

Afrontamiento al distrés relacionado con la disfunción eréctil en varones con diabetes mellitus tipo 2

Coping with erectile dysfunction-related distress in men with type 2 diabetes mellitus

MSc. Lic. Loraine Ledón Llanes,^I MSc. Dra. Lizet Castelo Elías-Calles^{II}

^IClínica Central "Cira García". La Habana, Cuba.

^{II}Centro de Atención al Diabético. Instituto Nacional de Endocrinología (INEN). La Habana, Cuba.

RESUMEN

Introducción: los estudios sobre afrontamiento al distrés generado por las dificultades sexuales en personas con diabetes mellitus son escasos.

Objetivos: identificar las estrategias de afrontamiento que emplea un grupo de varones con diabetes mellitus tipo 2 frente al distrés generado por la disfunción eréctil, y explorar la relación entre estas estrategias y sus necesidades percibidas y referidas.

Métodos: estudio descriptivo, transversal, que combinó metodología cualitativa y cuantitativa, en el que participaron 10 varones con diabetes mellitus tipo 2 y disfunción eréctil secundaria. Los instrumentos utilizados fueron: Escala de Modos de Afrontamiento, de *RS Lazarus* y *S Folkman*, Técnica de los 10 Deseos y Entrevista Semi-estructurada. La información cuantitativa se procesó a través de valores absolutos, porcentajes y medias (según dato e instrumento), y la cualitativa a través de la extracción de temas generales, categorías y contenidos. Se realizó triangulación teórica y de fuentes. Los aspectos éticos fueron considerados.

Resultados: los sujetos tenían edad media de 51,6 años, nivel escolar superior y medio-superior, y todos fueron residentes en La Habana. Aparecieron divergencias entre las estrategias referidas a través del cuestionario y la entrevista: en el primero los sujetos refirieron con mayor frecuencia la búsqueda de apoyo social (media 1,8), mientras en las entrevistas refirieron mayormente la huida-avoidancia, a través de estrategias emergentes y coadyuvantes como: el desinterés informacional, la búsqueda de causas externas y la búsqueda de nuevas experiencias. Las necesidades y motivaciones fundamentales se expresaron en el área sexual-marital.

Conclusiones: los sujetos utilizaron el manejo emocional como estilo de afrontamiento fundamental frente al distrés relacionado con la disfunción eréctil, a través de la estrategia de huida-avoidance. Este hecho, la relevancia otorgada a la sexualidad y otros aspectos discutidos en el artículo, condicionan importantes vulnerabilidades psicosexuales en los sujetos estudiados.

Palabras clave: proceso de afrontamiento, diabetes mellitus, disfunción eréctil, estrategia de huida-avoidance.

ABSTRACT

Introduction: the studies on the coping with distress generated by sexual difficulties in diabetes mellitus persons are scanty.

Objectives: to identify the coping strategies of a group of men with type 2 diabetes mellitus against the distress generated by erectile dysfunction and to explore the relationship between these strategies and their perceived and referred requirements.

Methods: cross sectional and descriptive study combining qualitative and quantitative methods. Ten men with type 2 diabetes mellitus and secondary erectile dysfunction participated in it. The instruments were Coping Modes Scale of RS Lazarus and S. Folkman, Ten-desire technique and semi-structured interview. The quantitative information was processed by using absolute values, percentages and means (according to data or instrument used) and the qualitative one through extracting general topics, categories and contents. Theoretical and source triangulation was carried out. Ethical aspects were taken into consideration.

Results: the subjects were 51.6 years-old as average, higher and middle-higher education and all were living in Havana. There were divergences among the strategies mentioned in the questionnaire and the interview in the former, the subjects stated the search for social support more frequently (mean of 1.8) whereas in the latter, they mostly mentioned runaway-avoidance, through emerging and coadjutant strategies such as lack of interest in information, search of external causes and search of new experiences. Fundamental needs and motivations were expressed in the sexual-marital area.

Conclusions: the participants used emotional management as a fundamental way of coping with erectile dysfunction distress, through the runaway-avoidance strategy. This event, the importance given to sexuality and other discussed aspects in the article give rise to important psychosexual vulnerabilities in the studied subjects.

Keywords: coping process, diabetes mellitus, erectile dysfunction, runaway-avoidance strategy.

INTRODUCCIÓN

La sexualidad es el resultado de variadas influencias y determinaciones de carácter orgánico, psíquico, social y sexual, que se integran y expresan de una manera única en cada individuo a lo largo de su existencia. Su importancia para la salud

física y mental es fundamental. Sin embargo, en los procesos de atención de salud, la sexualidad continúa siendo un tema poco abordado, sobre el que los usuarios no suelen consultar por propia iniciativa, y sobre el cual gravitan representaciones que tienden a mantenerla bajo un velo de silencio.^{1,2} Las razones para ello son variadas, entre las que se pueden mencionar la consideración tácita por proveedores de salud y por las propias personas con endocrinopatías de que la sexualidad en el contexto de una enfermedad no resulta suficientemente importante.³

Desde nuestra experiencia de asistencia e investigación en el campo de la Endocrinología, la sexualidad constituye un área más de expresión de las dinámicas de vida general de los sujetos relacionadas con sus procesos de salud, y a través suyo se expresan importantes rupturas en sus procesos de identidad. Al indagar sobre ella con frecuencia se encuentran serias preocupaciones, más o menos explícitas, respecto al ejercicio sexual y su expresión en las relaciones sociales y el estado psíquico.⁴

La diabetes mellitus (DM) tiene repercusión sobre aspectos físicos, psicosociales y socioeconómicos.^{5,6} Su evolución, la edad y el pobre control metabólico pueden ocasionar complicaciones de salud con repercusiones en la función sexual. Los problemas sexuales pueden ser un signo de DM, su consecuencia, así como síntoma centinela de varias enfermedades crónicas. Además, pueden conducir a depresión, falta de adhesión al tratamiento y limitación de las relaciones íntimas.⁷ Aunque la DM puede afectar todas las fases de la respuesta sexual, en los varones se expresa fundamentalmente en términos de disfunción eréctil (DE),⁸ que constituye la entidad más estudiada y de la que se dispone de mayores referencias en la actualidad.⁹⁻¹³

