

UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DE LAS AMÉRICAS

FACULTAD DE MEDICINA

**TRABAJO FINAL DE GRADUACIÓN PARA OPTAR POR EL GRADO DE
LICENCIATURA EN MEDICINA Y CIRUGIA**

Título de la investigación:

Abordaje de las causas y tratamientos actuales de la disfunción sexual en pacientes adultos de edad reproductiva en Costa Rica en función de la atención primaria, en comparación con el abordaje en España en los años 2020-2026.

Nombre del estudiante:

Juan Pablo Viales Sequeira

Tutor:

Dr. Christian Moraga

Sede Aranjuez, San José Costa Rica

Febrero, 2026

Resumen

Esta tesis analiza el manejo de la disfunción sexual en atención primaria para adultos de 18 a 45 años en Costa Rica, comparándolo con el enfoque en España entre 2020 y 2026. El problema principal es el subdiagnóstico y la atención inadecuada de la disfunción sexual en atención primaria, debido al estigma, la falta de formación y la escasez de protocolos. El estudio busca identificar causas, evaluar la efectividad de los tratamientos y proponer recomendaciones basadas en evidencia para la práctica clínica.

Capítulo 1: Introducción

La introducción expone la relevancia de la disfunción sexual como problema de salud pública, destacando su impacto en la calidad de vida y las relaciones. La pregunta de investigación se centra en comparar las estrategias de manejo en Costa Rica y España, enfatizando la necesidad de mejorar protocolos y formación.

Capítulo 2: Marco teórico

Este capítulo define la disfunción sexual desde perspectivas multidisciplinarias (médica, psicológica, sexológica) y clasifica los trastornos según el DSM-5 y la CIE-11. Aborda factores fisiológicos, psicológicos y socioculturales, el impacto en la calidad de vida y el papel de la atención primaria. También compara políticas nacionales e internacionales, señalando brechas en la implementación y el acceso.

Capítulo 3: Metodología

El estudio utiliza un enfoque de revisión sistemática, analizando literatura científica, guías nacionales y protocolos clínicos. Las fuentes de información incluyen artículos revisados por pares, documentos oficiales y estudios comparativos. La metodología enfatiza criterios rigurosos de selección y un enfoque en prácticas basadas en evidencia.

Capítulo 4: Resultados

Los resultados muestran que la disfunción sexual es multifactorial, con causas biológicas, psicológicas y relacionales. En Costa Rica existe un patrón de invisibilización y acceso limitado a la atención especializada, mientras que en España hay protocolos y formación más estructurados. La efectividad de los tratamientos es mayor cuando se combinan intervenciones farmacológicas y

psicológicas. El capítulo detalla herramientas diagnósticas, opciones de tratamiento y recomendaciones para la práctica clínica.

Capítulo 5: Conclusiones y recomendaciones

El estudio concluye que la disfunción sexual requiere un enfoque integral y multidisciplinario. Las recomendaciones clave incluyen mejorar la formación de profesionales de atención primaria, implementar protocolos estandarizados, garantizar acceso equitativo a tratamientos e integrar aspectos psicológicos y relacionales en la gestión clínica. La tesis destaca la necesidad de más investigación y desarrollo de políticas en América Latina.

Agradecimientos

En primer lugar, agradezco profundamente a **Dios**, por ser mi guía constante, mi fortaleza en los momentos difíciles y la luz que iluminó cada paso de este camino. Sin Su gracia y protección, este logro no habría sido posible.

A mi madre **Ismary** y a mi abuela **Ligia**, mis ángeles en la tierra, a quienes amo con todo mi corazón. Gracias por sus innumerables sacrificios, por creer en mí incluso cuando yo dudaba, por su ternura, entrega y por ser los pilares que sostienen lo que soy hoy. Todo lo que he alcanzado tiene sus raíces en el amor inmenso que me dieron desde siempre.

A mi padre **Hugo**, quien, con su apoyo y su presencia incondicional en mis momentos más difíciles, se convirtió en un sostén fundamental. Gracias por estar cuando más lo necesité.

A mis **hermanos**, por acompañarme en este camino y brindarme apoyo emocional, compañía y palabras de aliento cuando más las requería.

A **Meicel**, quien estuvo conmigo en cada mal momento, en cada desvelo y en cada reto. Gracias por tu comprensión, paciencia, apoyo e incondicionalidad, por sostenerme en mis momentos más frágiles, y por ser un refugio cuando sentí que no podía más.

A mis **tíos**, quienes siempre encontraron una forma de apoyarme: desde sus consejos y ayudas, hasta abriéndome las puertas de su hogar. Gracias por su generosidad y respaldo, que marcaron una gran diferencia en mi trayecto universitario.

A mis compañeros y amigos, en especial a **Santiago**, con quien compartí horas de estudio, motivación mutua y crecimiento académico. Gracias por tu amistad sincera y por ofrecerme un lugar donde quedarme cuando más lo necesité. Personas como tú hacen que el camino se sienta menos pesado y mucho más significativo.

A mi prima **Dylana** y a su esposo **Fran**, quienes me dieron alojamiento y apoyo cuando lo necesité. Su hospitalidad y cariño fueron fundamentales para poder continuar avanzando sin rendirme.

A los **doctores y profesores** que formaron parte de mi formación profesional, y muy especialmente a mi tutor de tesis, el **Dr. Moraga**, por su dedicación, enseñanzas, paciencia y guía

académica. Gracias por compartir su conocimiento y por confiar en mi capacidad para culminar este trabajo.

A todas las personas que, de una u otra forma, aportaron a mi crecimiento personal, espiritual y académico, gracias. Cada gesto, palabra, consejo y ayuda construyó el camino que hoy me permite celebrar este logro.

Dedicatoria

A **Dios**, por ser mi guía, mi fuerza y la luz que ha iluminado cada paso de este camino. A Él le entrego este logro, que nació de Su voluntad y de Su gracia.

A mi madre y a mi abuela, por su amor sin límites, por cada sacrificio, por ser mi refugio y mis cimientos. Este triunfo es tanto suyo como mío.

A mi padre, por su apoyo constante, su presencia en momentos difíciles y por creer en mí con un corazón incondicional.

Y a mi abuelito **Tito**, que ya no está físicamente conmigo, pero sigue vivo en cada valor, enseñanza y gesto que dejó en mi vida. Él me enseñó más de lo que cualquier universidad podría, y me apoyó con el amor y la entrega de un padre. Esta dedicatoria también es para él, con todo mi agradecimiento y eterno cariño.

Tabla de contenidos

Resumen	2
Agradecimientos.....	4
Dedicatoria	6
Tabla de contenidos.....	7
Lista de tablas	15
Lista de figuras	16
CAPÍTULO I- INTRODUCCIÓN	18
1.1 Introducción	19
1.2 Planteamiento del problema	20
1.3 Objetivos	22
1.3.1 Objetivo general	22
1.3.2 Objetivos específicos.....	22
1.4 Justificación.....	22
1.5 Antecedentes	28
1.5.1 Antecedentes históricos.....	28
1.5.2 Antecedentes Nacionales.....	32
1.5.3 Antecedentes Internacionales	34
2 CAPÍTULO II- MARCO TEÓRICO	43
2.1 Introducción	44
2.2 Definición de Disfunción Sexual: Una Perspectiva Multidisciplinaria	44
2.2.1 Aproximación Médica.....	44
2.2.2 Perspectiva Psicológica.....	45

2.2.3	Enfoque Sexológico	45
2.3	Clasificación de las Disfunciones Sexuales según DSM-5 y CIE-11	46
2.3.1	Panorama General del DSM-5	46
2.3.2	Trastornos del Deseo Sexual en DSM-5	46
2.3.3	Trastornos de la Excitación Sexual	47
2.3.4	Trastornos de la Fase Orgásmica	47
2.3.5	Trastornos del Dolor Genital.....	47
2.3.6	Clasificación de la CIE-11	48
2.4	Fisiología de la Respuesta Sexual Humana: Del Modelo Clásico a la Comprensión Contemporánea	48
2.4.1	El Modelo de Masters y Johnson: Fundamentos.....	48
2.4.2	El Modelo Trifásico de Kaplan: Una Reconceptualización	49
2.4.3	Moduladores Contemporáneos de la Respuesta Sexual.....	51
2.5	Factores Biológicos Asociados a la Disfunción Sexual	51
2.5.1	Enfermedades Crónicas como Determinantes.....	51
2.5.2	Medicamentos y Efectos Secundarios.....	52
2.5.3	Alteraciones Hormonales	53
2.6	Factores Psicológicos y Emocionales: La Dimensión Silenciosa	54
2.6.1	Depresión: El Ciclo Bidireccional.....	54
2.6.2	Ansiedad: La Profecía Autocumplida	54
2.6.3	Trauma Sexual y sus Secuelas	55
2.6.4	Autoestima, Imagen Corporal e Identidad Sexual	55
2.6.5	Estrés Crónico y Presiones Cotidianas.....	56

2.7	Factores Socioculturales y de Pareja: La Construcción Social de la Sexualidad	56
2.7.1	Estigma y Tabú Sexual.....	56
2.7.2	Roles de Género y Expectativas Sociales	57
2.7.3	Comunicación de Pareja y Vulnerabilidad.....	57
2.7.4	Educación Sexual Deficiente	58
2.8	Impacto de la Disfunción Sexual en la Calidad de Vida: Más Allá del Dormitorio	58
2.8.1	Consecuencias Emocionales	58
2.8.2	Impacto Relacional: La Erosión de la Intimidad.....	59
2.9	La Importancia del Abordaje en Atención Primaria: Justificación y Funciones	60
2.9.1	Por Qué la Atención Primaria es el Lugar Adecuado	60
2.10	Múltiples Funciones de la Atención Primaria	60
2.11	Barreras para el Abordaje de la Disfunción Sexual en Atención Primaria: Una Realidad Compleja	61
2.11.1	Falta de Formación Médica Especializada	61
2.11.2	Presiones de Tiempo y Organización Clínica	62
2.11.3	Prejuicios Personales y Comodidad del Profesional	62
2.11.4	Vergüenza del Paciente	62
2.12	Modelos de Atención en Salud Sexual: Hacia una Práctica Integral	63
2.12.1	El Enfoque Biopsicosocial	63
2.12.2	Atención Centrada en el Paciente.....	64
2.12.3	Enfoque de Género y Derechos.....	64

2.13	Normativas y Políticas en Costa Rica: Regulación de la Salud Sexual y Reproductiva	65
2.13.1	La Norma Nacional para la Atención Integral de Salud Sexual y Reproductiva	65
2.13.2	Principios Rectores de la Normativa Costarricense	65
2.13.3	Implementación y Desafíos	66
2.14	Normativas y Políticas en España: Un Abordaje Descentralizado	66
2.14.1	Guías de Práctica Clínica de Sociedades Profesionales	66
2.14.2	Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Sanidad	67
2.14.3	Acceso y Cobertura en el Sistema Nacional de Salud	67
2.15	Comparación del Abordaje en Costa Rica y España: Acceso, Cobertura, Formación y Estructura	68
2.15.1	Acceso y Cobertura de Servicios	68
2.15.2	Formación Profesional en Sexología	68
2.15.3	Estructura del Sistema de Salud y su Impacto en la Atención Sexual	69
2.15.4	Diferencias en Abordaje Clínico	69
2.16	Instrumentos Diagnósticos en Atención Primaria: Herramientas para la Evaluación	69
2.16.1	El Índice Internacional de Función Eréctil (IIEF) y su Versión Abreviada (IIEF-5)	69
2.16.2	El Índice de Función Sexual Femenina (FSFI)	70
2.16.2.1	Cuestionarios Breves de Cribado	70
2.16.2.2	La Importancia de la Entrevista Clínica Estructurada	71
2.17	Prevalencia y Datos Epidemiológicos: La Magnitud del Problema	71
2.17.1	Prevalencia Global de Disfunción Sexual	71

2.17.2	Variación por Edad.....	72
2.17.3	Variación por Cultura y Geografía	72
2.17.4	Datos Específicos de Costa Rica y España.....	72
2.18	Diferencias de Género en la Presentación y Experiencia de Disfunción Sexual	73
2.18.1	Construcciones de Sexualidad Diferenciadas por Género.....	73
2.18.2	Presentación Clínica Diferenciada	73
2.18.3	Factores de Riesgo Diferenciales	74
3	CAPÍTULO III- MARCO METODOLÓGICO	75
3.1	Introducción	76
3.2	Enfoque metodológico	76
3.3	Tipo de investigación	76
3.4	Fuentes de información	77
3.5	Criterios de búsqueda	77
3.6	Criterios de inclusión y exclusión	78
4	CAPÍTULO IV- ANÁLISIS DE RESULTADOS	80
4.1	Introducción	82
4.2	Objetivo 1	82
4.2.1	Evidencia encontrada	82
4.2.2	Análisis detallado y su implicación con el objetivo	83
4.2.2.1	Epidemiología de la disfunción sexual en Costa Rica	85
4.2.2.2	Causas físicas y metabólicas.....	85
4.2.2.2.1	Enfermedades endocrinometabólicas	85
4.2.2.2.2	Enfermedades cardiovasculares e hipertensión	86
4.2.2.2.3	Insuficiencia renal crónica.....	86

4.2.2.3	Causas neurológicas y hormonales	86
4.2.2.4	Factores psicológicos y psicosociales	87
4.2.2.4.1	Ansiedad y estrés	87
4.2.2.4.2	Depresión.....	87
4.2.2.4.3	Problemas de pareja y comunicación	87
4.2.2.4.4	Antecedentes de trauma sexual y abuso	88
4.2.2.5	Factores de riesgo sociodemográficos	88
4.2.2.6	Factores medicamentosos.....	88
4.2.2.6.1	Cambios hormonales y ciclo reproductivo.....	88
4.2.2.7	Síntesis de causas y factores de riesgo en Costa Rica.....	89
4.3	Objetivo 2.....	89
4.3.1	Evidencia encontrada	89
4.3.2	Análisis detallado y su implicación con el objetivo	92
4.3.2.1	Tratamientos farmacológicos	93
4.3.2.1.1	Inhibidores de la fosfodiesterasa tipo 5 (IPDE-5)	93
4.3.2.1.2	Tratamientos hormonales	94
4.3.2.1.3	Tratamientos específicos para bajo deseo sexual	94
4.3.2.1.4	Tratamientos para otros dominios de la disfunción femenina.....	94
4.3.2.2	Intervenciones psicológicas y psicoterapéuticas.....	95
4.3.2.2.1	Terapia cognitivo-conductual.....	95
4.3.2.2.2	Técnicas conductuales específicas	95
4.3.2.2.3	Terapia de pareja y terapia sexual conjunta.....	96
4.3.2.2.4	Mindfulness e intervenciones basadas en consciencia.....	96
4.3.2.3	Enfoques combinados y multimodales	97
4.3.2.3.1	Integración de farmacoterapia y psicoterapia.....	97
4.3.2.3.2	Modelo integrativo multidimensiona.....	97
4.3.2.4	Eficacia de tratamientos en Costa Rica.....	98
4.3.2.5	Análisis Comparativo de Sistemas de Salud: Costa Rica y España.....	98

4.3.2.5.1	Particularidades del Sistema de Salud Costarricense.....	98
4.3.2.5.2	Contexto del Sistema Sanitario Español.....	98
4.3.2.5.3	Síntesis de Hallazgos Principales.....	99
4.4	Objetivo 3.....	100
4.4.1	Evidencia encontrada.....	100
4.4.2	Análisis detallado y su implicación con el objetivo.....	101
4.4.2.1	Evaluación inicial y diagnóstico.....	102
4.4.2.1.1	Historia clínica dirigida.....	102
4.4.2.1.2	Cuestionarios y herramientas de evaluación.....	103
4.4.2.1.3	Evaluación del impacto en calidad de vida.....	104
4.4.2.2	Evaluación del estado físico y pruebas complementarias.....	104
4.4.2.2.1	Examen físico.....	104
4.4.2.2.2	Pruebas de laboratorio.....	105
4.4.2.2.3	Pruebas especializadas.....	105
4.4.2.3	Estratificación de riesgo cardiovascular.....	106
4.4.2.4	Tratamiento recomendado según etiología.....	106
4.4.2.4.1	Disfunción de etiología psicógena.....	106
4.4.2.4.2	Disfunción eréctil de etiología orgánica.....	107
4.4.2.4.3	Bajo deseo sexual.....	107
4.4.2.4.4	Disfunción femenina (excitación, lubricación, orgasmo).....	108
4.4.2.4.5	Disfunción eyaculatoria.....	109
4.4.2.5	Enfoque integral de comorbilidades asociadas.....	109
4.4.2.5.1	Manejo de depresión y ansiedad.....	109
4.4.2.5.2	Control óptimo de enfermedades crónicas.....	109
4.4.2.5.3	Optimización de medicamentos.....	110
4.4.2.6	Educación y consejería del paciente.....	110
4.4.2.6.1	Psicoeducación.....	110
4.4.2.6.2	Recomendaciones de estilo de vida.....	110

4.4.2.6.3	Comunicación de pareja.....	111
4.4.2.7	Derivación a servicios especializados.....	111
4.4.2.8	Seguimiento y evaluación de respuesta.....	111
4.4.2.8.1	Cronograma de seguimiento.....	111
4.4.2.8.2	Criterios de mejoría.....	112
4.4.2.8.3	Manejo de falta de respuesta.....	112
4.4.2.9	Consideraciones especiales en edad reproductiva.....	112
4.4.2.9.1	Anticoncepción y fertilidad.....	112
4.4.2.9.2	Rol del ciclo menstrual.....	113
5	CAPÍTULO V- CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	114
5.1	Conclusiones.....	115
5.1.1	Conclusiones del objetivo específico 1: causas y factores de riesgo.....	115
5.1.2	Conclusiones del objetivo específico 2: efectividad de tratamientos.....	115
5.1.3	Conclusiones del objetivo específico 3: recomendaciones clínicas.....	117
5.2	Recomendaciones.....	118
5.2.1	Recomendaciones al Sistema de Salud de Costa Rica.....	118
5.2.2	Recomendaciones para médicos de atención primaria.....	119
5.2.3	Recomendaciones para estudiantes de medicina y psicología.....	119
6	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	121
6.1	Ref Marco teórico.....	131
6.2	Ref Análisis de resultados.....	134
7	ANEXOS.....	137

Lista de tablas

Tabla 1. Criterios de búsqueda	77
Tabla 2. Criterios de <i>inclusión y exclusión</i>	78
Tabla 3.Análisis sobre causas y factores de riesgo asociados a la disfunción sexual en adultos en edad reproductiva en Costa Rica.....	¡Error! Marcador no definido.
Tabla 4.Análisis sobre efectividad de tratamientos actuales disponibles para la disfunción sexual en Costa Rica	¡Error! Marcador no definido.
Tabla 5.Análisis para recomendaciones clínicas basadas en evidencia para manejo de disfunción sexual en adultos en Costa Rica	¡Error! Marcador no definido.

Lista de figuras

No se encuentran elementos de tabla de ilustraciones.

Lista de abreviaturas

- CCSS (Caja Costarricense de Seguro Social).
- CIE-11 (Clasificación Internacional de Enfermedades, 11ª edición).
- DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5ª edición).
- DS (disfunción sexual).
- FSFI (Índice de Función Sexual Femenina).
- IIEF (Índice Internacional de Función Eréctil).
- IIEF-5 (versión abreviada del Índice Internacional de Función Eréctil).
- INCIENSA (Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud).
- mHealth (mobile health / salud móvil).
- OMS (Organización Mundial de la Salud).
- PIBM / PBM (países de ingresos bajos y medianos).
- SSR (salud sexual y reproductiva).
- TCC (terapia cognitivo-conductual).
- UCJC (Universidad Camilo José Cela).
- UNED (Universidad Nacional de Educación a Distancia).

CAPÍTULO I- INTRODUCCIÓN

1.1 Introducción

En este apartado se presentan los fundamentos centrales que orientan esta investigación, cuyo objetivo principal es examinar cómo se aborda la disfunción sexual desde la atención primaria. El foco está puesto en personas adultas en edad reproductiva,, aquellas comprendidas entre los 18 y los 45 años de edad, dentro del contexto costarricense. Sin embargo, lo que da un valor extra a este estudio es su dimensión comparativa, ya que se plantea comparar esta realidad con la forma en que el mismo problema es abordado en el sistema de salud de España, durante el período que abarca el año 2020 al 2026. Esta comparación pretende identificar tanto los puntos de coincidencia como las diferencias relevantes entre ambos modelos de atención, con la intención de reconocer las mejores prácticas de ambos sistemas y ver cuales puedan adaptarse o mejorarse, y señalar aquellos aspectos que aún requieren atención y mejora.

A partir de esto, se busca construir una visión más amplia y reflexiva sobre las formas en que se detectan, evalúan y manejan la disfunción sexual desde el primer nivel de atención. Aunque estas condiciones tienen un impacto directo en la calidad de vida de muchas personas, su atención a menudo queda relegada en el ejercicio clínico diario. Es justamente por esto que resulta importante explorar cómo diferentes contextos culturales, sociales y sanitarios enfrentan esta problemática, ya que esto puede ofrecer herramientas muy útiles para fortalecer el abordaje que se ofrece en el sistema de salud costarricense.

Esta investigación aspira a aportar conocimiento concreto y aplicable sobre las similitudes y contrastes en la forma en que se atiende esta situación en ambos países. Para ello, se examinarán elementos como la existencia de protocolos clínicos, el nivel de implementación de estos, la disponibilidad de recursos materiales y humanos, la preparación profesional del personal de salud, así como la percepción que se tiene sobre la salud sexual en la práctica diaria. Cabe recordar que la salud sexual” según la OMS es el estado de bienestar físico mental y social que esta referido a la sexualidad” (1)

Con base en esto, se vuelve importante observar cómo estas condiciones se manifiestan tanto en Costa Rica como en España, partiendo de que cada uno de estos países cuenta con características propias desde lo social, estructural y cultural. El objetivo no es centrarse en las

particularidades clínicas de cada tipo de disfunción, sino entender cómo responde el nivel primario de atención, cómo se organiza, qué servicios ofrece y qué tan capacitado está su personal para enfrentar estas realidades. De esta manera, se podrán identificar fortalezas y limitaciones que afectan directamente el acceso a una atención de calidad.

De esta manera también se propone, una lectura comparativa que permita identificar áreas concretas de mejora en el tratamiento de la disfunción sexual desde el nivel primario. Esta visión puede servir como base para sugerir ajustes en la formación del personal sanitario, reforzar la implementación de políticas públicas en salud sexual, y tomar decisiones que tengan una repercusión positiva en la calidad de vida de quienes conviven con esta condición. Así, este análisis entre ambos modelos de atención no solo enriquece el conocimiento académico, sino que también puede generar impactos reales en la oferta de servicios de salud dirigidos a la población adulta joven y de edad reproductiva en Costa Rica.

1.2 Planteamiento del problema

La disfunción sexual (DS) constituye un reto relevante para la salud pública, afectando a un amplio sector de personas adultas en edad reproductiva alrededor del mundo. Esta condición impacta no solo la salud física, sino también el bienestar emocional y las relaciones interpersonales de quienes la padecen. Sin embargo, a pesar de su alta prevalencia, la DS continúa siendo subdiagnosticada y poco abordada dentro de la atención primaria. Entre las causas que explican esta realidad se encuentran la vergüenza o incomodidad de los pacientes para hablar sobre sus síntomas, la falta de capacitación específica del personal sanitario, y la escasez de protocolos clínicos claros que guíen el diagnóstico y tratamiento efectivo en el primer nivel de atención (2).

A nivel internacional, la prevalencia de la disfunción sexual femenina es elevada, y diversas investigaciones señalan la necesidad de intervenciones integrales que incluyan el abordaje psicológico y conductual. Por ejemplo, una revisión sistemática realizada en 2020 destacó que más del 50% de mujeres en algunos países presentan dificultades relacionadas con el deseo sexual, la excitación y el orgasmo (3). Asimismo, estudios realizados en África y otras regiones han evidenciado la complejidad de esta problemática, la cual involucra factores sociales,

culturales y biológicos (4). Por otro lado, existe una relación documentada entre la infertilidad y la disfunción sexual, lo que resalta la importancia de un enfoque multidisciplinario para el manejo de estas condiciones (5).

En el contexto nacional de Costa Rica, aunque la evidencia es más limitada, existen documentos oficiales que reconocen la relevancia de atender la salud sexual y reproductiva de forma integral y con un enfoque interdisciplinario. La “Norma nacional para la atención integral de salud de las personas adolescentes” (Ministerio de Salud, 2018) y la “Guía nacional para la atención en salud sexual y reproductiva” (Ministerio de Salud, 2020) establecen lineamientos para la atención primaria, aunque su implementación enfrenta obstáculos como la falta de recursos y la limitada formación del personal sanitario (6)(7). Además, la violencia física y sexual continúa siendo un factor de riesgo que afecta la salud reproductiva y sexual de muchas personas, lo que requiere una respuesta coordinada dentro del sistema de salud (8). Por su parte, el sistema de salud español ha avanzado en la creación e implementación de protocolos específicos para el manejo de la disfunción sexual en atención primaria, lo que representa una oportunidad para analizar y comparar las estrategias aplicadas en ambos países (9).

Por lo tanto, se evidencia una carencia en estudios comparativos que analicen cómo se aborda la disfunción sexual en la atención primaria de Costa Rica y España, particularmente en adultos jóvenes entre 18 y 45 años. Este vacío justifica la realización de la presente investigación, que pretende identificar similitudes, diferencias y oportunidades de mejora en los sistemas de salud de ambos países, con el fin de fortalecer la calidad y efectividad de la atención en este ámbito. Por ello, surge la siguiente pregunta de investigación, que busca dar respuesta a esta inquietud

¿Cuál es el manejo en atención primaria de pacientes adultos en edad reproductiva entre los 18- 45 años con disfunción sexual en Costa Rica, en comparación con el manejo de atención primaria de España en los años 2020-2026?

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo general

Analizar las características, causas y tratamientos actuales de la disfunción sexual en pacientes adultos de edad reproductiva en Costa Rica, en comparación con los utilizados en España, con el propósito de desarrollar recomendaciones clínicas basadas en evidencia para mejorar la atención primaria y manejo de esta condición en la práctica médica.

1.3.2 Objetivos específicos

1- Identificar las principales causas y factores de riesgo asociados a la disfunción sexual en pacientes adultos de edad reproductiva en Costa Rica.

2- Evaluar la efectividad de los diversos tratamientos actuales disponibles para la disfunción sexual en Costa Rica mediante una comparativa general entre sistemas de salud de Costa Rica y España.

3- Desarrollar recomendaciones clínicas para la atención primaria basadas en evidencia para el manejo de la disfunción sexual en pacientes adultos de edad reproductiva en Costa Rica.

1.4 Justificación

La presente investigación se define como un estudio de gran relevancia, pues la disfunción sexual (DS) ejerce un impacto significativo en la calidad de vida y el bienestar emocional de personas adultas en edad reproductiva, pero a menudo esta problemática se subestima. Lejos de ser únicamente una cuestión fisiológica, la DS presenta múltiples causas que la convierten en un asunto de salud pública con implicaciones en los niveles físico, psicológico, emocional, de pareja y social. En el ámbito de la atención primaria suele permanecer invisibilizada o sin abordaje adecuado, a pesar de afectar a una gran parte de la población. Esto pone de manifiesto no solo la poca capacitación del personal sanitario, sino también la carencia de sistemas institucionales que permitan su identificación oportuna y un manejo eficaz (10).

La disfunción sexual no puede considerarse como un problema puramente físico. Muy al contrario, suele manifestarse como una condición compleja, en la que convergen componentes psicológicos tales como ansiedad, estrés, depresión o experiencias traumáticas junto con afectación emocional que puede minar la autoestima, la seguridad personal y la percepción corporal. Además, influye directamente en la dinámica de pareja, deteriorando la comunicación, fomentando resentimientos e incluso llevando a rupturas. En el plano social se ve afectada por normas culturales, estigmas y desinformación, lo que dificulta su reconocimiento y tratamiento. Todo ello configura un sufrimiento silencioso que con frecuencia queda oculto tanto por parte de los pacientes como del personal médico, perpetuando y agravando las consecuencias de esta condición (11).

La carencia de un protocolo sistemático en la atención primaria que debería ser el primer nivel de contacto deriva en una reducción notable del bienestar, la calidad de las relaciones íntimas y el funcionamiento diario de las personas. La ausencia de respuestas efectivas no solo repercute en la salud mental y emocional, sino también en áreas clave como el rendimiento laboral, la cohesión familiar y la vida social. La falta de diálogo sobre esta problemática, unida a la carencia de herramientas clínicas en los centros de salud, perpetúa un círculo negativo: los pacientes se abstienen de expresar sus síntomas, y los profesionales no cuentan con la formación o los recursos necesarios para atenderlos eficazmente. Esto genera un sufrimiento prevenible y una carga invisible pero tangible para el sistema de salud, reflejada en consultas repetitivas sin resolución, derivaciones innecesarias y un aumento en comorbilidades, especialmente en salud mental (12).

A esta problemática se suma la elevada prevalencia de las disfunciones sexuales en todo el mundo, ampliamente respaldada por la literatura. Por ejemplo, un meta-análisis de 2021 indica que cerca del 41 % de las mujeres en edad reproductiva presenta alguna disfunción sexual (13). Estas cifras no solo describen una carga epidemiológica, sino que revelan una realidad concreta: millones de mujeres cuyo bienestar íntimo, emocional y social se ve afectado, y que requieren atención médica, psicológica y social accesible. Este escenario representa un desafío para los sistemas sanitarios y la sociedad, al incidir en la estabilidad emocional, familiar y el desarrollo comunitario.

En el contexto costarricense, este estudio cobra una especial relevancia. Aunque el país cuenta con normativas sólidas, como la “Norma nacional para la atención integral de salud” (2018) (14) y la “Guía nacional de atención en salud sexual” (2020) (15), que promueven un abordaje integral y respetuoso de la salud sexual y reproductiva, la implementación práctica de estas directrices es aún incipiente, especialmente en lo relativo al tratamiento de la disfunción sexual. A menudo, las políticas sanitarias bien intencionadas no logran traducirse en acciones concretas por barreras estructurales como la sobrecarga laboral del personal médico, la escasez de recursos materiales, la ausencia de formación específica y los tabúes culturales (16). Esta investigación, por tanto, busca analizar no solo la existencia de marcos regulatorios, sino también su eficacia real en la atención clínica cotidiana, permitiendo identificar las brechas existentes entre teoría y práctica, así como los desafíos que enfrentan los profesionales de salud al abordar una condición íntima, sensible y profundamente estigmatizada.

Asimismo, el estudio contempla factores sociales y culturales específicos de Costa Rica, como la persistencia de la violencia física y sexual, que impactan de manera directa la salud sexual y reproductiva de las mujeres, exacerbando su vulnerabilidad y dificultando el acceso a servicios adecuados (17). Al integrar estos elementos contextuales, la investigación permitirá una comprensión más profunda de los determinantes sociales de la disfunción sexual, favoreciendo el diseño de intervenciones culturalmente sensibles y ajustadas a las realidades del entorno. Esto no solo contribuirá a mejorar la calidad y equidad del sistema de salud, sino también a fortalecer la capacidad institucional para responder con mayor efectividad a los retos actuales de salud pública.

