

ALTERACIONES PSICOLÓGICAS EN PACIENTES CON DISFUNCIONES SEXUALES. POLICLÍNICO RAMÓN MARTEL SANTA MARTA

Lic. Viviana Pérez Delgado¹, Dr. Pedro Miguel Morejón Morejón² Dr. Joel Albelo Santos³

*1. Policlínico “Ramón Martel”, Santa Marta, Cárdenas Matanzas,
Cuba.*

*2. Policlínico “Ramón Martel”, Santa Marta, Cárdenas Matanzas,
Cuba.*

*3. Policlínico “Ramón Martel”, Santa Marta, Cárdenas,
Matanzas, Cuba*

Resumen.

La siguiente publicación está encaminada a realizar un estudio descriptivo de corte transversal a 18 de los pacientes diagnosticados con disfunciones sexuales por causas psicológicas en la localidad de Santa Marta durante el período de tiempo de enero-Julio 2014, con el propósito de identificar y caracterizar las alteraciones psicológicas presentes en estos pacientes con disfunciones sexuales.

En la investigación se utilizaron métodos científicos como: observación, entrevista y técnicas psicológicas, así como las técnicas: Jerarquía Motivacional (10 deseos), Completamiento de frases (J. Rotter), Composición: Mis principales conflictos y frustraciones respecto a mi intimidad y la metódica: Escala de Autovaloración Dembo-Rubinstein, Inventario de Autoestima, Inventario de ansiedad (Estado-Rasgo) Idare, Inventario de Beck.

Se describen los resultados de la investigación los que fueron procesados de forma automatizada.

Los motivos tienen gran carga emocional, repercutiendo significativamente en su vida. Sus intereses sexuales opacan el desarrollando adecuado de las demás áreas de la personalidad, movilizándolo esta en torno a la dificultad sexual, presentan una autoestima baja y una autovaloración inadecuada con tendencia a la subvaloración, y sobrevaloración. Presentándose alteraciones del sentido de la relación sexual. Con altos niveles de ansiedad y depresión.

***Palabras claves:** Psicológicas; disfunciones sexuales*

Introducción.

La sexualidad es un tema que ha despertado interés de hombres de toda época. El desarrollo de la sexualidad humana es un proceso complejo que tiene forma de expresiones muy particulares en cada una de las etapas de la vida del hombre. Requiere por tanto una atención esmerada, específica y directa, nunca debe dejarse a la espontaneidad, ni inmersa en los múltiples aspectos que intervienen en la formación de la personalidad, pues de ser así pudiera correr el riesgo de pasar inadvertida, como pérdida en el conjunto de objetivos a alcanzar, entre los que sobresalen la promoción de nuevos valores, intereses y necesidades.

La sexualidad no es en modo alguno lo más importante de nuestra vida. Pero si le damos rienda suelta, esta opacará fácilmente otros contenidos de nuestra existencia, trayendo consigo más inconvenientes que felicidad. Su importancia para el bienestar varía de persona a persona según las necesidades individuales. Actualmente vivimos momentos de una transformación cada vez más extensa y profunda en las actitudes y en las conductas relacionadas con el sexo, lo cual ha implicado, sino un incremento real, al menos una mayor preocupación y manifestación de los problemas, o disfunciones sexuales.

*CD de Monografías 2014
(c) 2014, Universidad de Matanzas
Filial "Camilo Cienfuegos"*

En el presente trabajo se abordara diferentes tipos de disfunciones sexuales que pueden aparecer en ambos miembros de la pareja, los cuales rara vez están conscientes de las causa de su fracaso pues al llevar la vida en común, de todos los días, esto requiere de ambos una adaptación que no es ciega, sino llena de comprensión, donde la pareja forma una unidad y dos individualidades, pues cada uno conserva lo mejor de sí para ser más rica y completa esa unión. En la actualidad se trata por todos los medios de conservar y restablecer la salud de las personas de modo que sientan la alegría de vivir y que puedan acometer con ese estado de ánimo sus tareas cotidianas.

Partiendo del concepto que ofrece la Organización Mundial de la Salud (OMS): “La salud sexual es una integración de lo somático, lo emocional, lo intelectual y los aspectos sociales del ser sexual, en formas que son positivamente enriquecedoras y que mejoran la personalidad, la comunicación y el amor”.

Las disfunciones sexuales son un tema del mayor interés desde el punto de vista de la salud y del bienestar general. De otro modo, la disfunción sexual determina en forma importante la calidad de vida, la autoestima; y afecta directamente al paciente y a su pareja. Partiendo de que la sexualidad constituye una construcción psicológica de la personalidad como resultado de la interacción de características congénitas, circunstancias ambientales y fenómenos sociales en los cuales el individuo se desenvuelve, habría que abordarla con un enfoque multidisciplinario, sistémico y holístico. Se han realizado estudios sobre este tema en nuestro país entre los que podemos mencionar el trabajo realizado en el Hospital Militar Central “Carlos J. Finlay ”donde funciona una consulta multidisciplinaria que atiende a todo paciente que considere presentar algún tipo de disfunción sexual. El departamento de investigaciones especiales recibe de dicha consulta estos pacientes para realizarles estudios psicológicos y fisiológicos. De los casos estudiados vale señalar el trabajo realizado con 60 sujetos con disfunción sexual predominantemente psicógena con el objetivo de determinar indicadores de estrés, que pudieran estar relacionados con la disfunción sexual actual: Ansiedad, como estado y rasgo y demás pruebas. El tratamiento de la disfunción sexual a menudo significa atender a un problema psicológico subyacente como la ansiedad, depresión, trauma, o pérdida de función nerviosa.

