



UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE HUMANIDADES Y EDUCACIÓN
ESCUELA DE PSICOLOGÍA
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

**APROXIMACIÓN AL ESTUDIO DE LA DISFUNCIÓN SEXUAL DESDE
LA INVESTIGACIÓN DOCUMENTAL**

TUTOR:
PURIFICACIÓN PRIETO R.

AUTOR:
GABRIELA RENGIFO
ZASHARIT ROMERO

CARACAS, JULIO DE 2017



Universidad Central de Venezuela
Facultad de Humanidades y Educación
Escuela de Psicología
Departamento de Psicología Clínica

Aproximación al Estudio de la Disfunción Sexual Desde la Investigación Documental

(Trabajo Especial de Grado presentado ante la Escuela de Psicología de la Universidad Central de Venezuela, como requisito parcial para optar al título de Licenciadas en Psicología)

Tutor:

Purificación Prieto R.

Autor:

Gabriela Rengifo¹

Zasharit Romero²

Caracas, julio de 2017

¹Gabriela Rengifo. Para correspondencia con relación al presente trabajo de investigación, favor comunicarse a la siguiente dirección: gabrielarengifo1@gmail.com

²Zasharit Romero. Para correspondencia con relación al presente trabajo de investigación, favor comunicarse a la siguiente dirección: zasharit@gmail.com

Agradecimientos

Queremos agradecer a todas las personas que nos apoyaron académicamente para culminar de forma satisfactoria nuestra investigación. En primer lugar a nuestra tutora Purificación Prieto por ser una guía y apoyo indispensable en todo el proceso.

Asimismo, queremos hacer un reconocimiento a los profesores de la Escuela de Psicología de la Universidad Central de Venezuela que con su sabiduría y dedicación contribuyeron a nuestro desarrollo profesional, forjando nuestros valores y principios éticos.

.

Aproximación al Estudio de la Disfunción Sexual Desde la Investigación Documental

Resumen

Las disfunciones sexuales son alteraciones que se generan en la fase de respuesta sexual del individuo, provocando fuertes repercusiones en su desempeño. El desarrollo del presente trabajo se enmarcó dentro la metodología Psicología Basada en la Evidencia, llevándose a cabo bajo un diseño documental. El objetivo fue analizar, a partir de indicadores que apuntan a la propuesta epistemológica; las técnicas de intervención y tratamientos sugeridos para la Disfunción Sexual. Para ello se llevó a cabo una revisión sistemática, haciendo uso del análisis bibliométrico y de contenido, dando como resultado la elaboración de dos matrices de indicadores. Los resultados revelaron que los estudios en gran medida fueron elaborados a partir de las causas orgánicas de las disfunciones sexuales y su comorbilidad con otras afecciones de salud, trayendo como consecuencia una escasa referencia al manejo de tratamientos y/o técnicas a nivel psicológico.

Palabras Clave: Disfunciones Sexuales, Respuesta Sexual, Psicología Basada en la Evidencia, Revisión Sistemática, Análisis Bibliométrico, Análisis de Contenido.

Approximation Towards The Study Of Sexual Dysfunctions From Documentary Investigation.

Abstract

Sexual dysfunctions are alterations generated in the sexual response phase of the individual, taking a great toll in their sexual performance overall. This research was developed using the Evidence Based Psychology methodology, using a documentary design for that matter. The purpose of this investigation was to analyze, according to the use of indicators that point towards the epistemological proposition, the suggested intervention techniques and treatments for sexual dysfunctions. Considering that, a systematic review with bibliometric analysis and content analysis was made to elaborate a matrix of indicators. Results revealed that this prior researches regarding this variable were mostly focused on organic causes of sexual dysfunctions and its comorbidity with other health issues, and consequently a huge lack of research regarding the actual psychological and/or techniques to deal with this issue.

Key words: Sexual dysfunctions, sexual response, evidence based psychology, systematic review, bibliometric analysis, content analysis.

ÍNDICE

Agradecimientos	iii
Resumen	iv
Abstract	v
Índice de tablas	vii
I. Introducción	1
II. Marco Referencial	3
Planteamiento del Problema	19
III. Objetivos	22
3.1 Objetivo General	22
3.2. Objetivos Específicos	22
IV. Método	23
4.1 Tipo de investigación	23
4.2. Diseño de investigación	23
4.3. Técnicas de investigación	23
4.4. Materiales	24
4.5. Procedimientos	24
VI. Resultados	27
VII. Discusión y conclusión	58
VII. Limitaciones y Recomendaciones	61
Referencias	63
Anexo	68

Índice de tablas

Tabla 1: <i>Matriz N° 1, categorías de los indicadores bibliométricos.</i>	27
Tabla 2: <i>Matriz N° 2, categorías análisis de contenido cerrado.</i>	27
Tabla 3: <i>Data de los artículos de disfunción sexual más investigados en los últimos diez años, publicados en REDALYC.</i>	28
Tabla 4: <i>Profesionales que investigaron el tema de disfunción sexual.</i>	29
Tabla 5: <i>Muestra poblacional más elegida en las investigaciones de Disfunción Sexual, publicado por REDALYC.</i>	29
Tabla 6: <i>Profesionales que investigaron el tema de disfunción sexual.</i>	30
Tabla 7: <i>Matriz N° 1, revisión sistemática de los artículos científicos obtenidos a través de REDALYC, tomando en cuenta los indicadores bibliométricos como son las categorías Título y Año, a su vez en Información Relevante se eligió aspectos como: la procedencia de la revista, profesionales que realizaron la investigación y los objetivos que se plantearon.</i>	33
Tabla 8: <i>Matriz N°2, revisión sistemática de los artículos científicos obtenidos a través de REDALYC, tomando en cuenta las categorías previamente establecidas mediante el análisis de contenido</i>	45
Tabla 9: <i>Enfoques epistemológicos más empleados en las investigaciones de Disfunción Sexual, publicado por REDALYC.</i>	54
Tabla 10: <i>Instrumentos psicológicos y médicos empleadas en las investigaciones de Disfunción Sexual, publicado por REDALYC.</i>	54
Tabla 11: <i>Tratamientos psicológicos encontrados en las investigaciones de Disfunción Sexual, publicado por REDALYC.</i>	56

I. Introducción

La práctica de la Psicología trae consigo la necesidad, por parte del profesional, de buscar nuevos estudios e investigaciones que ayuden a nutrir y actualizar su repertorio de conocimientos, para generar mejoras relevantes en la terapia. Al ser la Psicología una ciencia fragmentada en diferentes enfoques, supone la supra-especialización por parte del profesional en un área. Lo que implica, entre otras derivaciones, la producción abundante de investigaciones, que van a involucrar el desarrollo de estrategias de búsqueda de publicaciones orientadas a facilitar la tarea y permitir el acceso a la información válida y actualizada (Frías y Llobell, 2003).

