



Evaluación de las disfunciones sexuales

Almudena Escudero González (PIR 1. HUMS)

JORNADA docente

residentes MIR psiquiatría y PIR de Aragón
salud sexual y disfunciones sexuales.

Fecha: 1 de abril del 2009

Lugar: Aula 3 de la Unidad Docente del Hospital *Miguel Servet*

Organizada por Anabel Peña López.

Tutora PIR HU M.Servet.

Grupos de Tnos	DSM IV TR	CIE 10
Del deseo	Deseo Sexual hipoactivo Aversión al sexo	Ausencia de deseo sexual Ausencia de placer sexual. Rechazo sexual.
De la excitación	Tno de la excitación sexual Tno de la erección.	Fracaso de la respuesta genital.
Del orgasmo	Tno orgásmico Eyaculación precoz	Disfunción orgásmica. Eyacualción precoz
Por dolor	Dispareunia Vaginismo	Dispareunia no orgánica Vaginismo no organica

Dimensiones:

Temporal: toda la vida / adquirido

Contextual: general / situacional

Etiológica: psicológicos / combinados

Sobre un caso

Nombre: A

Edad: 40 años

Estado civil: casado

Ocupación: empresa de seguridad

- **MOTIVO DE CONSULTA:**

Pérdida de erección durante las relaciones sexuales.

Objetivos de la Evaluación

1. Definir la naturaleza del problema: es fundamental aunque puede ser difícil de definir.
2. Formular explicación tentativa causas: suele ayudar a las personas el formular un supuesto tentativo causal, aunque desde una especulación ya que al ser pasado no es contrastable.
3. Análisis funcional:



Áreas de evaluación



Áreas de evaluación II

Orgánica:

- Descartar posible patología orgánica.
- Importante asegurar que este campo está cerrado antes de comenzar la terapia.

Áreas de evaluación II

Psicológica:

Se deben tener en cuenta factores:

- Predisponentes: educación, abusos, relación familiar, experiencias negativas...
- Precipitantes: experiencia traumática, inadecuada, insatisfacción, juego inadecuado, estrés, cansancio, miedo a perder el control, infertilidad, rechazo...
- Mantenedores: ansiedad, anticipación, culpa, ánimo...

Áreas de evaluación IV

Sexual:

- Relaciones, educación, primer recuerdo, masturbación, vida coital, comportamiento sexual...
- Historia y funcionamiento actual: a nivel de pareja y a nivel individual.
- Descripción de “causas” inmediatas y contingencias del síntoma: nivel bio-psicosocial, motor, cognitivo, psicofisiológico, consecuencias..)

Áreas de evaluación V

De pareja:

- Un primer rastreo ya que con graves problemas de pareja lo sexual queda en un segundo plano.
- Se debe evaluar:
 - La expresión del afecto.
 - La comunicación.
 - La resolución de problemas.
 - El tiempo libre.
 - El reparto de tareas.

Técnicas y procedimientos

Evaluación médica:

- Historia médica
- Examen físico
- Pruebas de laboratorio (HFS, HL, testosterona, prolactina...)

Técnicas y procedimientos II

Cuestionarios:

- **CUESTIONARIO DE MITOS Y FALACIAS SEXUALES (Mc Cary):** Evalúa errores, mitos y falacias en la información sexual.
- **INVENTARIO DE INTERACCIÓN SEXUAL (Lo Piccolo y Steger,).** Evalúa la satisfacción y el ajuste heterosexual: puntuación de cada miembro de la pareja sobre 17 conductas sexuales específicas.
- **INVENTARIO DE TEMORES SEXUALES (Annon).** Evalúa la magnitud del temor, discomfort o displacer ante la experiencia y la conducta sexual. Formato específico para hombres y otro para mujeres.
- **INVENTARIO DE PLACERES SEXUALES (Annon).** Evalúa la excitación y los sentimientos y placeres.
- **INVENTARIO DE RESPUESTAS SEXUALES (Pion).** Evalúa el conocimiento sexual, las actitudes y las experiencias sexuales pasadas y presentes.
- **INVENTARIO DE CONOCIMIENTO SEXUAL (Mc Hugh).** Evalúa el conocimiento adecuado así como los errores en relación con la sexualidad humana.

