

Comportamiento de las disfunciones sexuales en mujeres con ansiedad y depresión ingresadas en el hospital de día

Dra. Annia Duany Navarro, Dra. Yaillet Sarracent Pupo

Introducción

La psiquiatría es una especialidad surgida en los finales del siglo XIX, aunque de la descripción de muchas de las patologías que aborda se tiene conocimiento desde los mismos inicios de la historia de la humanidad. Uno de los primeros temas a tratar fueron los comportamientos violentos relacionados con la conducta sexual, siendo el psiquiatra forense alemán Krafft-Ebing, uno de los estudiosos del tema, contribuyendo con sus teorías a concepciones erróneas sobre la sexualidad.

Otros importantes psiquiatras que incluyeron la sexualidad en sus estudios desde otro ángulo, fueron: Sigmund Freud y Henry Havelock Ellis que plantearon que la sexualidad era un aspecto importante en el desarrollo de los seres humanos. El primero reconociendo que la sexualidad estaba presente desde la infancia y la importancia de la misma, a través de la teoría de la personalidad, uno de los basamentos explicativos del surgimiento de las llamadas neurosis. Por su parte, Havelock planteó acerca de lo diverso de la sexualidad, considerando normal muchas conductas⁽¹⁾. Estos aportes continúan hoy en vigencia.

La implicación de elementos sociales, biológicos y psicológicos en la sexualidad de las personas hace que en la actualidad, la misma sea objeto de estudio de múltiples ciencias, las cuales aunque la estudien de forma integrada, particularizan desde sus aristas como ciencias particulares. Por lo cual las ciencias médicas sin pretender dar solo un enfoque biologicista, analiza los componentes biológicos de la sexualidad como la reproducción, embarazo, la función sexual, entre otros.

Los aportes de Masters y Johnson a la sexualidad fueron muy importantes, sus estudios permitieron conocer los cambios psicofisiológicos asociados o relacionados con la realización del acto sexual, lo que se conoce como la respuesta sexual humana (RSH). Incluye no solo los cambios físicos y

mentales, sino también los perceptuales, generalmente placenteros, como respuesta a los estímulos recibidos⁽²⁾.

En la descripción que hicieron sobre la RSH Masters y Johnson, consideraron en sus primeras investigaciones que habían 4 fases o etapas: excitación, meseta, orgasmo y resolución, dándole ya en una segunda etapa de sus investigaciones una gran importancia al deseo sexual como preámbulo para la excitación⁽³⁾. Por su parte la Kaplan, otra estudiosa del tema, divide la RSH como una respuesta bifásica debido a que desde el punto de la innervación nerviosa los cambios producidos (vaso congestión, la erección y el orgasmo) son por sistemas diferentes uno son por vía simpática y otros por la vía parasimpática⁽⁴⁾. El sexólogo español Francisco Cabello utiliza otra clasificación, pero plantea que a su criterio separar, diferenciar y/o delimitar la fase del deseo y de la excitación no es posible⁽⁵⁾.

Durante las fases de la RSH se producen cambios físicos que caracterizan a cada fase. Estos cambios que se producen no son iguales para mujeres y hombres, en todas las etapas. Para ambos sexos durante la fase de deseo no hay cambios físicos característicos y muchas veces los cambios que ocurren no son perceptibles. Durante la fase de excitación las manifestaciones fundamentales están en la lubricación vaginal y la erección del pene. El orgasmo, se inicia con las contracciones rítmicas e involuntarias de la vagina, igual en el próstata y las vesículas seminales entre otros.. En la resolución hay una pérdida rápida de los cambios de los genitales, hasta los estados basales de las funciones. Independientemente de los cambios biológicos descritos, existe una interpretación personal del estado alcanzado y es la satisfacción⁽³⁻⁵⁾. A partir de la afectación de las fases se clasifican las disfunciones sexuales, las que pueden ser de causa psicológicas u orgánicas^(6, 7,8 ,9). El estado afectivo en los que se encuentre la persona puede influir en la percepción de estos cambios o en la calidad de los mismos. Los síntomas afectivos más frecuentemente relacionados o identificados por las personas son la ansiedad y la depresión^(3,10).

La ansiedad, es un síntoma que aparece cuando el sujeto se siente amenazado por un peligro interno o externo. Se desconoce el objeto, siendo una amenaza

interna, subjetiva, existiendo una conflictividad y una prolongación de la reacción fisiológica, haciéndose continua o por crisis, intolerable, con intensas alteraciones vegetativas y conductuales, repercutiendo en las actividades de la vida diaria de las personas, con la subsiguiente producción de algún tipo de discapacidad^(7,11,12). Puede ser síntoma principal o acompañar a un sin número de patologías. Teniendo en cuenta que la ansiedad también aparece como respuesta fisiológica a situaciones de estrés, se plantea que ante situaciones donde el estrés es mantenido independientemente de su intensidad, puede romperse el mecanismo de control normal y aparecen las diversas sintomatologías relacionadas con la ansiedad⁽⁸⁾.

Por otra parte la depresión no es un síntoma sino un conjunto de síntomas y signos entre los que se encuentra la tristeza, disminución del deseo por realizar las actividades cotidianas, la falta de iniciativa y motivación, alteraciones de hábitos entre otros.