Las disfunciones sexuales pueden llevar a la destrucción del individuo, caracterizándose por pérdida de la autoestima, autovaloración inadecuada afectación del rendimiento profesional, de la autoimagen, de los vínculos de pareja, del erotismo, pérdida de la confianza en sí mismo, sentimientos de inferioridad, en fin de la calidad de vida y constituye por tanto un importante problema de salud.

La idea de investigar este tema parte del interés de realizar una caracterización de las alteraciones psicológicas de los sujetos con disfunciones sexuales que asistieron a la consulta de Psicología de nuestro municipio, ya que las disfunciones sexuales son tratables en la mayoría de los casos y si bien no es una condición amenazante para la vida, aún siendo severa, puede tener un gran impacto en la autoestima de los pacientes y en sus relaciones de pareja constituyendo un problema que incide en las áreas más importantes de

la vida del individuo, y la ayuda que se le pueda brindar mejorara tanto su salud y su calidad de vida como sus relaciones familiares, sociales, laborales y sobretodo de pareja.

Para esto se seleccionaron los 18 pacientes que asistieron durante el período de enero-Julio de 2014 a la consulta de psicología municipal y que tenían diagnóstico de DS.

Desarrollo

Consideraciones teóricas sobre las disfunciones sexuales.

A lo largo de la historia, las distintas culturas que han poblado el planeta han considerado las disfunciones sexuales de manera distinta. El estudio de la sexualidad se remonta a la época antigua, en esta etapa solo se disponía de datos muy limitados sobre la descripción de la conducta y actitud sexual en diversos pueblos. En ese momento se consideraba a la mujer como una pertenencia personal, destinada a proporcionar placer sexual y a funciones de reproducción. Los hombres tenían derecho a gozar de relaciones sexuales con muchas mujeres, la prostitución se hallaba muy extendida y el sexo se aceptaba como una realidad de la vida cotidiana.

Con la aparición del judaísmo surgió una interesante influencia reciproca o interacción de actitudes entorno a la sexualidad. Al propio tiempo se alude al sexo como un impulso creativo y placentero. El hecho sexual nunca fue considerado malo en sí mismo ni se restringió a fines de procreación.

Durante la primera fase evolutiva del Cristianismo se produjo un entretendido de concepciones griegas y judías entorno a la sexualidad. En contraste con el judaísmo que no distinguía entre el amor físico y el amor espiritual, la doctrina cristiana siguió los pasos de las pautas griegas y habló del Eros o "Amor Carnal", por un lado, y del Agapé o "Amor espiritual, no material". (Gordis, 1977)

A finales del siglo IV pese a la existencia de reducidos grupos de cristianos que mantenían unos criterios menos rígidos en materia sexual, la iglesia pone de manifiesto sus negativas posturas en cuanto al sexo, este fue condenado en todas sus formas.

En otras partes del mundo los criterios que regían la sexualidad difieren grandemente de los que se han descritos: un ejemplo de esto está en China donde según Bullough, (1976) "el sexo no era un hecho que inspiraba temor, ni se conceptuaba como pecaminoso, se estimaba como un acto de culto y veneración", e incluso como la senda que conducía a la inmortalidad.

En Europa alrededor de los siglos XII y XIII surge entre la nobleza y las clases adineradas una nueva forma de vida. Esta nueva pauta es el llamado amor cortés, caballeresco, que promueve un código novedoso de conducta, normalmente aceptable. El amor puro se consideraba incompatible con los apetitos carnales, y en ocasiones los enamorados se

ponían a prueba yaciendo desnudos en la cama para calibrar la profundidad de sus sentimientos y absteniéndose de toda relación sexual.

Durante los siglos XVIII y XIX la ciencia y la medicina reflejan de manera ostensible la negativa actitud hacia la sexualidad característica de la época. En aquel entonces se pensaba que la mujer tenía poco o ninguna capacidad de respuesta sexual y se le consideraba inferior al hombre tanto física como intelectualmente. Incluso científicos tan eminentes como Charles Darwin, padre de la teoría evolucionista, escribe en *Descent of man and Selection in Relation to Sex* (1871): “El sexo es más intrépido, tenaz y enérgico que la mujer y tiene una mente más creativa, añade además: “la capacidad mental del hombre es, en promedio, indudablemente superior a la de las mujeres”.

A finales del siglo XIX se destacaron una serie de científicos que revolucionaron la sexualidad, analizándola desde su perspectiva más objetiva y por supuesto esto influye en la conciencia individual y social, produciéndose un cambio en la forma de percibir la misma.

En el último cuarto de siglo XIX, el psiquiatra alemán Richard von Krafft-Ebing, considerado fundador de la sexología moderna estableció una clasificación por minorizado de las disfunciones sexuales. Centró gran parte de la tensión en aquellas facetas de la sexualidad que consideraba anormales. Al igual que este, Freud dijo que las disfunciones sexuales eran enfermedades o síntomas de enfermedades pero a diferencia de Krafft - Ebing, no dijo nunca que se trataba de enfermedades aborrecibles ni tampoco las describía como tales. Este fue quizás uno de los pasos más importantes de lo sexual en la historia de la psiquiatría.

Ya en el siglo XX se comienza a investigar la sexualidad de forma más objetiva si, bien en muchos ambientes perviven las actitudes puritanas, la obra de científicos relevantes como Albert Moll, Magnus Hirshfeld , Iwan Bloch y Havelock Ellis se conjugaban con las dinámicas teorías de Freud para iniciar un contundente cambio de mentalidad en lo tocante al sexo.

