

Título: DISFUNCIÓN SEXUAL FEMENINA. ATENCIÓN PSICOLÓGICA.

Autoras:

MsC Jeannette Vía Ampuero.

Licenciada en Psicología, Máster en Sexualidad,
Especialista en Psicología de la Salud, Diplomada en estudios de género,
Profesora Asistente.

Lic. Bárbara Yeni Bernardo Salazar.

Especialista en Psicología de la Salud.

Departamento de Psicología

Email:psico@hha.sld.cu

Introducción

La sexualidad siempre ha sido de interés tanto para la ciencia como para la gente de manera general, y esto es así porque la sexualidad contiene aspectos que son necesarios para el campo científico pero también para la vida cotidiana. Dicho de otra manera, la sexualidad es la vida, es para la vida.

En ese sentido, podemos considerar entonces aquellos aspectos que dan lugar a una sexualidad insatisfactoria, para proceder a tratarlos e intentar superar los mismos.

Lo mencionado anteriormente nos remite a pensar en las disfunciones sexuales, femeninas en este caso, las cuales dan lugar a un malestar psico-emocional que atentan contra una vida saludable tanto física como psíquica y social.

Las disfunciones sexuales femeninas se definen como alteraciones de tipo psicosomático, que pueden presentarse en forma permanente o pasajera en la vida sexual de una mujer, que afectan cualquiera de las fases de la respuesta sexual: deseo-excitación-orgasmo y tienen un marcado componente afectivo y de comunicación con la pareja.

Las disfunciones sexuales son estados anómalos que suponen un menoscabo de la respuesta físico sexual

Falla persistente de la Respuesta Sexual Humana que afecta a uno o ambos miembros de la pareja

Las disfunciones sexuales femeninas se clasifican de la siguiente forma según el DSM V: (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM–V–TR, 2013).

- ❖ Trastornos del interés/excitación sexual (antes Deseo sexual inhibido y Trastornos de la excitación, por separado).
- ❖ Trastornos del orgasmo.
- ❖ Trastornos por penetración/dolor génito pélvico (antes vaginismo y dispareunia, por separado)

Distintas situaciones han dado lugar a que se acentúe la invisibilidad de la mujer y su sexualidad, entre ellas, la falta de investigación con enfoque de género sobre la sexualidad de las mujeres, el predominio del patrón masculino como referencia de la sexualidad humana, y la represión de la sexualidad femenina por la sociedad patriarcal, ahora se suma también el interés económico orientado a un nuevo mercado farmacéutico en torno a las disfunciones sexuales femeninas, cuando un porcentaje nada despreciable de esas disfunciones en las mujeres están relacionadas con la falta de conocimiento o deficiente información acerca de su sexualidad, de sus propios cuerpos, de sus zonas erógenas.

En este sentido, diferentes investigaciones han dado cuenta de la importancia que reviste una sexualidad satisfactoria en el ser humano.

La atención psicológica a pacientes o parejas con estas disfunciones se llevará a cabo ante la presencia de alguna de las alteraciones mencionadas anteriormente expresadas desde una autopercepción de malestar psicológico, previo descarte de patología orgánica. Sin embargo, también serán atendidas aquellas pacientes que presenten alguna patología orgánica que redunde en una disfunción sexual remitidas por Endocrinología u otra especialidad.

Llevar adelante este proceso es una labor compleja y la eficiencia de la misma a partir del empleo de instrumentos adecuados y terapias oportunas justifican este protocolo de actuación.

Objetivos

- ❖ Realizar estudios psicológicos para definir estado emocional y características de personalidad en pacientes y/o parejas con alguna disfunción sexual.
- ❖ Brindar educación sexual a partir de la identificación de mitos y creencias erróneas sobre la sexualidad.
- ❖ Aplicar el tratamiento y terapia adecuada según sea el caso y la situación de conflicto en la esfera de la sexualidad.

DESARROLLO

Estructura asistencial:

Recursos Humanos:

Licenciadas/os en Psicología con entrenamiento especializado en Sexualidad.

Psicometrista para aplicar pruebas psicológicas.

Recursos Materiales:

Instrumentos de evaluación, local adecuado (silencio y privacidad), al menos 3 sillas para profesional, paciente y pareja, archivo, buró, computadora con acceso a internet.