En este sentido, el presente trabajo intentó contribuir a esa búsqueda mediante el análisis documental de los conocimientos generados por investigaciones, diseñadas para el estudio de las disfunciones sexuales y sus posibles tratamientos, con la intención de ofrecer una respuesta al aparente vacío de datos válidos y confiables, empleando para ello la propuesta de la *Psicología Basada en la Evidencia (PBE)*, que promueve la recogida, interpretación e integración de *evidencia* válida y significativa derivada de las investigaciones, con la posibilidad de su ulterior integración tanto con el juicio clínico del especialista y como con la opinión del paciente (Frías y Llobell, 2003).

Sobre la base de lo expuesto se generó la propuesta de la elaboración de una *Revisión Sistemática (RS)* de las investigaciones realizadas durante los últimos diez años en las que se estudiaron las disfunciones sexuales y sus posibles tratamientos, especialmente, en el ámbito psicológico. La búsqueda se desarrolló en el *Sistema de Información Científica Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal (Redalyc)*. Tal como lo plantea la PBE, la selección de las investigaciones se realizó a través de un riguroso proceso de clasificación, especificando previamente categorías que permitiesen la organización y su posterior selección, tomando como criterios los enfoques epistemológicos subyacentes a las mismas, los hallazgos obtenidos, las técnicas y tratamiento utilizados. Un valor agregado de este trabajo es la producción de lineamientos que orienten las futuras investigaciones; de allí que entre sus objetivos, se planteó el esbozo de sugerencias para la elaboración de futuros estudios en el área de la Psicología relacionados con las disfunciones sexuales.

Dado que la PBE ofrece la opción del perfeccionamiento de las habilidades del terapeuta orientadas a la búsqueda de la mejor evidencia científica y estimula su capacidad para evaluar y jerarquizar la evidencia disponible integrándola con la propia experiencia o juicio profesional (Frías y Llobell, 2003), permitió, además, el diseño de una unidad de análisis que proporcione indicadores precisos de deterioro sexual y de sus posibles tratamientos terapéuticos.

II. Marco Referencial

En el mundo de la ciencia y del conocimiento es evidente el incesante nacimiento de nuevos paradigmas que orientan los abordajes de los objetos en estudio o la investigación de los mismos. Es frecuente el surgimiento de nuevas disciplinas y con ellas la re-estructuración de los objetos. En el marco de la Psicología, concretamente, lo señalado adquiere dimensiones significativas ya que la ausencia de un objeto de estudio único y de un lenguaje especializado conlleva al surgimiento de paradigmas con escasa o nula vinculación. Esto es aún más apreciable al momento de generar proyectos de investigación en áreas concretas.

Por ejemplo, en el campo de la sexualidad se puede observar la presencia de múltiples y variadas investigaciones, sin embargo, la mayoría son producto de diversos enfoques epistemológicos, lo que compromete el análisis y comparación de los resultados obtenidos; de manera que, identificar el enfoque epistemológico y observar la congruencia entre éste y la propuesta metodológica empleada en el estudio, garantizará por lo menos de entrada congruencia interna y resultados precisos que pudiesen facilitar y promover el desarrollo de Líneas de Investigación que orienten el trabajo sistemático en un área determinada.

Ahora bien, si se partiera de un análisis de las investigaciones con criterios o indicadores propios de dos propuestas epistemológicas contrapuestas, como los son el positivismo y el humanismo, con modelos de trabajos propios, diferentes, al momento de caracterizar la metodología de estudio la disfunción sexual y los tratamientos generados para su abordaje, la consecuencia sería una diversidad de resultados con escasos o ningunos puntos de comparación. Las propuestas positivistas enfatizan los aspectos cuantitativos y empíricos con el propósito de llegar a establecer leyes y explicaciones universales, empleando para ello la verificación de hipótesis; ofrece, además, la posibilidad de generar predicciones susceptibles de ser comprobadas a partir del método científico, que no es más, que la experimentación apoyada en técnicas orientadas a la cuantificación. Privilegia los espacios en los que se pueden controlar las variables, espacios de investigación estructurados.

En contraposición a este enfoque se encuentra la propuesta humanista, que enfatiza aspectos cualitativos; su propósito se direcciona a las acciones de los seres humanos y su participación en la sociedad; en este paradigma se privilegia la comprensión, la significación y la acción del hombre. A diferencia del positivismo, se orienta al descubrimiento y no la predicción, por lo tanto no busca establecer generalizaciones o leyes, ni la aplicación de conocimiento teórico. El descubrimiento se lleva a cabo en condiciones naturales, ya que se centra en la comprensión del individuo y sus diferencias. Una de las críticas hacia este enfoque, es la ausencia de un método de investigación pre-establecido para llevar a cabo sus estudios.

En la revisión sistemática elaborada en este trabajo, se evidenció que este enfoque epistemológico no predominó en los artículos seleccionados, pudiendo esto tener relación con la falta de método asociada al mismo, sin embargo, el hombre era el objeto central de los trabajos, y la disfunción eréctil es un problema descrito en el humano; al privilegiar el paradigma positivista, se segmentó el objeto de trabajo y se desconocieron indicadores que pudiesen ser relevantes para la obtención de resultados válidos, precisos y confiables.

