

Algunas variables relacionadas con la salud sexual en el municipio Cienfuegos: resultados de una consulta de orientación y terapia sexual en el periodo 2012 – 2017.

MSc. Alain Darcourt Rodríguez, Dr Luis Alberto Mass Sosa, Dra Julia Cruz Navarro

«la sexualidad tiene tanto que ver con las palabras, las imágenes, los rituales y las fantasías como con el cuerpo. Nuestra manera de pensar en el sexo modela nuestra manera de vivirlo»
Jeffrey Weeks

Introducción

Cada día aumenta el reconocimiento de que la salud sexual es un componente fundamental de la salud y el bienestar generales, y que por lo tanto, el funcionamiento sexual adecuado debe considerarse como un aspecto legítimo y primordial de la salud. No obstante, casi todas, cuando no todas, las culturas en todo el mundo se han mostrado renuentes a reconocer abiertamente a la función sexual como un asunto legítimo de salud, aun cuando nuestra comprensión médico/científica de la salud y la sexualidad ha progresado enormemente, en particular durante el último siglo. En otras palabras, aunque nuestra comprensión de la función sexual y del papel que desempeña en el funcionamiento general tanto individual como de las relaciones y la felicidad ha evolucionado, nuestra integración de la función sexual en el ámbito más amplio de la salud ha quedado a la zaga a nivel del discurso social, de salud pública y político.

El vínculo entre la función sexual y la salud y el bienestar general está claro, las disfunciones sexuales están firmemente correlacionadas con otras condiciones de salud. Los problemas sexuales tienen una repercusión negativa evidente tanto sobre la calidad de vida como sobre el estado emocional, sea cual fuere la edad de la persona, y un acercamiento detenido puede revelar además la existencia de factores de riesgo afines como la hipertensión, la diabetes, y la hiperlipidemia;

hiperprolactinemia y nivel bajo de testosteronaséica, niveles bajos de estrógeno o testosterona séricos; trastornos vaginales o pelvianos.

La prevalencia de las preocupaciones, los problemas y las disfunciones sexuales depende mucho de la definición utilizada y de las metodologías empleadas para evaluarlos. A menudo, la falta de información exacta sobre aspectos de la sexualidad conduce a la incertidumbre y ansiedad que pueden tener repercusiones graves sobre la autoestima, la identidad, la salud mental y sexual, el bienestar y la capacidad para participar en las relaciones íntimas. La mayoría de estas preocupaciones podrían ser tratadas por medio de la educación sexual integral u otros foros para suministrar información básica que disipe los mitos y la información incorrecta. Aunque en algunos casos, no basta con suministrar información objetiva debido a que las preocupaciones quizá sean sintomáticas de ansiedades y temores subyacentes más profundos, o a modos de pensar y actuar productos de una socialización inadecuada en materia de sexualidad. (Nicolosi, Laumann, Glasser et al., 2004; West, Vinikoor y West, 2004)

Varias definiciones tanto para la función como para la disfunción sexual pueden encontrarse en la bibliografía médica sobre sexología. No obstante, hay un consenso generalizado de que el funcionamiento sexual adecuado consta de cuatro etapas básicas, a saber: el deseo, la excitación, meseta y el orgasmo. Por lo tanto, la disfunción sexual puede definirse, al menos en parte, como una deficiencia o trastorno en una de estas etapas (Winze y Carey, 2001; Lewis, Fugl-Meyer, Bosch, Fugl-Meyer, Laumann, Lizza y Martín-Morales, 2004)

Un examen de los datos epidemiológicos existentes indica que cerca de 40 a 45% de las mujeres adultas y 20 a 30% de los hombres adultos tienen al menos una disfunción sexual (Lewis, Kersten, Fugl-Meyer, et al., 2004; Nicolosi et al., 2004).

Los trastornos sexuales se clasifican generalmente en parafílicos y no parafílicos (Coleman, 1991). Las parafilias están clasificadas claramente en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la American Psychiatric Association DSM-IV (APA, 2000), sin embargo, Money (1986) había identificado más de 40 tipos diferentes de parafilias. Estas se caracterizan por una preocupación obsesiva con un comportamiento sexual socialmente poco convencional que incluye

a objetos no humanos, a niños o a otras personas que no pueden expresar su consentimiento, o el sufrimiento o la humillación de uno mismo o de su pareja. Estos comportamientos también son considerados por la mayoría de las personas como socialmente anómalos. Por su naturaleza, el comportamiento parafílico interfiere con la sensación de bienestar de una persona y su capacidad para tener o forjar relaciones de amor recíproco. Hay una falta de datos epidemiológicos sobre la prevalencia de los trastornos parafílicos; sin embargo, están bien reconocidos como síndromes clínicos y algunos de ellos originan violencia sexual, abuso e interferencia en las relaciones íntimas. (APA, 2000; Miner y Coleman, 2001).

Así mismo, hay un reconocimiento cada vez mayor de que hay otro conjunto de trastornos sexuales similares a las parafilias que se refieren a comportamientos sexuales convencionales, pero que de igual manera incluyen fantasías que causan excitación sexual, deseos sexuales y comportamientos que causan dificultades clínicamente significativas en el funcionamiento social, ocupacional, o en otras áreas importantes, (Coleman, Raymond y McBean, 2003). El comportamiento sexual compulsivo por vivenciarse fuera de control puede ocasionar problemas de índole disfórico personal y/o social (Kalichman y Rompa, 1995; 2001; Miner, Coleman, Center, Ross y Rosser, 2007; Reece, Plate y Daughtry, 2001). Numerosos autores destacan que independientemente de que el comportamiento sexual compulsivo sea parafílico o no parafílico, estos problemas están asociados con muchos otros trastornos psiquiátricos concomitantes y están vinculados con problemas de salud sexual en particular con las infecciones de transmisión sexual, la violencia y el abuso sexuales. (Black, Kehrberg, Flumerfelt y Schlosser, 1998; Kafka, y Prentky, 1994; Raymond, Coleman, Ohlerking, Christenson y Miner, 1999).

Finalmente, a pesar de los avances internacionales hacia la despatologización de los mal llamados trastornos de identidad de género, debemos mencionar un tipo de problema de salud sexual relacionado con ellos. Sentirse bien con el género propio es un requisito necesario para la salud y el bienestar sexuales. Las personas que no se sienten bien con su identidad de género o sufren de disforia relacionada con los conflictos en su construcción y reconocimiento, por lo cual están expuestas a un riesgo alto de consecuencias negativas para la salud sexual. Tal como, el acceso al

tratamiento, el costo del tratamiento, las terapias ofrecidas y las actitudes sociales hacia las personas de género variable y los profesionales que prestan servicios de atención difieren ampliamente de un lugar a otro.