Diferentes estudios sobre el tema plantean que la disfunción sexual de forma general es más frecuente en las féminas^(13,14). Estudios donde se haga relación a estos elementos (función sexual, ansiedad y/o depresión) no son frecuentes a pesar que sobre estos aspectos por separados si hay mucha información^(12, 13,15). Los trabajos que sobre el tema se muestran varían en los instrumentos clínicos utilizados para realizar la exploración de la función sexual, son más frecuentes en personas con depresión y estudian la influencia que tiene el uso de psicofármacos sobre la función sexual^(13, 16,17).

Independientemente de que la sexualidad como se identifica es un aspecto de la personalidad ya que somos seres individuales e irrepetibles como figura particular, la influencia que las concepciones sociales tienen sobre el comportamiento sexual, no pueden dejar de tenerse en cuenta, por lo cual la OMS consideró que el género como elemento particular de la sexualidad debe valorarse como un determinante social de salud^(1,18). De ahí la consideración de este tema en estudios de actualidad.

Sobre este particular la Dra. C Castro Espín, reconoce la importancia del género al hacer referencia a el concepto de Alice Schelgel en su investigación, la cual plantea que el género es una construcción cultural que no tiene

igual incidencia en los procesos de masculinidad y feminidad; o sea, no tiene que considerarse un aspecto que condicione el modo en que todos los hombres y mujeres asumen su identidad y roles de género⁽¹⁹⁾.

Debido a la frecuencia de la demanda de atención por la presencia de ansiedad y depresión independientemente del diagnóstico clínico y ser la sexualidad y el género determinantes sociales de salud, consideramos que estudiar la relación entre estos elementos es de interés de la práctica clínica en psiquiatría.

OBJETIVOS:

- Analizar la función sexual en los pacientes que presentan síntomas afectivos de depresión y ansiedad desde perspectiva de género.
- Precisar la presencia e intensidad de ansiedad y/o depresión en el grupo de estudio.

DISEÑO TEÓRICO METODOLÓGICO

Tipo de estudio:

Se realizó un estudio descriptivo, prospectivo, transversal en el servicio de hospitalización parcial de psiquiatría del HDCQ "Dr. Salvador Allende, durante los meses de enero a diciembre del 2016

Universo y Muestra:

El universo estuvo constituido por el total de pacientes que ingresaron en el hospital de día, del servicio de psiquiatría del citado hospital. La muestra quedó conformada 12 pacientes (grupo 2) se conformó un grupo focal, donde se evaluó el condicionamiento de género.

Criterios de inclusión

- Pacientes de ambos sexos que ingresen a hospital de día en periodo señalado.
- Personas que den su consentimiento, entre 18 y 60 años
- No uso de psicofármacos.

Criterios de exclusión:

- Pacientes que refieran síntomas de la esfera sexual.
- Pacientes que abandonen el ingreso

Los datos correspondientes a las variables socio demográficos y el diagnóstico clínico fueron obtenidos de las historias clínicas y se vaciaron en una hoja de recogida de información confeccionada al efecto.

Para medir la presencia de ansiedad o depresión en los pacientes se aplicaron las escalas para dichos síntomas de Hamilton, ambas son heteroaplicadas. La escala de para ansiedad tiene como objetivo valorar la intensidad de la ansiedad de la persona en los últimos tres días, tiene 14 ítems que evalúan la esfera psíquica, física y conductual de la ansiedad. Cada ítem considera la gravedad de los síntomas, su frecuencia y duración, así como el grado de incapacidad o disfunción asociada. La de depresión en sus 17 ítems, evalúa el perfil sintomatológico y gravedad del cuadro depresivo.

Para el grupo focal se realizó una guía de preguntas para discutir con el grupo durante un único encuentro, las respuestas se transcribieron textualmente y se realizó análisis del contenido. La selección de la muestra se realizó a la 4ta semana de su ingreso en hospital de día, se aplicaron los instrumentos y se realizó la discusión con el grupo focal para tener un grupo estable a investigar.

Consideraciones éticas: Se solicito a los pacientes su consentimiento para realizar esta investigación asegurándole la total confidencialidad de los mismos y que serán solo utilizados con el fin de concluir la investigación. Se tomó en cuenta la Declaración de Helsinki (1964) modificación de Fortaleza, Brasil, sobre ética para el trabajo con humanos.

Resultados y discusión

La sexualidad es un concepto amplio que incluyen componentes relacionados con múltiples ciencias, entre las que se encuentra la medicina. Incluso para las ciencias médicas son diversas las aristas en las que se analiza la sexualidad, siendo la psiquiatría una de las especialidades que se adentran en el estudio de estos temas, debido al reconocimiento de la sexualidad como componente de la personalidad y su significado para las relaciones sociales desde una visión amplia.

En psiquiatría al referirnos a las entidades clínicas hacemos uso de los manuales de clasificación, a pesar de no ser exclusivo de la especialidad, pero por la complejidad de la sintomatología de los trastornos mentales acudimos a

este sistema con frecuencia. Con los diagnósticos referidos a temas de la sexualidad, en la actualidad hay muchas críticas acerca de qué si deben o no ser incluido en los manuales de clasificación y considerarse por tanto trastornos. Debido al estigma que esto pueda crear y limita a las personas en muchos casos a solicitar ayuda profesional.