Ahora bien, a lo largo de los años la sexualidad, además, se ha visto inmersa en un mar de tabúes y de interpretaciones nada favorables, debido a la adjudicación de *juicios* concedidos por la sociedad, lo que impresiona como una contradicción con el planteamiento de un autor francamente humanista como Maslow (1991), quien señala que la sexualidad constituye al igual que la respiración y la alimentación una necesidad indispensable para los seres humanos, la misma ocupa un lugar importante e inevitable de las personas y las generaciones, que involucra formas de encuentro con el otro, con el medio y consigo mismo, orientadas al establecimiento de relaciones y la preservación de la especie humana (Vianchá, Bahamón, Tobos, Alarcón y Uribe, 2012). En la actualidad las personas en la sociedad poseen nuevas libertades y responsabilidades, que las permitidas a los antiguos hebreos y a los primeros cristianos, tanto así que se puede definir la sexualidad sobre la base de una elección personal y no como algo impuesto (Crooks y Baur, 2000).

Así pues, ganar dichas libertades no ha sido del todo sencillo, según Crooks y Baur (2000), fueron los avances científicos, sociales y en disciplinas como la Psicología, que se gestaron durante el siglo veinte, los que ayudaron a generar un camino para la

compresión de la sexualidad. Autores como Freud (1856-1939) y Ellis (1859-1937) plantearon que la sexualidad de las personas era algo natural y que al igual a la personalidad, ésta variaba en los individuos según sus necesidades. De esta manera, el placer y la satisfacción también eran factores importantes en la sexualidad de un individuo y no debían dejarse de lado. En este sentido, Crooks y Baur (2000) agregan que a medida en que las personas leían y aceptaban estas teorías o ideas, se generaba una mayor tolerancia y aceptación a una diversidad más amplia de conductas.

Vale la pena destacar los trabajos de Masters y Johnson realizados entre 1960 y 1966, son los responsables de la credibilidad científica y del respeto que se da a los estudios de laboratorio sobre el comportamiento sexual humano y el tratamiento a las disfunciones sexuales (Sarason y Sarason, 2006), lo que suscitó la aceptación de la conducta sexual y su naturalización, haciendo necesaria la creación de una disciplina que se dedicara a su estudio de una manera científica, la sexología. Esto, además de representar un avance para el mundo de la ciencia y del conocimiento, supuso un reto, ya que la sexualidad se encuentra en un área privada de la vida de los individuos, lo que complica la generación de investigaciones de calidad.

La sexualidad como dimensión humana involucra no sólo la condición reproductiva sino además, la función de goce y lúdica. Así, se desliga de la función biológica, atribuyéndosele interpretaciones construidas a través de la historia personal y social del sujeto, con la inclusión de la categoría del placer. Por otro lado, es percibida como una de las formas más íntimas de relación con el otro, que influye en el desarrollo de las personas (Vianchá, et al., 2012). Es por esto que no debe ser subestimada, ya que el placer no es exclusivamente físico sino que incluye la satisfacción de necesidades psicosexuales como la expresión de afecto, la intimidad, la unión social y el amor; involucra la ternura, la sensualidad y los temores. En este sentido, el amor es considerado un elemento que trasciende todo el proceso y que posee una considerable importancia estructural en los sistemas sociales (Botella y Fernández, 2007, c.p Vianchá, et al., 2012). De forma idéntica, la sexualidad va a involucrar múltiples demandas a la persona, puesto que se debe ejercer de manera autónoma la libertad tanto para experimentar con el cuerpo como para relacionarse con otros.

Como se expuso anteriormente, la sexualidad como dimensión alberga elementos que incluyen al *sexo*, la *función sexual* y la *respuesta sexual*, que se deben diferenciar ya que es un error considerarlos sinónimos. Aunque actúan como elementos integrados a la sexualidad de un individuo, son conceptos disímiles que tienden a ser generalizados y utilizados de manera indistinta. Por una parte, el *sexo* es una estructura anatómica en la que se fundamenta la distinción entre hombre - mujer, es decir, la masculinidad o la feminidad biológica; dicha estructura cumple con la *función sexual*, y finalmente la *respuesta sexual* hace alusión a la activación que ocurre en el organismo por el efecto de la estimulación sexual. La respuesta sexual humana es un proceso físico, emocional y mental particular de cada individuo. Sin embargo, hay cambios fisiológicos comunes a la especie humana que permiten resumir algunos patrones generales del ciclo de la respuesta sexual (Crooks y Baur, 2000)

Existen distintos modelos de respuesta sexual humana. Reich (1989) presentó un modelo de tipo unilineal que representa toda la *conducta orgástica* a través de una curva que está dividida en fases que debe ser completada, de lo contrario no se produciría el orgasmo (Reich, 1989, c.p. Caudillo y Cerna, 2007). Por su parte, Helen Kaplan en 1974, planteó un modelo de la respuesta sexual, bifásico que consistía en una *primera fase de vasocongestión* y una *segunda de mioclonia*; no obstante dicho modelo, por presentar fallas fue modificado y sustituido por uno trifásico que consistía en tres etapas: *deseo*, *excitación* y *orgasmo* (Kaplan, 1974, c.p. Caudillo y Cerna, 2007). Kaplan (1974) propuso que las dificultades sexuales suelen encajar en una de esas tres categorías (*deseo*, *excitación* y *orgasmo*), aunque aclaró que tener un problema en una de las tres fases no compromete el buen funcionamiento de la persona en las otras.

Otros autores como Masters y Johnson (1979) proponen que la respuesta sexual se presenta en cuatro fases iguales para hombres y mujeres: *excitación*, *meseta*, *orgasmo* y *resolución*; incluye un periodo refractario en la fase de resolución del hombre. Según Caudillo y Cerna (2007), a diferencia del modelo de Kaplan (1974) donde la falla en una fase no perjudica la siguiente, en este modelo unidimensional la persona no puede pasar a una fase sin haber culminado la anterior.