Ninguna doctrina psicológica provocó divergencias de valoración tan grande, ni discusiones tan reñidas como la Sigmund Freud, dado la enorme resonancia de la doctrina, pues el freudismo pretendía crear una nueva visión del hombre, una nueva concepción del mundo, que al exponer la base de semejante pretensiones, por si misma ha evidenciado la incompatibilidad que tiene con la representación científica de la naturaleza social del hombre y de las leyes de su desarrollo psíquico.

Por esta misma época un médico inglés llamado Havelok Ellis (1859-1939), centró la tensión en la sexualidad humana normal pudiendo ser considerado en este aspecto como un verdadero pionero y precursor de Kinsey y de los estudios de Masters y Johnson. Por su parte, Kinsey y colaboradores presentaron una monumental recopilación de estadísticas que reflejan los modelos de la conducta sexual en los EEUU desde 1938 hasta 1952. Este trabajo obtenido por el interrogatorio directo de una invaluable información sociológica

básica. Una evolución posterior reveló la magnitud de esta contribución pues abrió las puertas hasta entonces cerradas para la investigación de la respuesta sexual humana. La limitación de su trabajo es que su investigación era más bien sociológica y no interpreta la respuesta fisiológica y psicológica a la estimulación sexual.

Ellis constituyó un incansable luchador por el desarrollo de la sexualidad normal como se dijo anteriormente y esto lo demostró planteando que se debía aceptar como un elemento más de maduración personal las manifestaciones sexuales infantiles, abogadas por la decidida educación sexual de los niños y adolescentes. Era partidario de otorgar la mayor libertad sexual durante la adolescencia y el noviazgo, como preludeo de un matrimonio consecuente. Exigía igualdad de derechos para las mujeres, mayor facilidad para el divorcio y la abolición de las leyes que penalizaban la anticoncepción. A su vez Helen Singer Kaplan, profesora de psiquiatría de la Universidad de Cornell y directora del programa de educación y terapia sexual del hospital de Nueva York, ha desarrollado más de treinta trabajos sobre la especialidad. Describe modelos sobre las disfunciones sexuales masculinas y femeninas. Elaboró además una nueva terapia sexual basada en estudios anteriores, ofreciendo variantes concretas que surgieron de su propia experiencia (desde 1964) al tratar disfunciones sexuales diferentes. (Masters W, Johnson V, Kolodny R, (1987).

Causas de las disfunciones sexuales.

Las causas de las disfunciones sexuales pueden dividirse en orgánicas, cuando intervienen factores físicos o médicos, como una enfermedad, lesión o los factores de una droga o fármaco y psicosociales, cuando intervienen factores psicológicos, interpersonales, ambientales y culturales.

Causas orgánicas de las disfunciones sexuales.

En el plano físico una enfermedad puede alterar los reflejos normales de la respuesta sexual, como son:

Las personas afectadas de esclerosis múltiple.

Las intervenciones quirúrgicas que menoscaban la función sexual, por citar dos ejemplos comunes.

Otras veces las disfunciones sexuales derivan de los efectos generales de una dolencia, como debilidad, la fatiga, o el dolor.

Los tumores en el hipotálamo.

La epilepsia es otro desarreglo neurológico con efectos mínimos en la disfunción sexual.

El trastorno endocrinológico que se observa con mayor frecuencia es la diabetes.

Los trastornos de la hipófisis, la tiroides o las suprarrenales con llevan normalmente a disfunciones sexuales.

También las manifestaciones más grave de la cardiopatía crónica suelen limitar en gran medida la capacidad para tener relaciones sexuales.

Los efectos del alcohol sobre la sexualidad han apasionado multitud de personas a lo largo de la historia. Según nos dicen Shakespeare en Macbeth, el alcohol "provoca el deseo pero frustra la ejecución".

Muchos de los fármacos para el tratamiento de la hipertensión tienen efectos secundarios que incide negativamente en la sexualidad, por ejemplo, alfametildopa.

Causas psicosociales de las disfunciones sexuales.

A continuación pasaremos a señalar algunos factores psicosociales que contribuyen al origen de las disfunciones sexuales. Estos factores al alterarse pueden ocasionar diversas disfunciones tanto en los hombres como en las mujeres.

Factores del desarrollo: Se ha demostrado que las relaciones deficientes entre padres e hijos, las actitudes negativas de la familia hacia el sexo, las experiencias sexuales traumáticas durante la niñez a la adolescencia y los conflictos sobre la identidad sexual pueden predisponer al individuo para que, en una fase posterior se vea afectado por disfunciones sexuales, uno o más al mismo tiempo. Hoy se puede afirmar que una educación inadecuada es un denominador común solo en determinadas disfunciones sexuales, como el vaginismo y la anorgásmia primaria en las mujeres, y la incapacidad eyaculatoria y la impotencia primaria en los hombres.

Factores personales: Los sentimientos del individuo influyen de manera decisiva en su desempeño sexual, como el miedo anticipado a realizar el acto sexual inhibe dicha función, así como el miedo al embarazo, a las enfermedades venéreas, al rechazo, a la pérdida de control, al dolor, a la intimidad y hasta al éxito, son capaces de bloquear los mecanismos de respuesta sexual. Existen otros sentimientos capaces también de condicionar esta respuesta. (Masters W, Johnson V, Kolodny R, (1987).

Factores interpersonales: Los factores interpersonales revisten gran importancia en la mayoría de las disfunciones sexuales. El problema más corriente es una comunicación deficiente, tanto en las relaciones sexuales como en los aspectos no sexuales de la relación convivencial. Las dificultades de comunicación llevan una disfunción sexual o bien desempeñan un papel principal en su arraigo.