No obstante a estas consideraciones desde la perspectiva integradora del ser humano como una entidad biopsicosocial es interesante acercarse al tema de la sexualidad y la función sexual específicamente relacionada con la presencia de síntomas psiquiátricos reconocidos y frecuentes como son la ansiedad y la depresión.

En el presente estudio se obtuvo una muestra de 12 pacientes los que participaron en el grupo focal, dividido en 6 del sexo femenino y 6 al sexo masculino, se decidió escoger igual cantidad de personas según sexo para evitar que se pudiera convertir en una variable de sesgo teniendo en cuenta el tema de la investigación, teniendo en cuenta que la mayor demanda de atención en salud mental la realizan las féminas, lo cual está asociado a factores socioculturales y biológicos^(10,11).

Las patologías que son tributarias de ingreso en la hospitalización parcial son frecuentes a lo largo de la vida, pero habitualmente por su relación con factores familiares y personales la mayor demanda de este tipo de atención se realiza hacia la edad media de la vida donde generalmente las personas tienen la mayor carga de responsabilidad personal y social. La edad promedio fue en este grupo de 39,2 años, con un nivel de escolaridad medio superior (12 grado). Predominio de personas solteras para un 66,7%. Algunos estudios revisados resaltan que como grupo, los casados presentan mejor salud mental que los separados^(9,10) con los solteros en posición intermedia. Los viudos/as recientes parecen ser un grupo en especial riesgo de enfermar, tanto psíquica (depresiones) como físicamente⁹.

Algunos autores refieren que a mejor nivel ocupacional, menor riesgo de enfermar. Los desempleados, especialmente los cesantes y jubilados recientes, están en especial riesgo, así como las mujeres de edad media de la vida, en el momento en que los hijos adolescentes crecen y ya no les toma

tanto tiempo preocuparse del hogar: es el llamado "síndrome del nido vacío".^(9,10). En la muestra elegida predominaban las personas con vínculo laboral.

Las estadísticas médicas plantean que la depresión será una de las pandemias del siglo XXI, asociada a una carga importante como factor de riesgo para las llamadas enfermedades crónicas no transmisibles y las oncológicas. Si grave es la depresión severa por las implicaciones para la vida del paciente, no menos lo es la leve, que se manifiesta de forma solapada y muchas veces le es difícil su reconocimiento por quien la padece y los demás. Inicialmente no limita las actividades de la vida diaria y se asocia mucho a molestias físicas que son tratadas sin sospechar muchas veces que su causa es un cambio en el estado anímico de la persona.

Se asoció de edad con la intensidad de la depresión de los pacientes, y se encontró una alta significación estadística en relación con la edad y la intensidad del síntoma, habiendo un predominio para la depresión de intensidad leve, en el grupo de 18 a 39 años, y moderada para los mayores de 40 años. Este resultado concuerda con la literatura revisada que registra que la intensidad de la depresión, aumenta con la edad. En cuanto al sexo predominaron los cuadros leves en las féminas, en las mujeres resultado que coincide con datos epidemiológicos que señalan la prevalencia de 2:1 de depresión entre mujeres y hombres⁽²⁰⁾.

Mirowsky (1996), en un análisis de tres estudios que en total recogen datos de más de 15 000 personas, dos de los cuales eran con muestras nacionales de Estados Unidos, encontró que las diferencias en depresión entre mujeres y hombres aumentaban en la edad adulta, cuando las mujeres y los hombres experimentan las diferencias en estatus debidas al género. Este autor informa que, pese a los cambios en las vidas de las mujeres en las últimas tres o cuatro generaciones, no ha encontrado indicios claros de que estén desapareciendo las diferencias de género en depresión, porque, pese a los cambios, continúan las desigualdades en poder y autonomía, en casa y en el trabajo, así como en las responsabilidades familiares y del cuidado del hogar,

lo que explicaría que persistan las diferencias en depresión en función del género.

Por otra parte la ansiedad es una respuesta emocional compleja que resulta de la interacción entre factores individuales y situaciones específicas. De estos factores individuales podemos mencionar el sexo y la edad que fue objeto de análisis en el estudio. Se encontró una alta significación estadística en relación con la edad y la intensidad el síntoma habiendo un predominio para la ansiedad e intensidad leve en los pacientes en entre 18 a 39 años.

Las mujeres se encontraban en edad reproductiva, con una alta significación estadística en relación con la edad y la ansiedad lo que se corresponde con estudios realizados que refieren, que las mujeres en edad reproductiva son más vulnerables a desarrollar trastornos de ansiedad que los hombres, aproximadamente entre 2 a 3 veces más^(11,21,22).

En el estudio encontramos predominio de ansiedad y depresión de leve intensidad, lo que corresponde con los pacientes que ingresan el hospital de día, además de confirmar la hipótesis que no hay ansiedad sin depresión ni depresión sin ansiedad, resultando ser trastornos comórbidos.

