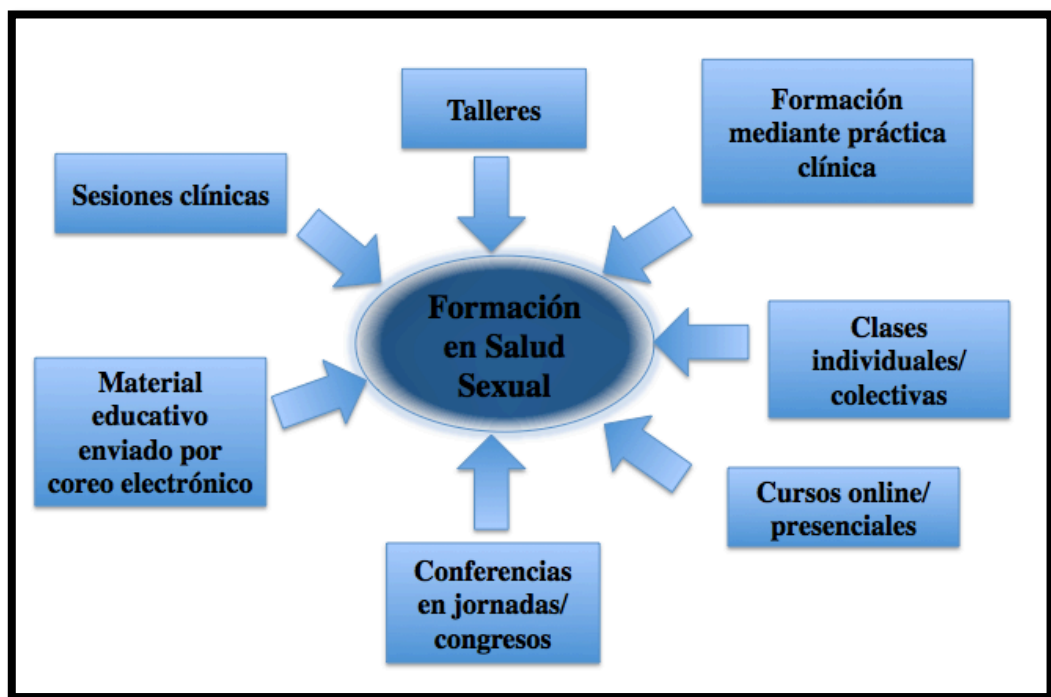
Organiza	Lugar	Título	Horas/ECTS
Universidad de Salamanca	Salamanca	Máster en terapia familiar y de pareja	1500
Universidad de Alcalá	Madrid	Máster en sexología: Educación y Asesoramiento Sexual	600 (60 ECTS)
Universidad de Valencia. Instituto de Sexología y Psicoterapia Espill	Valencia	Máster en Promoción de la Salud Sexual	600
	Valencia	Máster en Salud Sexual y Sexología Clínica	600
Plan Canario de Educación y Atención a la Sexualidad Juvenil. Universidades de la Laguna y de las Palmas de Gran Canaria	La Laguna	Máster en sexualidad y Relaciones Interpersonales en Adolescentes y Jóvenes	500
Universidad de Barcelona	Barcelona	Máster en sexología clínica y salud sexual	700
Universidad de Sevilla	Sevilla	Máster en sexología	1750 (70 ECTS)
Universidad Europea Miguel de Cervantes	Valladolid	Máster en Sexología Sustantiva	1200
Universidad de Almería	Almería	Máster en Sexología	1200
Universidad Europea del Atlántico	Madrid	Máster universitario en sexología médica	60 ECTS
Universidad Camilo José Cela	Madrid	Máster Universitario en Sexología : Educación Sexual y Asesoramiento Sexológico	900

No obstante, para formarse en sexualidad no es estrictamente necesario la realización de algún máster o curso de especialización. Tal y como muestran los resultados de nuestro estudio, la formación en sexualidad por los MF de España es deficitaria, y recibir cualquier tipo de formación en sexualidad, por pequeña que sea, puede resultar positiva para la mejora

de sus conocimientos y ejercicio clínico diario.

Existen diferentes metodologías para la formación en sexualidad de estudiantes de medicina, residentes de MFyC y médicos de AP. Entre las técnicas de formación en salud sexual encontramos: talleres de educación sexual²³⁹⁻²⁴⁰, conferencias en jornadas o congresos²³⁹, clases teóricas^{239,241}, materiales educativos enviados por correo electrónico²⁴¹, cursos online, etc (Fig 27). Cuanto más participativa sea la metodología docente utilizada mejor, dado que involucraremos al alumno en su propio aprendizaje y la incorporación de los nuevos conocimientos será más efectiva, trabajando no solo los conocimientos y habilidades, sino también las actitudes.²⁴²

Figura 27. Diferentes metodologías para la formación en salud sexual



Fuente: elaboración propia.

A lo largo de los 12 años comprendidos entre 2004 y 2016, se han realizado numerosas intervenciones, talleres, cursos, jornadas y congresos sobre sexualidad que han podido contribuir a mejorar la formación de los MF, y con ello a que los resultados obtenidos en ambas encuestas hayan cambiado a lo largo del tiempo. Entre las intervenciones realizadas encontramos (Tablas 40 y 41):

Tabla 40. Ejemplos de cursos que han contribuido a la mejora de la formación de los MF en sexualidad en el periodo comprendido entre los años 2004 y 2016.

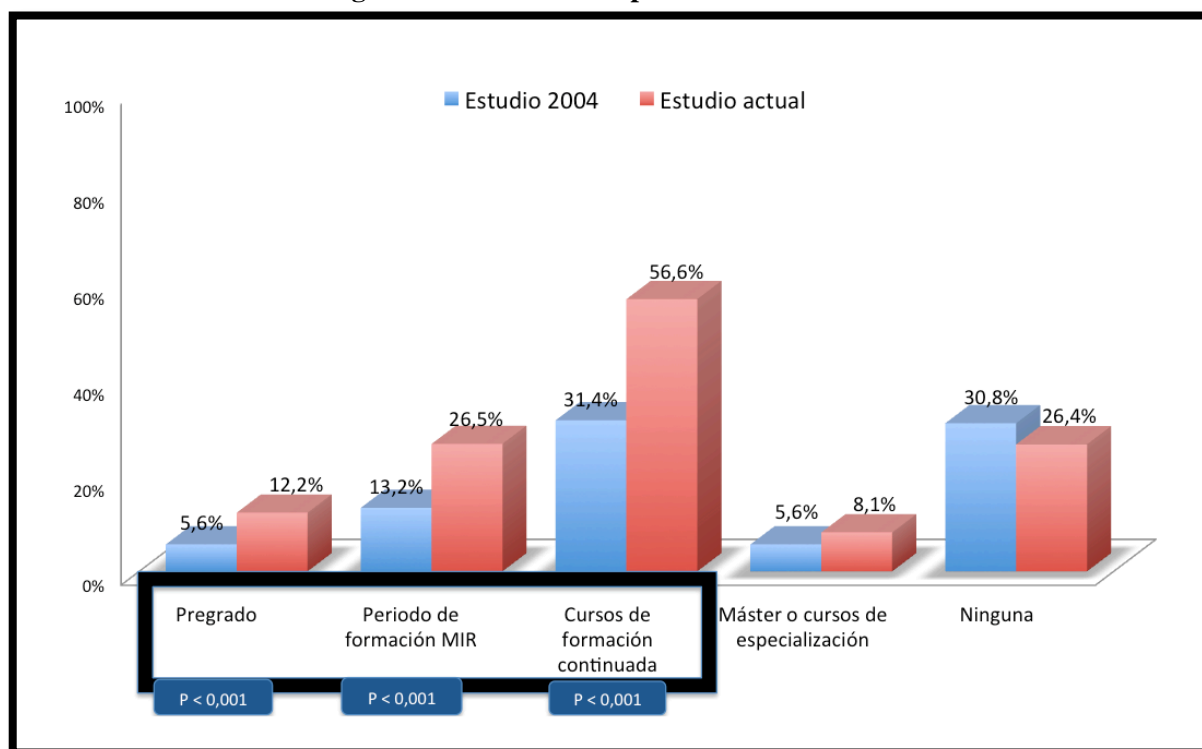
CURSOS
• Curso de formación en salud sexual. S.E.I.S, Plan de Calidad del SNS, Ministerio de Sanidad y Consumo, IAVANTE. Tres ediciones online. • Curso de "Formación de formadores: prevención y manejo de la infección VIH en Atención Primaria". En Escuela de Verano semFYC. https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-escuela-verano-semfyc-13047720 • Curso en Género y Salud Sexual y Reproductiva. Universidad Autónoma de Barcelona. 2 ECTS. Celebrado en la Unidad Docente del Hospital del Mar, Barcelona. Del 03/03/2014 al 28/04/2014. https://www.uab.cat/web/postgrado/curso-en-genero-y-salud-sexual-y-reproductiva/informacion-general-1206597475768.html/param1-2817_es/ • Curso de salud y educación sexual y reproductiva 2016. Facultad de Ciencias de la Educación de Valladolid. Del 22/02/2016 a 29/02/2016. https://formacion.funge.uva.es/cursos/curso-salud-y-educacion-sexual-y-reproductiva-16/ • Curso "Decisiones clínicas en Atención Primaria. Salud sexual". 2,6 créditos de formación médica continuada. Aula Mayo. Del 16/05/2016 al 15/05/2017. • Foros de Salud Sexual organizados por SEMERGEN.

Tabla 41. Ejemplos de talleres, actividades, jornadas y congresos que han contribuido a la mejora de la formación de los MF en sexualidad en el periodo comprendido entre los años 2004 y 2016

TALLERES/ ACTIVIDADES/ JORNADAS/ CONGRESOS
• Taller: “Cómo hablar de sexo en la consulta”, 4 horas de duración, en las Jornadas de Actualización semFYC. Impartido en más de veinte ocasiones, en diferentes CCAA de España. • Taller: “Abordando la tutoría en nuevas áreas del programa: sexualidad”, 4 horas de duración. V Jornadas de Tutores de MFyC de Madrid. Madrid, 9 y 10 de junio de 2005. • Actividad “Aspectos médico-legales de sexualidad”. Doce horas de duración, acreditada por el SNS. SEMFYC, Madrid, 13, 17, 24 y 27 de octubre de 2005. • Taller “La historia sexual en atención primaria” de 4 horas de duración y acreditado por CFCSNS. En las Jornadas de Actualización semFYC-IFN, en Bilbao 9 y 10 de febrero de 2006. • “Taller de habilidades: salud sexual en atención primaria” 2 ediciones de 2 horas en las XV Jornadas de residentes de la semFYC. Madrid 6,7 de mayo de 2011. • Un día de avances STUI/HBP y Disfunción Eréctil. N° Exp 13/4524. 4,5 horas/ 0,5 CFC. Madrid, 7 de septiembre de 2013. • Abordaje de la Eyaculación Precoz en Atención Primaria. N° Exp: 09/07935-MD. 0,5CFC. Mayo 2013-mayo 2014.

Sin embargo, uno de los resultados más llamativos de nuestro estudio es que más del 25% de los médicos encuestados afirma no haber recibido formación alguna en sexualidad a lo largo de su carrera profesional, sin encontrarse además diferencias con respecto al estudio de 2004 (Fig 28). Teniendo en cuenta que la muestra está formada por tutores de residentes de MFyC (profesionales que generalmente se preocupan de que su formación sea completa y de calidad), este resultado apoya que la formación en sexualidad en España es insuficiente y que existe un amplio campo de mejora al respecto.

Figura 28. Formación específica en sexualidad



La Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva⁵, cuyo objetivo general es ofrecer una atención de calidad a la salud sexual y reproductiva en el SNS, ha sido de nuevo reactivada por el Ministerio de Sanidad en Enero de 2019 (nueve años después de su primera convocatoria en el año 2010).

Dicha estrategia hace especial hincapié en la importancia de la formación de profesionales en salud sexual y una de sus recomendaciones es que se elaboren mapas de competencias profesionales (conocimientos, habilidades y actitudes) para los diferentes perfiles profesionales, con el fin de incorporar los aspectos de la salud sexual a la práctica asistencial.

El hecho de que dicha estrategia haya sido reactivada por el Ministerio de Sanidad es un reflejo de que existe la necesidad de evaluar la situación en la que se encuentra la salud sexual y reproductiva actualmente en España. Por ello, nuestro estudio es especialmente oportuno ya que responde por completo a las recomendaciones de dicha estrategia, al describir y analizar las competencias de los MF en el abordaje de la sexualidad durante su práctica clínica.

Creemos que el presente estudio puede suponer una aportación bibliográfica importante para la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, por este motivo los autores pertenecemos al grupo de expertos de la misma.

3. ABORDAJE CLÍNICO DE LA SEXUALIDAD EN LA CONSULTA DEL MÉDICO DE FAMILIA

3.1 Historia clínica sexual

Pese a que prácticamente la totalidad de los MF en ambos estudios consideran que la sexualidad es un aspecto importante de la salud de las personas, no se aborda rutinariamente en sus consultas y un porcentaje significativo reconoce que sólo habla de sexo cuando los pacientes se lo demandan. Además, resulta llamativo que el porcentaje de MF que está de acuerdo con ello es mayor en la actualidad (78,8% en 2016 vs 66,8% en 2004) ($p < 0,001$). Una de las posibles causas es la alta presión asistencial existente en las consultas de AP en España. La falta de tiempo disponible en la consulta puede determinar que el MF decida sólo hablar de sexo si el paciente consulta explícitamente por ello, en lugar de integrarlo como un aspecto más de su salud. Por otro lado, también podría deberse al carácter íntimo y personal de la historia sexual, de manera que el médico decida abrir esa puerta sólo si el paciente llama a ella.

El estudio de Ribeiro et al²²⁹ refleja que existe una falta de iniciativa por parte de los MF para la realización de la historia sexual, algo que también se observa en nuestro estudio, en el que más de la mitad de los encuestados reconoce que no registra la HCS de sus pacientes. No obstante, al comparar el estudio actual con el realizado en 2004, el porcentaje de

médicos que afirma registrar la HCS es significativamente mayor en la actualidad (21,6% en 2004 vs 40,6% en 2016) ($P<0,001$). Esto puede deberse a la mayor toma de conciencia por parte de los MF de que la salud sexual influye de manera determinante en la salud de las personas o a que los medios disponibles para el registro son mejores que los existentes hace 12 años. En Madrid concretamente, en Marzo de 2015 se creó un protocolo de registro específico de la HCS, integrado en la aplicación utilizada en las consultas de los MF (AP-Madrid). La existencia de protocolos específicos puede ayudar a recopilar los datos de la historia sexual de manera más organizada, y que a la hora de necesitarlos se puedan encontrar de manera más rápida que estando dispersos en la historia clínica en forma de texto libre.

Pero para realizar un adecuado registro y una correcta HCS, no solo es necesario integrar protocolos específicos en las herramientas informáticas que utilicemos a diario, sino que resulta imprescindible disponer de una adecuada formación para ello.⁷⁶ En el estudio de 2004, únicamente el 31,3% consideraba tener suficiente formación para realizar la historia sexual de las personas de su cupo. Este porcentaje es mayor en la actualidad, aunque solo alcanza el 50,6% de los MF que respondieron al cuestionario ($p<0,001$). Consideramos este cambio como un aspecto positivo, ya que puede indicar que los MF tienen más formación para realizar la historia sexual de sus pacientes en la actualidad. No obstante, el hecho de que únicamente la mitad se sienta capacitado para realizarla nos lleva a deducir que es necesaria la implantación de más y mejores programas formativos en sexualidad para facultativos. Cuanta más formación se reciba al respecto, mejores herramientas se dispondrán para la realización de una adecuada HCS.⁵¹

En el estudio actual el 36,4% está de acuerdo con la afirmación “me resulta embarazo hablar de sexo con los pacientes”. Dicho porcentaje es superior al detectado por Agustí *et al*²⁴³, en

el que el 21,2% de los MF participantes se sentían incómodos al hablar de sexo con sus pacientes. No obstante, si comparamos el estudio actual con los resultados obtenidos en el año 2004, el porcentaje de médicos que se sienten avergonzados al hablar de sexo ha disminuido de manera significativa. Uno de los posibles motivos por los que hoy en día los MF se sienten más cómodos al hablar de sexo con sus pacientes es la mayor libertad existente para hablar sobre temas sexuales. En los últimos años se ha progresado mucho al respecto y, tanto en el colectivo médico como en la sociedad en general, existe menor pudor a la hora de iniciar una conversación sobre temas sexuales.

