



*Asesorías y Tutorías para la Investigación Científica en la Educación Puig-Salabarría S.C.
José María Pino Suárez 400-2 esq a Lerdo de Tejada, Toluca, Estado de México. 7223898475*

RFC: ATI120618V12

Revista Dilemas Contemporáneos: Educación, Política y Valores.

<http://www.dilemascontemporaneoseduccionpoliticayvalores.com/>

Año: VI Número: 2 Artículo no.:66 Período: 1ro de enero al 30 de abril del 2019.

TÍTULO: La ética en la atención de salud a pacientes con impotencia sexual.

AUTORES:

1. M.D. Fausto Pintado Astudillo.
2. Máster. Rubén Guerrero Caicedo.
3. M.D. María Luisa Lima Beltrán.
4. M.D. Rosita Olivo Torres.
5. M. D. Regla Cristina Valdés Cabodevilla.
6. Máster. Guillermo Bastidas Tello.

RESUMEN: La aproximación a la salud sexual y reproductiva desde una posición ética es una herramienta fundamental para garantizar un trato humanizado. Se examina la relación ética- atención de salud a pacientes con impotencia sexual. Como método de investigación se llevó a cabo un análisis de contenido de documentos afines a la ética en la atención de salud a pacientes con impotencia sexual. Para realizar la investigación documental se utilizaron como unidades de análisis artículos científicos originales de diferente nacionalidad, publicados en idioma español e inglés, e indexados en revistas de ética en salud, reconocidas a nivel internacional.

PALABRAS CLAVES: ética, bioética deontología, atención de salud, impotencia sexual

TITLE: Ethics in health care for patients with sexual impotence.

AUTHORS:

1. M.D. Fausto Pintado Astudillo.
2. Máster. Rubén Guerrero Caicedo.
3. M. D. María Luisa Lima Beltrán.
4. M.D. Rosita Olivo Torres.
5. Dra. Regla Cristina Valdés Cabodevilla.
6. Máster. Guillermo Bastidas Tello.

ABSTRACT: The approach to sexual and reproductive health from an ethical and bioethical position is a fundamental tool to guarantee a humane treatment. The ethical-health care for patients with sexual impotence relationship is examined. As a research method, an analysis of the content of documents related to ethics in health care for patients with sexual impotence was carried out. To carry out the documentary research, original scientific articles of different nationalities were used as units of analysis, published in Spanish and English, and indexed in internationally recognized ethics in health journals.

KEY WORDS: ethics, bioethics, deontology, health care, sexual impotence.

INTRODUCCIÓN.

La aproximación a la salud sexual y reproductiva desde una posición ética y bioética es una herramienta fundamental para garantizar un trato humanizado en la atención en salud.

Por ello, los cursos de Ética Médica y Bioética (EMB) están integrados a los currículos de casi todos los programas de medicina del mundo (Mendoza, 2009). Dicha adaptación se deriva de que la formación médica en la contemporaneidad debe incluir los disímiles enfoques constitutivos de la complejidad que identifica a la profesión médica y que se podría entender como más allá de lo que a su naturaleza se refiere (González, 2002).

No resulta viable mencionar una completa formación médica sin encerrar en este proceso elementos de tipo económico, político, jurídico y, por ende, de naturaleza ético-moral (Drane, 2004), factores no solamente conectados con la medicina sino primordialmente componentes de ella. Desgraciadamente, el acercamiento diseñado en la formación en EMB en la generalidad de los casos se encuentra divorciado de la realidad vivida en la praxis por los estudiantes. Lo habitual es que no se establezca una invariable integración entre esta formación y los basamentos teóricos que se establecen en el aula. Esta fisura puede forjar, inclusive, consecuencias opuestas a las anheladas (Suárez y Díaz, 2007).

Varias diferencias distinguen a la ética médica de la ética general, ya que esta última resulta ajustable a todos los contextos ya que se ejerce de manera pública en un juramento como la Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial o un acuerdo. Los códigos y juramentos se diferencian según la nación donde se apliquen e incluso dentro de una misma nación, aunque presentan rasgos iguales, incluso promesas en las que el especialista tendrá en cuenta la preocupación por el individuo por encima de la personal, no excluirá a los pacientes por su condición de raza, religión u otros derechos humanos, salvaguardará la privacidad de la información del paciente y proporcionará atención de emergencia a todo individuo que la requiera (Asociación Médica Mundial, 2005).