Probablemente, la causa más común del deseo sexual inhibido es el desequilibrio en la relación, cuando las parejas abrigan algún enfado, resentimiento, hostilidad, temor o disgusto, normalmente pueden funcionar sexualmente pero pueden desear no hacerlo. El deseo sexual es vulnerable por dos razones. La primera razón se realiza con la naturaleza recíproca de los instintos en general, dolor y placer, hombre y soledad, amor y odio son hasta cierto grado mutuamente excluyentes. El aumento de uno tiende a reducir el otro. La segunda razón es que el bloqueo voluntario de la estimulación sexual, aunque de mal resultado a largo plazo puede ser una herramienta poderosa de fuerza en la relación sexual. (Masters W, Johnson V, Kolodny R, (1987).

Factores ambientales: Las disfunciones sexuales pueden ser ocasionadas por la existencia de malas condiciones en el lugar, el peligro a ser escuchado u observado durante el coito, un compañero que atrae poco, física y psíquicamente, la distracción por estar pensando en otras cosas y cuando se eliminan las causas estas disfunciones son fáciles de curar siempre y cuando no se hayan consolidado por su duración.

Es necesario demostrar al paciente la característica psicógena del cuadro y rebatir persuasivamente frecuentes apreciaciones de que su causa fuese orgánica, enfatizar su carácter adquirido y relacionarlo con los factores ambientales condicionados a consecuencia de la falta de privacidad o de la preocupación sobre las afecciones venéreas.

Factores culturales: Es conocido que la frecuencia de las disfunciones sexuales es mayor cuanto menor sea el nivel de educación sexual en una población y cuanto más se distorsione la imagen de la relación sexual, como ocurre en países donde proliferan la pornografía y la prostitución. El machismo es también una importante fuente social de estas afecciones tanto en el hombre como en la mujer. Otro factor cultural pre disponente en las disfunciones sexuales es la falta de información sobre la sexualidad y la aceptación irracional de las metas culturales así como influencias educativas muy arraigadas. En ciertos casos, el principal elemento de la disfunción orgásmica puede residir en una gran ignorancia sexual. Muchas mujeres no están familiarizadas con su propia anatomía o no tiene idea de qué tipo de actividad sexual le resulta placentera eso trae consigo la monotonía en las prácticas sexuales. (González 2005).

Alteraciones psicológicas en pacientes con disfunciones sexuales.

Entre las alteraciones psicológicas que han caracterizado a los pacientes con disfunciones sexuales están, la culpa, la depresión y la merma de la autoestima acompañan las disfunciones sexuales.

Es natural que toda persona afectada por una disfunción sexual se sienta deprimida o experimente una disminución del buen concepto que tiene de sí misma. Por tal motivo, la detección de este sentimiento no significa en todos los casos que sea el factor causante de las disfunciones sexuales. (Masters W, Johnson V, Kolodny R, (1987).

En los hombres el miedo al desempeño sexual puede sofocar la excitación sexual y provocar pérdida de erección. Cuanto más intenso e insistente es el temor al fracaso, mayores son las probabilidades de que el individuo vea cumplido sus temores y experimente una insuficiencia real para obtener y mantener una erección. A largo plazo los temores ante el desempeño sexual pueden originar una merma de interés por el sexo, pérdida de la autoestima e intentos de dominar la ansiedad poniendo todo el empeño en la ejecución del acto con el fin de superarlo.

Se ha apreciado que la ansiedad es un factor de disfunción sexual menos extendido en la mujer que en el hombre. Sin embargo, las mujeres son con frecuencias víctimas de ansiedades ante la actuación sexual surgidos no solo de su auto percepción sino también de la exigencias que demuestran sus compañeros o compañeros sexuales. La ansiedad también puede estar relacionada por el atractivo físico, con las preocupaciones sobre la suficiencia sexual de su compañero o con temores a una pérdida de control sobre la propia vida.

Kaplan (1974-1977) y otros plantean que la ansiedad de ejecución, es el mecanismo etiopatogénico de algunas disfunciones sexuales. Masters y Johnson en sus estudios sobre la Fisiología y la Psicología de la ejecución sexual de parejas que representaban diversos tipos de disfunción (anorgásmia, impotencia, observaron la típica conducta de los hombres que están inseguros de su capacidad de lograr una buena erección). Estas personas van a las relaciones sexuales con una intensa sensación de miedo al fracaso y a las posibles repercusiones del mismo. (Masters W, Johnson V, Kolodny R, (1985).

En investigaciones realizadas O. Pupo; M. Martín y L. López (1988) se caracterizó el estado emocional que surge ante la demanda de ejecución sexual en sujetos que presentan fracaso de la respuesta genital, con diferentes grado de ansiedad personal (alta y baja) en cuanto a la estructura psicológica-vivencial de este estado, la dinámica, su repercusión en los procesos psíquicos y la actividad y los mecanismo de auto regulación prevalentes.

El estado de ansiedad patológico, que es actualizado por la demanda de ejecución sexual en los sujetos ansiosos, tiene un efecto perturbador sobre la calidad de ejecución sexual mientras que el estado emocional que surge en los sujetos no ansiosos, no entorpece la ejecución, independientemente que estos sean impotentes o no sexuales es la falta de la información sobre la sexualidad y la aceptación irracional de las metas culturales.

En otros casos las disfunciones sexuales parten de alteraciones comunicativas.

Las consecuencias de una comunicación ineficaz son las frustraciones, la ira, el desinterés y el abandono emotivo. Las dificultades del proceso de comunicación, pueden ser en la mayoría un aspecto importante a tomar en cuenta en la aparición de las disfunciones sexuales, pero también tiene relevancia significativa en el mantenimiento de estas afecciones, cuando incluso haya aparecido por otras causas. (Masters W, Johnson V, Kolodny R, (1987).

“...la falta de comunicación –dice H. G. Kaplan –ayuda a mantener las disfunciones y genera como base un sistema sexual destructivo”.