ANÁLISIS DEL GRUPO FOCAL

Al preguntar a los pacientes del grupo focal, sobre que entendían por género, la mayoría de los individuos manifestaron que cuando se habla de género se hace referencia al sexo femenino o masculino, enunciando las características físicas y fisiológicas que los definen y diferencian. *F 25: "es una clasificación..."*, *F 31: "característica fisiológica de las personas"*; *F 40: "fisiológicamente son diferentes..."*

Otros se refirieron a la orientación sexual de la persona como lo que conceptualizaba al género. *M 28: "hace alusión a las preferencias sexuales, bisexuales, heterosexuales, masculino o femenino"*, *F 20: "identifica las distintas tendencias que tienen las personas ante la sexualidad"*.

No pareciéndose o identificándose por parte de los pacientes la relación entre este concepto y significación social, que ya que define las características impuestas desde lo social a los sexos y no tiene relación con la orientación sexo-erótica.

Ante el planteamiento de: ¿Qué entiende usted por sexo? Los entrevistados respondieron mayoritariamente refiriéndose indistintamente a los órganos genitales, aparato reproductor femenino y masculino, como al acto sexual entre las personas. F 20: *"momento de estar con otra pareja..."*; F 60: *"desde una caricia un beso, no tiene que existir penetración"*; M 53: *"es cuando hacemos el amor con otras personas"*; M 48: *"se refiere a nuestros órganos genitales..."* Lo que permite concluir que el tema sexo siempre es biológico pero lo mezclan con las relaciones coitales utilizando la palabra como sinónimo.

Al indagar si consideran iguales a los hombres y las mujeres la mayoría de los encuestados respondió que son diferentes físicamente y abundaron en que además de lo físico se diferencian por otras cualidades, capacidades y desde el punto de vista social. Refiriéndose al concepto de género y a las diferencias marcadas por esto entre los sexos, a pesar de no identificar correctamente al inicio que es el género como concepto. M 60: *"son iguales porque a pesar de tener aspecto físico diferente, tienen la misma capacidad de realizar esfuerzo físico"*; F 50: *"las mujeres hacen las mismas cosas socialmente que los hombres"*; M 24: *"la sociedad marca a la mujer como diferente"*; F 31: *"las mujeres son más inteligentes que los hombres"*; F 25: *"las mujeres son emocionalmente más consistentes que los hombres"*; M 53: *"...no son iguales física ni mentalmente"*

Argumentando como causas de estas diferencias a las puramente naturales, a factores sociales, culturales y religiosos: F 20: *"al machismo"*; F 60: *"a la sociedad cultura y religión"*; M48: *"la naturaleza nos hizo distinto"*; M 35: *"el aparato reproductor de cada sexo es diferente"*

Ante la pregunta: ¿Qué entiende usted por ansiedad" los encuestados en su mayoría se refirieron a los síntomas y signos objetivos y subjetivos que se presentan en las personas cuando tienen este trastorno no identifican su significado desde lo conceptual:

F 25: *"... es un estado de ánimo poco controlable, como un susto en el corazón"*; F 31: *"intranquilidad, sensaciones que te dan desespero, irritabilidad, salto en el estomago..."*; M 28: *"querer algo que está al alcance de uno y no quererlo a la vez"*; M 24: *"es la sensación de sentirse nervioso"*

desesperado, con temblor por dentro, obstaculizado” , M 60: “tomar agua a cada rato e ir al baño muchas veces”

Por lo planteado anteriormente al preguntar: ¿Cómo sienten ustedes la ansiedad? las respuestas planteadas fueron similares:

F 40: “nerviosismo por dentro, taquicardia, caída del pelo, temblor en las manos fuera de lo normal”; F 25: “no poder estar sentada, no poder dormir”

Así mismo afirmaron como causa de ansiedad que esta puede presentarse por factores económicos, cuando se necesita encontrar respuestas que no aparecen o por falta de recursos para enfrentar circunstancias, sobre esto expresaron:

M 53: “encontrar respuestas que no logro encontrar”; F31: “situaciones que no sé cómo voy a enfrentar”; F 20: “cuando espero algo y no sucede, y tengo pensamientos negativos”; F 50: “la necesidad de hacer algo constantemente, Ej.: carteras”; F 40: “la ansiedad la crea uno”; M24: “no tener dinero, la soledad”

Cuando se les cuestionó si la ansiedad se comportaba para ambos sexos de igual forma los entrevistados respondieron afirmativamente ya que consideran que ambos pueden presentar el trastorno independientemente del sexo al que pertenezcan. Pero agregaron que para ellos lo que cambia es el comportamiento para liberar la ansiedad: Mostrando que las diferencias genéricas influyen en las manifestaciones clínicas desde su expresión. *F 31: “la ansiedad no tiene sexo”; F 20: “las mujeres y los hombres creo tienen los mismos síntomas, pero se comportan diferentes, los hombres se ponen a tomar alcohol, y las mujeres aumentan las tareas del hogar (limpieza)”²³.*

Cuando se abordó el tema de entendían por depresión, similar a sus respuestas sobre ansiedad respondieron refiriéndose mayormente a los síntomas objetivos y subjetivos que manifiestan las personas ante situaciones específicas, pero reconocieron que esta respuesta no es favorable o normal:

F 25: “es un estado de ánimo”; F 60: “pérdida de la autoestima, llanto fácil, irritabilidad, no tener deseos de hacer nada”; F 31: “temor, tristeza, pensamientos negativos”.