Ahora bien, el ciclo de respuesta sexual humana se mueve a través de un proceso psicológico relacionado con el *deseo*, la *excitación*, el *orgasmo* y la *resolución*; las

disfunciones sexuales son problemas que ocurren en este ciclo y en opinión de Sarason y Sarason (2006), son comunes las dificultades ocasionales o por episodios de la función sexual.

Las disfunciones sexuales según Kaplan (1974), son trastornos psicosomáticos que le impiden al individuo disfrutar del coito, es decir, son dificultades que pueden tener un origen psicológico y se manifiestan en el acto sexual. No obstante, estos problemas en la respuesta sexual de un individuo pueden ser generados por múltiples causas y traen como consecuencia mucha frustración y ansiedad en la persona que los padece. Es importante establecer diferencias entre *disfunción sexual* y *desviación sexual*, ya que como refiere Sierra (1991), en el primero no se produce una respuesta sexual óptima y satisfactoria ante los estímulos adecuados, en cambio en las desviaciones sexuales si se genera esta respuesta pero ante estímulos inadecuados, tales como, animales, niños, objetos, entre otras.

Establecer el origen de este deterioro en el interés o en la respuesta sexual que va a generar tensión interpersonal y además frustración personal no resulta sencillo, ya que posterior a su identificación se hace difícil aislar las causas concretas por la multiplicidad de influencias y experiencias que contribuyen a las sensaciones y conductas sexuales individuales. Por otro lado, LoPiccolo (1989), manifiesta que de igual forma resulta complejo poder discriminar una relación de causa y efecto firme porque las experiencias que contribuyen a una determinada dificultad sexual en una persona pueden no generar tales efectos en otra. En otras palabras, ni las causas ni las consecuencias de las disfunciones sexuales pueden ser generalizadas a todos los individuos.

En general, las disfunciones sexuales pueden ser generadas por factores orgánicos o por factores psicológicos los cuales se manifiestan en la respuesta sexual del individuo. Es común, que los factores fisiológicos desempeñen un papel importante en los problemas sexuales, por lo que siempre es importante iniciar con un examen físico la exploración. Asimismo, Crooks y Baur (2000) refieren, que los problemas en la respuesta sexual son el resultado de una combinación entre los factores físicos u orgánicos y los psicológicos, más que solo uno u otro.

Aunque puede que las disfunciones sexuales no siempre dependan de trastornos fisiológicos o de las condiciones físicas, en los artículos recopilados en esta

investigación, se pudo evidenciar como la mayor parte de los estudios, trataron los problemas sexuales sobre la base de sus causas orgánicas y los relacionaron con otras posibles enfermedades o condiciones de salud que pudiera tener una persona. Parten de que la principal causa del deterioro sexual en los individuos, generalmente, se debe a un padecimiento físico y dejan de lado los factores psicológicos.

Los factores orgánicos pueden afectar de dos maneras la respuesta sexual, por un lado padecer una enfermedad crónica genera desgaste emocional, hace sentir a la persona triste, frustrada, ansiosa, es decir, provoca emociones o situaciones negativas, que impedirían un desempeño sexual adecuado. Esto sugiere que no es precisamente la condición física del sujeto lo que produce un deterioro en su conducta sexual, sino que más bien, son los sentimientos negativos originados por la enfermedad los que a su vez afectan su vida sexual. Aunque, por otro lado, existen enfermedades que sí producen por sí solas disfunciones sexuales, como alteraciones en el sistema vascular, endocrino y neurológico. Además, los tratamientos farmacológicos pueden incidir o tener efectos negativos en la vida sexual.

Por otro lado, la influencia cultural incide en la forma cómo una persona puede percibir su sexualidad y en el modo de expresarse; más allá de la cultura, los factores psicológicos pueden generar dificultades en la vida sexual de un individuo. Entre ellos pueden considerarse las actitudes que pueda tener hacia su sexualidad y los conocimientos sobre la misma. Crooks y Baur (2000), apelan a un ejemplo y plantean, que si una mujer conoce la función de su clítoris en la excitación sexual y considera que su propia satisfacción sexual es importante, es más probable que tenga experiencias distintas a las de una mujer que no posee el menor conocimiento al respecto. En otras palabras, las actitudes que un individuo pueda tener hacia la sexualidad pueden influir, dependiendo del caso, negativa o positivamente en su vida sexual.

De la misma manera, el autoconcepto y los problemas emocionales de una persona pueden ser la causa de deterioro en la respuesta sexual. La forma en como una persona logra percibirse a ella misma incide en muchos aspectos de su vida, desde lo profesional hasta en lo amoroso y sexual. Tener una buena o mala opinión de sí mismo influye en el nivel de confianza que un individuo puede tener, apelando a un ejemplo, si un hombre no tiene seguridad en sí mismo debido a no estar satisfecho con su cuerpo es

probable que tenga dificultades al momento de tener relaciones sexuales. Dubovsky (1991), manifiesta que los problemas emocionales de orden personal como la ansiedad o la depresión a menudo se relacionan con un bajo autoconcepto. Los estados emocionales tienen una fuerte repercusión en la sexualidad, por ejemplo, la falta de interés y respuestas sexuales son un síntoma común en la depresión.

Además de los sentimientos y las actitudes personales, una gran variedad de factores interpersonales pueden influir fuertemente en la satisfacción o insatisfacción que experimentan dos personas en una relación sexual (Crooks y Baur, 2000). Igualmente, estos factores varían según la pareja y cada una de sus circunstancias particulares. Del mismo modo, independientemente del origen de la disfunción sea orgánica o psicológica, existe solución y tratamientos ajustados a las necesidades y problemas de cada persona, que ayudarán a recuperar su vida sexual o a iniciarla adecuadamente.

Con respecto a los tratamientos éstos dependerán del tipo de disfunción sexual. Existen un gran número de dificultades que se puede generar en la respuesta sexual, sin embargo, en este trabajo solo se mencionarán algunas de ellas agrupándolas según la fase en las que éstas aparecen.