Es cierto que para hablar de sexo la mayoría de los MF encuestados procura estar a solas con sus pacientes. Esta práctica se mantiene sin cambios entre los estudios de 2004 y 2016, obteniéndose resultados prácticamente idénticos (80,5% vs 80,8%). Dicha tendencia sigue la línea de las guías de práctica clínica (GPC) actuales, que aconsejan crear un vínculo de comunicación médico/paciente, garantizando la intimidad y confidencialidad en cada consulta.^{149,244}

3.2. Prácticas sexuales de riesgo

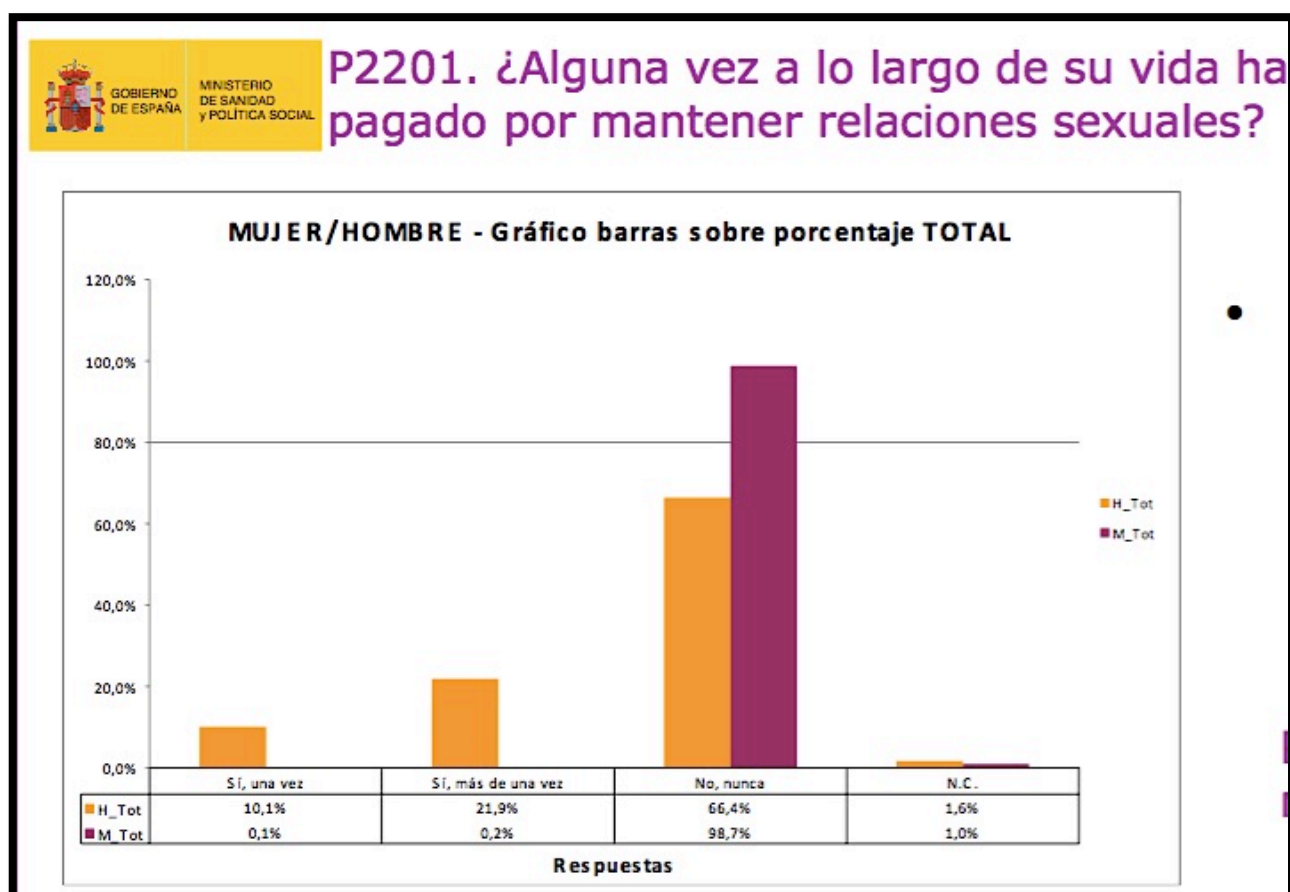
Nuestro estudio revela que los médicos de APS consideran que sí realizan algunas de las competencias relacionadas con el abordaje de las prácticas sexuales de riesgo, ya que más del 90% de los encuestados en el estudio actual afirma: investigar las prácticas de riesgo sexual de sus pacientes, registrar antecedentes de ITS, dar consejo anticonceptivo a personas de edad fértil y dar consejo sobre la utilización de métodos barrera.

Sin embargo, se observa que los MF encuestados no son suficientemente exhaustivos en otros aspectos que son igualmente importantes y que pueden ayudar a determinar si las

prácticas sexuales son de riesgo o no, como por ejemplo investigar sobre el número de contactos sexuales de sus pacientes, el hablar de las posibles infidelidades en las parejas y los riesgos consiguientes, sobre el uso de la prostitución o el consumo de sustancias adictivas en el contexto de las relaciones sexuales.

Según la *Encuesta Nacional de Salud Sexual*²⁴⁵ realizada en 2009 y el *informe SESPAS*²⁴⁶ en 2014, el 32% de los hombres encuestados declaraban haber pagado alguna vez por mantener relaciones sexuales (Fig 29). Ello indica que la prostitución es una realidad existente en nuestro país y que los MF deben explorar esta posibilidad ante la sospecha de conductas sexuales de riesgo.

Figura 29. Encuesta Nacional de Salud Sexual 2009



H_Tot: porcentaje total de hombres; M_Tot: porcentaje total de mujeres.

Lo mismo ocurre con el consumo de drogas asociado al sexo, que siempre ha existido, pero que en los últimos años se ha popularizado en Europa a través de la práctica conocida como Chemsex.^{247,248} Ésta práctica expone a las personas que lo practican a un mayor riesgo de ITS y a otras complicaciones derivadas del consumo excesivo y prolongado de diferentes drogas, en especial las que se inyectan por vía intravenosa (Slamming).²⁴⁹ Por todo ello, creemos que es realmente importante destacar las carencias encontradas de cara a mejorar las habilidades de los MF para la detección temprana de las prácticas sexuales de riesgo. Tal y como apunta la *Estrategia mundial del sector de la salud contra las infecciones de transmisión sexual 2016-2020* (OMS, 2016)⁷⁹, si invertimos tiempo y esfuerzo para otorgar consejo sobre prácticas sexuales de riesgo, se conseguirá que las ITS y las muertes relacionadas con dichas infecciones disminuyan, que mejore la salud individual y sexual de los hombres y las mujeres, y en definitiva el bienestar general de las personas.

Sin embargo, también hay datos alentadores al observarse mejoras significativas con respecto al estudio realizado en 2004 en algunos aspectos, por ejemplo: al investigar sobre prácticas de riesgo sexual (52,4% vs 91,%), dar consejo sobre prácticas sexuales de menor riesgo (61,4% vs 80,7%), hablar de sexo con los adolescentes (62,3% vs 82,6%) o hablar de relaciones sexuales fuera de las parejas habituales y los riesgos consiguientes (23,7% vs 42,2%).

3.3. Salud sexual

En cuanto al abordaje de la sexualidad en ancianos, resulta oportuno señalar que a pesar de que un gran porcentaje de profesionales considera que es importante hablar de sexo con personas de mayor edad, tan solo un porcentaje muy bajo (15,30%) lo registra en su historia clínica. Está ampliamente descrito en la literatura que la sexualidad aporta vitalidad y calidad de vida a

personas de todas las edades²⁵⁰⁻²⁵¹, por lo que pensamos que la ancianidad no debería ser un factor excluyente o de olvido del mismo.

Puede que las carencias en el abordaje de la salud sexual de las personas mayores por parte de los MF también se deban a un déficit de formación al respecto, tal y como se observó en un estudio realizado en Estados Unidos en 2014²⁵¹, en el que se preguntó a facultativos de APS si consideraban adecuada su formación en sexualidad para realizar una HCS a personas mayores. En dicho estudio únicamente el 11,2% se sentía capacitado para hacerlo. En nuestro trabajo no se ha preguntado explícitamente a los MF si consideran adecuada su formación para realizar la HCS a pacientes ancianos (solo de forma general a los pacientes de su cupo), pero pensamos que el escaso registro de la HCS en esta etapa vital puede estar directamente relacionado con una carencia formativa al respecto.

La orientación sexual de cada individuo puede condicionar el tipo de prácticas sexuales que está llevando a cabo, y por este motivo es importante indagar sobre ella. También lo es porque si la orientación sexual es diferente a la que está predeterminada por la sociedad, la persona puede estar experimentando inquietudes o preocupaciones, por lo que el MF deberá conocerlo para poder ofrecer apoyo y asesoramiento al respecto. Pese a su importancia, menos de la mitad (44,9%) de los MF en la actualidad afirma investigarla. Estos resultados son muy similares a los del estudio de Ashton *et al*²³⁷, en el que solamente el 43% de los MF encuestados preguntaba sobre la orientación sexual de los pacientes al hacer el diagnóstico de ITS. No obstante, se observan progresos significativos con respecto al estudio de 2004, en el que únicamente el 28,3% indagaba sobre la orientación sexual de sus pacientes.

En cuanto al tipo y preferencias de las diferentes prácticas sexuales, también se observaron diferencias con respecto al estudio realizado en 2004, ya que al preguntar específicamente si se

habla de ello con los pacientes, vemos que los MF del estudio actual afirman preguntarlo con más frecuencia ($p < 0,001$).

Existe literatura científica que apoya el hecho de que las relaciones sexuales satisfactorias unen a la pareja y mejoran el estado de salud física y psicológica de las personas.¹²⁰ Además, según datos del *Informe SESPAS 2014*²⁴⁶, el 74% de los hombres y el 79% de las mujeres consideran las relaciones sexuales como un medio para buscar comunicación, placer y ternura. Sin embargo, peso a ello, el porcentaje de MF que afirma investigar si las relaciones sexuales son satisfactorias es bajo en ambos estudios (22,8% en 2004 y 31,7% en 2016) aunque con un destacado aumento al respecto. Queremos enfatizar estos hallazgos ya que consideramos que los MF deben incorporar el concepto de placer ligado al sexo (relaciones sexuales placenteras o satisfactorias) como una forma más de estar sano y de alcanzar el bienestar, tanto individual como dentro de la relación de pareja.

En el estudio de Ribeiro *et al*²²⁹, se obtuvieron resultados muy similares a los observados en el nuestro en cuanto al porcentaje de médicos que informa a sus pacientes sobre los posibles efectos secundarios de los fármacos, siendo un gran número de profesionales (92% en ambos estudios) los que realizan esta advertencia de manera habitual. Por otro lado, se observan diferencias significativas con respecto al estudio de 2004, cuya notificación era realizada con menos frecuencia ($p < 0,001$).

Llama la atención que el porcentaje de derivaciones realizadas por los MF en España tras la detección de una posible disfunción sexual es bastante elevado (71,40%). Además, esta frecuencia es mayor en comparación con los resultados observados en el estudio de 2004 y también con los obtenidos en el estudio portugués de Ribeiro *et al*.²²⁹ Existen estudios recientes que demuestran que el tratamiento de la DE de manera efectiva con inhibidores de la fosfodiesterasa 5 produce un impacto positivo sobre aspectos emocionales y psicológicos en el

hombre^{252,253} así como en la relación de pareja.¹⁰⁹ Una vez realizada una adecuada anamnesis sexual, que oriente el diagnóstico y descarte contraindicaciones, este tratamiento puede ser iniciado desde AP sin la necesidad de la derivación directa a otro especialista como ocurre en gran parte de los casos. Además, en la consulta de AP también se puede abordar el problema con la pareja del paciente, creando una participación conjunta en la toma de decisiones sobre el tratamiento de la disfunción, lo cual ayudará a mejorar la adherencia.¹⁰⁹

3.4 Sexualidad y procesos concomitantes

Ningún estudio realizado hasta la fecha en el ámbito de AP en España investiga sobre tantos procesos y su posible relación con la alteración de la salud sexual como el nuestro. Fueron investigados 19 procesos, algunos más comúnmente relacionados con alteraciones en la función sexual como son los cardiovasculares (diabetes, hipertensión, etc) así como otros que con frecuencia son más olvidados.

Dos procesos que son frecuentemente olvidados por los MF al realizar una HCS son el “ser portador de una colostomía o de una sonda”, siendo investigados por menos del 20% de los encuestados. Además, a pesar de ser dos procesos que pueden causar un impacto importante en la salud sexual de las personas²⁵⁴⁻²⁵⁵, no se observan evidencias de mejora a lo largo de los años, sin encontrarse diferencias significativas con el estudio realizado en el año 2004. Consideramos que estos resultados son importantes ya que su divulgación puede ayudar a reclamar una mejora en la atención de la esfera sexual en las personas que son portadoras de sondas o colostomías.

La sexualidad humana comprende una dimensión mucho más amplia que el diagnóstico y tratamiento de las ITS. No obstante, llama la atención que los dos procesos que son investigados con mayor frecuencia al explorar la salud sexual de los pacientes son: ser VIH positivo (82,70%) y llevar a cabo prácticas sexuales de riesgo (80,40%). En contraposición a esto, algo tan prevalente en la población general como es el padecer algún tipo de limitación músculo-esquelética, sólo es investigado por el 18,40% de los encuestados. Aunque este porcentaje es mayor que en el estudio realizado en 2004, debería realizarse con mayor frecuencia. Las personas con cualquier limitación músculo-esquelética pueden tener alterada la esfera sexual por múltiples razones (dolores osteomusculares, limitaciones en la

movilidad, barreras físicas al utilizar sillas de ruedas, ortesis, prótesis, etc). Existen posibles soluciones para que los pacientes puedan mejorar su vida sexual. Por ejemplo: pautar tratamientos para el dolor antes de mantener relaciones sexuales, idear maneras de solventar posibles barreras físicas, proponer posturas antiálgicas, etc. Con pequeños cambios, se puede contribuir a aumentar la calidad de vida y el bienestar de las personas que las padecen.

La relación entre depresión y posibles disfunciones sexuales asociadas está ampliamente descrita en la literatura^{256,257}. Por otro lado, no solo los trastornos depresivos en sí pueden afectar a la función sexual, sino que muchos de los fármacos utilizados para su tratamiento pueden interferir en ella.^{258,259} Parece que esta relación es recordada al realizar la HSC, ya que el 68,30% de los MF encuestados afirma investigar la historia sexual cuando sus pacientes tienen depresión. El porcentaje es menor al indagar sobre otros trastornos psiquiátricos más específicos (aunque no menos frecuentes) como son los problemas de autoestima (40,5%), los trastornos de la autoimagen (29,3%), los trastornos de la alimentación (24,8%).

Las mujeres en la menopausia experimentan múltiples cambios biológicos que pueden afectar a su salud física, psicológica y sexual²⁶⁰⁻¹⁹⁸. Este parece ser un aspecto que los MF tienen en cuenta, ya que es un proceso generalmente investigado por ellos en relación a la sexualidad (61,20%). Se obtuvieron resultados similares en el estudio de Ribeiro *et al*²²⁹, en el que el 64% de los médicos encuestados investigaba sobre sexualidad en mujeres menopaúsicas. La andropausia también afecta a la sexualidad de los varones^{199,261}, pero es un aspecto que se pasa por alto con más frecuencia que la menopausia, tal y como se ha demostrado en nuestro estudio y también en el portugués²²⁹, encontrándose resultados prácticamente idénticos (Tabla 41). No obstante, al comparar los resultados del estudio de

2016 con los del año 2004, se observa una mejora significativa a favor del estudio actual, en el que la andropausia se investiga con más frecuencia que hace doce años ($p < 0,001$).

Tabla 41. Comparación de los resultados obtenidos en cuanto a la investigación de la historia sexual en relación a diferentes procesos

“Siempre/ casi siempre investigo sobre la historia sexual de mis pacientes en relación con los siguientes procesos” :	Estudio 2004	Estudio 2016	Ribeiro <i>et al</i> , 2014
Menopausia	192 (55,5%)	364 (61,2%)	32 (64%)
Andropausia	125 (37,4%)	281 (47,7%)	24 (48%)
Diabetes mellitus	225 (65,1%)	360 (60,9%)	42 (84%)
Hipertensión arterial	159 (46,3%)	268 (45,3%)	28 (56%)*
Insuficiencia cardiaca congestiva	104 (30,7%)	190 (32,3%)	
Depresión	245 (70,6%)	416 (68,3%)	18 (36%)+
Trastornos de la alimentación	84 (24,8%)	145 (24,8%)	
Trastornos de la autoimagen	93 (27,4%)	171 (29,3%)	
Con problemas de autoestima	122 (35,5%)	237 (40,5%)	

(*) Enfermedades cardiovasculares sin especificar entre ellas.

(+) Enfermedades mentales sin especificar entre ellas.