Sobre como sienten la depresión algunas de sus respuestas fueron: F 40: *"falta de apetito, angustia, deseos de estar sola"*; M 48: *"deseos de que el tiempo pase, deseos de morir"*; F50: *"lloro mucho, me siento muy triste y creo que es algo que no va a pasar nunca"*.

Sobre las causas de la depresión, además de referirse a factores comunes con la ansiedad, mencionaron en varias ocasiones "las pérdidas": M 60: *"las circunstancias con las que no se lidió y que no se resuelven"*; M 28: *"la falta de dinero"*; F 50: *"la ausencia de mi hija que se fue del país"*; F 31: *"mi esposo me dejó por otra mujer"*; F 25: *"cuando las cosas no me salen como yo quiero"*

La ansiedad y la depresión están relacionadas con elementos de la vida cotidiana, el modo de enfrentarlas, las características del ambiente, apoyo social, así como situaciones mantenidas que generen estrés, donde hay agotamiento de los recursos psicológicos de las personas. Las circunstancias económicas y sociales en crisis o de mucha inestabilidad son reconocidas como causa de ansiedad y depresión, llegando incluso a generar aumento del suicidio como expresión máxima de una conducta desesperada en una persona con sintomatología similar ⁽⁶⁶⁾.

Ante la pregunta de si: ¿La depresión se comporta por igual para mujeres y hombres? Todos los participantes respondieron que si, e igualmente mencionaron diferencias comportamentales en respuesta a los síntomas ya que refieren que los hombres lo demuestran menos. Mostrando que las manifestaciones genéricas influyen en las manifestaciones clínicas desde su expresión.

Todos los entrevistados opinaron que de ambos síntomas (ansiedad y depresión), el más frecuente es el de ansiedad, tanto en la población en general como en ellos.

Así mismo todos coinciden en que estos síntomas interfieren en la función sexual afectándola de forma negativa para la mayoría; muchas veces anulando la relación coital y si se produce haciendo que no sea placentera, solo una encuestada se refirió de forma positiva refiriendo: F 25: *"Hacer el amor me ayuda a liberar mi ansiedad"*.

Otros refieren:

M 24: "cuando me siento mal no tengo deseos de tener sexo"; F 40: "al estar con síntomas mis relaciones sexuales no eran satisfactorias, creo que por esto mi esposo me dejó"; M 35: "cuando estoy ansioso, me demoro mas en llegar al orgasmo" ⁽²⁴⁾.

Como parte de los temas a tratar en el grupo focal estuvo el de la respuesta sexual humana con sus fases como otros de los muchos aspectos que aborda esta investigación. Ante la pregunta: ¿Qué es para usted el deseo sexual? Los entrevistados se refirieron en su totalidad a que *"es principalmente la atracción que sienten hacia otra persona y a que esta varía dependiendo de la edad y del estímulo"*. Otras opiniones fueron: *F 31: "atracción hacia otra persona"; F 25: "siento el deseo como algo natural sin necesidad de ver a alguien"; M 24: "algo incontrolable que depende del estímulo"*

No hubo referencia en sus interpretaciones a que el deseo tiene componentes biológicos (cerebrales y hormonales) psicológicos (emocionales y cognitivos) y sociales, ni a que el deseo las incite a buscar relaciones o experiencias eróticas ⁽²⁵⁾.

Ante la interrogante de si: ¿es lo mismo deseo que interés sexual? Todos los entrevistados respondieron que los dos términos, se refieren a lo mismo no haciendo distinciones entre ambas. *F 60: "las dos son sensaciones iguales"; M 48: "el deseo es la atracción por otra persona"*

En el grupo no distinguen entre el deseo que es el conjunto de sensaciones psicológicas que llevan al individuo a pensar en sensaciones eróticas en experiencias o relaciones y demostrar interés sexual que puede o no derivarse del deseo.

En otro orden, al ser interrogados sobre si ¿hay diferencia entre el hombre y la mujer en cuanto al interés sexual? los individuos respondieron mayoritariamente que si existen diferencias que vienen dadas por las circunstancias: emocionales, económicas, y sociales que afectan más a la mujer que al hombre, otros se refirieron a sus particularidades individuales:

F 20: "es igual para los dos tanto para el hombre como para la mujer"; F 31: "si hay diferencias ya que en la mujer inciden más aspectos que intervienen en

el interés”: F 25:” es igual para los dos, la que está mal soy yo” M 60:” el hombre tiene más interés sexual que la mujer”

Creemos que las respuestas obtenidas ante esta interrogante vienen dadas porque si bien el apetito o el interés sexual está presente en ambos sexos, se describen diferencias cualitativas en cada uno, ya que en el hombre cuando se presenta va seguido de respuestas y necesidades fisiológicas que persiguen un fin (la penetración, obtención del orgasmo y su satisfacción en tanto la mujer puede desear la actividad erótica (acariciar, ser acariciada) sin necesidad de llegar a otros resultados. La sexualidad abarca una amplia gama de actividades sexuales y dimensiones de expresión que dan placer, inclusivas estas o no del coito; que involucran otros aspectos como son la comunicación, la intimidad, la autoestima y el erotismo y que pueden proporcionar vías para sentirse saludables como expresión del bienestar de la persona ^(25,26).