La DM tiende a producir DE dentro de los primeros 10 años de su diagnóstico en aproximadamente la mitad de los pacientes, y a medida que avanza la enfermedad, la cifra aumenta.¹⁴ En Estados Unidos el 55 % de hombres entre 57 y 85 años con DM presenta DE,⁷ y al comparar población con DM y población general, se afirma que en la primera la frecuencia de DE es significativamente más elevada, su aparición es más temprana, y puede estar presente incluso en el momento del inicio clínico de la DM.¹⁵ La DE se asocia al incremento de la edad, mal control metabólico, mayor tiempo de evolución de la DM, hábito de fumar, consumo de bebidas alcohólicas, depresión, uso de algunos fármacos, complicaciones microvasculares de la DM,¹⁵ presencia de enfermedad cardiovascular, cambios en la función hormonal (como la asociación entre deficiencia de testosterona y DM 2),¹⁶ factores bioquímicos y psicológicos.²

Para explicar la DE en el varón con DM, en especial se hace referencia al rol que juegan las alteraciones vasculomioneuroendoteliales y la asociación entre factores orgánicos y psicógenos, como la depresión con pérdida de la libido que puede anteceder la DE.¹⁵ La frecuente existencia de comorbilidades empeoran su pronóstico.^{7,14} Aunque la DE puede ser clasificada como de causa orgánica, psicológica o mixta, en realidad se considera que los factores orgánicos y psicológicos actúan de conjunto. Dentro de estos últimos se encuentran: la ansiedad de ejecución, la estructura de personalidad, la escasa asertividad,⁹ las preocupaciones respecto a la salud y al control metabólico, las características de la dinámica de pareja, y la identificación con representaciones y roles tradicionales de género. Los estudios han mostrado que personas con DM y dificultades en el área sexual, pueden no ser conscientes de que estas se relacionan con su proceso de enfermedad.¹⁷ Poco se conoce acerca de cómo los individuos dan significado y afrontan los aspectos de su vida sexual, incluyendo sus dificultades.¹⁰

La DE produce un profundo impacto desde la perspectiva de los varones, lo cual puede expresarse en altos niveles de distrés relacionado con la enfermedad, peor adaptación a esta, peor control metabólico, alta prevalencia de síntomas depresivos severos, vida sexual menos satisfactoria, pobre interacción social, bienestar emocional disminuido, mayor limitación de roles debido a problemas emocionales y más pobre función social.¹² La experiencia de DE también puede experimentarse desde un cuestionamiento al mandato tradicional de activismo sexual masculino, y la modificación de los sentidos alrededor de la relación de pareja.¹⁰ Ello habla a favor de considerar el género como eje representacional que atraviesa las experiencias sexuales: entendiendo esta categoría como una construcción histórica y sociocultural que adjudica socialmente roles, identidades, valores y producciones simbólicas a hombres y mujeres, y que se expresa en un polo masculino hegemónico dominante, legitimado, en contraste con el polo femenino subordinado.¹⁸

Si se considera, sobre estas bases, que la vivencia de DE en varones con DM constituye un evento de distrés, resulta de gran utilidad considerar el modelo de estrés transaccional de *RS Lazarus* y *S Folkman*,¹⁹ que conceptualiza el distrés como resultado de un desbalance entre las demandas percibidas de la situación y los recursos también percibidos de los que puede hacer uso el sujeto para enfrentarlas. Los recursos de afrontamiento constituyen el factor predictivo más importante del distrés, y se relacionan con la satisfacción y el sentido de bienestar;²⁰ de ahí la relevancia de realizar exploraciones sobre este tema, en tanto permite identificar las fortalezas y vulnerabilidades de los sujetos frente a situaciones específicas.

Dentro del modelo transaccional de *Lazarus* y *Folkman*, el proceso de afrontamiento se define como los esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes, que se desarrollan para manejar las demandas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo.^{19,21} Estos esfuerzos no son sinónimo de éxito adaptativo o dominio del entorno,¹⁹ no son constructivos o destructivos por sí mismos. Sus costos y beneficios dependen de la persona, el momento y contexto en que surge la situación distresante, así como de cuánto permitan lograr y/o restablecer el equilibrio biopsicosocial del sujeto en el medio en que se expresa. Se han establecido relaciones predictivas entre distrés percibido y los recursos de afrontamiento, en relación con el concepto de satisfacción con la vida.²¹

Lazarus y *Folkman* describieron el afrontamiento como un proceso relacionado con los significados que la persona construye acerca de la situación demandante. Describieron un grupo importante de estrategias de afrontamiento,¹⁹ dentro de las que pueden citarse:

- La confrontación: esfuerzos agresivos para alterar la situación, que incluyen la acción directa y sugiere cierto grado de hostilidad y riesgo.
- El distanciamiento: esfuerzos realizados para separarse de la situación, aunque también alude a la creación de un punto de vista positivo.
- La huida-evitación: describe el pensamiento desiderativo y la tendencia a la evasión de la situación.
- La reevaluación positiva: creación de un significado positivo y focalización sobre el desarrollo personal.

- La aceptación de la responsabilidad: reconocimiento de la propia función desempeñada en la determinación del problema.
- La planificación: esfuerzos deliberados y centrados en el problema para alterar la situación, unido a la aproximación analítica para su resolución.
- La búsqueda de apoyo social: búsqueda de soporte emocional, moral o material.
- El autocontrol: esfuerzos dirigidos a regular los propios sentimientos y acciones.

Los estilos fundamentales dentro de los cuales estas estrategias pueden enmarcarse son: el afrontamiento dirigido al problema (se centra en la búsqueda de soluciones e involucra al entorno y al individuo, se confronta la realidad y se manejan sus consecuencias),²² el afrontamiento dirigido hacia la emoción (se centra en la regulación de los aspectos emocionales que la situación distresora genera para lograr y/o mantener el equilibrio afectivo),²³ y el afrontamiento cognitivo (centrado en la valoración de la situación para encontrar significado al suceso de manera que resulte menos desagradable).²³ La combinación de estos estilos resulta más efectiva que su uso individual cuando se afronta una situación de salud distresante.

A pesar de la gran importancia del tema del afrontamiento dentro de la salud y del campo de las enfermedades endocrinas en específico, en tanto alude a los recursos y estrategias concretas que los individuos utilizan para manejar las complejas demandas que estas generan, los aportes de la literatura son escasos, y especialmente centrados en la DM.²⁴ Incluso el origen, mantenimiento y control de la DM se ha hecho depender del afrontamiento y de otras variables psicosociales.²⁵ Especialmente escasos resultan los estudios que traten los procesos de afrontamiento frente al distrés generado por las dificultades vivenciadas en el área de la sexualidad en estas poblaciones. El tema es esencial para disminuir las vulnerabilidades del individuo desde el punto de vista sanitario, psicológico y social.