Técnicas y procedimientos II

Autobservación:

- En situaciones donde se “valora” su funcionamiento.
- Es más extraordinario porque afecta a la acción y por eso se tiende a evitar.
- Se utiliza a veces para evaluar pensamientos.

Técnicas y procedimientos IV

Evaluación psicofisiológica:

- Registros pletismográficos (hombre)
- Registros fotométricos (mujer).
- En clínica es inusual pero si que se pueden llegar a utilizar para discriminar problemas físicos de psicológicos sobre todo en cuanto a la respuesta de erección.

Hª sexual y entrevista clínica

La entrevista

- Con los DOS MIEMBROS de la pareja:
 - Independientemente de cuál sea su relación formal y siempre y cuando los dos quieran.
- Deben ser:
 - CONJUNTAS, ya que dan datos de la interacción
 - INDIVIDUALES, importantes para contrastar la información.
- EL MANEJO DE LA INFORMACIÓN CONFIDENCIAL:
 - Debe quedar claro.
 - Si la información es del pasado y puede coartar el hecho de que la compartan, se construye la terapia desde ahí.
 - Si es presente y está interfiriendo mucho hay que plantear una terapia individual.

Hº sexual y entrevista clínica II

La entrevista

- Generalmente son vividas con inquietud y embarazo por lo que suelen dar información vaga y general
- El terapeuta debe comportarse de forma natural con franqueza y comodidad.
- Es importante un clima de confianza. Desde lo general se facilita lo concreto y embarazoso.
- Es importante el lenguaje que sin ser académico sea técnico. Teniendo en cuenta con quien hablamos podemos mezclarlo con lo popular, viendo su vocabulario y adaptándonos. El objetivo es ENTENDERNOS y si esto resulta embarazoso hay que ayudar a precisar explicando el sentido del porqué preguntamos.
- Todo es posible y factible, no juzgamos lo correcto e incorrecto a no ser que no exista acuerdo entre dos personas.

Hª sexual y entrevista clínica III

Áreas significativas

- Ambiente familiar: apoyo, comunicación, relaciones entre padres...
- Mensajes sobre sexualidad: familia, religión, educación..
- Experiencias sexuales tempranas: descubrimientos y juegos.
- Primeras experiencias en adolescencia: fantasías, masturbación, primeras citas, juegos sexuales...
- Imagen corporal: tamaño de los senos, del pene...
- Relaciones anteriores.
- Acontecimientos sexuales estresantes y experiencias traumáticas
- Experiencia sexual con pareja actual: atracción sexual, primeras relaciones...

Sobre un caso (2)

A lleva dos años casado, tiene dos hijos de 10 y 7 años y dice estar satisfecho de su vida familiar y de pareja.

Su vida sexual era “perfecta”, rápidas y buenas erecciones con la mínima estimulación, hasta que hace dos años y sin un motivo que recuerde tuvo un “gatillazo”, esto le asustó mucho, ya no se sentía seguro y empezó a generar cada vez un mayor miedo a que el episodio se repitiera, y así fue.

Acudió al urólogo y no se encontró ningún problema orgánico, éste le recetó viagra y durante varios meses lo estuvo tomando de forma ocasional hasta volver a sentirse seguro. Todo iba bien hasta que a principios de año vuelve a perder la erección, se volvió a desencadenar el miedo y ahora la frustración era mayor. Volvió a tomar viagra cuando se sentía más inseguro. Ahora no toma ningún fármaco.

Cada dos o tres semanas conseguía no perder la erección, procuraba penetrar cuanto antes para evitar un nuevo “fracaso”. Lo peor era cuando su mujer le anticipaba los encuentros sexuales “esta noche toca”. Cada vez estaba más angustiado y comenzaba a evitar las situaciones que pudieran acabar en relación sexual. Cuando perdía la erección durante la penetración continuaba con besos y caricias hasta que L (su mujer) llegaba al orgasmo.

Los encuentros sexuales han pasado de tres a uno semanal en estos dos últimos años. A dice sentir menos deseo hacia su mujer desde casado y éste ha disminuido mucho más en estos dos años.