Esta forma diferente de respuesta sexual parece tener un origen tanto biológico como psicosocial y además tener una base genética. No debemos olvidar tampoco que por lo menos en nuestro medio es común que los hombres asuman el papel de machos que tienen que estar siempre dispuestos a tener sexo ante cualquier preocupación aun sin quererlo realmente, en tanto que la mujer puede ser más selectiva y responder ante la provocación positiva o negativamente si así lo desea porque los estereotipos sociales no la obligan a ello.

Ante la pregunta: ¿Qué entiende usted por excitación sexual? Las entrevistadas respondieron que esta consiste fundamentalmente en los cambios que se operan tanto a nivel mental como en el cuerpo desde el punto de vista fisiológico.

F 25:” suspirar, cambios en el calor del cuerpo, sensación de gran placer y felicidad”; M 28:” cuando hay erección”; F 50:” el estado físico que viene por un proceso químico”

En este caso los entrevistados si bien no abundan en los cambios fisiológicos ni en los mecanismos neurológicos (centrales y periféricos) y vasculares que intervienen en la respuesta, si están conscientes de que la excitación es la manifestación biológica que generalmente siguen al deseo.

Al indagar sobre la opinión acerca de ¿si consideran que la excitación sexual se mantiene igual durante todo el acto sexual? La gran mayoría argumentó *"que va en aumento para disminuir cuando se termine la actividad sexual"* y otros respondieron que *"está sometido a variaciones según fuera afectado o no por factores circunstanciales"*. M 28: *"aumenta y luego para cuando s termina"*, F 25: *"varia y cambia según las circunstancias"*

Esto corrobora la opinión que existe de que la excitación ocurra como respuesta a estímulos eróticos mentales corporales o a una combinación de ambos, estos estímulos pueden ser múltiples y varían entre uno y otro sexo y de una persona a otra pudiendo diferir en un mismo individuo según los momentos y las circunstancias en que ocurre, con una durabilidad también variable⁽²⁶⁾.

Con respecto a si ¿es igual la excitación en el hombre y en la mujer? Obtuvimos variedad de respuestas, refiriéndose a las diferencias entre ambos, fisiológicas, psicológicas y socioculturales que determinan su expresión y duración.

F 31: *"depende de la personalidad, de las fantasías, de sus tabúes"*; M 35: *"en el hombre se ve más y la mujer se controla más"*; F 20: *"somos capaces de alcanzar los mismos niveles de excitación"*.

Las expresiones de los participantes se concretan a reafirmar o no, la idea de que el mecanismo de excitación difiere entre ambos sexos sin explicarse las complejidades intrínsecas del fenómeno cuya finalidad consiste en la erección del pene en el hombre y la preparación de la vulva la vagina y el útero en la mujer. En lo que la mayoría está de acuerdo es en que los niveles máximos de excitación se alcanzan en la mujer más lentamente que en los hombres ya que ellas en general necesitan un mayor contacto físico, mas caricias, y mas intimidad para lograrlo, sin que resulten menos excitables, por eso lo que varia es la forma de responder al estímulo y no la intensidad de la excitación como tal.

Al indagar sobre si ¿la intensidad de la excitación se relaciona con la intensidad del deseo todos los individuos coincidieron en que esto es lo que sucede generalmente:

F40: "la intensidad de la excitación tiene estrecha relación, a mayor deseo, mayor excitación"; M 53: "el deseo y la excitación se relacionan proporcionalmente, a mayor deseo mayor excitación."

Los individuos se han referido en este asunto a que si el deseo sexual es la experiencia mental de la respuesta sexual, la excitación es la manifestación biológica que generalmente sigue al primero existiendo una relación directamente proporcional entre ambos. Lo cual concuerda con los estudios realizados de varios autores: Para Kaplan (1982) el deseo sexual es un " (...) apetito o impulso producido por la activación del sistema neural específico en el cerebro (...) Es vivenciado como sensaciones específicas que mueven al individuo a buscar experiencias sexuales o a mostrarse receptivos a ellas" ⁽²²⁾. Luján, 2007 afirmó: *"Si no existe el deseo es difícil pasar a otras fases de la respuesta sexual como la excitación y el orgasmo"*. La imbricación entre las fases es tal que cuando una de estas está afectada se manifiesta en el funcionamiento de las demás⁽²⁷⁾. Más acertado, por tanto, resultó el modelo de respuesta sexual introducido por Schnarch, quien estableció que la respuesta sexual no se puede representar en una curva de dos ejes sino de tres. Es decir, el deseo ocuparía un eje zeta tridimensional, o expresado menos geométricamente, cuando hay excitación también existe deseo (eje z) y cuando estamos en la meseta o el orgasmo, el deseo persiste. A veces, es posible mantener el deseo inmediatamente después o durante la resolución, especialmente en mujeres ⁽²⁸⁾.

Así mismo al preguntar sobre ¿qué entienden por orgasmo? Todos en términos generales se refieren a que es la culminación del acto sexual describiendo sobre todo el placer que sienten durante el mismo:

M 35: "satisfacción plena de la relación sexual"; F40: "sensación plena de la relación sexual"; M 60: "es un estado mental más que eyacular".