Sobre las bases del estado del conocimiento sobre el tema y su importancia, se elaboró como pregunta de investigación: ¿cuáles son las estrategias de afrontamiento que emplean varones con DM y DE frente al distrés generado por la presencia de dificultades en el área sexual? Los objetivos del estudio se dirigieron a: identificar las estrategias de afrontamiento que emplea un grupo de varones con DM 2 frente al distrés generado por la DE, y explorar la relación entre estas estrategias y sus necesidades percibidas y referidas. Es importante expresar que el estudio focaliza sobre las cogniciones de afrontamiento (referencias de afrontamiento a través de cuestionarios y entrevista), y no sobre las conductas de afrontamiento (acciones objetivas).²⁶

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, transversal, que combinó metodología cualitativa y cuantitativa de investigación. El estudio se desarrolló durante el primer trimestre del año 2010, en el marco de la Consulta de Andrología, del Centro de Atención al Diabético (CAD), del INEN, en La Habana, Cuba. La población a estudiar fueron varones adultos con diagnóstico de DM 2 y DE secundaria. La selección de la muestra fue intencional, a partir de los criterios siguientes:

- Criterios de inclusión muestral: varones adultos (a partir de 20 años de edad) con diagnóstico de DM 2 y DE secundaria, y voluntad para participar en el estudio
- Criterios de exclusión muestral: presencia de condiciones físicas o psicológicas que limitaran la escritura, lectura y comprensión de cuestionarios y temas abordados en la entrevista (por ejemplo, dificultades severas en la visión, audición, trastornos cognitivos y psiquiátricos).

El tamaño final de la muestra quedó conformado por 10 sujetos varones con diagnóstico de DM 2 y DE secundaria, según criterio de saturación de la información para la etapa cualitativa del estudio. Los instrumentos utilizados en la recolección de la información fueron:

Escala de Modos de Afrontamiento, de RS Lazarus y S Folkman: cuestionario auto-administrado de 67 ítems, diseñado para identificar las estrategias de afrontamiento que habitualmente utiliza una persona ante situaciones de estrés. A partir de este se obtienen 8 subescalas que representan diferentes estrategias de afrontamiento: confrontación (6 ítems), distanciamiento (8 ítems), autocontrol (13 ítems), búsqueda de apoyo social (7 ítems), aceptación de la responsabilidad (4 ítems), huida-avoidancia (11 ítems), planificación (8 ítems) y re-evaluación positiva (8 ítems). Los sujetos deben seleccionar solo una opción de respuesta de un total de 4, en cada uno de los ítems. Esas opciones de respuesta aluden a la frecuencia de utilización de la estrategia de afrontamiento, y presentan un valor numérico predeterminado que permite calcular el promedio de uso de cada estrategia: "En absoluto" (0 puntos), "En alguna medida" (1 punto), "Bastante" (2 puntos) y "En gran medida" (3 puntos).

Técnica de los 10 Deseos: instrumento proyectivo, auto-administrado, que explora aspectos de la personalidad tomando como punto de partida la expresión de deseos. Constituye una herramienta útil para acceder a las motivaciones individuales de la persona, y en el contexto del estudio permitió enriquecer la información proveída por el resto de instrumentos.

Entrevista Semi-estructurada: se construyó una guía de entrevista, de flexible aplicación, dirigida a explorar las estrategias desplegadas por los sujetos en el proceso de afrontamiento a las dificultades vivenciadas en el área de la sexualidad. La guía permitió la emergencia de estrategias y contenidos no previstos con anterioridad, de forma que permitieran enriquecer el tema de estudio. A través de ella también se recogieron algunos datos generales de los sujetos: edad, escolaridad, estado civil y lugar de residencia.

Se accedió a los sujetos estudiados a través de la especialista de asistencia de la Consulta de Andrología, para garantizar el cumplimiento de los criterios de inclusión muestral. Al finalizar su atención de salud, se les pidió a los sujetos que cumplieran dichos criterios, su consentimiento para participar de forma voluntaria en el estudio, previa información de sus objetivos y en qué consistiría su participación (de forma oral y por escrito). Los varones que consintieron en participar completaron los cuestionarios (Escala de Modos de Afrontamiento de *Lazarus* y *Folkman*, y Técnica de los 10 Deseos), y participaron de la entrevista semi-estructurada, de forma individual con una investigadora.

La información cuantitativa obtenida se procesó de la manera siguiente:

- *Escala de Modos de Afrontamiento:* siguiendo las normas de calificación de la prueba, se sumaron los valores de las respuestas de los sujetos en cada uno de los ítems correspondientes a cada estrategia de afrontamiento, y se promediaron para

cada sujeto. Esos valores medios individuales por estrategia se promediaron para toda la muestra.

- *Técnica de los 10 Deseos*: se realizó un análisis de contenido a partir de las diferentes áreas de expresión de los deseos y/o motivaciones: familiar, personal, laboral, social y sexual-marital. Se definió la tendencia fundamental de los sujetos en relación con esas áreas, en términos de su valor absoluto y porcentaje.

La información cualitativa proveída por las entrevistas fue sometida a procesamiento cualitativo: de las transcripciones realizadas se extrajeron los temas generales, las categorías emergentes y sus contenidos. La información recogida a través de los diferentes instrumentos se sometió a triangulación de fuentes y teórica. Se conformó un reporte final de investigación. El estudio recibió autorización de la institución de salud donde fue realizado, y todos los sujetos participantes obtuvieron información (oral y escrita, a través del modelo de consentimiento informado), sobre los objetivos e importancia del estudio, las particularidades de su participación, su carácter voluntario y la posibilidad de negarse a participar y/o dar por terminada su participación en cualquier momento del estudio, sin perjuicio para la atención de salud recibida. Los sujetos contaron con espacios privados y confortables para la recogida de la información, y toda ella se manejó de forma confidencial.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Características de la muestra

Participaron 10 varones con una media de edad de 51,6 años (36-71 años). Del total de sujetos, 4 eran adultos jóvenes (menores de 40 años), 2 de la mediana edad (40-59 años) y 4 eran adultos mayores (más de 60 años). Refirieron nivel escolar superior 4 sujetos y 6 medio superior, e igualmente 7 sujetos refirieron estado civil casado y 3 (en su totalidad, adultos jóvenes) refirieron ser solteros. Todos manifestaron residir en La Habana al momento del estudio.