En la praxis clínica psicológica, las disfunciones sexuales se manifiestan como una problemática que se identifica de manera habitual y que resulta imprescindible investigarla por la significación que representa para la salud de las personas. Reflexionar sobre la sexualidad es referirse a un término que comprende mucho más allá de la respuesta sexual humana. Se conceptúa como un conjunto de síndromes en los que los procesos eróticos de la respuesta sexual son no deseables para el sujeto o para el grupo social y que se manifiestan en forma perseverante y periódica (Sánchez, Carreño, Martínez y Gómez, 2005); sin embargo, en el contexto particular de la atención en salud y en la promoción de los derechos sexuales, aún no se consiguen introducir de manera ideal los elementos

de la ética, con las consiguientes afectaciones a las condiciones de mayor humanización del trato y cercanía personal que podrían favorecer las acciones de promoción y prevención de la salud sexual, a partir de la construcción de una relación empática en una experiencia que trasciende lo asistencial (Montoya, 2007). Sobre ello se profundiza en este artículo que examina la relación ética- atención de salud a pacientes con impotencia sexual.

DESARROLLO.

Método.

Se llevó a cabo un análisis de contenido de documentos afines a la ética en la atención de salud a pacientes con impotencia sexual. Para realizar la investigación documental se utilizaron como unidades de análisis artículos científicos originales de diferente nacionalidad, publicados en idioma español e inglés, e indexados en revistas de ética en salud, reconocidas a nivel internacional. Durante la revisión bibliográfica y documental en fuentes de datos digitales indexadas (Pubmed, Dialnet, Google Académico y Scielo) se usaron los descriptores “ética”, “deontología”, “atención de salud” y “impotencia sexual”. En inglés: “ethics”, “deontology”, “health care” and “sexual impotence, respectivamente.

En la búsqueda de avanzada se utilizó el operador booleano AND y la restricción de tiempo entre los años 2002 y 2016. Se agregó un trabajo fuera del período de estudio a consideración de los autores. Las palabras claves introducidas en todos los buscadores han sido las mismas adecuando la estructura de la fórmula de búsqueda a la característica de cada base de datos. Posteriormente, se han seleccionado otros filtros avanzados de búsqueda para aplicar otras palabras clave como “disfunción eréctil”, “psicología sexual”, entre otros.

Se identificaron 46 artículos relacionados con la temática de estudio, de los cuales 20 se desecharon por no tener acceso al artículo completo y por no establecer relación entre los aspectos éticos y la impotencia sexual. Con posterioridad se ordenaron por año, por temáticas, se elaboró una ficha instructiva y se realizó el análisis de contenido.

Resultados.

La impotencia sexual o disfunción eréctil. Origen, clasificación y perspectivas de manejo.

La Asociación Psiquiátrica Americana ha identificado las alteraciones de la función sexual en cuatro clases: trastornos de la excitación, trastornos del deseo, falla orgásmica y dolor sexual. Por su parte, en el Consenso Internacional sobre las Disfunciones Sexuales Femeninas (International Consensus Development Conference on Female Sexual Dysfunctions), se adicionaron dos tipos más: en la lubricación y en la satisfacción (Ramos, 2006; Monterrosa, Márquez y Arteta, 2014).

Dentro de la literatura médica se recoge, que fundamentalmente, los pacientes que padecen de estados de ansiedad (Pardo, 1982), así como los pacientes geriátricos, alcohólicos (Otaño y Valdés, 2004), con cáncer genitourinario (Fernández, Pascual y García, 2004) y con Diabetes Mellitus (Pérez, 2006) se acompañan de trastornos de disfunción eréctil. Además, se conoce que hasta el 25% de los casos de Disfunción Sexual Eréctil (DSE) pueden hallarse relacionados con la administración de medicamentos para el manejo de otras afecciones, y la implicación de ciertas funciones que se encuentran conectadas con la respuesta sexual (Romero y Licea, 2000).