La educación y el tratamiento eficaz de las preocupaciones, los problemas y las disfunciones sexuales también aparece atravesada por las nociones culturales, mitos, prejuicios, creencias no científicas, están latente en las mentes de los propios profesionales dedicados a ello, y termina orientando su abordaje, esta carencia se siente en todo el mundo. La evaluación breve de las preocupaciones, los problemas y la disfunción sexuales puede y debe convertirse en un componente común de la evaluación general de salud y el proveedor de atención de salud debe invitar y alentar a las personas a que hagan preguntas sobre estos temas. (Ojomo, Thacher y Obadofin, 2006), (Sidi, Puteh, Abdullah y Midin, 2006) y Ecuador (Yáñez, Castelo-Branco, Hidalgo y Chedraui, 2006)

Existen diferentes modelos teóricos utilizados para explicar el significado de la sexualidad humana. El Dr. Eusebio Rubio, elaboró la propuesta del «Modelo Holónico de la Sexualidad », en el cual propone que la sexualidad humana se puede asimilar como un sistema conformado por diferentes subsistemas u holones, los cuales coadyuvan en la conformación de la sexualidad de todos los seres humanos. La teoría de los holones sexuales ayuda a comprender cómo está organizada la sexualidad humana y refiere que está compuesta por el holón del género, el de la vinculación afectiva el del erotismo y el de la reproductividad, todos ellos tienen un componente biológico, psicológico y social.

La psicoterapia sexual es el nombre de una serie de procedimientos que tienen por objetivo la modificación y remoción de los procesos psicológicos que generan problemas sexuales. Como su nombre indica, se inscribe en el marco de las psicoterapias, compartiendo con ellas muchos aspectos en común, pero diferenciándose en varias de sus técnicas específicas y en el hecho de que el énfasis del trabajo se centra en la sexualidad. La serie de técnicas agrupadas bajo este rubro se originaron en el tratamiento de las disfunciones sexuales y continúan como las condiciones clínicas para las cuales la psicoterapia sexual resulta utilizada con más frecuencia. Con los años, el uso de estas técnicas se ha extendido a otros

problemas sexuales y, de la misma forma, el arsenal del psicoterapeuta sexual ha sido enriquecido con estrategias que tienen utilidad en el tratamiento de otros problemas de esta naturaleza, como las parafilias, los problemas consecuencia de la violencia sexual, la conducta sexual compulsiva y los problemas de identidad sexual.

El método terapéutico parte de la elaboración de una hipótesis de esa estructura sexual. A fin de representar las diversas formas en que el proceso de integración sexual tiene lugar, deben esclarecerse los diversos patrones de organización del sistema sexual mediante identificar las características del mismo que con mayor frecuencia están presentes en las personas que desarrollan problemáticas sexuales, en particular disfunciones. Dos de las dimensiones en las que la estructura sexual se organiza son de particular relevancia en la práctica de la psicoterapia sexual: el nivel de desarrollo de cada holón y la presencia de conflicto entre los diversos componentes del sistema sexual.

A diferencia de otros modelos de terapia sexual, en donde las intervenciones o tareas a realizar en casa están predeterminadas en una secuencia diseñada en función del tipo de disfunción del que se trate, la secuencia de intervenciones en la psicoterapia sexual estructural estratégica son diseñadas de manera gradual y cuidadosa, caso por caso, con la información sintetizada en la hipótesis de estructura sexual y el conocimiento del posible efecto de las diversas técnicas — tanto del tipo de las tareas sexuales tradicionales como de otras acciones dirigidas hacia holones sexuales distintos al erotismo, como las técnicas psicoterapéuticas más tradicionales (p. ej., interpretación, confrontación y otras) que se intenta lograr con el proceso terapéutico. (Rubio, E; 1994, 2008)

Aunque el tratamiento basado en evidencia para los trastornos sexuales suele considerarse que no está bien establecido. Sin embargo, hay suficiente orientación basada en la extensa experiencia clínica. (Bradford, 2000; Coleman, Raymond y McBean, 2003). La Terapia estructural sistémica de Eusebio Rubio constituye uno de los pocos modelos que integran un cuerpo teórico con el aparato metodológico correspondiente. En general combinaciones de psicoterapia y farmacoterapia suelen ser útiles. Las recomendaciones indican que aun las terapias farmacológicas

seguras y eficaces ya probadas, deben incluir terapia cognoscitiva-conductual encaminada a cambiar las ideas de falta de adaptación y las expectativas poco razonables, corrección de información incorrecta acerca de la sexualidad y exploración de estrategias para mejorar la cercanía emocional y la comunicación de la pareja. Sin embargo, es evidente la necesidad de otras investigaciones para apoyar diversos tipos de tratamientos. (Basson, 2006; Basson, Althof, Davis, et al., 2004; Lue, Giuliano, Montorsi, et al., 2004; Althof, O'Leary y Cappelleri, et al., 2006; Verit, Yeni y Kafali, 2006).

OBJETIVOS

General:

Caracterizar la demanda de atención de salud en la consulta de orientación y terapia sexual del municipio Cienfuegos entre 2012 a 2017.

Específicos:

Caracterizar las personas que demandan atención de salud sexual según un grupo de variables seleccionadas.

Identificar los principales problemas de salud sexual, factores de riesgos, etiología, subsistema afectado, tipo de afectación y evolución a los 6 meses.

Determinar la satisfacción con la vida sexual antes y después de la intervención.

Método

Se realizó un estudio descriptivo, transversal, desde una perspectiva de investigación cuanti-cualitativa, sobre algunas variables de salud sexual en las personas que demandan atención a problemas de este tipo en la Consulta Multidisciplinaria de Orientación y Terapia Sexual del Municipio Cienfuegos durante el periodo comprendido entre Mayo de 2012 y Octubre de 2017

El universo de 487 sujetos lo constituyeron todos los individuos que participaron del escenario de indagación demandando atención a cualquier problema de salud sexual en el periodo estudiado, quedando conformada la muestra por los 326 individuos que dieron su consentimiento informado para participar en la investigación.