En cuanto a la diabetes mellitus, también es ampliamente conocido que ésta enfermedad interfiere negativamente sobre la función sexual en ambos sexos¹⁴², debido al daño vascular y neurológico que produce.²⁶² En nuestro estudio más de la mitad (60,90%) de los MFs realizan dicha asociación en sus consultas, aunque lo hacen con menor frecuencia que los MFs del estudio portugués de Ribeiro *et al*²²⁹ (Tabla 41). Es importante destacar que aunque la diabetes mellitus no es de las patologías más olvidadas al abordar la esfera sexual, sería deseable alcanzar el porcentaje de los médicos portugueses, sobretudo porque si detectamos

disfunciones asociadas a esta enfermedad podremos plantear tratamientos que ayuden a nuestros pacientes a mejorar su sexualidad. Por ejemplo, un tercio de las mujeres que sufren neuropatía diabética pueden sufrir disminución de la lubricación vaginal, por lo que si este problema es detectado se podrá recomendar la utilización de lubricantes que les ayuden a aumentar su satisfacción sexual.²⁶³ En los varones diabéticos, la mayoría de los problemas sexuales son secundarios a la DE, la cual afecta al 50% de los diabéticos con 10 años de evolución de su enfermedad.²⁶³ Por ello, tal y como se ha comentado anteriormente, si conocemos este problema podremos valorar el inicio de algún fármaco o promover medidas higiénico dietéticas que ayuden a mejorar la DE y con ello su calidad de vida.

También es bien conocida la relación entre la hipertensión arterial (HTA) y una mayor prevalencia de disfunciones sexuales en comparación con la población general.^{263,264} En los pacientes hipertensos, las disfunciones sexuales pueden ser consecuencia del efecto producido por la propia enfermedad, del efecto secundario de fármacos utilizados para su tratamiento^{265,266}, y de las repercusiones psicopatológicas que todo ello pueda causar.²⁶⁷ Por tanto, dado el impacto que puede causar la HTA en la salud sexual de los pacientes, debería ser un aspecto investigado con más frecuencia. En nuestro estudio menos de la mitad de los MF encuestados afirma indagar sobre ello.

Tener una sexualidad saludable durante el embarazo y tras el mismo puede ser clave en una relación de pareja. Durante estas etapas ocurren cambios físicos, hormonales, emocionales y psicológicos que pueden dar lugar a la aparición de disfunciones sexuales.²⁶⁸ Existen estudios que demuestran que muchas parejas no están preparadas para afrontar sus problemas sexuales durante el embarazo debido a una falta de información por parte de profesionales médicos.²⁶⁹ Los MF españoles deberían ofrecer más información con bases

científicas sobre salud sexual durante esta etapa ya que el porcentaje de MF que afirman investigarlo durante el periodo de parto (30,6%) y el embarazo (38,6%) es bajo. No obstante, el porcentaje de médicos que investiga sobre la salud sexual durante estas dos etapas es mayor en la actualidad si lo comparamos con el estudio de 2004.

4. DIFICULTADES EN EL ABORDAJE DE LA SEXUALIDAD EN LA CONSULTA DEL MÉDICO DE FAMILIA

Una aportación muy importante de nuestro estudio es la evaluación de las posibles dificultades que los MF presentan al hablar sobre temas de salud sexual en sus consultas.

La principal barrera encontrada es la falta de tiempo, seguida de la falta de formación, algo que no cambia con respecto al estudio de 2004, en el que también fueron las dos dificultades que se identificaron con más frecuencia ($p>0,05$). Se trata de un resultado esperable ya que además estas barreras son comunes en el abordaje de otras áreas competenciales en la práctica clínica de los MF.

Al revisar otros estudios realizados a nivel mundial en el ámbito de Atención Primaria también encontramos que la falta de tiempo y de formación son barreras que limitan la práctica asistencial de los MF^{229,270,271,272,273}, no obstante, la frecuencia con la que los MFs identifican estos condicionantes como una barrera para abordar la salud sexual es superior en nuestro estudio (Tablas 42 y 43)

Tabla 42. Barreras/dificultades en el abordaje de la salud sexual según diferentes estudios

Principales barreras	Nuestro estudio, 2016 España	Nuestro estudio, 2004 España	Ashton <i>et al</i> , ²⁷⁰ 2002 EEUU	Koi Do <i>et al</i> , ²⁷⁴ 2014 Vietnam	Ribeiro <i>et al</i> , ²²⁹ 2014 Portugal	Temple-Smith <i>et al</i> , ²⁷¹ 1999 Australia	Agustí <i>et al</i> ⁵⁰ , 2013 España
Falta de tiempo	82,1%	86,5%	46%	38%	31,6%	23,65%	+
Falta de formación	75,2%	74,5%	48%	57%	+	+	+
Privacidad de la esfera sexual	65,2%	58,5%	+	17%	+	+	+
El paciente viene acompañado	65,4%	52,4%	+	+	+	61,92%	+
Vergüenza por abordar el tema	35%	29,7%	+	+	+	+	21%

(+) No especifica porcentaje o no lo menciona

En el estudio de 2016 se observa un aumento significativo con respecto al estudio de 2004 en el porcentaje de médicos que consideran que “*el paciente acuda acompañado*” y la “*privacidad de la esfera sexual*” son elementos limitantes. Además la frecuencia descrita en nuestro estudio para estas barreras es superior que la encontrada en el estudio de Koi Do *et al*²⁷⁴ y Temple-Smith *et al*²⁷¹ (Tablas 42 y 43).

Otra de las dificultades ampliamente descritas es que tanto el médico como el paciente pueden presentar vergüenza al iniciar una conversación sobre salud sexual en la consulta.^{51,275} En nuestro estudio este condicionante no presenta diferencias significativas con respecto a 2004 y afecta a un porcentaje de médicos ligeramente superior al descrito en el estudio de Agustí *et al*⁵⁰ (Tablas 42 y 43).

Tabla 43. Estudios que hablan sobre barreras/dificultades en el abordaje de la salud sexual

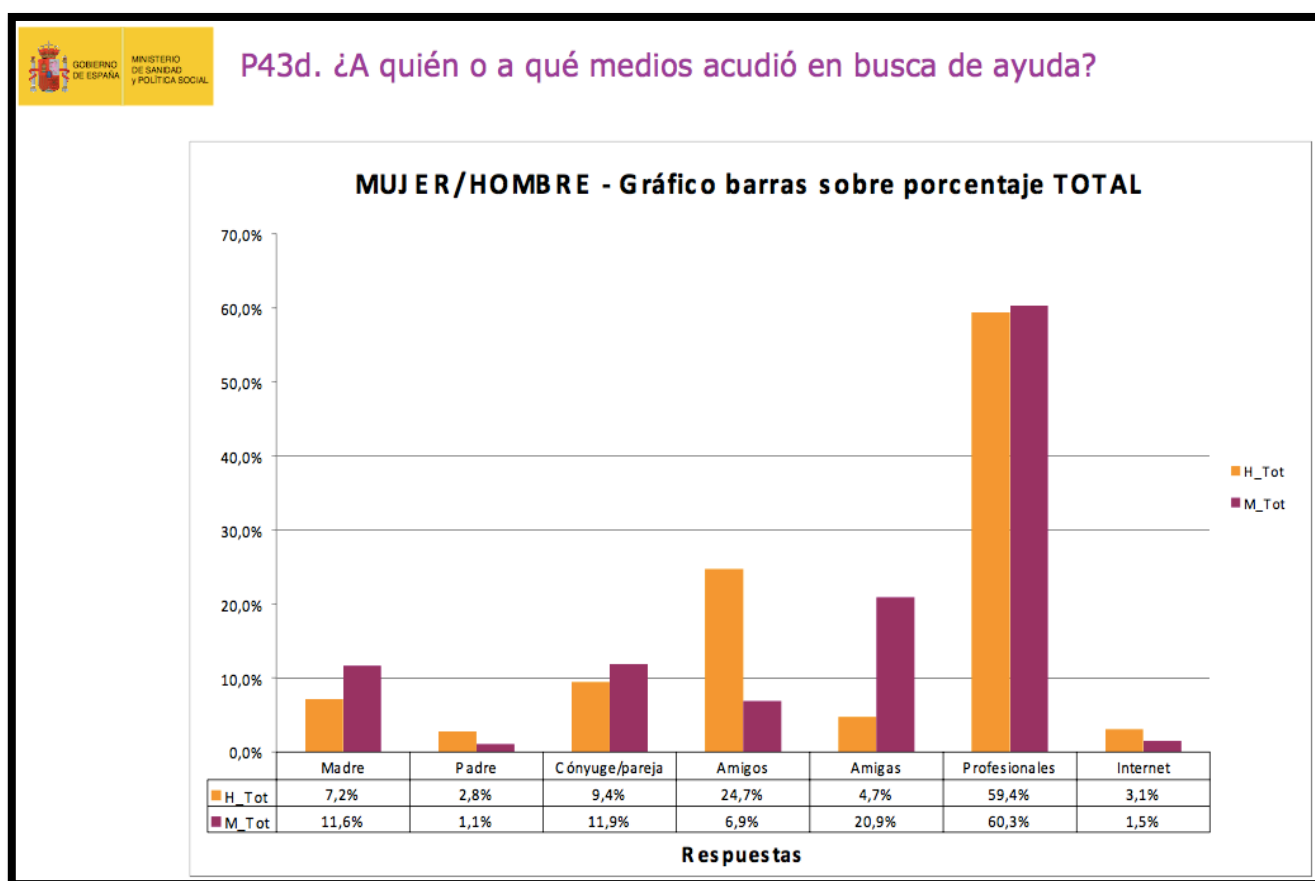
Referencia del estudio	Objetivos del estudio	Tamaño muestral (N)	Composición de la muestra	Localización	Hallazgos más relevantes
Presente estudio, 2004	Describir las barreras encontradas por los MF a la hora de hablar sobre salud sexual en sus consultas.	357	MFs tutores de residentes (% mujeres y % varones) entre 30 y 65 años	España	-Falta de tiempo (82,1%) -Falta de formación (74,5%) -El paciente acude acompañado (52,4%) -Privacidad de la esfera sexual (58,5%)
Presente estudio, 2016		598	MFs tutores de residentes (61,1% mujeres y 38,9% varones) entre 30 y 65 años	España	-Falta de tiempo (86,5%) -Falta de formación (75,2%) -El paciente acude acompañado (65,4%) -Privacidad de la esfera sexual: 65,2%
Koi Do <i>et al</i> , ²⁷⁴ 2014	Identificar las barreras que encontradas por los profesionales médicos en el diagnóstico y tratamiento de las ITS.	451	MFs, dermatólogos, ginecólogos, asistentes médicos a nivel provincias, distritos y municipios. **	Quang Ninh, An Giang y Can Tho, (Vietnam)	El 99% de los encuestados mencionó al menos una barrera en el manejo de las ITS. Las barreras encontradas fueron: -Falta de formación en ITS (57%) -Falta de recursos profesionales (41%) -Falta de tiempo (38%) -Falta de reembolso (21%), -Falta de privacidad / confidencialidad (17%) -Falta de asesoramiento (15%) - No es competencia del profesional de atención primaria (7%).
Ribeiro <i>et al</i> , ²²⁹ 2014	Describir las actitudes de los MFs al realizar una historia sexual, identificar el motivo y la frecuencia con la que es investigada y describir el enfoque diagnóstico-terapéutico sobre las DS (incluyendo el uso de GPC)	50	MFs (20 varones y 30 mujeres) entre 39 y 61 años	Lisboa, Portugal	Únicamente el 22% realiza de manera rutinaria una HCS. El 76% no consultó las GPC para el diagnóstico y tratamiento de las DS en el año previo. Las principales barreras para no consultar las GPC fueron: -La falta de tiempo (31,6%) -La escasa accesibilidad (25%).
Agustí <i>et al</i> ⁵⁰ , 2013	Describir las barreras encontradas por los MF para diagnosticar ITS y VIH	1.308	MFs **	España	El 39,3% había recibido formación sobre ITS/VIH en los últimos 3 años. El 21% se sentía incómodo al hablar de sexo con el paciente. La edad fue un factor asociado a sentirse incómodo, y los mayores de 40 años eran los que se sentían más incómodos respecto a los más jóvenes.

Gott <i>et al.</i> , ²⁷² 2004	Identificar las barreras percibidas por los MF y enfermeros de AP para hablar sobre temas sexuales y explorar estrategias para mejorar la comunicación al respecto.	57	-22 MFs (13 varones y 9 mujeres, entre 34 y 57 años) -35 enfermeras (35 mujeres, 32 a 60 años)	Sheffield, Inglaterra, Reino Unido	Principales arreras encontradas: (+) -Sensibilidad y complejidad del tema, falta de tiempo y de experiencia al respecto, hablar de problemas sexuales con pacientes del sexo opuesto, pacientes de raza negra y grupos minoritarios pacientes de mediana edad y pacientes mayores, pacientes que no son heterosexuales.
Ashton <i>et al.</i> , ²⁷⁰ 2002	Examinar las actitudes de los MF con respecto al manejo de las ITS y examinar la relación e las actitudes con las prácticas de consejo y prevención frente a ITS.	541	-MFs 151 (28%) -Internistas 76 (14%) - Ginecólogos 183 (34%) - Pediatras 132 (24%) **	Pittsburgh, Pennsylvania EEUU	Principales barreras encontradas: -Falta de tiempo debida a la presión asistencial para dar consejo preventivo sobre ITS (46%) -Dificultades para el reembolso (26%). -El 89% se sentía cómodo al hablar de temas sexuales. -El 70% consideraba que el asesoramiento para la prevención de ITS en sus consultas es ineficaz. -El 48% creía que su formación en ITS era inadecuada -El 43% que no eran responsables de la prevención de las ITS en sus pacientes.
Temple-Smith <i>et al.</i> , ²⁷¹ 1999	Examinar las actitudes de los MFs durante la realización de una historia clínica sexual	520	MFs (73% varones y 27% mujeres) *	Victoria, Australia	Principales barreras encontradas -Presencia de una tercera persona al hablar sobre sexo (61,92%), -Problemas relacionados con el idioma (47,30%) -Primera consulta con el paciente (35,57%) -Conocer al paciente fuera de la consulta (31,15%) -Problemas relacionados con creencias culturales (30,19%) -Falta de tiempo (23,65%) -Paciente de sexo puesto (11,34%) -Diferencia de edad entre el MF y el paciente (8,65%) -Miedo a no solucionar un problema difícil (4,61%).
Haley <i>et al.</i> , ²⁷³ 1999	Estudiar cómo evalúan los MFs y los ginecólogos los riesgos para la salud sexual, como realizan un consejo preventivo sobre las ITS, dan pautas de anticoncepción a los adolescentes y tratan las ITS	963	805 MF y 158 ginecólogos **	Quebec. Canadá	Más del 50% refería: (+) - Encontrar dificultades para hacer adecuadamente preguntas de la HCS - Tener miedo a ofender a los pacientes si les preguntaba sobre sexo - Tener escaso tiempo para ello en consulta

*No especifica edad. **No especifica sexo ni edad. (+)No especifica porcentaje exacto. DS: Disfunción sexual. HCS: historia clínica sexual. ITS: infecciones de transmisión sexual GPC: Guías de práctica clínica MF: médico de familia

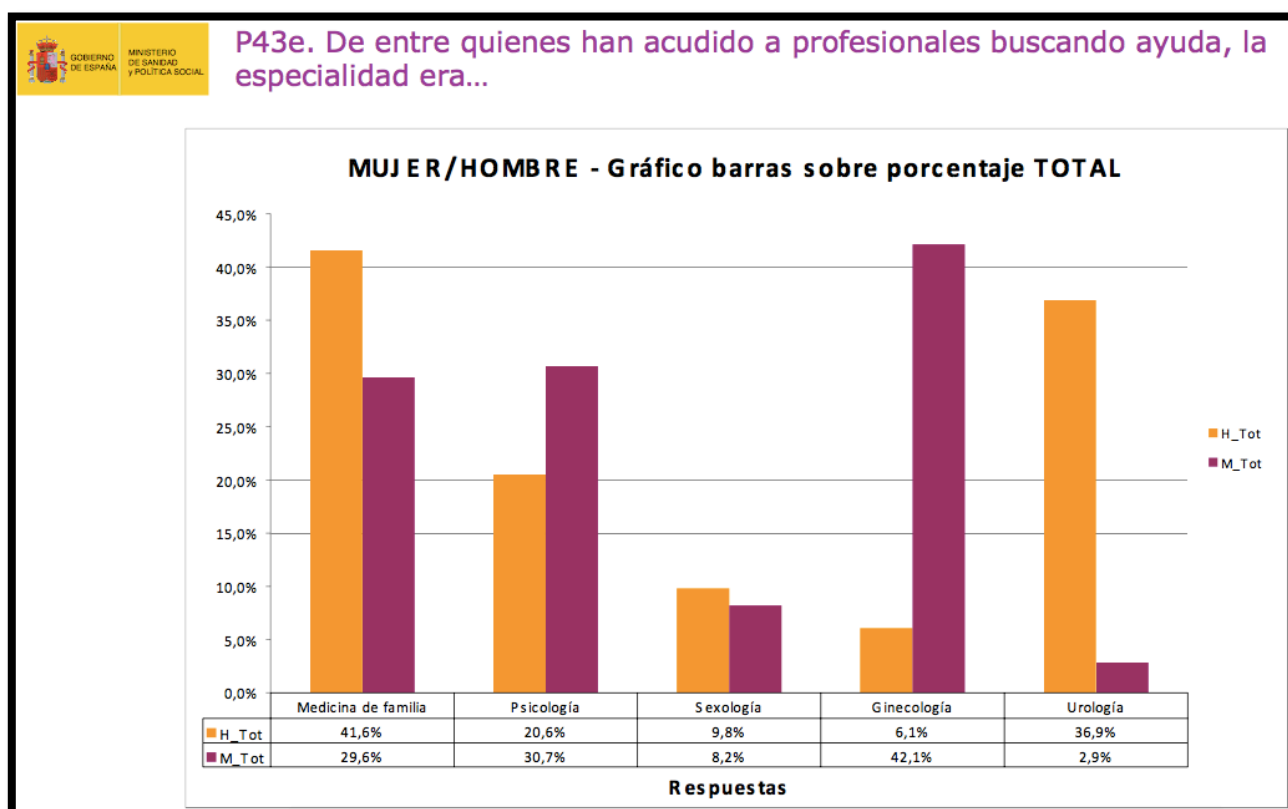
Según la *Encuesta Nacional de Salud Sexual*²⁴⁵, realizada en 2009 por el Ministerio de Sanidad y Política Social en colaboración con el Centro de Investigaciones Sociológicas, de entre las personas encuestadas que buscaron ayuda para afrontar alguna preocupación sobre su vida sexual, la mayoría (en torno al 60%, tanto hombres como mujeres) menciona haber recurrido a profesionales (Fig 30).