Clasificación de las disfunciones sexuales.

Generalmente cuando se han realizado estudios sobre la sexualidad humana se ha tratado de dar una clasificación de las disfunciones sexuales, particularizando en los tipos de disfunciones sexuales que es de interés para esta investigación científica. A continuación se hace referencia a algunos enfoques y clasificaciones de diferentes autores.

El doctor en ciencia Siegfried Schnbl nos da a conocer una clasificación sobre las disfunciones sexuales:

- Disminución del deseo.
- Ausencia de la satisfacción sexual (anorgasmía).
- Disminución de la potencia masculina.
- Eyaculación precoz.

Judo Marmor, M. D. plantea que las disfunciones sexuales en el hombre y la mujer se dividen fundamentalmente en:

- Dispareunia.
- Vaginismo.
- Impotencia.
- Eyaculación precoz.
- Eyaculación retrasada o inhibida.

W.H. Masters, V.E. Johnson y R.C. Kolodny plantean que las disfunciones sexuales en el hombre y la mujer se dividen fundamentalmente en:

- Disfunción eréctil.
- Coito doloroso.
- Anorgásmia.
- Orgasmo rápido.

- Coito doloroso o Dipareunia.
- Trastorno del deseo.

En la década de 1960 Masters y Johnson revolucionaron con sus estudios el conocimiento de la respuesta sexual humana y describieron las fases de excitación, con la sub fase de meseta, de orgasmo y de resolución. Diez años después Hellen Kaplan incorporó la cuarta fase cuando definió la atracción, excitación, orgasmo y resolución.

La clasificación actual en lo referente a las disfunciones sexuales se corresponde, sobre todo con las 3 primeras fases e incluye disfunciones como: ausencia o pérdida del deseo sexual, impulso sexual excesivo, rechazo sexual, y ausencia del placer sexual, fracaso de la respuesta genital del hombre (disfunción eréctil), fracaso de la respuesta genital de la mujer (sequedad vaginal o fracaso de lubricación), disfunción orgásmica masculina y femenina, eyaculación precoz, vaginismo, dispareunia y otras disfunciones sexuales. (González R. (20005).

La Organización Mundial de la Salud, en su clasificación internacional de enfermedades mentales, décima revisión, plantea que las disfunciones sexuales en el hombre y la mujer se dividen fundamentalmente en:

- F52 Disfunciones sexuales de origen no orgánico.
- F52.0 Ausencia o pérdida del deseo sexual
- F52.1 Rechazo sexual y ausencia de placer sexual.
- F52.10 Rechazo sexual.
- F52.11 Ausencia de placer sexual.
- F52.2 Fracaso de la respuesta genital.
- F52.3 Disfunción orgásmica.
- F52.4 Eyaculación precoz.
- F52.5 Vaginismo no orgánico
- F52.6 Dispareunia no orgánica
- F52.7 Impulso sexual excesivo.

- F52.8 Otras disfunciones sexuales no debidas a enfermedades o trastornos orgánicos.
- F52.9 Disfunción sexual no debida a enfermedad o trastorno orgánico.
- F52.0 Deseo sexual hipo activo [302.71]

F52.10 Trastorno por aversión al sexo [302.79]

Análisis de los resultados.

Se realizó el análisis de los resultados a través de diferentes técnicas psicológicas, con el objetivo de identificar y caracterizar las alteraciones psicológicas en parejas con disfunciones sexuales en la localidad de Santa Marta en el período de enero-julio 2014.

Observación: se observó en la totalidad de la muestra buena disposición a la hora de la ejecución de todas las técnicas psicológicas. Es necesario señalar que en la totalidad de las parejas estudiadas se evidenció movimientos estereotipados, onicofagia, angustia, reiteración del tema que los afecta, en ocasiones llanto fácil, lo que denota la presencia de ansiedad y episodios depresivos.

Entrevista: A través de esta técnica se indagó y se profundizó en la historia sexual de las parejas estudiadas, estableciendo un diálogo donde se les permitió, libertad de expresión, introduciendo los temas que son de interés de la investigación. Además la entrevista permitió conocer en la muestra estudiada un predominio de manifestaciones de inquietud motora, con frecuentes expresiones de miedo e irritabilidad, sudoraciones, temblores, caracterizado por la unilateralidad de las expresiones y quejas que están directamente relacionadas con la situación causante, además se constató la existencia de pobre conocimiento e información sobre la sexualidad humana, así como dificultades en la comunicación de parejas.

Jerarquía Motivacional. (Técnica de los diez deseos).

El resultado de esta técnica se recoge mediante la estructura jerárquica de los motivos, de una manera generalizada en los tres primeros deseos. Se pudo apreciar que los deseos que movilizan a estos pacientes con disfunciones sexuales van dirigidos principalmente hacia el área personal, matrimonial-sexual e interpersonal.

Se evidencian necesidades de cambio en la totalidad de los sujetos estudiados, lo cual indica insatisfacción, inseguridad, carente autodeterminación, dificultad en la comunicación dirigida a la esfera sexual, y poca confianza en la realización sexual con la pareja deseada.

En la gran mayoría de los pacientes estudiados, se reflejan necesidades de comprensión y apoyo, necesidades de solución. Los motivos tienen gran carga emocional, repercutiendo

significativamente en su vida. Sus intereses sexuales opacan el desarrollando adecuado de las demás áreas de la personalidad, movilizándolo en torno a la dificultad sexual.

Completamiento de frases (J.Rotter).

El resultado de esta técnica se valoró de forma cualitativa, según las respuestas dadas en cada una de las frases. Su calificación se realizó por áreas: área personal, matrimonial-sexual, familiar, social, e interpersonal, señalando los principales contenidos referidos.