Para la obtención de los datos necesarios se realizó una profunda anamnesis particularizando en la vida sexual que permitió obtener información relevante al

respecto para realizar las Historias Clínicas, así como el examen físico y las determinaciones de laboratorio necesarias; nos auxiliamos también de instrumentos como el Índice Internacional de Salud Sexual para el varón, el Índice Internacional de Salud Sexual para la mujer y el Índice de Satisfacción Sexual (ISS) de Santos Iglesias (2009) para completar un formulario de recolección de datos con las variables seleccionadas. Se empleó además la Entrevista Individual en Profundidad y los instrumentos diseñados para explorar los 4 subsistemas que conforman la hipótesis de la estructura sexual según la Terapia Estructural Sistémica de Eusebio Rubio (1998) y los 7 niveles de exploración de la Terapia para Ofensores Sexuales de Cecilia Peregrina (2010). Se siguió el método clínico para determinar el problema de salud sexual y su abordaje individual y/o en pareja teniendo en cuenta además los Consensos cubanos para estas afectaciones de salud, los criterios clínicos del DSM-IV (APA 2000), la Guía rápida de intervención en disfunciones sexuales de Francisco Cabello (2004) y los Manuales de diagnóstico e intervención en sexología de Bianco Comenaes validados por la FLASSES, WAS, AISM y SOCUMES (2011)

Se utilizaron preferentemente tres modelos de intervención: el Consejo Sexual, La Terapia Estructural Sistémica y la Terapia para Ofensores Sexuales según el tipo de problema de salud sexual a abordar.

El Consejo Sexual se entiende como una forma de intervención sexológica puntual, generalmente centrada en un problema y encaminada a informar sobre el mismo y favorecer en los pacientes un estilo actitudinal que contribuya a su resolución. Si el consejo sexual forma parte de un proceso de terapia sexual, se denomina entonces asesoramiento.

La Terapia Estructural Sistémica parte del Modelo Sistémico de la Sexualidad Humana o Teoría de los Holones Sexuales de Eusebio Rubio, las potencialidades biológicas, condicionamientos sociales y experiencias, determinan la expresión de sus 4 dimensiones: reproductividad, género, vínculos afectivos y erotismo, los cuales se integran en una estructura determinada producto de la adscripción de sentido, significados y afectos,; se elabora una hipótesis de esta estructura con el fin de esclarecer el patrón de organización del sistema sexual según el nivel de

desarrollo de cada holón y la presencia de conflictos entre estos subsistemas (intra o interholónicos), así como de las peculiaridades de la interacción con el resto de la personalidad a partir de la historia psicosexual y el examen del estatus sexual y la relación de pareja. El algoritmo complementa el consejo sexual, abordajes clínicos (educativo-preventivo-control farmacológico) con estrategias psicoterapéuticas sistémicas que incluyen técnicas eclécticas.

La Terapia para Ofensores Sexuales tiene el propósito de enfrentar al abusador sexual (trastornos parafílicos y no parafílicos) con una moral que rechaza el acto abusivo, recabando el grado de autoconciencia que posee con referencia al daño hecho como un producto de sus mapas de amor vandalizados lo que diluye su responsabilidad, pero le permite comprender que sus aprendizajes previos se actualizan en la conducta compulsiva. Se utiliza una combinación de tratamiento psicofarmacológico, entrenamiento psicofísico para el manejo del estrés y el autocontrol de la conducta, con estrategias psicoterapéuticas individuales sobre la base del algoritmo propuesto por Cecilia Peregrina.

La evolución en todos los casos los 6 meses de tratamiento fue considerada sobre la base de una triangulación de 1) los resultados de los indicadores clínicos, 2) las unidades subjetivas de funcionamiento y 3) el ISS, considerándose tres categorías: sin progreso, mejorado y controlado.

Los datos cuantitativos se muestran en números, medias y porcentajes, aplicándose métodos de estadística descriptiva para su procesamiento. Los datos cualitativos no son procesados estadísticamente sino mediante un análisis de contenido en las primeras 24 horas posteriores a la aplicación de la técnica de recogida de información.

Se tuvieron en cuenta todos los aspectos éticos establecidos para la investigación con seres humanos en la Convención de Helsinki, dándose además garantías del uso de la información personal solo a los fines de la presente investigación preservando la intimidad.

Resultados

El comportamiento de las principales variables sociodemográficas exploradas muestra que la demanda atención de salud sexual predomina en hombres

(68,71%), entre 31 y 40 años (32,20%), con escolaridad medio superior (36,50%), que trabajan (44,47%), con pareja estable (39,57%) aunque acuden a consulta de modo individual (59,50%) y religión cristiana católica (25,46%) o protestante (21,16%). (Tabla 1)

La distribución de la muestra según los problemas, trastornos y malestares de la salud sexual que solicitaron atención, muestra que las disfunciones sexuales constituyeron el 32,51% de las demandas de consulta, seguido de las preocupaciones sexuales con el 26,68% y los problemas de relación de pareja con el 16,25%. Por sexos, existieron particularidades en este comportamiento, pues entre los hombres los problemas relacionados con la asunción de la identidad sexual (14,73%) se situaron antes que los problemas de pareja (12,05%) y entre las mujeres los problemas de pareja (25,5%) estuvieron antes que otras preocupaciones sexuales (22,54%). (Tabla 2)

Todos los estudios consultados mostraron prevalencias diferentes sobre la presencia de trastornos de salud sexual, algunos con porcentos menores como Basson, R. (2005), Drex, E. (2003), Reissing, E. (2008), Lo Piccolo y Stock, (2009) donde la prevalencia fue menor, como en Sánchez Bravo (2005) en México DF que resultó del 14,63% o mayores como The Global Study of Sexual Behaviors citado por Nicolasi et al (2004) con una media del 47,5% y The Massachussets Male Asing Study (1987 – 1989) con el 52% por lo que se considera un importante problema de salud pública. En México la prevalencia de disfunciones sexuales en la población que atiende el Instituto Nacional de Perinatología INPer, es alarmante según Alvarado López (2014) pues el 52% de la población femenina presenta una o más disfunciones sexuales, en tanto 38.8% de los varones presentaron una o más disfunciones sexuales.

Las principales preocupaciones que sobre la salud sexual requirieron atención fueron las relacionadas con la función sexual y frecuencia estimada (16,09%), seguida de las enfermedades mentales que están relacionados con la sexualidad y el tamaño y apariencia de las mamas y los órganos genitales (11,5%), esta última con una alta incidencia entre los hombres a diferencia de las mujeres donde el

segundo lugar fue ocupado por la preocupación sobre los métodos anticonceptivos y el aborto (13,04%).(Tabla 3)

Los autores coinciden en que la falta de información exacta sobre diversos aspectos de la sexualidad conduce a preocupaciones que generan incertidumbre y ansiedad que pueden tener repercusiones graves sobre la autoestima, la identidad, el bienestar y la capacidad de disfrutar de las relaciones íntimas. Estas preocupaciones podrían ser tratadas por medio de la educación sexual integral que disipe los mitos y la información incorrecta, aunque en algunos casos no basta con suministrar información objetiva debido a que algunas preocupaciones pueden ser sintomáticas de temores subyacentes más profundos. Lamentablemente, muchas personas se sienten incómodas mencionando estas preocupaciones a su proveedor de atención sanitaria, y sienten que su proveedor de atención sanitaria no sería lo suficientemente sensible ni se sentiría bien tratando estos temas, también los mismos proveedores de salud debido a los tabúes existentes sobre estos temas o la inadecuada preparación profesional.