Carrobles (1981) construyó un sistema de clasificación que incluye entre sus categorías, el *ciclo psicofisiológico de la respuesta sexual*, en ésta, se clasifica las disfunciones sexuales basándose en el ciclo de la respuesta sexual humana, tal como se mencionó anteriormente, la respuesta sexual se produce en cuatro fases: deseo sexual, excitación, orgasmo y resolución (Carrobles, 1981, c.p. Sierra, 1991)

Las disfunciones sexuales pueden originarse en cualquiera de las fases mencionadas. Sierra (1991) plantea que dentro de la *fase del deseo sexual* los posibles problemas son la hipo e hipersexualidad tanto en el hombre como en la mujer; en la *fase de excitación* en el hombre puede generarse impotencia, y en la mujer la disfunción sexual general y el vaginismo; en la *fase del orgasmo* el hombre puede presentar eyaculación precoz y retardada, y en la mujer alteraciones orgásmicas; finalmente, fuera de estas fases la mujer pueden presentar dispaurenia. En la *fase del deseo* se evidencia un deterioro en el deseo sexual, y aparece lo que se denominada el *deseo sexual inhibido*; en adición la insatisfacción con la frecuencia de actividad sexual y la aversión sexual.

En el trastorno del deseo sexual inhibido o como aparece en Crooks y Baur (2000), *trastorno del deseo sexual hipoactivo*, existe una dificultad sexual común en ambos sexos, aunque es mucho más frecuente en mujeres. Este trastorno puede distinguirse de las dificultades de excitación y el orgasmo. Algunas personas con este trastorno se excitan y experimentan el orgasmo cuando reciben estimulación sexual, en tanto que quizás otras personas reaccionan al contacto sexual y físico con tensión y ansiedad en lugar de excitación.

En la insatisfacción con la frecuencia de actividad sexual, las parejas sexualmente activas tienen por lo general discrepancias normales en sus preferencias de cantidad, tipo y ritmo de actividad sexual. La relación puede adaptarse a estas desigualdades individuales pero cuando las diferencias sexuales son una fuente significativa de conflicto o insatisfacción, la pareja experimenta una incomodidad considerable (Crooks y Baur, 2000).

Otro trastorno en la fase del deseo es el de *aversión sexual*, el cual no es más que un temor extremo o irracional a la actividad sexual. Crooks y Baur (2000), refieren que esta forma de aversión puede ir desde sensaciones de incomodidad, repulsión y disgusto hasta un temor extremo e irracional al tratar de tener actividad sexual. Incluso pensar en el contacto sexual puede generar una ansiedad intensa y pánico.

Ahora bien, en la fase de excitación también se presentan diferentes trastornos que afectan la respuesta sexual tanto de hombres como de mujeres. El primero de ellos es el *trastorno de excitación sexual femenino*, la imposibilidad persistente de obtener o mantener la respuesta de lubricación, puede señalar un trastorno de excitación femenino (Crooks y Baur, 2000).

Igualmente el *trastorno eréctil masculino*, representa otra dificultad en la fase de excitación, se trata de un bloqueo en el reflujo de erección que imposibilita la penetración. Dicho trastorno se divide en dos, el primario según Sierra (1991), es aquel en donde sujeto nunca ha conseguido copular por falta de erección; y el secundario donde sí se ha podido realizar el coito un número determinado de veces antes de la aparición del problema. Generalmente, detrás de este problema existe ansiedad, temor a no tener un buen desempeño y una incapacidad de entregarse a las sensaciones sexuales.

Asimismo, esto puede lograr que la persona ejecute una función de espectador en su propio acto sexual, lo que a su vez produce una pérdida de concentración.

Llama la atención, que un gran número de los artículos recopilados para este trabajo se basaban en el estudio de este trastorno en particular, investigándolo por sí solo o explorando su comorbilidad con otras enfermedades, lo que sugiere pensar que es una de las disfunciones más padecidas por la población masculina, al menos en América Latina, España y Portugal.

Finalmente, en la fase orgásmica también se produce deterioro sexual, en la mujer puede presentarse el *trastorno orgásmico femenino* o también llamado *anorgasmia*, el cual consiste en la imposibilidad que tiene la mujer para llegar al orgasmo, en otras palabras, ausencia de orgasmo en las mujeres. Es posible que una persona que nunca haya experimentado un orgasmo por masturbación o por penetración por parte de su pareja, esté padeciendo anorgasmia generalizada y permanente; ahora si por lo contrario sí ha podido llegar al orgasmo con la masturbación pero no con la penetración de su pareja se puede hablar de anorgasmia situacional.

En relación a los hombres, en esta fase se presenta la eyaculación precoz según Kaplan (1974), ésta se caracteriza por la imposibilidad que tiene el hombre para controlar voluntariamente la eyaculación una vez alcanzado un determinado nivel de excitación. Sierra (1991), refiere que la causa de esta imposibilidad de control se encuentra en que el sujeto no percibe de una forma clara la sensaciones previas al orgasmo; y esto puede deberse a una excitación muy intensa, un aprendizaje a partir de las primeras experiencias sexuales que se caracterizaron por la rapidez, excesiva preocupación por complacer a la pareja, o a una actitud culpabilizante hacia la sexualidad que prohíbe al individuo la obtención de placer.

Teniendo en cuenta, todas las disfunciones sexuales que se han descrito a lo largo del marco, es importante destacar que existen tratamientos que pretenden ajustarse a las necesidades de cada caso. La manera en como son tratados estos trastornos van a depender de su causa que como se mencionó anteriormente, pueden ser orgánicas, psicológicas o incluso combinadas.