Provisión sistemática de materiales de oficina y los instrumentos de evaluación ya descritos.

Participación de la psicóloga/o:

- Evaluación, diagnóstico, tratamiento y evolución psicológica de pacientes con disfunción sexual y su pareja si la hubiera.
- Mantener comunicación con los miembros del equipo multidisciplinario en relación con la conducta psicológica a seguir con paciente y pareja.
- Participar en las discusiones de casos, dar a conocer el diagnóstico psicológico y orientar su manejo al equipo multidisciplinario.

Descripción de los procedimientos

Criterios de inclusión al protocolo asistencial

- Pacientes remitidas por Endocrinología, y que presenten alguna disfunción sexual de causa psicológica sin retraso mental o enfermedad psiquiátrica.
- Pacientes examinadas por Endocrinología, y que aun cuando presenten alguna disfunción sexual por cuestiones orgánicas ameriten atención psicológica, también sin retraso mental o enfermedad psiquiátrica.
- Pacientes remitidas a la consulta de este protocolo.
- Pacientes con alguna de las disfunciones sexuales definidas.

Criterios de exclusión al protocolo asistencial

Pacientes con:

- Retraso mental.
- Trastorno psiquiátrico mayor.

METODOLOGÍA

1. La intervención psicológica a la paciente y pareja se realiza a partir de la entrevista a profundidad que permite una evaluación integradora de los aspectos psíquicos y emocionales así como características de personalidad. También permite abordar el conflicto sexual.

2. Se realiza en condiciones de privacidad.

3. El proceso incluye:

Conocimiento profundo de la historia clínica.

Atención cuidadosa a su historia de vida sexual e información sobre la sexualidad.

Observación del discurso y actitud de la paciente y pareja en el contexto de la sexualidad, la dinámica de su relación y el contexto físico de la misma (vivienda, privacidad).

Análisis de su respuesta sexual.

Administración de métodos e instrumentos de evaluación psicológica o tareas específicas, según lo que disponga la psicóloga/o. A continuación se describen las modalidades de intervención y las pruebas psicológicas que se emplearán en el proceso:

Modalidades de intervención

Orientación.

La orientación, es la forma de asistencia sistemática, aparte de la instrucción regular proporcionada a otras personas para ayudarlos a adquirir conocimientos y sabidurías, libre de compulsión o prescripción calculada a estimular la autodirección.

El orientador, en sus funciones, realiza las siguientes actividades:

1. Establecimiento de la relación: Trabaja para fomentar desde el comienzo del proceso un tipo de relación de confianza y colaboración con su interlocutor.
2. Clarificación: Se esfuerza por ayudar a la persona que lo consulta, a comprender su situación, así como los factores actuantes y sobre todo el peso de su propia actuación en los hechos.
3. Reforzamiento: Contribuye a que la persona desarrolle el valor o la autoconfianza necesaria para afrontar el problema o situación conflictiva.
4. Empatía: Trata de comprender el asunto desde el punto de vista del sujeto y sobre esta base, brindarle la información que le ayude a aumentar su comprensión del problema.
5. Liberación emocional: Ayuda a la persona a sentirse libre de temores y a disminuir las tensiones y emociones negativas.
6. Pensamiento racional: Estimula un pensamiento claro y coherente, y brinda al sujeto los recursos para lograrlo.
7. Brinda alternativas: Aunque no toma decisiones por el sujeto, el orientador lo ayuda a generar y evaluar alternativas de solución a su problemática.

8. Reorientación: El orientador trabaja por ayudar a las personas a clarificar sus valores y al cambio interno de sus metas personales, cuando esto resulte necesario.

Terapia de apoyo

Mediante el apoyo se trata de incrementar la auto-confianza del paciente y asistirlo en el análisis de las situaciones problemáticas o conflictivas, en las cuales la capacidad de introspección y auto-análisis del sujeto, se encuentran comprometidas; los objetivos a alcanzar son:

1. Reducción de la ansiedad, agresividad, frustración o cualquier otro estado afectivo negativo presente.
2. Incrementar la capacidad de análisis de las relaciones e intercambios que el paciente mantiene con otras personas y con el entorno en general.
3. Incrementar la capacidad de introspección.

