

Instituto Superior de Medicina Militar "Dr. Luis Díaz Soto"

DISFUNCIÓN SEXUAL MASCULINA Y PATRÓN A DE CONDUCTA

Tte. Cor. Teresa L. González Valdés,¹ Dra. Miriam Trápaga Ortega,² My. Neyda Méndez Gómez,³ Dra. Esther E. Medina Herrera⁴ y Tte. Cor. Ana Cardona Proenza⁵

RESUMEN

Se valoró la importancia que para la sexualidad humana tienen los factores psicosociales. La disfunción sexual ha sido aceptada como trastorno psicosomático, por lo cual en su evaluación integral se estudia el patrón A de conducta, considerado como un connotado modulador del estrés. Se estudiaron 90 sujetos con disfunción sexual predominantemente psicógena provenientes de la consulta multidisciplinaria de sexología del Instituto Superior de Medicina Militar "Dr. Luis Díaz Soto". Se considera que en pacientes con esta disfunción existe una mayor propensión a presentar el tipo A de patrón de conducta. En ellos se confirmó la presencia de distrés.

Descriptores DeCS: DISFUNCIONES SEXUALES/psicología; CONDUCTA.

La sexualidad humana difiere de la de los restantes animales por concurrir en el hombre factores psicosociales y psicológicos que le dan a la función sexual un sentido especial. Cuando ocurre de forma reiterada un fallo en la respuesta habitual, el hombre como individuo es catalogado como disfuncional y por lo general, siente una marcada frustración en el desempeño de su rol sexual, al punto de convertirse en un ser minusválido.

La disfunción sexual (DS) tiene una prevalencia sujeta a investigación, aunque en un trabajo realizado por *Valdivia T* en un área de salud del Instituto Superior de Medicina Militar (ISMM) "Dr. Luis Díaz Soto" se reporta el 21,1 % entre los sujetos encuestados, por lo cual constituye un problema de salud.

La DS es un trastorno en el que interviene factores causales diversos, se ha considerado que tiene una base principal-

¹Especialista en Psicología de la Salud. Profesora Asistente.

²Doctora en Ciencias Psicológicas. Investigadora Titular.

³Doctora en Ciencias Médicas. Especialista de II Grado en Endocrinología.

⁴Doctora en Ciencias Médicas. Especialista de II Grado en Fisiología Normal y Patológica. Investigadora Auxiliar.

⁵Técnica en Psicofisiología.

mente psicógena en la mayor parte de los pacientes, mientras otros presentan diferentes trastornos anátomo-fisiológicos.¹ También puede deberse a causas exógenas como es el de la ingestión de fármacos y de alcohol, entre otras.

La disfunción sexual eréctil (DSE) y la eyaculación precoz (EP) están asociadas con la respuesta de estrés o a los llamados trastornos psicosomáticos.^{2,3}

Los factores que intervienen en la aparición del distrés en los hombres pueden ser múltiples, pero recordemos que la condición de estresante no está en la situación en sí, sino en la interacción entre ésta y el hombre, mediada por la personalidad como principal eje conductor de la regulación humana. Por tanto, ello lo conduce a la valoración en donde se define si es o no estresante y nos percatamos de lo personal de su sentido para cada individuo. No obstante, el estrés se vincula a la existencia de otros moduladores psicológicos y psicosociales a través de los cuales, aislados o combinados, han sido abordados.^{4,5}

Los rasgos psicológicos individuales han sido caracterizados según diferentes patrones de conducta. Inicialmente *Friedman* y *Rosenman*^{6,7} describieron los patrones A y B asociados con pacientes que presentaban enfermedades cardiovasculares. Los pacientes clasificados en el patrón A fueron descritos como persistentes, competitivos, con diversidad de metas y funciones, necesitados de reconocimiento social, apurados y con sentimientos de hostilidad, entre otros. Ellos consideraron más adelante que los aspectos más críticos eran el exceso de agresividad, la prisa y la actitud competitiva. El patrón B correspondía a su contrario. Posteriormente fueron considerados los pacientes en los cuales se observa una combinación de ambos patrones y se les clasificó como patrón indeterminado (I).