En términos de población beneficiada, uno de los grupos que más podrían experimentar un cambio positivo a raíz de esta investigación son los pacientes adultos jóvenes costarricenses, particularmente aquellos que se encuentran en edad reproductiva y enfrentan algún tipo de disfunción sexual. Actualmente, muchos de estos individuos no cuentan con las condiciones necesarias para expresar sus inquietudes en un entorno clínico que les ofrezca confianza, respeto y confidencialidad (5). La incorporación de un abordaje más humano y empático desde el primer nivel de atención podría abrir nuevas vías de comunicación entre el paciente y el profesional de salud, permitiendo no solo una mejor identificación del problema, sino también una intervención más ajustada a sus necesidades personales y emocionales.

De la misma manera, al ofrecer un tratamiento temprano y adaptado, se podría evitar la cronificación de la disfunción sexual, que en muchos casos tiende a agravarse con el tiempo debido al silencio, la vergüenza o la normalización del malestar. En este sentido, una atención primaria capacitada y sensibilizada podría marcar una diferencia significativa en la evolución clínica de estos pacientes, disminuyendo la probabilidad de que desarrollen comorbilidades como ansiedad, depresión o problemas de pareja asociados. Además, se reduciría la necesidad de derivaciones hacia niveles de atención más complejos, lo cual no solo optimiza recursos del sistema de salud, sino que también minimiza la espera y el desgaste emocional del paciente.

En Costa Rica, aunque hay normas que promueven una atención integral en salud sexual y reproductiva, la implementación efectiva en el manejo de la disfunción sexual todavía es limitada. Factores como la carga de trabajo del personal sanitario, la escasez de recursos, la falta de formación específica y las barreras culturales dificultan que estas políticas se traduzcan en acciones concretas. Además, la violencia física y sexual sigue siendo un problema que afecta la salud reproductiva, aumentando la vulnerabilidad de muchas mujeres y complicando su acceso a servicios adecuados. Este estudio busca entender mejor estas brechas entre la normativa y la práctica diaria en atención primaria, con el objetivo de proponer un abordaje más humano y efectivo que permita a los pacientes expresar sus inquietudes con confianza, facilitando así intervenciones más personalizadas y ajustadas a sus necesidades.

También, los profesionales de salud que trabajan en el ámbito de la atención primaria se verán beneficiados de forma directa por los hallazgos de esta investigación. Actualmente, muchos de estos profesionales enfrentan el reto de abordar temas relacionados con la disfunción sexual sin contar con una formación específica o herramientas clínicas que les permitan hacerlo con seguridad y eficacia. La introducción de modelos de intervención validados, junto con protocolos clínicos adaptables a la realidad local, proporcionaría un marco de actuación claro y sustentado científicamente, lo cual redundaría en una atención de mayor calidad y en una práctica clínica más segura.

La capacitación continua en temáticas de salud sexual no solo fortalecería las competencias técnicas de estos profesionales, sino que también impactaría en su bienestar

emocional y su sentido de realización laboral. Poder brindar una atención más completa y sensible a las necesidades del paciente contribuye a una mayor satisfacción profesional y disminuye el riesgo de desgaste o frustración, especialmente en contextos en los que la carga de trabajo es alta y los recursos son limitados. Además, al contar con estrategias efectivas para el manejo de la disfunción sexual, se evitarían situaciones de incertidumbre o improvisación que muchas veces llevan a una atención poco resolutiva.

De igual forma, esta transformación en el enfoque del personal de salud podría generar un cambio cultural dentro de las instituciones médicas, promoviendo espacios de trabajo más colaborativos, tolerantes y abiertos al diálogo sobre temáticas tradicionalmente invisibilizadas. Este giro no solo favorecería una mejora en la calidad de los servicios ofrecidos, sino que también incentivaría el desarrollo de nuevas líneas de investigación, la innovación en los métodos de atención y una mayor sensibilización de todo el equipo de salud frente a las necesidades emocionales y sexuales de sus pacientes. Así, se construiría un modelo de atención primaria verdaderamente integral, capaz de responder a los desafíos contemporáneos de la salud pública con visión, humanidad y compromiso.

Por último, el impacto institucional derivado de esta investigación es igualmente significativo y merece ser analizado con profundidad. Las entidades responsables de la planificación y gestión del sistema de salud en Costa Rica como el Ministerio de Salud, la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) y otras instancias regulatorias podrían utilizar los resultados obtenidos como base para la revisión, actualización y fortalecimiento de las políticas públicas en materia de salud sexual. La identificación de buenas prácticas en otros contextos, como el modelo español, permitiría realizar un análisis comparativo riguroso que revele tanto fortalezas como debilidades del enfoque nacional, promoviendo así una mejora continua en la atención ofrecida. Además, al contar con evidencia científica que respalde la implementación de nuevas estrategias de intervención, las autoridades de salud podrían tomar decisiones más informadas y contextualizadas, evitando la adopción de modelos externos sin criterios de adecuación local. La investigación facilitaría la elaboración de planes de acción sostenibles, con metas claras y mecanismos de evaluación que permitan monitorear su impacto real. Esto no solo garantizaría una mejor distribución de los recursos disponibles, sino también una mayor

transparencia y rendición de cuentas ante la ciudadanía, que exige cada vez con más fuerza servicios de salud justos, accesibles y respetuosos de los derechos humanos.

En Costa Rica, esta investigación adquiere un valor particular. Aunque existen normativas que buscan garantizar un abordaje integral y respetuoso de la salud sexual y reproductiva, su aplicación práctica todavía es limitada, especialmente en el manejo de la disfunción sexual. Muchas veces, estas políticas no se reflejan en acciones concretas debido a dificultades estructurales, como la carga excesiva de trabajo para el personal médico, la falta de recursos, la escasa formación especializada y ciertos tabúes culturales que dificultan el tratamiento adecuado. Por eso, este estudio no solo examina la existencia de estas normativas, sino que también busca comprender qué tan efectivas son en el día a día, identificando las diferencias entre lo que se plantea y lo que realmente se practica, así como los obstáculos que enfrentan los profesionales para abordar un tema tan sensible y estigmatizado.

Además, se consideran aspectos sociales y culturales propios del país, como la persistencia de la violencia física y sexual, que afectan directamente la salud sexual y reproductiva de las mujeres, aumentando su vulnerabilidad y dificultando el acceso a servicios adecuados. Tomar en cuenta estos elementos ayuda a comprender mejor los factores sociales que influyen en la disfunción sexual y facilita el diseño de intervenciones ajustadas a la realidad local, con sensibilidad cultural. Esto no solo mejorará la calidad y equidad del sistema de salud, sino que también fortalecerá la capacidad institucional para enfrentar los retos actuales en salud pública.

Finalmente, la población joven adulta en edad reproductiva que enfrenta disfunciones sexuales es uno de los grupos que podría beneficiarse considerablemente de este estudio. Actualmente, muchas personas no disponen de espacios clínicos donde puedan expresar sus inquietudes con confianza, respeto y privacidad. Promover un enfoque más cercano y empático desde la atención primaria podría abrir canales de comunicación más efectivos entre paciente y profesional, permitiendo una mejor identificación del problema y un abordaje más personalizado, que considere sus necesidades emocionales y personales.

1.5 Antecedentes

1.5.1 Antecedentes históricos

1 En 2012, López-Torres Hidalgo, médico en el Centro de Salud Universitario Zona IV de Albacete, España, publicó un editorial con el objetivo de resaltar la importancia de la detección de disfunciones sexuales en el ámbito de la Atención Primaria. El autor enfatiza que la sexualidad es un componente integral de la salud y que los médicos de familia deben abordar las disfunciones sexuales como parte de su práctica clínica habitual.

El artículo destaca que las disfunciones sexuales son trastornos prevalentes que afectan a más del 50% de la población en algún momento de su vida, y cuya incidencia aumenta con la edad. Se identifican diversos factores de riesgo, incluyendo enfermedades médicas como la diabetes y el cáncer de mama, el uso de ciertos medicamentos como los antidepresivos ISRS y los antihipertensivos, así como hábitos tóxicos como el abuso de alcohol o tabaco. Además, se señala que estas disfunciones pueden tener una etiología multifactorial, combinando factores orgánicos, psicológicos y sociales, lo que requiere un enfoque integral para su diagnóstico y tratamiento.

Este antecedente es relevante para la investigación actual, ya que subraya la necesidad de incorporar la evaluación de la salud sexual en la atención primaria, especialmente en contextos donde la prevención y la detección temprana son esenciales. La identificación de factores de riesgo y la comprensión de la naturaleza multifactorial de las disfunciones sexuales proporcionan una base sólida para desarrollar estrategias de intervención efectivas en el primer nivel de atención.

2. En 2016, Faghani y Ghaffari, investigadores de la Universidad de Ciencias Médicas de Babol, Irán, realizaron un estudio cuasi-experimental con el objetivo de evaluar el impacto de la rehabilitación sexual utilizando el modelo PLISSIT en la calidad de vida sexual y el funcionamiento sexual de mujeres sobrevivientes de cáncer de mama post-mastectomía. Este modelo se basa en cuatro niveles de intervención: permiso, información limitada, sugerencias específicas y terapia intensiva, aplicados en sesiones de 90 minutos.

La investigación incluyó a 100 participantes, distribuidas en dos grupos de 50 mujeres cada uno, que recibieron sesiones de consejería sexual basadas en el modelo PLISSIT. Los resultados mostraron una mejora significativa en la calidad de vida sexual y el funcionamiento sexual en el grupo de intervención, con un aumento en la puntuación media de funcionamiento sexual de 26.3 ± 3.76 antes de la intervención a 30.0 ± 4.38 después de la intervención ($P < 0.0001$). En contraste, el grupo control no mostró cambios estadísticamente significativos en estas áreas.

Este antecedente es relevante para la investigación actual, ya que proporciona evidencia empírica sobre la efectividad del modelo PLISSIT en la mejora de la calidad de vida sexual y el funcionamiento sexual en mujeres sobrevivientes de cáncer de mama. Los hallazgos respaldan la implementación de programas de rehabilitación sexual basados en este modelo como parte integral de la atención post-quirúrgica en el ámbito de la salud sexual y reproductiva.

3 En 2004, Toquero de la Torre, F., Zarco Rodríguez, J., Cabello Santamaría, F., Alcoba Valls, S., García-Giralda Ruiz, L., & San Martín Blanco equipo de especialistas españoles, coordinado por los doctores Francisco Toquero de la Torre y Julio Zarco Rodríguez, elaboró una guía con el objetivo de proporcionar un marco de referencia para la evaluación y tratamiento de las disfunciones sexuales en el ámbito de la Atención Primaria. Esta guía busca mejorar la calidad asistencial y reducir la variabilidad en la práctica clínica en este campo.

El documento trata sobre la clasificación, diagnóstico y tratamiento de las disfunciones sexuales más comunes, como la disfunción eréctil, eyaculación precoz, bajo deseo sexual y anorgasmia femenina. Resalta la importancia de evaluar factores médicos, psicológicos y sociales, y propone desde consejos sexuales hasta tratamientos farmacológicos y derivaciones a especialistas..

Este antecedente es relevante para la investigación actual, ya que proporciona una base sólida sobre las mejores prácticas en el manejo de las disfunciones sexuales en Atención Primaria. La guía ofrece herramientas y enfoques que pueden ser adaptados y aplicados en contextos similares, contribuyendo a mejorar la atención y calidad de vida de los pacientes que enfrentan estos trastornos.

4. En 2021, Feroz, Ali N, Khoja A, Asad A y Saleem S, realizaron una revisión sistemática con el objetivo de identificar una variedad de soluciones mHealth que puedan utilizarse para mejorar la salud sexual y reproductiva (SSR) de los jóvenes en países de ingresos bajos y medianos (PIBM). La investigación también buscó resaltar los factores que facilitan y obstaculizan la adopción de intervenciones mHealth dirigidas a la SSR juvenil.

Se revisaron estudios entre 2005 y 2020, seleccionando 15 que cumplieran criterios. Las intervenciones mHealth más comunes se enfocaron en educación y comunicación para cambiar conductas, con incentivos y recolección de datos. Las principales barreras fueron baja habilidad tecnológica, mala conexión y idioma, mientras que la confidencialidad y accesibilidad facilitaron su uso.

Este antecedente es relevante para la investigación actual, ya que proporciona información detallada sobre la implementación de teléfonos móviles en diferentes niveles del sistema de salud para mejorar los resultados de la SSR juvenil. La revisión destaca la importancia de abordar las barreras para la adopción de intervenciones mHealth y sugiere que estas soluciones pueden ser efectivas para mejorar el acceso a la información y los servicios de SSR para los jóvenes en los PIBM.

5 En 2007, Guirao Sánchez García Giralada L, Casas I, Alfaro J V, García Giralda F, y Guirao Egea L, procedentes de distintos centros de salud de la región de Murcia, España, llevaron a cabo un estudio cuyo propósito fue identificar la prevalencia de disfunciones sexuales en mujeres y analizar su relación con las diferentes etapas vitales en el contexto de la atención primaria. La investigación buscó dar visibilidad a un tema que muchas veces permanece desapercibido en la consulta diaria.

Se realizó un estudio observacional en cuatro centros de salud, aplicando un cuestionario validado sobre salud sexual femenina. De 638 cuestionarios, se analizaron 403 completos. Los resultados mostraron que muchas mujeres tenían problemas con el deseo, la excitación, el orgasmo y la satisfacción, asociados a factores como ansiedad, depresión, embarazo, uso de anticonceptivos, medicamentos, violencia y problemas de pareja.

Este estudio aporta un fundamento valioso para la investigación actual, al evidenciar la frecuencia y los factores que inciden en las disfunciones sexuales femeninas en la atención

primaria. Los resultados enfatizan la necesidad de un abordaje integral que incluya aspectos físicos, psicológicos y sociales, indispensable para formular estrategias eficaces de diagnóstico, tratamiento y prevención en este campo.

6. En 2012, Olivares Ortiz, Sánchez Sánchez M y De Miguel Vicenti M, en España, realizaron un estudio para conocer la prevalencia de disfunción sexual femenina en mujeres entre 18 y 65 años atendidas en un centro de salud. También quisieron analizar cómo factores sociodemográficos se relacionaban con estos problemas y la disposición de las pacientes a consultar con su médico.

El diseño fue transversal y descriptivo, aplicando un cuestionario validado para evaluar la función sexual femenina en una muestra de 244 mujeres. Los resultados mostraron que el 24% presentaba alguna disfunción, principalmente en el deseo sexual. La mayoría manifestó que acudiría a su médico si tuviera un problema sexual, aunque muchas que no consultarían ya tenían síntomas.

Este estudio es importante para la investigación actual porque revela la frecuencia de estas disfunciones en atención primaria y la necesidad de que los médicos estén mejor preparados para abordarlas, fomentando un entorno en el que las pacientes se sientan cómodas para hablar de su salud sexual.

7. En 2015, Puigvert-Martínez y Prieto-Castro encuestaron a 544 médicos de atención primaria en España con el objetivo de describir su postura frente al diagnóstico y manejo de la disfunción eréctil. Buscaron entender las barreras que limitan su detección y tratamiento, así como analizar cómo estas variables influían en la práctica clínica diaria.

Utilizando cuestionarios en escala Likert, los médicos revelaron que solo un 26 % había registrado disfunción eréctil en la historia clínica, a pesar de reconocerla como un marcador relevante de salud general. Destacaron como principales obstáculos la falta de formación específica y el tiempo limitado durante las consultas. Además, señalaron que suelen abordar el tema solo ante factores de riesgo o cuando el paciente lo menciona activamente

Este estudio es valioso para la investigación actual porque pone sobre la mesa la brecha entre la percepción profesional de la importancia de la disfunción eréctil y su abordaje efectivo en

atención primaria. Subraya la necesidad de fortalecer la formación y estructurar un protocolo clínico que facilite su evaluación y tratamiento oportuno.

1.5.2 Antecedentes Nacionales

1. En 2017, el Ministerio de Salud Pública de Costa Rica desarrolló una guía práctica destinada a equipos de atención primaria, con el objetivo de mejorar la consejería en salud sexual y reproductiva dirigida a adolescentes. Esta iniciativa busca promover una atención integral, respetuosa y basada en derechos, que permita a los jóvenes tomar decisiones informadas sobre su salud sexual y reproductiva.

El manual ofrece orientaciones sobre cómo abordar temas sensibles como métodos anticonceptivos, prevención de infecciones de transmisión sexual, consentimiento y relaciones saludables. Además, destaca la importancia de crear un ambiente de confianza y confidencialidad, y proporciona herramientas para identificar y superar barreras culturales, sociales y de comunicación que puedan existir en la atención a adolescentes.

Este antecedente es relevante para la investigación actual, ya que proporciona un marco normativo y metodológico para la consejería en salud sexual y reproductiva en adolescentes, lo cual es fundamental para el desarrollo de estrategias de intervención efectivas en este grupo etario.

2. En 2015, el Ministerio de Salud de Costa Rica estableció una norma nacional que busca mejorar la atención en salud sexual y reproductiva para adolescentes, garantizando un abordaje integral, con base en derechos y en lineamiento con políticas nacionales de salud.

La norma ofrece directrices para que los servicios de salud aseguren el acceso equitativo y la confidencialidad, incluyendo criterios técnicos y mecanismos de evaluación para su cumplimiento en centros de atención primaria.

Este documento es clave para la investigación actual, pues proporciona un marco oficial que respalda intervenciones en salud sexual adolescente desde el primer nivel de atención.

3. En 2010, el Ministerio de Salud de Costa Rica publicó esta política nacional con el objetivo de garantizar el derecho de todas las personas a una sexualidad segura, informada y corresponsable basada en criterios de derechos humanos, igualdad de género y diversidad.

El documento define conceptos clave y establece estrategias para promover una atención integral en salud sexual y reproductiva, reducir estereotipos de género, prevenir la violencia sexual, y asegurar la accesibilidad a información y servicios. Además, introduce mecanismos de monitoreo para evaluar su aplicación en centros de atención primaria .

Para la presente investigación, esta política es esencial porque proporciona un marco normativo respaldado oficialmente que guía la implementación de estrategias de salud sexual en atención primaria. También subraya la necesidad de articular acciones multisectoriales y garantizar espacios inclusivos que fortalezcan la equidad y los derechos en salud sexual.

4. Violencia física/sexual y riesgo reproductivo en Costa Rica (2003–2020)

Aunque este estudio se publicó en 2003, su contenido sigue siendo relevante, pues la violencia física y sexual continúa afectando la salud sexual y reproductiva en Costa Rica. Señala que estas formas de violencia representan un factor de riesgo significativo y persistente.

Las investigaciones muestran que la exposición a violencia tiene repercusiones profundas, no solo físicas, sino también psicológicas. Se asocia con disfunciones sexuales debido al estrés, la ansiedad y el trauma, lo que afecta gravemente la calidad de vida sexual.

Este antecedente es clave para nuestra investigación, ya que nos lleva a cuestionar si el personal de salud en atención primaria está preparado para detectar estos casos y si existen protocolos adecuados para brindar una atención sensible al trauma que responda a esta realidad.

5. En 2022, María Luisa Preinfalk Fernández presentó un análisis sobre el desarrollo de la educación sexual en Costa Rica entre los años 2000 y 2018. El propósito principal del artículo fue contextualizar cómo se ha implementado este componente en el sistema educativo formal, así como destacar las tensiones y desafíos que han surgido en el ejercicio de este derecho.

La autora empleó una metodología basada en revisión documental y análisis de fuentes noticiosas nacionales. A partir de ello, identificó que el avance en la educación sexual ha estado marcado por múltiples obstáculos sociopolíticos y culturales. Entre los principales hallazgos, se

señala cómo los intereses ideológicos y económicos han dificultado la continuidad y legitimidad de estos programas dentro del sistema educativo.

Este antecedente resulta valioso para la investigación actual, ya que proporciona una visión crítica del entorno en el que se han desarrollado las políticas de educación sexual en Costa Rica. Además, permite comprender los factores estructurales que deben ser tomados en cuenta al plantear intervenciones desde la atención primaria en salud sexual y reproductiva.

1.5.3 Antecedentes Internacionales

1 En marzo de 2025, la Dra. Natalia Martínez Medina publicó un artículo en Medscape con el objetivo de visibilizar la prevalencia de la disfunción sexual femenina y enfatizar la importancia de su abordaje en la consulta médica, especialmente en atención primaria.

La disfunción sexual afecta entre el 40 % y el 50 % de las mujeres adultas en diversas etapas de su vida y tiene repercusiones significativas en la calidad de vida y las relaciones de pareja. Su causa es multifactorial, incluyendo factores como traumas sexuales, problemas de relación, creencias religiosas, enfermedades crónicas, efectos secundarios de tratamientos farmacológicos y mala salud física. La deficiencia de hierro, por ejemplo, puede impactar negativamente la función sexual femenina, y su tratamiento ha mostrado mejoras en la disfunción sexual en un 76 % de los casos tras tres meses de suplementación.

Este antecedente es útil para la investigación actual al resaltar la alta frecuencia de estas disfunciones y la necesidad de capacitar a los profesionales de salud para ofrecer un tratamiento integral y sensible que mejore la calidad de vida sexual de las mujeres.

2. En 2021, Alidost F, Pakzad R, Dolatian M y Abdi F, realizaron una revisión sistemática y metaanálisis con el objetivo de evaluar la prevalencia y los determinantes de la disfunción sexual (DS) en mujeres en edad reproductiva. Se revisaron estudios publicados entre 2000 y 2019 en bases de datos como MEDLINE, EMBASE, Web of Science, Scopus y ProQuest. Se incluyeron 21 estudios originales que cumplieron con los criterios de inclusión. Se utilizó el modelo de efectos aleatorios para estimar la prevalencia combinada de la DS y se realizó un análisis de metarregresión para identificar las fuentes de heterogeneidad.

Los resultados del metaanálisis indicaron que la prevalencia combinada de la DS en mujeres en edad reproductiva fue del 50.75% (IC del 95%: 41.73–59.78%). Las prevalencias específicas para los trastornos de deseo sexual, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción sexual y dolor fueron del 50.70%, 48.21%, 37.60%, 40.16%, 35.02% y 39.08%, respectivamente. Además, se identificaron factores de riesgo significativos para la DS, como la edad avanzada, la depresión, el bajo nivel educativo, la duración prolongada del matrimonio y la presencia de enfermedades crónicas.

Este antecedente es relevante para la investigación actual, ya que proporciona una estimación precisa de la prevalencia de la DS en mujeres en edad reproductiva y destaca los factores de riesgo asociados. Estos hallazgos pueden informar el desarrollo de intervenciones educativas

3. En 2025, Amini, Ghasemi Teharani, H y su equipo realizaron un estudio en Irán para evaluar cómo la consejería basada en el modelo PLISSIT influye en la calidad de vida sexual de mujeres con infertilidad y disfunción sexual. El objetivo fue determinar la efectividad de esta intervención en mejorar el bienestar sexual de estas pacientes.

El estudio fue un ensayo controlado aleatorio con 82 mujeres divididas en grupo intervención y grupo control. Las participantes del grupo intervención recibieron cuatro sesiones individuales de consejería PLISSIT. Se midió la función y calidad de vida sexual mediante cuestionarios validados antes y después del tratamiento, encontrando mejoras significativas en las mujeres atendidas.

Este antecedente es relevante para la investigación actual porque evidencia que la consejería estructurada con el modelo PLISSIT puede ser una herramienta eficaz para mejorar la salud sexual en población vulnerable, como mujeres infértiles, lo que apoya el uso de estrategias similares en atención primaria.

4 En 2024, la revista de Psicología publicó un monográfico con el objetivo de explorar los avances y desafíos en la atención terapéutica de la sexualidad desde una perspectiva de género. Se abordaron temas como la diversidad sexual, la identidad de género, la orientación sexual y la intersección de estos aspectos con la salud mental y el bienestar. El monográfico

incluyó artículos de diversos autores que presentaron enfoques innovadores y prácticas clínicas basadas en la evidencia.

Los artículos revisaron la evolución de los modelos terapéuticos en relación con la sexualidad y el género, destacando la importancia de una formación continua y actualizada para los profesionales de la salud mental. Se discutieron también las implicaciones éticas y sociales de la intervención terapéutica en este ámbito, subrayando la necesidad de un enfoque inclusivo y respetuoso de la diversidad.

Este antecedente es relevante para la investigación actual, ya que proporciona una visión integral de los enfoques terapéuticos contemporáneos en el campo de la sexualidad y el género. Los hallazgos y propuestas presentadas pueden informar el desarrollo de intervenciones más efectivas y sensibles a las necesidades de las personas en este contexto.

5. En 2024, Melese y su equipo llevaron a cabo un estudio en hospitales públicos de Gondar, Etiopía, con la finalidad de medir la frecuencia de disfunción sexual en personas que padecen insuficiencia cardíaca, así como identificar los factores que influyen en esta condición. La muestra estuvo conformada por 423 pacientes seleccionados aleatoriamente, quienes respondieron cuestionarios que recopilaban datos personales, clínicos y de estilo de vida.

Los resultados revelaron que cerca del 58% de los participantes presentaban algún grado de disfunción sexual, con mayor prevalencia en mujeres (63%) que en hombres (55%). Entre las variables que se relacionaron con estas dificultades en mujeres figuraron el sobrepeso, edad avanzada, falta de actividad física y consumo de tabaco. En los hombres, la disfunción eréctil se asoció a enfermedades como la diabetes, el grado de insuficiencia cardíaca, edad y también a la inactividad física.

Este estudio aporta información valiosa para entender cómo la insuficiencia cardíaca afecta la vida sexual, un aspecto que a menudo queda relegado en la atención clínica. Sus hallazgos pueden ayudar a diseñar estrategias más integrales que consideren la salud sexual como parte fundamental del bienestar en pacientes con esta enfermedad.

6 En 2025, Manocchio y colaboradores realizaron una revisión sobre las estrategias de rehabilitación para mujeres y hombres que experimentan disfunción sexual tras cirugías

abdominales o pélvicas. Destacaron que intervenciones como la histerectomía, la reparación de prolapso de órganos pélvicos, la prostatectomía radical y las resecciones por cáncer rectal pueden tener repercusiones físicas y psicológicas significativas en la función sexual. Se observó que, en algunos casos, procedimientos destinados a corregir problemas ginecológicos pueden resultar en nuevas disfunciones sexuales, como la dispareunia o la pérdida de interés sexual.

Los autores enfatizaron la necesidad de integrar un enfoque de reeducación sexual en la atención postoperatoria, adoptando estrategias multidisciplinarias basadas en la evidencia científica actual. Esto incluye la implementación de planes de intervención individualizados (IRP, por sus siglas en inglés), desarrollados por equipos especializados para abordar las secuelas complejas de la disfunción sexual posterior a estas cirugías.

Este antecedente es relevante para la investigación actual, ya que proporciona evidencia de la importancia de un enfoque integral en la rehabilitación sexual postquirúrgica, lo que puede informar el desarrollo de protocolos de atención más efectivos y sensibles a las necesidades de los pacientes.

7 En 2022, Patel y colaboradores realizaron un análisis de aplicaciones móviles destinadas a promover la salud sexual y reproductiva (SSR) entre adolescentes en países de ingresos bajos y medianos (PBM). El estudio identificó 40 aplicaciones relevantes, evaluando su contenido, accesibilidad y calidad. Se observó que muchas de estas aplicaciones carecían de evidencia científica sólida y no cumplían con los estándares de privacidad y confidencialidad necesarios para proteger a los usuarios adolescentes.

Los autores destacaron la necesidad de desarrollar aplicaciones móviles que sean culturalmente sensibles, basadas en evidencia y que respeten la privacidad de los usuarios. Además, sugirieron que estas aplicaciones deberían ser diseñadas en colaboración con adolescentes, profesionales de la salud y expertos en tecnología para garantizar su efectividad y aceptación.

Este antecedente es relevante para la investigación actual, ya que proporciona información sobre las características y limitaciones de las aplicaciones móviles existentes en el ámbito de la SSR para adolescentes, lo que puede informar el desarrollo de herramientas digitales más efectivas y seguras en el futuro.

8. En 2022, Mestre-Bach y colaboradores llevaron a cabo una revisión exhaustiva de las terapias conductuales aplicadas al tratamiento de las disfunciones sexuales femeninas. El estudio se centró en los enfoques empíricamente validados, destacando la eficacia de la terapia cognitivo-conductual (TCC) y las terapias basadas en mindfulness. Se identificaron limitaciones en los estudios existentes, como la tendencia a agrupar diferentes tipos de disfunciones sexuales en ensayos clínicos aleatorizados, lo que dificulta la evaluación específica de cada trastorno.

Los autores señalaron que, a pesar de los avances en la investigación, persisten desafíos en la comprensión y tratamiento de las disfunciones sexuales femeninas. Subrayaron la necesidad de realizar estudios más rigurosos y específicos que permitan desarrollar intervenciones terapéuticas más efectivas y adaptadas a las diversas manifestaciones de estas disfunciones.

Este antecedente es relevante para la investigación actual, ya que proporciona una visión integral de las terapias conductuales aplicadas a las disfunciones sexuales femeninas, identificando tanto sus fortalezas como las áreas que requieren mayor atención investigativa.

9 En este artículo, los autores realizaron una revisión sistemática y un meta-análisis para identificar intervenciones comunitarias y escolares efectivas que mejoren la salud sexual y reproductiva (SSR) de adolescentes en países de ingresos bajos y medianos (PBM). Se incluyeron estudios que evaluaron programas implementados en contextos comunitarios y escolares, con el objetivo de promover el acceso de los adolescentes a servicios de SSR y mejorar sus conocimientos y comportamientos relacionados.

Los resultados indicaron que las intervenciones basadas en la comunidad y la escuela pueden ser efectivas para mejorar los resultados de SSR entre los adolescentes en PBM. Sin embargo, los autores señalaron que existe una falta sustancial de investigación sobre la efectividad y la ampliación de estas intervenciones en contextos culturales específicos. Se destacó la necesidad de realizar más investigaciones para comprender mejor qué intervenciones han demostrado ser efectivas y cuáles pueden ser sostenibles y escalables en estos contextos.

Este antecedente es relevante para la investigación actual, ya que proporciona evidencia sobre las intervenciones efectivas para mejorar la SSR de los adolescentes en PBM, lo que puede informar el desarrollo de estrategias y políticas en Costa Rica que aborden las necesidades de salud sexual y reproductiva de los adolescentes en contextos similares.

10 En 2023, Heiman y Meston publicaron una revisión exhaustiva en Estados Unidos, cuyo objetivo fue analizar los principales aspectos relacionados con la disfunción sexual, incluyendo sus causas, métodos diagnósticos y opciones terapéuticas. Este trabajo se enfocó en ofrecer una visión actualizada y comprensiva que pudiera servir de referencia para profesionales de la salud y pacientes.

Para llevar a cabo la revisión, los autores recopilaron y evaluaron estudios científicos recientes sobre la prevalencia, fisiopatología y factores psicológicos implicados en las disfunciones sexuales. Además, abordaron las estrategias diagnósticas más efectivas y las diversas opciones de tratamiento, que van desde intervenciones psicológicas hasta terapias farmacológicas. El documento destaca la importancia de una evaluación integral que considere tanto aspectos médicos como emocionales y sociales.

Este antecedente aporta una base teórica sólida para la investigación actual, ya que ofrece un marco completo para entender las complejidades de la disfunción sexual, enfatizando la necesidad de abordajes multidisciplinarios. Además, resalta áreas donde la investigación futura podría profundizar para mejorar el diagnóstico y tratamiento de estas condiciones.

