

# Consultas de disfunción y terapia sexual

EVALUACIÓN DE CINCO AÑOS DE TRABAJO

Dr. Celestino Vasallo Montolla\*

Son múltiples los posibles factores causales de la disfunción sexual y las determinantes de los trastornos, en muchos casos, son problemas sencillos ignorados o mal evaluados. Un diagnóstico correcto lleva a un tratamiento adecuado: toda la información que nos brinda el paciente es valiosa e incrementa la capacidad terapéutica del clínico. Debemos estar conscientes de nuestra capacidad y limitaciones; no todos los problemas tienen solución inmediata, a mediana o largo plazo.

Entendemos por disfunción sexual: «*La alteración o fallo persistente de una de las fases de la respuesta sexual humana (deseo, excitación, orgasmo) que cause molestias o malestar a la persona o a su pareja*». Debemos aclarar que una falla ocasional debe entenderse como natural y enfatizamos que provoque molestias, pues en algunos casos la situación particular puede no llegar a convertirse en un problema.

Concebimos el tratamiento de las disfunciones sexuales con un enfoque sistema, preventivo-curativo; y es el rasgo específico de la terapia «*la integración de experiencias sexuales sistemáticamente estructuradas de sesiones psicoterapéuticas conjuntas y el reforzamiento como sentimiento y vía de comunicación en la pareja*».

Cuando el hombre y la mujer se aman, el deseo y las ternuras desencadenan las ansias sexuales del otro; pero si existen factores que obstaculizan pueden incidir negativamente en la estabilidad de la pareja. Evaluamos la calidad de la relación afectiva emocional: a parte del sexo, el significado y la importancia que tienen para cada uno de los miembros de la pareja. Consideramos también que la educación, la orientación y la terapéutica son elementos inseparables de una completa salud sexual.

La evaluación de las consultas de disfunción-terapia sexual no es tarea fácil, ya que no existe una metodología científica adecuada; lo subjetivo de la intervención terapéutica, controles adecuados y características de los factores la hacen realmente difícil. No obstante, exponemos a ustedes una serie de pasos (metódica) que durante quince años venimos realizando en la consulta y que valoramos cada cinco años señalando los resultados, evolución y seguimiento de los consultantes y factores pronósticos.

## Método

1. Recepción del consultante
2. Motivo de consulta
3. Entrevista clínica
4. Confección de historia sexual
5. Valoración psicopatológica
6. Elementos diagnósticos presuntivo o final
7. Exámenes complementarios (si fuera necesario)
8. Tratamiento

En la consulta recibimos personas procedentes de polí-clínicos, hospitales de otros especialistas médicos de diferentes áreas o municipios de la Ciudad de La Habana. Los pacientes remitidos supuestamente sin patología predominante orgánica. Ofrecemos tres consultas mensuales, la primera semana para casos nuevos *primera consulta*, la segunda y tercera semanas de seguimiento o reconsulta. No hay tiempo límite para el paciente, fluctuando entre 15 y 45 minutos por consulta-paciente; la consulta es abierta citándose por semana en los inicios y cada 2 a 3 semanas posteriormente.

## Recepción:

Recibimos al consultante de pie con un *estrechón* de manos y semblante que inspira confianza y seguridad.

## Motivo de consulta:

Recogemos el síntoma principal que aqueja al paciente, su aparición y evolución.

## Entrevista clínica:

Durante la entrevista se tiene en cuenta las variables de edad, sexo y estado civil. Debe haber privacidad, cierta comodidad e inspirar confianza al entrevistado para que exteriorice sus problemas.