Figura 30. Encuesta Nacional de Salud Sexual 2009



En esta misma encuesta se observó que el primer profesional al que acuden los hombres buscando ayuda cuando presentan un problema sexual es su MF (las mujeres acudirían primero a su ginecólogo o psicólogo y en tercer lugar a su MF) (Fig 31). Esto demuestra el interés de los pacientes por que sea su MF el profesional idóneo para atender cualquier preocupación relacionada con la salud sexual y la importancia de la eliminación de las barreras que dificultan que se inicie una conversación sobre sexo en la consulta. Por ello, pensamos que nuestro estudio aporta claridad al respecto, ya que identifica las principales barreras que los MF presentan al hablar sobre sexualidad con sus pacientes y puede ser de utilidad para establecer un orden de prioridades a la hora de buscar soluciones.

Figura 31. Encuesta Nacional de Salud Sexual 2009



5. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Al no obtenerse la muestra por un procedimiento probabilístico, puede que la muestra no sea representativa de la población diana, no obstante, consideramos que el tamaño muestral alcanzado es suficiente para contrarrestar esta limitación.

Se utilizó como población de estudio a los MF acreditados como tutores, debido a un criterio de accesibilidad, ya que se dispone de un listado de estos profesionales. Este hecho puede suponer una limitación a la hora de generalizar los resultados a todos los MF, puesto que los MF acreditados como tutores pueden ser profesionales más involucrados en su propia formación (tanto en temas de abordaje de la sexualidad como en otros) y más concienciados de la importancia del abordaje de la sexualidad en la consulta de APS. Por tanto, este sería un posible sesgo de selección de nuestro estudio.

A su vez, al comparar los resultados con los obtenidos en el año 2004, se tendrá en cuenta la limitación relativa a que se trata de una población de estudio diferente.

En cuanto a la forma de distribución de las encuestas, en 2004 se enviaron por correo postal. Posteriormente las respuestas se recopilaron manualmente y se trasladaron una a una a un documento Excell. En 2016 se utilizó “*Google Forms*”, que permite enviar digitalmente la encuesta y recoger de manera automática las respuestas en un documento Excell. Dado que en la actualidad se poseen herramientas de trabajo más modernas, la realización de encuestas a distancia es más rápida y fácil. El hecho de que el método de distribución de las encuestas y la recogida de datos haya sido diferente, ha podido influir en el número total de respuestas y quizás en la motivación al contestarlas, pero pensamos que ambas bases de datos fueron creadas de manera adecuada para su explotación y comparación entre las mismas.

La tasa de respuesta obtenida en ambos estudios fue baja, tal y como era esperable en este tipo de encuestas.⁵⁰ Aun así el número de participantes en el estudio actual es superior al observado en estudios previos similares.²²⁰

Se debe tener en cuenta que la información autorreportada acerca de la buena praxis en la propia consulta de los MF puede estar sobreestimada. El hecho de que el cuestionario se pudiera contestar de manera totalmente anónima ha podido contribuir a disminuir este sesgo.

CONCLUSIONES

1. La gran mayoría de los MF encuestados (98,6%) reconoce la importancia de la esfera sexual en la salud de las personas. Sin embargo, tan solo el 40,6% refiere registrarlo sistemáticamente en la historia clínica y una proporción significativa de MF (78,7%) sólo habla de sexo si los pacientes se lo demandan.
2. En los últimos 12 años ha mejorado el abordaje de la sexualidad por parte de los MF duplicando su registro sistemático en la historia clínica y aumentándolo en un considerable número de las variables estudiadas.
3. La formación en sexualidad a lo largo de la carrera profesional de los MF es escasa. Los cursos de formación continuada constituyen la mayor fuente de formación al respecto.
4. Se constata una mejora en la formación recibida por los MF al comparar los dos estudios. Recibir cualquier tipo de formación es la variable que más determina un mayor abordaje de la sexualidad en el estudio.
5. Más del 90% de los MF encuestados afirma investigar sobre prácticas de riesgo sexual, registrar antecedentes de ITS y dar consejo anticonceptivo a personas en edad fértil. Sin embargo, no interrogan con tanta frecuencia sobre el uso de la prostitución o el consumo de sustancias adictivas en el contexto de las relaciones sexuales. En todos los ítems se constata una mejora significativa con respecto al estudio previo.

6. No todos los procesos son investigados con la misma frecuencia durante el abordaje de la sexualidad. El VIH, la depresión, la menopausia y la diabetes mellitus son los que se investigan con más frecuencia. Los pacientes con colostomía, con limitación musculoesquelética o con sonda son los menos abordados.
7. La falta de tiempo y de formación siguen siendo las principales barreras referidas por los MF al hablar sobre salud sexual en sus consultas, sin encontrarse diferencias significativas al comparar el estudio de 2004 frente al de 2016.
8. Es muy importante ampliar la oferta formativa del MF en sexualidad y fomentar la investigación en la misma.

RESÚMEN

INTRODUCCIÓN

La salud sexual es el proceso permanente de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad. El médico de familia (MF) es el profesional idóneo para integrar todas estas dimensiones al ser la sexualidad un componente esencial de la salud de las personas. Pese a su importancia, es frecuente que durante las visitas médicas se destine poco tiempo para hablar de sexo en la consulta. No existen en el ámbito de la Atención Primaria de Salud (APS) española, estudios que aporten una visión global sobre cómo es atendida la sexualidad por los MFs ni sobre la formación específica a lo largo de su carrera profesional.

OBJETIVOS

El objetivo principal de este trabajo es describir cómo se aborda actualmente la sexualidad en la consulta del MF y comparar los resultados actuales con los obtenidos en una encuesta idéntica realizada hace doce años.

Como objetivos secundarios, describir la formación recibida por los MF sobre sexualidad a lo largo de su carrera profesional y detectar si ésta ha servido para mejorar su abordaje en la práctica clínica. Analizar el abordaje de prácticas de riesgo e infecciones de transmisión sexual (ITS), y la investigación de procesos vitales y problemas de salud que pueden afectar a la sexualidad. A su vez, se pretenden identificar las dificultades fundamentales para abordar la sexualidad en la consulta del MF.

MÉTODOS

Se lleva a cabo un estudio descriptivo con dos cortes transversales, analítico multicéntrico. El primer estudio tuvo lugar durante el primer semestre de 2004; el estudio actual entre septiembre de 2016 y mayo de 2017. Las variables se recogieron mediante un cuestionario auto-cumplimentado y anónimo dirigido a MF tutores de residentes de todas las Comunidades Autónomas de España. Se recogieron variables demográficas y variables propias del cuestionario (sobre abordaje clínico, formación y dificultades a la hora de hablar de sexo en la consulta). Los datos recogidos en 2004, se compararán con los obtenidos en 2016, para poder evaluar el posible cambio y evolución en el abordaje de la sexualidad en la consulta del MF.

RESULTADOS

Un total de 598 MFs participaron en el estudio de 2016. En 2004 participaron 357. En el estudio actual, la formación en sexualidad se obtuvo mediante la realización de cursos de formación continuada (50,6%), formación MIR (26,5%), pregrado (12,2%) y a través de máster o cursos de especialización (8,1%). El 26,4% no había recibido ninguna formación específica. Al comparar los MF que habían recibido algún tipo de formación con los que no, se encontraron diferencias significativas a favor del primer grupo en 32 de 47 ítems del cuestionario.

El 98,6% considera que la esfera sexual es un componente importante en la salud de las personas. Sin embargo, el 78,7% sólo habla de sexo si los pacientes se lo demandan y muy pocos reconocen registrarlo sistemáticamente en la historia clínica. El 96% da consejo sobre el uso de anticonceptivos a las personas en edad fértil, el 92,1% registra antecedentes de ITS y el 91,5% investiga sobre prácticas de riesgo sexual. Únicamente

el 23,8% investiga sobre el consumo de sustancias adictivas en el contexto de las relaciones sexuales y el 22,8% sobre el uso de la prostitución.

Los procesos o problemas de salud investigados con más frecuencia son: el VIH (82,7%), la depresión (68,3%), la menopausia (61,2%) y la diabetes mellitus (60,9%).

Los menos abordados: pacientes con colostomías (19,6%), con limitación musculoesquelética (18,4%) y con sonda (14,7%). Las principales barreras para hablar de sexo en la consulta son la falta de tiempo (85,5%) y la escasa formación recibida (75,2%).

En los últimos 12 años ha mejorado el abordaje de la sexualidad por parte de los MF.

Destaca un aumento del número de médicos que registran sistemáticamente la historia clínica sexual (21,6% vs 40,6%), y una mayor percepción de la formación en esta área (31,3% vs 50,6%). En todos los ítems sobre prácticas de riesgo sexual existe una mejora significativa respecto al estudio previo.

CONCLUSIONES

1. La gran mayoría de los MF encuestados (98,6%) reconoce la importancia de la esfera sexual en la salud de las personas. Sin embargo, tan solo el 40,6% dice registrarlo sistemáticamente en la historia clínica y una proporción significativa de MF (78,7%) sólo habla de sexo si los pacientes se lo demandan.
2. En los últimos 12 años ha mejorado el abordaje de la sexualidad por parte de los MF duplicando su registro sistemático en la historia clínica y aumentándolo en un considerable número de las variables estudiadas.

3. La formación en sexualidad a lo largo de la carrera profesional de los MF es escasa siendo los cursos de formación continuada la principal fuente de formación. Se constata una mejora en la formación recibida por los MF al comparar los dos estudios.
4. Recibir cualquier tipo de formación es la variable más determinante en un mejor abordaje de la sexualidad por los MFs.
5. Más del 90% de los MF encuestados afirma investigar sobre prácticas de riesgo sexual, registrar antecedentes de ITS y dar consejo anticonceptivo a personas en edad fértil. Sin embargo, no interrogan con tanta frecuencia sobre el uso de la prostitución o el consumo de sustancias adictivas en el contexto de las relaciones sexuales. En todos los ítems se constata una mejora significativa con respecto al estudio previo.
6. No todos los procesos son investigados con la misma frecuencia durante el abordaje de la sexualidad. El VIH, la depresión, la menopausia y la diabetes mellitus son los que se investigan con más frecuencia. Los pacientes con colostomía, con limitación musculo-esquelética o con sonda son los menos abordados.
7. La falta de tiempo y de formación siguen siendo las principales barreras referidas por los MF al hablar sobre salud sexual en sus consultas, sin encontrarse diferencias significativas al comparar el estudio de 2004 frente al de 2016.

8. Es muy importante ampliar la oferta formativa del MF en sexualidad y fomentar la investigación en la misma.

ABSTRACT

INTRODUCTION

Sexual health is the ongoing process of physical, psychological and socio-cultural well-being related to sexuality. The general practitioner (GP) is the ideal professional capable of integrating all these aspects as sexuality is an essential component of people's health.

Despite the importance of sexual health, it is not uncommon to spend little time during medical visits talking about sex. In the field of Spanish Primary Health Care (PHC), there are no studies that provide a global vision on how sexuality is addressed by GPs nor of the specific training throughout their professional career.

OBJECTIVES

The main objective of this paper is to describe how sexual health is currently addressed in the GP consultation, and to compare the current results with those obtained in an identical survey twelve years ago.

As a secondary goal, this paper also aims to describe the training received by GPs on sexual health throughout their careers and to detect whether this training has been useful to improve their approach in clinical practice, to analyse the approach to unsafe sexual practices, to sexually transmitted infections (STIs) and to life processes and health issues that may involve sexuality. Ultimately, we want to identify the main difficulties in addressing sexuality in the GP consultation.

METHODS

A descriptive cross-sectional multicenter study is designed. The first collection of data took place in 2004; the last one between September 2016 and May 2017. The variables are collected using an anonymous self-completed questionnaire addressed to GPs that were mentors of residents in Spain. We collected demographical variables and responses from the questionnaire (on clinical approach, training and difficulties when talking about sex in medical consultation). The data collected in 2004 will be compared with that obtained in 2016, in order to assess changes in the approach of sexual health in the medical visit.

RESULTS

A total of 598 GPs participated in the 2016 study. In 2004, there were 357 participants. In the last collection of data, training in sexual health was obtained through continuing education courses (50.6%), residency program (26.5%), undergraduate education (12.2%) and through masters or specialization courses (8.1%). 26.4% of the subjects had not received any specific training. When comparing the GPs who had received some type of training with those who did not, significant differences were found in favor of the first group in 32 of 47 items of the questionnaire. Almost everyone (98.6%) considers that sexuality is an important part of patients' health. However, 78.7% of the participants talk about sex only on patient's request and very few admit to systematically recording it in the medical record. 96% gives advice on the use of contraceptives to people of childbearing age, 92.1% investigates about STIs and 91.5% asks about risky sexual practices. Only 23.8% of participants ask about substance abuse related with sexual practices, and 22.8% inquire about prostitution. The life processes or health issues that are most frequently recorded are: HIV (82.7%), depression (68.3%),

menopause (61.2%) and diabetes mellitus (60.9%). The least addressed: patients with colostomies (19.6%), with physical limitation (18.4%) and patients with a probe (14.7%). The main barriers when talking about sex in the medical visit are the lack of time (85.5%) and the scarce training received (75.2%). In the last 12 years, the approach of sexuality by GPs has improved. The number of physicians systematically recording sexual history has increased (21.6% vs 40.6%), and there is a greater perception of training in this area (31.3% vs. 50.6%). In all items on risky sexual practices, there is a significant improvement compared with the previous study.

CONCLUSIONS

1. The vast majority of participating family doctors (98.6%) recognize the importance of the sexuality in patient's health. However, just the 40.6% of them admitted to record it systematically in the clinical history, and a significant proportion of GPs (78.7%) only talk about sex on patients' request.
2. In the last 12 years, GPs have improved their approach to sexuality by doubling their systematic recording in the clinical history and increasing it in a considerable number of the variables studied.
3. Training in sexuality throughout the GPs' careers is scarce; continuing education courses are the main source of training in this area. An improvement in the training received by GPs was observed when comparing the two studies.

4. Receiving any kind of training is the most decisive variable in a better approach to sexuality by GPs.

5. More than 90% of the surveyed GPs stated that they ask about risky sexual practices, record data of STIs and give contraceptive advice to people of childbearing age. However, they do not ask as often about prostitution or substance abuse related with sexual practices. In all items there is a significant improvement over the previous study.

6. Not all life processes are investigated with the same frequency during medical visits. The most frequently investigated are HIV, depression, menopause and diabetes mellitus. Patients with colostomy, with physical limitation or with a probe are the least explored.

7. Lack of time and training are still the main barriers reported by GPs when talking about sexual health, with no significant differences found when comparing the data of 2004 and 2016.