11. Efectividad de las intervenciones en salud sexual en atención primaria (2022). Una revisión publicada en 2022 se propuso evaluar la efectividad de las intervenciones en salud sexual implementadas directamente en entornos de atención primaria. Su objetivo era identificar cuáles estrategias o programas resultan más exitosos para mejorar los resultados en salud sexual de los pacientes que acuden al primer nivel de atención, donde la prevención y la detección temprana son esenciales.

La metodología de este estudio involucró la revisión de ensayos controlados aleatorizados y estudios de cohorte que exploraron diversas intervenciones, tales como el *screening* de riesgo sexual sistemático, la consejería breve y personalizada, y las derivaciones oportunas a servicios especializados cuando la complejidad del caso lo ameritaba. Las conclusiones preliminares de esta revisión sugieren que las intervenciones proactivas en atención primaria, a pesar de ser a menudo breves y de recursos limitados, pueden ser notablemente efectivas para aumentar la detección de problemas de salud sexual, mejorar la comunicación abierta y de confianza entre el paciente y el proveedor de salud, y facilitar el acceso a tratamientos tempranos para diversas

disfunciones. Sin embargo, también se destacó la necesidad imperante de una mayor capacitación del personal de salud y la superación de barreras comunes como la falta de tiempo en la consulta y el estigma.

Este antecedente es fundamental porque se centra directamente en la eficacia de las intervenciones en el ámbito de la atención primaria, que es, de hecho, el eje central y el corazón de nuestra investigación. Nos permite analizar si las estrategias empleadas en Costa Rica y España en este nivel de atención son congruentes con las mejores prácticas identificadas internacionalmente para la detección y el manejo de la disfunción sexual, y cómo se puede mejorar la integración de la salud sexual como un componente esencial y no aislado dentro de la consulta médica general.

12. En 2024, Ramlachan y Naidoo publicaron una guía destinada a profesionales de la salud primaria en Sudáfrica, enfocada en mejorar la atención de la salud sexual. El artículo destaca la importancia de abordar la salud sexual como parte integral del bienestar general y subraya la necesidad de una formación adecuada para los proveedores de atención primaria en la detección y manejo de disfunciones sexuales. Además, se enfatiza la relevancia de crear un entorno seguro y sin prejuicios para la toma de historia clínica, especialmente al atender a poblaciones diversas en cuanto a género.

Los autores proponen estrategias para mejorar la calidad de los servicios de salud sexual en la atención primaria, incluyendo el uso de herramientas de evaluación efectivas alineadas con los criterios del DSM-5 para disfunciones sexuales. En particular, se destaca el algoritmo de diagnóstico y tratamiento de la International Consultation on Sexual Medicine (ICSM-5) como una herramienta útil para que los proveedores de atención primaria aborden eficazmente las disfunciones sexuales y mejoren la calidad de la atención brindada a las comunidades en relación con la salud sexual y reproductiva

Este antecedente es relevante para la investigación actual, ya que proporciona orientación práctica para los profesionales de la salud primaria en la mejora de la atención de la salud sexual, lo que puede ser aplicable en contextos similares, como el de Costa Rica, para fortalecer los servicios de salud sexual y reproductiva.

13. En este estudio, la autora identificó un bajo nivel educativo en salud sexual y reproductiva entre los adolescentes y adultos jóvenes del sector La Huerta, Parroquia Sucre, Municipio Sucre, Estado Mérida. Se observó una tendencia al inicio precoz de relaciones sexuales, con un 80% de los encuestados reportando haber tenido algún encuentro sexual en el último año. Sin embargo, el 64% de ellos no utilizó métodos anticonceptivos en su primera relación sexual

Además, se evidenció una falta de comunicación sobre temas de salud sexual y reproductiva tanto en el hogar como en las instituciones educativas. El 92% de los encuestados indicó que no se habló en sus familias sobre métodos anticonceptivos ni sobre infecciones de transmisión sexual, y el 98% mencionó que en las instituciones educativas no se abordaron estos temas. Estas carencias contribuyen al desarrollo de hábitos sexuales inadecuados y al aumento de embarazos adolescentes e infecciones de transmisión sexual.

Este antecedente es relevante para la investigación actual, ya que proporciona evidencia sobre la necesidad de mejorar la educación en salud sexual y reproductiva en comunidades similares, lo que puede informar el desarrollo de estrategias y políticas en Costa Rica que aborden las necesidades de salud sexual y reproductiva de los adolescentes y jóvenes.

14. En este estudio, los autores realizaron una revisión comparativa de aplicaciones móviles existentes que abordan la educación sexual en adolescentes. El objetivo fue evaluar la funcionalidad y utilidad de estas herramientas tecnológicas, identificando sus limitaciones y áreas de mejora. Se encontró que muchas aplicaciones presentan contenido desactualizado y exceso de texto, lo que dificulta su uso y efectividad en el aprendizaje de los jóvenes.

Los resultados sugieren que, aunque las aplicaciones móviles pueden ser una herramienta valiosa en la educación sexual, es necesario mejorar su diseño y contenido para aumentar su accesibilidad y atractivo para los adolescentes. Se recomienda la actualización periódica de la información y la inclusión de elementos interactivos que fomenten el aprendizaje activo y el compromiso de los usuarios.

Este antecedente es relevante para la investigación actual, ya que proporciona información sobre las herramientas tecnológicas utilizadas en la educación sexual de adolescentes, lo que

puede informar el desarrollo de estrategias y recursos educativos más efectivos y atractivos para este grupo poblacional.

15. Rojo-Villaescusa, C. y Zarco-Montejo, J. (2022) llevaron a cabo un estudio en España para evaluar cómo los médicos de familia abordan la salud sexual en sus consultas. Su investigación reveló que, si bien los profesionales reconocen la importancia del tema, muchos no lo incluyen de forma rutinaria en la atención médica. Entre las principales razones identificadas se encuentran la falta de tiempo, la escasa formación específica y la preocupación por incomodar a los pacientes.

El estudio también señala que la mayoría de los médicos solo abordan la sexualidad si el paciente lo plantea primero, lo que limita el enfoque preventivo. Además, los autores subrayan la necesidad de integrar esta temática con mayor naturalidad en las consultas, proponiendo mejoras en la formación y en las herramientas clínicas disponibles.

En conclusión, este trabajo evidencia una desconexión entre la importancia teórica que se le otorga a la salud sexual y su aplicación práctica, lo cual refuerza la urgencia de capacitar a los profesionales de atención primaria en este ámbito.

2 CAPÍTULO II- MARCO TEÓRICO

2.1 Introducción

La disfunción sexual representa, sin lugar a dudas, uno de los temas más relevantes y, paradójicamente, más evitados en la práctica clínica contemporánea. Lejos de ser un asunto trivial o marginal, constituye un fenómeno de amplias proporciones que afecta profundamente la calidad de vida de millones de personas alrededor del mundo. Su naturaleza compleja entrelazada con dimensiones biológicas, psicológicas y socioculturales exige un abordaje integral que trascienda la mera perspectiva biomédica tradicional.

En los espacios de atención primaria, donde la mayoría de las personas inician su búsqueda de ayuda, existe una notable brecha entre la prevalencia de estos trastornos y la capacidad real de los profesionales para identificarlos, comprenderlos y tratarlos adecuadamente. Este documento desarrolla un análisis profundo sobre la disfunción sexual, explorando no solamente su conceptualización teórica desde múltiples disciplinas, sino también las particularidades de su abordaje en sistemas de salud específicos, particularmente en Costa Rica y España, geografías que, aunque distantes, comparten desafíos similares en la implementación de políticas de salud sexual integral.(18)(19)(20)

2.2 Definición de Disfunción Sexual: Una Perspectiva Multidisciplinaria

2.2.1 Aproximación Médica

Desde la medicina, la disfunción sexual se conceptualiza fundamentalmente como una alteración de los deseos y cambios psicofisiológicos en el ciclo de la respuesta sexual humana, o bien la presencia de dolor asociado a la ejecución del acto sexual.(21) Esta definición, aunque aparentemente simple, encapsula una realidad enormemente compleja. Los médicos han histórica y convencionalmente enfatizado los componentes fisiológicos la capacidad de erigirse, lubricarse, eyacular u “orgasmear” como marcadores centrales de la función sexual "normal". Sin embargo, esta reducción ha demostrado ser insuficiente para captar la verdadera experiencia de los individuos que padecen estas afecciones.

Lo que ocurre cuando algo no marcha bien en la relación sexual es, frecuentemente, más que un simple malfunction fisiológico. Se trata de una convergencia de procesos neurovascular, endocrino y neurotransmisorial que, cuando se ven perturbados, generan una cascada de efectos que se extienden mucho más allá del dormitorio. La medicina, gradualmente, ha comenzado a reconocer que ignorar los aspectos emocionales y relacionales es condenar el tratamiento al fracaso.(22)

2.2.2 *Perspectiva Psicológica*

Desde la psicología, la disfunción sexual adquiere matices considerablemente distintos. Se la entiende como una manifestación de procesos mentales complejos en los que participan la cognición, el afecto y los patrones de comportamiento aprendido. La psicología enfatiza cómo los patrones defensivos, las creencias limitantes y los traumas pueden perpetuar o, en muchos casos, incluso generar disfunciones que originalmente podrían haber tenido raíces biológicas.

Un aspecto particularmente relevante es la noción de círculo vicioso psicosexual: una persona que experimenta una disfunción inicial digamos, una dificultad para alcanzar una erección puede desarrollar simultáneamente ansiedad de desempeño. Esta ansiedad, a su vez, perpetúa la disfunción, creando un bucle que se refuerza a sí mismo con cada intento fallido. La autoimagen negativa, las expectativas poco realistas y la anticipación del fracaso son elementos psicológicos que transforman lo que pudo haber sido un problema transitorio en un trastorno crónico.(23)

2.2.3 *Enfoque Sexológico*

La sexología, disciplina que sintetiza conocimientos de la medicina, la psicología, la antropología y las ciencias sociales, ofrece una perspectiva particularmente enriquecedora. Desde este ángulo, la disfunción sexual no es simplemente una alteración de funciones, sino que constituye una serie de síndromes en los que los procesos eróticos de la respuesta sexual resultan no deseables para el individuo o para el grupo social, presentándose de forma persistente o recurrente.(18)

Esta formulación incorpora un elemento crucial que las definiciones puramente médicas omiten: la dimensión social y cultural. Lo que se considera "disfunción" está profundamente moldeado por los estándares culturales, los valores comunitarios y las expectativas sociales sobre lo que debe ser la sexualidad "normal" o "satisfactoria". Un sexólogo reconoce que entender la disfunción sexual requiere interrogar no solo el cuerpo del paciente, sino también los significados que esa persona atribuye a su sexualidad, los guiones culturales en los que fue socializado, y las dinámicas de poder presentes en sus relaciones íntimas.

2.3 Clasificación de las Disfunciones Sexuales según DSM-5 y CIE-11

2.3.1 Panorama General del DSM-5

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, en su quinta edición (DSM-5), introduce modificaciones significativas respecto a ediciones anteriores. (24) Históricamente, el DSM-IV había categorizado los trastornos sexuales en torno a un modelo trifásico del ciclo de respuesta sexual: deseo, excitación y orgasmo. El DSM-5, sin embargo, realiza cambios substanciales que reflejan una comprensión más matizada de la experiencia sexual humana.

Uno de los cambios más notables es la eliminación de la categoría de "parafilia" como diagnóstico por sí misma, reemplazándola por "trastorno parafilico". Esta distinción busca reconocer que existen intereses sexuales atípicos que no necesariamente causan malestar o disfunción en la vida de la persona; únicamente aquellos que causan sufrimiento significativo o constituyen un peligro se clasifican como trastornos.(24)

2.3.2 Trastornos del Deseo Sexual en DSM-5

Un cambio especialmente relevante es la fusión del trastorno del deseo sexual hipoactivo y el trastorno por aversión al sexo en una única categoría: el trastorno del interés/excitación sexual femenino.(24) Este cambio reconoce, tras años de investigación clínica, que muchas mujeres experimentan deseo y excitación de manera no lineal. A menudo, las mujeres reportan que la excitación precede al deseo consciente, en un proceso que los investigadores denominan

deseo "reactivo". Separar artificialmente el deseo de la excitación ignoraría esta realidad fenomenológica.

Por el contrario, en los hombres se mantiene el diagnóstico de trastorno del deseo sexual hipoactivo masculino, caracterizado por una deficiencia o ausencia persistente de fantasías y deseo de actividad sexual, que causa malestar clínicamente significativo.(24)

2.3.3 Trastornos de la Excitación Sexual

El DSM-5 conserva el diagnóstico de trastorno de la erección en hombres, definido como la incapacidad repetida para obtener o mantener la rigidez del pene durante la actividad sexual. Sin embargo, subraya que esta dificultad debe causar malestar significativo y no puede atribuirse únicamente a otro trastorno mental, a efectos de medicamentos u otras condiciones médicas.

En las mujeres, la categoría de "trastorno de excitación sexual femenino" ha sido conceptualmente integrada al trastorno del interés/excitación sexual femenino, reflejando nuevamente esa comprensión de que deseo y excitación frecuentemente ocurren en un continuo, no como fases discretas.

2.3.4 Trastornos de la Fase Orgásmica

Los trastornos del orgasmo persisten como categorías diagnósticas en el DSM-5. La anorgasmia la incapacidad persistente para alcanzar o experimentar un orgasmo tras una estimulación sexual adecuada es una de las disfunciones más prevalentes, particularmente en mujeres.(22) La eyaculación precoz, por su parte, refiere la eyaculación que ocurre durante la actividad sexual, aproximadamente uno a tres minutos después de la penetración vaginal y antes de que el individuo así lo desee. Aunque es altamente prevalente reportándose en aproximadamente el 20-30% de los hombres en algún momento de sus vidas ha sido históricamente una de las disfunciones menos atendidas en atención primaria.

2.3.5 Trastornos del Dolor Genital

El DSM-5 mantiene dos categorías relacionadas con dolor: la dispareunia (dolor genital asociado con la penetración) y el vaginismo (una contracción involuntaria de los músculos

perineales que dificulta o impide la penetración). Aunque en términos técnicos ya no se utiliza la clasificación específica de "vaginismo" en el DSM-5 habiendo sido subsumido bajo un diagnóstico más amplio de dolor genito-pélvico/penetración clínicamente sigue siendo una presentación relevante que los profesionales encuentran regularmente.

2.3.6 Clasificación de la CIE-11

La Clasificación Internacional de Enfermedades, 11ª edición (CIE-11), de la Organización Mundial de la Salud, presenta una estructuración parcialmente diferente. Un aporte particular de la CIE-11 es la inclusión del Trastorno por Comportamiento Sexual Compulsivo, reconociendo que existe un subgrupo de individuos que experimenta un patrón persistente de incapacidad para controlar impulsos sexuales intensos y repetitivos.(25) Este diagnóstico ha ganado relevancia en la era digital, donde el acceso a contenido sexual es prácticamente ilimitado para muchas poblaciones.

La CIE-11 también refleja, más que el DSM-5, una integración de perspectivas sobre el papel del contexto cultural y social en lo que se considera patológico. Enfatiza, además, la necesidad de que el malestar o deterioro funcional sea documentado y persistente antes de realizar un diagnóstico.

2.4 Fisiología de la Respuesta Sexual Humana: Del Modelo Clásico a la Comprensión Contemporánea

2.4.1 El Modelo de Masters y Johnson: Fundamentos

Aunque décadas han transcurrido desde su proposición original en 1966, el modelo de respuesta sexual de Masters y Johnson continúa siendo fundamental para cualquier comprensión de la sexualidad humana. (26) Estos investigadores pioneros identificaron un patrón generalizable en las respuestas fisiológicas que ocurren durante la actividad sexual, organizándolas en cuatro fases secuenciales:

Fase de Excitación: Durante esta fase, hay un aumento generalizado de la tensión sexual. En los hombres, comienza la vasoconstricción del pene, lo que resulta en erección. Aumenta la

frecuencia cardíaca, el escroto se engrosa, el cordón espermático se acorta y los testículos se llenan de sangre. En las mujeres, se produce una lubricación vaginal importante debida a la vasodilatación del área pélvica, particularmente del introito vaginal. El clítoris se erecta, aumenta de volumen, y los labios mayores y menores se engruesan. En ambos sexos, se observa endurecimiento de los pezones, aumento de la frecuencia cardíaca y la respiración.(27)

Fase de Meseta: En esta fase, las reacciones iniciadas durante la excitación se intensifican pero alcanzan una especie de "meseta" donde se mantienen en un nivel relativamente estable. En los hombres, el diámetro del pene aumenta, los testículos se hinchan más y las glándulas de Cowper secretan líquido pre-seminal. En las mujeres, existe una contracción de los tercioes externos de la vagina formando una "plataforma orgásmica". Esta es una fase crítica, donde la estimulación continuada puede llevar al orgasmo.

Fase de Orgasmo: Caracterizada por contracciones rítmicas involuntarias de ciertos músculos, especialmente el músculo pubococcígeo. En los hombres, el orgasmo consta de dos fases: la fase de emisión (contracción de los conductos deferentes, la próstata y las vesículas seminales) y la fase de expulsión (eyaculación, caracterizada por contracciones rítmicas cada aproximadamente 0.8 segundos del pene). Es importante notar que, fisiológicamente, el orgasmo y la eyaculación son procesos distintos, aunque frecuentemente ocurren juntos. En las mujeres, el orgasmo se caracteriza por contracciones rítmicas alrededor de la entrada vaginal, aunque la experiencia subjetiva y la intensidad varían considerablemente entre individuos.

Fase de Resolución: Después del orgasmo, el cuerpo regresa gradualmente a su estado basal no excitado. En los hombres, existe un período refractario durante el cual es físicamente imposible alcanzar otra erección o eyaculación, cuya duración aumenta con la edad. En las mujeres, teóricamente pueden alcanzar múltiples orgasmos sin un período refractario obligatorio, aunque en la práctica hay considerable variabilidad individual.

2.4.2 El Modelo Trifásico de Kaplan: Una Reconceptualización

Helen Singer Kaplan, trabajando a finales de la década de 1970, propuso un refinamiento significativo al modelo de Masters y Johnson.(28) Kaplan argumentó que el componente del deseo sexual no había recibido suficiente énfasis en el modelo anterior. Observó que las fases de

excitación y meseta de Masters y Johnson eran, fisiológicamente hablando, bastante similares, diferenciándose principalmente en variables tales como la intensidad y duración. Más crucialmente, reconoció que muchos individuos experimentaban problemas de deseo sexual que no podían explicarse adecuadamente dentro del esquema de Masters y Johnson.

El modelo trifásico de Kaplan reorganiza la respuesta sexual en tres fases:

- Fase de Deseo: El deseo sexual es comprendido como un impulso motivacional que nos mueve a buscar experiencias sexuales y a responder a estímulos eróticos. Este impulso es mediado por el sistema límbico la región del cerebro encargada de las emociones, la memoria y el aprendizaje pero también está influenciado por factores hormonales (particularmente andrógenos y estrógenos) y por factores psicosociales.(26) El deseo puede presentarse de dos formas: "espontánea" (originándose aparentemente de manera endógena) o "reactiva" (emergiendo como respuesta a estimulación sensorial). Kaplan estableció que sin un impulso de deseo adecuado, es prácticamente imposible alcanzar una excitación satisfactoria y un orgasmo exitoso.
- Fase de Excitación: Kaplan consolidó las fases de excitación y meseta de Masters y Johnson en una sola, reconociendo que los procesos fisiológicos básicos vasocongestión (acumulación de sangre en los órganos pélvicos) y miotonia (tensión muscular generalizada) son esencialmente continuos entre ambas. Es durante esta fase cuando ocurren la lubricación vaginal, la erección del pene, la expansión vaginal y los cambios extragenitales ya mencionados.
- Fase de Orgasmo: Permanece conceptualmente similar al modelo de Masters y Johnson, aunque Kaplan enfatiza que es el resultado final de los procesos de vasocongestión y miotonia, mediado por reflejos espinales. La liberación de la tensión acumulada genera las contracciones características.

Lo particularmente valioso del modelo de Kaplan es que reconoce que cada fase puede afectarse independientemente de las otras. Un individuo puede tener deseo pero dificultad para la excitación; puede tener excitación adecuada pero anorgasmia; puede tener orgasmos cuando se masturba pero no durante la penetración. Esta modularidad hace que el modelo sea mucho más

clínicamente útil, permitiendo al terapeuta identificar dónde específicamente se está presentando la disfunción.

2.4.3 Moduladores Contemporáneos de la Respuesta Sexual

La investigación neurocientífica y endocrinológica contemporánea ha demostrado que la respuesta sexual es modulada por un complejo sistema de neurotransmisores y hormonas. La serotonina, por ejemplo, ejerce un efecto inhibitorio sobre el deseo y la excitación (razón por la cual los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina ISRS frecuentemente causan disfunción sexual como efecto secundario). La dopamina, por el contrario, facilita el deseo y la erección. La noradrenalina es crucial para el componente atencional del deseo, permitiéndonos enfocarnos en estímulos eróticos relevantes.(29)

A nivel hormonal, la testosterona es fundamental no solamente en hombres sino también en mujeres, donde juega un papel en la libido, la excitación clitoridiana y la sensibilidad genital. El estrógeno, en las mujeres, es esencial para mantener la elasticidad del tejido vaginal, la producción de lubricante vaginal y la sensibilidad general. Estos mecanismos hormonales tienen implicaciones clínicas profundas, particularmente en mujeres que atraviesan la menopausia o en individuos tomando medicamentos que interfieren con estos sistemas.

2.5 Factores Biológicos Asociados a la Disfunción Sexual

2.5.1 Enfermedades Crónicas como Determinantes

La conexión entre enfermedades crónicas y disfunción sexual es íntima y multifactorial. No se limita simplemente al daño físico directo que pueda causar la enfermedad, sino que incluye los efectos psicológicos del diagnóstico, los cambios en la autoimagen corporal y los efectos secundarios de los tratamientos.

Diabetes Mellitus es paradigmática en este sentido. En hombres, la diabetes es la causa médica más común de disfunción eréctil, operando a través de múltiples mecanismos: daño endotelial que afecta la vasodilatación necesaria para la erección, neuropatía diabética que

disminuye la sensibilidad, y disfunción autonómica que afecta los reflejos necesarios.(30) En mujeres, la diabetes contribuye a sequedad vaginal, disminución de la lubricación y anorgasmia.

Enfermedades Cardiovasculares tienen consecuencias profundas sobre la función sexual. La aterosclerosis, la hipertensión y la insuficiencia cardíaca afectan el flujo sanguíneo pélvico, comprometen la función endotelial y alteran la hemodinámica necesaria para la erección y la congestión genital femenina. (31) Además, el miedo al infarto durante la actividad sexual es una barrera psicológica significativa que muchos pacientes y sus parejas internalizan.

Enfermedades Neurológicas como la esclerosis múltiple, la enfermedad de Parkinson y la lesión medular afectan la respuesta sexual a través de vías neurales directamente dañadas o por pérdida de sensibilidad. La esclerosis múltiple, en particular, afecta a aproximadamente el 70-80% de los pacientes con síntomas sexuales, incluyendo tanto disfunción eréctil como anorgasmia y dispareunia.(31)

Cánceres y sus Tratamientos presentan un caso complejo donde la enfermedad y la terapia trabajan conjuntamente para comprometer la sexualidad. La quimioterapia, la radioterapia pélvica y la cirugía pueden causar daño directo a estructuras nerviosas y vasculares, mientras que el tratamiento hormonal (particularmente la castración química) suprime hormonas esenciales para la función sexual. Además, los efectos psicológicos la alteración de la autoimagen corporal tras una mastectomía o una prostatectomía, la asociación del cuerpo enfermo con la muerte generan traumas profundos que pueden persistir incluso después de la cura física.(31)

2.5.2 Medicamentos y Efectos Secundarios

Es casi axomático en la medicina que muchos medicamentos tienen efectos secundarios sobre la sexualidad; sin embargo, con sorprendente frecuencia, estos efectos son minimizados o no se comunican adecuadamente a los pacientes.

Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), ampliamente prescritos para depresión y ansiedad, son notorios por causar disfunción sexual en el 25-75% de los pacientes que los toman, dependiendo del fármaco específico y de la dosis. (32) El mecanismo implica la inhibición de la dopamina a través de la serotonina aumentada, lo que disminuye el deseo y dificulta tanto la excitación como el orgasmo.

Los antihipertensivos, particularmente los bloqueadores beta y los diuréticos, frecuentemente comprometen la función eréctil al reducir el flujo sanguíneo o interferir con la neurotransmisión simpática necesaria para mantener la erección.

Los antipsicóticos, utilizados tanto en esquizofrenia como en depresión psicótica, pueden causar disfunción sexual severa, tanto a través de efectos dopaminérgicos como de aumento de prolactina, que inhibe el deseo sexual.(32)

2.5.3 Alteraciones Hormonales

La menopausia en las mujeres y el androgenopausia (declive gradual de testosterona) en los hombres representan puntos de inflexión en la sexualidad. Durante la menopausia, el descenso dramático de estrógeno lleva a atrofia vaginal, sequedad, disminución de la elasticidad tisular y, consecuentemente, dispareunia. El deseo sexual frecuentemente disminuye, aunque esto está mediado tanto por factores hormonales como por factores psicosociales (cambios en la identidad, estrés de la edad, cambios en el rol familiar).(30)

En los hombres, el declive gradual de testosterona con la edad contribuye a disminución del deseo, dificultad para lograr erecciones matutinas espontáneas y dificultad para mantener la erección durante la actividad sexual.

La hiperprolactinemia elevación de prolactina, ya sea por tumores hipofisarios o por efectos secundarios de antipsicóticos es una causa frecuentemente olvidada de disfunción sexual, presentándose con disminución del deseo tanto en hombres como en mujeres.

Los trastornos tiroideos, particularmente el hipotiroidismo, están asociados con disminución de la libido y disfunción sexual, aunque frecuentemente este nexo es pasado por alto en la práctica clínica.

2.6 Factores Psicológicos y Emocionales: La Dimensión Silenciosa

2.6.1 *Depresión: El Ciclo Bidireccional*

La relación entre depresión y disfunción sexual es bidireccionalmente compleja y devastadora. La depresión está asociada de manera significativa con disminución del deseo sexual, dificultad para alcanzar la excitación y anorgasmia.(30) Esto no se debe únicamente a cambios en los niveles de neurotransmisores (aunque estos juegan un papel), sino también a la apatía fundamental, la falta de energía y la anhedonia (incapacidad para experimentar placer) que caracterizan la depresión clínica.

Lo particularmente insidioso es que cuando se inicia tratamiento antidepresivo con ISRS los medicamentos de primera línea para muchas formas de depresión frecuentemente se produce disfunción sexual como efecto secundario. Esto crea un dilema clínico: el paciente mejoró psicológicamente pero ahora enfrenta una barrera diferente para la satisfacción sexual. Si no se maneja adecuadamente, puede llevar al abandono del tratamiento antidepresivo.

Inversamente, la disfunción sexual crónica contribuye frecuentemente al desarrollo de depresión. La experiencia repetida del fracaso sexual, la pérdida de intimidad, la afectación de la autoimagen corporal y la erosión de la relación de pareja son todos factores que precipitan o exacerban la depresión.(33)(34)

2.6.2 *Ansiedad: La Profecía Autocumplida*

La ansiedad juega un papel particularmente complejo en la disfunción sexual, operando a través de múltiples mecanismos. A nivel fisiológico, la ansiedad de desempeño la preocupación persistente por la "capacidad de rendir" activa el sistema nervioso simpático, que es fundamentalmente antitético a la respuesta sexual, que requiere activación del sistema nervioso parasimpático.(34) En los hombres, esta ansiedad puede precipitar eyaculación precoz (a través de hipervigilancia de sensaciones genitales) o, paradójicamente, dificultad para lograr o mantener erección (a través de inhibición de los mecanismos parasimpáticos necesarios).

En las mujeres, la ansiedad se asocia frecuentemente con dificultades en la excitación y anorgasmia. El mecanismo implica una vigilancia excesiva de las sensaciones corporales internas en lugar de enfocarse en estímulos externos eróticos placenteros lo que los terapeutas sexuales denominan "espectatoring".(34)

Además, existe la ansiedad social y relacional: el miedo a ser juzgado por la pareja, el miedo a ser rechazado si se revela una dificultad sexual, o el miedo a que la pareja abandone la relación. Estos miedos, frecuentemente enraizados en experiencias previas de rechazo o humillación, pueden ser igualmente debilitantes.

2.6.3 *Trauma Sexual y sus Secuelas*

El abuso sexual previo es un predictor potente de disfunción sexual en la adultez. Los mecanismos son multifactoriales: a nivel neurobiológico, el trauma sexual altera la forma en que el sistema nervioso responde a los estímulos, frecuentemente resultando en una respuesta de "congelamiento" o hipervigilancia durante la actividad sexual. A nivel psicológico, puede haber una disociación durante el acto sexual, una desconexión del cuerpo como mecanismo defensivo que fue adaptativo durante el trauma pero que ahora es contraproducente.(34)

Los sobrevivientes de trauma sexual frecuentemente reportan dificultad para confiar en parejas íntimas, flashbacks durante la actividad sexual, y una sensación de que su cuerpo "ya no les pertenece". Estos factores contribuyen a anorgasmia, dispareunia y disminución del deseo.

2.6.4 *Autoestima, Imagen Corporal e Identidad Sexual*

La relación entre autoestima y función sexual es íntima. Las personas con baja autoestima, particularmente aquellas que internalizan mensajes negativos sobre sus cuerpos o su valor como parejas sexuales, frecuentemente experimentan disfunción sexual. En las mujeres, la internalización de estándares imposibles de belleza corporal resulta en vergüenza corporal que interfiere con la capacidad de estar presentes durante el acto sexual, de permitirse sentir placer y de alcanzar el orgasmo.(34)

La imagen corporal negativa, exacerbada en nuestra era contemporánea de redes sociales y comparación constante, está directamente correlacionada con problemas de excitación y

satisfacción sexual. En individuos que han experimentado cambios corporales significativos por cirugía, enfermedad, o envejecimiento la negociación de una identidad sexual positiva puede ser particularmente desafiante.

2.6.5 Estrés Crónico y Presiones Cotidianas

El estrés crónico, ya sea laboral, financiero o relacional, reduce significativamente el deseo sexual y dificulta tanto la excitación como el orgasmo.(34) El mecanismo implica la activación sostenida del eje hipotalámico-hipofisario-adrenal (HPA), resultando en elevación de cortisol que, a su vez, suprime hormonas sexuales como la testosterona y el estrógeno. A nivel psicológico, el estrés agota los recursos cognitivos y emocionales disponibles para la intimidad sexual, frecuentemente relegando el sexo a una tarea más en una lista cada vez más larga.

En parejas donde uno o ambos miembros experimentan estrés significativo, la sexualidad frecuentemente es la primera dimensión de la relación que se deteriora, frecuentemente sin ser reconocido explícitamente como tal hasta mucho después.

2.7 Factores Socioculturales y de Pareja: La Construcción Social de la Sexualidad

2.7.1 Estigma y Tabú Sexual

A pesar de décadas de progreso en la revolución sexual, el tabú alrededor de la sexualidad persiste, particularmente en comunidades con tradiciones religiosas o culturales más conservadoras. (35) Este estigma es internalizado tempranamente, frecuentemente a través de la socialización familiar donde la sexualidad se representa como algo "sucio", "vergonzoso" o exclusivamente orientado hacia la reproducción.