## Historia sexual:

Es parte de la historia clínica general, debe recogerse detallada y descriptivamente lo referido por el consultante. Sus valores y patrones sexuales; las interrogantes, inquietudes y

AÑO	PRIMERA CONSULTA			RECONSULTA			TOTAL
	HOMBRES	MUJERES	SUBTOTAL	HOMBRES	MUJERES	SUBTOTAL	
1991	41 (69.5 %)	18 (30.5 %)	59	100 (81 %)	23 (19 %)	123	182
1992	36 (71 %)	15 (29 %)	51	90 (78 %)	26 (22 %)	116	167
1993	36 (72 %)	14 (28 %)	50	83 (75 %)	28 (25 %)	111	161
1994	26 (68 %)	27 (33 %)	82	131 (72 %)	52 (28 %)	183	265
1995	55 (67 %)	27 (33 %)	82	131 (72 %)	52 (28 %)	183	265
<b>TOTAL</b>	<b>194 (69 %)</b>	<b>86 (31 %)</b>	<b>280</b>	<b>460 (75 %)</b>	<b>150 (25 %)</b>	<b>610</b>	<b>890</b>

*problemas* que influyen en su disfunción sexual. Se le dedica el tiempo suficiente para analizar todo lo relacionado con su situación particular.

### Valoración psicopatológica:

Tenemos en cuenta la salud mental durante la entrevista. Exploramos y detectamos si hay alguna alteración mental o nerviosa, rasgos de personalidad que puedan obstaculizar el curso del tratamiento. Antecedentes personales y familiares de enfermedad mental o nerviosa. Lo que nos facilita un posible diagnóstico etiológico.

### Elementos diagnósticos presuntivo o final:

Además del *status psiquiátrico* valoramos la salud física, si fue visto por un médico general o de familia reciente y su resultado; si existen antecedentes de enfermedades somáticas en el pasado, si está sujeto a tratamiento farmacológico. Si hay consumo de tabaco (hábito de fumar), alcohol u otra droga o sustancias tóxicas y la presencia de erección.

En las mujeres, se examinan antecedentes ginecobstétricos y medios anticonceptivos que utiliza la pareja. Si detectamos patología predominante orgánica lo remitimos al especialista médico correspondiente.

### Exámenes complementarios:

Si fuera necesario se indica Doppler, TPN (tumescencia penil nocturna), test hormonal, estudios radiológicos.

### Autoevaluación:

Se le suministra una hoja en blanco donde el paciente escribe su *problemática* contando su aparición, evolución, significación o valoración social o personal. Este proceder permite obtener una información directa de gran valor en la terapia.

### Tratamiento:

El tratamiento es multicausal y ecléctico. Aspiramos a que el consultante o paciente tenga:

- Conocimiento de su sexualidad
- Conocimiento del problema
- Conocimiento de su pareja
- Conocimiento de sus prejuicios y tabúes sexuales
- Conocer técnicas sexuales complementarias

### Utilización integral de técnicas psicoterapéuticas

- Breve-supresiva
- Conducta-aprendizaje
- Dinámica-reflexiva

Como terapeutas tenemos una participación activa, facilitadora del crecimiento y cambio del paciente. Nuestro objetivo, lograr que ellos actúen por cuenta propia; superando el síntoma disfuncional, mejorando sus relaciones interpersonales y de comunicación.



## Evolución y factores pronósticos

Estará determinado por la asistencia a las consultas, la capacidad de asimilar nuevas técnicas sexuales y psicoterapéuticas, la aceptación y conformidad de la pareja o del individuo con su *status* (rendimiento sexual), la estabilidad afectivo-emocional).

Consideramos la evolución de:

**BUENA:** Se obtuvieron mejoría (desaparición o disminución del síntoma) en un año y se mantuvieron más de dos años sin recaída.

**REGULAR:** Se obtuvieron mejorías en un año pero no se mantuvo la misma por más de dos años, teniendo uno o más recaídas.

**MALA:** No tienen mejoría manifiesta en un año.

Los consultantes mayores de 50 años son de pronóstico reservado, también los que han padecido de trastornos por 5-10 años aunque no fuesen continuos, ya que hay una afectación psicológica y aprendizaje negativo.

Son de mejor pronóstico los consultantes jóvenes 17-30 años; la consulta de pareja y el nivel de escolaridad.