Se demostró que las áreas más afectadas son: la personal, matrimonial-sexual, e interpersonal.

-En el área personal: a partir de la información brindada a través de la técnica, se pudo constatar, que los pacientes estudiados se perciben como personas infelices, inseguras, indecisas, con grandes necesidades de apoyo, comprensión, falta de aceptación personal y una carencia de autodeterminación, incapaces de aplazar la satisfacción de sus deseos, susceptibles, con una autovaloración y autoestima muy dañada y una gran insatisfacción emocional; lo que podría revelar en ellos síntomas de depresión. Sus motivos e intereses van dirigidos específicamente al área sexual. Además se hace necesario señalar no como algo representativo que caracterizó la muestra de estudio, pero sí con gran importancia, la presencia en algunos pacientes de ideas suicidas.

En el área matrimonial-sexual: las parejas evidencian dificultades entre ellos, producto a la mala comunicación, dudas, insatisfacción, inseguridad, incompreensión. Poniendo en peligro la estabilidad y sostén de la pareja. Prevalciendo necesidades de apoyo, cambio, y de solución.

En la esfera interpersonal se constató la existencia de conflictos en la relación de pareja, expresando dificultades en la comunicación, existiendo discusiones y peleas frecuentes entre ellos, que atentan contra la estabilidad y continuidad de la pareja.

Además es válido señalar que las dos áreas restantes que evalúa también esta técnica (familiar y social) se encuentran afectadas pero en menor grado.

Composición: Mis principales conflictos y frustraciones respecto a mi intimidad.

Al hacer el análisis del contenido de la composición en la muestra de 18 pacientes estudiados se pudo corroborar la existencia de conflictos significativos enmarcados en el área sexual, personal e interpersonal.

A través de las composiciones elaboradas por cada uno de los miembros de las parejas estudiadas se pudo constatar que existe en casi la totalidad de la muestra presencia de mala comunicación, las motivaciones, los intereses son reducidos y las necesidades están dirigidas principalmente al área sexual, con una gran carga emocional, evidenciándose

síntomas de depresión, poca seguridad, pobre autoestima, sentimientos de culpa, una autovaloración inadecuada, presencia de ideas suicidas, existiendo a su vez una sobrevaloración de la preocupación principal, cambiando el sentido de la relación sexual.

Inventario de autovaloración (Dembo Rubinstein)

Al analizar los resultados de esta técnica se que el (78%) de las pacientes evaluados se ubicaron por debajo de la media lo que evidencia que la autovaloración es inadecuada con tendencia a la subvaloración. El (22%) restante de la muestra se ubicaron por encima de la media, exponiendo que la autovaloración es inadecuada con tendencia a la sobrevaloración, lo cual denota poco conocimiento de la sexualidad humana.

Los contenidos que expresan son pobres y escasos. Son pacientes en los que se perciben sentimientos de inseguridad e inferioridad, sentimientos de culpa, pobre conocimiento de sí mismos, así como problemas en la toma de decisiones. Sus expresiones quedan matizadas por el pobre control emocional, y tendencia a bajos niveles de autorregulación comportamental.

Esta inadecuación de la autovaloración es desfavorable para estos sujetos, ya que al no poseer un profundo autoconocimiento y autocrítica se les dificultan regular efectivamente su comportamiento y elaborar proyectos futuros, en base a sus propias valoraciones, en las esferas de mayor significación para ellos y orientarse hacia la consecución de éstos. Es perjudicial esta situación ya que la autovaloración al participar en todo el sistema regulador de la personalidad conlleva a que debido a esta subvaloración de los sujetos sus expectativas, aspiraciones, motivaciones y proyecciones futuras se encuentren limitadas y empobrecidas.

El (22%) restante de la muestra se ubicaron por encima de la media, demostrando que la autovaloración es inadecuada con tendencia a la sobrevaloración.

Inventario de autoestima.

Los resultados de esta técnica evidencian que el (89%) de las pacientes estudiados presentan un nivel bajo de autoestima, marcados sentimientos de inseguridad, falta de aceptación personal, se subestiman, anticipan el fracaso, se perciben como personas incapaces; con dificultades para resolver sus problemas, donde su estado emocional depende en la mayoría de los casos de exigencias externas.

Inventario de ansiedad (Rasgo-Estado) IDARE.

En la tabla no se pudo apreciar que la ansiedad como estado está presente en toda la muestra destacándose 14 sujetos con ansiedad alta que representan el 78% de la muestra.

Resultados de la prueba del IDARE (ansiedad como estado)

Ansiedad Como estado	22-30	%	31-40	%	41-48	%	Total	%
Baja	0	0	0	0	0	0	0	0
Media	1	33%	2	22%	1	17%	4	22%
Alta	2	67%	7	78%	5	83%	14	78%
Total	3	100%	9	100%	6	100%	18	100%

Fuente: IDARE

En la ansiedad como rasgo de la personalidad para el grupo estudiado , la mayor frecuencia de sujetos quedó agrupada en la ansiedad como rasgo, con 11 sujetos en la ansiedad media para un 61%.

Resultados de la prueba del IDARE (ansiedad como rasgo)

Ansiedad Como estado	22-30	%	31-40	%	41-48	%	Total	%
Baja	0	0	0	0	0	0	0	0
Media	2	67%	5	56%	4	67%	11	61%
Alta	1	33%	4	44%	2	33%	7	39%
Total	3	100%	9	100%	6	100%	18	100%

Fuente: IDARE

Una vez aplicada la técnica, se concluye que de 18 pacientes con disfunciones sexuales el 78% presentan una ansiedad alta como estado actual y el 22% presentan una ansiedad media. Como rasgo en los sujetos estudiados el 39% presentan una ansiedad alta y una ansiedad media representada por el 61%.