Terapia de pareja cognitivo conductual

Los principales representantes del enfoque cognitivo (y cognitivo-conductual) en la actualidad son Albert Ellis y Aarón Beck, El modelo de la terapia racional emotiva y conductual de Ellis, se basa en el llamado modelo A B C, en el mismo se plantea que los trastornos emocionales y conductuales (C) no se derivan directamente, como suele creerse, de los acontecimientos vitales de la vida actual o del pasado (A), sino de la existencia en (B) de determinadas creencias irracionales o exigencias que el sujeto se impone y en las que se "autoadoctrina". El modelo de Ellis también admite el empleo de métodos conductuales cuya finalidad es la modificación (contribuir al esclarecimiento) de las creencias irracionales.

Terapia sexual

La terapia sexual que Helen S. Kaplan (1982) propone, entiende que las disfunciones sexuales estarían multideterminadas.

El método de tratamiento es ecléctico, integrando distintos enfoques terapéuticos (conductual, psicodinámico, sistémico, farmacológico).

El objetivo de la terapia es el alivio de los síntomas, por lo tanto todas las intervenciones están al servicio de este objetivo.

Determina distintos niveles de intervención psicoterapéutica de causas directas y leves o de causas profundas y remotas.

Las estrategias esenciales son las tareas sexuales y sesiones psicoterapéuticas, las que son estructuradas sistemáticamente para realizar intervenciones en forma coordinada e integrada, dentro de un marco psicodinámico básico, con la finalidad de lograr no solo modificar conductas, sino que también para resolver conflictos subyacentes al problema.

Pruebas Diagnósticas básicas y/o confirmatorias

Inventario de ansiedad rasgo-estado (IDARE)

Inventario de depresión de Beck

Inventario Multifacético de la Personalidad (MMPI)

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

1- TRASTORNOS DEL INTERÉS/EXCITACIÓN SEXUAL.

Ausencia o reducción de interés/excitación sexual manifestadas al menos por 3 de lo siguiente:

Ausencia/reducción del interés en actividad sexual.

Ausencia/reducción de pensamientos o fantasías erótico/sexuales.

Reducción de iniciación de actividad sexual y típicamente no receptiva a intentos del compañero para iniciarla.

Ausencia/reducción de excitación placer/sexual durante la actividad sexual en casi todos o todos los encuentros sexuales (75% -100%) en situaciones definidas o generalizadas a todas.

Se considera presencia de Trastornos del interés/excitación sexual cuando este tiene al menos 6 meses de duración. Los síntomas se experimentan en todas o casi todas las ocasiones de actividad sexual (75% al 100%).

Procederes

Las pacientes serán remitidas de la consulta de Endocrinología con estudios que descarten patología orgánica. Si se observa marcada depresión y/o ansiedad en la paciente y/o pareja se remitirá a consulta de psiquiatría antes de comenzar tratamiento psicológico.

Pruebas Diagnósticas básicas y/o confirmatorias

Inventario de ansiedad rasgo-estado Idare

Inventario de depresión de Beck

Inventario Multifacético de la Personalidad (MMPI)

Tratamiento no medicamentoso

El tratamiento consta de terapia individual o de pareja, con las modalidades de intervención expresadas a continuación, puede ser sólo una o la combinación de 2 ó mas modalidades según sea el caso a tratar.

Orientación

Terapia de apoyo

Terapia cognitivo conductual

Terapia sexual

2- TRASTORNOS DEL ORGASMO

Ausencia persistente o recurrente del orgasmo tras una fase de excitación sexual normal.

Se considera presencia de Trastornos del orgasmo cuando este tiene al menos 6 meses de duración. Los síntomas se experimentan en todas o casi todas las ocasiones de actividad sexual (75% al 100%).

Procederes

Las pacientes serán remitidas de la consulta de Endocrinología con estudios que descarten patología orgánica. Si se observa marcada depresión y/o ansiedad en la

paciente y/o pareja se remitirá a consulta de psiquiatría antes de comenzar tratamiento psicológico.

Pruebas Diagnósticas básicas y/o confirmatorias

Inventario de ansiedad rasgo-estado Idare

Inventario de depresión de Beck

Inventario Multifacético de la Personalidad (MMPI)

Tratamiento no medicamentoso

El tratamiento consta de terapia individual o de pareja, con las modalidades de intervención expresadas a continuación, puede ser sólo una o la combinación de 2 ó mas modalidades según sea el caso a tratar.