Enfatizan que el orgasmo es una experiencia subjetiva muy personal y placentera, en el cuerpo, libera de golpe toda la tensión sexual acumulada. Es difícil cuando hay referencias a estos temas que haya una identificación de los mecanismos intrínsecos, en ocasiones muy importantes para que se produzcan las respuestas, que son puramente biológicos que no son necesarios conocer

para la comprensión de los aspectos que se analizaron en esta investigación, como se ha podido constatar a lo largo de los resultados y su discusión. Reafirmandose la complejidad de la sexualidad y la intervención de disimiles aspectos en ella y en la respuesta sexual humana como un elemento particular.

Al preguntar si es diferente el orgasmo femenino del orgasmo masculino la gran mayoría de los encuestados respondieron que *"no es diferente"*. Algunos refirieron que eran diferentes las condiciones creadas o necesarias para llegar al mismo. Se identifico una vez más la responsabilidad que se le da al hombre desde lo social con la calidad del acto sexual y la satisfacción de la mujer, F: 31 *"... los hombres no le dan a las mujeres la preparación necesaria"*.

Se refirieron a la subjetividad de los eventos, en los hombres se puede describir un patrón físico y psicológico del deseo, de la excitación, eyaculación y orgasmo prácticamente similar para todos, con pocas variaciones personales. En la mujer no solo las respuestas fisiológicas son responsables del orgasmo y la percepción del mismo, sino que en ellas los factores personales y las influencias sociales hacen que la producción y las vivencias del orgasmo sean diferentes y particulares para cada una ^(25,29). En relación a si existe conexión o vínculo entre satisfacción sexual y cercanía emocional, la mayoría del grupo respondió que no guardan relación directa y una minoría respondió que por lo menos debía existir el gusto por la pareja.

F: 20 *"puede existir un buen acto sexual aunque lo realice con un desconocido"*; M 53: *"yo tengo que conocerla y tener sentimientos para que me sea placentero el acto sexual"*; M35: *"no tiene que haber cercanía emocional, puedo tener relaciones sexuales, con alguien que me atraiga físicamente"*.

Si bien la satisfacción sexual es predominantemente subjetiva, por las múltiples y variadas formas de obtener placer sexual, es real que esta puede obtenerse sin que exista cercanía emocional entre los individuos de la pareja. Pero cuando está presente o al menos cierto nivel de empatía y conocimiento de los gustos "del otro" es más probable se obtenga más placer y así mismo, más satisfacción.

Al abordar la pregunta de ¿Qué es satisfacción sexual? Las respuestas fueron variadas siempre expresando las vivencias personales que individualizan este aspecto de la vida sexual de las personas.

F 40: "es el sentimiento en que tú dices: no tuve orgasmo pero la pase bien";

M 53: "satisfacer a mi pareja y luego yo"; F 25: "llegar al orgasmo de la forma que sea pero llegar".

El reconocimiento de las variadas formas de obtener placer y sentirse plenos en la experiencia sexual, desde los besos y caricias, los masajes, la penetración o no, las relaciones coitales con sus diferentes variantes, visto el placer como un derecho de sexual y humano, respetando los gustos y vivencias que expresan la diversidad e individualidad de la sexualidad como componente de la personalidad.

Sobre si ¿iniciar la relación sexual sin deseo produce insatisfacción sexual? Respondieron en su mayoría que no, identificaron que la falta de deseo sexual viene dada por cansancio, estrés, y monotonía en la relación.

F50: "cuando estoy pensando en otra cosa no siento deseos ni placer en la relación"; M48: "a veces no tengo deseos pero durante el juego amoroso me éxito y logro placer"

Existe concordancia en el orden de que la función sexual "normal" debe transitar por el cielo de deseo, excitación, orgasmo y resolución, y que en la medida en que es mayor el deseo proporcionalmente serán la excitación y la intensidad del orgasmo, permitiendo al final una sensación de felicidad u plenitud, pero no se puede dejar de tener en cuenta que otros pueden ser los caminos, sin deseos se puede iniciar una relación y este aparecer mediante caricias, besos, y desarrollo de fantasías eróticas, aumentando el deseo y transitando la relación aun desenlace de felicidad y plenitud.

Por último se valoró con los pacientes que conformaron el grupo focal si era igual la significación de una disfunción sexual para mujeres y hombres. Respondiendo de forma mayoría que no, es mas M 53 "es destructivo para un hombre, problema con erección pone triste a cualquiera"; F 40 "las mujeres la pasan mejor y pueden disimular mas lo que les pasa, creo que igual se ponen triste pero significa otra cosa".

Estas respuestas los reafirman de la diferencia desde el imaginario social y la construcción de género que aun se le da la actividad sexual para hombres y mujeres, donde la erección juega un papel importante para el hombre y es símbolo de su masculinidad no solo física sino psicológica. A la mujer se le propone un papel más pasivo y privado del placer. De todas formas consideramos que estas reflexiones no son concluyentes y también hay una identificación de la transición en los conceptos y los elementos que caracterizan al género y la sexualidad, lo cual tal vez responda a la evolución socio-histórica de los hombres y su valoración de la realidad que lo circunda.

Conclusiones

- 1.- Desde la perspectiva de género la significación es diferente, pero no fue identificado como elemento que influya en la función sexual.
- 2.- Los síntomas de ansiedad y depresión de leve intensidad estuvieron presentes de forma simultánea en el grupo de estudio.

Bibliografía.