Estrategias de afrontamiento ante el estrés relacionado con la DE

Al realizar un análisis grupal de los promedios de uso de estrategia en la Escala de Modos de Afrontamiento de *Lazarus y Folkman* (tabla y figura), se encuentra que las estrategias de afrontamiento más frecuentemente utilizadas por los sujetos frente a la DE fueron: la búsqueda de apoyo social (1,8), la planificación (1,62), y la reevaluación positiva (1,55). Las estrategias menos frecuentemente utilizadas por los sujetos según este instrumento fueron: la huida-evitación (0,8) y el autocontrol (0,72). Las estrategias que tuvieron un uso intermedio entre las más y menos utilizadas fueron la confrontación (1,38), el distanciamiento (1,29) y la aceptación de la responsabilidad (1,13).

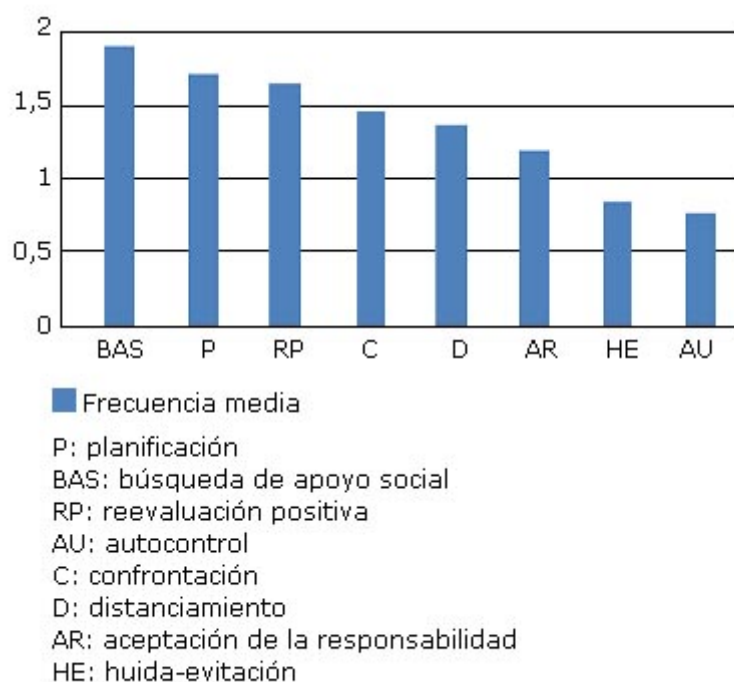


Fig. Frecuencia media de estrategias de afrontamiento del grupo.

Tabla. Datos generales y estrategias de afrontamiento por sujeto

Datos generales				Estrategias de afrontamiento							
Sujetos	Edad	Escolaridad	Estado civil	P	BAS	RP	AU	C	D	AR	H-E
1	36	Sup.	Soltero	1,75	1,57	1,63	0,46	1,0	1,63	1,5	0,64
2	56	M sup.	Casado	1,5	1,71	1,5	0,92	1,17	1,5	1,25	0,45
3	64	M sup.	Casado	1,75	1,29	1,88	1,23	1,83	1,0	2,25	1,0
4	35	M sup.	Soltero	1,88	2,43	2,25	0,85	1,83	0,5	0,5	1,09
5	38	M sup.	Soltero	1,25	1,57	0,75	0,38	1,67	1,13	1,0	0,82
6	68	M sup.	Casado	1,88	1,43	1,13	1,31	0,83	1,13	0	1,18
7	36	M sup.	Casado	1,38	2,29	1,25	0,62	1,17	0,5	0,25	0,05
8	67	M sup.	Casado	1,13	1,43	1,38	0,69	1,33	0,5	1,25	0,72
9	71	M sup.	Casado	1,75	2,0	2,13	0,54	1,67	1,0	1,0	0,55
10	45	M sup.	Casado	1,88	2,29	1,63	0,92	1,33	4	2,25	1,45
Promedio				1,62	1,8	1,55	0,72	1,38	1,29	1,13	0,8

P: planificación, BAS: búsqueda de apoyo social, RP: reevaluación positiva, AU: autocontrol, C: confrontación, D: distanciamiento, AR: aceptación de la responsabilidad, HE: huida-evitación, SUP: superior, M sup: medio superior

La calificación de las frecuencias de uso de las estrategias (en términos de "más frecuente", "menos frecuente" y "frecuencia media") se realizó atendiendo a los resultados obtenidos para el grupo. Sin embargo, vale referir que en general dichas frecuencias tienden a ser bajas con tendencia a media, considerando que ninguno de los promedios grupales superó los 2 puntos (*Bastante*). Ello significa que los sujetos tendieron a elegir con mayor frecuencia la opción *En alguna medida*.

Los resultados del cuestionario apuntaron hacia la tendencia de los sujetos a buscar ayuda de otras personas (búsqueda de apoyo social), para afrontar sus dificultades sexuales. Incluyó también la combinación de esfuerzos deliberados centrados en la modificación del problema, unido a una aproximación analítica a la planificación, y la creación de un significado positivo de la situación centrado en el desarrollo personal (re-evaluación positiva). Sin embargo, las respuestas expresadas durante la entrevista cara a cara respecto al mismo tema mostraron diferencias. Las divergencias entre la información proveída por diferentes instrumentos puede relacionarse con: las posibilidades de mayor profundización y comprensión de la estrategia de afrontamiento que permite la entrevista; y la tendencia a estructurar respuestas más formales, socialmente aceptables y/o relacionadas con las propias expectativas a través de un cuestionario auto-administrado. De ahí la relevancia y utilidad del uso y triangulación de varios instrumentos de recolección de la información. Los sujetos tendieron a expresar en las entrevistas el uso de estrategias de huida-evitación frente a las dificultades en el área sexual, que fueron contradictoriamente las referidas con menor frecuencia a través del cuestionario.