En general se aprecia que la ansiedad aparece con una alta frecuencia como estado y media como rasgo, pero al tratarse de un estudio descriptivo no podemos hacer inferencias de este resultado

Inventario de Beck

Se observa que 1 sujeto (6%) no presentó depresión según el Inventario de Beck, 4 sujetos (22%) mostraron depresión leve, 8 sujetos (44%) presentaron depresión moderada, y los restantes 5(28%) depresión severa.

Es decir que 17 sujetos (94%) presentaron depresión. Esto se corresponde con la frecuente presencia de depresión en sujetos con disfunción sexual, a menudo relacionado con la representación o significación que tiene para el individuo desde el punto de vista de su salud sexual, que se plantea en la literatura revisada asociada a altos niveles de ansiedad.

Resultados del Inventario de Beck.

Depresión	22-30	%	31-40	%	41-48	%	Total	%
Ninguna	0	0	1	11%	0	0%	1	6%
Leve	1	33%	1	11%	1	17%	4	22%
Moderada	2	67%	5	56%	3	50%	8	44%
Severa	0	0%	2	22%	2	33%	5	28%
Total	3	100%	9	100%	6	100%	18	100%

Fuente: Beck

Se observa que las dimensiones del Inventario de Beck que aparecen con los puntajes más altos fueron; C, K, y U (), y N () que significan temor al fracaso, irritabilidad, pérdida de la libido y dificultad con la imagen del propio cuerpo,

Integración de los resultados:

Una vez presentados los resultados de las diferentes técnicas, creemos oportuno realizar una integración del mismo porque nos da la posibilidad de ganar en precisión y detalle, así como brindar mayor visión para el análisis la síntesis.

La muestra estudiada está compuesta por los 18 sujetos diagnosticados con disfunción sexual en el centro comunitario de salud mental (CCSM) de su área de residencia.

La técnica de la observación nos permitió constatar la presencia de ansiedad y episodios depresivos. Se evidenció movimientos estereotipados, onicofagia, angustia, reiteración del tema que los afecta, en ocasiones llanto fácil.

Los resultados de las diferentes técnicas aplicadas evidencian que existe en la mayoría de los sujetos necesidades de comprensión y apoyo, necesidades de solución. Los motivos tienen gran carga emocional, repercutiendo significativamente en su vida. Sus intereses sexuales opacan el desarrollando adecuado de las demás áreas de la personalidad, movilizándolo en torno a la dificultad sexual.

Sus principales conflictos van enfocados hacia el área matrimonial-sexual, personal e interpersonal. Se evidencia falta de comprensión y ayuda, mala comunicación.

Estos sujetos se perciben como personas infelices, inseguras, indecisas, con una carencia de autodeterminación, con una autoestima baja, una autovaloración inadecuada con tendencia a la subvaloración y una gran insatisfacción emocional.

Resulta evidente niveles altos de ansiedad y depresión en la mayoría de los pacientes, demostrándose de esta forma que ambas son síntomas característicos en su cuadro clínico.

Conclusiones.

Teniendo en cuenta los fundamentos que sustentan esta investigación que dan cumplimiento a los objetivos propuestos se arriban a las siguientes conclusiones:

El proceso de comunicación en estos pacientes es ineficaz. La mayoría de los pacientes con disfunciones sexuales reflejan necesidades de comprensión y apoyo, necesidades de solución. Los motivos tienen gran carga emocional, repercutiendo significativamente en su vida. Sus intereses sexuales opacan el desenvolviendo adecuado de las demás áreas de la personalidad, movilizándolo en torno a la dificultad sexual.

En los pacientes está presente la baja autoestima baja y una autovaloración inadecuada con tendencia a la subvaloración, y sobrevaloración. Presentándose alteraciones del sentido de la relación sexual.

La ansiedad se presentó en un porcentaje elevado; como estado en niveles altos y como rasgo en niveles medios. La depresión de diverso grado estuvo presente en más de la mayoría de los sujetos y resultaron más representativas las dimensiones temor al fracaso, Irritabilidad, pérdida de la libido y dificultad con la imagen del propio cuerpo.

Bibliografía

Allport, G. (1971). *La personalidad. Su configuración y desarrollo*, Ed. Instituto Cubano del Libro, Ciudad de La Habana, Cuba.

Andreéva, G. M. (1980). *Psicología social*, Ed. Universidad Estatal M. I. Lomonosoc, Moscú.

Arés, P. (2007). *Psicología de la familia. Una aproximación a su estudio*. Editorial Ciencias Médicas.

Asieev, V. G. (1980). *El problema de la motivación y la personalidad. Problemas Teóricos de la Psicología de la Personalidad* Editorial Orbe, La Habana. Cuba.

Barbach, L y L. Levine (1990). *Intimidad sexual*. Editorial Martínez Roca. Barcelona. España.

Baver, A., m. Fernández y S. Singer. (1988). *Sexo y sociedad*. Editorial. Ediciones Cientec, Buenos Aires, Argentina.

Berne, E. (1989). *Juegos en que participamos. Psicología de las relaciones humanas*. Ed. Diana, México.

Bruckner, H. (1981). *¿Piensas ya en el amor?* Editorial Gente Nueva. Ciudad de La Habana, Cuba.

Burín, M., E. Moncarz y S. Velásquez. (1991). El malestar de las mujeres. Editorial Paidós. Buenos Aires, Argentina.

Cao C. N., (2005). Psicopatología General. Semiología. Editorial Félix Varela. La Habana.

CIE 10. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Trastornos Mentales y del Comportamiento. Descripciones Clínicas pautas para el diagnóstico. Organización Mundial de la salud. 1992.