A pesar de que los tratamientos farmacológicos son importantes, en este trabajo se ha decidido considerar los tratamientos psicológicos o terapéuticos. El primer paso antes

de poder administrar un tratamiento terapéutico, es evaluar la situación que describe el paciente para poder discriminar si en realidad la persona presenta una disfunción sexual determinada, tomando en cuenta los síntomas que manifiesta, estableciendo cuando se inició, cuando suele aparecer, entre otras contextualizaciones. Posteriormente, en toda sesión terapéutica es necesario indagar en áreas concretas, para la evaluación de este tipo de trastorno, según Sierra (1991), se debe explorar el área médica, debido a que esto permitirá descartar posibles causas orgánicas, ya que si llega a determinarse alguna condición física, la terapia psicológica no ayudaría del todo a solucionar el problema. Igualmente, el área psicológica es importante tomarla en cuenta al momento de una evaluación, debido a que siempre cabe la posibilidad de que el deterioro sexual sea causado por trastornos psicológicos.

Por otra parte, a la hora de determinar la etiología de la disfunción sexual, es necesario llevar a cabo una *historia psicosexual*, una vez que ya se han descartado las causas orgánicas, es por esto que debe realizarse una exploración en el área sexual del paciente, tomando en cuenta el inicio y desarrollo en la vida sexual. Según Lara y Sánchez (1986), se deben considerar aspectos tales como, su primer recuerdo erótico, juegos eróticos compartidos, la información sexual recibida, la masturbación, la vida coital, y los comportamientos sexuales desarrollados.

Debido a que los problemas sexuales afectan, no sólo a las personas que los padecen, comprometen también a la pareja, es imperativo indagar sobre el área de relaciones. Muchas veces los conflictos interpersonales también son causante de estos problemas, por lo tanto se debe explorar la relación que tiene el paciente con la pareja actual y si el trastorno sexual ha pasado con parejas anteriores, entre otras. Kaplan (1974), señala que el 70% de los pacientes disfuncionales presentan además problemas de relación de pareja y el 75% por problemas de pareja manifiestan problemas sexuales.

En relación con la evaluación, no se puede dejar de lado el *Modelo de Evaluación Conductual*, en el que según Sierra (1991) se considera la conducta problema, y su relación con los estímulos desencadenantes y las consecuencias reforzantes que llevan a mantenerla. En el siguiente ejemplo se puede observar el esquema:

E -- O -- R -- (cognitiva, motora o fisiológica) -- C

E: *Estímulos antecedentes de la conducta.* La simple presencia de esos estímulos puede desencadenar la conducta problema; lo anterior, está mediado por un proceso de aprendizaje.

O: Posibilidad de que la disfunción sexual sea consecuencia de una enfermedad, de una alteración orgánica o de un trastorno psicológico

R: Respuesta o conducta problema en sus tres posibles manifestaciones: motora, cognitiva y fisiológica. El nivel motor hace referencia a la estimulación que desarrolla la pareja, es decir, si existe estimulación precoital, cuáles caricias realizan, debido a que en ocasiones el problema puede deberse a la ausencia de estimulación o a una estimulación que no resulta agradable a la pareja. A la par, el nivel cognitivo se refiere a las actitudes, los sentimientos e ideas que tiene la persona con respecto al sexo; este aspecto es importante evaluarlo minuciosamente, debido a que en diversos casos las disfunciones sexuales están asociadas con una concepción negativa hacia a sexualidad. Por último, en el nivel fisiológico es necesario considerar las sensaciones que la persona experimenta con su sexualidad.

C: Consecuencias que aporta esa conducta para el sujeto. Estas consecuencias son de carácter aversivo (generan un efecto desagradable para el organismo), lo cual se va a asociar con la presencia de ansiedad en las actividades sexuales siguientes. En otras palabras, si los efectos que experimenta una persona durante y/o después de la actividad sexual, son negativos o no son los esperados, lo más probable, es que se presenten pensamientos y emociones aversivas que van a mantener la conducta problema.

Para llevar a cabo la evaluación se utilizan diversas técnicas de exploración, tales como, la entrevista, autoregistros, autoinformes, observación, y registros psicofisiológicos. Debido a que las disfunciones sexuales, puede ocurrir en diferentes fases de la respuesta sexual la evaluación también debe particularizarse a cada una de las disfunciones. En el caso de la evaluación de los trastornos del deseo sexual, Sierra (1991), plantea que lo primero que hay que hacer es determinar si la pérdida del deseo es global o situacional; para ello es importante saber si el paciente presenta sensaciones eróticas espontáneas o si responde a fantasías, lecturas o imágenes eróticas. En caso de que la persona presente una pérdida total del deseo entonces cabría la posibilidad de presentar un problema orgánico. Al momento de la evaluación de cuadros de impotencia

se debe descartar una base fisiológica, aunque este tipo de problemas se asocian más a causas orgánicas. A modo de ejemplo, si el paciente indica que tiene problemas de erección con su esposa pero no con otra mujer entonces estaría claro que se trata de una impotencia psicógena.

Por otra parte, en el caso de la eyaculación precoz son raras las veces que el trastorno es causado por problemas de salud. Masters y Johnson, (1966) refieren que la eyaculación precoz por lo general es consecuencia de un aprendizaje a partir de las primeras experiencias (Masters y Johnson, 1966, c.p. Sierra 1991). Es importante al momento de la evaluación tomar en cuenta los pensamientos y las sensaciones que desarrolla el paciente en la actividad sexual (Kaplan, 1974).

Finalmente, luego de que se ha llevado a cabo la evaluación con el paciente, se debe administrar el tratamiento. Anteriormente, se asociaban los tratamientos sexuales al área psiquiátrica. Lo que sucedía frecuentemente era que el tratamiento requiriese mucho tiempo y sin que se pudiese prever el resultado. Generalmente el tratamiento era individual, dirigido únicamente al paciente; la forma en cómo se administra un tratamiento para las disfunciones sexuales en la actualidad ha cambiado, al punto que se incorporan otras disciplinas para su estudio y atención, entre ellas la Psicología.