8. It is very important to expand GPs' training offer in sexuality and promote research on it.

BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization. Education and treatment in human sexuality: the training of health professionals. Ser Técnica, OMS. 1975;572.
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/38329/1/WHO_TRS_572_spa.pdf.
2. Organización Panamericana de la Salud (OPS); Organización Mundial de la Salud (OMS); Asociación Mundial para la Salud Sexual (WAS). Promoción de la salud sexual. Recomendaciones para la acción. Antigua Guatemala, Guatemala 19 al 22 de mayo. 2000.
3. World Health Organization. Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health, 28–31 January 2002, Geneva. 2006.
http://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/defining_sexual_health.pdf?ua=1.
4. Swartzendruber A, Zenilman JM. A national strategy to improve sexual health. JAMA. 2010;304(9):1005-1006. doi:10.1001/jama.2010.1252
5. Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Madrid; 2011.
<https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/ENSSR.pdf>.
6. Ivankovich MB, Fenton KA, Douglas JM. Considerations for National Public Health Leadership in Advancing Sexual Health. Public Health Rep. 2013;128(1).
7. Snow RC, Laski L, Mutumba M. Sexual and reproductive health: progress and outstanding needs. Glob Public Health. 2015;10(2):149-173.
doi:10.1080/17441692.2014.986178
8. Borrás Valls J, Pérez Conchillo M. Sexuality and Human Rights. Proceedings of the 13th World Congress of Sexology. Valencia; 1997.
9. Pérez Conchillo M, Borrás Valls J. La sexualidad: derecho humano universal. Inf psicológica. 1999;(69):4-6.
10. Pérez Conchillo M. Declaración Sobre Los Derechos Sexuales. Valencia; 1997.
11. World Association for Sexual Health (WAS). Salud Sexual para el Milenio: Declaración y documento técnico. Minneapolis, MN, USA, World Association for Sexual Health. 2008:180.
<http://www.worldsexualhealth.org/%5Cnhttp://www.paho.org/>.
12. Schulkind J, Hurst S, Biggart R, Bowsher G. Sex and relationship education should be statutory. Lancet. 2015;385(9982):2042-2043. doi:10.1016/S0140-6736(15)60984-9
13. UNESCO. Factores Del Éxito. Estudios de Casos de Programas Nacionales de Educación Sexual. UNESCO. Paris.; 2010.
https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000188495_spa.
14. World Health Organisation. Standards for Sexuality Education in Europe. Colonia; 2010.
15. UNESCO. Orientaciones Técnicas Internacionales sobre Educación en Sexualidad. 2010;1-2:133.
<http://unesdoc.unesco.org/images/0018/001832/183281s.pdf>.
16. Curvino M, Fischer MG. Claiming Comprehensive Sex Education is a Right Does Not Make it So: A Close Reading of International Law. New Bioeth. 2014;20(1):72-98. doi:10.1179/2050287714Z.000000000044
17. Grose RG, Grabe S, Kohfeldt D. Sexual education, gender ideology, and youth sexual empowerment. J Sex Res. 2014;51(7):742-753.

- doi:10.1080/00224499.2013.809511
18. Sans M, Sellarés J. Detección de la violencia de género en atención primaria. *Rev Española Med Leg*. 2010;36(3):104-109.
 19. Rubenzahl SA, Gilbert BO. Providing sexual education to victims of child sexual abuse: what is a clinician to do? *J Child Sex Abus*. 2002;11(1):1-25. doi:10.1300/J070v11n01_01
 20. Plaks M, Argaman R, Stawski M, Qwiat T, Polak D, Gothelf D. Social-sexual education in adolescents with behavioral neurogenetic syndromes. *Isr J Psychiatry Relat Sci*. 2010;47(2):118-124. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20733254>.
 21. Lehan Mackin M, Loew N, Gonzalez A, Tykol H, Christensen T. Parent Perceptions of Sexual Education Needs for Their Children With Autism. *J Pediatr Nurs*. 2016;31(6):608-618. doi:10.1016/j.pedn.2016.07.003
 22. Janković S, Malatestinić G, Striehl HB. Parents' attitudes on sexual education-- what and when? *Coll Antropol*. 2013;37(1):17-22. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23697245>.
 23. Nelas P, Aparício G, Duarte J, Ferreira M, Albuquerque C, Fernandes C. Sexual education in school context: the efficiency of a training intervention. *Aten primaria*. 2013;45 Suppl 2:208-215. doi:10.1016/S0212-6567(13)70024-6
 24. Pound P. How should mandatory sex education be taught? *BMJ*. 2017;357:j1768. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28400378>.
 25. Oliver V, van der Meulen E, June L, Flicker S, Toronto Teen Survey Research Team. If you teach them, they will come: providers' reactions to incorporating pleasure into youth sexual education. *Can J public Heal*. 2013;104(2):e142-7. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23618207>.
 26. Barr EM, Goldfarb ES, Russell S, Seabert D, Wallen M, Wilson KL. Improving Sexuality Education: The Development of Teacher-Preparation Standards. *J Sch Health*. 2014;84(6):396-415. doi:10.1111/josh.12156
 27. Von Rosen AJ, Von Rosen FT, Tinnemann P, Müller-Riemenschneider F. Sexual health and the Internet: Cross-sectional study of online preferences among adolescents. *J Med Internet Res*. 2017;19(11). doi:10.2196/jmir.7068
 28. Divecha Z, Divney A, Ickovics J, Kershaw T. Tweeting about testing: do low-income, parenting adolescents and young adults use new media technologies to communicate about sexual health? *Perspect Sex Reprod Health*. 2012;44(3):176-183. doi:10.1363/4417612
 29. Whiteley LB, Mello J, Hunt O, Brown LK. A Review of Sexual Health Web Sites for Adolescents. *Clin Pediatr (Phila)*. 2012;51(3):209-213. doi:10.1177/0009922811423311
 30. Mangone ER, Lebrun V, Muessig KE. Mobile Phone Apps for the Prevention of Unintended Pregnancy: A Systematic Review and Content Analysis. *JMIR mHealth uHealth*. 2016;4(1):e6. doi:10.2196/mhealth.4846
 31. Lim MS, Vella A, Sacks-Davis R, Hellard ME. Young people's comfort receiving sexual health information via social media and other sources. *Int J STD AIDS*. 2014;25(14):1003-1008. doi:10.1177/0956462414527264
 32. Marques SS, Lin JS, Starling MS, et al. Sexuality Education Websites for Adolescents: A Framework-Based Content Analysis. *J Health Commun*. 2015;20(11):1310-1319. doi:10.1080/10810730.2015.1018621
 33. Muessig KE, Pike EC, Legrand S, Hightow-Weidman LB. Mobile phone applications for the care and prevention of HIV and other sexually transmitted diseases: a review. *J Med Internet Res*. 2013;15(1):e1. doi:10.2196/jmir.2301

34. Kalke KM, Ginossar T, Shah SFA, West AJ. Sex Ed to Go: A Content Analysis of Comprehensive Sexual Education Apps. *Heal Educ Behav*. December 2017;109019811774925. doi:10.1177/1090198117749259
35. Davis M. After the clinic? Researching sexual health technology in context. *Cult Health Sex*. 2015;17(4):398-411. doi:10.1080/13691058.2014.928371
36. Gibbs J, Gkatzidou V, Tickle L, et al. "Can you recommend any good STI apps?" A review of content, accuracy and comprehensiveness of current mobile medical applications for STIs and related genital infections. *Sex Transm Infect*. 2017;93(4):240-246. doi:10.1136/sextrans-2016-052690
37. Educación Para La Sexualidad Con Bases Científicas: Documento de Consenso de Madrid. Recomendaciones de Un Grupo Internacional de Expertos. Madrid; 2012.
38. Grupo Internacional de Currículo en Sexualidad y VIH. Un Sólo Currículo. Pautas y Actividades Para Un Enfoque Integrado Hacia La Educación En Sexualidad, Género, VIH y Derechos Humanos. (Haberland N, Rogow D, eds.). Population Council, Nueva York.; 2011.
39. Rankin HA, LoSasso A, Schwartz BI. Exploring the Feasibility of Incorporating Sexual Education Into Routine Adolescent Office Visits. *Am J Med Qual*. 2017;32(6):682. doi:10.1177/1062860617713173
40. Espada JP, Morales A, Orgilés M, Jemmott JB, Jemmott LS. Short-term evaluation of a skill-development sexual education program for Spanish adolescents compared with a well-established program. *J Adolesc Health*. 2015;56(1):30-37. doi:10.1016/j.jadohealth.2014.08.018
41. Standards for Sexuality Education in Europe. WHO Regional Office for Europe and Federal Centre for Health Education, BZgA. Colonia; 2010.
42. Estándares Internacionales de Práctica Para Educadores En Sexualidad y Promoción de La Salud Sexual. Asociación Mundial Para La Salud Sexual. Gotemburgo.; 2009.
43. Lucas Matheu M, Ferrández Infante A. Atención al área sexual. In: Casado Vicente V, Calero Muñoz S, Córdón Granados F, et al., eds. *Tratado de Medicina de Familia y Comunitaria*. Panamericana. ; 2012:1797-1833.
44. Borrell-Carrió F. Médico de personas. Jordi Gol i Gurina, 1924-1985, in memoriam. *Aten Primaria*. 2005;35(7):339-341. doi:10.1157/13074290
45. Ports KA, Barnack-Tavlaris JL, Syme ML, Perera RA, Lafata JE. Sexual health discussions with older adult patients during periodic health exams. *J Sex Med*. 2014;11(4):901-908. doi:10.1111/jsm.12448
46. Charnetski CJ, Brennan FX. *Feeling Good Is Good for You: How Pleasure Can Boost Your Immune System and Lengthen Your Life*. Emmaus: Rodale Press; 2001.
47. Flynn T-J, Gow AJ. Examining associations between sexual behaviours and quality of life in older adults. *Age Ageing*. 2015;44(5). doi:10.1093/ageing/afv083
48. Meaddough EL, Olive DL, Gallup P, Perlin M, Kliman HJ. Sexual activity, orgasm and tampon use are associated with a decreased risk for endometriosis. *Gynecol Obstet Invest*. 2002;53:163-169. doi:10.1159/000058368
49. Lindau ST, Gavrilova N. Sex, health, and years of sexually active life gained due to good health: evidence from two US population based cross sectional surveys of ageing. *BMJ*. 2010;340:C810. doi:10.1136/bmj.c810
50. Agustí C, Fernández L, Mascort J, Carrillo R, Casabona J. Barreras para el diagnóstico de las infecciones de transmisión sexual y virus de la

- inmunodeficiencia humana en Atención Primaria en España. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2013;31(7):451-454. doi:10.1016/j.eimc.2012.12.012
51. Markham WA, Bullock AD, Matthews P, Firmstone VR, Kelly S, Field SJ. Sexual health care training needs of general practitioner trainers: a regional survey. *J Fam Plan Reprod Heal Care*. 2005;31(3):213-218. doi:10.1783/1471189054484086
 52. Freedman E, Britt H, Harrison CM, Mindel A. Sexual health problems managed in Australian general practice: a national, cross sectional survey. *Sex Transm Infect*. 2006;82(1):61-66. doi:10.1136/sti.2005.016931
 53. Douglas JM, Fenton KA. Understanding sexual health and its role in more effective prevention programs. *Public Health Rep*. 2013;128 Suppl:1-4. <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3562741&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>.
 54. Womack J, Kell P, Scally G. Holding up the mirror: how to use quality assurance, peer review to improve sexual health. *Sex Transm Infect*. 2013;89(8):616-619. doi:10.1136/sextrans-2012-050864
 55. Viñas Llebot H. Entrevista clínica y sexualidad. *Matronas Profesión*. 2001;4-8.
 56. Sánchez-Sánchez F, González-Correales R, Jurado-López AR, et al. La anamnesis en la historia clínica en salud sexual: habilidades y actitudes. *SEMERGEN*. 2013;39(8):7.
 57. Beà Ardébol S, Ballesteros Martín J. ¿Cómo hablar de sexo en la consulta? Habilidades para la comunicación en ITS. *ITS y otras dermatosis*. 2007;1:53-58.
 58. World Health Organization. Education and treatment in human sexuality: the training of health professionals, report of a WHO meeting. 1975;(Technical Report Series No. 572. Geneva.):1-33. <http://apps.who.int/iris/handle/10665/38247>.
 59. Miller AM, Kismödi E, Cottingham J, Gruskin S. Sexual rights as human rights: a guide to authoritative sources and principles for applying human rights to sexuality and sexual health. *Reprod Health Matters*. 2015;23(46):16-30. doi:10.1016/j.rhm.2015.11.007
 60. OMS. Salud reproductiva. 2003. http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/EB113/seb11315a1.pdf.
 61. Soriano Fernández H, Rodenas García L, Moreno Escribano D. Criterios de Elegibilidad de Métodos Anticonceptivos. Nuevas Recomendaciones. *Rev Clínica Med Fam*. 2005;3(3):206-216. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2010000300009. Accessed January 11, 2018.
 62. Rodriguez J, Abutouk M, Roque K, Sridhar A. Personalized contraceptive counseling: helping women make the right choice. *Open access J Contracept*. 2016;7:89-96. doi:10.2147/OAJC.S81546
 63. Halpern V, Lopez LM, Grimes DA, Stockton LL GM. Strategies to improve adherence and acceptability of hormonal methods of contraception (Review). *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;(10). doi:10.1002/14651858.CD004317.pub4.www.cochranelibrary.com
 64. World Health Organization. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use. Fifth Edition.; 2015. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/181468/1/9789241549158_eng.pdf.
 65. Trillo Fernández C, Navarro Martín JA, Luque Barea MA, Seoane García J. Guía Práctica de Planificación Familiar En Atención Primaria.; 2008.
 66. Navarro Martín JA, Trillo Fernández C, Luque Barea MA, Seoane García J,

- Alonso Llamazares MJ, Montoro Gotor S. Anticoncepción y Salud Sexual En Atención Primaria.; 2014. doi:M. 13588-2014
67. Reimers A. Contraception for women with epilepsy: counseling, choices, and concerns. *Open access J Contracept*. 2016;7:69-76. doi:10.2147/OAJC.S85541
 68. Lopez LM, Grey TW, Chen M, Denison J, Stuart G. Behavioral interventions for improving contraceptive use among women living with HIV. *Cochrane Database Syst Rev*. August 2016. doi:10.1002/14651858.CD010243.pub3
 69. Berglund Scherwitzl E, Lundberg O, Kopp Kallner H, Gemzell Danielsson K, Trussell J, Scherwitzl R. Perfect-use and typical-use Pearl Index of a contraceptive mobile app. *Contraception*. 2017;96(6):420-425. doi:10.1016/j.contraception.2017.08.014
 70. Frank-Herrmann P, Heil J, Gnoth C, et al. The effectiveness of a fertility awareness based method to avoid pregnancy in relation to a couple's sexual behaviour during the fertile time: a prospective longitudinal study. *Hum Reprod*. 2007;22(5):1310-1319. doi:10.1093/humrep/dem003
 71. Wyatt KD, Anderson RT, Creedon D, et al. Women's values in contraceptive choice: a systematic review of relevant attributes included in decision aids. *BMC Womens Health*. 2014;14(1):28. doi:10.1186/1472-6874-14-28
 72. Schwarcz DR, Castro DR, Galimberti DD, et al. Guía Para El Uso de Métodos Anticonceptivos.; 2002. http://www.msal.gob.ar/saludsexual/downloads/guia_de_metodos_anticonceptivos.pdf.
 73. Callegari LS, Ma EW, Schwarz EB. Preconception care and reproductive planning in primary care. *Med Clin North Am*. 2015;99(3):663-682. doi:10.1016/j.mcna.2015.01.014
 74. Seetharaman S, Yen S, Ammerman SD. Improving adolescent knowledge of emergency contraception: challenges and solutions. *Open access J Contracept*. 2016;7:161-173. doi:10.2147/OAJC.S97075
 75. Siracusano S, Silvestri T, Casotto D. Sexually transmitted diseases: epidemiological and clinical aspects in adults. *Rev Urol*. 2014;81(4):200-208. doi:10.5301/uro.5000101
 76. Matthews P, Fletcher J. Sexually transmitted infections in primary care: a need for education. *Br J Gen Pract*. 2001;51(January):52-56.
 77. Goldschmidt RH, Chu C. Primary care for patients with HIV infection: It's not who should provide it, it's how to provide it. *Am Fam Physician*. 2016;94(9):687-688. www.aafp.org/afp.
 78. Borrel Martínez JM, Díaz Franco A, Herrera Puente Á, Sánchez Bursón L, SanMartín Sánchez E. Guía de Buena Práctica Clínica En Infecciones de Transmisión Sexual. Madrid; 2011. https://www.cgcom.es/sites/default/files/gbpc_infecciones_transmision_sexual.pdf.
 79. Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial del sector de la salud contra las infecciones de transmisión sexual 2016–2021. 2016. <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250253/1/WHO-RHR-16.09-spa.pdf>.
 80. Grupo de Trabajo Sobre ITS. Infecciones de Transmisión Sexual: Diagnóstico, Tratamiento, Prevención y Control. Madrid, 2011. <https://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/DocITS2011.pdf>.
 81. Ramírez-Amador V, Anaya-Saavedra G, Crabtree-Ramírez B, Esquivel-Pedraza L, Saeb-Lima M, Sierra-Madero J. Clinical Spectrum of Oral Secondary Syphilis