La disfunción eréctil, también denominada impotencia sexual no es más que la incapacidad constante para lograr o conservar la erección con suficiente rigidez para conseguir una actividad sexual placentera. Está presente en millones de hombres en varios niveles. El incremento de la comprensión del proceso eréctil masculino y el progreso de diversos agentes para optimizar la función eréctil han provocado una notable atención pública entre los hombres y sus parejas sexuales.

Dichos progresos aumentan las iniciativas terapéuticas disponibles para los médicos de atención primaria en el manejo de la disfunción eréctil. El primer paso en el estudio es una historia clínica médica y social minuciosa, que comprenda el diálogo con la pareja del caso para depurar los problemas que lo exacerban. Más tarde se plantearán consejos adecuados, el tratamiento y, si el caso lo necesita, la derivación de los pacientes con disfunción eréctil (Guirao, García, Sandoval y Mocciaro, 2002).

Sánchez, Pérez, Borrás, Gómez, Aznar y Caballero (2004) diseñan un mecanismo de diagnóstico para la disfunción sexual, en aras de establecer dentro del margen de la ética médica una posible comunicación estrecha entre paciente y profesional de la salud. Las disfunciones sexuales al resultar constantes, causan problemas de comunicación entre el médico de familia (MF) y el paciente.

Otro estudio realizado por Figueroa, et. al. (2009) destaca la preeminencia de disfunción sexual en mujeres climatéricas y expone modelos de orden ético para su manejo. La sexualidad, como componente integral y notable de la calidad de vida es alterada por la menopausia. No obstante, la función sexual no solo estriba en los niveles estrogénicos, sino de la interacción de factores biológicos con elementos sociales, psicológicos y culturales, inherentes a cada mujer y que la identifican de manera individual. En esta investigación, un tercio de las mujeres examinadas no manifestó actividad sexual alguna, y un 45% de ellas tenía una pareja estable. Dentro de las causas que justifican la inactividad sexual en mujeres de edad media, la disfunción sexual revela la mitad de los casos y el restante se deriva de mala relación con la pareja o la falta de ella.

En tanto, García y San Martín (2004) proponen el empleo del denominado consejo sexual en la atención primaria de salud como una forma de intervención sexológica precisa, usualmente centrada en un problema y dirigida a comunicar sobre el mismo y estimular en los enfermos un estilo actitudinal que facilite darle solución. Si el consejo sexual compone el proceso de terapia sexual, entonces se conceptualiza como asesoramiento. Sin dudas, presenta un significativo efecto

terapéutico, ya que facilita al paciente cuestionar su vivencia sexual y determinar apropiadamente sus problemas sexuales. Si se trabaja en pareja, será efectivo provocar un clima que mejore su tolerancia a la frustración y una posible desdramatización del problema, proponiendo una transformación en la dinámica de su relación de pareja, al brindar mayor significación al contacto no genital y animando la sensualidad en una relación sin objetivos.

El consejo sexual ante la Disfunción Eréctil debe valer para dar respuesta a las inquietudes del individuo ante el problema, identificar y corregir sus mitos y perspectivas irracionales y formular un modelo de relación sexual no demandante y no basada en el contacto genital (sobre todo en la penetración), sino en el erotismo que facilite la comunicación sexual. El consejo sexual también perseguirá beneficiar que el paciente asuma un estilo de vida más sano para su salud sexual. Si el doctor tiene la formación sexológica requerida podrá emplear un programa de terapia sexual más sofisticado (San Martín, 2004a).

Por otro lado, el empleo de autoinformes es provechoso para el diagnóstico en AP, sobre todo el Índice Internacional de Función Eréctil (IIEF) y el Índice de Salud Sexual del Varón (SHIM); sin embargo, la escasez de recursos humanos formados en sexología clínica, atenta contra un buen desarrollo de la relación médico-paciente. Se deben derivar al médico o psicólogo con formación en Sexología todos los pacientes con disfunción eréctil de naturaleza psicógena que no ceden al tratamiento oral (la más fuerte de las estrategias terapéuticas es la mixtura de IPDE5 más terapia sexual), enfermos donde todos los tratamientos médicos han fallado (uno de los fines esenciales de la Sexología es la optimización de la sexualidad dentro de las capacidades físicas de cada persona), pacientes cuya parejas no ayudan en el proceso terapéutico (Cabello, 2004).