Un indicador posible de interpretar como expresión del uso de esta estrategia en los sujetos del estudio es el prolongado tiempo transcurrido para buscar ayuda especializada en aras de mejorar o solucionar su DE: que osciló entre 1 y 4 años para la mayoría, y en el caso de un sujeto, 12 años. Este hecho pudiera ser resultado de la influencia del género sobre los procesos de salud. Para los varones, el no reconocerse como sujetos de salud conduce comúnmente a demorar la búsqueda de ayuda profesional, lo que conlleva a que se agudicen las manifestaciones corporales de la enfermedad que, a su vez, profundizan el grado de deterioro de la salud, con sus consecuentes impactos a nivel psicosocial.⁴ No obstante, deben considerarse también otros factores potencialmente influyentes en la dilatación del tiempo de solicitud de ayuda especializada, como, una educación sexual deficiente, la presencia de actitudes conservadoras, la falta de habilidad para manejar temas de sexualidad por parte de los proveedores de salud,²⁷ las dificultades para acceder a servicios de salud que integren la atención a la sexualidad, entre otros.

La emergencia de otras estrategias durante la entrevista fue congruente con el uso de la huida-evitación como estrategia de afrontamiento fundamental frente a las dificultades sexuales. Esas estrategias fueron:

- El desinterés informacional: expresado en la escasa o nula motivación para buscar información sobre un tema que los sujetos refirieron como muy importante en sus vidas (la sexualidad), y cuyas dificultades (en términos de DE), causaron efectos deletéreos sobre su calidad de vida y sentido de bienestar. Según las referencias de los sujetos, esa estrategia estuvo presente desde antes de buscar ayuda especializada y se mantuvo una vez encontrada esta, sobre la base de que es *el médico quien va a resolver el problema*. El uso de esta estrategia probablemente expresa significados subyacentes a la DE representada como "enfermedad", de causa orgánica, razón por la que debe ser atendida y resuelta por el médico, sin que en ello medie o influya el sujeto con DE.

- La búsqueda de causas externas: se expresó en la búsqueda de un sentido causal a la DE, en situaciones de la vida cotidiana que estaban fuera del control del sujeto. Los varones tendieron a significar la DE como una situación inevitable, no relacionada con su responsabilidad, lo cual expresaría en estos sujetos un "locus de control externo",¹⁹ es decir, una representación de que la determinación y responsabilidad de su realidad sexual actual radicaba fuera de su autonomía e influencia individual, lo cual se ha encontrado con más frecuencia en varones con DM, que en mujeres.²⁵ Esta estrategia tiene como dualidad reflejar una arista de huida-evitación, y a la vez, de no aceptación de las responsabilidades individuales involucradas en la situación sexual de salud actual. Es importante agregar, no obstante, que su uso podría responder también al desconocimiento y/o no suficiente información de los sujetos acerca de las causas más probables de su DE: los daños neurovasculares resultantes de la evolución de la DM 2, y sobre todo, su inadecuado control, lo cual en la mayoría de los casos tiene una estrecha vinculación con los auto-cuidados de salud.

- La búsqueda de nuevas experiencias: esta última estrategia emergente se expresó en la tendencia de los sujetos a «probarse» sexualmente con otras parejas y/o en contextos y actividades diferentes a los habituales, con el propósito de confirmar la existencia, permanencia y particularidades de expresión de la DE. Los sujetos tendieron a enmarcar esta estrategia durante la etapa previa a la asistencia de salud para la DE. Su uso desde un sentido confirmatorio, refuerza aún más la huida-evitación en estos sujetos como estrategia de afrontamiento fundamental frente a la DE, debido a que su confirmación no les condujo necesariamente a la búsqueda de ayuda especializada. Ello probablemente se relacionó con la "búsqueda de causas externas" no controlables por ellos, con la representación de la DE como un problema médico, sobre el cual se tiene escaso control personal, y con su significado estigmatizante desde las construcciones tradicionales de masculinidad. El uso de esta estrategia ya ha sido referido en trabajos previos respecto a la sexualidad de varones con endocrinopatías ante la vivencia más o menos sistemática de "fallos" sexuales.⁴ Otras estrategias referidas por los sujetos durante las entrevistas fueron: la búsqueda de apoyo social, la reevaluación positiva, la planificación y el distanciamiento, las que permitieron afrontar el impacto psicoemocional de la vivencia de las dificultades en el área de la sexualidad. Referencias como: *me quedé muy deprimido o de alguna manera uno tiende a la depresión*, aparecieron con relativa frecuencia en el grupo estudiado. No obstante, estas estrategias no resultaron ni las más frecuentes referidas, ni las expresadas desde un mayor vínculo emocional, como sí sucedió con aquellas agrupadas dentro de la huida-evitación.

Una estrategia que ha sido encontrada en exploraciones previas sobre el tema de las dificultades sexuales en varones con diferentes endocrinopatías -y que no fue referida por los sujetos del estudio- es la compensación. Esta tiene como propósito equilibrar o compensar el impacto (emocional, psicosocial, sexual y de pareja) de los malestares sexuales, a través de la búsqueda de satisfacción en otras áreas de vida, como pueden ser el trabajo y la profesión, que portan un significado esencial dentro de las construcciones tradicionales de masculinidad.^{4,11} El análisis de los estilos de afrontamiento de los sujetos, a partir de las estrategias referidas, es consistente con una mayor tendencia a utilizar el estilo de afrontamiento centrado en la emoción. Algunos autores refieren que el afrontamiento dirigido al manejo emocional resulta más utilizado por mujeres.²⁸ La ausencia de mujeres en el estudio no permite dilucidar diferencias de género al respecto. La tendencia al manejo emocional pudiera ser resultado de los recursos de afrontamiento específicos del grupo estudiado, pero también, puede constituir un reflejo del profundo impacto psicológico y emocional que sostiene la DE para estos sujetos.