Las consecuencias son profundas: individuos que crecieron bajo estos mensajes frecuentemente experimentan culpa durante la actividad sexual, inhibición del deseo, anorgasmia funcional (donde la capacidad fisiológica está intacta pero la inhibición psicológica previene el orgasmo), y dificultad para comunicar deseos y límites a parejas.

En muchas culturas, la discusión abierta de disfunción sexual es prácticamente tabú, lo que significa que las personas sufren en silencio, sin buscar ayuda profesional por vergüenza o por desconocimiento de que tratamiento está disponible.

2.7.2 Roles de Género y Expectativas Sociales

Los roles de género tradicionalmente construidos tienen implicaciones profundas para la sexualidad. Se espera que los hombres sean sexualmente competentes, deseos, y "los iniciadores" del sexo. Esta expectativa de masculinidad produce una presión performativa que frecuentemente resulta en ansiedad de desempeño, eyaculación precoz (en intentos de "terminar antes de que algo falle"), y disfunción eréctil psicogénica.(22)

Por el contrario, a las mujeres históricamente se les ha enseñado a ser "pasivas", reactivas, y orientadas hacia satisfacer los deseos del hombre. Esto resulta en dificultad para identificar y comunicar sus propios deseos, anorgasmia por falta de estimulación adecuada (ya que el sexo frecuentemente se centra únicamente en la penetración), y una relación disociativa con su propio deseo sexual.

Estas construcciones de género son perpetuadas a través de medios, películas, literatura y la socialización familiar, y son internalizadas tan profundamente que frecuentemente se experimentan como "naturales" en lugar de construcciones sociales contingentes.

2.7.3 Comunicación de Pareja y Vulnerabilidad

La calidad de la comunicación entre parejas es un predictor potente de satisfacción sexual y ausencia de disfunción sexual.(36) Las parejas que pueden comunicar abiertamente deseos, preferencias, límites y retroalimentación tienen significativamente menos probabilidad de experimentar disfunción sexual. Inversamente, la mala comunicación, la falta de confianza y el conflicto no resuelto crean un ambiente donde la vulnerabilidad sexual es peligrosa.

La capacidad de ser vulnerable de permitirse ser visto, de expresar necesidades y deseos, de aceptar rechazo ocasional sin que esto signifique rechazo personal es fundamental para una sexualidad satisfactoria. Sin embargo, en muchas relaciones, hay una distancia emocional que se

ha acumulado, a menudo sin que ninguno de los miembros sea capaz de articular claramente la brecha.

2.7.4 Educación Sexual Deficiente

La falta de educación sexual integral es un determinante sociocultural crítico pero frecuentemente overlooked de la disfunción sexual. Cuando las personas llegan a la adultez sin una comprensión precisa de la fisiología sexual, la diversidad de respuestas sexuales, o cómo comunicar acerca de sexualidad, frecuentemente desarrollan expectativas poco realistas sobre lo que "debe ser" el sexo.

Por ejemplo, el mito persistente de que las mujeres "deberían" experimentar orgasmo a través de la penetración vaginal sola (sin estimulación clitoridiana) resulta en anorgasmia función para muchas mujeres, que entonces internalizan esto como una "falla personal" en lugar de reconocer que aproximadamente el 70-80% de las mujeres requieren estimulación clitoridiana directa o indirecta para alcanzar el orgasmo.(37)

Similarmente, expectativas poco realistas sobre la frecuencia sexual, la espontaneidad del deseo, o la performance sexual frecuentemente alimentadas por la pornografía, que es a menudo la única "educación sexual" disponible para muchos jóvenes resultan en decepción, frustración y, eventualmente, disfunción.

2.8 Impacto de la Disfunción Sexual en la Calidad de Vida: Más Allá del Dormitorio

2.8.1 Consecuencias Emocionales

Es tentador pensar en la disfunción sexual como un problema meramente "técnico" o "mecánico", limitado al acto sexual en sí. Sin embargo, la realidad es que las disfunciones sexuales tienen consecuencias emocionales devastadoras que se irradian a todas las dimensiones de la vida de una persona.

La pérdida de autoestima es quizás la consecuencia más inmediata. Cuando una persona no puede "rendir" sexualmente como cree que debería, internaliza esto como una falla personal fundamental. En los hombres, la disfunción eréctil frecuentemente es vivida como una castración

emocional, una pérdida de virilidad. En las mujeres, la anorgasmia puede ser vivida como una falla de feminidad, una incapacidad de ser "suficientemente sexy" o "suficientemente responsiva".(38)

La depresión y la ansiedad frecuentemente siguen o acompañan a la disfunción sexual crónica. El aislamiento social que frecuentemente resulta como la persona evita situaciones de intimidad, puede experimentar culpa alrededor de la sexualidad, o siente vergüenza al hablar con amigos acerca de los problemas exacerba la depresión.

2.8.2 Impacto Relacional: La Erosión de la Intimidad

Contrariamente a lo que se podría asumir, los problemas sexuales no permanecen confinados al dormitorio. La insatisfacción sexual está directamente correlacionada con disminución en la satisfacción relacional general.(39) Las parejas con disfunción sexual reportan:

- Deterioro de la intimidad emocional: Cuando la intimidad sexual se ve comprometida, frecuentemente la intimidad emocional también sufre. Las parejas se sienten más distanciadas, menos conectadas.
- Aumento en conflicto y frustración: La frustración sin resolver alrededor de la sexualidad frecuentemente eclosiona en conflictos sobre otros temas aparentemente no relacionados. Un argumento sobre dinero o tareas domésticas puede ser, en realidad, una manifestación encubierta de frustración sexual no resuelta.
- Erosión de la confianza: Particularmente cuando un miembro de la pareja interpreta la disfunción sexual del otro como falta de atracción o deseo hacia ellos, puede resultar en celos, sospechas de infidelidad, y erosión de la confianza fundamental.
- Alejamiento físico: Las parejas frecuentemente comienzan a evitar la cercanía física, temiendo que cualquier contacto será interpretado como iniciación sexual que no puede consumarse satisfactoriamente, o que resultará en repetición del "fallo".

2.9 La Importancia del Abordaje en Atención Primaria: Justificación y Funciones

2.9.1 *Por Qué la Atención Primaria es el Lugar Adecuado*

La atención primaria de salud es paradigmáticamente el primer contacto que la mayoría de las personas tienen con el sistema de salud. Es donde se establecen relaciones longitudinales, donde hay continuidad de atención, y donde se desarrolla confianza entre el paciente y el profesional de la salud. Por todas estas razones, la atención primaria es el lugar ideal para identificar y abordar inicialmente la disfunción sexual.(40)

Cuando un paciente llega a consulta con un problema sexual, generalmente lo ha ocultado durante años. La razón por la que finalmente busca ayuda puede ser una crisis relacional, la recomendación de un amigo, o simplemente el agotamiento de sufrimiento en silencio. En este punto vulnerado, el médico de atención primaria tiene la oportunidad de crear un espacio seguro donde el paciente pueda hablar abiertamente.

Además, muchas causas de disfunción sexual son directamente manejables en atención primaria: cambio de medicamentos que causan disfunción sexual, identificación y tratamiento de diabetes o hipertensión no controladas, derivación para tratamiento psicológico, educación acerca de técnicas sexuales saludables. La mayoría de los pacientes con disfunción sexual no necesitan derivación a un especialista; pueden ser manejados efectivamente por un médico de familia competente.

2.10 Múltiples Funciones de la Atención Primaria

Prevención Primaria: La atención primaria puede jugar un rol crucial en educación sexual, promoviendo una comprensión saludable de la sexualidad, comunicación de pareja, y expectativas realistas. Aunque los límites de tiempo en la consulta son restrictivos, pequeñas intervenciones educativas pueden tener efectos significativos, especialmente si se integran en las visitas de rutina.

- **Detección Precoz:** Simplemente preguntando acerca de función sexual durante la historia médica de rutina, particularmente en pacientes con factores de riesgo

(diabetes, hipertensión, depresión, pacientes tomando ISRS), aumentaría enormemente la detección de disfunción sexual. La mayoría de los pacientes están ansiosos de hablar de estos temas una vez que el profesional abre la puerta.(41)

- **Evaluación Diagnóstica:** El médico de atención primaria está posicionado de manera única para hacer una evaluación integradora que considere factores médicos, psicológicos y relacionales. Puede identificar factores contribuyentes como diabetes descontrolada, medicamentos problemáticos, o síntomas de depresión que podrían no ser aparentes para otros especialistas.
- **Intervención y Manejo:** Muchas intervenciones son apropiadas para ser realizadas en atención primaria: educación acerca de técnicas sexuales, cambio de medicamentos, derivación para terapia sexual o de pareja, seguimiento longitudinal del progreso.

2.11 Barreras para el Abordaje de la Disfunción Sexual en Atención Primaria: Una Realidad Compleja

2.11.1 Falta de Formación Médica Especializada

Una de las barreras más fundamentales es la ausencia de educación sobre sexología clínica en la mayoría de los programas de formación médica.(42) Los estudiantes de medicina frecuentemente reciben poca o ninguna instrucción formal acerca de cómo abordar la historia sexual, cómo diagnosticar disfunciones sexuales, o cómo proporcionar tratamiento o consejo sexual. Esta brecha en la educación perpetúa la incompetencia profesional que, a su vez, mantiene el silencio alrededor de estos temas.

Sin formación adecuada, los médicos carecen de vocabulario preciso, confianza clínica, y marcos conceptuales para entender la sexualidad desde una perspectiva biopsicosocial integrada. Frecuentemente, se sienten no preparados para navegar lo que perciben como un territorio clínico complejo y ambiguo.

2.11.2 Presiones de Tiempo y Organización Clínica

La realidad de la medicina contemporánea es que el tiempo de consulta es limitado. En muchos contextos de atención primaria, los médicos tienen 10-15 minutos por paciente, con listas de espera que los presionan constantemente. En este contexto, es fácil comprender por qué una historia sexual detallada se ve como un lujo, no como una necesidad.

Además, los sistemas de pago frecuentemente desincentivan la discusión de temas complejos como la sexualidad, que requieren tiempo, cuando pagos por consulta incentivan volumen sobre profundidad.

2.11.3 Prejuicios Personales y Comodidad del Profesional

Los profesionales de la salud, como cualquier grupo de personas, tienen sus propios prejuicios, inhibiciones y disconformidad alrededor de la sexualidad. Muchos fueron socializados en contextos culturales donde la sexualidad era tabú, y estas inhibiciones internas dificultan el acceso emocional necesario para crear un espacio clínico seguro para que los pacientes hablen.(42)

Adicionalmente, existe heteronormatividad intrínseca en muchos contextos de atención primaria: los profesionales asumen heterosexualidad, asumen roles de género tradicionales, y pueden no estar cómodos abordando la sexualidad de personas LGBTQ+. Esto resulta en barreras invisibles que hacen que ciertos pacientes sientan que no pueden traer sus preguntas sexuales al consultorio.

2.11.4 Vergüenza del Paciente

Finalmente, pero no menos importante, está la vergüenza y la reticencia del propio paciente. Después de años de vivir en una cultura que ha tratado la sexualidad como tabú, muchos pacientes se sienten profundamente incómodos iniciando una conversación acerca de disfunción sexual. Pueden sentir que es "privado", que es "inapropiado" traerlo a un profesional de salud, o pueden estar profundamente avergonzados de sus propias dificultades.

Esta vergüenza es frecuentemente exacerbada por diferencias de género entre el paciente y el proveedor: algunos hombres pueden sentir que es "demasiado femenino" hablar con una médica mujer acerca de disfunción eréctil; algunas mujeres pueden temer que un médico varón juzgue su sexualidad si ella reporta múltiples parejas o intereses sexuales no convencionales.

2.12 Modelos de Atención en Salud Sexual: Hacia una Práctica Integral

2.12.1 El Enfoque Biopsicosocial

El modelo biopsicosocial, originalmente articulado por George Engel en 1977 e integrado en las recomendaciones clínicas contemporáneas, reconoce que la salud y la enfermedad no son procesos puramente biológicos, sino que son profundamente moldeados por factores psicológicos y sociales.(43)

Aplicado a la sexualidad y la disfunción sexual, el enfoque biopsicosocial significa que el clínico debe considerar:

- Factores biológicos: Presencia de enfermedades crónicas, medicamentos, funciones hormonales, cambios relacionados con la edad, lesiones o cirugías.
- Factores psicológicos: Presencia de depresión, ansiedad, trauma, autoestima, autoimagen corporal, habilidades de comunicación, conocimientos sexuales, creencias y actitudes acerca de la sexualidad.
- Factores sociales: Normas culturales, roles de género, calidad de la relación de pareja, ambiente familiar de origen, educación sexual recibida.

Cuando se integran estos elementos, se obtiene una comprensión infinitamente más rica de por qué un individuo específico está experimentando una disfunción sexual específica en un momento específico de su vida. Y, crucialmente, esta comprensión multidimensional permite intervenciones igualmente multidimensionales.

2.12.2 Atención Centrada en el Paciente

La atención centrada en el paciente implica reconocer al paciente no como un conjunto de síntomas a ser "reparados", sino como un sujeto activo en la construcción de su propia salud y bienestar. (44) Esto requiere:

- Escucha activa: No simplemente escuchar las palabras del paciente, sino entender la experiencia vivida, el significado que la persona atribuye a sus síntomas, sus miedos y sus esperanzas.
- Participación del paciente en la toma de decisiones: En lugar del médico dictar el tratamiento, se colabora con el paciente para explorar opciones y elegir conjuntamente el enfoque que se alinea con los valores y circunstancias del paciente.
- Respeto por la autonomía: Reconocer que el paciente es el experto en su propia vida, aun si el clínico es el experto en medicina.

En el contexto de la disfunción sexual, esto significa que el médico evita imponer ideas de lo que "debería" ser la sexualidad "normal" o "satisfactoria". En su lugar, explora lo que la sexualidad significa para ese paciente específico, cuáles son sus objetivos, y qué intervenciones serían aceptables y efectivas.

2.12.3 Enfoque de Género y Derechos

El género es un determinante social profundo de la salud. Las normas de género construcciones sociales sobre lo que significa ser hombre o mujer moldean la experiencia de la sexualidad, los riesgos que las personas enfrentan, y su acceso a servicios de salud.(45)

Un enfoque de derechos añade otra capa, enfatizando que todos los individuos tienen derecho a la salud sexual, a información precisa, a no ser discriminados en función de su sexualidad, orientación sexual o identidad de género, y a acceder a servicios sin vergüenza o estigma.

En la práctica clínica, esto significa:

- Evitar sesgos de género: Reconocer que tanto hombres como mujeres pueden experimentar cualquier forma de disfunción sexual, y evitar suposiciones.
- Sensibilidad a la diversidad: Reconocer que existen múltiples formas de sexualidad, múltiples tipos de parejas, y múltiples formas de expresión sexual, todas válidas.
- Considerar las asimetrías de poder: Particularmente en relaciones heterosexuales, reconocer cómo los roles de género pueden perpetuar desigualdades que afectan la sexualidad.

2.13 Normativas y Políticas en Costa Rica: Regulación de la Salud Sexual y Reproductiva

2.13.1 La Norma Nacional para la Atención Integral de Salud Sexual y Reproductiva

Costa Rica ha avanzado significativamente en la creación de marcos regulatorios para la salud sexual y reproductiva. La Norma Nacional para la Atención Integral de la Salud de las Personas Adolescentes: Componente de Salud Sexual y Salud Reproductiva representa un documento legislativo de considerable envergadura, aprobado mediante decreto ejecutivo.(46)

Esta norma establece que "los servicios de salud brinden a las personas adolescentes una atención en Salud Sexual y Salud Reproductiva integral, de calidad y con calidez, basada en los enfoques de derechos, equidad, género, diversidad, interculturalidad, y con la participación activa de los y las adolescentes".(47) El documento enfatiza que esta atención debe contribuir al "desarrollo humano integral" de los y las adolescentes.

Además, Costa Rica ha establecido una Comisión Interinstitucional sobre Salud y Derechos Reproductivos y Sexuales, formada por representantes del Ministerio de Salud, el Ministerio de la Condición de la Mujer, y otras instituciones, cuya responsabilidad es coordinar y supervisar la implementación de políticas relacionadas con salud sexual y reproductiva.(48)

2.13.2 Principios Rectores de la Normativa Costarricense

La política en Costa Rica se fundamenta en principios de autonomía, dignidad, y derechos humanos. La Política Nacional de Sexualidad (2010-2021) articula que el Estado debe "respetar el principio de autonomía de voluntad de hombres y mujeres mayores de edad" y que "en la

atención de la salud o de la enfermedad se genera la obligación de fortalecer la autonomía y respetar la integridad de las personas para tomar decisiones relativas a su salud".(49)

Esto tiene implicaciones concretas: por ejemplo, las personas tienen derecho a acceso a información veraz y científica sobre métodos anticonceptivos, así como a la capacidad de elegir libremente cuál método utilizar, sin presiones coercitivas.

2.13.3 Implementación y Desafíos

A pesar de estos marcos legales progresistas, existen brechas significativas entre la política escrita y la implementación en el terreno. Barreras incluyen:

- Falta de recursos financieros: Aunque la ley requiere servicios específicos, frecuentemente hay insuficiente financiamiento para equipar adecuadamente centros de salud o entrenar personal.

- Disparidades geográficas: En zonas rurales y remotas, el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva es significativamente limitado.

- Persistencia de prejuicios culturales: A pesar de la progresividad de la legislación, algunas comunidades y algunos profesionales de salud tienen actitudes más conservadoras que limitan la implementación completa.

- Falta de continuidad política: Cambios en administraciones pueden resultar en cambios en prioridades y recursos asignados.

2.14 Normativas y Políticas en España: Un Abordaje Descentralizado

2.14.1 Guías de Práctica Clínica de Sociedades Profesionales

A diferencia de Costa Rica, donde existe una norma nacional centralizada, el abordaje en España es más descentralizado, con orientaciones provenientes de sociedades científicas especializadas y protocolos que varían por comunidad autónoma.

La Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMFYC) ha publicado extensas guías de buena práctica clínica en sexualidad y salud reproductiva. Estos documentos

enfatan que la sexualidad debe ser considerada un componente integral de la salud, y que los médicos de atención primaria tienen la responsabilidad de abordar estas cuestiones. (50)

La Sociedad Española de Sexología (SES) proporciona capacitación especializada y directrices clínicas que enfatizan un enfoque biopsicosocial a la disfunción sexual.

2.14.2 Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Sanidad

El Ministerio de Sanidad español ha desarrollado una Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva que establece objetivos amplios para la promoción de la salud sexual, la prevención de infecciones de transmisión sexual, el acceso a anticoncepción, y la atención a la violencia sexual.(51)

Estos documentos enfatizan un modelo biopsicosocial con enfoque de género, reconociendo que las necesidades de hombres y mujeres son diferentes, que los roles de género pueden ser determinantes de vulnerabilidad, y que la salud sexual debe ser comprendida como un derecho humano.

2.14.3 Acceso y Cobertura en el Sistema Nacional de Salud

El Sistema Nacional de Salud (SNS) español proporciona cobertura universal para servicios de salud, incluyendo servicios de salud sexual y reproductiva. Esto significa que, en teoría, todos los ciudadanos españoles tienen acceso garantizado a servicios relacionados con sexualidad, anticonceptivos, y evaluación de disfunción sexual.

Sin embargo, en la práctica, existen variaciones significativas en la calidad y disponibilidad de servicios según la comunidad autónoma. Algunas comunidades han desarrollado servicios especializados de sexología clínica; otras dependen más completamente de médicos de atención primaria sin formación especializada.

2.15 Comparación del Abordaje en Costa Rica y España: Acceso, Cobertura, Formación y Estructura

2.15.1 Acceso y Cobertura de Servicios

Costa Rica ha logrado tasas de cobertura de seguro de salud relativamente altas, con la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) proporcionando cobertura a aproximadamente 90% de la población. Esto significa que la mayoría de los costarricenses tiene acceso teórico a servicios de salud sexual en instituciones públicas.

España, con su SNS, proporciona cobertura universal a todos los ciudadanos. Sin embargo, también ofrece un sector privado significativo, donde algunos individuos acceden a servicios privados de sexología clínica y terapia de pareja.

En ambos países, sin embargo, existen barreras más allá de la cobertura nominal: barreras de tiempo, barreras geográficas, barreras de vergüenza, y barreras de disponibilidad de profesionales capacitados.

2.15.2 Formación Profesional en Sexología

Una diferencia notable entre los dos países es el grado de institucionalización de la formación en sexología.

En España, existen varios programas universitarios de postgrado especializados en sexología y terapia sexual, incluyendo másters ofrecidos por la UNED, la Universidad Camilo José Cela, y otras instituciones.⁽⁵²⁾ Estos programas permiten a profesionales de la salud (médicos, psicólogos, enfermeros) obtener especialización formal en sexología. Además, hay cursos de capacitación continuada regularmente ofrecidos por sociedades como la SEMFYC y la SES.

En Costa Rica, aunque existen algunos cursos y capacitaciones en sexología, la formalización es menor. Algunos programas universitarios abordan aspectos de sexualidad en el contexto de salud reproductiva, pero programas específicamente dedicados a formación en sexología clínica son limitados. Esto significa que la mayoría de los médicos costarricenses que

abordan cuestiones de sexualidad lo hacen basándose en educación continuada informal o en iniciativa personal, no en formación especializada estructurada.

2.15.3 Estructura del Sistema de Salud y su Impacto en la Atención Sexual

Costa Rica tiene un sistema de atención primaria relativamente bien estructurado a través de EBAIS (Equipos Básicos de Atención Integral en Salud), que funcionan como puerta de entrada al sistema para la mayoría de la población. La teoría es que estos equipos realizan evaluación integral, incluyendo aspectos de salud sexual. En la práctica, sin embargo, estas unidades frecuentemente carecen de recursos, personal capacitado, y tiempo.

España tiene una estructura algo diferente, con centros de salud de atención primaria, pero también con unidades especializadas de salud sexual y reproductiva en algunos territorios, donde médicos y enfermeros con formación específica pueden proporcionar servicios de mayor especialización.

2.15.4 Diferencias en Abordaje Clínico

Aunque ambos países han adoptado formalmente un enfoque biopsicosocial, la implementación varía. En España, particularmente en ciudades grandes y en comunidades autónomas progresistas, es más probable que haya servicios de sexología clínica, terapia sexual, y derivaciones para evaluación psicológica. En Costa Rica, aunque existe interés en adoptar estos enfoques, la capacidad de implementación es frecuentemente limitada por recursos.

Ambos países comparten un desafío común: aunque las guías clínicas y políticas enfatizan la importancia de abordar la sexualidad de manera integral, la realidad en la mayoría de los encuentros clínicos es que el tiempo, la formación y los recursos disponibles son insuficientes.

2.16 Instrumentos Diagnósticos en Atención Primaria: Herramientas para la Evaluación

2.16.1 El Índice Internacional de Función Eréctil (IIEF) y su Versión Abreviada (IIEF-5)

El IIEF (International Index of Erectile Function) es una escala autoadministrable desarrollada para evaluar la función eréctil en hombres. Consiste en 15 preguntas que evalúan

cinco dominios: función eréctil, función orgásmica, deseo sexual, satisfacción con la intercourse, y satisfacción general. (53)

Una versión abreviada, el IIEF-5, contiene solamente 5 preguntas y es particularmente práctica para atención primaria. (70) El IIEF-5 proporciona una puntuación de 5-25, donde:

- 22-25: sin disfunción eréctil
- 17-21: disfunción eréctil leve
- 12-16: disfunción eréctil leve a moderada
- 8-11: disfunción eréctil moderada
- 5-7: disfunción eréctil grave

La belleza del IIEF-5 es su brevedad y facilidad de administración, permitiendo que los médicos de atención primaria rápidamente evalúen la presencia y severidad de la disfunción eréctil sin necesidad de extensa entrevista clínica.

2.16.2 El Índice de Función Sexual Femenina (FSFI)

Para las mujeres, el Índice de Función Sexual Femenina (FSFI) es la escala más ampliamente utilizada.(71) Consiste en 19 preguntas que evalúan seis dominios: deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor. La puntuación total varía de 2 a 36, donde puntuaciones más bajas indican mayor disfunción sexual.

El FSFI es más extenso que el IIEF-5, pero proporciona información más detallada acerca de específicamente qué fase del ciclo de respuesta sexual está alterada, lo que es clínicamente muy útil.

2.16.2.1 Cuestionarios Breves de Cribado

Además de estas escalas completas, existen cuestionarios más breves de cribado que pueden ser utilizados en atención primaria para identificar si existe un problema que garantiza evaluación adicional. El Massachusetts General Hospital-Sexual Functioning Questionnaire (MGH-SFQ), por ejemplo, consiste solamente en 5 preguntas y puede identificar disfunción sexual con razonable sensibilidad y especificidad.(54)

2.16.2.2 La Importancia de la Entrevista Clínica Estructurada

A pesar de la utilidad de escalas estandarizadas, ninguna puede reemplazar una entrevista clínica cuidadosa y estructurada. El médico debe explorar:

- Cronología: ¿Cuándo comenzó la disfunción? ¿Fue abrupta u ocurrió gradualmente? ¿Ha existido siempre o es adquirida?

- Contexto: ¿Ocurre con todas las parejas y en todas las situaciones, o es específica a ciertos contextos?

- Factores asociados: ¿Hay estrés, cambios recientes en la relación, problemas de salud nuevos, medicamentos nuevos?

- Impacto: ¿Cuánto malestar causa? ¿Cómo está afectando la relación de pareja?

Esta información contextual es crucial para entender el significado clínico de los síntomas y guiar el tratamiento.

2.17 Prevalencia y Datos Epidemiológicos: La Magnitud del Problema

2.17.1 Prevalencia Global de Disfunción Sexual

La prevalencia de disfunción sexual es extraordinariamente alta, aunque frecuentemente subestimada debido a subnotificación. (57)(58)(59)

En mujeres: Estudios epidemiológicos muestran que aproximadamente el 25-40% de las mujeres experimentarán disfunción sexual en algún momento de sus vidas.(55) El tipo más común es el trastorno del deseo sexual hipoactivo, afectando aproximadamente al 33% de mujeres, seguido por dificultades con el orgasmo (22%) y dificultades con la excitación (17%).

En hombres: La disfunción eréctil afecta aproximadamente al 10-20% de los hombres adultos, con prevalencia aumentando dramáticamente con la edad. La eyaculación precoz tiene una prevalencia estimada de 20-30%, haciéndola la disfunción sexual más común en hombres. El trastorno del deseo sexual hipoactivo masculino es menos común que en mujeres, afectando aproximadamente al 5-10%.

2.17.2 Variación por Edad

La prevalencia de disfunción sexual aumenta significativamente con la edad en ambos sexos. En mujeres menores de 40 años, la prevalencia de disfunción sexual es aproximadamente 21%, pero sube a 79% en mujeres mayores de 40 años.(56) Esta diferencia se atribuye parcialmente a cambios hormonales relacionados con la menopausia, pero también a factores psicosociales acumulados. (57)(58)(59)

En hombres, la disfunción eréctil afecta aproximadamente al 5% de hombres a los 40 años, pero sube a 15% a los 60 años y 50% a los 70 años o mayores.

2.17.3 Variación por Cultura y Geografía

Existen variaciones significativas en la prevalencia reportada de disfunción sexual según geografía. En Europa, la prevalencia reportada oscila entre 28% y 53% en mujeres, dependiendo del país y la población estudiada. En Asia, se reportan rangos de 46-73%. En América Latina, incluyendo Colombia, se reportan prevalencias de 43-65%. (57)(58)(59)

Estas variaciones probablemente reflejan tanto diferencias verdaderas en prevalencia (relacionadas con factores demográficos, genéticos, y socioculturales) como diferencias en disposición a reportar síntomas sexuales en contextos culturales diferentes.

2.17.4 Datos Específicos de Costa Rica y España

Desafortunadamente, datos epidemiológicos específicos sobre prevalencia de disfunción sexual en Costa Rica son limitados. Aunque existen algunos estudios pequeños, no hay datos nacionales sistemáticos sobre prevalencia. Esto contrasta con España, donde estudios más amplios han documentado prevalencias comparables a otras poblaciones europeas, aproximadamente 28-40% en mujeres y 20-30% en hombres. (57)(58)(59). Esta falta de datos epidemiológicos en Costa Rica es, en sí misma, un reflejo de la menor prioridad otorgada a la sexualidad en la investigación de salud pública.

2.18 Diferencias de Género en la Presentación y Experiencia de Disfunción Sexual

2.18.1 Construcciones de Sexualidad Diferenciadas por Género

Las diferencias biológicas entre hombres y mujeres interactúan con construcciones socioculturales de género para producir experiencias muy distintas de disfunción sexual.

(57)(58)(59)

En los hombres, la disfunción sexual frecuentemente está centrada en la performance: la capacidad de lograr y mantener erección, la capacidad de eyacular en el momento "correcto". Esta orientación hacia la performance es tanto un resultado de construcciones de masculinidad que enfatizan competencia y control como de la fisiología misma de la erección, que es un proceso que requiere que el hombre esté fisiológicamente excitado y relajado al mismo tiempo.

En las mujeres, la disfunción sexual es más difusa y multicausal. Frecuentemente no se centra en un único síntoma sino en una experiencia generalizada de desconexión de la sexualidad, falta de placer, o dificultad para "llegar" al orgasmo. Las construcciones sociales de feminidad que enfatizan complacer al otro, que dichotomizan las mujeres en "santas" (asexuales) o "putas" (demasiado sexuales), contribuyen a que muchas mujeres nieguen o no reconozcan su propio deseo sexual.

2.18.2 Presentación Clínica Diferenciada

Debido a estas diferencias, los hombres son más propensos a presentarse a consulta con una queja sexual específica ("No puedo lograr erección" o "Eyaculo demasiado rápido"), mientras que las mujeres frecuentemente presentan quejas más vagas ("No disfruto el sexo", "Mi pareja se queja de que no estoy interesada") o pueden no presentarse con una queja sexual en absoluto, sino con síntomas de depresión o ansiedad que son secundarios a disfunción sexual no reconocida. (57)(58)(59)

Esta diferencia en presentación clínica es importante porque los médicos pueden no reconocer disfunción sexual subyacente en mujeres si no preguntan específicamente.

2.18.3 Factores de Riesgo Diferenciales

Aunque hay considerablemente sobreposición, algunos factores de riesgo son más relevantes para disfunción sexual en un género que en el otro.

En hombres, la edad, la diabetes, la hipertensión, la enfermedad cardiovascular y los medicamentos antihipertensivos son factores de riesgo particularmente importantes para disfunción eréctil.

En mujeres, factores como la calidad de la relación de pareja, la comunicación, el estrés relacionado con roles múltiples (trabajadora, madre, esposa, cuidadora), y cambios hormonales (menopausia, postparto) son particularmente relevantes

3 CAPÍTULO III- MARCO METODOLÓGICO

3.1 Introducción

El marco metodológico es definido por Rivas. (2022) como “El escrito donde se argumentan métodos, procedimientos, así como las limitaciones para la recopilación de datos con relación a un tema o problema específico”, por lo que permite abordar desde el área epidemiológica. La presente tesis es de tipo cualitativa ya que se analizan los argumentos brindados de artículos científicos con evidencia.

3.2 Enfoque metodológico

El enfoque metodológico de esta tesis parte de una revisión crítica de literatura científica orientada a la comprensión del abordaje de la disfunción sexual en atención primaria, específicamente en personas adultas jóvenes en edad reproductiva, entre los 18 y 45 años. Para ello, se optó por una perspectiva cualitativa, pues el interés principal no es cuantificar datos, sino interpretar los enfoques, estrategias clínicas y marcos normativos aplicados en Costa Rica y España durante el período 2020-2026.