No obstante, se considera que aún queda camino por recorrer respecto a la evaluación de la impotencia sexual, el diseño de nuevos criterios y escalas de diagnóstico y manejo es tarea pendiente en esta área del conocimiento (Blümel, Binfa, Cataldo, Carrasco, Izaguirre y Sarrá, 2004).

Clima terapéutico en el tratamiento de la impotencia sexual.

Los profesionales de la salud que atienden a diario casos de impotencia sexual deben cuidarse de manifestar imposibilidad y desesperanza emocional. Así también, de mostrar al paciente distanciamiento afectivo, actitudes negativas, estados de depresión, insensibilidad, trato impersonal e indiferente hacia este, familiares y compañeros de trabajo (Ojeda, 2006).

Incluso se ha planteado que el interés de los pacientes con impotencia sexual por abordar sus problemas sexuales puede verse truncado si se encuentran actitudes de rechazo en el personal de salud. Estas manifestaciones recorren un espectro amplio: van desde la negación directa a cualquier mención de lo sexual hasta expresiones sutiles de sanción cuando se alega falta de tiempo. La ética ha de insistir en la calidad de la comunicación terapéutica: los mensajes no verbales de rechazo e, incluso, la ausencia de contacto visual, también son experimentados como una sanción cuando se intenta hablar acerca de la problemática sexual (Montoya, 2007).

Dentro del ejercicio de la ética en la atención de salud a pacientes con impotencia sexual, San Martín (2004b) propone que la conformación de un clima terapéutico propicio y fiable para el paciente sexológico resulta un factor en muchas ocasiones determinante para el diagnóstico y tratamiento de las disfunciones sexuales (DS). El médico debe tener en cuenta el impacto emocional que estas causan tanto en el paciente como en su pareja y de que puede encontrarse ante una oportunidad sin igual para que él cuente lo que le sucede, por lo que es esencial seguir los siguientes criterios éticos en la comunicación:

1. Naturalidad y objetividad: no se debe comunicar opiniones personales al respecto sino conservar la imparcialidad.
2. Empatía: el médico debe situarse en el lugar del paciente para que este se sienta comprendido, reforzando la relación asistencial a través de un primer efecto terapéutico.

3. Lenguaje adecuado: debe ser sencillo y comprensible, sin utilizar términos demasiado técnicos ni vulgarismos que molesten y afecten la relación terapéutica.
4. Escucha activa: el paciente debe percibirnos interesados por su historia sin desentendernos, moralizar u obstaculizarlo, impidiendo que tome decisiones aceleradas.
5. Saber informar: la manera de transmisión de la información al paciente sexológico resulta esencial para el tratamiento de las DS y para la permanencia del propio tratamiento. Se debe brindar una información ordenada y clara, que facilite el planteamiento de sus dudas y cuidando sobre todo el lenguaje verbal y no verbal (tono y volumen de voz apropiados, contacto ocular y gestos).

El empleo de autoinformes es provechoso para el diagnóstico en AP, sobre todo el Índice Internacional de Función Eréctil (IIEF) y el Índice de Salud Sexual del Varón (SHIM). Se deben derivar al médico o psicólogo con formación en Sexología todos los pacientes con disfunción eréctil de naturaleza psicógena que no ceden al tratamiento oral (la más fuerte de las estrategias terapéuticas es la mixtura de IPDE5 más terapia sexual), enfermos donde todos los tratamientos médicos han fallado (uno de los fines esenciales de la Sexología es la optimización de la sexualidad dentro de las capacidades físicas de cada persona), pacientes cuya parejas no ayudan en el proceso terapéutico (Cabello, 2004).

CONCLUSIONES.

A lo largo de la vida del hombre, resulta habitual manifestar alguna clase de disfunción sexual, que como es de suponer, incide en la calidad de vida. En su totalidad, la impotencia sexual altera la calidad de vida, trasciende el ámbito del paciente, y su pareja, al contexto familiar y social.