- in HIV-Infected Patients. *J Sex Transm Dis*. 2013;2013:1-8. doi:10.1155/2013/892427
82. Quilter L, Dhanireddy S, Marrazzo J. Prevention of Sexually Transmitted Diseases in HIV-Infected Individuals. *Curr HIV/AIDS Rep*. 2017;14(2):41-46. doi:10.1007/s11904-017-0350-3
 83. Hogben M, Collins D, Hoots B, O'Connor K. Partner services in sexually transmitted disease prevention programs: A review. *Sex Transm Dis*. 2016;43(2):S53-S62. doi:10.1097/OLQ.0000000000000328
 84. O'Connor EA, Lin JS, Burda BU, Henderson JT, Walsh ES, Whitlock EP. Behavioral sexual risk-reduction counseling in primary care to prevent sexually transmitted infections: A systematic review for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med*. 2014;161(12):874-883. doi:10.7326/M14-0475
 85. Espada JP, Guillén-Riquelme A, Morales A, Orgilés M, Sierra JC. Validación de una escala de conocimiento sobre el VIH y otras infecciones de transmisión sexual en población adolescente. *Atención Primaria*. 2014;46(10):558-564. doi:10.1016/j.aprim.2014.03.007
 86. Maxwell S. General Practitioners' views and experiences on the barriers and facilitators that men who have sex with men have when accessing primary care for HIV testing and sexual health screening. *Prim Health Care Res Dev*. November 2017:1-5. doi:10.1017/S1463423617000627
 87. Ferreira A, Young T, Mathews C, Zunza M, Low N. Strategies for partner notification for sexually transmitted infections , including HIV (Review). 2013;(10). doi:10.1002/14651858.CD002843.pub2.www.cochranelibrary.com
 88. Sexually Transmitted Diseases - Information from CDC. Centers for Disease Control and Prevention. <https://www.cdc.gov/std/default.htm>. Published 2019.
 89. Puentes Torres RC, Aguado Taberné C, Pérula de Torres LA, Espejo Espejo J, Castro Fernández C, Fransi Galiana L. Aceptabilidad de la búsqueda oportunista de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana mediante serología en pacientes captados en centros de atención primaria de España: estudio VIH-AP. *Atención Primaria*. 2016;48(6):383-393. doi:10.1016/j.aprim.2015.07.005
 90. Iglesias-Plaza A, Martín-Ezquerro G. Actualización en infecciones de transmisión sexual. *Piel*. 2016;31(9):623-630. doi:10.1016/j.piel.2016.04.020
 91. Tiplica GS, Radcliffe K, Evans C, et al. 2015 European guidelines for the management of partners of persons with sexually transmitted infections. *J Eur Acad Dermatology Venereol*. 2015;29(7):1251-1257. doi:10.1111/jdv.13181
 92. Área de vigilancia del VIH y conductas de riesgo. Vigilancia epidemiológica de las infecciones de transmisión sexual, 1995-2015. Madrid: Centro Nacional de Epidemiología/Subdirección General de Promoción de la Salud y Epidemiología - Plan Nacional . http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-servicios-cientifico-tecnicos/fd-vigilancias-alertas/fd-enfermedades/fd-sida/Vigilancia ITS_1995_2015_def.pdf.
 93. Grupo de expertos del grupo de estudio de SIDA de la SEIMC (GESIDA), Secretaría del plan nacional sobre el SIDA (SPNS), Grupo de estudio de ITS de la SEIMC (GEITS), Grupo español para la investigación de las enfermedades de transmisión sexual de la academia española de dermatología y venereología (AEDV) y de la sociedad española de infectología pediátrica (SEIP). Documento de consenso sobre diagnóstico y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual en adultos, niños y adolescentes. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2017;35(7).
 94. Feinberg J, Keeshin S. Management of Newly Diagnosed HIV Infection. *Ann*

- Intern Med. 2017;167(1):ITC1-ITC16. doi:10.7326/AITC201707040
95. Manejo de Las Hepatitis Virales En Pacientes Infectados Por El VIH. Guía de Práctica Clínica de GeSIDA.
https://www.seimc.org/contenidos/gruposdeestudio/gesida/dcientificos/documentos/2015/gesida-guiasclinicas-2015-Manejo_Hepatitis_Virales.pdf.
96. Brook G, Bacon L, Evans C, et al. 2013 UK national guideline for consultations requiring sexual history taking. *Int J STD AIDS*. 2014;25:391-404. doi:10.1177/0956462413512807
97. Agustí C, Fernández L, Mascort J, Carrillo R, Casabona J. Barreras para el diagnóstico de las infecciones de transmisión sexual y virus de la inmunodeficiencia humana en Atención Primaria en España. *Enfermedades Infecc y Microbiol clínica*. 2013;31(7):451-454. doi:10.1016/j.eimc.2012.12.012
98. Zaro I, Navazo T, Vazquez J, García A, Ibarguchi L. Aproximación Al Chemsex En España 2016.; 2016. www.infochemsex.com.
99. Hegazi A, Lee M, Whittaker W, et al. Chemsex and the city: sexualised substance use in gay bisexual and other men who have sex with men attending sexual health clinics. *Int J STD AIDS*. 2017;28(4). doi:10.1177/0956462416651229
100. Pérez Valero I, Blanco Arévalo JL. 99 Preguntas Clave Sobre Chemsex.; 2017.
101. Ma R, Perera S. Safer “chemsex”: GPs’ role in harm reduction for emerging forms of recreational drug use. *Br J Gen Pract*. 2016;66(642):4-5. doi:10.3399/bjgp16X683029
102. Young M. What is chemsex and why does it matter? *Eur J Educ*. 2015;50(1):17-20. doi:10.1111/ejed.12105
103. López-Torres Hidalgo J. La detección de las disfunciones sexuales en Atención Primaria. *Atención Primaria*. 2012;44(9):525-526. doi:10.1016/j.aprim.2012.06.002
104. McCabe MP, Sharlip ID, Lewis R, et al. Risk Factors for Sexual Dysfunction Among Women and Men: A Consensus Statement From the Fourth International Consultation on Sexual Medicine 2015. *J Sex Med*. 2016;13(2):153-167. doi:10.1016/j.jsxm.2015.12.015
105. Sánchez-Sánchez F. La disfunción eréctil y otros trastornos sexuales en la consulta del médico de familia: ¡asumamos nuestro protagonismo! *Semer Rev española Med Fam*. 2003;29(5):227-229.
<http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/40/40v29n05a13047280pdf001.pdf>.
106. Hatzichristou D, Rosen RC, Broderick G, et al. Clinical evaluation and management strategy for sexual dysfunction in men and women. *J Sex Med*. 2004;1(1):49-56. doi:10.1111/j.1743-6109.2004.10108.x
107. Alcoba Valls S., García-Giralda Ruiz L, San Martín Blanco C. Guía de Buena Práctica Clínica En Disfunciones Sexuales. Atención Primaria de Calidad.; 2004.
http://campus.isemu.es/guia_buenas_practicas_tratamiento_disfunciones_sexuales.pdf#page=14.
108. Hatzichristou D, Kirana PS, Banner L, et al. Diagnosing Sexual Dysfunction in Men and Women: Sexual History Taking and the Role of Symptom Scales and Questionnaires. *J Sex Med*. 2016;13(8):1166-1182. doi:10.1016/j.jsxm.2016.05.017
109. Ramón Gutiérrez-Hernández P, Puigvert-Martínez A, Prieto-Castro R. La pareja del hombre con disfunción eréctil: La opinión del médico de Atención Primaria acerca de su papel en el diagnóstico y el tratamiento de la disfunción eréctil en

- España. *Rev Int Androl.* 2013;11(4):128-137. doi:10.1016/j.androl.2013.10.001
110. Nappi RE, Cucinella L, Martella S, Rossi M, Tiranini L, Martini E. Female sexual dysfunction (FSD): Prevalence and impact on quality of life (QoL). *Maturitas.* 2016;94:87-91. doi:10.1016/j.maturitas.2016.09.013
 111. Hatzichristou D, Rosen RC, Broderick G, et al. Clinical evaluation and management strategy for sexual dysfunction in men and women. *J Sex Med.* 2004;1(1):49-57. doi:10.1111/j.1743-6109.2004.10108.x
 112. Zhou ES, Frederick NN, Bober SL. Hormonal Changes and Sexual Dysfunction. *Med Clin North Am.* 2017;101(6):1135-1150. doi:10.1016/j.mcna.2017.06.008
 113. Masters W., Johnson V. *Human Sexual Response.* Boston: Little, Brown; 1966.
 114. Asociación Americana de Psiquiatría. *Guía de Consulta de Los Criterios Diagnósticos Del DSM 5.* Arlington, VA: Asociación Americana de Psiquiatría;; 2013. doi:10.1176/appi.books.9780890425657
 115. *Guía de Bolsillo de La Clasificación CIE-10. Clasificación de Los Trastornos Mentales y Del Comportamiento CIE-10.* Panamerica. Madrid: Churchill Livingstone; 1994.
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42326/1/8479034920_spa.pdf.
 116. Buster JE. Managing female sexual dysfunction. *Fertil Steril.* 2013;100(4):905-915. doi:10.1016/j.fertnstert.2013.08.026
 117. Zethraeus N, Dreber A, Ranehill E, et al. Combined Oral Contraceptives and Sexual Function in Women—a Double-Blind, Randomized, Placebo-Controlled Trial. *J Clin Endocrinol Metab.* 2016;101(11):4046-4053. doi:10.1210/jc.2016-2032
 118. Hurtado Murillo F, Domínguez Salonginos O. Vademecum sexual: Fármacos y disfunción sexual. *Actualización. Psicosomática y Psiquiatr.* 2017;(1):27-59.
 119. Lorenz T, Rullo J, Faubion S. Antidepressant-Induced Female Sexual Dysfunction. *Mayo Clin Proc.* 2016;91(9):1280-1286.
doi:10.1016/j.mayocp.2016.04.033
 120. Sánchez-Fuentes M del M, Santos-Iglesias P, Sierra JC. A systematic review of sexual satisfaction. *Int J Clin Heal Psychol.* 2014;14(1):67-75.
doi:10.1016/S1697-2600(14)70038-9
 121. Goldstein I, Kim NN, Clayton AH, et al. Hypoactive Sexual Desire Disorder: International Society for the Study of Women's Sexual Health (ISSWSH) Expert Consensus Panel Review. *Mayo Clin Proc.* 2017;92:114-128.
doi:10.1016/j.mayocp.2016.09.018
 122. Derby CA, Mohr BA, Goldstein I, Feldman HA, Johannes CB, McKinlay JB. Modifiable risk factors and erectile dysfunction: can lifestyle changes modify risk? *Urology.* 2000;56(2):302-306. doi:10.1016/S0090-4295(00)00614-2
 123. Rew KT, Heidelbaugh JJ. Erectile Dysfunction. 2016;94(10). www.aafp.org/afp. Accessed February 14, 2018.
 124. Celada Rodríguez Á, Tárraga López PJ, Rodríguez Montes JA, Solera Albero J, López Cara MA, Arjona Laborda E. Disfunción eréctil asociada a factores de riesgo cardiovascular. *Clínica e Investig en Arterioscler.* 2011;23(6):253-261.
doi:10.1016/J.ARTERI.2011.08.002
 125. Martín-Morales A, Sánchez-Cruz JJ, Saenz de Tejada I, Rodríguez-Vela L, Fernando Jiménez-Cruz J, Burgos-Rodríguez R. Prevalence and independent risk factors for erectile dysfunction in Spain: results of the Epidemiología de la Disfunción Erectil Masculina Study. *J Urol.* 2001;166(2):569-575.
doi:10.1016/S0022-5347(05)65986-1
 126. Turini T, Weck Roxo AC, Serra-Guimarães F, et al. The Impact of Labiaplasty

- on Sexuality. *Plast Reconstr Surg*. 2018;141(1):87-92.
doi:10.1097/PRS.00000000000003921
127. Katz A. Obesity and Sexual Dysfunction: Making the Connection. *AJN, Am J Nurs*. 2017;117(10):45-50. doi:10.1097/01.NAJ.0000525873.36360.5a
 128. Bober SL, Recklitis CJ, Michaud AL, Wright AA. Improvement in sexual function after ovarian cancer: Effects of sexual therapy and rehabilitation after treatment for ovarian cancer. *Cancer Cytopathol*. 2018;124(1):176-182. doi:10.1002/cncr.30976
 129. Soto Campos JG, Rojas Villegas J, Padilla Galo A, et al. Impacto del asma en la vida sexual de los pacientes. Un estudio de casos y controles. *Arch Bronconeumol*. 2017;(xx). doi:10.1016/j.arbres.2017.05.011
 130. Dogra PN, Singh P, Nayyar R, Yadav S. Sexual Dysfunction After Urethroplasty. *Urol Clin North Am*. 2017;44(1):49-56. doi:10.1016/j.ucl.2016.08.013
 131. Xiao M, Gao H, Bai H, Zhang Z. Quality of life and sexuality in disease-free survivors of cervical cancer after radical hysterectomy alone: A comparison between total laparoscopy and laparotomy. *Medicine (Baltimore)*. 2016;95(36):e4787. doi:10.1097/MD.00000000000004787
 132. Ledón Llanes L, Agramonte Machado A, Chirinos Cáceres JL, et al. Experiencia sexual de mujeres y varones que viven con enfermedades endocrinas. *Rev Int Andrología*. 2006;4(2):60-69. doi:10.1016/S1698-031X(06)73572-5
 133. Carrera Alonso E, López San Román A, Boixeda de Miquel D. [Impact of inflammatory bowel disease on sexual function]. *Gastroenterol Hepatol*. 2009;32 Suppl 2(Supl 2):50-54. doi:10.1016/S0210-5705(09)72606-8
 134. Navaneethan SD, Vecchio M, Johnson DW, et al. Prevalence and Correlates of Self-Reported Sexual Dysfunction in CKD: A Meta-analysis of Observational Studies. *Am J Kidney Dis*. 2010;56(4):670-685. doi:10.1053/j.ajkd.2010.06.016
 135. Johnson CE. Sexual Health during Pregnancy and the Postpartum (CME). *J Sex Med*. 2011;8(5):1267-1284. doi:10.1111/j.1743-6109.2011.02223.x
 136. Cobo-Cuenca AI, Serrano-Selva JP, de la Marta-Florencio M, et al. Calidad de vida del varón con lesión medular traumática y disfunción sexual. *Enfermería Clínica*. 2012;22(4):205-208. doi:10.1016/j.enfcli.2012.05.002
 137. Molero Rodríguez F. Curso de Salud sexual. Disfunciones sexuales: Detección, enfoque y tratamiento. 2016. www.sietediasmedicos.com.
 138. Martínez-Jabaloyas JM. Prevalencia de comorbilidades en pacientes con disfunción eréctil. *Actas Urológicas Españolas*. 2013;37(1):33-39. doi:10.1016/j.acuro.2012.04.003
 139. Sánchez Guirao L, García-Giralda Ruiz L, Sandoval Martinez C, Mocciaro Loveccio A. Disfunción eréctil en atención primaria como posible marcador del estado de salud: factores asociados y respuesta al sildenafil. 2002;30(5):290-296.
 140. García-Cruz E, Piqueras M, Gosálbez D, et al. La disfunción eréctil y su severidad están en relación con el número de factores de riesgo cardiovascular. *Actas Urol Esp*. 2012;36(5):291-295. doi:10.1016/j.acuro.2011.11.009
 141. Salonia A, Capogrosso P, Clementi MC, Castagna G, Damiano R, Montorsi F. Is erectile dysfunction a reliable indicator of general health status in men? *Arab J Urol*. 2013;11:203-211. doi:10.1016/j.aju.2013.07.008
 142. Guirao Sánchez L, García-Giralda Ruiz L, Casas Aranda I, et al. Disfunción eréctil: de marcador de salud a factor de riesgo cardiovascular independiente en atención primaria. *Rev Int Androl*. 2008;6(1):18-22.
 143. Generelo J. La Diversidad Sexual y de Género en el Sistema Educativo ¿qué

- sabemos sobre ella? *Indice*. 2016;(66):29-32. <http://www.felgtb.org/rs/1584/>.
144. Guía de Atención a Menores Con Diversidad de Género. Programa LGTB de La Comunidad de Madrid. Consejería de Asuntos Sociales. Madrid; 2015. www.pardo-valcarce.com.
 145. Domínguez YM, Gutiérrez-Barroso J, Gómez-Galdona N. Equidad, Género Y Diversidad En Educación. *Eur Sci J*. 2017. doi:10.19044/esj.2017.v13n7p300
 146. Guía para trabajar la diversidad afectivo-sexual y de género. 2015. www.steilas.eus.
 147. Torres A. Los 10 principales tipos de orientación sexual. <https://psicologiaymente.com/sexologia/tipos-orientacion-sexual>.
 148. D'Elío F, Sotelo J, Santamaría C, Recchi J. Guía Básica Sobre Diversidad Sexual.; 2016. http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000322cnt-2016-07_guia-diversidad-sexual-2016.pdf.
 149. Diezma Criado J. Guía Para El Abordaje de La Historia Clínica Sexual En Atención Primaria. Madrid; 2015. <https://eapjosemarva.files.wordpress.com/2015/10/guc3ada-para-la-hc2aa-sexual-en-atencic3b3n-primaria-2015-valorac3b3n1.pdf>.
 150. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV.; 1994. <https://psicovalero.files.wordpress.com/2014/06/manual-diagnc3b3stico-y-estad3adstico-de-los-trastornos-mentales-dsm-iv.pdf>.
 151. Asociación Americana de Psiquiatría. Guía de Consulta de Los Criterios Diagnósticos Del DSM 5.; 2013. www.appi.org.
 152. Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición. Trastornos de La Identidad de Género. Guía Clínica Para El Diagnóstico y Tratamiento.; 2002. http://transexualia.org/wp-content/uploads/2015/03/Medico_guiaclinica.pdf.
 153. Gamero Lucas JJ. Problemas médico-legales de la transexualidad. In: *Medicina Legal Sexológica y de La Reproducción*. ; 2018:692-706. doi:10.1016/B978-84-9113-096-3.00046-X
 154. Esteva De Antonio I, Gómez-Gil E, Almaraz C, et al. Organización de la asistencia a la transexualidad en el sistema sanitario público español. *Gac Sanit*. 2012;26(3):203-209. doi:10.1016/j.gaceta.2011.10.021
 155. Kellogg Spadt S, Rosenbaum TY, Dweck A, Millheiser L, Pillai-Friedman S, Krychman M. CME Information: Sexual Health and Religion: A Primer for the Sexual Health Clinician (CME). *J Sex Med*. 2014;11(7):1606-1619. doi:10.1111/jsm.12593
 156. Rahman S. Female Sexual Dysfunction Among Muslim Women: Increasing Awareness to Improve Overall Evaluation and Treatment. *Sexual Medicine Reviews*. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2050052118300246?via%3Diuhub>. Published April 18, 2018.
 157. Muhamad R, Kerian K, Secondary CA, et al. Meanings of sexuality : Views from Malay women with sexual dysfunction. *Arch Sex Behav*. July 2018:DOI: 10.1007/s10508-018-1228-1. doi:10.1007/s10508-018-1228-1
 158. Hamdi S. The impact of teachings on sexuality in Islam on HPV vaccine acceptability in the Middle East and North Africa region. *J Epidemiol Glob Health*. 2018;7:S17-S22. doi:10.1016/J.JEGH.2018.02.003
 159. Delegación del Gobierno para la Violencia de Género. Delegación Del Gobierno Para La Violencia de Género. Macroencuesta de Violencia Contra La Mujer