MÉTODOS

Se estudiaron 100 sujetos diagnosticados con DS masculina evaluados en la consulta multidisciplinaria de sexología del ISMM "Dr. Luis Díaz Soto". Se siguió la clasificación adoptada por *Méndez N* en su tesis doctoral. La misma conforma 2 grupos: preferentemente psicógeno (PP) y preferentemente orgánico (PO). Para conformar nuestra muestra fueron seleccionados los 90 pacientes del grupo PP por ser los que responden a nuestros propósitos. Las características de dicha muestra son las siguientes:

- Presentan disfunciones sexuales del tipo eréctil, eyaculación precoz o combinada. La mayoría correspondió a la primera.
- Las edades están comprendidas entre los 16-55 años.
- Tiempo de evolución de 3 meses a 10 años. La mayoría se concentró entre los 3 meses a 3 años.

Se les aplicó de forma individual la prueba diferencial semántico del patrón A de conducta de Lauzurique, Levandeyra y Carpe, la que se complementó con una entrevista para comprobar los resultados obtenidos en la técnica anterior.

El procesamiento estadístico se efectuó mediante el empleo del porcentaje y de la prueba de chi cuadrado para conocer de las diferencias entre las variables a analizar. Estas corresponden a los 3 tipos de patrón conductual: patrón A, su contrario, el patrón B y el indeterminado I, por presentar respuestas de ambos tipos; así como los componentes principales y secundarios del patrón. Se acepta como nivel de significación $p < 0,05$.

RESULTADOS

Atendiendo a los resultados de la tabla 1 se observó cómo se polariza la

distribución de los pacientes entre el patrón A y el I, la mayoría se definió por el primero.

TABLA 1. Clasificación de pacientes por tipos de patrón de conducta

Tipos de patrón	No. de pacientes	Porcentaje
Tipo A	46	51
Tipo B	2	2
Tipo I	42	47
Total	90	100

$p \leq 0,001$.

En la tabla 2 se presentaron los componentes principales, entre los que se destacan sobre todo la urgencia temporal y la pluralidad de metas con el elevado compromiso laboral.

TABLA 2. Distribución de pacientes según componentes principales

Componente principal	Patrón A	Patrón B	Patrón I
Competitividad y esfuerzos por lograr objetivos	49	8	33
Pluralidad de metas y elevado compromiso laboral	57	4	29
Urgencia temporal	61	4	25
Hostilidad	45	2	42
Falta de relajación corporal	49	31	10

$p \leq 0,001$.

En la tabla 3 correspondientes a los componentes secundarios se destacan en el patrón A, las ideas obsesivas y la incapacidad para recrearse, mientras en el patrón B se observó la inadaptación laboral, que en este caso se refiere a que esta actividad no les promueve irritabilidad ni insatisfacción, si no todo lo contrario.

En el área de la inadaptación familiar se produce una distribución más homogénea entre los 3 tipos de patrones de con-

ducta, aunque con una mayor tendencia hacia el patrón B. Ocurre de forma similar con el control sobre las tareas y las cosas, lo cual no constituye un problema para estos sujetos.

TABLA 3. Distribución de pacientes según componentes secundarios

Componentes secundarios	Patrón A	Patrón B	Patrón I	Nivel de significación
Control	27	38	28	$p < 0,05$
Inadaptación laboral	34	40	16	$p < 0,01$
Inadaptación familiar	23	37	30	$p < 0,05$
Idea obsesiva	65	13	12	$p < 0,001$
Incapacidad para recrearse	59	14	17	$p < 0,001$

DISCUSIÓN

Los pacientes estudiados poseen condiciones favorables para estresarse ante situaciones diversas. Recientemente se le atribuye a la hostilidad una mayor importancia que al resto de los componentes del patrón A. Aunque hay quienes vieron a este patrón como causante directo de la aterosclerosis o como un factor constitucional, otros sin embargo, lo vinculan al aprendizaje social⁸ y por tratarse de esto último, puede estar presente en cualquier otra alteración del proceso salud-enfermedad en la cual el estrés sea uno de los factores patogénicos. Como se ha señalado anteriormente, el patrón A de conducta genera su propio estrés⁹ y debido a ello los síntomas psicósomáticos de la DS pueden considerarse una de sus consecuencias.

El tipificarse como patrón A evidencia en este grupo que el trabajo ocupa en sus vidas un importante lugar, coincidiendo en ese sentido con lo planteado por

Friedman y Rosenman,⁷ pero sobre todo en lo relacionado con la prisa con que actúan. Su interés por la actividad laboral se corrobora cuando éstos la vivencian como un hecho satisfactorio.