No obstante, si bien resulta elevada la incidencia de este tipo de disfunción sexual, no existe una formación de pregrado específica para los profesionales de la salud en torno al manejo ético de los

trastornos de la sexualidad, se espera este trabajo estimule la reflexión sobre estas insuficiencias curriculares.

Varias aristas teóricas y empíricas se han nucleado en el hecho de considerar a la ética en la atención de salud a pacientes con impotencia sexual como una problemática de naturaleza compleja y digna de estudios más acuciosos. Se requiere, de cara a una mejor promoción de los derechos sexuales, crear una sólida amalgama entre los elementos de la ética, con la atención a la salud sexual en el contexto asistencial.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Arratia, F. A. (2005). Aspectos éticos vulnerados en situaciones de violencia: su importancia en la formación de enfermería. *Invest educ enferm*, 23(2), 104-116.
2. Asociación Médica Mundial. (2005). *Manual de Ética Médica*. Francia: AMM.
3. Blümel, J. E., Binfa, L., Cataldo, P., Carrasco, A., Izaguirre, H. y Sarrá, S. (2004). Índice de Función Sexual Femenina: un test para evaluar la sexualidad de la mujer. *Rev Chil Obstet Ginecol*, 69(2), 118-125.
4. Cabello, F. (2004). Guía rápida de intervención en disfunciones sexuales. En F. Toquero, J. Zarco, F. Cabello. (Eds.), *Guía de buena práctica clínica en disfunciones sexuales* (pp. 127-143). Madrid, España: Editorial International Marketing & Communications, S.A. (IM&C).
5. Drane, J. F. (2004). La ética como carácter y la investigación médica. *Acta Bioethica*, X(1), 17-25.
6. Fernández, B., Pascual, C. y García, J. A. (2004). El cáncer de próstata en la actualidad. *Psicooncología*, 1(2-3), 181-190.
7. Figueroa, R., Jara, D., Fuenzalida, A., Del Prado, M., Flores, D. y Blumel, J. E. (2009). Prevalencia de disfunción sexual en mujeres climatéricas. *Rev Méd Chile*, (137), 345-350.

8. García, L. y San Martín, C. (2004). Sexualidad y enfermedad: consejo sexual. En F. Toquero, J. Zarco, F. Cabello. (Eds.), *Guía de buena práctica clínica en disfunciones sexuales* (pp. 15-38). Madrid, España: Editorial International Marketing & Communications, S.A. (IM&C).
9. González, U. (2002). Ubicación de la ética, la bioética y la ética médica en el campo del conocimiento. *Rev Cubana Salud Pública*, 28(3).
10. Guirao, L., García, L., Sandoval, C. y Mocciaro, A. (2002). Disfunción eréctil en atención primaria como posible marcador del estado de salud: factores asociados y respuesta al sildenafil. *Aten Primaria*, 30(5), 290-296.
11. Mendoza, A. (2009). Fundamentación de la enseñanza de la ética médica y la bioética clínica. *Acta Med Per.*, 26(2), 131-133.
12. Montoya, Gabriel Jaime. (2007). La ética del cuidado en el contexto de la salud sexual y reproductiva. *Acta bioethica*, 13(2), 168-175. <https://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2007000200003>
13. Monterrosa, A., Márquez, J. y Arteta, C. (2014). Disfunción sexual en mujeres climatéricas afrodescendientes del Caribe Colombiano. *IATREIA*, 27(1), 31-41.
14. Ojeda, T. (2006). El autocuidado de los profesionales de la salud que atienden a víctimas de violencia sexual. *Rev Per Ginecol Obstet.*, 52(1), 21-27.
15. Otaño, Y. y Valdés, Y. (2004). Algunas reflexiones sobre el alcoholismo en la comunidad. *Rev Cubana Enfermería*, 20(3).
16. Pardo, A. (1982). Terapia de desensibilización y control sin pareja en la impotencia sexual y en la eyaculación prematura. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 14(2), 183-187.
17. Pérez, G. (2006). *¿Cómo intervenir en personas mayores?* Madrid: Editorial Dykinson.
18. Ramos, M. (2006). La salud sexual y la salud reproductiva desde la perspectiva de género. *Rev Peru Med Exp Salud Publica.*, 23(3), 201-220.