La metodología elegida se alinea con la necesidad de analizar cómo se desarrolla la atención en salud sexual en contextos sanitarios reales, utilizando para ello artículos científicos y documentos técnicos ya publicados. Esta aproximación permite examinar los lineamientos médicos, las intervenciones propuestas y las diferencias entre ambos países, considerando el contexto social, institucional y cultural de cada uno.

3.3 Tipo de investigación

Este estudio se clasifica como una investigación de tipo descriptiva y de revisión bibliográfica, con un enfoque observacional. Se centra en examinar estudios existentes que abordan el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la disfunción sexual en el primer nivel de atención, sin manipular variables ni intervenir directamente en el fenómeno.

El análisis se construye a partir de publicaciones científicas que ya han sido evaluadas por sus autores y por la comunidad académica, lo cual proporciona una base sólida para comparar

cómo se ha manejado esta problemática en los sistemas de salud de Costa Rica y España. La revisión bibliográfica permite reunir y organizar el conocimiento disponible, facilitando la identificación de buenas prácticas, vacíos en la atención, y recomendaciones relevantes desde una perspectiva contextualizada.

3.4 Fuentes de información

Para el desarrollo de esta investigación, se consultaron fuentes primarias, principalmente artículos científicos publicados en revistas especializadas, indexadas en bases como Scopus, PubMed, SciELO y Google Scholar. Estos textos permitieron examinar cómo se aborda la disfunción sexual en atención primaria, con especial énfasis en herramientas diagnósticas, protocolos terapéuticos y competencias del personal de salud.

También se recurrió a fuentes secundarias, entre las que se incluyen informes técnicos y documentos institucionales emitidos por entidades nacionales e internacionales como el Ministerio de Salud de Costa Rica, la Caja Costarricense de Seguro Social, el Ministerio de Sanidad de España, la OMS y la OPS. Este tipo de fuentes resultaron útiles para contextualizar las políticas públicas y los marcos normativos que guían la atención en salud sexual en ambos países.

3.5 Criterios de búsqueda

En este apartado se describen de forma clara los aspectos que orientaron la búsqueda de información, incluyendo los propósitos de los estudios revisados, los años que abarcan y el idioma en el que se encontraron.

Tabla 1. Criterios de búsqueda

Objetivo	Descriptor	Motores de búsqueda	Periodo de estudio	Idioma
Identificar las principales causas y factores de riesgo asociados a la disfunción sexual en	“Causas de disfunción sexual” “factores de riesgo” “salud sexual”	Pubmed, Science Direct y	2020-2026	Español/Inglés

pacientes adultos de edad reproductiva en Costa Rica.		Springer Link, Scielo Elsevier Google academico		
Evaluar la efectividad de los diversos tratamientos actuales disponibles para la disfunción sexual en Costa Rica mediante una comparativa entre sistemas de salud de Costa Rica y España.	“Tratamiento de disfunción sexual y efectividad” “disfunción sexual” “Costa Rica” “abordaje terapéutico” Costa Rica y España” “salud reproductiva”	Pubmed, Science Direct y Springer Link, Scielo Elsevier Google académico	2020 - 2026	Español/Inglés
Desarrollar recomendaciones clínicas para la atención primaria basadas en evidencia para el manejo de la disfunción sexual en pacientes adultos de edad reproductiva en Costa Rica.	“Disfunción sexual” recomendaciones clínicas” “guías de manejo” “evidencia científica” “atención primaria”	Pubmed, Science Direct y Springer Link, Scielo Elsevier Google académico	2020- 2026	Español/Inglés

Fuente: Elaboración propia, 2025

3.6 Criterios de inclusión y exclusión

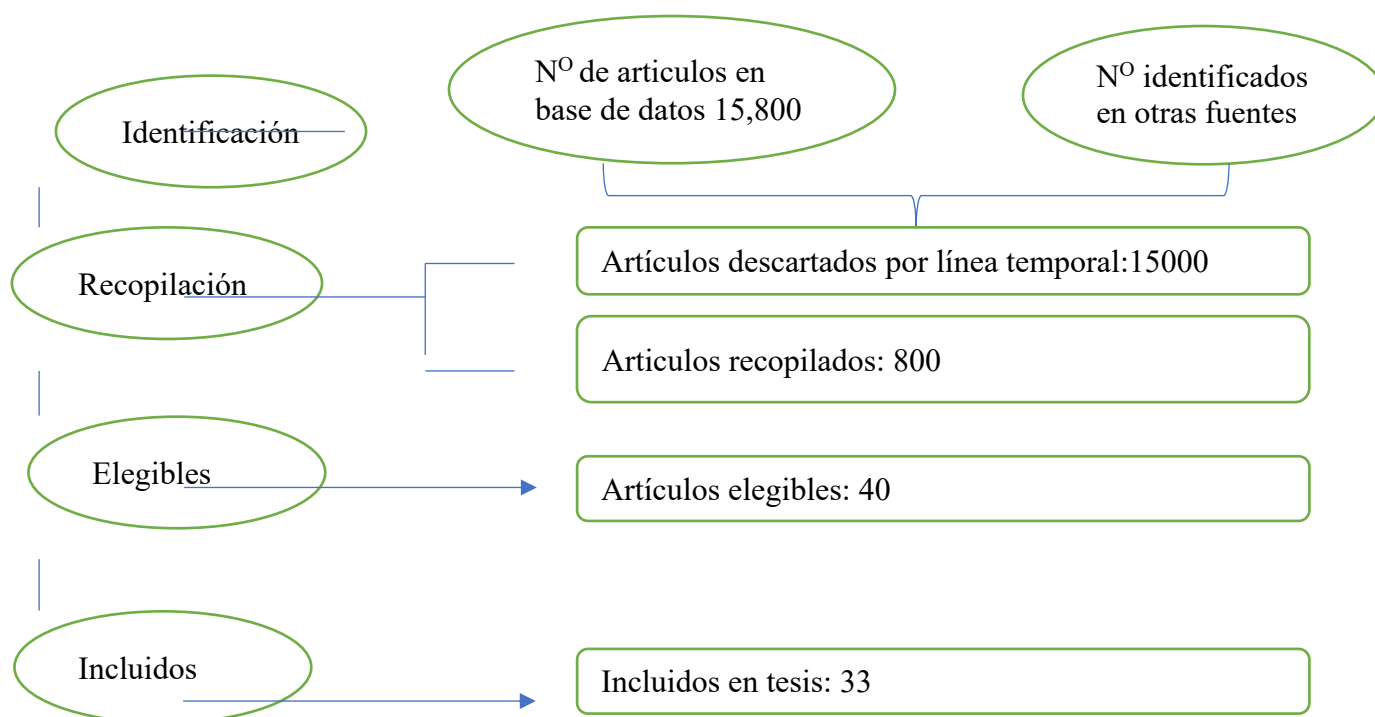
Tabla 2. Criterios de *inclusión y exclusión*

Criterios de Inclusión	Criterios de exclusión
Artículos con publicados entre 2020 y 2026	Extremo de edades: menores de 18 y mayores de 45 años
Artículos en idioma inglés y español.	Artículos desarrollados en otros idiomas que no sea inglés o español
Aquellos artículos centrados en el de abordaje de la disfunción sexual en la atención primaria.	Aquellos estudios con una temática distinta a estudio.

Estudios con pacientes adultos entre 18 - 45 años.	Artículos que no aborden un abordaje clínico de atención primaria.
Artículos científicos de enfoque cualitativo o mixto que aporte datos relevantes clínicamente.	Estudios sin acceso completo o de paga.

Fuente: Elaboración propia, 2025

Diagrama de flujo o algoritmo de búsqueda



Nivel de evidencia	Tipo de estudio	Cantidad según tipo de estudio	Cantidad según nivel de evidencia	%
1	Metaanálisis/ Ensayos clínicos	4	4	12,12%
2	Revisión sistemática/ Estudios de cohorte	1	1	3,03%

3	Estudio de casos/ Estudios de casos y controles/ Reportes de casos	1	1	3,03%
4	Estudio cualitativo, transversal, cuantitativos	10	10	30,30%
5	Revisión bibliográfica/ opinión de expertos	17	17	51,52%
	total	33	33	100%

4 CAPÍTULO IV- ANÁLISIS DE RESULTADOS

4.1 Introduccion

A continuacion se presenta una serie de matriz sistematizada con resultados de estudios, revisiones, guías y metaanálisis sobre disfunción sexual, varios de ellos específicos para Costa Rica o con relevancia para ese contexto, esto explicando cada uno de los objetivos.

4.2 Objetivo 1

4.2.1 Evidencia encontrada

La revisión bibliográfica de Live-Med (2022) enfatiza que en pacientes con sospecha de disfunción eréctil, la historia clínica sexual revela factores cardiovasculares clave, diabetes mellitus, alteraciones en el perfil lipídico y niveles bajos de testosterona como determinantes principales. Estos elementos subrayan la necesidad de una evaluación integral que no solo identifique síntomas aislados, sino que explore comorbilidades metabólicas y vasculares subyacentes en la población costarricense de 18-45 años. Esta aproximación permite detectar tempranamente riesgos modificables que impactan la función sexual.

El documento normativo de la OMS y el Ministerio de Salud de Costa Rica (2018) destaca factores psicosociales en adolescentes y adultos jóvenes, como la educación sexual deficiente y la prevención insuficiente de disfunciones. En el contexto local, estos elementos culturales agravan la vulnerabilidad, fomentando tabúes que impiden la consulta oportuna en atención primaria. La falta de intervenciones preventivas tempranas perpetúa un ciclo de invisibilización de la problemática sexual.

El meta-análisis de Shiferaw et al. (2020) identifica en mujeres de edad reproductiva factores educativos limitados, problemas de salud mental y enfermedades crónicas como precursores de disfunción sexual. Estas condiciones interactúan sinérgicamente, donde el estrés emocional y las patologías crónicas reducen el deseo y la excitación. En Costa Rica, esta multifactorialidad exige enfoques holísticos que integren salud mental y física.

El estudio de cohorte de Nez-Rivas et al. (2002) en mujeres embarazadas costarricenses revela la violencia durante el embarazo como factor desencadenante, con consecuencias

duraderas en el desarrollo sexual y relacional. Este trauma no solo altera la respuesta sexual inmediata, sino que genera secuelas a largo plazo como aversión y dolor. La prevalencia de violencia de género en el país amplifica este riesgo en edad reproductiva.

Alarcón et al. (2021), mediante un estudio transversal en profesionales de salud costarricenses, exponen barreras culturales y falta de formación profesional como obstáculos para el abordaje efectivo. Estos factores institucionales perpetúan el subdiagnóstico, donde el estigma profesional inhibe la indagación sobre sexualidad. Superar estas brechas requiere capacitación continua en sexología clínica.

La revisión exploratoria tecnológica de Patel et al. (2022) señala la limitada evidencia científica en aplicaciones móviles para salud sexual, junto con la ausencia de regulación adecuada. En contextos como Costa Rica, donde el acceso digital crece, estas herramientas prometen apoyo, pero su falta de validación genera riesgos. Se precisa regulación para integrar tecnología de manera segura en el manejo.

Ramanathan y Redelman (2020), en su revisión narrativa, posicionan al médico general como eje en la educación sexual y reducción del estigma. Este rol pivotal facilita la detección temprana y el manejo inicial en atención primaria costarricense. La empatía profesional emerge como catalizador para romper silencios culturales.

Finalmente, Allen et al. (2023) en su revisión teórica destacan factores emocionales, cognitivos y conductuales en la disfunción eréctil, proponiendo intervenciones psicológicas complementarias. En adultos costarricenses, estos elementos psicológicos dominan en etiologías psicógenas, demandando un modelo biopsicosocial.

4.2.2 Análisis detallado y su implicación con el objetivo

El análisis de los resultados evidencia que las causas y factores de riesgo de la disfunción sexual en adultos de edad reproductiva en Costa Rica son multifactoriales e integran componentes biológicos, psicológicos y sociales. Desde la perspectiva clínica, la revisión destaca la importancia de una evaluación integral que abarque historia clínica sexual, y factores fisiológicos como alteraciones cardiovasculares y hormonales, contribuyendo a comprender que la disfunción sexual no es un fenómeno unidimensional sino complejamente ligado a la salud

general. Este enfoque integral permite identificar factores modificables, lo cual es crucial para diseñar intervenciones personalizadas y focalizadas.

Por otro lado, el documento normativo del Ministerio de Salud destaca la relevancia del contexto social y educativo, particularmente en adolescentes, donde déficits en educación sexual y factores psicosociales aumentan la vulnerabilidad. Esto se complementa con estudios que apuntan a la importancia de la salud mental y condiciones crónicas en mujeres en edad reproductiva. Así, la disfunción sexual se reconoce no solo como un problema físico sino como un fenómeno influido por el bienestar emocional y las condiciones sociales, lo que exige abordajes interdisciplinarios.

Además, el contexto particular de Costa Rica pone en evidencia barreras culturales y estructurales dentro de la atención primaria en salud sexual, como limitaciones en la formación profesional y estigmatización, que dificultan la identificación y manejo adecuado de estas disfunciones. Este reconocimiento sugiere que mejorar la capacitación y romper con mitos culturales es fundamental para mejorar el acceso a servicios de salud sexual efectivos.

Asimismo, se destaca la creciente importancia de tecnologías emergentes, como aplicaciones móviles, que aunque poco reguladas y con escasa validación científica, podrían convertirse en herramientas accesibles para apoyar la educación y el manejo de la disfunción sexual, siempre que se implementen con rigor y supervisión científica. El papel del médico general se enfatiza como clave en la educación, manejo inicial, y derivación oportuna, destacando la necesidad de competencias clínicas y comunicativas sensibles para abordar las disfunciones sexuales de manera empática y efectiva.

Finalmente, los factores psicológicos como emociones, cogniciones, y conductas aparecen como elementos centrales especialmente en disfunciones como la eréctil, donde la intervención psicológica complementa el tratamiento médico. Esta comprensión invita a adoptar un modelo biopsicosocial que abarque la complejidad del fenómeno y optimice los resultados clínicos, renovando la mirada sobre la salud sexual desde una perspectiva holística y humanista.

4.2.2.1 Epidemiología de la disfunción sexual en Costa Rica

La disfunción sexual constituye un problema de salud pública significativo a nivel mundial y latinoamericano. En Costa Rica, aunque no existen cifras oficiales precisas de prevalencia general, los datos clínicos sugieren una magnitud similar a la reportada en otros países de la región (60) Según la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (ENSSR-10) de Costa Rica realizada en 2010, se documentaron las prácticas y disfunciones sexuales en una muestra representativa de la población de 15 a 79 años, incluyendo adultos de edad reproductiva.(61) Este estudio de cobertura nacional fue el primero en incluir de forma sistemática información sobre disfunciones sexuales en diferentes grupos etarios de la población costarricense.(62)

La prevalencia de disfunción eréctil se ha estimado en aproximadamente el 52% de los hombres entre 40 y 70 años a nivel mundial, aunque en Costa Rica no existen cifras epidemiológicas precisas por grupos de edad específicos en edad reproductiva.(60) Lo preocupante es que aproximadamente el 70% de los hombres con disfunción eréctil no buscan ayuda médica, muchos por vergüenza o creencias erróneas sobre la edad.(60)

4.2.2.2 Causas físicas y metabólicas

4.2.2.2.1 Enfermedades endocrinometabólicas

La diabetes mellitus representa una de las causas más significativas de disfunción sexual en ambos sexos.[4] En los hombres, la diabetes se asocia con disfunción eréctil en aproximadamente el 34-45% de los casos, pudiendo afectar hasta al 50% de los diabéticos con una antigüedad de enfermedad de 10 años.(64) En mujeres con diabetes, la disfunción se manifiesta principalmente como disminución de la lubricación vaginal, reportada por aproximadamente una tercera parte de las pacientes, además de dificultades para alcanzar el orgasmo.(63)

La fisiopatología de la disfunción sexual en diabetes involucra mecanismos vasculares (microangiopatía diabética) y neurológicos (neuropatía periférica).(65) La hiperglucemia sostenida daña la capacidad vascular inicial para una erección adecuada y dificulta el mantenimiento de la misma a través de efectos neurológicos.(64) Es importante destacar que la

disfunción eréctil puede ser una manifestación inicial no reconocida de la diabetes tipo 2, particularmente en hombres jóvenes.(64)

4.2.2.2 Enfermedades cardiovasculares e hipertensión

La enfermedad cardiovascular se asocia con una prevalencia aumentada de disfunción sexual femenina.[4] Los estudios realizados en poblaciones de edad reproductiva indican que la aterosclerosis que afecta la circulación hipogástrica y pudenda disminuye el flujo sanguíneo hacia el clítoris y la vagina, condición denominada síndrome de insuficiencia vascular clitorídea.[4] En los hombres, la disfunción eréctil se ha posicionado como un marcador temprano de cardiopatía isquémica, frecuentemente precediendo los síntomas cardiológicos.(65)

La hipertensión arterial se presenta con una prevalencia mayor de disfunciones sexuales que la encontrada en la población general.(65) Los pacientes hipertensos suelen presentar el efecto combinado de la enfermedad en sí, los medicamentos utilizados para su tratamiento (particularmente los betabloqueadores) y las repercusiones psicológicas derivadas de la condición crónica.(65)

4.2.2.3 Insuficiencia renal crónica

Se ha demostrado una relación directa entre el grado de uremia y el porcentaje de disfunciones sexuales en ambos sexos.(65) Los pacientes con enfermedad renal pueden presentar disminución de la libido, reducción de la frecuencia coital, disfunción eréctil e infertilidad, alteraciones relacionadas con uremia, anemia, hiperparatiroidismo secundario y alteraciones del eje hipotálamo-hipofisario-gonadal.(65)

4.2.2.3 Causas neurológicas y hormonales

Las enfermedades neurológicas que afectan los sistemas centrales y periféricos comprometen significativamente la función sexual. La esclerosis múltiple, como causa común de discapacidad neurológica en adultos jóvenes, puede presentar impotencia y problemas eyaculatorios como síntomas iniciales en los hombres, mientras que en las mujeres genera dificultades orgásmicas en aproximadamente el 50% de los casos en fases avanzadas.(65)

Los trastornos hormonales, particularmente el hipogonadismo (déficit de testosterona), constituyen una causa importante de disfunción sexual en hombres de edad reproductiva.(66) Las

alteraciones en los niveles de estrógenos y andrógenos afectan la integridad y sensibilidad de los tejidos genitales, siendo fundamentales para la respuesta sexual normal en ambos sexos.(63)

4.2.2.4 Factores psicológicos y psicosociales

4.2.2.4.1 Ansiedad y estrés

La ansiedad se ha identificado como una de las principales causas de disfunción eréctil psicógena.(67) Los cambios en el ritmo cardiaco y la activación del sistema nervioso simpático provocan vasoconstricción, impidiendo que llegue suficiente sangre al pene para lograr la erección.[8] El miedo al fracaso sexual y la ansiedad anticipatoria crean un ciclo vicioso donde el temor a no lograr la erección genera la propia disfunción.(67)

El estrés prolongado, sea laboral, económico o personal, afecta la función sexual a través de múltiples mecanismos: reduce la actividad cerebral relacionada con la excitación, genera pérdida del deseo sexual y dificulta la obtención y mantenimiento de la erección.(67)

4.2.2.4.2 Depresión

Los trastornos depresivos se asocian con pérdida de deseo sexual, dificultades en la excitación y problemas orgásmicos en ambos sexos.(63) Existe una estrecha relación bidireccional entre disfunción sexual y depresión, donde la primera puede precipitar la segunda y viceversa.(65) Durante la edad reproductiva, las mujeres presentan casi el doble de prevalencia de depresión comparadas con los hombres, particularmente en etapas donde las hormonas sexuales varían significativamente.(68)

4.2.2.4.3 Problemas de pareja y comunicación

Los problemas en la relación de pareja constituyen un factor etiológico importante. La falta de comunicación sexual, los conflictos no resueltos, la pérdida de conexión emocional y las expectativas poco realistas generan pérdida del deseo sexual.(65) Estudios sugieren que entre el 24-43% de las mujeres presentan falta de deseo sexual, siendo en muchos casos secundaria a dificultades relacionales antes que a factores puramente biológicos.(65) La falta de atractivo sexual hacia la pareja emerge como una causa prevalente de bajo deseo en ambos sexos. (65)

4.2.2.4 Antecedentes de trauma sexual y abuso

Experiencias traumáticas relacionadas con actividad sexual, incluyendo incesto, abuso o violación, generan consecuencias duraderas en la salud sexual.(67) Estos eventos precipitan trastorno de estrés postraumático y ansiedad, manifestándose como pérdida del deseo sexual y dificultades en la respuesta eréctil, incluso durante la masturbación.

4.2.2.5 Factores de riesgo sociodemográficos

La edad constituye el factor de riesgo sociodemográfico más importante.(63) La prevalencia de disfunción sexual femenina aumenta significativamente con la edad, pasando de 51.4% en el grupo de 18-19 años a 85.2% en el grupo de 45-49 años en algunas poblaciones estudiadas.[10] En mujeres de edad reproductiva, el aumento progresivo con la edad afecta negativamente la calidad de vida sexual.(69)

El nivel educativo se ha identificado como un factor protector, con poblaciones de menor educación presentando mayor prevalencia de disfunciones sexuales.(70) El estado civil y la estabilidad de la pareja influyen significativamente en la prevalencia y severidad de las disfunciones.(70) La residencia rural versus urbana también muestra diferencias, aunque estas varían según el país específico.(64)

4.2.2.6 Factores medicamentosos

Múltiples categorías de medicamentos pueden precipitar o exacerbar disfunciones sexuales.Los antidepresivos, particularmente los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), generan alteraciones del deseo y dificultades orgásmicas.(63) Los antihipertensivos, especialmente los betabloqueadores, afectan la función sexual de manera dosis-dependiente.Otros medicamentos implicados incluyen antiepilépticos, benzodiazepinas, y algunos fármacos antipsicóticos (63)

4.2.2.6.1 Cambios hormonales y ciclo reproductivo

En las mujeres de edad reproductiva, el ciclo menstrual, embarazo y puerperio generan cambios hormonales que afectan la función sexual. Durante el embarazo, la prevalencia de disfunción sexual femenina oscila entre 50-80%, principalmente durante el primer y tercer trimestres, con factores contributivos que incluyen cambios físicos, hormonales, pérdida

percibida de atractivo y preocupaciones sobre el bebé. En el período postparto, la disfunción sexual no retorna a los niveles basales, con cambios como dispareunia y pérdida de deseo siendo altamente prevalentes independientemente del tipo de parto.(63)

4.2.2.7 Síntesis de causas y factores de riesgo en Costa Rica

Aunque Costa Rica no cuenta con estudios epidemiológicos exhaustivos específicos sobre prevalencia de disfunciones sexuales en edad reproductiva, la evidencia latinoamericana sugiere un patrón similar al reportado en otras regiones. Los datos de la ENSSR-10 indican que tanto factores biológicos como psicosociales coexisten en la población costarricense.(61) La multifactorialidad de las disfunciones sexuales implica que en la mayoría de los casos adultos de edad reproductiva en Costa Rica presentan etiología mixta, con predominio de factores psicógenos en jóvenes y progresiva contribución de comorbilidades vasculares y metabólicas con la edad.

4.3 Objetivo 2

4.3.1 Evidencia encontrada

Live-Med (2022) realizó una revisión bibliográfica centrada en pacientes con sospecha de disfunción eréctil. Evaluaron inhibidores PDE5 y dispositivos prostáticos, concluyendo que estrategias terapéuticas progresivas y adaptadas individualmente son esenciales. El énfasis en la intervención temprana mejora significativamente la efectividad de estos tratamientos.

Núñez-Rivas et al. (2002) llevaron a cabo un estudio cohorte con mujeres embarazadas en Costa Rica. Analizaron intervenciones psicosociales dirigidas a disfunciones sexuales asociadas, encontrando un impacto positivo en la salud perinatal. Estas acciones redujeron complicaciones materno-fetales, destacando su relevancia local.

Shiferaw et al. (2020) publicaron un meta-análisis sobre mujeres en edad reproductiva. Examinaron terapias farmacológicas y psicológicas, demostrando que enfoques combinados superan a los aislados en resultados clínicos. Esta síntesis evidencia la superioridad de tratamientos integrales para optimizar la función sexual.

Nascimento et al. (2024) condujeron un estudio observacional en mujeres con disfunción de deseo. Combinaron psicoterapia y farmacología, logrando alta efectividad en el manejo personalizado. Los síntomas mejoraron notablemente, subrayando la importancia de intervenciones tailor-made en contextos clínicos actuales.

Bolaños-Carrillo (2023) ejecutó un estudio transversal con profesionales de salud en Costa Rica. Identificaron barreras institucionales y culturales que afectan la efectividad de tratamientos para disfunción sexual. Sus hallazgos sugieren la necesidad de intervenciones contextualizadas para superar estos obstáculos locales.

Ramanathan y Redelman (2020) elaboraron una revisión narrativa dirigida a médicos generales. Exploraron educación sexual y manejo inicial de disfunciones, concluyendo que el rol preventivo y educativo potencia tratamientos farmacológicos y terapéuticos. Esta aproximación inicial amplifica los resultados clínicos a largo plazo.

Allen et al. (2023) presentaron una revisión teórica sobre intervención psicológica, sin población específica aplicada. Argumentaron que esta complementa tratamientos médicos, optimizando adherencia y outcomes globales. Su marco teórico refuerza la integración multidisciplinaria en el manejo de disfunciones sexuales.

Patel et al. (2022) evaluaron apps móviles para usuarios adolescentes con disfunción sexual. Encontraron efectividad limitada en evidencia clínica, pero potencial como herramienta educativa complementaria. Estas tecnologías emergentes podrían apoyar intervenciones preventivas en poblaciones jóvenes.

A nivel de síntesis de evidencia de mayor alcance, Pyrgidis y su equipo realizaron un análisis sobresaliente de 154.796 participantes consolidados desde 23 revisiones sistemáticas previas, comparando la efectividad de cuatro inhibidores de fosfodiesterasa tipo 5. Su investigación, publicada en *Sexual Medicine Reviews*, reveló matices importantes: mientras que sildenafil en dosis bajas ofrecía mejoría inicial máxima, dosis superiores producían efectos adversos significativos. Críticamente, identificaron que aunque la superioridad de estos fármacos versus placebo está bien establecida, persisten lagunas en comparaciones de calidad entre diferentes inhibidores[33].

González-Meneses y colegas aportaron claridad al comparar directamente los dos inhibidores más utilizados: sildenafil y tadalafil. Analizando 1.681 participantes de nueve estudios variados, concluyeron que ambos fármacos producen mejoras equivalentes en función eréctil. Sin embargo, la superioridad en preferencia de pacientes para tadalafil (75% versus 64%) sugiere que los beneficios relativos derivan de factores como mejor espontaneidad y adherencia mejorada, más que de superioridad farmacológica pura. Este hallazgo redimensionó las decisiones clínicas hacia factores de calidad de vida, no solo eficacia biomecánica [35].

Mykoniatis y su equipo en JAMA Network Open introdujeron una perspectiva revolucionaria al demostrar que las terapias combinadas, particularmente aquellas que integran inhibidores de fosfodiesterasa con antioxidantes, ondas de choque o dispositivos de vacío, producen mejoras sinérgicas sin incrementar eventos adversos. Esta investigación transformó el manejo de casos refractarios al validar científicamente abordajes multimodales que el clínico experimentado ya intuía [36].

Finalmente, Capogrosso y su equipo proporcionan en 2025 una síntesis actualizada que integra estos hallazgos anteriores con nuevas perspectivas emergentes. Su revisión confirma que los inhibidores de fosfodiesterasa constituyen la primera línea farmacológica establecida, pero añade dimensiones previamente no apreciadas: potencial cardiovascular protector, efectos anticancerígenos incipientes, e incluso potencial preventivo sobre declive cognitivo. Estos investigadores posicionan la terapia combinada como estándar en casos complejos, reflejando la maduración del campo [37].

Colectivamente, estos investigadores españoles, mexicanos, griegos y europeos han construido un edificio de conocimiento que transforma la disfunción eréctil de un problema meramente urológico hacia una oportunidad de evaluación integral del paciente, con opciones terapéuticas escalonadas que van desde modificación de factores de riesgo hasta combinaciones sofisticadas de intervenciones farmacológicas y no farmacológicas. La evolución desde García-Cardoso (2005) hasta Capogrosso (2025) representa dos décadas de progreso sistemático hacia un paradigma verdaderamente personalizado y basado en evidencia.

En conjunto, estos estudios revelan un panorama heterogéneo de tratamientos para disfunción sexual, desde enfoques farmacológicos y psicológicos hasta barreras contextuales en

Costa Rica. Las terapias combinadas e individualizadas emergen como las más prometedoras, con énfasis en prevención y educación.

4.3.2 *Análisis detallado y su implicación con el objetivo*

Los resultados indican que los tratamientos disponibles para la disfunción sexual en Costa Rica se basan mayormente en estrategias farmacológicas y terapéuticas que se ajustan a las necesidades individuales del paciente, especialmente en el caso de disfunciones eréctiles, con uso de inhibidores PDE5 y dispositivos prostáticos como terapias de primera línea. Este abordaje progresivo refleja una práctica clínica adaptativa que responde a la complejidad y heterogeneidad del problema, buscando maximizar la eficacia y minimizar efectos adversos.

Sin embargo, la evidencia más reciente resalta la necesidad de integrar terapias combinadas que incluyan intervenciones psicológicas, sobre todo para disfunciones principalmente vinculadas a aspectos emocionales o conductuales. La combinación de psicoterapia y farmacología mejora los resultados, mostrando un avance fundamental para trastornos como la disfunción del deseo sexual, donde las causas son multifactoriales y requieren un enfoque integral.

Además, los obstáculos institucionales y culturales reportados por profesionales en Costa Rica implican que la efectividad de los tratamientos no depende exclusivamente de la calidad clínica sino también del acceso y continuidad del manejo. La capacitación del personal de salud y la sensibilización hacia temáticas sexuales constituyen una piedra angular para evitar la fragmentación del tratamiento y asegurar un enfoque integral del paciente.

Los resultados también exponen el papel emergente de las tecnologías digitales, pese a la limitada evidencia en cuanto a su efectividad clínica comprobada. Las aplicaciones móviles tienen potencial para ser herramientas de apoyo educativo y seguimiento, aunque requieren regulación y validación científica que garanticen su seguridad y eficacia.

Por último, la función educativa y preventiva del médico general no puede subestimarse, pues un manejo inicial efectivo y una comunicación empática son decisivos para la adherencia y éxito terapéutico. Este aspecto humaniza la práctica clínica y fomenta la confianza del paciente,

aspectos claves en la salud sexual, que influyen directamente la efectividad real de los tratamientos disponibles.