El área familiar tampoco resulta una fuente de estrés, sin embargo, la propensión a las ideas obsesivas a la que *González Rey*¹⁰ denomina como "circuito reverberante", los obliga a revivir constantemente los conflictos y frustraciones, conducir a quienes les es característico hacia un círculo vicioso ideoaectivo, que puede equipararse con lo que los cognitivistas como *Beck, Ellis y Meichenbaum* conceptúan como "pensamiento automático", "creencias irracionales" o "diálogos internos", respectivamente y que están en el trasfondo de los estados estresantes. Consideramos que esta tendencia ideacional puede contribuir a la cronificación de las reacciones psicofisiológicas, pues al ser personas a las que les resulta difícil dar por concluido un problema debido a su interacción ideacional, les mantiene una y otra vez las emociones vivenciadas desde la primera vez y con ello toda la descarga neuroendocrina y neural del primer momento. Ello ha sido reportado por *Méndez Gómez* (*Méndez Gómez N. Disfunción sexual masculina. Evaluación clínica y neuroendocrina. Tesis doctoral. Instituto Superior de Medici-*

na Militar "Dr. Luis Díaz Soto". La Habana, 1996), quien observó en una serie de 369 hombres con disfunción sexual que el 88,1 % de los pacientes clasificados como predominantemente psicógenos presentaron un estado situacional prolongado con alteraciones funcionales de los sistemas catecolaminérgico y serotoninérgico, lo cual nos permite inferir la presencia del estrés en estos pacientes.

Si se adiciona a lo anterior que más de la mitad muestran incapacidad para recrearse y que cerca de igual cifra se halla con falta de relajación corporal, ambas condiciones les impedirán el contrarrestar saludablemente los eventos estresantes a los que se someten diariamente, derivado sobre todo de su autoexigencia e impaciencia típicas.

En conclusión, en este grupo de pacientes con DS considerados acorde a la clasificación utilizada son predominantemente psicógenos (PP), los caracteriza la presencia total o parcial del patrón A de conducta, por lo que resultan víctimas de su propio estilo de vida y en quienes el trabajo ocupa un lugar preferente. Este estudio permitió mostrar la relación estrés-patrónA-trastorno psicósomático, esta vez fuera del contexto cardiovascular original, y por tanto más cercana a los mecanismos internos de regulación de la personalidad.

SUMMARY

The importance of psychosocial factors for human sexuality is assessed in this paper. Secual dysfunction has been accepted as a psychomatic disorder, and that's why the pattern A of behaviour, considered as a stress modulator, is studied in its comprehensive evaluation. 90 individuals with predominantly psychogenic sexual dysfunction attended by a multidisciplinary sexology team at the "Dr. Luis Diaz Soto" Higher Institute of Military Medicine were studied. It is considered that among patients with this dysfunction there is a higher tren towards the pattern A of behavior. The presence of distress was confirmed.

Subject headings: SEXUAL DYSFUNCTIONS/psychology; BEHAVIOR.

REFERENCIASBIBLIOGRÁFICAS

1. Kolodny RC, Masters WH, Johnson VE. Tratado de medicina sexual. La Habana: Ed Revolucionarias;1985;383-6.
2. Núñez de Villavicencio F, Jordán A, Praderes E, Ruíz G, Gozá J, Serret M, et al. Psicología Médica (T-II). La Habana: Ed. Ciencia y Técnica; 1987:67-70.
3. Labrador F. El estrés. Madrid. Temas de hoy; 1992:101-4.
4. Álvarez MA. Stress. Un enfoque psiconeuroendocrino. La Habana: Ed. Científico-Técnica; 1989:49-74.
5. Zaldívar DF. Conocimiento y dominio del estrés. La Habana: Ed. Científico-Técnica; 1996:38-46.
6. Friedman M, Rosenman PH. Changes in the serum cholesterol and blood clotting time in men subjected to cycle variation of occupational stress. Circulation 1958;17:852.
7. Friedman M, Rosenman PH. Association of specific over behavior pattern with blood and cardiovascular findings. JAMA 1959;169-12.
8. Lazarus RL, Folkman S. Estrés y procesos cognitivos. Barcelona: De. Martínez Roca; 1986:145-7.
9. Martín MC, Gil L. Stress. Un enfoque integral. Folleto ISCM-Habana. La Habana 1986;55-60.
10. González Rey F. Personalidad y salud humana. Rev Cubana de Psicol 1990;VII(2):75-82.

Recibido: 3 de marzo de 1998. Aprobado: 1 de octubre de 1998.

Tte. Cor. *Teresa L. González Valdés*. ISMM "Dr. Luis Díaz Soto". Avenida Monumental, Habana del Este, CP 11700, Ciudad de La Habana, Cuba.