19. Romero, J. C. y Licea, M. E. (2000). Disfunción sexual eréctil en la Diabetes Mellitus. *Rev Cubana Endocrinol*, 11(2), 105-120.
20. San Martín, C. (2004a). Disfunciones sexuales en el varón. En F. Toquero, J. Zarco, F. Cabello. (Eds.), *Guía de buena práctica clínica en disfunciones sexuales* (pp. 53-78). Madrid, España: Editorial International Marketing & Communications, S.A. (IM&C).
21. San Martín, C. (2004b). Evaluación y diagnóstico de las disfunciones sexuales en Atención Primaria. En F. Toquero, J. Zarco, F. Cabello. (Eds.), *Guía de buena práctica clínica en disfunciones sexuales* (pp. 39-46). Madrid, España: Editorial International Marketing & Communications, S.A. (IM&C).
22. Sánchez, C., Carreño, J., Martínez, S. y Gómez M. E. (2005). Disfunciones sexuales femeninas y masculinas: comparación de género en una muestra de la Ciudad de México. *Salud Mental*, 28(4), 74-80.
23. Sánchez, F., Pérez, M., Borrás, J. J., Gómez, O., Aznar, J. y Caballero, A. (2004). Diseño y validación del cuestionario de Función Sexual de la Mujer (FSM). *Aten Primaria*, 34(6), 286-294.
24. Suárez, F. y Díaz, E. (2007). La formación ética de los estudiantes de Medicina: la brecha entre el currículo formal y el currículo oculto. *Acta Bioethica*, 13(1), 107-113.

BIBLIOGRAFÍA.

1. d'Empaire, G. (2010). Calidad de atención médica y principios éticos. *Acta bioeth*, 16 (2), 124-132. Recuperado de: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S1726-569X2010000200004&script=sci_arttext&tlng=en
2. Robledo, H., Moctezuma, J.M., Fajardo, G. y David Olvera, D. (2016). De la idea al concepto en la calidad en los servicios de salud. *CONAMED*, 17 (4), 172-175.

DATOS DE LOS AUTORES.

1. Fausto Pintado Astudillo. Doctor en Medicina y Cirugía. Especialista en Radiodiagnóstico.

Filiación institucional: Docente de la Carrera de Medicina de la Universidad Regional Autónoma de

los Andes (UNIANDES). Tungurahua, Ecuador. Correo electrónico:

ua.faustopintado@uniandes.edu.ec

2. Rubén Guerrero Caicedo. Doctor en Medicina y Cirugía. Máster en Docencia de las Ciencias

Médicas. Docente de la Carrera de Medicina de la Universidad Regional Autónoma de los Andes

(UNIANDES). Tungurahua, Ecuador. Correo electrónico: ua.rubenguerrero@uniandes.edu.ec

3. María Luisa Lima Beltrán. Doctora en Medicina. Especialista en Medicina Interna. Profesora

Asistente de la Facultad de Ciencias Médicas “Salvador Allende”. La Habana, Cuba.

mllima@infomed.sld.cu

4. Rosita Olivo Torres. Doctora en Medicina y Cirugía. Diploma Superior en Docencia de las

Ciencias Médicas. Docente de la carrera de Medicina de la Universidad Regional Autónoma de los

Andes (UNIANDES). Tungurahua, Ecuador. Correo electrónico: ua.rositaolivo@uniandes.edu.ec

5. Regla Cristina Valdés Cabodevilla. Doctora en Medicina. Especialista en Histología. Docente

cátedra de Histología de la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo. Chimborazo, Ecuador.

Correo electrónico: sojushan50@gmail.com

6. Guillermo Bastidas Tello: Doctor en Medicina y Cirugía. Máster en Neurociencias y Salud

Mental. Docente de la carrera de Medicina de la Universidad Regional Autónoma de los Andes

(UNIANDES). Tungurahua, Ecuador. Correo electrónico: ua.guillermobastidas@uniandes.edu.ec

RECIBIDO: 19 de octubre del 2018.

APROBADO: 9 de noviembre del 2018.