1. OPS/OMS. Promoción de la salud sexual. Recomendaciones para la acción. Mayo 2007.
2. Masters W. Johnson V. La Respuesta Sexual Humana Ed. Científico Técnica 1987.
3. Master W, Johnson E, Kolodny R. La sexualidad humana. La Habana: Editorial Científico-Técnica, 1987:90-106.
4. Kaplan H. La nueva terapia sexual. Editorial Alianza. S.A. Madrid .1986.33.
- 5 Cabello F, Lucas M. Manual medico de terapia sexual. Ed. Psimatica. España 2002.47-73
6. CIE-10: Clasificación internacional de trastornos y enfermedades. La OMS. 1992.
7. Otero AA y col. GC-3. Glosario Cubano de psiquiatría. Hospital Psiquiátrico de la Habana.2001
8. DSM-4: Manual diagnostico y estadístico de los trastornos mentales. Ed. Mason, Barcelona, 1995.
9. DSM-V Manual diagnostico y estadístico de los trastornos mentales. Copyright © 2014 Asociación Americana de Psiquiatría.

- 10.** Masters W H, Johnson VE. Human sexual inadequacy. Boston, Mass: Little, Brown; 1970.
- 11.** Más Fisiología de la respuesta sexual femenina. En. Disfunción sexual femenina. Consenso de grupo de expertos. Guía clínica de AEEM. AEEM-SEGO: Barcelona.2006; 23-29.
- 12.** Baca E. Trastorno de ansiedad generalizada en psiquiatría.Segundaedición. Editores. Alarcon.R, Maszoti.G, NicoliniH. Ed. Manual moderno. OPS.2005
- 13.** Dun KM, Croft PR., Hackett GI. A study of the prevalence and need for health care in the general population. FamPract 1998; 15:519-24.
- 14.** Laumann EO, Park A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States: Prevalence and predictors. JAMA 1999; 281: 537- 44.
- 15.** Hernández CC. Conocimiento, aptitudes y prácticas ante el diagnóstico de la depresión en dos áreas de salud del municipio Marianao. Tesis de maestría en Psiquiatría Social. Facultad "Comandante Fajardo". Rev. Med General Integr. 2000:8-15.
- 16.** .Rojtenberg S, Moreno F. Trastornos depresivos monopoles. En Psiquiatría 2da edición. Editores. Alarcón. R, Mazzotti G, Nicolini H. Ed. Manual Moderno. México. OPS. 2005; 431-432.
- 17.** Arce S. Inmunológica Clínica y estrés. En busca de la conexión perdida entre el alma y el cuerpo. Editorial de Ciencias Médicas. Cuba. 2007; 106-108.
- 18.** Castro Espín M., Tesis para la obtención del grado científico de Doctora en Ciencias Sociológicas.2014.
- 19.** Lief H. Razones por las que los profesionales de la salud deben recibir educación sexual. En: Green R. Methodology in Sex Research. Departamento de Sanidad y servicios Humanos de los EUA. ([ADM]. 80-766
- 20.** World Health Organization. Gender differences in the epidemiology of affective disorders and schizophrenia. Geneva: World Health Organization; 1997.
- 21.** Navarro Despaigne DA, Duany Navarro A, Pérez Xiques T. Características clínicas y sociales de la mujer en la etapa climatérica. Rev Cubana Endocrinol. 2002;(7)1.

22. Min K, O'Connell L, Munárriz R, Huang YH, Choi S, Kim S. Sex steroid hormone modulation of the sexual function in the female rabbit model. Female Sexual Function Forum: Boston 2001
- 23.** Matud M.P, Guerrero K, Matías R.G. Relevancia de las variables sociodemográficas en las diferencias de género en depresión (Universidad de La Laguna, España) (Recibido 29 de noviembre 2004/ Received November 29, 2004) (Aceptado 6 de abril 2005 / Accepted April 6, 2005)
- 24.** Kinsey, A., Pomeroy, W. B. y Martin, C. E. (1949). Conducta sexual del varón. México D. F.: Interamericana. Lawrance, K. y Byers, E. S. (1995). Sexual satisfaction in long-term heterosexual relationships: The interpersonal exchange model of sexual satisfaction. *Personal Relationships*, 2, 267-285.
- 25.** Castillo Cuello JJ. Discapacidad y sexualidad. Un acercamiento al diagnóstico y su atención. Ed. CENESEX. 2006. 60-6
26. Torres B, Alfonso A; Gutiérrez C. La sexualidad como expresión de la calidad de vida de la persona ERC. En: Salud, malestares y problemas sexuales. Textos y Contextos. I Consenso de Enfermedades renales y sexualidad. Vol. IV. Editorial CENESEX, 2015. 15, 158.
27. Luján, M. (2007). *Pérdida del deseo sexual*. Artículo consultado en Rev. *De domingo para toda la familia*. Consultado en febrero, 26, 2009 en <http://www.lostiempos.com>.
- 28.** Cabello, F. (2007) *Tratamiento del deseo sexual hipoactivo de la mujer*. Instituto Andaluz de Sexología y Psicología. Málaga. España. Consultado en noviembre, 23, 2008 en <http://www.doyma>
- 29.** Ortega J. Estrés y sexualidad. En: Salud, malestares y problemas sexuales. Textos y Contextos. Vol. III. Editorial CENESEX, 2014. 149-59.