Respecto a este tema es importante considerar varios aspectos. Primero, el impacto psicoemocional de las dificultades en el área sexual en sujetos con DM se enmarca dentro del contexto más general de los impactos (dentro de ellos, también los psicoemocionales) que genera vivir con la enfermedad. Algunos autores han señalado que no solo la prevalencia de DE aumenta en varones con DM, sino que en estos el impacto psicosexual es mucho mayor, en comparación con varones con DE pero sin DM.¹³ Según *Siqueira, Joel y dos Santos*,²⁹ las personas que poseen algún padecimiento físico sufren la influencia de los aspectos emocionales, pues la enfermedad genera una cierta fragilidad. En el caso de personas con DM, se refiere su asociación con el riesgo de síntomas de ansiedad y depresión.²⁵

Algunos aspectos involucrados en el impacto psicoemocional de la DM son el carácter crónico de la enfermedad, las modificaciones que causa en áreas significativas de la vida, los cambios corporales y funcionales, y la significación (estigmatizante) de estos cambios.¹ Una sistematización realizada a partir de experiencias de la asistencia y la investigación con personas con DM en el Departamento de Psicología del INEN, evidencia cómo el impacto de vivir con DM se expresa en el estado psicológico a través de la falta de control sobre la enfermedad, los temores e inseguridades respecto a la salud y el cuerpo, la pérdida de motivaciones, la inquietud, la aprehensión, los trastornos del sueño y de los patrones nutricionales, la hostilidad, la labilidad emocional, las manifestaciones psicosomáticas (dermatológicas, gastrointestinales y cardiovasculares), las dificultades en los procesos de reconstrucción de la imagen corporal, de la autoestima, y en algunos procesos cognitivos (memoria, atención, concentración), el aislamiento social, incluso la pérdida del sentido de la vida (Ledón L. *Coping processes in people living with Diabetes Mellitus: experiences and challenges. Poster Discussion. 20th World Diabetes Congress, Montreal. IDF October 18th-22th, 2009*). Estas manifestaciones constituyen frecuente motivo de consulta especializada, y aparecen matizadas desde un sentido de minusvalía personal y social.

Autores como *Taloyan* y otros,² señalan la influencia de algunos factores sociodemográficos sobre el área de la sexualidad en personas con DM: ellos hallaron una prevalencia total de insatisfacción con la vida sexual de alrededor del 50 % en sujetos suecos con DM 2, lo cual mostró relación significativa con la mayor edad, vivir solo o con niños, así como la presencia de otras enfermedades. Otros estudios reportan acerca de los efectos protectores (o no) de la intimidad y la dinámica marital sobre la satisfacción sexual.² Estos aspectos no fueron considerados en el presente estudio.

Un segundo aspecto, probablemente involucrado en el impacto de la DE para los sujetos estudiados, se relaciona con las representaciones de la erección y el pene dentro de la sexualidad masculina, y los significados atribuidos a su disfunción. Ello se vincula con los significados atribuidos a la masculinidad, en especial, dentro del modelo de masculinidad hegemónica,^{18,30} a lo que habría que añadir la consideración de factores culturales. Existen mitos vinculados con el supuesto extraordinario comportamiento sexual de los hombres cubanos, que fomentan imaginarios que atribuyen excepcionalidad a sus penes,³¹ en términos de sus dimensiones, su capacidad eréctil y su protagonismo dentro de la sexualidad masculina. Mientras más falocéntrica se construya la sexualidad humana - específicamente la del varón-, y mientras la medida de éxito sexual se relacione más con la dureza del pene, más profundos serán los impactos de la pérdida o disminución de su capacidad eréctil sobre el equilibrio psíquico del individuo.⁴ Este y otros aspectos de las construcciones sobre sexualidad y masculinidad desde el modelo hegemónico favorecen el desconocimiento de otras aristas de la sexualidad humana y masculina, y su relación con el disfrute sexual.³¹

La acción integrada entre los significados e impactos de la DE en varones, en el marco de los significados e impactos de vivir con DM, puede determinar y/o profundizar los niveles de distrés y el sentido de falta de control personal sobre lo que acontece en sus vidas. Ello favorece el uso de estrategias de afrontamiento no activas, no centradas en la solución del problema, y, por tanto, menos eficaces para restablecer el equilibrio psicosocial.

La solicitud de ayuda y apoyo en servicios de atención especializada, aun habiendo pasado un prolongado tiempo de evolución de la DE, puede ser considerado como una forma adecuada y positiva de afrontar las dificultades sexuales, a través de la búsqueda de apoyo social¹ y la búsqueda de información y solución objetiva a la problemática existente. Esta estrategia se puede considerar como de afrontamiento activo centrado en la solución del problema, y ha sido reportada como la estrategia líder del proceso de afrontamiento a la enfermedad en mujeres y varones con diferentes enfermedades endocrinas.^{4,27} Las habilidades sociales constituyen un recurso determinante del afrontamiento debido al papel de la actividad social en la adaptación humana.^{19,23} Sin embargo, su uso por los sujetos del estudio resultó dilatado en el tiempo, y definitivamente no se asumió por ellos desde una actitud de protagonismo y autonomía dentro de los procesos de atención de salud.

La triangulación de la información de los diferentes instrumentos utilizados permite aseverar que esta estrategia no emergió como modo fundamental de afrontamiento al distrés relacionado con la DE en el grupo estudiado. Ello pudiera deberse a una peculiaridad de dicho grupo, a la limitación de recursos sociales que brinden apoyo efectivo, y/o muy probablemente a la significación estigmatizante y desvalorizadora de la DE desde la perspectiva masculina (relacionado con las representaciones de género [tradicionales y hegemónicas] y de sexualidad [falocéntricas]).

En general, se puede considerar que el abanico de estrategias de afrontamiento referidas por los sujetos del estudio fue limitado, debido a la frecuencia de su uso entre media y baja (según el cuestionario) y, en especial, debido a su propósito de manejo emocional fundamentalmente a través de estrategias de huida-avoidancia y otras coadyuvantes. En este resultado pudo haber influido el pequeño tamaño muestral. No obstante, los teóricos pioneros sobre el tema del afrontamiento constataron que los varones utilizaban mucho menor número de estrategias en comparación con las mujeres.³²

Principales áreas de motivación

Aunque la mayoría de los sujetos expresaron motivaciones en diferentes áreas de vida, el análisis realizado se centró en aquellas que, por su grado de prioridad y frecuencia de referencias, fueron depositarias de la mayor relevancia otorgada en el momento actual. En este sentido se encontraron los anhelos y motivaciones referidas al área sexual-marital que reflejaron prioridad para el 50 % de los sujetos, en algunos de ellos específicamente referido al deseo de recuperar la función eréctil. También es importante considerar el valor de la pareja, por su relación positiva con la calidad de vida en personas con DM.²⁵ La segunda área referida en orden de importancia fue la personal (30 %), que en algunos sujetos también incluyó los temas sexo-eróticos y de intimidad, aunque desde una perspectiva más individual.