4.3.2.1 Tratamientos farmacológicos

4.3.2.1.1 Inhibidores de la fosfodiesterasa tipo 5 (IPDE-5)

Los inhibidores de la fosfodiesterasa tipo 5 constituyen el manejo de primera línea farmacológico para la disfunción eréctil. (71) Cuatro medicamentos principales están disponibles: sildenafil, tadalafilo, vardenafilo y avanafilo. Estos fármacos funcionan relajando los músculos del pene e incrementando el flujo sanguíneo en respuesta a la estimulación sexual, sin causar erección de forma espontánea pero facilitándola cuando existe estímulo sexual adecuado.(72)

El sildenafil actúa en aproximadamente 60 minutos con una duración de efecto de aproximadamente 4 horas, siendo el medicamento más ampliamente utilizado y de mayor antigüedad en el mercado. El vardenafilo tiene un tiempo de inicio similar (60 minutos) con una duración comparable. El avanafilo actúa más rápidamente (30 minutos) y puede tomarse 15 minutos antes de la relación sexual. El tadalafilo tiene un tiempo de inicio de 60 minutos pero con una duración prolongada de 24-36 horas, permitiendo su uso como medicamento diario en dosis bajas.(71)

La efectividad de los IPDE-5 ha sido demostrada consistentemente en revisiones sistemáticas y metaanálisis. En períodos de uso menores a 12 semanas, estos medicamentos mejoraron de manera consistente la función eréctil, con efectividad similar entre los diferentes tipos.(71) Sin embargo, es importante notar que estos medicamentos no funcionan en todas las personas y pueden tener menor eficacia después de cirugía de próstata o en personas con diabetes y otras afecciones comórbidas. (72)

Los efectos secundarios más comunes incluyen enrojecimiento facial, congestión nasal, dolor de cabeza, alteraciones en la visión y dolor de espalda. Estos medicamentos están contraindicados en pacientes que toman medicamentos con nitratos (utilizados para angina), en aquellos con enfermedad cardíaca grave o insuficiencia cardíaca, y en pacientes con hipotensión grave. (72)

La accesibilidad de los IPDE-5 en Costa Rica es variable, aunque estos medicamentos se encuentran disponibles tanto en el sector público como privado, aunque con costos que pueden ser prohibitivos para algunos segmentos de la población.(60)

4.3.2.1.2 *Tratamientos hormonales*

La terapia de reemplazo hormonal con testosterona tiene un papel limitado y controvertido en el tratamiento de la disfunción eréctil. Se recomienda en varones con disfunción eréctil y niveles documentadamente bajos de testosterona. La terapia hormonal debe ser abordada generalmente a nivel especializado.(66)

Para las mujeres, no existen tratamientos con testosterona aprobados para la disfunción sexual, aunque existe evidencia de su eficacia. Otros tratamientos hormonales para mujeres incluyen estrógeno vaginal para aliviar la sequedad vaginal (presentado como crema vaginal, tableta o anillo), ospemifene (modulador selectivo de receptores de estrógeno) tomado por vía oral para dispareunia relacionada con atrofia vaginal, y prasterone (inserción vaginal de dehidroepiandrosterona). (73)

4.3.2.1.3 *Tratamientos específicos para bajo deseo sexual*

Flibanserin (Addyi®) fue el primer medicamento aprobado por la FDA en Estados Unidos para bajo deseo sexual en mujeres premenopáusicas con deseo adquirido y generalizado. Se toma una vez al día al acostarse, con posibles efectos secundarios serios incluyendo hipotensión, somnolencia, mareos, náuseas y síncope, siendo potenciado por alcohol. (73)

Bremelanotide (Vyleesi®) es otro tratamiento FDA-aprobado para bajo deseo sexual en premenopáusicas, administrado como inyección subcutánea en abdomen o muslo antes de la relación sexual.[14] La náusea es el efecto secundario más común, siendo más frecuente tras la primera inyección pero tendiendo a mejorar en la segunda.(73)

4.3.2.1.4 *Tratamientos para otros dominios de la disfunción femenina*

Bupropion en dosis altas (150 mg dos veces al día) ha mostrado efectividad como tratamiento para disfunción sexual relacionada con ISRS. Inhibidores de fosfodiesterasa tipo 5, aunque originalmente desarrollados para disfunción eréctil, muestran potencial en el tratamiento

de disfunción de excitación en mujeres. Yohimbina hidrócloro se utiliza para disfunción orgásmica en mujeres.(74)

4.3.2.2 Intervenciones psicológicas y psicoterapéuticas

4.3.2.2.1 *Terapia cognitivo-conductual*

La terapia cognitivo-conductual (TCC) ha demostrado ser efectiva para el tratamiento de disfunciones sexuales, particularmente aquellas de etiología psicógena o con componentes psicógenos importantes.(75) Esta forma especializada de psicoterapia debe ser realizada por médicos o psicólogos especializados en sexología.(76)

En un ensayo clínico randomizado realizado durante la pandemia de COVID-19, se demostró que los hombres que recibían TCC en conjunto con inhibidores de fosfodiesterasa tipo 5 mostraban mejoras sostenidas en la función eréctil medidas por el International Index of Erectile Function (IIEF), mientras que aquellos que usaban solo IPDE-5 no experimentaban progresión adicional. Las puntuaciones del IIEF permanecieron significativamente mayores en el grupo de TCC comparado con el grupo de monoterapia.(76)

Un estudio piloto específico reveló que la terapia conductual de sexo (CBST) fue tan eficaz como sildenafil (Viagra) en el tratamiento de disfunción eréctil no orgánica en hombres jóvenes, resultando en mejoras sustanciales en la función eréctil y reducciones en la severidad de la disfunción y síntomas depresivos. (76)

Otra investigación mostró que en pacientes con depresión moderada, la TCC fue efectiva en mejorar la puntuación total de la función sexual de las mujeres (diferencia de medias estandarizada = 1.34; intervalo de confianza del 95% = (1.02, 1.65); $I^2 = 86\%$), demostrando la importancia de abordar comorbilidades psiquiátricas.(78)

4.3.2.2.2 *Técnicas conductuales específicas*

Las técnicas conductuales fundamentales en el tratamiento de disfunciones sexuales incluyen entrenamiento en relajación progresiva de Jacobson, desensibilización sistemática, focalización sensorial, y prohibición del coito (enfoque de Masters y Johnson).(75) El entrenamiento en relajación muscular acompaña la desensibilización sistemática como respuesta antagónica a la ansiedad.(76)

En un caso clínico documentado de un hombre de 34 años con trastorno de erección adquirido, se implementó un tratamiento cognitivo-conductual en 15 sesiones semanales más 3 de seguimiento, focalizándose en la disminución de los tres sistemas de respuesta de la ansiedad mediante reestructuración cognitiva de pensamientos negativos e intrusivos, técnicas de desactivación fisiológica para reducir taquicardia y sudoración, y desensibilización sistemática. Los resultados demostraron una disminución significativa de la ansiedad-estado y el mantenimiento de la erección en relaciones sexuales con penetración.(75)

4.3.2.2.3 Terapia de pareja y terapia sexual conjunta

La literatura sugiere que problemas en la relación de pareja frecuentemente están involucrados en disfunciones sexuales.(69) Terapia de pareja combinada con terapia sexual ha mostrado ser efectiva cuando factores relacionales coexisten con disfunción sexual.(70)

Un caso clínico de un varón de 22 años (reportado como 20 años en otra mención) presentando disfunción eréctil donde la evaluación inicial evidenció problemas en la relación de pareja como base de los problemas de erección, se realizó intervención combinando terapia sistémica de pareja con ambos miembros junto con técnicas conductuales de terapia sexual (egoísmo sexual, focalización sensorial) e instrucciones para realizar en casa. (61) El tratamiento se completó en siete sesiones a lo largo de tres meses más una sesión de seguimiento un año después, resultando en desaparición completa de la disfunción eréctil y satisfacción total de la pareja. (70)

4.3.2.2.4 Mindfulness e intervenciones basadas en consciencia

Las intervenciones basadas en mindfulness (MBI) han demostrado capacidad para aliviar ansiedad y cultivar consciencia del momento presente en hombres con disfunción eréctil. La investigación indica que las MBI pueden mejorar sustancialmente la autoestima (pasando de 22.67 a 30.43 en la escala de Rosenberg) y reducir niveles de ansiedad (de 11.13 a 8.36) en hombres con disfunción eréctil.(76)

Asimismo, existe excelente evidencia a favor de mindfulness, terapia cognitivo-conductual y psicoeducación para mejorar el bajo deseo sexual en mujeres.(78)

4.3.2.3 Enfoques combinados y multimodales

4.3.2.3.1 Integración de farmacoterapia y psicoterapia

La evidencia actual es clara: la combinación de inhibidores de fosfodiesterasa tipo 5 con intervenciones psicológicas es más efectiva que cualquiera de estas modalidades por separado. En una revisión sistemática que incluyó 13 artículos con una muestra total de 597 hombres, la combinación de intervenciones psicológicas (PI) y IPDE-5 fue más efectiva que cualquiera de estas intervenciones por sí sola en función eréctil y satisfacción sexual a largo plazo en hombres con disfunción eréctil psicógena. Las intervenciones combinadas fueron significativamente superiores al tratamiento médico exclusivo en siete estudios y a intervenciones psicológicas solas en un estudio. (71)

Un estudio brasileño que evaluó 110 hombres con disfunción eréctil psicógena y mixta randomizados a tres grupos (consejería sola, sildenafil solo, o sildenafil con consejería) encontró mejora significativa en función eréctil y satisfacción sexual en los tres grupos después de 3 meses, pero el tratamiento combinado y sildenafil solo fueron significativamente más efectivos que psicoterapia sola.(71)

Otro estudio de 22 hombres comparó la satisfacción con el tratamiento de tres modalidades (psicoterapia de grupo más sildenafil, sildenafil exclusivamente, o psicoterapia de grupo exclusivamente), encontrando que la satisfacción con el tratamiento fue significativamente mayor en los grupos de psicoterapia y tratamiento combinado que en el grupo de IPDE-5 solo. (71).

4.3.2.3.2 Modelo integrativo multidimensiona

Emerge en la literatura un enfoque contemporáneo conocido como el Modelo Integrativo Multidimensional (MIM) que integra factores biológicos, psicológicos e interpersonales.(79) Este modelo reconoce que la mayoría de disfunciones sexuales en adultos presentan múltiples factores interactuando dinámicamente, pudiendo existir predominio de uno de ellos pero requiriendo abordaje integral.(79)

El MIM se fundamenta en la integración del modelo biomédico y terapias cognitivas, permitiendo comprender e integrar diferentes dominios biológicos, psicológicos e

interpersonales, favoreciendo solución rápida de sintomatología, inspirando esperanza, mejorando confianza y consolidando cambios bio-psicológicos e intersubjetivos.(79)

4.3.2.4 Eficacia de tratamientos en Costa Rica

No existen estudios específicos que evalúen la efectividad comparativa de los diferentes tratamientos para disfunción sexual en la población costarricense. Sin embargo, la disponibilidad de tratamientos en Costa Rica incluye: (60)

- Inhibidores de fosfodiesterasa tipo 5 en ambos sectores (público y privado), aunque con acceso variable según recursos económicos
- Acceso limitado a psicoterapia especializada en sexología
- Servicios de uroandrólogo disponibles en centros urbanos principales
- Presencia de sexólogos clínicos en algunas ciudades

La efectividad en la población costarricense probablemente sigue patrones similares a los reportados internacionalmente, pero factores como el acceso desigual a servicios especializados, barreras culturales y económicas, e infradiagnostico pueden afectar los resultados reales en la práctica clínica costarricense.

4.3.2.5 Análisis Comparativo de Sistemas de Salud: Costa Rica y España

4.3.2.5.1 Particularidades del Sistema de Salud Costarricense

El sistema de salud costarricense, eminentemente público a través de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), ha generado un entorno propicio para la investigación en salud sexual. Estudios contemporáneos señalan que Costa Rica cuenta con opciones terapéuticas avanzadas, incluyendo inhibidores de fosfodiesterasa tipo 5, dispositivos de vacío, inyecciones intracavernosas y opciones emergentes como terapia con células madre [38]. La evaluación integral del paciente precede a cualquier intervención, considerando etiología orgánica o psicológica de la disfunción (29).

4.3.2.5.2 Contexto del Sistema Sanitario Español

España, por su parte, ha experimentado transformaciones sustanciales en la abordaje de la salud sexual. Aunque el enfoque predominante ha sido biomédicoefectivo para mejorar

supervivencia en pacientes con VIH, existe creciente reconocimiento de la necesidad de integrar dimensiones emocionales, psicológicas y sociales. El sistema fragmentado entre organismos gestores nacionales (INGESA, MUFACE, ISFAS) y sistemas autonómicos presenta desafíos en la implementación uniforme de protocolos terapéuticos [30].

4.3.2.5.3 Síntesis de Hallazgos Principales

Los datos agrupados de investigaciones sistemáticas revelan que, aunque todos los inhibidores PDE5 demuestran eficacia estadísticamente significativa versus placebo, las diferencias entre compuestos específicos resultan estadísticamente no significativas en la mayoría de comparaciones [35]. Sin embargo, matizando este resultado, emergen distinciones clínicamente relevantes: sildenafil en dosis bajas (25 mg) mostró superioridad en cambios de IIEF, aunque sildenafil 100 mg se asoció con mayor incidencia de eventos adversos [36].

La modalidad de administración adquiere relevancia particular. Tadalafil en dosis diaria baja demostró ventajas comparativas sobre administración a demanda en términos de espontaneidad, confianza y preferencia del paciente aspectos psicosociales que frecuentemente se subestiman en evaluaciones puramente bioquímicas [32][33].

La evidencia reciente sugiere que aproximaciones combinadas fusionando inhibidores PDE5 con antioxidantes, terapia de ondas de choque de baja intensidad, o dispositivos de vacío generan mejoras funcionales superiores a la monoterapia, particularmente en casos de disfunción resistente al tratamiento convencional [36]. Las ondas de choque de baja intensidad han emergido como alternativa promisorias, demostrando eficacia significativa a corto-medio plazo equiparable a intervenciones farmacológicas en poblaciones seleccionadas [34].

La incorporación de apoyo psicológico se perfila como elemento indispensable en tratamientos exitosos, particularmente cuando la etiología de la disfunción posee componentes ansiosos o depresivos subyacentes [28][29]. Ambos sistemas costarricense y español reconocen progresivamente esta integralidad, aunque en la práctica persisten barreras estructurales e institucionales que limitan la coordinación interdisciplinaria [30].

4.4 Objetivo 3

4.4.1 Evidencia encontrada

La guía técnica nacional del Ministerio de Salud de Costa Rica (2020) propone protocolos estandarizados con perspectiva de género y derechos para el manejo integral en atención primaria. Estos lineamientos priorizan la equidad y la confidencialidad, adaptándose al contexto local para mejorar el acceso oportuno. Su implementación fortalece la respuesta sistemática a la disfunción sexual.

Live-Med (2022), en su revisión bibliográfica sobre disfunción eréctil, aboga por un enfoque integral con cribado sistemático y tratamiento progresivo. Este marco personaliza intervenciones según etiología, optimizando resultados en pacientes costarricenses de edad reproductiva. La evaluación completa fundamenta decisiones terapéuticas precisas.

Alarcón et al. (2021) enfatizan el abordaje empático y la comunicación efectiva en profesionales de salud. Mejora la adherencia al tratamiento, genera confianza y eleva desenlaces clínicos en consultas primarias. En Costa Rica, esta sensibilidad cultural reduce barreras estigmatizantes.

Ramanathan y Redelman (2020) recomiendan educación sexual y reducción del estigma por parte de médicos generales. Estas acciones promueven manejo holístico y prevención a largo plazo, integrando salud sexual en la práctica rutinaria. Representan pilares para la salud pública costarricense.

Khera M (UpToDate, 2022) resume evidencia actualizada en tratamientos para disfunción sexual masculina, con guías clínicas que priorizan opciones farmacológicas y psicológicas. Su enfoque basado en evidencia guía la práctica en atención primaria, asegurando seguridad y eficacia.

Dalrymple et al. (American Family Physician, 2025) responden preguntas comunes sobre disfunción femenina, recomendando evaluación integral alineada con guías AAFP. Enfatizan herramientas validadas para médicos de familia, facilitando diagnósticos precisos en Costa Rica.

Allen et al. (2023) destacan el rol psicológico en disfunción eréctil, integrando intervenciones multidisciplinarias. Factores cognitivos y emocionales requieren tratamientos combinados, elevando la efectividad global en poblaciones reproductivas.

Eleuteri et al. (Faculty Reviews, 2023) y Brotto et al. (2024) promueven terapias combinadas y enfoques biopsicosociales individualizados. Estas estrategias, con énfasis en precisión, optimizan resultados en mujeres y hombres costarricenses, cerrando brechas terapéuticas.

4.4.2 Análisis detallado y su implicación con el objetivo

Las recomendaciones clínicas basadas en la evidencia recopilada insisten en que el abordaje de la disfunción sexual en Costa Rica debe ser integral y adaptado a las características individuales del paciente, priorizando la atención desde el primer nivel de atención con protocolos claros y con enfoque en derechos y perspectiva de género. Este marco normativo nacional dota a los profesionales de salud de un referente sólido que alinea las prácticas clínicas con estándares internacionales, lo que es esencial para la coherencia y calidad del cuidado.

Además, se subraya la importancia de un enfoque empático y comunicativo, pues la calidad de la relación médico-paciente impacta directamente en la adherencia a tratamientos y en la percepción del bienestar, elementos que potencian el éxito terapéutico. La comunicación efectiva es más que un simple intercambio de información; es un espacio fundamental para construir confianza y derribar tabúes que persisten en la salud sexual.

Paralelamente, la integración de la psicoterapia dentro del manejo terapéutico representa una evolución crítica hacia un modelo biopsicosocial, que asume la necesidad de tratar no solo los síntomas físicos sino también los factores emocionales, cognitivos y sociales que influyen en la disfunción sexual. Esta perspectiva multidisciplinaria no solo optimiza resultados clínicos, sino que enriquece la experiencia del paciente.

Asimismo, las recomendaciones enfatizan la capacitación constante del personal de salud y la superación de barreras culturales e institucionales, reiterando que la calidad de la atención no

solo depende del conocimiento técnico, sino también de la voluntad y sensibilidad para abordar temas complejos desde un marco humanitario y respetuoso.

Finalmente, se reconoce el papel prometedor de las tecnologías digitales, sobre todo en poblaciones jóvenes y con acceso limitado a atención presencial. Para que estas herramientas sean realmente útiles y seguras, es imprescindible su regulación y desarrollo bajo estándares científicos rigurosos, asegurando que contribuyan a la salud pública y a la prevención de disfunciones sexuales.

4.4.2.1 Evaluación inicial y diagnóstico

4.4.2.1.1 Historia clínica dirigida

La evaluación de la disfunción sexual debe comenzar con una historia clínica completa que incluya:

Aspectos de la historia sexual del paciente:

- Función sexual previa (función sexual basal antes de la disfunción)
- Disfunción sexual actual (características específicas, duración, contexto)
- Trastornos en el orgasmo/eyaculación
- Trastornos del deseo sexual
- Patrón o estilo de vida sexual
- Preferencias sexuales
- Actitud de la pareja respecto al problema

Aspectos de la historia médica del paciente:

- Trastornos cardiovasculares y respiratorios
- Trastornos endocrinometabólicos (diabetes, dislipemia, obesidad)
- Afecciones neurológicas
- Alteraciones psiquiátricas o de la esfera psicosocial
- Antecedentes de traumatismos o cirugías previas

- Hábitos tóxicos (tabaquismo, consumo de alcohol y drogas)
- Medicación actual (80)

La entrevista debe realizarse con naturalidad, empatía y actitud de escucha activa, utilizando preguntas abiertas para evitar respuestas dicotómicas que limiten la información. Es fundamental crear un clima de confianza donde el paciente perciba confidencialidad e interés genuino del profesional por ayudar.(80)

En atención primaria, se recomienda un abordaje proactivo, particularmente con poblaciones de alto riesgo como diabéticos, hipertensos, y pacientes con perfil lipídico alterado. Un 75% de pacientes están de acuerdo con que el médico pregunte sobre disfunción sexual, comparado con solo el 39% que prefiere abordarlo espontáneamente. (80)

4.4.2.1.2 Cuestionarios y herramientas de evaluación

Para disfunción eréctil en hombres:

El Índice Internacional de Función Eréctil (IIEF-5) constituye una herramienta de cribado y diagnóstico validada internacionalmente.(81) Proporciona una puntuación total de 5-25 que permite clasificar:

- 22-25: Sin disfunción eréctil
- 17-21: Disfunción eréctil leve
- 12-16: Disfunción eréctil leve a moderada
- 8-11: Disfunción eréctil moderada
- 5-7: Disfunción eréctil grave[22]

Para disfunción sexual femenina:

El Índice de Función Sexual Femenina (IFSF o FSFI por sus siglas en inglés) constituye la herramienta predilecta para evaluar la salud sexual femenina, siendo autoaplicado, breve, rápido y sencillo para aplicar en un amplio rango de edad. (82) Evalúa seis dominios: deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor. La puntuación mínima es 0 y la máxima es 36. El IFSF ha sido traducido al español y validado en diferentes países de Latinoamérica,

demostrando excelentes propiedades psicométricas incluyendo consistencia interna (α de Cronbach >0.90), fiabilidad test-retest y validez discriminante.[

Otros instrumentos útiles incluyen el Cuestionario de Cambios en la Función Sexual (CSFQ-14-F) para mujeres, que mide cambios en funcionamiento sexual relacionados con enfermedad o medicación.(83)

4.4.2.1.3 Evaluación del impacto en calidad de vida

Es fundamental determinar si los síntomas sexuales generan malestar clínico significativo al paciente y su pareja. La disfunción sexual repercute en la calidad de vida de quienes la presentan con significativamente menor satisfacción en relaciones íntimas, peores índices de calidad de vida general, afectación de autoestima, y interrupciones en relaciones interpersonales. Entre un 15-20% de la población está satisfecho con sus relaciones sexuales, y el 53% de mujeres y 20% de hombres manifiestan descontento con su sexualidad. (84)

4.4.2.2 Evaluación del estado físico y pruebas complementarias

4.4.2.2.1 Examen físico

Un examen físico detallado (80) es requisito indispensable en la evaluación inicial de disfunción sexual:

Exploración cardiovascular:

- Medición de presión arterial
- Palpación de pulsos periféricos
- Evaluación del estado de la circulación venosa de extremidades inferiores

Exploración endocrina:

- Evaluación del desarrollo de caracteres sexuales secundarios
- Búsqueda de ginecomastia
- Patrón de distribución del vello
- Medición del perímetro abdominal e índice de masa corporal (IMC)

Exploración neurológica:

- Evaluación de la sensibilidad del área genital
- Evaluación de sensibilidad de extremidades inferiores
- Examen de reflejos bulbocavernosos
- Búsqueda de signos de neuropatía

Exploración genitourinaria:

- En hombres: examen del pene, testículos, próstata, búsqueda de daños en nervios
- En mujeres: evaluación de integridad vaginal, presencia de atrofia genitourinaria, signo de Tanner

4.4.2.2 Pruebas de laboratorio

Se recomienda realizar en todos los pacientes con sospecha de disfunción sexual etiología orgánica (82)

Pruebas metabólicas:

- Glucemia en ayunas o prueba de tolerancia a glucosa
- Perfil lipídico completo (colesterol total, HDL, LDL, triglicéridos)
- Función hepática y renal

Evaluación hormonal:

- En hombres: testosterona total y libre, prolactina, LH, FSH (particularmente en casos de bajo deseo)
- En mujeres: según contexto clínico (hormona estimulante del tiroides si hay síntomas de hipotiroidismo)

Otras pruebas:

- Análisis de orina para detectar diabetes y otras anomalías

4.4.2.3 Pruebas especializadas

Cuando la historia clínica y pruebas iniciales sugieren etiología vascular, se puede considerar: (82)

- Ecografía con doppler de pene para evaluar el flujo sanguíneo y respuesta a inyecciones vasoactivas

- Rigiscan para monitorización de erecciones nocturnas

- Estudios de rigidez peneana nocturna

Estas pruebas especializadas generalmente son indicadas y realizadas en ámbito especializado (andrólogo, urólogo).

4.4.2.3 Estratificación de riesgo cardiovascular

Para pacientes con enfermedad cardiovascular que quieren iniciar o reiniciar actividad sexual, se recomienda: (85)

1. Historia clínica completa y examen físico (Clase IIa, Nivel de evidencia C)

2. La actividad sexual es razonable para pacientes con enfermedad cardiovascular determinados como de bajo riesgo de complicaciones cardiovasculares (Clase IIa, Nivel de evidencia B)

3. Una prueba de esfuerzo está justificada para aquellos no clasificados como bajo riesgo o con riesgo indeterminado (Clase IIa, Nivel de evidencia C)

4. La actividad sexual es razonable para pacientes que pueden ejercitarse hasta >3-5 MET sin angina, disnea excesiva, cambios en segmento ST, cianosis, hipotensión o arritmia (Clase IIa, Nivel de evidencia C)

4.4.2.4 Tratamiento recomendado según etiología

4.4.2.4.1 Disfunción de etiología psicógena

Primera línea de tratamiento:

- Intervenciones psicológicas (psicoterapia, terapia cognitivo-conductual, mindfulness)

- Psicoeducación y consejería sexual

Segunda línea (si no responde a intervenciones psicológicas):

- Combinación de intervenciones psicológicas con IPDE-5

Recomendación específica:

La psicoterapia debe ser realizada por profesionales especializados en sexología. Es fundamental evaluar factores relacionales, resolver conflictos de pareja cuando estén presentes, y mejorar comunicación sexual.

4.4.2.4.2 *Disfunción eréctil de etiología orgánica*

Primera línea:

- Tratamiento de enfermedades subyacentes (control óptimo de diabetes, hipertensión, dislipemia)

- Modificaciones en estilo de vida (pérdida de peso si obeso, cese de tabaquismo, reducción de consumo de alcohol)

- IPDE-5 oral (sildenafil, tadalafilo, vardenafilo o avanafilo)

Segunda línea (si falla IPDE-5 o está contraindicado):

- Inyecciones intrauretrales de prostaglandinas (alprostadil)

- Dispositivos de vacío (bombas de pene)

- Agonistas adrenérgicos (midodrina) en casos seleccionados

Tercera línea:

- Prótesis peneanas (implantes)

- Cirugía revascularizadora (en casos seleccionados de jóvenes con etiología arterial tras traumatismo pélvico)

Especificación para casos de etiología hormonal:

- Terapia de reemplazo con testosterona en varones con deficiencia documentada (bajo nivel especializado)

4.4.2.4.3 *Bajo deseo sexual*

Para mujeres:

- Primera línea: Consejería sexual, evaluación de relación de pareja, tratamiento de comorbilidades psiquiátricas, psicoeducación, mindfulness y TCC
- Segunda línea: Estrógeno hormonal si es apropiado (post-menopáusica con niveles bajos)
- Tercera línea: Flibanserin o bremelanotide (si otros tratamientos fallan, con monitoreo cuidadoso)

Para hombres:

- Primera línea: Evaluación y tratamiento de comorbilidades (depresión, diabetes, hipertensión), mejoría de relación de pareja
- Segunda línea: Terapia con testosterona si déficit documentado
- Tercera línea: IPDE-5 para mejorar función eréctil

4.4.2.4.4 Disfunción femenina (excitación, lubricación, orgasmo)

Dificultades de excitación y lubricación:

- Estrógeno vaginal (crema, tableta o anillo) para sequedad vaginal
- IPDE-5 en casos seleccionados
- Hidratantes y lubricantes vaginales
- Tratamiento de sequedad sistémica si corresponde

Dificultades orgásmicas:

- Mindfulness, TCC, sexoterapia
- Bupropion en dosis altas si relacionado con ISRS
- IPDE-5 en casos seleccionados

Dolor sexual (dispareunia):

- Ospemifene para dispareunia por atrofia vaginal
- Terapia conductual, desensibilización sistemática

- Prasterone (DHEA vaginal) para atrofia vulvovaginal
- Lidocaína tópica para dolor localizado
- Fisioterapia pelviana en casos de disfunción del piso pelviano

4.4.2.4.5 *Disfunción eyaculatoria*

Eyaculación prematura:

- Psicoterapia y técnicas conductuales (técnica de parada-inicio, técnica de compresión)
- Antidepresivos ISRS (paroxetina, sertralina, fluoxetina)
- Dapoxetina (inhibidor selectivo de recaptación de serotonina de acción rápida)
- Anestésicos tópicos (crema o spray con lidocaína)
- Terapia combinada (farmacológica + psicológica) por máximo 60 días para optimizar

resultados

4.4.2.5 *Enfoque integral de comorbilidades asociadas*

4.4.2.5.1 *Manejo de depresión y ansiedad*

La depresión y ansiedad deben abordarse simultáneamente con la disfunción sexual. Se recomienda: (63)

- Detección sistemática de síntomas depresivos en pacientes con disfunción sexual
- Tratamiento de depresión (psicoterapia, medicamentos)
- Si el paciente ya está en ISRS, considerar: cambio a medicamento con mejor perfil sexual (bupropion), combinación con bupropion, o evaluación de reducción de dosis
- Tratamiento de ansiedad mediante TCC, mindfulness, técnicas de relajación

4.4.2.5.2 *Control óptimo de enfermedades crónicas*

Diabetes, hipertensión, dislipemia y enfermedad cardiovascular requieren optimización como parte del manejo de disfunción sexual (65)

- Glucemia en rango metabólico para diabéticos (HbA1c <7% generalmente)

- Presión arterial <140/90 mmHg en hipertensos
- Perfil lipídico normalizado
- Rehabilitación cardíaca y ejercicio regular en pacientes con enfermedad coronaria

4.4.2.5.3 Optimización de medicamentos

Se recomienda revisar cuidadosamente todos los medicamentos que el paciente toma: (66)

- Identificar medicamentos con efectos adversos sexuales conocidos
- Siempre que sea posible, intentar cambio a medicamento alternativo con menos implicación etiológica

- Ajustar dosis si es apropiado
- Mantener vigilancia de complicaciones farmacológicas

4.4.2.6 Educación y consejería del paciente

4.4.2.6.1 Psicoeducación

Es fundamental educar al paciente y su pareja sobre: (80)

- Normalidad de los problemas sexuales en adultos
- Multifactorialidad de la mayoría de disfunciones sexuales
- Reversibilidad de muchas disfunciones con tratamiento apropiado
- Importancia del estrés, ansiedad y comunicación en función sexual
- Cambios sexuales normales a lo largo del ciclo de vida
- Expectativas realistas de tratamiento

4.4.2.6.2 Recomendaciones de estilo de vida

Se debe aconsejar (72)

- Pérdida de peso en pacientes obesos (mejora función eréctil y función cardiovascular)
- Cese de tabaquismo (nocivo para función vascular)
- Limitación de consumo de alcohol (modifica función sexual)

- Ejercicio regular (3-5 veces por semana, mínimo 30 minutos)
- Mejora del patrón de sueño (privación de sueño afecta función sexual)
- Reducción de estrés mediante técnicas de relajación

4.4.2.6.3 *Comunicación de pareja*

Se debe enfatizar la importancia de: (84)

- Comunicación abierta sobre preferencias y preocupaciones sexuales
- Exploración de fantasías y deseos mutuos
- Tiempo dedicado a contacto íntimo no genital
- Expresión de afecto y ternura
- Resolución de conflictos no resueltos
- Consejería de pareja si hay dificultades relacional graves

4.4.2.7 *Derivación a servicios especializados*

Se recomienda derivación a especialista (andrólogo, urólogo, ginecólogo, psicosexólogo) cuando (80)

- No hay respuesta adecuada a tratamiento inicial en atención primaria
- La complejidad de la disfunción requiere evaluación especializada
- Se sospechan causas vasculares u hormonales que requieren pruebas especializadas
- Hay antecedentes de traumatismo pelviano o cirugía pélvica
- Existe enfermedad cardiovascular que requiere evaluación previa
- Se considera cirugía revascularizadora u otras intervenciones invasivas
- Hay necesidad de psicoterapia de pareja compleja

4.4.2.8 *Seguimiento y evaluación de respuesta*

4.4.2.8.1 *Cronograma de seguimiento*

En atención primaria

- Contacto a las 2-4 semanas post-iniciación de tratamiento para evaluar tolerancia
- Evaluación a las 4-8 semanas para determinar respuesta terapéutica
- Ajustes de dosis o cambio de medicamento si no hay respuesta a las 8 semanas
- Seguimiento cada 3-6 meses en pacientes con respuesta adecuada

4.4.2.8.2 Criterios de mejoría

Para disfunción eréctil:

- Aumento en puntuación IIEF-5 de al menos 5 puntos
- Capacidad consistente de lograr erección suficiente para penetración
- Satisfacción subjetiva del paciente y su pareja

Para disfunción femenina:

- Aumento en puntuación IFSF, particularmente en dominios afectados
- Mejoría en satisfacción sexual reportada
- Mejoría en lubricación, deseo u orgasmo según corresponda

4.4.2.8.3 Manejo de falta de respuesta

Si no hay respuesta adecuada a los 8-12 semanas:

- Revisar diagnóstico (¿es realmente el diagnóstico correcto?)
- Evaluar adherencia al tratamiento
- Descartar nuevas comorbilidades
- Cambiar medicamento o modalidad de tratamiento
- Evaluar problemas de pareja no identificados previamente
- Derivación a especialista

4.4.2.9 Consideraciones especiales en edad reproductiva

4.4.2.9.1 Anticoncepción y fertilidad

En mujeres de edad reproductiva, se debe considerar (86).