Áreas a investigar en la 1ª entrevista

1. Frecuencia de las relaciones sexuales
2. Conducta durante el juego amoroso
3. Duración
 - Juego amoroso
 - Tiempo hasta el orgasmo / eyaculación
4. Desempeño sexual
 - Porcentaje de ocasiones en que se alcanza el orgasmo
 - Dificultades de erección
 - Lubricación
 - Problemas de eyaculación
 - Dolor
5. Posiciones durante el coito

Áreas a investigar en la 1ª entrevista II

6. Rol de cada miembro de pareja
 - Iniciación de la relación sexual
 - Durante la relación sexual (activo vs. Pasivo)
7. Escenario sexual
 - Dónde
 - Cuándo
 - Variaciones
8. Conductas posteriores al coito
9. Tabúes y exclusiones o prohibiciones
10. Prácticas contraceptivas
11. Idionsincrasia

Sobre un caso (3)

Respuesta cognitiva

- *Tengo que mantener la erección.*
- *Si no es espontáneo seguro que fallo.*
- *Antes con solo pensarlo ya la tenía.*
- *Tengo que ser rápido y acabar cuanto antes.*
- *Me la quitaría de encima "¡déjame en paz!".*
- *Realmente L no me entiende.*

Respuesta fisiológica

- *Aumento del ritmo cardiaco.*
- *Angustia.*
- *Tensión muscular.*
- *Incremento secreción adrenalina y noradrenalina.*
- *Pérdida de la erección.*

Respuesta motora

- *Enfado, despotrica.*
- *Sale de la habitación.*
- *Movimientos coitales rápidos.*
- *Mantiene las distancias con L.*

Sobre un caso (4)

- La vida sexual de A era muy **satisfactoria** las expectativas frente a su respuesta sexual eran muy altas, nunca había fallado y su erección era prácticamente automática.
- Su relación de pareja es **satisfactoria** y cuentan con un buen nivel de comunicación. Su vida sexual siempre ha estado aderezada con fantasía y alternativas sexuales hasta que L deja de practicarlas. A sigue con ello y L no lo sabe, él lo vive con total normalidad, aunque le preocupa la relación que puede esto tener con su problema.
- A es inteligente y perfeccionista, tolera mal las frustraciones y suele tensarse mucho en el trabajo. Su problema se inicia al valorar de forma muy negativa el primer “gatillazo”, no entiende que le pueda pasar eso, no se lo puede permitir. Su preocupación aumenta, y pone en marcha mecanismos que le alejan aún más de su objetivo (esforzarse en la erección, prisas), teme cualquier contacto que pueda acabar en relación sexual e intenta evitarlo.

Sobre un caso (4) II

- *Por su parte B es comprensiva y colaboradora, pero su actuación no ayuda ya que anima a A a seguir buscando la erección cuando está tenso, cosa que a él le pone más nervioso hasta acabar cortando en seco el contacto, con enfado, discusión y gran frustración.*
- *En poco tiempo A ha asociado su desempeño sexual con emociones negativas (frustración y ansiedad). Los pensamientos anticipatorios negativos fijan su atención en su erección y todo lo erótico y agradable desaparece (rol del espectador). El escape y la evitación mantienen y agravan el problema.*
- *Como consecuencia última de este proceso está la insatisfacción de A que afecta negativamente, disminuyendo su apetencia o deseo sexual experimentado ante relaciones sexuales futuras.*

Formulación del problema

1. Se intenta dar una visión de la disfunción sexual basada en los diferentes aspectos evaluados
2. Cómo ha podido surgir
3. Factores que lo mantienen y lo facilitan