Uno de los modelos más renombrados en el tratamiento de los problemas sexuales es el de Masters y Johnson (1966), ellos establecieron diferencias en la manera como se debía atender este tipo de trastornos. Estos autores recalcaron la importancia de tratar las disfunciones en pareja, debido a que reconocían el impacto que el trastorno podría tener en ambos miembros. Asimismo, observaron que al fomentar la participación de los dos componentes de la pareja los resultados eran mejores que al tratar a uno de los miembros. Además, el método promovía la cooperación y comprensión de ambas partes en resolución de tensiones y conflictos (Masters, Johnson, y Kolodny, 1995).

Lo autores, Masters y Johnson (1995), consideraban de relevancia que participaran dos terapeutas de sexos diferentes al momento de llevar a cabo la terapia. Ya que esto permitía obtener mayor objetividad, debido a que se contaba con los dos puntos de vista, tanto del hombre como de la mujer, y proporcionaba un espacio de mayor intimidad cuando el tratamiento incluía a un terapeuta del mismo sexo que el miembro de la pareja que se estaba asistiendo, se observó que le facilitaba al paciente comentar y

exponer su intimidad y sus problemas (Masters, Johnson, y Kolodny, 1995). Por otro lado, establecieron la importancia de la integración de datos fisiológicos y psicosociales al momento de la valoración del trastorno y del tratamiento.

El plan terapéutico sugerido por Master y Johnson (1966), reiteraba la importancia de tratar los asuntos o problemas no sexuales, tales como la ansiedad, el miedo, las actitudes, la autoestima entre otros, y además de proporcionarles a los pacientes información sobre fisiología sexual; se consideraba un tipo de terapia combinado, que incluía la psicoeducación sexual donde se les proporciona a los pacientes información acerca la sexualidad y sus componentes, además de ofrecerles una explicación de la disfunción que presentaban, en la que incluían las causas, las formas de tratamiento, caracterización de la terapia y se les estimulaba a recuperar su confianza.

El plan terapéutico se dividía en dos sesiones:

1. Sesión 1

- Ofrecer un bosquejo del plan inicial.
- Se separaba a los cónyuges y el terapeuta del mismo sexo que el respectivo miembro de la pareja elaboraba un historial personal y clínico.
- Se elaboraba, luego, un segundo historial, pero en esta ocasión era cada miembro de la pareja con el terapeuta del sexo contrario.
- Cada paciente era sometido a un completo chequeo orgánico.

2. Sesión 2

- Mesa redonda: En la que se impartía una explicación sobre cuáles eran las causas de la disfunción o problemas (bosquejo del plan del tratamiento)

En el plan terapéutico de Masters y Johnson (1966) se encontraba una técnica llamada, focalización sensorial, la cual se dividía en fases (Masters, Johnson, y Kolodny, 1995):

1. Primera fase

- Se le solicitaba a cada pareja que evitara tener una relación sexual directa que incluyera el contacto genital.

- Se estimulaba a tocar el cuerpo del compañero, salvo los pechos y los órganos genitales.
 - No tenía un fin de orden sexual
 - Se enseñaban a romper el círculo vicioso, que comenzaba con el miedo a la ejecución, enseñando fórmulas de comunicación no verbal.
2. Segunda fase
- Consistía en tocar el cuerpo del compañero, incluyendo pechos y genitales, comenzado desde las zonas generales y luego profundizando en cada una de ellas.
3. Tercera fase
- Consistía en tocar el cuerpo del compañero, incluyendo pechos y genitales añadiéndose la manipulación mutua
 - Se continuaba con las actividades y se realizaban posiciones sexuales sin penetración.
 - Una vez que la pareja se desenvolvía cómodamente en este nivel solía producirse el coito sin dificultad.

Por otro lado establecieron técnicas para casos específicos como la disfunción eréctil y la eyaculación precoz. A continuación se describirán los pasos a seguir planteados por Masters y Johnson (1966) para ambos problemas:

Disfunción eréctil:

- Desprenderse del miedo y de todo lo referido a perder una erección.
- Se recomendaba a la mujer que dejara de manipular el pene en el momento en que sobreviniera la erección, para que el hombre tuviera la oportunidad de comprobar que podía experimentarla cuando se le estimulara nuevamente.
- Cuando se trataba de realizar el coito se le recomendaba a la mujer que insertara el pene, para disminuir la tensión del hombre.

Eyacuación precoz:

Técnica del apretón: Pretendía reacondicionar el reflejo eyaculatorio.

Implicaba colocar el pulgar sobre el frenillo del pene al tiempo que se situaban los dedos índice y medio entre la corona peneal, en el lado opuesto del falo. A continuación se invitaba a aferrar el miembro y ejercer presión durante cuatro segundos, soltándolo luego.

- Cuando la pareja se disponía a realizar el coito, se le solicitaba a la mujer que empleara el *apretón* de tres a seis veces antes de intentar la penetración.
- La mujer debía permanecer inmóvil luego de la penetración durante un lapso de unos segundos, sin realizar movimientos de empuje.
- El hombre debía retirar el pene, entonces la mujer debía nuevamente ejercer presión el apretón y luego volver a introducirlo en la vagina. Se invitaba a la mujer a que realizara un lento movimiento de empuje.
- Luego se ponía en práctica el apretón basilar, el cual sólo debía ser empleado durante el coito. El *apretón basilar* es una variante de la técnica del *apretón*, donde por espacio de cuatro segundos, se aplicaba una firme presión en sentido frontal en la base del pene. Su finalidad era evitar la interrupción del coito a causa de las periódicas retiradas peneales para aplicar la técnica del apretón empleado regularmente.

De igual modo, que las técnicas empleadas por Masters y Johnson (1966) eran consideradas eficaces al momento de trabajar con este problema; existen técnicas de modificación de conductas que también suelen ser empleadas en la actualidad como tratamientos para las disfunciones sexuales.

Wolpe (1990) integró la disfunción sexual al espectro de la Psicoterapia Conductual y Cognitiva e hizo notar que la ansiedad en torno a la sexualidad, que la deficiencia en las destrezas sexuales y los pensamientos irracionales no eran diferentes a

los demás problemas interpersonales (Wolpe, 1990, c.p. Kort 2006). Asimismo, recordó a los psicoterapeutas que la disfunción sexual se presentaba a menudo en el contexto de otros problemas psicológicos (depresión, discordia marital, ansiedad generalizada o ansiedad social) los cuales requerían ser tratados, además, del entrenamiento dirigido únicamente a la respuesta sexual (Kort, 2006).