2015. Avance de Los Resultados. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Centro de Publicaciones, 2015.
http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/violenciaEnCifras/macroencuesta2015/pdf/AVANCE_MACROENCUESTA_VIOLENCIA_CONTRA_LA_MUJER_2015.pdf.
160. WHO. Mutilación genital femenina. Disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/female-genital-mutilation>. <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/female-genital-mutilation>. Published 2018.
 161. Ministerio de Sanidad SS e I. La Mutilación Genital Femenina en España. 2012;186. <http://www.publicacionesoficiales.boe.es>. Accessed August 17, 2018.
 162. UNICEF. Female Genital Mutilation/Cutting: A Global Concern. New York; 2016.
https://www.unicef.org/media/files/FGMC_2016_brochure_final_UNICEF_SPR_EAD.pdf.
 163. Greenwood NW, Wilkinson J. Sexual and Reproductive Health Care for Women with Intellectual Disabilities: A Primary Care Perspective. *Int J Family Med*. 2013;2013:1-8. doi:10.1155/2013/642472
 164. Neufeld JA, Klingbeil F, Bryen DN, Silverman B, Thomas A. Adolescent sexuality and disability. *Phys Med Rehabil Clin N Am*. 2002;13(4):857-873.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12465564>.
 165. Abells D, Kirkham YA, Ornstein MP. Review of gynecologic and reproductive care for women with developmental disabilities. *Curr Opin Obstet Gynecol*. 2016;28(5):350-358. doi:10.1097/GCO.0000000000000299
 166. Santamarina C. Violencia de Género Hacia Las Mujeres Con Discapacidad. Un Acercamiento Desde Diversas Perspectivas Profesionales. Madrid
doi:10.1007/s13398-014-0173-7.2
 167. McCarthy M. Women with intellectual disability: Their sexual lives in the 21st century. *J Intellect Dev Disabil*. 2014;39(2):124-131.
doi:10.3109/13668250.2014.894963
 168. Meresman S, Ramos V, Rossi D. Es parte de la vida: Material de apoyo sobre educación sexual y discapacidad para compartir en familia. 2012:67.
https://www.unicef.org/uruguay/spanish/Es_parte_de_la_vida_tagged.pdf.
 169. Téllez Trejo M. La construcción de la sexualidad en adolescentes sordos y sordas. *Arch Hispanoam Sexol*. 2005;XI(2). http://www.cultura-sorda.org/wp-content/uploads/2015/03/Tellez_Construcion_Sexualidad_adolescentes_sordos_2005.pdf.
 170. Del Romero Guerrero J, Rojas Castro D, Ballesteros Martín J, Clavo Escribano P, Menéndez Prieto B. Prostitución: un colectivo de riesgo. *JANO*. 2004;67(1.544).
<http://www.jano.es/ficheros/sumarios/1/67/1544/106/1v67n1544a13069406pdf001.pdf>.
 171. Ministerio de Sanidad y de Consumo. Plan Multisectorial Frente a La Infección Por VIH y El Sida. España 2008-2012. Madrid; 2008.
<http://www.msbs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/PM200812.pdf>.
 172. Plan Estratégico de Prevención y Control de La Infección Por VIH y Otras Infecciones de Transmisión Sexual. Prórroga 2017-2020. Plan Nacional Sobre El Sida, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2018.
http://www.msbs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/Prorroga2017_2020_15Jun18.pdf. Accessed August 19, 2018.

173. Belza M. Características sociales y conductas de riesgo para el VIH en un grupo de travestis y transexuales masculinos que ejercen la prostitución en la calle. *Gac Sanit.* 2000;14(5):330-337.
<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2889732&orden=260996&info=link>.
174. Ministerio de Sanidad y Consumo. Plan Nacional Sobre El Sida. Plan Multisectorial 2001-2005.; 2001.
http://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/pla nEstrategico/planMultisectorial01_05.pdf.
175. Grupo para el estudio anónimo no relacionado de seroprevalencia de VIH en consultas de ETS. Seroprevalencia de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana en pacientes de consultas de enfermedades de transmisión sexual, 1998–2000. *Med Clin (Barc).* 2002;119(7):249-251.
doi:10.1016/S0025-7753(02)73377-0
176. Jeal N, Salisbury C. Health needs and service use of parlour-based prostitutes compared with street-based prostitutes: a cross-sectional survey. *BJOG An Int J Obstet Gynaecol.* 2007;114(7):875-881. doi:10.1111/j.1471-0528.2007.01379.x
177. Chow EPF, Fehler G, Chen MY, et al. Testing Commercial Sex Workers for Sexually Transmitted Infections in Victoria, Australia: An Evaluation of the Impact of Reducing the Frequency of Testing. *PLoS One.* 2014;9(7).
doi:10.1371/journal.pone.0103081
178. Tsakiridu DO, Franco Vidal A, Antonio J, et al. Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en mujeres que ejercen la prostitución en Asturias. *Gac Sanit.* 2008;22(1):40-43. <http://scielo.isciii.es/pdf/gsv/v22n1/breve1.pdf>.
179. Yuen WW-Y, Tran L, Wong CK-H, Holroyd E, Tang CS-K, Wong WC-W. Psychological health and HIV transmission among female sex workers: a systematic review and meta-analysis. *AIDS Care.* 2016;28(7):816-824.
doi:10.1080/09540121.2016.1139038
180. Taylor AK, Mastrocola E, Chew-Graham CA. How can general practice respond to the needs of street-based prostitutes? *Br J Gen Pract.* 2016;66(647):323-324.
doi:10.3399/bjgp16X685501
181. Mastrocola EL, Taylor AK, Chew-Graham C. Access to healthcare for long-term conditions in women involved in street-based prostitution: A qualitative study Service organization, utilization, and delivery of care. *BMC Fam Pract.* 2015;16(1):118. doi:10.1186/s12875-015-0331-9
182. OMS/OPS. Violencia contra la mujer. Un tema de salud prioritario. 1998;1(1):45.
http://www.who.int/gender/violence/violencia_infopack1.pdf.
183. Stöckl H, Devries K, Rotstein A, et al. The global prevalence of intimate partner homicide: a systematic review. *Lancet.* 2013;382. doi:10.1016/S0140-6736(13)61030-2
184. Arce R, Fariña F, Vilariño M. Daño psicológico en casos de víctimas de violencia de género: estudio comparativo de las evaluaciones forenses. *Rev Iberoam Psicol y Salud.* 2015;6(2):72-80. doi:10.1016/J.RIPS.2015.04.002
185. Falb KL, Annan J, Gupta J. Achieving gender equality to reduce intimate partner violence against women. *Lancet.* 2015;3:e302-e303. doi:10.1016/S2214-109X(15)00006-6
186. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e igualdad. Protocolo Común Para La Actuación Sanitaria Ante La Violencia de Género. 2012. Madrid; 2012. doi:680-12-084-6
187. García-Piña C. Sexualidad infantil: información para orientar la práctica clínica.

- Acta pediátrica México. 2016;37(1):47-53.
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0186-23912016000100047.
188. Peinado Rodríguez MT. Sexualidad en los niños: la asignatura pendiente. *Pediatría Atención Primaria*. 2010;12:s245-s253. doi:10.4321/s1139-76322010000500014
 189. OMS | Desarrollo en la adolescencia. WHO. 2015.
http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/.
 190. Breuner CC, Mattson G. Sexuality Education for Children and Adolescents. *Pediatrics*. 2016;138(2):e20161348-e20161348. doi:10.1542/peds.2016-1348
 191. Boislard M-A, van de Bongardt D, Blais M. Sexuality (and Lack Thereof) in Adolescence and Early Adulthood: A Review of the Literature. *Behav Sci (Basel)*. 2016;6(1):8. doi:10.3390/bs6010008
 192. Fortenberry JD. Puberty and adolescent sexuality. *Horm Behav*. 2013;64(2):280-287. doi:10.1016/j.yhbeh.2013.03.007
 193. Shannon CL, Klausner JD. The growing epidemic of sexually transmitted infections in adolescents: A neglected population. *Curr Opin Pediatr*. 2018;30(1):137-143. doi:10.1097/MOP.0000000000000578
 194. Ashcraft AM, Murray PJ. Talking to Parents About Adolescent Sexuality. *Pediatr Clin North Am*. 2017;64(2):305-320. doi:10.1016/j.pcl.2016.11.002
 195. WHO. Research on the Menopause in the 1990s. Report of a WHO Scientific Group.; 1996.
http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/41841/WHO_TRS_866.pdf;jsessionid=96FD0A5511BD9E74CCA625DBD0EFEE5E?sequence=1.
 196. Hunter MM, Nakagawa S, Van Den Eeden SK, Kuppermann M, J. Huang A. Predictors of impact of vaginal symptoms in postmenopausal women. *Menopause*. 2016;23(1):40-46. doi:10.1097/GME.0000000000000482
 197. Flynn KE, Carter J, Lin L, et al. Assessment of vulvar discomfort with sexual activity among women in the United States. *Am J Obstet Gynecol*. 2017;216(4):391.e1-391.e8. doi:10.1016/j.ajog.2016.12.006
 198. Palacios S, Cancelo MJ, Castelo Branco C, Llana P, Molero F, Borrego RS. Vulvar and vaginal atrophy as viewed by the Spanish REVIVE participants: symptoms, management and treatment perceptions. *Climacteric*. 2017;20(1):55-61. doi:10.1080/13697137.2016.1262840
 199. Huhtaniemi IT. Andropause - lessons from the European Male Ageing Study. *Ann Endocrinol (Paris)*. 2014;75(2):128-131. doi:10.1016/j.ando.2014.03.005
 200. Heidari R, Sajadi H, Pourmand A, Pourmand G. Can testosterone level be a good predictor of late-onset hypogonadism? *Andrologia*. 2015;47(4):433-437. doi:10.1111/and.12285
 201. Khosravi S, Ardebili HE, Larijani B, et al. Are andropause symptoms related to depression? *Aging Clin Exp Res*. 2015;27(6):813-820. doi:10.1007/s40520-015-0341-4
 202. Caruso S, Rapisarda AMC, Cianci S. Sexuality in menopausal women. *Curr Opin Psychiatry*. 2016;29(6):323-330. doi:10.1097/YCO.0000000000000280
 203. Jannini EA, Nappi RE. Couplepause: A New Paradigm in Treating Sexual Dysfunction During Menopause and Andropause. *Sex Med Rev*. 2018;6(3):384-395. doi:10.1016/J.SXMR.2017.11.002
 204. Nusbaum MR, Lenahan P, Sadovsky R. Sexual health in aging men and women: addressing the physiologic and psychological sexual changes that occur with age. *Geriatrics*. 2005;60(9):18-23. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16153140>.

205. Dominguez LJ, Barbagallo M. Ageing and sexuality. *Eur Geriatr Med*. 2016;7(6):512-518. doi:10.1016/j.eurger.2016.05.013
206. Waite LJ, Iveniuk J, Laumann EO, McClintock MK. Sexuality in Older Couples: Individual and Dyadic Characteristics. *Arch Sex Behav*. 2017;46(2). doi:10.1007/s10508-015-0651-9
207. Ginsberg TB. Aging and sexuality. *Med Clin North Am*. 2006;90:1025–1036. doi:10.1016/j.mcna.2006.06.003
208. Palacios-Ceña D, Carrasco-Garrido P, Hernández-Barrera V, Alonso-Blanco C, Jiménez-García R, Fernández-de-las-Peñas C. Sexual behaviors among older adults in Spain: results from a population-based national sexual health survey. *J Sex Med*. 2012;9(1):121-129. doi:10.1111/j.1743-6109.2011.02511.x
209. Mancini GBJ. Cardiovascular Risk Reduction and Male Sexual Health: No Free Ride. *Can J Cardiol*. 2018;34(1):4-5. doi:10.1016/j.cjca.2017.10.022
210. Winder K, Seifert F, Köhrmann M, et al. Lesion mapping of stroke-related erectile dysfunction. *Brain*. 2017;140(6):1706-1717. doi:10.1093/brain/awx080
211. Katz A, Dizon DS. Sexuality After Cancer: A Model for Male Survivors. *J Sex Med*. 2016;13(1):70-78. doi:10.1016/j.jsxm.2015.11.006
212. Welliver C, Essa A. Sexual Side Effects of Medical and Surgical Benign Prostatic Hyperplasia Treatments. *Urol Clin North Am*. 2016;43(3):393-404. doi:10.1016/j.ucl.2016.04.010
213. Kieffer JM, Djajadiningrat RS, van Muilekom EAM, Graafland NM, Horenblas S, Aaronson NK. Quality of life for patients treated for penile cancer. *J Urol*. 2014;192(4):1105-1110. doi:10.1016/j.juro.2014.04.014
214. Symms MR, Rawl SM, Grant M, et al. Sexual health and quality of life among male veterans with intestinal ostomies. *Clin Nurse Spec*. 2008;22(1):30-40. doi:10.1097/01.NUR.0000304181.36568.a7
215. Sierra JC, Vallejo-Medina P, Santos-Iglesias P, Moyano N, Granados MR, Del Mar Sánchez-Fuentes M. Funcionamiento sexual en personas mayores: influencia de la edad y de factores psicosexuales. *Rev Int Andrología*. 2014;12(2):64-70. doi:10.1016/j.androl.2013.10.002
216. Villar F, Fabà J, Celdrán M, Serrat R. Regulación de la expresión sexual de los mayores ingresados en residencias: la visión de los profesionales. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2014;49(6):272-278. doi:10.1016/J.REGG.2014.06.007
217. Træen B, Štulhofer A, Janssen E, et al. Sexual Activity and Sexual Satisfaction Among Older Adults in Four European Countries. *Arch Sex Behav*. July 2018:1-15. doi:10.1007/s10508-018-1256-x
218. Lee DM, Vanhoutte B, Nazroo J, Pendleton N. Sexual Health and Positive Subjective Well-Being in Partnered Older Men and Women. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2016;0(0):698-710. doi:10.1093/geronb/gbw018
219. Tetley J, Lee DM, Nazroo J, Hinchliff S. Let's talk about sex - What do older men and women say about their sexual relations and sexual activities? A qualitative analysis of ELSA Wave 6 data. *Ageing Soc*. 2018;38(3):497-521. doi:10.1017/S0144686X16001203
220. Busto MJ, García San Miguel L, Castela ME, Bermúdez E. Actitudes y prácticas de los médicos de atención primaria ante el diagnóstico de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2011;29(7):490-496. doi:10.1016/j.eimc.2011.02.014
221. López-Torres Hidalgo J. La detección de las disfunciones sexuales en Atención Primaria. *Aten Primaria*. 2012;44(9):525-526. doi:10.1016/j.aprim.2012.06.002
222. Gómez Gascón T. Acreditación y reacreditación de tutores de MFyC en España.