Antecedentes

Mantenedores

Precipitantes

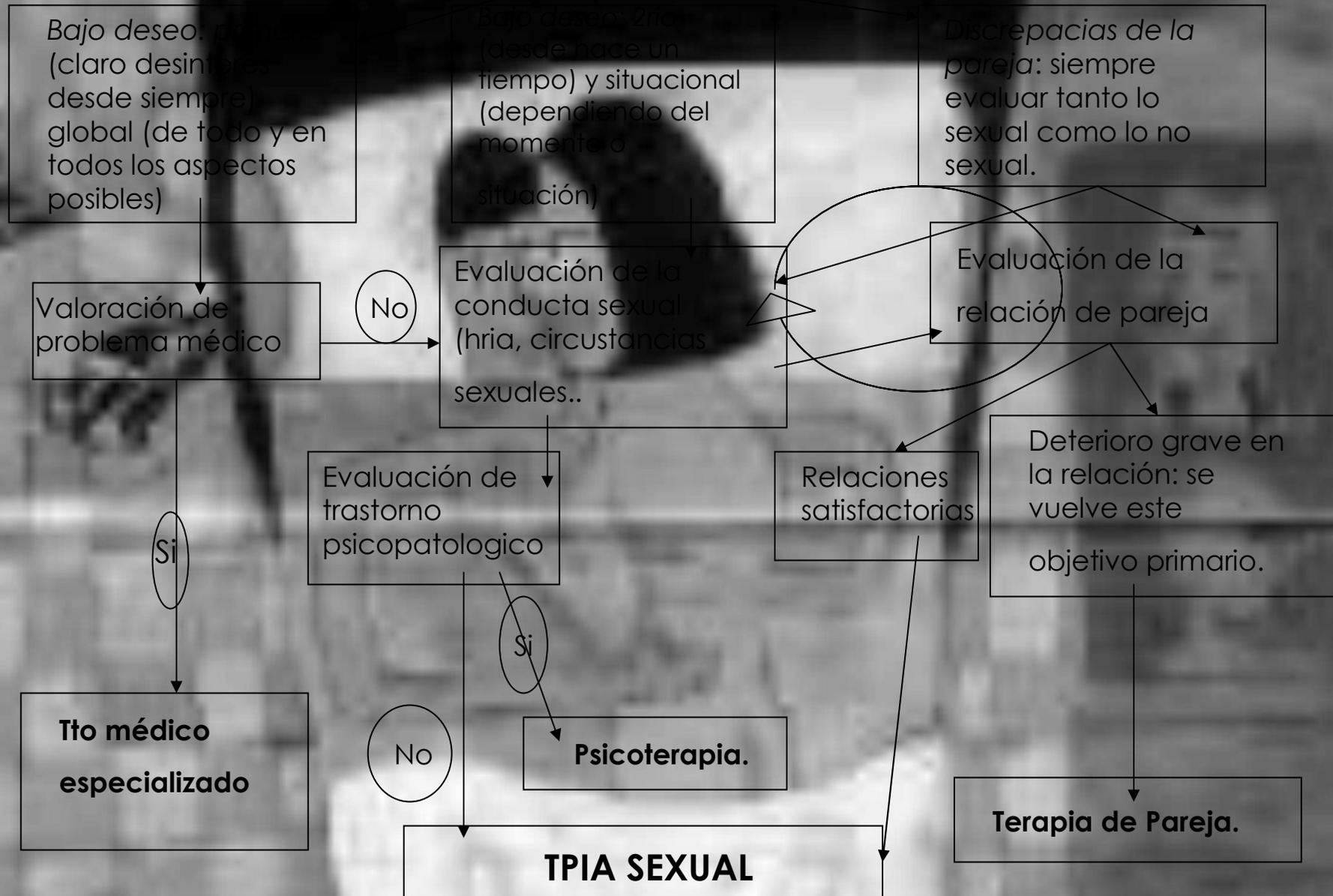
4. Las estrategias terapéuticas para abordarlo.

- El OBJETIVO es facilitar el ENTENDIMIENTO de la disfunción y promover una ACTITUD QUE FAVOREZCA el cambio y motive el trabajo.
- Posibilitar el ACUERDO y la COOPERACIÓN al favorecer la exteriorización y discusión de discrepancias y dudas.
- Estimular la PARTICIPACIÓN y colaboración en el trabajo y objetivos a corto / largo plazo, con la idea fundamental del paciente como pieza clave.
- Fomentar las EXPECTATIVAS DE LOGRO señalando la idea de CAMBIO COMO CONTROLABLE y MANEJABLE por los pacientes.

Contradice una terapia sexual

- Factores individuales de corte orgánico, psiquiátrico, baja motivación...
- Factores de relación: bajo compromiso, déficit importante en comunicación, hostilidad, resentimiento..
- Factores situacionales: relaciones extramatrimoniales, embarazo...

Evaluación sexual (Rosen y Leiblum)



Muchas gracias

Almudena Escudero González (PIR 1. HUMS)

JORNADA docente

**para residentes MIR psiquiatría y PIR de Aragón
salud sexual y disfunciones sexuales.**

Fecha: 1 de abril del 2009

Lugar: Aula 3 de la Unidad Docente del Hospital *Miguel Servet*

Organizada por Anabel Peña López. Tutora PIR HU M.Servet.

<http://docencia.mir.pir.psiquiatria.googlepages.com/jornadadocentesexu>

[alidadmirypir](#)