Los trastornos parafilicos y el sexo tuvieron menor frecuencia que otros problemas de salud sexual coincidiendo con la literatura que acusa de pocos estudios al respecto, en el nuestro los hombres tienen mayor incidencia y el exhibicionismo (36,4%) y el fetichismo (27,3%) fueron predominantes (Tabla 4); estos trastornos a los 6 meses de tratamiento habían evolucionado tórpidamente, 41,65% de ellos no tiene progreso (1 de ellos abandonó el tratamiento), sin embargo consideramos significativo que el 91,6 % de ellos se mantenga asistiendo a consulta, y que de ellos, clínicamente, el 18,12% hayan mejorado y el 36,4% estén controlados (Tabla 5). Los datos epidemiológicos son aún más deficientes sobre los trastornos no parafilicos, el comportamiento sexual compulsivo (CSC) más frecuentemente encontrado fue el uso compulsivo de pornografía en el 46,66% de la muestra, todos hombres. (Tabla 6) La evolución a los 6 meses de tratamiento de estos sujetos mostró que el 53,34% mejora su estado clínico para ambos sexos. (Tabla 7)

La distribución de la muestra según las disfunciones sexuales según el sexo, reveló que en el caso de los hombres hubo un predominio franco de la disfunción eréctil con el 50,0%, mientras que entre las mujeres predominó la anorgasmia en el

42,10% de ellas. Le siguieron en frecuencia la eyaculación precoz entre ellos (33,8%) y el trastorno del deseo entre ellas (39,47%).(Tabla 8)

Los datos al respecto en la bibliografía consultada evidencia que tenemos poca coincidencia con las estadísticas que muestran la mayoría de los estudios, la explicación de este comportamiento de los resultados pudiera estar en el grupo etareo predominante en el nuestro mucho más jóvenes que el resto además de otras características culturales que refuerzan entre otras cosas el falocentrismo y la deposición seminal. Así en The Global Study of Sexual Behaviors citado por Nicolasi et al (2004) predomina en mayores de 40 años la eyaculación precoz (14%) y la disfunción eréctil (10%) en ellos mientras que la falta de interés sexual (21%) seguido de la anorgasmia (16%) en ellas; en el National Health and Social Life Surver y citado por McVary (2003) fueron más comunes la anorgasmia y el dolor coital entre ellas y solo un 10% de ellos declaro dificultades con la erección; en los estudios realizados por Sánchez Bravo et al (2002 y 2005) se encontró un predominio de la disritmia (37,3%, 23,4%) para ambos sexos, seguido del deseo sexual hipoactivo (20,6%, 22,6%) en mujeres y la eyaculación precoz (28,7%, 42,5%) en los hombres, y solo del 9% de la disfunción eréctil.

La propia literatura científica internacional en general, muestra diferentes prevalencias según contextos sociales y regionales, para Masters y Johnson, un 50% de parejas heterosexuales presenta alguna disfunción sexual. Frank, Anderson y Rubistein establecen una prevalencia de disfunciones sexuales en parejas, de un 40% para los varones y un 60% para las mujeres. Nathan mantiene unas cifras del 1 al 15% en hombres y 1 al 35% en mujeres; Spector y Carey encuentran una prevalencia del 4 al 10% de la población, y, por último, Laumann, Paik y Rosen fijan una prevalencia del 31% para los hombres y 43% para las mujeres. En nuestro medio, según datos del Instituto Andaluz de Sexología y Psicología (2002), dentro de los trastornos de la sexualidad en general, la disfunción sexual por la que se consulta con mayor frecuencia es la disfunción eréctil, que supone el 48% del total de las consultas; le sigue la eyaculación precoz (28,8%), deseo sexual hipoactivo (8%), anorgasmia femenina (7,4%), vaginismo (1,6%) y un 0,4% los trastornos del orgasmo masculino. En todo caso, coinciden en concluir que a lo

largo del ciclo vital es común presentar algún tipo de disfunción sexual que, lógicamente, va a incidir en la calidad de vida.(Cabello Santamaría F; Alcoba Valls SL y García-Giralda Ruiz, L; 2004)

La etiología de las disfunciones sexuales resultó predominantemente psicógena (48,11%) seguidas del 32,08% mixta y el 19,81% eminentemente orgánicas, creemos que este comportamiento particular responde a las edades predominantes en nuestro estudio donde casi el 60% de la muestra son menores de 40 años (Tabla 9). En la literatura científica consultada se aprecia la tendencia a mencionar que las causas orgánicas son predominantes en los mayores de 40 o 50 años (no antes), se encuentran pocos estudios que definan las causas de este problema de salud sexual, el Massachussets Male Aging Study hace referencia a un 25% de las disfunciones sexuales encontradas como secundarias a fármacos o drogas y un 90% de la muestra tenía trastornos afectivos (con diversos grados de depresión), Bedellet et al (2003) refiere como causa recurrente un 97% de los hombres y el 82% de las mujeres la inadecuada información sobre sexualidad, Prieto et al (2010) encontró una etiología orgánica del 50% en mayores de 60 años y Sánchez Bravo et al (2005) un 75% de causas orgánicas y un 25% psicológicas en sujetos con 55,3 años de edad promedio.

Entre las causas psicógenas encontradas en los hombres hubo un predominio franco de las causas inmediatas (47,05%) mientras que en las mujeres fueron las causas diádicas las más frecuentes (39,46%). En general se apreció un predominio de las causas inmediatas (33,01%) seguidas de las causas aprendidas (27, 35%) lo que nos remite a la influencia de factores como la inadecuada educación sexual y la presencia de emociones negativas como consecuencia del inadecuado manejo del estrés cotidiano. (Tabla 10)

Al respecto se encontraron pocos estudios que explicitaran las causas psicógenas de las disfunciones sexuales, Sánchez Bravo (2002, 2005, 2009) describe varias relaciones significativas entre las variables psicológicas encontradas, en sus estudios realizados en México DF encontró que los hombres con disfunciones sexuales tenían un nivel de comunicación pobre con deterioro global de la pareja, además tenían estilos comunicativos reservados o negativos y una pareja negativa;

presencia de problemas emocionales y experiencias sexuales traumáticas; y finalmente, una dinámica de pareja con mujer dominante y una autoestima baja. También Carbonell et al (2012), Muñoz Rivas (2010), Montero et al (2010), Prieto et al (2010), Cajoto et al (2006), Duany y Hernandez (2012) destacan otras circunstancias de salud mental asociadas a las disfunciones sexuales en sus investigaciones como cuando un comportamiento inconsistente con lo socialmente esperado genera angustia, ansiedad y depresión altas, abuso de fármacos y alcohol, deficiente nivel cultural y problemas relacionados con el consumo problemático de internet.