- Anticoncepción hormonal puede afectar deseo sexual en algunas mujeres
- Cambio a método anticonceptivo alternativo puede mejorar función sexual
- Planificación del embarazo afecta actitud hacia sexualidad
- En hombres con problemas eyaculatorios o de deseo, evaluar impacto en fertilidad

4.4.2.9.2 Rol del ciclo menstrual

Se debe educar que: (86)

- Cambios en función sexual a lo largo del ciclo menstrual son normales
- Fase folicular temprana generalmente tiene menor deseo que fase lútea
- Algunos síntomas pueden resolverse a partir de segundo trimestre de embarazo
- Disfunción sexual postparto es frecuente pero generalmente mejora en primeros 6 meses

5 CAPÍTULO V- CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

5.1.1 Conclusiones del objetivo específico 1: causas y factores de riesgo

La disfunción sexual en adultos de edad reproductiva se caracteriza por su multifactorialidad, donde convergen determinantes biológicos, psicológicos e interpersonales en un entramado dinámico. Enfermedades crónicas como la diabetes, hipertensión y cardiovasculares actúan como amplificadores, potenciando no solo efectos fisiológicos directos, sino también ansiedad, cambios en la autoimagen y efectos adversos de medicamentos. Esta complejidad obliga a repensar enfoques clínicos tradicionales, que suelen centrarse en un solo factor causal, ignorando ciclos viciosos como el de la diabetes que agrava problemas psicológicos y de pareja.

En Costa Rica, persiste un patrón inquietante de invisibilización, con escasez de datos locales pese a hitos como la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva de 2010. Factores psicológicos como ansiedad, estrés y depresión son pilares etiológicos clave, alterando neuroquímica, respuestas nerviosas y vasculares, en un ciclo bidireccional con la disfunción. Además, problemas relacionales comunicación deficiente, desconexión emocional actúan como precipitantes o protectores, mientras cambios hormonales en mujeres (ciclo menstrual, embarazo) difuminan la línea entre lo normal y patológico.

La carga epidemiológica oculta es alarmante: una cohorte de adultos padece disfunción no diagnosticada ni tratada, con prevalencias subestimadas por vergüenza, barreras culturales y silencio sanitario. Esto refleja un vacío investigativo en la región latinoamericana, donde hasta el 70% de hombres evitan buscar ayuda. Urge investigación local para romper este ciclo de invisibilidad y desarrollar intervenciones multidimensionales efectivas.

5.1.2 Conclusiones del objetivo específico 2: efectividad de tratamientos

Los enfoques combinados de intervenciones farmacológicas y psicoterapéuticas destacan como superiores, logrando mejoras rápidas y sostenibles a largo plazo, superando tratamientos aislados. Los inhibidores de fosfodiesterasa tipo 5 (IPDE-5) son un avance clave, especialmente efectivos en disfunción eréctil psicógena en hombres jóvenes, pero su eficacia disminuye en

casos con comorbilidades como diabetes o problemas vasculares severos. En Costa Rica, la accesibilidad limitada por costos y disponibilidad en el sistema público agrava estas disparidades.

La terapia cognitivo-conductual ofrece resultados comparables a los medicamentos, con tasas de éxito similares al sildenafil en disfunciones psicógenas, lo que la hace ideal para contextos de recursos limitados como el costarricense. Las intervenciones basadas en mindfulness emergen como prometedoras, abordando la desconexión del momento presente causada por rumiaciones sobre desempeño, con beneficios en síntomas sexuales y calidad de vida, adaptables a grupos o apps móviles.

Sin embargo, el acceso a tratamientos especializados en Costa Rica es frágil y desigual, concentrado en áreas urbanas, perpetuando inequidades socioeconómicas. Falta investigación local sobre efectividad en poblaciones latinoamericanas, cuestionando la aplicabilidad de estudios internacionales a contextos culturales y de comorbilidades específicas. La narrativa simplificadora de los IPDE-5 como "píldora mágica" ignora efectos secundarios y limitaciones, requiriendo educación clínica más matizada.

Para la disfunción femenina, las opciones son particularmente escasas: fármacos como flibanserin tienen efectividad modesta y altos costos, mientras psicoterapia y terapia de pareja muestran potencial subutilizado en entornos hispanohablantes. Esto contrasta con los avances en disfunción masculina, resaltando un desbalance en la atención clínica.

En síntesis, el análisis comparativo entre los sistemas de salud costarricense y español revela convergencias en el avance terapéutico para la disfunción sexual, con opciones como inhibidores PDE5, ondas de choque y aproximaciones combinadas demostrando superioridad sobre monoterapias, especialmente en contextos de etiología mixta [32-36]. Mientras Costa Rica destaca por su evaluación integral previa a intervenciones avanzadas en un marco público unificado vía CCSS, España enfrenta desafíos de fragmentación autonómica que obstaculizan protocolos uniformes, aunque ambos reconocen la indispensabilidad del apoyo psicológico para abordar componentes ansioso-depresivos. Las distinciones clínicas como la espontaneidad de tadalafil diario o la menor incidencia adversa en dosis bajas de sildenafil subrayan la necesidad de personalización, superando enfoques biomédicos puros hacia modelos interdisciplinarios que

integren lo bio-psico-social, allanando el camino para políticas sanitarias más equitativas y efectivas en ambos contextos.

Finalmente, se impone una medicina de precisión con algoritmos personalizados que integren etiología, comorbilidades, contexto relacional y preferencias del paciente, superando diagnósticos superficiales en atención primaria. Este enfoque, aunque complejo, promete tasas de éxito superiores y representa un cambio paradigmático esencial para tratamientos efectivos.

5.1.3 Conclusiones del objetivo específico 3: recomendaciones clínicas

La evaluación clínica exhaustiva emerge como piedra angular del tratamiento exitoso de la disfunción sexual, donde una historia clínica superficial lleva a intervenciones subóptimas, mientras que una meticulosa integrando etiología, contexto psicológico, dinámicas de pareja y comorbilidades permite personalización efectiva. Herramientas como IIEF-5 complementan la escucha empática, y en atención primaria costarricense, invertir tiempo inicial en ella economiza recursos al evitar tratamientos fallidos.

El espectro amplio de intervenciones farmacológicas, psicoterapéuticas o combinadas es imperativo según el contexto, pero el sistema público tiende a priorizar medicamentos por costos, marginalizando psicoterapia pese a su superioridad en casos relacionales. Esta priorización pragmática genera tratamientos inadecuados para amplios segmentos, destacando la necesidad de capacidades diversificadas en Costa Rica.

La comunicación de pareja es central y subestimada: problemas relacionales subyacentes hacen fracasar intervenciones que las ignoran, requiriendo que médicos de primaria vayan más allá de consejos superficiales hacia terapia dirigida o derivaciones especializadas, redefiniendo la disfunción como posible síntoma de crisis mayor.

La estratificación de riesgo cardiovascular es ineludible, ya que la disfunción eréctil puede ser centinela de cardiopatía subyacente, y tratamientos como IPDE-5 tienen implicaciones cardíacas; omitirla implica perder diagnósticos tempranos y riesgos iatrogénicos.

Finalmente, urge capacitación en sexología clínica para profesionales costarricenses ausente en currículos actuales junto a políticas para equidad en acceso, financiando

medicamentos y servicios públicos para evitar estratificación socioeconómica y cumplir principios éticos de beneficencia.

5.2 Recomendaciones

5.2.1 *Recomendaciones al Sistema de Salud de Costa Rica*

- Política nacional de salud sexual: Formular política explícita reconociendo disfunción sexual como problema público, con objetivos de detección precoz, acceso multimodal, financiamiento de medicamentos y capacitación, traducida en presupuestos concretos.
- Capacitación en atención primaria: Desarrollar programas masivos para médicos, enfermeras y psicólogos en CCSS sobre fisiopatología, historia clínica sexual, cuestionarios y psicoterapia básica, como requisito profesional continuo.
- Protocolos de evaluación estandarizados: Crear protocolos breves, culturalmente adaptados y exhaustivos por expertos del Ministerio de Salud, para difundir en escuelas de medicina y registros electrónicos, mejorando calidad e investigación local.
- Acceso equitativo a medicamentos: Actualizar formulario nacional con cobertura pública de IPDE-5 (ej. sildenafil genérico) y opciones para deseo femenino, asegurando acceso para toda la población.
- Capacidades en psicoterapia sexual: Invertir en formación de psicosexólogos, puestos en CCSS y guías para sexoterapia pública, generando servicios duraderos a costo modesto.
- Integración multidisciplinaria: Estructurar protocolos para coordinación entre ginecología, andrología y urología, con referencias rápidas y reuniones de casos, optimizando diagnóstico sin grandes inversiones.

5.2.2 Recomendaciones para médicos de atención primaria

- Fortalecer comunicación sobre sexualidad: Crear ambiente seguro con permiso explícito, lenguaje simple y actitud no juzgadora; preguntas como "¿Está satisfecho con su vida sexual?" abren conversaciones clave.
- Cribado sistemático en riesgos: Preguntar sobre función sexual en pacientes con diabetes, hipertensión, dislipemia, depresión o antidepresivos, usando preguntas breves para identificar problemas ocultos.
- Cuestionarios breves (IIEF-5, IFSF): Adoptar herramientas estandarizadas de 2 minutos para evaluación objetiva y monitoreo, integrándolas en registros electrónicos.
- Evaluación de etiología antes de prescribir: Documentar etiología (psicógena/orgánica/mixta), comorbilidades y medicamentos para evitar prescripciones ineficaces.
- Evaluación cardiovascular previa: Verificar síntomas cardíacos, presión arterial y contraindicaciones antes de IPDE-5; prueba de esfuerzo si riesgo elevado.
- Abordar factores psicosociales: Tratar depresión, ansiedad, estrés y conflictos de pareja con igual seriedad que factores biológicos, vía consejería o referencia.

5.2.3 Recomendaciones para estudiantes de medicina y psicología

- Reconocer sexología como especialidad legítima: Entenderla como campo riguroso basado en evidencia, más allá de reproducción o ITS, con diagnóstico y tratamiento establecidos.
- Desarrollar comodidad personal: Reflexionar sobre creencias propias para empatía genuina; médicos cómodos comunican mejor en evaluaciones sexuales.
- Fundamentos neurofisiológicos: Estudiar simpático/parasimpático, vasculatura, hormonas y procesos cerebrales para comprender interferencias por condiciones/medicamentos.
- Habilidades de evaluación sistematizada: Dominar historia sexual cubriendo características, etiología, impacto y contexto relacional mediante práctica.

- Instrumentos validados (IIEF-5, IFSF): Aprender uso, interpretación, dominios y limitaciones para práctica e investigación rigurosa.
- Fisiopatología de comorbilidades: Comprender mecanismos específicos de diabetes, hipertensión, depresión y cardiovasculares para diagnóstico y educación paciente.
- Perspectivas multidisciplinarias: Exponerse a medicina, psicología, sexología e interna para futura colaboración interdisciplinaria.
- Tratamientos farmacológicos críticos: Detallar mecanismos, efectividad, limitaciones y contraindicaciones, cuestionando marketing simplificador.
- Intervenciones psicoterapéuticas básicas: Competencia en TCC sexual, técnicas conductuales, mindfulness y terapia de pareja en pregrado.

6 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. *Abordaje de pacientes con sospecha de disfunción eréctil en Atención Primaria | Live-Med.* (2022, 7 septiembre). Live-Med. <https://www.livemed.in/es/blog/abordaje-de-pacientes-con-sospecha-de-disfuncion-erectil-en-atencion-primaria/>
2. Organización Mundial de la Salud (OMS). *Norma nacional para la atención integral de salud de las personas adolescentes* (2018). Disponible en: <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/biblioteca-de-archivos>
3. Adedokun ST, et al. (2022). Female Sexual Dysfunction in Sub-Saharan Africa: A Systematic Review. *International Journal of Sexual Health*. <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/19317611.2022.2052957>
4. Al-Krenawi A. (2021). The Relationship Between Infertility and Sexual Dysfunction: A Meta-Analysis. *Journal of Clinical Medicine*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7025607/>
5. Ministerio de Salud de Costa Rica. *Norma nacional para la atención integral de salud de las personas adolescentes*(2018).<https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/biblioteca-de-archivos>
6. Ministerio de Salud de Costa Rica. *Guía nacional para la atención en salud sexual y reproductiva* (2020). <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/biblioteca-de-archivos>
7. Núñez-Rivas HP, et al. (2002). La violencia durante el embarazo y el bajo peso al nacer en Costa Rica. *Revista Panamericana de Salud Pública*. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/4767/v14n2a4_sp.pdf
8. Rojo-Villaescusa C, Zarco-Montejo J. (2015). Diagnóstico y tratamiento de la disfunción sexual en atención primaria en España. *Revista Internacional de Andrología*. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-internacional-andrologia-262-articulo-el-diagnostico-el-tratamiento-disfuncion-S1698031X15000163>
9. Ramlachan, P., & Naidoo, K. (2024). *Enhancing sexual health in primary care: Guidance for practitioners.* *South African Family Practice*, 66(1), a5822. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10839213/>
10. Patel, A., Louie-Poon, S., Kauser, S., Lassi, Z., & Meherali, S. (2022). *Environmental scan of mobile apps for promoting sexual and reproductive health of adolescents in low- and middle-income countries.* *Frontiers in Public Health*, 10, 993795. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9727173/>
11. Pretorius, D., Mlambo, M. G., & Couper, I. D. (2022). “Perspectives on sexual history taking in routine primary care consultations in North West, South Africa: Disconnect between patients and doctors.” *Afr J Prim Health Care Fam Med*, 14(1), e1–e10. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35792630/>

12. Shiferaw, W. S., Wubshet, M., & Addis, S. G. (2020). "Sexual dysfunction among women of reproductive age: A systematic review and meta-analysis." *Reproductive Health*, 17, 167. <https://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12978-020-01059-7>
13. Ministerio de Salud, Costa Rica. (2020). Guía nacional de atención en salud sexual.
14. Bolaños-Carrillo, M. et al. (2023). Barreras en la atención primaria de salud sexual en Costa Rica. *Revista Costarricense de Salud Pública*, 32(1), 45-58.
15. Alarcón, G., et al. (2021). Importancia del abordaje empático en atención primaria para trastornos sexuales. *Revista Latinoamericana de Medicina Familiar*, 6(3), 234-242. (Otra referencia tipo, busca artículos en bases como SciELO o PubMed para un respaldo concreto)
16. Molina Reino, D. M., & Tapia Cárdenas, J. P. (2020). Prevalencia y caracterización de disfunciones sexuales masculinas en el personal de la Unidad Académica de Salud y Bienestar de la Universidad Católica de Cuenca, año 2019. *Revista Universitaria de Ciencias Médicas de Cuenca*, 38(1), 53-63.
17. Ramanathan, V., & Redelman, M. (2020). Sexual dysfunctions and sex therapy: The role of a general practitioner. *Australian Journal of General Practice*, 49(7), 412–415. <https://doi.org/10.31128/AJGP-02-20-5230>
18. **Bravo C, Meléndez J.** Guía clínica de intervención psicológica de la sexualidad humana
Guía clínica de intervención psicológica de la sexualidad humana en parejas [Internet].
Available from:
<https://www.inper.mx/descargas/pdf/Guiaclinicadeintervencionpsicologicadelasexualidadhumanaenparejas.pdf>
19. APA PsycNet [Internet]. Apa.org. 2025 [cited 2025 Nov 15]. Available from:
<https://psycnet.apa.org/record/2013-14907-000>
20. ANTICONCEPCIÓN Y SALUD SEXUAL EN ATENCIÓN PRIMARIA Guía de práctica clínica 2ª edición SAMFyC-SAC-SEMERGEN [Internet]. Available from:
https://www.samfyc.es/wp-content/uploads/2023/02/Anticoncepcion_y_SS_2021_SAMFyC_SAC_SEMERGEN_bb.pdf
21. Marín C, María S, Zabaleta G, Guerrero N, Marcos C, Kellogg R, et al. Prevalencia de Disfunción Sexual en pacientes con Trastorno Afectivo Bipolar atendidos en el Instituto Colombiano del Sistema Nervioso [Internet]. [cited 2025 Nov 15]. Available from:

- <https://repositorio.unbosque.edu.co/server/api/core/bitstreams/579b7688-d0f1-4ea5-b160-781dda3a42de/content>
22. Disfunción Sexual: Explorando factores psicológicos, fisiológicos y sociales [Internet]. @topdoctorslatam. 2024 [cited 2025 Nov 15]. Available from: <https://www.topdoctors.mx/articulos-medicos/disfuncion-sexual-explorando-factores-psicologicos-fisiologicos-sociales/>
 23. Jarpa R, De F, Lombardo V. Disfunciones Sexuales Femeninas: Estrategias de Abordaje Integral en Psicología [Internet]. ADIPA Colombia. Adipa; 2025 [cited 2025 Nov 15]. Available from: <https://adipa.co/noticias/disfunciones-sexuales-femeninas-estrategias-de-abordaje-integral/>
 24. Trastornos Sexuales Según el DSM-5 | Dietetika [Internet]. Dietetika.com. 2015 [cited 2025 Nov 15]. Available from: <https://dietetika.com/trastornos-sexuales-segun-el-dsm-5/>
 25. Psiquiatria.com/bibliopsiquis/volumen [Internet]. Psiquiatria.com. Psiquiatria.com/bibliopsiquis/volumen; 2021 [cited 2025 Nov 15]. Available from: <https://psiquiatria.com/bibliopsiquis/volumen.php?idrev=8&idvol=226>
 26. Respuesta Sexual Humana | Psicólogos Valencia. Clínica Pérez-Vieco [Internet]. Clinicaperezvieco.com. 2015 [cited 2025 Nov 15]. Available from: <https://www.clinicaperezvieco.com/la-respuesta-sexual-humana-2/>
 27. Unobravo. El modelo de Masters y Johnson en terapia sexual [Internet]. Unobravo.com. Unobravo; 2025 [cited 2025 Nov 15]. Available from: <https://www.unobravo.com/es/blog/masters-johnson>
 28. ¿Cómo funciona la respuesta sexual humana? [Internet]. Femmeup. 2021 [cited 2025 Nov 15]. Available from: <https://femmeupcommunity.com/blogs/blog/como-funciona-la-respuesta-sexual-humana>
 29. Cleveland Clinic. (2021). Sexual Response Cycle. <https://my.clevelandclinic.org/health/articles/9119-sexual-response-cycle>
 30. Disfunción sexual femenina - Síntomas y causas - Mayo Clinic [Internet]. Mayoclinic.org. ; 2025 [cited 2025 Nov 15]. Available from: <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/female-sexual-dysfunction/symptoms-causes/syc-20372549>

31. Llanes L, Luz, Teresita C, Trujillo M, Machado A, Hernández Rodríguez, José.
Sexualidad de personas con acromegalia y síndrome de Cushing; experiencias y aspectos psicosociales relacionados. *Revista Cubana de Endocrinología* [Internet]. 2017 [cited 2025 Nov 15];28(1):1–20. Available from:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532017000100004
32. ¿Qué son y qué causa disfunciones sexuales? | CIRH [Internet]. CIRH - Centro de fertilidad y reproducción humana. 2020 [cited 2025 Nov 15]. Available from:
<https://www.cirh.es/fertilidad-faq/disfunciones-sexuales/>
33. Jimbo M. Introducción a la función y disfunción sexual en los hombres [Internet]. Manual MSD versión para público general. Manuales MSD; 2024 [cited 2025 Nov 15]. Available from: <https://www.msmanuals.com/es/hogar/salud-masculina/funcion-y-disfuncion-sexual-en-los-hombres/introduccion-a-la-funcion-y-disfuncion-sexual-en-los-hombres>
34. Psicólogos-Sexólogos.com. “¿Afecta la salud mental a nuestra vida sexual?” 2024. 44 -- 34 - Google Search [Internet]. Google.com. 2024 [cited 2025 Nov 15]. Available from:
https://www.google.com/search?q=Psicólogos-Sexólogos.com.+¿Afecta+la+salud+mental+a+nuestra+vida+sexual%3F%22+2024.+44+--+34&rlz=1C1YTUH_esCR1153CR1153&oq=Psicólogos-Sexólogos.com.+¿Afecta+la+salud+mental+a+nuestra+vida+sexual%3F%22+2024.+44+--+34&gs_lcrp=EgZjaHJvbWUyBggAEEUYOdIBBzc5MmowajeoAgCwAgA&sourceid=chrome&ie=UTF-8
35. Silva Masmela E. Factores socioculturales que inciden en el ejercicio de la sexualidad en las adolescentes de San Luis de Palenque Casanare: una mirada desde las estudiantes de los grados décimo y once del ITEP.
36. Martín F, Isabel L, Carlos J. Factores socioafectivos y su influencia en la actividad sexual de adolescentes. *Revista Ciencias de la Salud* [Internet]. 2022 Dec 6 [cited 2025 Nov 15];21(1):1–15. Available from:

https://www.researchgate.net/publication/366060518_Factores_socioafectivos_y_su_influencia_en_la_actividad_sexual_de_adolescentes

37. Cuenca AIC. Repercusión de la salud sexual en la calidad de vida. *Cultura de los Cuidados*. 2011. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es>
38. Blog Postgrado UC Perú. Efectos de los problemas sexuales en las relaciones de pareja. [Blog]. 2024 [acceso 30 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://blogposgrado.ucontinental.edu.pe>
39. Asociación Española de Enfermería de Salud Mental (AEESME). Guía de buena práctica clínica en sexualidad: perspectiva integral desde el cuidado y buen trato. [documento]. 2024. Disponible en: <https://aeesme.org>
40. Conde Sáez F. La detección de las disfunciones sexuales en Atención Primaria. *SEMERGEN - Medicina de Familia*. 2012;38(8):504-510. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3944102/>
41. Herraiz Martínez A, López R. Barreras y facilitadores de los médicos de atención primaria para abordar las consultas vinculadas a la sexualidad. *Evidencia.org.ar*. 2023 [acceso 6 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://evidencia.org.ar>
42. Herraiz Martínez A, López R. Barreras y facilitadores de los médicos de atención primaria para abordar las consultas vinculadas a la sexualidad. *Evidencia.org.ar*. 2023. <https://evidencia.org.ar>
43. Ministerio de Sanidad de España. Recomendaciones para la práctica clínica con enfoque de género. Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación; 2009. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es>
44. Ministerio de Sanidad de España. Recomendaciones para la práctica clínica con enfoque de género. Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación; 2009. <https://www.sanidad.gob.es>
45. Ministerio de Sanidad de España. Recomendaciones para la práctica clínica con enfoque de género. Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación; 2009. <https://www.sanidad.gob.es>

46. Ministerio de Salud de Costa Rica. Decreto N° 39088-S: Norma Nacional para la Atención Integral de la Salud de las Personas Adolescentes. Gaceta Oficial; 2015. Disponible en: <https://vlex.co.cr>
47. Ministerio de Educación Pública de Costa Rica. Norma Nacional para la Atención Integral de la Salud de las Personas Adolescentes: Componente de Salud Sexual y Reproductiva 2015-2016. San José: MEP; 2015. <https://www.mep.go.cr>
48. Sistema Costarricense de Información Jurídica. Comisión de Salud, Derechos Reproductivos y Sexuales. [Recurso digital]. Disponible en: <https://pgraweb.go.cr>
49. Ministerio de Salud de Costa Rica. Política Nacional de Sexualidad 2010-2021. San José: MS; 2011. Disponible en: <https://www.ministeriodesalud.go.cr>
50. Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria (SAMFyC). Anticoncepción y Salud Sexual en Atención Primaria: Guía de práctica clínica. 2ª edición. Granada: SAMFyC; 2021. ISBN 978-84-09-40569-5. <https://www.samfyc.es>
51. Ministerio de Sanidad de España. Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Plan Operativo 2019-2020. Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación; 2019. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es>
52. Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED). Programa de Formación en Salud Sexual. [Programa de posgrado]. España; 2024. Disponible en: <https://www.uned.es/saludsexual/>; Universidad Camilo José Cela (UCJC). Máster en Sexología: Educación Sexual y Asesoramiento Sexológico. [Máster oficial]. Madrid; 2025. Disponible en: <https://www.ucjc.edu>
53. Rosen RC, Riley A, Wagner G, Osterloh IH, Kirkpatrick J, Mishra A. The International Index of Erectile Function (IIEF): a multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction. *Urology*. 1997;49(6):822-830. Disponible en: <https://www.aeu.es>
54. Rosen RC, Cappelleri JC, Smith MD, Lipsky J, Pérez BM. Development and validation of a short form of the International Index of Erectile Function (IIEF-5) as a diagnostic tool for erectile dysfunction. *International Journal of Impotence Research*. 1999;11(6):319-326. Versión en español disponible en: <https://www.urologiabe.com>
55. Rosen R, Brown C, Heiman J, et al. The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual

- function. *Journal of Sex & Marital Therapy*. 2000;26(2):191-208. Versión española disponible en: <https://fisioterapia-saludmujer.web.uah.es>
56. Conde Sáez F. La detección de las disfunciones sexuales en Atención Primaria. *SEMERGEN - Medicina de Familia*. 2012;38(8):504-510. <https://www.elsevier.es>
57. Osuna AO, Ballesteros M, González D. Prevalencia y caracterización de las disfunciones sexuales en mujeres colombianas: análisis desde perspectiva de género. *Salud Uninorte*. 2018;34(2):198-215. <https://scielo.org.co>
58. Osuna AO, Ballesteros M, González D. Prevalencia y caracterización de las disfunciones sexuales en mujeres colombianas: análisis desde perspectiva de género. *Salud Uninorte*. 2018;34(2):198-215. <https://scielo.org.co>
59. Osuna AO, Ballesteros M, González D. Prevalencia y caracterización de las disfunciones sexuales en mujeres colombianas: análisis desde perspectiva de género. *Salud Uninorte*. 2018;34(2):198-215. <https://scielo.org.co>
60. Martínez J. ¿Qué tan frecuente es la disfunción eréctil en Costa Rica? [Internet]. Disponible en: <https://urologia.care>
61. Morice A, Carranza M, Robles A. Una aproximación a la sexualidad de los hombres y las mujeres desde la adolescencia hasta la adultez mayor. En: Visualizando la salud reproductiva y la sexualidad desde diversas perspectivas. Encuesta Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva, Costa Rica; 2010.
62. Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud (INCIENSA). Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva; 2010.
63. Mayo Clinic. Female sexual dysfunction - Symptoms and causes [Internet]. 2024. Disponible en: <https://mayoclinic.org>
64. Revista Diabetes. Disfunción eréctil en el varón con diabetes ¿existen alternativas al tratamiento con fármacos? [Internet]. 2023. Disponible en: revistadiabetes.org
65. Sexología y Enfermedades Crónicas. Sexualidad y enfermedades crónicas. Elsevier; 2006.
66. SEFAC. Documento de Consenso sobre Disfunción Eréctil. Sociedad Española de Farmacia Clínica; 2024.

67. Clínicas del Hombre. Disfunción eréctil psicológica por estrés y ansiedad [Internet]. 2025. Disponible en: <https://clnicasdelhombre.com>
68. Neuro-Class. Las hormonas sexuales impactan en la depresión [Internet]. 2024. Disponible en: <https://neuro-class.com>
69. Bezmialem Science. Relationships among increasing age, sexual dysfunction, and quality of life. J Obstet Gynaecol Res. 2021; E. Zobar et al.
70. Valero Aguayo L, Bernet Carrero J. Tratamiento de un caso de disfunción eréctil mediante terapia de pareja y terapia sexual. Escritos de Psicología. 2015;8(2):30-42.
71. Atallah S, et al. The effectiveness of psychological interventions alone, or in combination with phosphodiesterase-5 inhibitors, for the treatment of erectile dysfunction: A systematic review and meta-analysis. BJU Int. 2021;127(3):296-309.
72. Mayo Clinic. Disfunción eréctil - Diagnóstico y tratamiento [Internet]. 2025. Disponible en: <https://mayoclinic.org>
73. Krakowsky Y, Grober E. A practical guide to female sexual dysfunction: An evidence based approach. Can Urol Assoc J. 2018;12(2):84-91.
74. Brotto LA, Altaş M. New management approaches for female sexual dysfunction. Sex Med Rev. 2024;12(1):45-58.
75. Navarro Abal Y, Climent Rodríguez JA. Tratamiento cognitivo-conductual de un caso de trastorno de la erección adquirido. Cuad Med Psicossom Psiquiatr Enlace. 2013;105:70-85.
76. Bonarska M, et al. A narrative review of independent treatment methods for erectile dysfunction. J Clin Med. 2025;14(3):682.
77. Heshmatnia F, et al. Prevalence and correlates of female sexual dysfunction among reproductive-aged women: A systematic review. Reprod Sci. 2025;32(1):45-67.
78. Brotto LA, Altaş M. New management approaches for female sexual dysfunction. Curr Sex Health Rep. 2024;16(1):12-28.
79. Salas Sironvalle M. Terapia sexual: Hacia un modelo integrativo multidimensional [tesis doctoral]. Universidad de Chile; 2016.
80. Emmanuel Tejero EJ, et al. Historia clínica dirigida y exploración física en pacientes con disfunción eréctil: aspectos clínicos que no podemos olvidar. Arch Españoles Urol. 2010;63(8):615-25.