Orientación

Terapia de apoyo

Terapia cognitivo conductual

Terapia sexual

3- TRASTORNOS DE LA PENETRACIÓN CON DOLOR GÉNITO PÉLVICO

Aparición persistente o recurrente de espasmos involuntarios de la musculatura del tercio externo de la vagina, que interfieren con el coito.

También dolor genital persistente o recurrente en la mujer antes, durante y posterior a la relación sexual.

Dificultades persistentes o recurrentes con una (o más) de las siguientes:

1. Penetración vaginal durante las relaciones.

2. Marcado dolor vulvovaginal o pélvico durante las relaciones vaginales o los intentos de penetración.

3. Marcado dolor o ansiedad de sentir dolor vulvovaginal o pélvico antes, durante o como resultado de la penetración vaginal.

4. Tensión o contracción marcada de los músculos del suelo pélvico durante el intento de penetración vaginal.

Los síntomas han persistido durante unos seis meses como mínimo.

Procederes

Las pacientes serán remitidas de la consulta de Endocrinología con estudios que descarten patología orgánica. Si se observa marcada depresión y/o ansiedad en la paciente y/o pareja se remitirá a consulta de psiquiatría antes de comenzar tratamiento psicológico.

Pruebas Diagnósticas básicas y/o confirmatorias

Inventario de ansiedad rasgo-estado Idare

Inventario de depresión de Beck

Inventario Multifacético de la Personalidad (MMPI)

Tratamiento no medicamentoso

El tratamiento consta de terapia individual o de pareja, con las modalidades de intervención expresadas a continuación, puede ser sólo una o la combinación de 2 ó mas modalidades según sea el caso a tratar. En este trastorno se trabajará también con la desensibilización sistemática aplicada a la esfera de la sexualidad, se emplean dilatadores graduados para lograr relaciones coitales.

Orientación

Terapia de apoyo

Terapia cognitivo conductual

Terapia sexual

INDICADORES

Indicadores de Estructura		Estándar
Recursos humanos	% de psicóloga/o, psicometrista.	80 %
Recursos materiales	% de pruebas psicológicas, local con privacidad, material de oficina.	80%
Recursos organizativos	% de planillas para la recogida de datos del PA	100%
	% de base de datos electrónica	100%
Indicadores de Procesos		Estándar
% de pacientes o parejas para ser atendidas o remitidas por Endocrinología.		100 %
% de pacientes femeninas o parejas remitidas para su reevaluación psicológica.		≥80%
% de pacientes o parejas que deberán continuar con seguimiento, según plazos del PA		≥80%
Indicadores de Resultados		Estándar
% de pacientes y parejas receptivas a la intervención psicológica y que superaron la disfunción.		≥80%
% de pacientes o parejas con notable evolución y con visión integradora de su sexualidad aunque aún se mantiene la disfunción.		≥ 60%
% de pacientes y parejas que logran modificar actitudes a partir de una perspectiva más amplia del concepto sexualidad.		≥ 60%

BIBLIOGRAFIA

- Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). Disfunciones sexuales. En el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (5ª ed.). doi: 10.1176/appi.books.9780890425657.
- Canales de la Fuente, R. (2015). Bajo deseo sexual femenino. Recuperado de <http://www.excelsior.com.mx/opinion/raymundo-canales-de-la-fuente/2015/08/23/1041641> .
- Hurtado de Mendoza Zabalgoitia, M. T. (2015). La sexualidad femenina. Alternativas en Psicología. Revista Semestral. Tercera Época. Año XVIII. Número Especial. Recuperado de <http://www.alternativas.me/attachments/article/95/9> - [La sexualidad femenina.htm](http://www.alternativas.me/attachments/article/95/9)
- Kaplan, H. (1990). La nueva terapia sexual. México: Alianza Editorial.
- Masters, W., Johnson V., Kolondy, R., (1995). La sexualidad humana. 13a. ed., Barcelona: Grijalbo
- Sorli, Nuria. (2009). Breve historia de la sexualidad. Revista de Sexología Identidades. Recuperado de http://www.identidades.org/revista/historia_sexualidad.htm

ALGORITMO