## Resultados

1. El número de hombres que concurren a la consulta es superior al de las mujeres, en proporción de 3 a 1 en la primera consulta (39%) y de 4 a 1 en la reconsulta (75%) en los cinco años evaluados.
2. Se ofrecieron 10 primeras consultas y 20 reconsultas anuales.
3. En los años 1991 y 1995 asistieron más personas a la consulta tanto hombres como mujeres, 182 y 265 respectivamente.
4. En 1994 se ofrecieron menos consultas por lo que disminuye la asistencia (115).
5. La asistencia de las mujeres a las consultas aunque proporcionalmente baja ha ido aumentando ligeramente en los últimos años.
6. Predominó la consulta individual que fue de 60% y la de pareja, 40%.
7. El promedio de edad en los hombres fluctuó entre 30 y 45 años y en las mujeres 20-30 años.
8. De acuerdo al criterio de evolución expuesto se valora que:
  - 195 consultantes para un 32% tuvieron una *buena evolución* y pronóstico favorable.
  - 275 consultantes para un 45% tuvieron una *regular evolución* y pronóstico reservado.
  - 140 consultantes para un 23% tuvieron una *mala evolución* y pronóstico desfavorable.

## Disfunciones sexuales. Clasificación

### EN EL HOMBRE

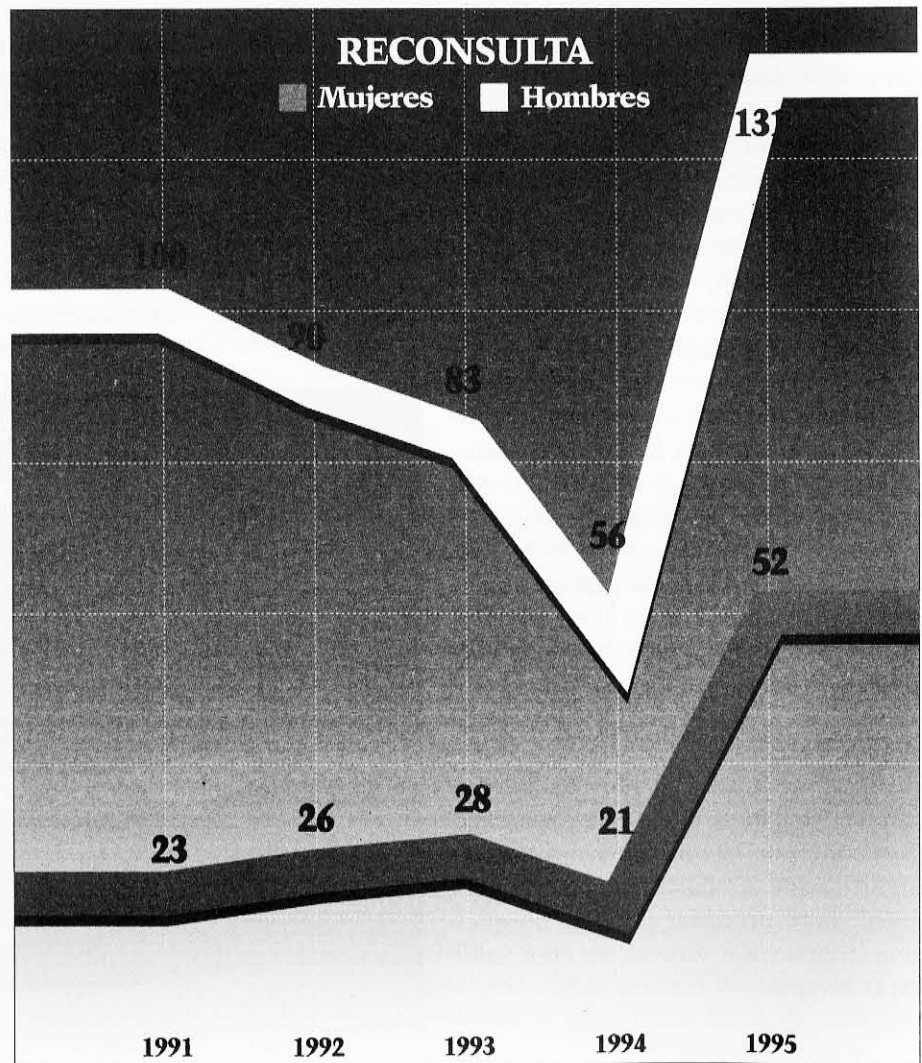
— Disfunción eréctil .....	90 (46%)
— Eyaculación precoz .....	54 (28%)
— Síntomas alternos .....	30 (16%)
— Disfunción del deseo .....	10 (5%)
— Eyaculación tardía .....	6 (3%)
— Dispareunia .....	4 (2%)
— TOTAL .....	194 (100%)