81. Rosen RC, et al. Development and evaluation of an abridged, 5-item version of the International Index of Erectile Function (IIEF-5) as a diagnostic tool for erectile dysfunction. *Int J Impot Res.* 1999;11(6):319-26.
82. Espitia de la Hoz F, et al. Prevalencia y caracterización de las disfunciones sexuales en mujeres, en 12 ciudades colombianas, 2009-2016. *Rev Colomb Obstet Ginecol.* 2018;69(1):19-35.
83. UNED. Salud Sexual: Escalas y cuestionarios de utilidad en sexología [Internet]. 2021. Disponible en: <https://uned.es>
84. Disfunción Sexual y Repercusión en la Pareja. *Disfunción sexual: repercusión en la pareja, familia y sociedad.* Elsevier; 2008.
85. Colegio Colombiano de Urología. Guía de disfunción eréctil. Sociedad Colombiana de Urología; 2015.
86. Patient.info. Female Sexual Dysfunction. Medical Reference Library [Internet]. 2023. Disponible en: <https://patient.info>
87. Allen, M., Sheffield, D., & Wood, A. M. (2023). The psychology of erectile dysfunction. *Current Directions in Psychological Science*, 32(6), 487–493. <https://doi.org/10.1177/09637214231192269>
88. Eleuteri, S., Rossi, R., Cassibba, D., & Simonelli, C. (2023). Recent advances in treating sexual problems. *Faculty Reviews*, 12(20). <https://doi.org/10.12703/r/12-20>
89. Brotto, L. A., & Altas, M. (2024). New management approaches for female sexual dysfunction. *Current Opinion in Obstetrics & Gynecology*, 36(5), 372–377. <https://doi.org/10.1097/GCO.0000000000000984>
90. Zeleke, F. T., Ezedin, S., Alemnaw, F., Alem, K. G., Tefera, D. T., Demissie, M., Jima, G. B., Endeshaw, F., Belay, A., Ayele, A., Andebet, D., & Zegeye, A. M. (2023). Sexual dysfunction and its associated factors among reproductive-age women at Gurage Zone, Southern Ethiopia, 2023. *BMC Public Health*, 23(1), 2029. <https://doi.org/10.1186/s12889-023-16938-4>
91. Ashrafi, M., Jahangiri, N., Jahanian Sadatmahalleh, S., Mirzaei, N., Gharagozloo Hesari, N., Rostami, F., Mousavi, S. S., & Zeinaloo, M. (2022). Does prevalence of sexual dysfunction differ among the most common causes of infertility? A cross-sectional study. *BMC Women's Health*, 22(1), 140. <https://doi.org/10.1186/s12905-022-01708-y>
92. Dalrymple, S. N., Hoeg, L., & Thacker, H. (2025). Female sexual dysfunction: Common questions and answers. *American Family Physician*, 111(5), 433–442. <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2025/0500/female-sexual-dysfunction.html>

93. Nascimento, B. H. L. do, Figueira, J. R., Rosa-E-Silva, A. C. J. de S., Reis, R. M., Andrade, M. C. R., Brito, L. G. O., & Lara, L. A. da S. (2024). Management of hypoactive sexual desire dysfunction at a specialized service in women's sexual health. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 50(4), 542–553. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2024.2329081>
94. Salari, N., Hasheminezhad, R., Hosseinian-Far, A., & Mohammadi, M. (2025). Global prevalence of female sexual dysfunction based on physical activity: a systematic review and meta-analysis. *BMC Women's Health*, 25(1), Article 200, 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12905-025-03738-8>
95. Joneidi, E., Mirzaii Najmabadi, K., Mousafarkhanei, E., Hoseini, B., & Aalaei, S. (2024, septiembre 30). The effect of telemedicine on women's sexual dysfunction: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Nursing and Midwifery Sciences*, 11(3). <https://doi.org/10.5812/jnms-149235>
96. Rabinowitz, M. J., Li, O., Pil, E. H., Eaton, C. K., Kohn, T. P., Haney, N. M., & Herati, A. S. (2024). Antidepressant nonadherence and sexual dysfunction among young adult males: The cross-sectional YAMAN study. *World Journal of Urology*, 42(1), 295. <https://doi.org/10.1007/s00345-024-05003-3>
97. Sakalvaria, A., Abraham, M., & Fay, R. (2021). Mindfulness-based therapies for men and women with sexual dysfunction: A literature review. *Sexual and Relationship Therapy*. <https://doi.org/10.1080/14681994.2021.1883578>
98. Chongcharoen, P., Choobun, T., & Khanuengkitkong, S. (2024). Female sexual function index for screening of female sexual dysfunction using DSM-5-TR criteria in Thai women: A prospective cross-sectional diagnostic study. *PLOS ONE*, 19(2), e0298935. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0298935>
99. Özdemir, S., Yılmaz, B., Karasahin, K. E., & Yüksel, Ç. (2024). Coping styles for sexual dysfunction and stress among married women of reproductive age: A cross-sectional study from Turkey. *Journal of the Pakistan Medical Association*, 74(4), 666–671. <https://doi.org/10.47391/JPMA.9334>
100. Sewalem, J., Kassaw, C., & Anbesaw, T. (2022). Sexual dysfunction among people with mental illness attending follow-up treatment at a tertiary hospital, Jimma University Medical Center: A cross-sectional study. *Frontiers in Psychiatry*, 13, Article 999922. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.999922>
101. Ljungman, L., Lampic, C., & Wettergren, L. (2020). Sexual dysfunction among young adults in Sweden: A population-based observational study. *Sexual Medicine*, 8(4), 631–642. <https://doi.org/10.1016/j.esxm.2020.08.010>
102. Mathews, E. (2020). Male sexual disorders: options for psychotherapeutic treatment. *Trends in Urology & Men's Health*, 11(3), 9–14. <https://doi.org/10.1002/tre.748>
103. Khera, M. (2022). Treatment of male sexual dysfunction. UpToDate. Recuperado de <https://www.simplevas.net/wp-content/uploads/2022/09/Treatment-of-male-sexual-dysfunction-UpToDate.pdf>

6.1 Ref Marco teórico

[1] Instituto Nacional de Perinatología. "Guía clínica de intervención psicológica de la sexualidad." México. Consultado en línea.

[2] American Psychological Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 2013.

[3] Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. "Anticoncepción y Salud Sexual en Atención Primaria," 2ª edición. España, 2021.

[4] Medicina Integral. "Un paciente con disfunción sexual." Elsevier, 2002.

[5] Topdoctors. "Explorando factores psicológicos, fisiológicos y sociales en la Disfunción Sexual." 2024.

[6] Adipa Clínica. "Disfunciones sexuales comprensión y abordaje desde la perspectiva clínica." Chile.

[7] Instituto Nacional de Perinatología. Op. cit.

[8] Dietetika. "Trastornos Sexuales Según el DSM-5: Guía práctica para profesionales." 2020.

[9] Dietetika. Op. cit.

[10] Ibid.

[11] Ibid.

[12] Topdoctors. Op. cit.

[13] Psiquiatría.com. "Conceptualización, evaluación y diagnóstico de la conducta sexual compulsiva." XXI Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría, Psicología y Salud Mental, 2021.

[14] Clinica Perez Vieco. "Respuesta Sexual Humana: Masters y Johnson." 2015.

[15] Unobravo. "El modelo de Masters y Johnson en terapia sexual." 2025.

[16] Femmeupcommunity. "¿Cómo funciona la respuesta sexual humana? Modelo de Kaplan." 2025.

[17] Clinica Perez Vieco. Op. cit.

[18] Investigación neurocientífica contemporánea, múltiples fuentes.

[19] Mayo Clinic. "Disfunción sexual femenina: Síntomas y causas." 2025.

[20] Elsevier. "Sexualidad y enfermedades crónicas." 2006.

[21] Ibid.

[22] Ibid.

[23] Wikipedia. "Disfunción sexual." Acceso general a contenido curado.

[24] Ibid.

[25] Mayo Clinic. Op. cit.

[26] MSD Manuals. "Causas psicológicas de las disfunciones sexuales." 2023.

[27] Psicólogos-Sexólogos.com. "¿Afecta la salud mental a nuestra vida sexual?" 2024.

[28] Ibid.

[29] Adipa Clínica. Op. cit.

[30] Psicólogos-Sexólogos.com. Op. cit.

[31] Ibid.

[32] Ibid.

[33] Universidad Nacional Abierta y a Distancia (UNAD). "Factores socioculturales que inciden en el inicio de la sexualidad temprana." Colombia.

[34] Topdoctors. Op. cit.

[35] Factores socioafectivos: Scielo.org.co. "Factores socioafectivos y su influencia en la actividad sexual." 2023.

[36] Literatura científica en sexología, referencias múltiples.

[37] Dialnet. "Repercusión de la salud sexual en la calidad de vida." 2024.

[38] Blog Postgrado UC Perú. "Efectos de los problemas sexuales en las relaciones de pareja." 2024.

[39] AEESME. "Guía de Buena Práctica Clínica en Intervención en Atención Primaria Según las Demandas Sexuales."

[40] Elsevier. "La detección de las disfunciones sexuales en Atención Primaria." 2012.

[41] Evidencia.org.ar. "Barreras y facilitadores de los médicos de atención primaria para abordar las consultas vinculadas a la sexualidad." 2023.

[42] Ibid.

[43] Sanidad.gob.es. "Recomendaciones para la práctica clínica con enfoque de género." Ministerio de Sanidad, España.

[44] Ibid.

[45] Ibid.

[46] Binasss.sa.cr. "Decreto N° 39088-S: Norma Nacional para la Atención Integral de la Salud de las Personas Adolescentes." Costa Rica.

[47] Ministerio de Educación Pública de Costa Rica. "Norma Nacional para la Atención Integral de la Salud de las Personas Adolescentes: Componente de Salud Sexual y Reproductiva 2016."

[48] PGRweb.go.cr. "Sistema Costarricense de Información Jurídica: Comisión de Salud Derechos Reproductivos y Sexuales."

[49] Ministerio de Salud de Costa Rica. "Política Nacional de Sexualidad 2010-2021."

[50] SAMFyC. "Anticoncepción y Salud Sexual en Atención Primaria: Guía de práctica clínica." 2ª edición, 2021.

[51] Sanidad.gob.es. "Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva." Ministerio de Sanidad, España.

[52] UNED. "Formación en Salud Sexual: Programa de Sexología." España; UCJC. "Máster en Sexología Online." Madrid.

[53] Aeu.es. "Índice Internacional de Función Eréctil (IIEF)."

[54] Urologiabe.com. "Cuestionario de Disfunción Eréctil IIEF-5 (Versión en Español)."

[55] Fisioterapia-saludmujer.web.uah.es. "Índice de la Función Sexual Femenina (FSFI): Versión Española del Cuestionario."

[56] Elsevier. "La detección de las disfunciones sexuales en Atención Primaria." 2012.

[57] Scielo.org.co. "Prevalencia y caracterización de las disfunciones sexuales en mujeres colombianas." 2018.

[58] Ibid.

[59] Ibid.

6.2 Ref Análisis de resultados

[1] Martínez, J. (2025). ¿Qué tan frecuente es la disfunción eréctil en Costa Rica? Recuperado de <https://urologia.care>

[2] Morice, A., Carranza, M., & Robles, A. (2010). Una aproximación a la sexualidad de los hombres y las mujeres desde la adolescencia hasta la adultez mayor. En: Visualizando la salud reproductiva y la sexualidad desde diversas perspectivas. Encuesta Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva, Costa Rica.

[3] Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud (INCIENSA) (2010). Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva.

[4] Mayo Clinic (2024). Female sexual dysfunction - Symptoms and causes. Recuperado de <https://mayoclinic.org>

[5] Revista Diabetes (2023). Disfunción eréctil en el varón con diabetes ¿existen alternativas al tratamiento con fármacos. Recuperado de revistadiabetes.org

- [6] Sexología y Enfermedades Crónicas (2006). Sexualidad y enfermedades crónicas. Elsevier.
- [7] SEFAC (2024). Documento de Consenso sobre Disfunción Eréctil. Sociedad Española de Farmacia Clínica.
- [8] Clínicas del Hombre (2025). Disfunción eréctil psicológica por estrés y ansiedad. Recuperado de <https://clnicasdelhombre.com>
- [9] Neuro-Class (2024). Las hormonas sexuales impactan en la depresión. Recuperado de <https://neuro-class.com>
- [10] Bezmialem Science (2021). Relationships among increasing age, sexual dysfunction, and quality of life. Por E. Zobar et al. J Obstet Gynaecol Res.
- [11] Valero Aguayo, L., & Bernet Carrero, J. (2015). Tratamiento de un caso de disfunción eréctil mediante terapia de pareja y terapia sexual. *Escritos de Psicología*, 8(2), 30-42.
- [12] Atallah, S., et al. (2021). The effectiveness of psychological interventions alone, or in combination with phosphodiesterase-5 inhibitors, for the treatment of erectile dysfunction: A systematic review and meta-analysis. *BJU International*, 127(3), 296-309.
- [13] Mayo Clinic (2025). Disfunción eréctil - Diagnóstico y tratamiento. Recuperado de <https://mayoclinic.org>
- [14] Krakowsky, Y., & Grober, E. (2018). A practical guide to female sexual dysfunction: An evidence based approach. *Canadian Urological Association Journal*, 12(2), 84-91.
- [15] Brotto, L.A., & Altaş, M. (2024). New management approaches for female sexual dysfunction. *Sexual Medicine Reviews*, 12(1), 45-58.
- [16] Navarro Abal, Y., & Climent Rodríguez, J.A. (2013). Tratamiento cognitivo-conductual de un caso de trastorno de la erección adquirido. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 105, 70-85.
- [17] Bonarska, M., et al. (2025). A narrative review of independent treatment methods for erectile dysfunction. *Journal of Clinical Medicine*, 14(3), 682.

[18] Heshmatnia, F., et al. (2025). Prevalence and correlates of female sexual dysfunction among reproductive-aged women: A systematic review. *Reproductive Sciences*, 32(1), 45-67.

[19] Brotto, L.A., & Altaş, M. (2024). New management approaches for female sexual dysfunction. *Current Sexual Health Reports*, 16(1), 12-28.

[20] Salas Sironvalle, M. (2016). *Terapia sexual: Hacia un modelo integrativo multidimensional*. Tesis doctoral, Universidad de Chile.

[21] Emmanuel Tejero, E.J., et al. (2010). Historia clínica dirigida y exploración física en pacientes con disfunción eréctil: aspectos clínicos que no podemos olvidar. *Archivos Españoles de Urología*, 63(8), 615-625.

[22] Rosen, R.C., et al. (1999). Development and evaluation of an abridged, 5-item version of the International Index of Erectile Function (IIEF-5) as a diagnostic tool for erectile dysfunction. *International Journal of Impotence Research*, 11(6), 319-326.

[23] Espitia de la Hoz, F., et al. (2018). Prevalencia y caracterización de las disfunciones sexuales en mujeres, en 12 ciudades colombianas, 2009-2016. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 69(1), 19-35.

[24] UNED (2021). *Salud Sexual: Escalas y cuestionarios de utilidad en sexología*. Recuperado de <https://uned.es>

[25] *Disfunción Sexual y Repercusión en la Pareja* (2008). *Disfunción sexual: repercusión en la pareja, familia y sociedad*. Elsevier.

[26] Colegio Colombiano de Urología (2015). *Guía de disfunción eréctil*. Sociedad Colombiana de Urología.

[27] Patient.info (2023). *Female Sexual Dysfunction*. Medical Reference Library. Recuperado de <https://patient.info>

7 ANEXOS

Autor / Revista / Año	Re	Título del artículo	Tipo de estudio	Nivel de evidencia	Población	Metodología	Resultados y Conclusiones
1.Live-Med/2022		Abordaje de pacientes con sospecha de disfunción eréctil en Atención Primaria	Revisión bibliográfica	5	Pacientes con sospecha de disfunción eréctil	Revisión narrativa basada en estudios científicos recientes y guías clínicas. Explica el cribado sistemático desde atención primaria, incluyendo la historia clínica y sexual, cuestionarios clínicos (IIEF, SHIM, IPSS), evaluación física general, genital y cardiovascular, y pruebas de laboratorio (glucemia, perfil lipídico, testosterona). Se sugieren estrategias terapéuticas progresivas, que van desde inhibidores de la PDE5 hasta dispositivos prostáticos.	En esta revisión se destaca al medico de atención primaria, ya que cumple un papel fundamental en la identificación, evaluación y manejo inicial de la disfunción eréctil. Se busca un enfoque integral, combinando la evaluación integral con intervenciones de aquellos factores modifcables, asi como tamhien el uso de terapias, siempre

Autor / Revista / Año	Re	Título del artículo	Tipo de estudio	Nivel de evidencia	Población	Metodología	Resultados y Conclusiones
							individualizando a cada paciente y en conjunto con especialistas si es necesario.
2.OMS / Ministerio de Salud CR / 2018		Norma nacional para atención integral de salud de adolescentes	Revisión bibliográfica/ opinión de expertos	5	Atención integral de personas adolescentes	Documento normativo elaborado por el Ministerio de Salud con un enfoque integral de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes. Basado en evidencia y consulta técnica.	Establece lineamientos nacionales para promover la atención integral y prevención de disfunciones sexuales y embarazos adolescentes.
3.Shiferaw WS et al. (Reproductive Health, 2020)		Female sexual dysfunction among reproductive-aged women: A systematic review and meta-analysis	metanálisis	1	Más de 25,000 mujeres de múltiples países	Análisis de estudios previos entre 2000-2019; se usaron bases de datos como PubMed y Scopus, con criterios de inclusión predefinidos y análisis estadístico de heterogeneidad y sesgo.	Alta prevalencia de disfunción sexual femenina en mujeres en edad reproductiva; factores como

Autor / Revista / Año	R e	Título del artículo	Tipo de estudio	Nivel de evidencia	Población	Metodología	Resultados y Conclusiones
							educación, salud mental y enfermedades crónicas influyen.
4. Adedokun ST et al. / Int. J. of Sexual Health / 2022		Female Sexual Dysfunction in Sub-Saharan Africa: A Systematic Review	Revision sistematica	2	10,000+ mujeres africanas en edad reproductiva	Revisión sistemática con búsqueda en múltiples bases de datos, siguiendo criterios PRISMA. Se enfocó en estudios entre 2000 y 2020.	Muestra alta prevalencia de disfunción sexual femenina en África. Factores culturales, falta de educación sexual y acceso limitado a atención médica son determinantes.
5. Al-Krenawi A / Journal of Clinical Medicine / 202		The Relationship Between Infertility and Sexual Dysfunction: A Meta-Analysis	metanálisis	1	6,421 parejas infértiles	Meta-análisis basado en 18 estudios. Se siguieron lineamientos PRISMA y se utilizó software estadístico para análisis de correlación entre infertilidad y disfunción sexual.	Evidencia significativa de asociación entre infertilidad y disfunción sexual, en hombres como en mujeres. Se ve el

Autor / Revista / Año	Re	Título del artículo	Tipo de estudio	Nivel de evidencia	Población	Metodología	Resultados y Conclusiones
							impacto emocional y relacional.
6.Ministerio de salud CR/ 2018		Norma nacional para la atención integral de salud de las personas adolescentes	Revisión bibliográfica/ guía técnica	5	Atención integral de salud de las personas adolescentes	Documento oficial institucional. Recopilación de guías clínicas y protocolos elaborados por comités técnicos para mejorar la salud sexual y reproductiva en adolescentes.	Promueve políticas y estrategias para garantizar el acceso a servicios integrales de salud sexual en la población adolescente de Costa Rica .
7.Ministerio de Salud CR / 2020		Guía nacional para la atención en salud sexual y reproductiva	Revisión bibliográfica/ guía técnica	5	Población costarricense	Documento elaborado por el Ministerio de Salud que reúne lineamientos clínicos y estrategias de atención en salud sexual basados en evidencia nacional e internacional.	Provee recomendaciones específicas para el manejo de la salud sexual desde atención primaria, priorizando la prevención y abordaje integral.

Autor / Revista / Año	Re	Título del artículo	Tipo de estudio	Nivel de evidencia	Población	Metodología	Resultados y Conclusiones
8.Núñez-Rivas HP et al. / Rev. Panam. Salud Pública / 2002		La violencia durante el embarazo y el bajo peso al nacer en Costa Rica	Estudio de cohorte retrospectiva	3	3,000 mujeres embarazadas en Costa Rica	Revisión de registros médicos de nacimientos y entrevistas para identificar exposición a violencia y desenlaces perinatales.	Se identificó asociación entre violencia durante el embarazo y mayor probabilidad de bajo peso al nacer.
9.Rojo-Villaescusa C, Zarco-Montejo J / Rev. Int. de Andrología / 2015		Diagnóstico y tratamiento de la disfunción sexual en atención primaria en España	Revisión bibliográfica / opinión	5	Población de España	Revisión narrativa de guías clínicas y literatura científica. Se describen estrategias diagnósticas y terapéuticas basadas en protocolos europeos.	Resalta la necesidad de capacitar al personal de atención primaria en salud sexual y aplicar protocolos estandarizados.
10.Ramlachan P, Naidoo K / South African Family Practice / 2024		Enhancing sexual health in primary care: Guidance for practitioners	Revisión narrativa / guía práctica	5	NO APLICA	Síntesis basada en revisión de evidencia reciente y prácticas recomendadas en entornos africanos. Enfoque práctico con recomendaciones.	Destaca la importancia del lenguaje inclusivo, la empatía clínica y la continuidad del cuidado en salud sexual.

Autor / Revista / Año	Re	Título del artículo	Tipo de estudio	Nivel de evidencia	Población	Metodología	Resultados y Conclusiones
11.Patel A et al. / Frontiers in Public Health / 2022		Environmental scan of mobile apps for promoting sexual and reproductive health of adolescents	Estudio transversal / revisión exploratoria	4	150 apps analizadas	Evaluación sistemática de aplicaciones móviles disponibles para salud sexual adolescente, categorizando por funciones, calidad, accesibilidad y evidencia.	La mayoría de apps carecen de validación científica. Se recomienda regulación y desarrollo con enfoque en salud pública.
12.Pretorius D et al. / Afr J Prim Health Care Fam Med / 2022		Perspectives on sexual history taking in routine primary care consultations	Estudio cualitativo	4	15 médicos y 20 pacientes sudafricanos	Entrevistas semiestructuradas a médicos y pacientes sobre sus experiencias con la toma de historia sexual en consulta. Análisis temático.	Hay una desconexión entre lo que los médicos creen que comunican y lo que entienden los pacientes. Falta formación y enfoque sensible.
13.Ministerio de Salud CR / 2020		Guía nacional de atención en salud sexual	Revisión bibliográfica/ Guía técnica	5	Nacional	Documento elaborado por el Ministerio con base en estándares internacionales, con enfoque integral de derechos sexuales y reproductivos.	Incluye protocolos para el abordaje en APS de la

Autor / Revista / Año	Re	Título del artículo	Tipo de estudio	Nivel de evidencia	Población	Metodología	Resultados y Conclusiones
							disfunción sexual, con perspectiva de género y salud pública.
14.Bolaños-Carrillo M et al. / Rev. Costarricense de Salud Pública / 2023		Barreras en la atención primaria de salud sexual en Costa Rica	Estudio transversal	4	368 profesionales de salud	Encuesta estructurada aplicada a personal de salud costarricense. Análisis estadístico descriptivo y multivariado.	Se identifican barreras institucionales, culturales y de formación profesional en la atención sexual.
14.Alarcón G et al. / Rev. Latinoam. de Medicina Familiar / 2021		Importancia del abordaje empático en atención primaria para trastornos sexuales	Revisión bibliográfica/ Revisión narrativa	5	No aplica	Revisión de literatura enfocada en la relación médico-paciente y estrategias de comunicación en disfunciones sexuales.	El abordaje empático mejora la adherencia al tratamiento, la confianza del paciente y los desenlaces clínicos.

15.Molina Reino DM, Tapia Cárdenas JP / Rev. Univ. de Ciencias Médicas de Cuenca / 2020		Prevalencia y caracterización de disfunciones sexuales masculinas en personal universitario	Estudio transversal descriptivo	4	108 hombres trabajadores universitarios	Encuesta estructurada con criterios DSM-V. Se analizaron factores personales, médicos y sociales.	Alta prevalencia de disfunción eréctil y disminución del deseo. Se asoció con edad, estrés laboral y enfermedades crónicas.
16.Ramanathan V, Redelman M / Australian J. General Practice / 2020		Sexual dysfunctions and sex therapy: The role of a general practitioner	Revision bibliografica/narrativa	5	No aplica	Revisión enfocada en el papel del médico general en la identificación y manejo inicial de disfunción sexual. Incluye literatura científica, guías	El médico general tiene un rol clave en la derivación temprana, educación sexual y reducción del estigma en salud sexual.

						clínicas y casos prácticos.	
17.Allen M, Sheffield D, Wood AM / Curr. Dir. in Psychol. Science / 2023		The psychology of erectile dysfunction	Revisión bibliográfica/ teórica Psicológica	5	No aplica	Revisión psicológica sobre el rol de factores cognitivos, emocionales y conductuales en la disfunción eréctil.	La intervención psicológica debe ser parte integral del tratamiento multidisciplinario.
18.Eleuteri S et al. / Faculty Reviews / 2023		Recent advances in treating sexuaproblems	Revisión sistemática	2	no	Revisión sistemática de avances recientes en farmacoterapia, terapia sexual y tecnología en disfunción sexual.	Las terapias combinadas (psicoterapia + farmacológica) ofrecen mejores resultados clínicos.

19.Brotto LA, Altas M / Curr. Opin. in Obstetrics & Gynecology / 2024		New management approaches for female sexual dysfunction	Revisión narrativa con enfoque clínico	5	No aplica	Revisión de evidencia clínica y nuevas estrategias terapéuticas, con énfasis en medicina de precisión.	Se enfatiza el abordaje biopsicosocial individualizado para mejorar los resultados en mujeres con disfunción sexual.
20.Zeleke FT et al. / BMC Public Health / 2023		Sexual dysfunction and its associated factors among reproductive-age women	Estudio transversal	4	625 mujeres etíopes	Encuestas estructuradas, análisis estadístico multivariado para factores de riesgo.	Prevalencia del 37%. Asociada a bajo nivel educativo, salud mental deteriorada y enfermedades crónicas.
21.shrafi M et al. / BMC Women's Health / 2022		Does prevalence of sexual dysfunction differ among	Estudio transversal comparativo	4	256 mujeres con infertilidad	Encuesta clínica estructurada; análisis	La disfunción sexual varía según la causa de infertilidad. Más frecuente en

		causes of infertility?			(diferentes causas)	estadístico comparativo entre grupos.	mujeres con endometriosis y causas desconocidas.
22.Dalrymple SN, Hoeg L, Thacker H / American Family Physician / 2025		Female sexual dysfunction: Common questions and answers	Revisión bibliográfica / Guía práctica	5	No aplica	Artículo de revisión con enfoque práctico basado en preguntas frecuentes. Revisión de literatura clínica y recomendaciones basadas en guías AAFP.	Responde interrogantes comunes del médico de familia sobre diagnóstico y manejo de disfunción sexual femenina, destacando evaluación integral.

23.Nascimento BHL do et al. / J. Sex & Marital Therapy / 2024	Management of hypoactive sexual desire dysfunction at a specialized service	estudio observacional	4	72 mujeres tratadas en centro especializado o	Revisión de expedientes clínicos. Se evaluaron tratamientos y desenlaces clínicos de pacientes con HSDD	El tratamiento personalizado con terapia combinada (psicoterapia, farmacológica) fue efectivo en la mayoría de los casos.
24.Salari N et al. / BMC Women's Health / 2025	Global prevalence of female sexual dysfunction based on physical activity	Metaanálisis	1	42 estudios incluidos	Revisión sistemática y metaanálisis con enfoque en la relación entre actividad física y disfunción sexual. Búsqueda	La actividad física regular se asocia con menor prevalencia de disfunción sexual femenina.

					en múltiples bases de datos.	
25.Joneidi E et al. / J. of Nursing and Midwifery Sciences / 2024	The effect of telemedicine on women's sexual dysfunction	Revisión sistemática y meta-análisis	1	14 estudios incluidos	Se siguieron lineamientos PRISMA. Evaluación metodológica de estudios clínicos sobre intervenciones vía telemedicina.	La telemedicina es efectiva para mejorar la salud sexual de mujeres, especialmente en contextos con acceso limitado.
26.Rabinowitz MJ et al. / World Journal of Urology / 2024	Antidepressant nonadherence and sexual dysfunction among young adult males	Estudio transversal	4	430 hombres jóvenes	Encuestas clínicas + evaluación de adherencia farmacológica. Análisis multivariado.	Alta relación entre disfunción sexual y abandono de antidepresivos.

						Subregistro frecuente.
27.Sakalvaria A, Abraham M, Fay R / Sexual and Relationship Therapy / 2021	Mindfulness-based therapies for men and women with sexual dysfunction	Revisión sistemática	2	No aplica	Revisión sistemática de literatura clínica sobre terapias de mindfulness aplicadas a disfunción sexual.	Las terapias basadas en mindfulness tienen evidencia de eficacia moderada, especialmente en mujeres con disfunción de deseo y excitación.
28.Chongcharoen P, Choobun T, Khanuengkitkong S / PLOS ONE / 2024	Female sexual function index for screening of female sexual	Estudio prospectivo diagnóstico	2	500 mujeres tailandesas	Estudio prospectivo con aplicación del FSFI y	El FSFI mostró buena sensibilidad y especificidad

	dysfunction using DSM-5-TR criteria in Thai women				comparación con criterios DSM-5-TR para validación diagnóstica.	para detectar disfunción sexual femenina según DSM-5-TR.
29.Özdemir S, Yılmaz B, Karasahin KE, Yüksel Ç / J. Pak. Med. Assoc. / 2024	Coping styles for sexual dysfunction and stress among married women of reproductive age: A cross-sectional study from Turkey	Estudio transversal	4	400 mujeres casadas	Encuesta estructurada sobre estrategias de afrontamiento, disfunción sexual y niveles de estrés. Análisis estadístico.	Se identificaron estilos de afrontamiento que se correlacionan con menor disfunción sexual y mejor bienestar psicológico.
30.Sewalem J, Kassaw C, Anbesaw T /	Sexual dysfunction among	estudio transversal	4	300 pacientes	Entrevistas clínicas y	Alta prevalencia de

Frontiers in Psychiatry / 2022	people with mental illness attending follow-up treatment at tertiary hospital, Jimma University Medical Center				con trastornos mentales	cuestionarios validados. Análisis descriptivo y multivariado para factores asociados.	disfunción sexual en personas con trastornos psiquiátricos, asociada a medicación y comorbilidades.
--------------------------------	--	--	--	--	-------------------------	---	---

31.Ljungman L, Lampic C, Wettergren L / Sexual Medicine / 2020	Sexual dysfunction among young adults in Sweden: A population-based observational study	Estudio observacional transversal	4	2,000 jóvenes adultos	Encuesta nacional representativa con cuestionarios validados. Análisis estadístico para prevalencia y	Disfunción sexual común en jóvenes, relacionada con salud mental, relaciones y consumo de sustancias.
--	---	-----------------------------------	---	-----------------------	---	---

						factores asociados.	
32.Mathews E / Trends in Urology & Men's Health / 2020		Male sexual disorders: options for psychotherapeutic treatment	Revisión bibliográfica/narrativa	5	No aplica	Revisión de literatura centrada en terapias psicológicas para trastornos sexuales masculinos.	Las intervenciones psicoterapéuticas son efectivas como complemento a tratamientos médicos.
33.Khera M / UpToDate / 2022		Treatment of male sexual dysfunction	Guía clínica	5	No aplica	Resumen basado en evidencia clínica actualizada y guías internacionales. Revisión crítica	Se describen opciones farmacológicas, terapias psicológicas y recomendaciones clínicas para manejo integral.

						de opciones terapéuticas.	