- Atención Primaria. 2002;29(3):164-166. <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-acreditacion-reacreditacion-tutores-mfyc-espana-13026985>.
223. Busto MJ, García San Miguel L, Castelao ME, Bermúdez E. Actitudes y prácticas de los médicos de atención primaria ante el diagnóstico de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2011;29(7):490-496. doi:10.1016/j.eimc.2011.02.014
 224. Arrizabalaga P, Bruguera M. Feminización y ejercicio de la medicina. *Med Clin (Barc)*. 2009;133(5):184-186. doi:10.1016/j.medcli.2009.01.027
 225. Inmaculada M, Merino PP. Mujeres en sanidad: entre la igualdad y la desigualdad. *Cuad Relac laborales*. 2012;30(2):497-518. doi:10.5209/rev_CRLA.2012.v30.n2.40210
 226. Flores-Domínguez C. Feminización en medicina: liderazgo y academia. *Educ Médica*. 2012;15(4):191-195. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-18132012000400003.
 227. García López C, García Díaz I, García López M, López Muñoz A, Martínez Suarez V. Estado de opinión sobre la feminización de la profesión médica y sus consecuencias. *Pediatr Integr*. 2018;22(6):299.e1 – 299.e10. <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2018-09/articulo-de-opinionestado-de-opinion-sobre-la-feminizacion-de-la-profesion-medica-y-sus-consecuencias/>.
 228. Diderichsen S, Johansson EE, Verdonk P, Lagro-Janssen T, Hamberg K. Few gender differences in specialty preferences and motivational factors: a cross-sectional Swedish study on last-year medical students. *BMC Med Educ*. 2013;13(1):39. doi:10.1186/1472-6920-13-39
 229. Ribeiro S, Alarcão V, Simões R, Miranda FL, Carreira M, Galvão-Teles A. General practitioners' procedures for sexual history taking and treating sexual dysfunction in primary care. *J Sex Med*. 2014;11(2):386-393. doi:10.1111/jsm.12395
 230. Hayes V, Blondeau W, Bing-You RG. Assessment of medical student and resident/fellow knowledge, comfort, and training with sexual history taking in LGBTQ patients. *Fam Med*. 2015;47(5).
 231. Shindel AW, Ando KA, Nelson CJ, Breyer BN, Lue TF, Smith JF. Medical student sexuality: how sexual experience and sexuality training impact U.S. and Canadian medical students' comfort in dealing with patients' sexuality in clinical practice. *Acad Med*. 2010;85(8):1321-1330. doi:10.1097/ACM.0b013e3181e6c4a0
 232. Ariffin F, Chin KL, Ng C, Miskan M, Lee VK, Isa MR. Are medical students confident in taking a sexual history? An assessment on attitude and skills from an upper middle income country. *BMC Res Notes*. 2015;8(1):248. doi:10.1186/s13104-015-1220-y
 233. Khanam M, Perveen S, Mirza S. Reproductive and Sexual health issues: Knowledge, Opinion and Attitude of medical graduates from Karachi. *J Pak Med Assoc*. 2011;61(7):648-652.
 234. Wittenberg A, Gerber J. Recommendations for improving sexual health curricula in medical schools: Results from a two-arm study collecting data from patients and medical students. *J Sex Med*. 2009. doi:10.1111/j.1743-6109.2008.01046.x
 235. Schulkind J, Hurst S, Biggart R, Bowsher G. Sex and relationship education should be statutory. *Lancet*. 2015;385(9982):2042-2043. doi:10.1016/S0140-6736(15)60984-9

236. Temple-Smith MJ, Mulvey G, Keogh L. Attitudes to taking a sexual history in general practice in Victoria, Australia. *Sex Transm Infect.* 1999;75(1):41-44. doi:10.1136/sti.75.1.41
237. Ashton M, Cook R. Primary care physician attitudes regarding sexually transmitted diseases. *Sex Transm Dis.* 2002;29(4):246-251. <http://graphics.tx.ovid.com/ovftpdfs/FPDDNCMCODHJHM00/fs046/ovft/live/gv023/00007435/00007435-200204000-00011.pdf>.
238. Khan A, Plummer D, Hussain R, Minichiello V. Does physician bias affect the quality of care they deliver? Evidence in the care of sexually transmitted infections. *Sex Transm Infect.* 2008;84(2):150-151. doi:10.1136/sti.2007.028050
239. Vollmer S, Wells K, Blacker KH, Ulrey G. Improving the preparation of preclinical students for taking sexual histories. *Acad Med.* 1989;64(8):474-479. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2751788>.
240. Lindau ST, Goodrich KG, Leitsch SA, Cook S. Sex in the curriculum: The effect of a multi-modal sexual history-taking module on medical student skills. *Sex Educ.* 2008;8(1):1-9. doi:10.1080/14681810701811753
241. Rabin DL, Boekeloo BO, Marx ES, Bowman MA, Russell NK, Willis AG. Improving Office-based Physicians' Prevention Practices for Sexually Transmitted Diseases. *Ann Intern Med.* 1994;121(7):513. doi:10.7326/0003-4819-121-7-199410010-00007
242. Liese BS, Larson MW, Johnson CA, Hourigan RJ. An experimental study of two methods for teaching sexual history taking skills. *Fam Med.* 21(1):21-24. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2721846>.
243. Agusti C, Fernandez L, Mascort J, Carillo R, Casabona J. Barreras para el diagnostico de las infecciones de transmission sexual y virus de la inmunodeficiencia humana en Atencion Primaria en Espana. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2013;1(7):451-454. doi:10.1016/j.eimc.2012.12.012
244. Brandenburg U, Bitzer J. The challenge of talking about sex: The importance of patient–physician interaction. *Maturitas.* 2009;63:124-127. doi:10.1016/j.maturitas.2009.03.019
245. Ministerio de sanidad y política social. Encuesta Nacional de Salud Sexual 2009. 2009:109. http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/v5_presentacion_ResultadosENSS_16dic09.pdf.
246. Larrañaga I, Martín U, Bacigalupe A. Salud sexual y reproductiva, y crisis económica en España. Informe SESPAS 2014. *Gac Sanit.* 2014;28(S1):109-115. doi:10.1016/j.gaceta.2014.03.007
247. Pakianathan MR, Lee MJ, Kelly B, Hegazi A. How to assess gay, bisexual and other men who have sex with men for chemsex. *Sex Transm Infect.* 2016;92(8):568-570. doi:10.1136/sextrans-2015-052405
248. Weatherburn P, Hickson F, Reid D, Torres-Rueda S, Bourne A. Motivations and values associated with combining sex and illicit drugs (chemsex) among gay men in South London: Findings from a qualitative study. *Sex Transm Infect.* 2017;93(3):203-206. doi:10.1136/sextrans-2016-052695
249. Giorgetti R, Tagliabracci A, Schifano F, Zaami S, Marinelli E, Busardò FP. When “Chems” Meet Sex: A Rising Phenomenon Called “ChemSex.” *Curr Neuropharmacol.* 2017;15(5):762-770. doi:10.2174/1570159X15666161117151148
250. Beckman N, Waern M, Gustafson D, Skoog I. Secular trends in self reported sexual activity and satisfaction in Swedish 70 year olds: cross sectional survey of

- four populations, 1971-2001. *BMJ*. 2008;337(jul08 3):a279-a279.
doi:10.1136/bmj.a279
251. Hughes AK, Wittmann D. Aging Sexuality: Knowledge and Perceptions of Preparation Among U.S. Primary Care Providers. *J Sex Marital Ther*. 2015;41(3):304-313. doi:10.1080/0092623X.2014.889056
 252. Montorsi F, Padma-Nathan H, Glina S. Erectile function and assessments of erection hardness correlate positively with measures of emotional well-being, sexual satisfaction, and treatment satisfaction in men with erectile dysfunction treated with sildenafil citrate (Viagra®). *Urology*. 2006;68(3):26-37.
doi:10.1016/J.UROLOGY.2006.06.027
 253. Paige NM, Hays RD, Litwin MS, Rajfer J, Shapiro MF. Improvement in emotional well-being and relationships of users of sildenafil. *J Urol*. 2001;166(5):1774-1778. doi:10.1016/S0022-5347(05)65673-X
 254. Sprunk E, Alteneder RR. The impact of an ostomy on sexuality. *Clin J Oncol Nurs*. 4(2):85-88. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11107381>.
 255. Lainez Pardos PL, Lobán Iza JM, Leonor Rodríguez S, Lerín Cabrejas P. La Sexualidad en la Persona Ostomizada. In: Fundación ayúdate, ed. Madrid; 2016. https://www.saludinforma.es/portalsi/documents/10179/264401/SEXUALIDAD_PERSONA_OSTOMIZADA.pdf/2ee92be6-af0f-4342-9da5-282fe7472a22.
 256. Scott RL, Lasiuk G, Norris CM. Sexual orientation and depression in Canada. *Can J Public Health*. 2017;107(6):e545-e549. doi:10.17269/cjph.107.5506
 257. Field N, Prah P, Mercer CH, et al. Are depression and poor sexual health neglected comorbidities? Evidence from a population sample. *BMJ Open*. 2016;6(3):e010521. doi:10.1136/bmjopen-2015-010521
 258. Clark MS, Jansen K, Bresnahan M. Clinical inquiry: How do antidepressants affect sexual function? *J Fam Pract*. 2013;62(11):660-661.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24288712>.
 259. Clayton AH, Croft HA, Handiwala L. Antidepressants and sexual dysfunction: mechanisms and clinical implications. *Postgrad Med*. 2014;126(2):91-99.
doi:10.3810/pgm.2014.03.2744
 260. Gleser H. Sex, women and the menopause: are specialist trainee doctors up for it? A survey of views and attitudes of specialist trainee doctors in Community Sexual & Reproductive Health and Obstetrics & Gynaecology around sexuality and sexual healthcare in the (peri)menopause. *Post Reprod Heal*. 2015;21(1):26-33. doi:10.1177/2053369115574448
 261. Samipoor F, Pakseresht S, Rezasoltani P, Kazemnajad Leili E. Awareness and experience of andropause symptoms in men referring to health centers: a cross-sectional study in Iran. *Aging Male*. May 2017:1-8.
doi:10.1080/13685538.2017.1298586
 262. Maiorino MI, Bellastella G, Esposito K. Diabetes and sexual dysfunction: current perspectives. *Diabetes Metab Syndr Obes*. 2014;7:95-105.
doi:10.2147/DMSO.S36455
 263. Alonso Álvaro Á. Sexualidad y enfermedades crónicas. *Rev Int Andrología*. 2007;5(1):22-28. doi:10.1016/S1698-031X(07)74030-X
 264. Reffellmann T, Kloner RA. Sexual function in hypertensive patients receiving treatment. *Vasc Health Risk Manag*. 2006;2(4):447-455.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17323599>.
 265. Karavitakis M, Komninos C, Theodorakis PN, et al. Evaluation of Sexual Function in Hypertensive Men Receiving Treatment: A Review of Current Guidelines Recommendation. *J Sex Med*. 2011;8(9):2405-2414.

- doi:10.1111/j.1743-6109.2011.02342.x
266. Al Khaja KAJ, Sequeira RP, Alkhaja AK, Damanhori AHH. Antihypertensive Drugs and Male Sexual Dysfunction. *J Cardiovasc Pharmacol Ther.* 2016;21(3):233-244. doi:10.1177/1074248415598321
 267. Saġitov RT, Glezer MG. [Effect of arterial hypertension on sexual health of men and their quality of life. Results of BOLERO study]. *Kardiologija.* 2009;49(9):44-50. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19772502>.
 268. Kračun I, Tul N, Blickstein I, Globevnik Velikonja V. Quantitative and qualitative assessment of maternal sexuality during pregnancy. *J Perinat Med.* 2018. doi:10.1515/jpm-2018-0206
 269. Serati M, Salvatore S, Siesto G, et al. Female sexual function during pregnancy and after childbirth. *J Sex Med.* 2010. doi:10.1111/j.1743-6109.2010.01893.x
 270. Ashton M, Cook R, Wiesenfeld HC, et al. Primary care physician attitudes regarding sexually transmitted diseases. *Sex Transm Dis.* 2002;29(4):246-251.
 271. Temple-Smith MJ, Mulvey G, Keogh L. Attitudes to taking a sexual history in general practice in Victoria, Australia. *Sex Transm Infect.* 1999;75(1):41-44. doi:10.1136/STI.75.1.41
 272. Gott M, Galena E, Hinchliff S, Elford H. Opening a can of worms: GP and practice nurse barriers to talking about sexual health in primary care. *Fam Pract.* 2004;21(5):528-536. doi:10.1093/fampra/cmh509
 273. Haley N, Maheux B, Rivard M, Gervais A. Sexual health risk assessment and counseling in primary care: How involved are general practitioners and obstetrician-gynecologists? *Am J Public Health.* 1999;89(6):899-902. doi:10.2105/AJPH.89.6.899
 274. Do K, Minichiello V, Hussain R, Khan A. Physicians' perceived barriers to management of sexually transmitted infections in Vietnam. *BMC Public Health.* 2014;14(1):1133. doi:10.1186/1471-2458-14-1133
 275. Dyer K, das Nair R. Why don't healthcare professionals talk about sex? A systematic review of recent qualitative studies conducted in the United Kingdom. *J Sex Med.* 2013;10(11):2658-2670. doi:10.1111/j.1743-6109.2012.02856.x

ENCUESTA A TUTORES DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

HABLAR DE SEXO EN LA CONSULTA

Provincia : _____

Edad : ____ Sexo : M ☐ / F ☐ Ámbito: Rural ☐ Urbano ☐

*Señale su grado de acuerdo/desacuerdo con las siguientes afirmaciones,
siguiendo la siguiente escala de Likert:*

1= Completamente en desacuerdo / Nunca

2= Parcialmente en desacuerdo / Casi nunca

3= Indiferente

4= Parcialmente de acuerdo / Casi siempre

5= Completamente de acuerdo / Siempre

	1	2	3	4	5
1. <i>La esfera sexual es un componente importante en la salud de las personas</i>					

	1	2	3	4	5
2. <i>En las historias clínicas registro sistemáticamente la historia sexual</i>					

	1	2	3	4	5
3. <i>Tengo suficiente formación para realizar la historia sexual de las personas asignadas a mi cupo</i>					

	1	2	3	4	5
4. <i>Me resulta embarazoso hablar de sexo con los pacientes</i>					

	1	2	3	4	5
5. <i>Registro en todas las historias de las personas mayores la historia sexual</i>					

	1	2	3	4	5
6. <i>Investigo si las relaciones sexuales son satisfactorias</i>					

	1	2	3	4	5
7. <i>Me he sentido atraído sexualmente por algún/a de mis pacientes</i>					

8. *Investigo el número de contactos sexuales de mis pacientes*

1	2	3	4	5

9. *Investigo sobre la orientación sexual de mis pacientes*

1	2	3	4	5

10. *Hablar de sexo con las personas mayores no es importante*

1	2	3	4	5

11. *Sólo hablo de sexo si los pacientes me lo demandan*

1	2	3	4	5

12. *Investigo sobre prácticas de riesgo sexual de mis pacientes*

1	2	3	4	5

13. *Registro antecedentes de infecciones de transmisión sexual*

1	2	3	4	5

14. *Doy consejo sobre el uso de anticonceptivos a las personas en edad fértil*

1	2	3	4	5

15. *Aconsejo sobre prácticas sexuales de menor riesgo*

1	2	3	4	5

16. *Hablo de sexo con los adolescentes*

1	2	3	4	5

17. *Investigo la relación de las patologías del paciente con su vida sexual*

1	2	3	4	5

18. *Hablo del uso de la prostitución con mis pacientes*

1	2	3	4	5

19. *Hablo del tipo y preferencias de las diferentes prácticas sexuales con mis pacientes*

1	2	3	4	5

20. *Investigo las fantasías sexuales de mis pacientes*

1	2	3	4	5

21. *Registro el consumo de sustancias adictivas en el contexto de las relaciones sexuales*

1	2	3	4	5

1 2 3 4 5

22. *Doy consejo sobre la utilización de métodos barrera*

--	--	--	--	--

1 2 3 4 5

23. *Hablo con mis pacientes de las posibles infidelidades en las parejas y los riesgos consiguientes*

--	--	--	--	--

1 2 3 4 5

24. *Cuando detecto una disfunción sexual, derivo al paciente a otro especialista*

--	--	--	--	--

1 2 3 4 5

25. *Para hablar de sexo procuro estar a solas con el paciente*

--	--	--	--	--

1 2 3 4 5

26. *Comento los efectos secundarios de los tratamientos en relación con posibles disfunciones sexuales secundarias*

--	--	--	--	--

1 2 3 4 5

27. *He vivido alguna situación embarazosa en la consulta por sentirme acosado/a*

--	--	--	--	--

1 2 3 4 5

28. *Al hablar de sexo con los pacientes tengo presente la posibilidad de la existencia de un acoso sexual*

--	--	--	--	--

- *Investigo sobre la historia sexual de mis pacientes en relación a los siguientes procesos:*

	1	2	3	4	5
Incontinencia urinaria					
Con colostomías					
HTA					
DM					
ICC					
Depresión					
Embarazo					
Preparto					
Posparto					
Menopausia					
Andropausia					
Victimas de Violación					
Con trastornos de la alimentación					
Con trastornos de la autoimagen					
Con problemas de autoestima					
Limitación músculo-esquelética					
Pacientes con sonda					
Pacientes con prácticas de riesgo					
Pacientes VIH +					

- He recibido formación específica sobre contenidos y habilidades para la realización de una historia sexual:

	SI	NO
Pregrado		
Postgrado / MIR		
Cursos de formación continuada		
Master o Cursos de especialización		
Ninguna		

- Cuál o cuales de las siguientes, considera dificultades para hablar de sexo en la consulta:

	SI	NO
Escasa formación		
Falta de tiempo		
Falta de interés personal		
Privacidad de la esfera sexual		
Falta de interés por parte del paciente		
El paciente viene acompañado		
Vergüenza para abordar el tema		

Te agradezco sinceramente tu colaboración con esta encuesta, atentamente.