Por otra parte, se identificaron otras variables que caracterizan las disfunciones sexuales e influyen en el pronóstico de su evolución bajo tratamiento, en nuestro estudio el comportamiento de la mayoría de estas fue favorable, pues el 69,81% fueron secundarias, aparecieron después de un periodo de actividad sexual normal; el 63,20% fueron generales, no limitadas a ciertos tipos de estimulación, situaciones o compañeros; el 45,28% tenían entre 1 y 3 años de aparición y el 69,81% no habían tenido tratamiento anterior. No se encontraron estudios que hicieran referencia a estas variables.

Al desarrollar la hipótesis de la estructura sexual se evidenció que el subsistema sexual más afectado fue el erotismo (41, 5%) para hombres y mujeres, sin embargo el segundo más afectado fue entre ellos el subsistema género (38,23%) y entre ellas el subsistema vínculo afectivo (28,9%), lo que pudiera tener explicación a partir de las implicaciones que para la personalidad tienen las formas de socialización sexistas. Los varones tienen construcciones más rígidas y estereotipadas sobre la masculinidad que pueden llegar a afectar sus relaciones íntimas afectivas y eróticas y a la vez, como su erotismo esta también condicionado de elementos extraholónicos como la autoafirmación. En el caso de las féminas las concepciones mentales desarrolladas alrededor de los vínculos afectivos (28,9% entre ellas vs 11,76% en ellos) y la reproducción (21,05% en ellas vs 4,41% en ellos) también condicionan sus respuestas eróticas y la calidad de su vida sexual. (Tabla 11)

Resultó interesante explicitar que el tipo de afectación de los subsistemas predominante, fue el nivel de desarrollo de los subsistemas (44,33%) por una sobre-expresión de las potencialidades de los holones erotismo y género, y un déficit en reproducibilidad y vínculo afectivo para ellos; en el caso de ellas predominó un déficit en la expresión del subsistema erotismo y una sobre-expresión de los holones reproductividad, vínculos afectivos y género en ese orden, o sea, la mayoría de los sujetos considera que estos no se han desarrollado de acuerdo a lo deseado por ellos o lo esperado socialmente para su nivel de desarrollo psicosexual, y recurren a argumentos de poca elaboración de sentido y contenidos estereotipados o incluso manifiestan creencias erróneas, mitos, tabúes y prejuicios, lo que fue más frecuente entre los hombres (52,94%); le siguió como tipo de afectación la presencia de conflictos en el 35,85% de los casos, fundamentalmente de tipo intraholónicos tanto para ellas como para ellos, con expresiones de angustia y emociones negativas en la expresión sexual más frecuentes entre las mujeres (39,47%), que también manifestaron causas intrapsíquicas profundas y conflictos interholónicos con mayor frecuencia que los varones (Tabla 12). No se encontraron investigaciones en la literatura revisada que explicitaran estas variables.

La evolución fue positiva a los 6 meses de tratamiento, comprobándose que el 54,72% resuelve el problema de salud recuperando la función sexual con una calidad satisfactoria, siendo algo mayor la evolución positiva entre las mujeres (63,15%) que entre los hombres (54,41%), lo que responde al tipo de afectación y a los subsistemas afectados (Tabla 13). Lo que también se evidencia según la satisfacción con su vida sexual, antes de la intervención predominó la categoría insatisfecho (29,44%) antes de acudir al servicio de atención a la salud sexual, con diferencias entre los hombres con medianamente satisfecho (33,03%) y las mujeres con insatisfecho (65,68%) observándose en ellas mayor tendencia a la insatisfacción; pero después de la intervención comprobamos una tendencia a una percepción más positiva de la calidad de la vida sexual en los usuarios atendidos, con predominio de la categoría satisfecho (38,03%), también con diferencias según el sexo, las féminas están muy satisfechas (34,31) mientras que los varones están satisfechos (40,62%). (Tabla 14)

Los resultados post-intervención se asemejan a la media internacional en cuanto a los niveles de satisfacción sexual, De Bonis, W. et al (2013) en Buenos Aires encontró que 97% de las mujeres se declara satisfechas de su vida sexual, variable que para ellas resultó relacionada con la frecuencia coital, e independiente de la importancia del tamaño peneano, la edad, la tenencia de pareja y la identidad sexual; en México, DF por Navarro Bravo, B. et al (2010) mediante el Índice de Satisfacción Sexual (ISS) encontró que el 53,8% está satisfecho con sus relaciones sexuales (49,3% de los hombres y 56,5% de las mujeres), que el 84,4% está satisfecho con la calidad de sus relaciones sexuales (81,7% para ellos y 85,9% de ellas) y el 69,9% está satisfecho con la variedad de sus relaciones sexuales (67,6% de los varones y 71,3% de las féminas), no obstante cita en su trabajo la Encuesta Nacional de Salud y Hábitos Sexuales (2003) donde solo el 44% de los hombres y el 54% de las mujeres se declararon satisfechos sexualmente. En mujeres universitarias de Lima Metropolitana, Perú, Elias Yalta, AC. (2014) encontró que el 46,52% de las mujeres se consideraba satisfecha sexualmente y en Chile Barrientos, J (2003) en su tesis doctoral encontró diferencias estadísticas entre los hombres (51,8%) y las mujeres (44,4%), diferencia que era menor entre los más jóvenes y mayor en generaciones de más edad.

Conclusiones

- ❖ La demanda atención de salud sexual predominó en hombres, entre 31 y 40 años, con escolaridad medio superior, con pareja estable aunque demandan atención de modo individual, los principales problemas de salud sexual fueron las disfunciones sexuales y las preocupaciones sobre la sexualidad.
- ❖ La principal preocupación sexual versó sobre la función sexual y frecuencia estimada normal, entre los trastornos sexuales parafrólicos predominó el exhibicionismo y entre los no parafrólicos el uso compulsivo de pornografía, en hombre exclusivamente. Ambos evolucionan discretamente hacia controlados.
- ❖ Las disfunciones sexuales más frecuentes fueron la disfunción eréctil en los hombres y la anorgasmia en la mujer, de etiología predominantemente psicógena, de causas inmediatas para ellos y diádicas para ellas,

caracterizadas como secundarias, generales, de 1 a 3 años de evolución y sin tratamiento anterior.