### EN LA MUJER

— Deseo sexual inhibido .....	23 (28%)
— Anorgasmia .....	43 (50%)
— Excitabilidad general .....	12 (14%)
— Dispareunia .....	5 (5%)
— Vaginismo .....	3 (3%)
— TOTAL .....	86 (100%)

## Valoración de la disfunción en el hombre

Los pacientes con disfunción eréctil en la edad de 17-35 años valoramos por su historia sexual, identificación y presentación del problema (en las reconsultas la opinión y autoevaluación del paciente) que los fracasos en los primeros coitos les provocó miedo, temor a los próximos contactos e inseguridad cuando fueron continuos. Es significativo que





el 50% de ellos no supieron o desconocían como enfrentar la situación, sintiendo vergüenza ante su pareja y un 20% la inculparon con señalamientos negativos al estímulo sexual.

Los adultos de 35-50 años manifestaron insatisfacción con su erección y rendimiento sexual, desconociendo la natural decadencia de la respuesta sexual en su grupo etáreo, agudizándose el síntoma en los repetidos cambios de pareja, ante nuevas situaciones y con parejas más jóvenes.

La disfunción eréctil en los mayores de 50 años se excluyó la posibilidad de factores orgánicos. Ellos se sintieron prematuramente *viejos* ante los repetidos fallos en la erección, la pérdida de su capacidad de concentración y distractibilidad a los estímulos externos, alargando o rechazando las relaciones sexuales y coitales.

La eyaculación precoz en los jóvenes de 17-29 años, no les afecta mucho el trastorno de no mediar una observación de su pareja o manifestaciones de insatisfacción repetidas; generalmente tratan de resolver el problema con el cambio de pareja lo que acentúa su disfunción.

En el 16% de los consultantes se presentan ambos síntomas simultáneos o alternados, apreciamos en ellos una afectación del sistema nervioso con manifestaciones neurovegetativas de ansiedad (sudoración, taquicardia) referidos por ellos en consulta. En estos pacientes el reflejo de erección se inhibe y el control eyaculatorio se libera contra la voluntad del paciente.

La eyaculación tardía no fue frecuente. En dos casos detectamos antecedentes de epilepsia e impulsividad. La disminución del deseo (5%) puede encubrir trastornos en la erección o ser consecutiva a repetidos fallos no diagnosticados y mal tratados.

### Valoración de las disfunciones en la mujer.

La anorgasmia presente en 43 mujeres constituyó el 50% de las 86 pacientes que asistieron por vez primera a la consulta; de ellas 28 (65%) simulaban el orgasmo a su marido o compañero. Esto motivó insatisfacción creciente en el curso de los años preocupación y sentimientos de culpabilidad con su pareja. La edad fluctuó en 20 y 35 años. Tuvimos 9 pacientes de anorgasmia secundaria reactiva a disfunción eréctil o eyaculatoria de su pareja y 7 anorgasmia primaria, 2 de ellas con disminución de excitabilidad general. En el tratamiento de la anorgasmia con su pareja la evolución fue buena en un 50% y en otros alcanzaban el clímax sexual más tardíamente con algunas recaídas. Las que no tuvieron parejas estables en el curso del tratamiento la evolución no fue satisfactoria teniendo dificultad en superar su disfunción. Es apreciable las que mejoran en su respuesta sexual a los estímulos clitorideos. En historias clínicas de muchas de ellas encontramos los antecedentes de educación rígida, prejuicios sexuales, experiencias traumáticas en la infancia o adolescencia y comunicación deficiente con su pareja; todo lo cual coincide con lo referido por la mayoría de los autores.