CIE- 10. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y problemas relacionados con la Salud. Décima revisión. Volumen 2.

Colectivo de Autores, (2004). Psicoterapia General. Editorial Félix Varela. La Habana.

Colectivo de Autores, (2005) Psicodiagnóstico: selección de lecturas. Editorial Félix Varela: La Habana Cuba.

Colectivo de Autores, (1989). El problema de la comunicación en Psicología. Edición de Ciencias Sociales. La Habana. DSM IV- TR.

Fernández, B. R. (2001). Introducción a la evaluación psicológica. Ediciones Pirámides. Madrid.

Fernández, R. L. (2005). Pensando en la personalidad. Tomo 1. Editorial Félix Varela: La Habana, Cuba.

Fernández, R. L. (2005). Pensando en la personalidad. Tomo 2. . Editorial Félix Varela: La Habana, Cuba.

Fernández L. (2007) Personalidad y Relaciones de pareja. Editorial Félix Varela. La Habana, Cuba.

González R. (2005). Clínica Psiquiátrica: básica actual. Editorial Félix Varela, La Habana. Cuba.

Kaplan, H. (1998). El sentido del sexo. Editorial Grijalbo, México.

Kusnetzoff, J. C (1989). El hombre sexualmente feliz: del mito a la verdad científica. Editorial Verlap S. A. Buenos Aires Argentina.

Kusnetzoff, J. C (1989). La mujer sexualmente feliz: del mito a la verdad científica. .Editorial Verlap S. A. Buenos Aires Argentina.

Leontiev. A. N., (1979). La actividad en la Psicología. Editorial de libros para la Educación. Ciudad de La Habana

Leontiev. A. N. (1982). Actividad, conciencia y personalidad, Editorial Pueblo y Educación, La Habana, Cuba.

López S.F. (1990). Educación Sexual. Fundación Universidad-Empresa. Madrid. 1990.

López S. F y Fuentes A. (1999). Para Comprender la Sexualidad, Editorial. Verbo Divino.

Luria, A. R. (1974). El cerebro en acción. Editorial Pueblo y Educación. La Habana

Manual de Promoción de salud sexual OPS, WAS, OMS, AÑO 2000.

W, Johnson Master, V y Kolody, R. (1985). La Sexualidad Humana. Editorial Científico-Técnica: Ciudad de La Habana, Cuba.

W, Johnson, Master V y Kolody, R. (1988). Tratado de Medicina Sexual. Editorial Científico-Técnica: Ciudad de La Habana. Cuba.

Méndez Gómez N, Hernández D Silva, Chávez J. E Sauri, Valdivia Rodríguez T., Arencibia O Miranda. Pacientes con disfunción sexual. Una clasificación útil para un efectivo diagnóstico y tratamiento. *Sexo Soc.*1995; 3:39-42.

Krause. Mónica (1988). Algunos temas fundamentales de Educación Sexual. Editorial Científico -Técnica: Ciudad de La Habana, Cuba.

Montague DK, Barada JH, Belker AM, et al. Clinical guidelines panel on erectile dysfunction: summary report on the treatment of organic dysfunction. *J Urol* 156: 2007-2011, 1996.

Núñez de Villavicencio. (2006) Psicología y Salud. Editorial Ciencias Médicas. Ciudad de La Habana.

Petrovski A.V., (1981). Psicología General. Editorial. Pueblo y Educación.

Ravelo, A (1989). Del amor hablemos francamente. Editorial Gente Nueva. Ciudad de La Habana. Cuba.

Ravelo A (2010). Enigmas de la sexualidad femenina. Editorial de la mujer. Ciudad de La Habana.

Rubinstein J. L. (1982). Principios de la Psicología General. Editorial Pueblo y Educación. Ciudad de La Habana.

Rubinstein S. L. (1979). *Principios de la Psicología General*. Editorial Pueblo y Educación. Ciudad de La Habana.

Schnabl, S, (1989). *El hombre y la mujer en la intimidad*. Editorial Científico Técnica. La Habana, Cuba.

Schnabl, S. (1981). *En defensa del amor*. Editorial Científico-Técnica, Ciudad de La Habana. Cuba.

Schnabl, S. (1985). *¿Nervioso?* Editorial Científico-Técnico, Ciudad de La Habana. Cuba.

Sexología y sociedad. Diciembre. 2006; 12(32). Publicación especializada del Centro Nacional de Educación Sexual.

Shibley, J. (1985). *Entendiendo la sexualidad humana*. Ed. Compañía Continental, México.

Sorín. Z. M. (1997). *Siglo x x ¿Crisis del Amor?* Editorial Ciencias Sociales.

La Habana, Cuba.

Svendsen KO, Schultz A. Sexual dysfunction in men. *Tidsskr Nor Laegeforen*. 2008 Feb 14; 128(4):448-52. Norwegian.

Vasallo Mantilla, C. *Revista sexología y sociedad*. Disfunción y terapia sexual. Año 1, No. 3, 1995.

Valdivia T. Estudio de Prevalencia de disfunción sexual en dos áreas de salud. *Rev Sexología y Sociedad*, 1996, 4:38-39

Vasallo Mantilla, C. *Revista sexología y sociedad*. Consulta de disfunción y terapia sexual. Evaluación de cinco años de trabajo. Año 1, No. 8, 1997.

Vasilchenko, G. (1986) *Sexología General*. Editorial Científico-Técnica. La Habana.

Vigotsky, L.S. (1987). *El desarrollo de las funciones psíquicas superiores*. Editorial Científico-Técnica, La Habana, Cuba.

Manual de Promoción de salud sexual OPS, WAS, OMS, AÑO 2000.