- ❖ El principal subsistema de la sexualidad afectado fue el erotismo, en cuanto a su nivel de desarrollo, y evolucionaron favorablemente con la terapia sistémica aplicada hacia la resolución en poco más de la mitad de los casos tratados.
- ❖ La satisfacción sexual fue evaluada como insatisfactoria antes de la consulta hasta predominantemente satisfactoria después, a expensas de las mujeres fundamentalmente.

Bibliografía

1. Rubio E. (1994). Introducción al estudio de la sexualidad humana: Conceptos básicos en sexualidad humana. En: Consejo Nacional de Población, "Antología de la Sexualidad Humana". Tomo I. Consejo Nacional de Población- Miguel Ángel Porrúa. México, 1994.
2. Rubio E. (2008). "Psicoterapia sexual" en Sexualidad humana. Iván Arango de Montis. México: Editorial Manual Moderno, 2008. Cap 16, p 443
3. Rodríguez Jiménez, OR (2010). Relación entre satisfacción sexual, ansiedad y prácticas sexuales. Pensamiento Psicológico, vol. 7, No 14, 2010, pp. 41-52 Disponible en: www.redalyc.org/pdf/801/80113673003.pdf
4. Ortiz, R. M. y Ortiz, H. (2003). ¿La cultura determina la satisfacción sexual? Un estudio comparativo en mujeres y varones maduros desde la perspectiva de género. Universidad de Oriente. Santiago de Cuba. Disponible en: <https://www.google.com.cu/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwiUneac3oXbAhXBUt8KHb0eCPYQFjAAegQIABAs&url=http%3A%2F%2Fwww.redalyc.org%2Fpdf%2F801%2F80113673003.pdf&usq=AOvVaw1Bnf7G-h1jzFMEsmLnAY9i>
5. Cabello Santamaría F; Alcoba Valls SL y García-Giralda Ruiz, L (2004). Atención Primaria de Calidad. Guía de Buena Práctica Clínica en Disfunciones sexuales. Editorial International Marketing & Communications, S.A. (IM&C), Madrid Disponible en: https://www.cgcom.es/sites/default/files/guia_sex0.pdf

6. NIH Consensus Conference. Impotence. NIH Consensus Development Panel of Impotence. JAMA 1993;270(1):83-90. Disponible en: <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwjym4De4oXbAhXMY98KHWbXDL8QFggwMAE&url=http%3A%2F%2Fwww.sciencedirect.com%2Fscience%2Farticle%2Fpii%2FS0025775302734830&usg=AOvVaw2OhUFxYVQFCwnR6vvTBF-v>
7. Rodríguez Vela L (2000). Actualización en Andrología. 1ª ed. Pulso ediciones SA; 2000. Disponible en: <https://ladecisioncorrecta.com/wp-content/uploads/2017/02/Dr.-Rodriguez-Vela.pdf>
8. Cuéllar de León, A.J (2000). Estudio de prevalencia de disfunción eréctil en pacientes hipertensos controlados en centros de salud docentes. Tesis Doctoral. San Juan, 2000. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0025775302734830>
9. Cajoto IV, Peromingo JAD, Leira JS, Suárez FG, Forjan JS, Gallego MI. Disfunción eréctil: un problema poco valorado en Medicina Interna. Estudio de pacientes y medicación relacionada. AN. MED. INTERNA. 2006;23(3):115-8. Disponible en: www.plenus.com.uy/docs/cientificos/disfuncion_erectil_factores_riesgo.pdf
10. Kovalevsky G (2005): Female sexual dysfunction and use of hormone therapy in postmenopausal women. Semin Reprod Med 23:180, 2005. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15852204>
11. GuiraoSánchez, L. García-Giraldab, I. Casasc, J.V. Alfaroa, F.J. García-Giraldady L. GuiraoEgeae (2004). Disfunciones sexuales femeninas en atención primaria: una realidad oculta. Clin Invest Gin Obst. 2007; 34(3):90-4. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0210573X07744829>
12. Ojuel J, Fuentes M, Mayolas E (2005). Disfunción sexual femenina. AMF. 2005; 1:86-93. Disponible en: www.scielo.org.mx/pdf/prh/v19n3-4/v19n3-4a4.pdf
13. APA (2004). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado. DSM-IV-TR. Barcelona: Masson; 2004. Disponible en:

<https://psicovalero.files.wordpress.com/2014/06/manual-diagnc3b3stico-y-estadc3adstico-de-los-trastornos-mentales-dsm-iv.pdf>

14. Masters WH, Johnson VE. Incompatibilidad sexual humana. Buenos Aires: Inter-Médica; 1970.
15. Guirao L, García-Giralda L, Sandoval C, Mocciaro A (2002). Disfunción eréctil en atención primaria como posible marcador del estado de salud: factores asociados y respuesta al sildenafil. Aten Primaria. 2002; 5:290-6. Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/82620602.pdf>
16. Cabello F. Disfunción eréctil: un abordaje integral. Madrid: Psimática; 2004. Disponible en: www.institutotomaspascualsanz.com/.../Modulo_5_CURSO_RANF_2EDICION.pdf
17. Sánchez F, Pérez M, Borrás JJ, Gómez O, Aznar J, Caballero A. Diseño y validación del cuestionario de Función Sexual de la Mujer (FSM). Aten Primaria. 2004; 34:p 286. Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/82696409.pdf>
18. Costanzo P, Knoblovits P, Rey Valzacchi G, Gueglio G, Layus O, Litwak L (2008). La disfunción eréctil se asocia a elevada prevalencia de obesidad y síndrome metabólico. Revista Argentina de Endocrinología y Metabolismo, RAEM, 2008. Vol 45 No. 4. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-30342008000400002
19. Venancio Chantada Abal y Emilio Julve Villalta (2010). Pruebas complementarias en el diagnóstico de la disfunción eréctil: ¿cuáles y cuándo? Arch. Esp. Urol. 2010; 63 (8): 687-692. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/urol/v63n8/15.pdf>
20. Maroto-Montero J, Portuondo-Masedab T, Lozano-Suárez M, Allonad M, Zarzosa CP, Morales-Durána MD, Muriel-García A, Royuela-Vicente A (2008). Disfunción eréctil en pacientes incluidos en un programa de rehabilitación cardíaca. RevEspCardiol. 2008;61(9):917-22 Disponible en: http://apps.wl.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=13125512&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=25&ty=65&accion=L&origen

[=cardio&web=www.revespcardiol.org&lan=es&fichero=25v61n09a13125512pdf001.pdf&anuncioPdf=ERROR_publici_pdf](http://www.revespcardiol.org&lan=es&fichero=25v61n09a13125512pdf001.pdf&anuncioPdf=ERROR_publici_pdf)