Una primera mirada acerca de la relación entre estas áreas de motivaciones prioritarias para los sujetos (sexual-marital, personal) y las estrategias de afrontamiento fundamentales referidas (huida-avoidancia), pudiera conducir a considerar que existe incongruencia entre ellas. Sin embargo, considerar la existencia de representaciones y significados de la DE, que tienen un efecto

limitador para el uso de recursos y estrategias de afrontamiento activo frente a esta, aun cuando la sexualidad sea considerada como aspecto de mayor relevancia para estos varones, puede ayudar a comprender esta aparente incongruencia. Si la DE se representa como un problema sobre el que se tiene escaso control, como una experiencia que cuestiona aspectos básicos en la construcción de la identidad masculina hegemónica, si además existen dificultades para acceder a servicios de salud capacitados, sensibles y que brinden atención oportuna en el campo de la sexualidad; entonces, las posibilidades de afrontamiento activo frente a las dificultades sexuales se limitan, resultando en una dilatación considerable del tiempo para buscar ayuda especializada y solucionar las dificultades sexuales, aun cuando a la DE se le hayan atribuido representaciones como "problema médico". Estas son hipótesis que precisan ser comprobadas.

Sobre las bases de los resultados encontrados, se concluye que los varones con DM 2 y DE secundaria que participaron en el estudio, refirieron utilizar como estilo de afrontamiento fundamental frente a las dificultades en el área sexual, estrategias centradas en el manejo emocional, especialmente a través de la huida-avoidancia. Este hecho, unido a la gran relevancia otorgada al área de la sexualidad por los sujetos, el locus de control externo y el (comparativamente) menor uso de estrategias activas de afrontamiento, centradas en la solución del problema, y que privilegien los recursos sociales para ello, constituyen aspectos que potencialmente aumentan sus vulnerabilidades de salud general, de salud psicosexual, y limitan sus posibilidades de recuperación.

Estos resultados, si bien no son generalizables, reflejan la importancia de promover la educación en temas de sexualidad y salud sexual, especialmente en población masculina con DM. Es importante explorar y abordar la sexualidad como un tema de salud general e integral, así como explorar el proceso de afrontamiento a las dificultades en el área sexual desde una perspectiva de promoción de estrategias activas, autónomas, centradas en la solución del problema y en la representación de la sexualidad como espacio de crecimiento humano.

Los autores consideran que el estudio presenta algunas particularidades que limitan el alcance de sus resultados, dentro de las que se pueden mencionar: el pequeño tamaño muestral, la no inclusión de sujetos con DM 1, la no inclusión de la perspectiva de la pareja sobre la sexualidad y el afrontamiento a sus dificultades, la focalización sobre las cogniciones de afrontamiento y no sobre las conductas de afrontamiento, y la no exploración de las representaciones y significados de la DM, DE y sexualidad de los sujetos. Esas particularidades estuvieron relacionadas básicamente con las características del contexto específico en que el estudio se realizó: el marco de la Consulta de Andrología, donde acuden fundamentalmente varones con DE secundaria a DM 2, y que está centrada en la actividad asistencial, por lo que los tiempos para las actividades investigativas se limitan. No obstante, se considera que los resultados del estudio brindan un perfil interesante y útil para comprender la temática, proyectar futuras líneas de investigación, así como motivar la profundización del tema desde una perspectiva más completa y enriquecedora.

Se recomienda profundizar el estudio de los procesos de afrontamiento en varones con DM y DE, a través de diseños que combinen metodologías cualitativa y cuantitativa de investigación; ampliar el estudio a muestras mayores y heterogéneas respecto a diferentes variables sociodemográficas, genéricas, sexuales, de pareja y de salud; realizar estudios longitudinales, que permitan acceder a las trayectorias de afrontamiento de los sujetos a través de diferentes etapas de atención de salud; incorporar la exploración y profundización sobre los significados de las experiencias vividas en el área de la sexualidad, que fundamenten las estrategias de afrontamiento utilizadas, así como otros aspectos de la sexualidad además de la función sexual y eréctil.

Agradecimientos

Nuestro especial agradecimiento a *Laura Pérez* y *Ernesto Peralta* por su relevante contribución en la investigación y sus resultados, en especial, por su labor durante la etapa de trabajo de campo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ledón L. Impacto psicosocial de la diabetes mellitus. Experiencias, significados y repuestas a la enfermedad. Rev Cubana Endocrinol [serie en Internet]. 2012 [citado 25 de junio de 2012];23(1). Disponible: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532012000100007&lng=es&nrm=iso
2. Taloyan M, Wajngot A, Johansson SE, Tovi J, Sundquist J. Ethnic differences in dissatisfaction with sexual life in patients with type 2 diabetes in a Swedish town. BMC Public Health. 2010;10:536-42.
3. Bitzer J, Platano G, Tschudin S, Alder J. Sexual counseling for women in the context of physical diseases: a teaching model for physicians. J Sex Med. 2007;4(1):29-37.
4. Ledón L. El desafío de vivir con enfermedades endocrinas: algunas anotaciones para la atención en salud. Rev Cubana Endocrinol [serie en Internet]. 2008 Ago [citado 21 de diciembre de 2011];19(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532008000200008&lng=es
5. Agramonte A, Ledón L, González P. Salud y sexualidad en adolescentes con diabetes mellitus. En: Álvarez L, Rodríguez A, Sanabria G, editores. Salud sexual y reproductiva en adolescentes. Gestión, promoción e investigación. Capítulo III. Actitudes y conductas de los adolescentes. La Habana: Casa Editora Abril; 2009. p. 109-26.
6. Domínguez E, Seuc AH, Díaz O, Aldana D. La carga de la diabetes en Cuba, período 1990-2005. Rev Cubana Endocrinol [serie en Internet]. 2008 [citado 5 de mayo de 2010];19(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532008000200004&lng=es&nrm=iso&lng=es
7. Lindau ST, Tang H, Gomero A, Vable A, Huang ES, Drum ML, Qato DM, Chin MH. Sexuality among Middle-Aged and Older Adults With Diagnosed and Undiagnosed Diabetes. A national, population-based study. Diabetes Care. 2010 Oct;33(10):2202-10.
8. Skrzypulec V, Nowosielski K, Droszol A, Kowalaczyk R. Sexual Dysfunctions in selected endocrinopathies. Endokrynol Pol. 2005;56(6):964-9.
9. Cabello F. Tratamiento sexológico de la disfunción eréctil. Revista Internacional de Andrología [serie en Internet]. 2008 [citado 23 de noviembre de 2009];6(3). Disponible en: <http://zl.elsevier.es/es/revista/revista-internacional-andrologia-262/articulo/tratamiento-sexologico-disfuncion-erectil-13132223>
10. Ledón L, Agramonte A, García CT, Mendoza M, Fabrè BL, Hernández J, Chirinos JL. Experiencias sexuales y corporales en personas con endocrinopatías: resultados de estudios en Cuba y Perú. Rev Cubana Endocrinol [serie en Internet]. 2008