La disfunción del deseo es más frecuente en las mujeres que en el hombre posiblemente debido a factores psicobiológicos y socioculturales; las actitudes *machistas* o de imposi-

ción de la pareja, la desilusión, el abandono y el engaño hacen a la pareja disfuncional. La mayoría evoluciona favorablemente con técnicas psicoterapéuticas y la utilización de fármacos antidepressivos y ansiolíticos a bajas dosis.

En la dispareunia y el vaginismo no se detectaron trastornos orgánicos sino personalidades con marcados rasgos histéricos en la dispareunia y ansiosos obsesivo en el vaginismo, también apreciamos deficiente información sexual y educación rígida. Queremos señalar la evolución favorable en tres jóvenes menores de 20 años que presentaron vaginismo en su primer coito y concurren a consulta una a las dos semanas, la otra al mes y la tercera a los 6 meses de presentarse el síntoma. En las dos primeras la evolución fue favorable a corto plazo y en la tercera a mediano plazo.

Podemos decir que las mujeres demostraron un mayor nivel de conocimiento e información sexual con una escolaridad promedio de 12 grado. También demostraron comprensión tolerancia y actitudes terapéuticas.

### Dificultades encontradas durante la terapia sexual.

Una vez iniciada la terapia integral pueden presentarse numerosos escollos que se van resolviendo en el mismo proceso terapéutico; señalaremos algunos de ellos.

1. Presencia de un solo miembro en la sesión
2. Experiencias negativas; falta de privacidad y tiempo en las tareas sexuales.
3. Vulnerabilidad en los ejercicios de focalización sensorial.
4. Conductas obstructivas; discusiones en la sesión o la casa, dormirse o ver la televisión ignorando a la pareja, falta de concentración en la relación sexual.

En una etapa más avanzada de la terapia:

1. No asiste a la consulta programada apareciendo en otra.
2. Interrumpen las tareas o sesiones en la casa por diversos motivos (enfermedad, cansancio, oportunidad).
3. Esperan obtener resultados satisfactorios más rápidos (expectativas no razonables).

La actitud del terapeuta ante las dificultades debe ser firme, serena, comprensiva, persuadir o convencer al individuo y a la pareja del avance en la terapia, además controlar y supervisar con los medios a su alcance que la técnica utilizada fue adecuada. Ante cada obstáculo hay que recomenzar en la etapa previa y no olvidar las *segundas intenciones* que pueda haber en la respuesta o conducta de los pacientes●

### Bibliografía

1. FREEDMAN, A.M. y KAPLAN, H.L.: *Tratado de psiquiatría*. Tomo 3. Editorial Científico Técnica. La Habana, Cuba 1984.
2. KAPLAN, H.S.: *The evaluation of sexual disorders*. Brunner/Maferb. New York 1983/ La nueva terapia sexual. Editorial Alianza-Madrid, 1978.
3. MASTERS, W.H. y JHONSON, B.E.: *Respuesta sexual humana*. Ediciones R. Instituto del Libro. La Habana. Cuba. 1969/ La sexualidad humana. Editorial Científico Técnica. La Habana, Cuba, 1985.
4. MONROY, A.: *Principio de psicoterapia sexual*. Editorial Grijalbo. México D.F. 1986.
5. ESQUISOL: *¿Cuán efectiva es la terapia sexual?* Ponencia. IV Congreso Latinoamericano de Sexología y Educación Sexual. Buenos Aires. Argentina 1988.
6. VASALLO, C.: *Terapia Sexual*. Monografía Hospital Psiquiátrico de La Habana. Editora Científico Técnica. La Habana. Cuba 1994.

\* *Doctor en Ciencias Médicas. Profesor Titular de Psiquiatría, ISCMH. Hospital Psiquiátrico de La Habana. Jefe de Cátedra de Educación Sexual de la Facultad de Medicina Calixto García*