21. Maroto JM, De Pablo C (2008). Disfunciones sexuales y rehabilitación cardiovascular. Actas Esp Psiquiatr Monogr. 2005;3:108-13. Disponible en: <http://www.revespcardiol.org/es/disfuncion-erectil-pacientes-incluidos-un/articulo/13125512/>
22. Duany Navarro A y G Hernández Marín (2012). Alcohol, función sexual y masculinidad. Revista Cubana de Medicina General Integral. 2012; 28(4): 611-619. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252012000400005
23. Sánchez Bravo C, Morales Carmona F, Pimentel Nieto D, Carreño Meléndez J, Guerra Riverac G (2012). Disfunción sexual masculina y calidad de la comunicación marital. Perinatol Reprod Hum Vol. 16 No. 1; Enero-Marzo 2002. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/inper/ip-2002/ip021d.pdf>
24. Claudia Sánchez-Bravo C, Carreño-Meléndez J, Martínez-Ramírez S, Aldana-Calva E (2012). Disfunción sexual masculina y su relación con el rol de género y asertividad. Perinatol Reprod Hum Vol. 16 No. 3; Julio-Septiembre 2002. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/inper/ip-2002/ip023d.pdf>
25. Sánchez C, Morales F, Pimentel D, Carreño J, Guerra G (2002). Disfunción sexual masculina y calidad de la comunicación marital: Un estudio comparativo. Perinatol Reprod Hum 2002; 16: 16-25. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/inper/ip-2002/ip021d.pdf>
26. Sánchez Bravo C, Carreño Meléndez J, Martínez Ramírez S, Gómez López ME (2005). Disfunciones sexuales femeninas y masculinas: comparación de género en una muestra de la Ciudad de México. Salud Mental, Vol. 28, No. 4, agosto 2005. Disponible en: https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwidqInKg4bbAhViQt8KHRShAGQQFgg0MAI&url=http%3A%2F%2Fwww.revistasaludmental.mx%2Findex.php%2Fsalud_mental%2Farticle%2Fdownload%2F1064%2F1062&usg=AOvVaw1HMZnfsHDsokRJAhq1Oqvd

27. Carreño Rodríguez J (2008). Evaluación de la satisfacción y evolución clínica de los pacientes con implante de prótesis penénea. Trabajo para optar por el título de diplomado en sexología clínica. Cenesex 2008. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06142009000600005
28. González A y B Castellanos (2003). Sexualidad y Géneros. Editorial Científico-Técnico. La Habana.
29. Hernández Sampier (2003). Metodología de la investigación. Editorial Félix Varela. La Habana.
30. Rodríguez Gómez G (2004). Metodología de la investigación cualitativa. Editorial Félix Varela. La Habana.
31. García Gutiérrez E, Aldana Vilas L, Lima Mompó G, Espinosa Riverón MR, Castillo Castillo C, Vladimir Felinciano V (2005). Disfunción sexual masculina y estrés. Rev Cubana Med Milit 2005; 34(1). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mil/vol34_1_05/mil05105.htm
32. Rafael Prieto Castro R, Pablo Campos Hernández P, Rafael Robles Casilda R, Jesús Ruíz García J, Requena Tapia MJ (2010). Epidemiología de la disfunción eréctil. Factores de riesgo. Arch. Esp. Urol. 2010; 63 (8): 637-639. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/urol/v63n8/10.pdf>
33. Masters W, Johnson V, Kolodny R: La sexualidad humana. Barcelona:Grijalbo; 1995.
34. Montejo, et al. (2010). Estudio sobre la función sexual de pacientes que inician tratamiento con aripiprazol. Estudio naturalístico, abierto, prospectivo y multicéntrico. Actas Esp Psiquiatr 2010; 38(1):13-21
35. Lucas Matheu M y Cabello Santamaría F (2007). Introducción a la sexología clínica. Elsevier España. Disponible en: www.academiasexologia.org/documentos-aism/sexologia-y-nuevas-tecnologias.pdf
36. Roque Guerra A (2012). Primer Consenso “Enfermedades Cardiovasculares y Sexualidad”. SOCUMES, La Habana, Noviembre de 2012

37. Francisco Javier Labrador FJ y Crespo M (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para las disfunciones sexuales. Psicothema 2001. Vol. 13, nº 3, pp. 428-441. Disponible en: <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=465>
38. Cabello-Santamaría F (2010). Manual de sexología y terapia sexual. Madrid: Síntesis; 2010. Disponible en: <https://www.sintesis.com/manuales-practicos-109/manual-de-sexologia-y-terapia-sexual-ebook-1537.html>
39. Romero Mestre JC y LiceaPuig ME (2011). Disfunción sexual eréctil en la diabetes mellitus Policlínico "Rampa". Rev Cubana Endocrinol 2000; 11(2):105-20. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/end/vol11_2_00/end07200.htm

Anexos

TABLAS:

Tabla 1. Distribución de la muestra según la edad y el sexo.

Edad	Hombres		Mujeres		Total	
	#	%	#	%	#	%
Menos de 20	48	21,42	11	10,78	59	18,09
21 a 30	59	26,33	28	27,45	87	26,68
31 a 40	62	27,67	43	42,15	105	32,20
41 a 50	37	16,51	17	16,66	54	16,56
51 a 60	11	4,91	3	2,96	14	4,29
Más de 60	7	3,16	-	-	7	2,18
Total	224		102		326	100,0

Tabla 2. Distribución de la muestra según problemas de salud sexual.

Problema de salud sexual	Hombres		Mujeres		Total	
	#	%	#	%	#	%
Preocupación sexual	64	28,57	23	22,54	87	26,68
Problema de relación de pareja	27	12,05	26	25,5	53	16,25

Disfunción sexual	68	30,3 5	38	37,2 5	106	32,51
Disforia de género	8	3,57	-	-	8	2,45
Problema de orientación sexual	33	14,7 3	12	14,4 1	45	13,80
Trastorno parafílico	11	4,91	1	0,1	12	3,68
Trastorno no parafílico	13	5,82	2	0,1	15	4,63
Total	224		102		326	100,0

Tabla 3. Distribución de la muestra según las preocupaciones sexuales.