[citado 18 de marzo de 2010];19(1). Disponible en:http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-9532008000100002&lng=es&nrm=iso&tlng=es

11. Mallis D, Moisis K, Kirana PS, Papaharitou S, Simos G, Hatzichristou D. Moderate and severe erectile dysfunction equally affects life satisfaction. *J Sex Med.* 2006;3(3):442-9.

12. De Berardis G, Pellegrini F, Franciosi M, Belfiglio M, Di Nardo B, Greenfield S, et al. Quality of care and outcomes in type 2 diabetes. Study group. Longitudinal assessment of quality of life in patients with type 2 diabetes and self-reported erectile dysfunction. *Diabetes Care.* 2005;28(11):2637-43.

13. Penson DF, Latini DM, Lubeck DP, Wallace KL, Henning JM, Lue TF. Comprehensive Evaluation of Erectile Dysfunction (ExCEED) database. Do impotent men with diabetes have more severe erectile dysfunction and worse quality of life than the general population of impotent patients? Results from the Exploratory Comprehensive Evaluation of Erectile Dysfunction (ExCEED) database. *Diabetes Care.* 2003;26(4):1093-9.

14. Innatia. Diabetes y Sexualidad. El sexo en los enfermos diabéticos [monografía en Internet] [citado 24 de noviembre de 2012]. Disponible en: <http://www.innatia.com/s/c-sexualidad-en-la-pareja/a-diabetes-y-sexualidad.html>

15. Castelo L, Licea ME. Disfunción sexual eréctil y diabetes mellitus. Aspectos etiopatogénicos. *Rev Cubana Endocrinol [serie en Internet].* 2003 [citado 10 de enero de 2010];14(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532003000200007&lng=es&nrm=iso&tlng=es

16. Álvarez AM, González RM, Marrero MA. Papel de la testosterona y el cortisol en el síndrome metabólico y la diabetes mellitus tipo 2. *Rev Cubana Endocrinol.* 2010;21(1):80-90.

17. Reyes H. Depresión y diabetes mellitus [tesis para optar por el Título de Especialista en Medicina General Integral]. Departamento de Huehuetenango; 2008.

18. González JC. Masculinidades: generando el debate. En: González JC. Macho, varón, masculino. Estudios de masculinidades en Cuba. La Habana: Editorial de la Mujer; 2010. p. 9-14.

19. Lazarus RS, Folkman S. Estrés y procesos cognitivos. Barcelona: Ediciones Martínez Roca; 1986. p. 408.

20. Hobfoll SE. Conservation of resources: a new attempt at conceptualizing stress. *American Psychologist.* 1989;44(3):513-24.

21. Matheny KB, Roque-Tovar BE, Curlette WL. Perceived stress, coping resources, and life satisfaction among U.S. and Mexican college students: a cross-cultural study. *Anales de Psicología.* Jun 2008;24(1):49-57.

22. Schwarzer R, Schwarzer C. A critical survey of coping instruments. En: Zeidner M, Endler NS (Eds.). *Handbook of Coping.* New York: Wiley; 1996 [citado 20 de septiembre de 2012]. Disponible en: <http://userpage.fu-berlin.de/~gesund/publicat/copchap6.htm>

23. Krzemien D, Urquijo S, Monchiatti A. Aprendizaje social y estrategias de afrontamiento a los sucesos críticos del envejecimiento femenino. *Psicothema*. 2004;16(3):350-6.
24. Ledón L, Agramonte A, Mendoza M, Fabrè B, Hernández JA, Chirinos J. Procesos de afrontamiento en personas con enfermedades endocrinas. *Rev Cubana Endocrinol [serie en Internet]*. 2007 [citado 2 de febrero de 2008];18(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532007000200001&lng=es&nrm=iso&tlng=es
25. Rondón JE. Variables psicosociales implicadas en el mantenimiento y control de la diabetes mellitus: aspectos conceptuales, investigaciones y hallazgos. *Revista Electrónica de Psicología de Iztacala*. Junio 2011;14(2):126-62.
26. Searle A, Norman P, Thompson R, Vedhara K. A prospective examination of illness beliefs and coping in patients with type 2 diabetes. *Br J Health Psychol*. 2007 Nov;12(Pt 4):621-38.
27. Ho TM, Fernández M. Patient's sexual health: do we care enough? *EDTNA ERCA J*. 2006;32(4):183-6.
28. Degazon CE, Parker VG. Coping and psychosocial adaptation to Type 2 diabetes in older blacks born in the Southern US and the Caribbean. *Res Nurs Health*. 2007 Apr;30(2):151-63.
29. Siqueira D, Joel L, dos Santos M. Los sentimientos de las mujeres después del diagnóstico de diabetes tipo 2. *Revista Latinoamericana de Enfermería [serie en Internet]*. 2008 [citado 4 de mayo de 2013];16(1). Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692008000100016&script=sci_arttext&tlng=es
30. Connell RW. La organización de la masculinidad. En: Valdez T, Y Olawarría J (eds). *Masculinidades: poder y crisis*. Santiago de Chile: Ediciones de las Mujeres; 1997. p. 31-8.
31. González JC. Masculinidad y Sexualidad. En: González Pagés JC. *Macho, varón, masculino. Estudios de masculinidades en Cuba*. La Habana: Editorial de la Mujer; 2010. p. 63-80.
32. Folkman S, Lazarus RS. *Manual for the Ways of Coping Questionnaire*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press; 1988. p. 33.

Recibido: 15 de junio de 2013.

Aprobado: 15 de agosto 2013.

Lorraine Ledón Llanes. Clínica Central "Cira García". Calle 20 # 4 101, esquina a avenida 41, municipio Playa. La Habana, Cuba. Correo electrónico: loraine.ledon@infomed.sld.cu