Preocupaciones sexuales	Hombres		Mujeres		Total	
	#	%	#	%	#	%
ITS y VIH/sida	6	9,37	2	8,69	8	9,2
Orientación e identidad sexual	2	3,12	2	8,69	4	4,58
Función sexual y frecuencia estimada	11	17,1 8	3	13,0 4	14	16,0 9
Normalidad de diferentes comportamientos sexuales	3	4,68	2	8,69	5	5,76
Infertilidad	1	1,66	1	4,39	2	2,3
Métodos anticonceptivos y aborto	-	-	3	13,0 4	3	3,44
Violencia sexual y abuso	1	1,66	2	8,69	3	3,44
Aspectos de las enfermedades mentales relacionados con la sexualidad	9	14,0 6	1	4,39	10	11,5
Repercusión de enfermedades y tratamientos médicos con disfunciones sexuales	6	9,37	1	4,39	7	8,04
Repercusión de discapacidades físicas y trastornos del desarrollo en la	3	4,68	-	-	3	3,44

sexualidad con disfunciones sexuales						
Masturbación	5	7,81	1	4,39	6	6,9
Anatomía sexual/reproductiva	3	4,68	2	8,69	5	5,76
Imagen corporal	5	7,81	2	8,69	7	8,04
Tamaño y apariencia de las mamas y de los órganos genitales	9	14,06	1	4,39	10	11,5
Total	64		23		87	100,0

Tabla 4. Distribución de la muestra según trastornos parafílicos y el sexo.

Trastornos parafílicos	Hombres		Mujeres		Total	
	#	%	#	%	#	%
Fetichismo	3	27,3	-	-	3	25,0
Exhibicionismo	4	36,4	-	-	4	33,35
Voyeurismo	2	18,12	-	-	2	16,66
Sadismo	-	-	1	9,09	1	8,33
Masoquismo	1	9,09	-	-	1	8,33
Pedofilia	1	9,09	-	-	1	8,33
Total	11		1		12	100

Tabla 5. Distribución de la muestra según evolución a los 6 meses de los trastornos parafílicos y sexo.

Evolución	Hombres		Mujeres		Total	
	#	%	#	%	#	%
Sin progreso	5	45,48	-	-	5	41,65
Mejorado	2	18,12	1	9,09	3	25,0
Controlado	4	36,4	-	-	4	33,35
Total	11		1		12	100

Tabla 6. Distribución de la muestra según trastornos no parafílicos y el sexo.

Trastornos no parafílicos	Hombres		Mujeres		Total	
	#	%	#	%	#	%
Autoerotismo compulsivo	4	30,77	-	-	4	26,66
Cambio compulsivo de pareja	2	15,38	1	50,0	3	20,0
Uso compulsivo de pornografía	7	53,85	-	-	7	46,66
Sexualidad compulsiva en una relación	-	-	1	50,0	1	6,68
Total	13		2		15	100

Tabla 7. Distribución de la muestra según evolución a los 6 meses de los trastornos no parafílicos y sexo.

Evolución	Hombres		Mujeres		Total	
	#	%	#	%	#	%
Sin progreso	2	15,39	-	-	2	13,33

Mejorado	6	46,15	2	100,0	8	53,34
Controlado	5	38,46	-	-	5	33,33
Total	13		2		15	100

Tabla 8. Distribución de la muestra según disfunciones sexuales y el sexo.

Disfunciones sexuales	Hombres		Mujeres		Total	
	#	%	#	%	#	%
Trastorno del deseo	7	10,3	15	39,47	22	20,75
Disfunción eréctil	34	50,0	-	0,0	34	32,07
Eyacuación precoz	23	33,8	-	0,0	23	21,7
Eyacuación tardía	4	5,9	-	0,0	4	3,77
Vaginismo	-	0,0	5	13,15	5	4,71
Anorgasmia	-	0,0	16	42,10	16	15,09
Dispareunia	-	0,0	2	5,28	2	1,91
Total	68		38		106	100

Tabla 9. Distribución de la muestra según etiología de las disfunciones sexuales y el sexo

Etiología de las disfunciones sexuales	Hombres		Mujeres		Total	
	#	%	#	%	#	%
Orgánicas	13	17,8	8	15,78	21	19,81
Psicógenas	34	50,0%	17	44,73	51	48,11
Mixtas	21	32,2	13	34,21	34	32,08
Total	68		38		106	100

Tabla 10. Distribución de la muestra según causas psicógenas de las disfunciones sexuales y sexo.

Causas psicógenas	Hombres		Mujeres		Total	
	#	%	#	%	#	%
Inmediatas	32	47,05	3	7,9	35	33,01
Aprendidas	20	29,41	9	23,7	29	27,35
Intrapsíquicas	7	10,31	11	28,94	18	17,0
Diádicas	9	13,23	15	39,46	24	22,64
Total	68		38		106	100

Tabla 11. Distribución de la muestra según el subsistema afectado y sexo.

Subsistema afectado	Hombres		Mujeres		Total	
	#	%	#	%	#	%
Género	26	38,2 3	6	15,8 4	32	30,18
Reproducción	3	4,41	8	21,0 5	11	10,37
Erotismo	31	45,6	13	34,2 1	44	41,5
Vínculo afectivo	8	11,7 6	11	28,9	19	17,95
Total	68		38		106	100

Tabla 12. Distribución de la muestra según el tipo de afectación de los subsistemas y sexo.

Tipo de afectación	Hombres		Mujeres		Total	
	#	%	#	%	#	%
Nivel de desarrollo	36	52,94	11	28,94	47	44,33

Presencia de conflictos	23	33,82	15	39,47	38	35,85
Personalidad	9	13,24	12	31,59	21	19,82
Total	68		38		106	100

Tabla 13. Distribución de la muestra según evolución a los 6 meses de la afectación y sexo.

Evolución	Hombres		Mujeres		Total	
	#	%	#	%	#	%
Sin progreso	8	11,77	6	15,8	15	14,15
Mejora	23	33,82	8	21,05	33	31,13
Controlado	37	54,41	24	63,15	58	54,72
Total	68		38		106	100

Tabla 14. Distribución de la muestra según la satisfacción con su vida sexual y sexo.

Satisfacción con su vida sexual	Hombres		Mujeres		Total	
	#	%	#	%	#	%
ANTES						
Muy satisfecho	15	6,71	7	6,88	22	6,74
Satisfecho	32	14,28	19	18,62	51	15,64
Medianamente satisfecho	74	33,03	14	13,72	88	27,02
Insatisfecho	61	27,23	35	34,31	96	29,44
Muy insatisfecho	42	18,75	27	26,47	69	21,16
DESPUES						
Muy satisfecho	56	25,0	35	34,3	91	27,91

				1		
Satisfecho	91	40,62	33	32,35	124	38,03
Medianamente satisfecho	48	21,42	16	15,68	64	19,94
Insatisfecho	18	8,03	12	11,76	30	9,20
Muy insatisfecho	11	4,93	6	5,9	16	4,92
TOTAL	224		102		326	100