Partiendo de lo investigado una de las técnicas utilizada para la modificación de las actitudes negativas, los prejuicios y las creencias erróneas hacia el sexo, es la *detención del pensamiento* (paro del pensamiento) ésta es una técnica de autocontrol efectiva para evitar los pensamientos “rumiativos”, aquellos pensamientos no deseados que se repiten continuamente en ciertas ocasiones y que conllevan a sensaciones desagradables, llegando a comprometer el estado de ánimo de la persona.

Otra técnica empleada en el tratamiento de las disfunciones sexuales es la *desensibilización en vivo*; este procedimiento terapéutico fue desarrollado por Wolpe (1990) para el tratamiento del trastorno de la erección en el hombre, con excelentes resultados en el tratamiento de las disfunciones en el orgasmo de la mujer (Wolpe, 1990, c.p. Kort 2006). La *desensibilización en vivo*, es análoga a lo propuesto en la *desensibilización en imaginación*, con la diferencia de que en el primer procedimiento, la respuesta que inhibe recíprocamente a la ansiedad es la respuesta sexual misma, mientras que en el segundo se aprovecha la relajación muscular progresiva como reacción placentera que se empleará en el contracondicionamiento.

En este orden de ideas, la relajación es considerada esencialmente en la modificación de un estilo de vida inapropiado que conllevaría al estrés agudo; en el tratamiento de las disfunciones sexuales es apreciado como un componente importante. Al aplicar el método de relajación progresiva, la tensión inducida se dirige a la contracción de las fibras musculares y la relajación implicaría el alargamiento de estas fibras, lo cual eliminaría el efecto de la tensión. Kort (2006), refirió que este procedimiento de contraste entre tensión y relajación tendría como objetivo el impacto en las principales áreas de grupos musculares y asumiría un efecto concomitante en la reducción de las pulsaciones y de la presión arterial, con la posterior activación de las endorfinas, logrando con esto la disminución de la ansiedad. Constituye, entonces, una

práctica indispensable en personas, que presentan un trastorno sexual y ansiedad ante su posible desempeño en la actividad sexual.

A lo largo, de la explicación de estos tratamientos queda en evidencia como el trabajo terapéutico combinado es importante; la atención a los factores psicosociales es indispensable además del diagnóstico de los síntomas y del establecimiento de un tratamiento basado en la medicación. Es importante re-definir el concepto de salud sexual de un individuo más allá de los componentes orgánicos y considerársele como un concepto integral, no es aceptable seguir estableciendo una diferencia entre los “psicológico” y lo “físico”, el dualismo mente y cuerpo debe dejarse a un lado.

Planteamiento del Problema.

Dada la necesidad de dar respuesta a las demandas de la Psicología de consolidarse como una ciencia generadora de teorías y principios en los que sustentar los conocimientos que emplearán los profesionales en el abordaje de los casos, y dada la insuficiente sistematización de los hallazgos obtenidos en los estudios realizados en campos especializados, surge la necesidad de la re-estructuración de mecanismos de búsqueda y análisis que contribuyan a la construcción disciplinar desde diferentes aristas; además, de la investigación y la aplicación, es necesaria la reconstrucción y una nueva manera de análisis de los datos.

Tal es así que, la acumulación de conocimientos básicos y aplicados en medicina es tan desbordante que, paradójicamente, éste mismo desarrollo se ha convertido en un serio inconveniente para un manejo eficaz de la información (Vázquez y Nieto, 2003), otro tanto está sucediendo con la Psicología como disciplina. El empleo de los nuevos conocimientos en la práctica, se reviste de una alta complejidad si no se establecen estrategias de selección, filtrado y accesibilidad a la *mejor evidencia* disponible para el clínico que ha de tomar las decisiones profesionales en el día a día (Sackett et al., 1997, c.p Vazquez y Nieto, 2003).

La medicina basada en la evidencia surge como una forma de recolección de información especializada que permita relacionar el conocimiento previo que tiene el profesional en el área de la salud (aquel derivado de la formación académica y la

producción científica, por ejemplo) con el adquirido a partir del ejercicio práctico; busca *integrar*, entonces, la competencia clínica individual del profesional y la capacidad de búsqueda y acceso a la *mejor evidencia clínica* a partir de la *investigación sistemática* de las fuentes generadoras de esa evidencia (Sackett, Rosenberg, Muir, Haynes y Richardson, 1996), contribuyendo de esta manera a la capacitación de los clínicos en el proceso de toma de decisiones (Mandi y Dauphinee, 2000) al constituir una metodología fundamentada en la utilización *consciente, explícita y juiciosa* de la mejor evidencia científica disponible para tomar decisiones sobre el cuidado del paciente (Sackett y Cols, 1996).

Se puede decir entonces que desde la medicina basada en la evidencia, se generó una nueva forma de investigar que se extrapoló a otras áreas del quehacer profesional, entre ellas la Psicología (Psicología Basada en la Evidencia, PBE), desde la necesidad de disponer de herramientas fiables y de comunicar información que se apoye en datos empíricos contrastables que junto al juicio del experto faciliten y aseguren el desarrollo y administración de tratamientos válidos, optimizando la toma de decisiones ante la solución de los problemas clínicos (Frías y Llobell, 2003).

En este sentido, el presente trabajo empleó los principios metodológicos de la Psicología Basada en la Evidencia (PBE), con la finalidad de realizar una revisión sistemática de los estudios existentes sobre las disfunciones sexuales y sus tratamientos en el contexto psicológico, empleando para ello el Sistema de Información Científica de la *Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal (Redalyc)*; se seleccionaron las investigaciones generadas en los últimos 10 años, con la finalidad de conocer el estado actual de las propuestas orientadas a las intervenciones e identificar su eficacia y su apoyo empírico (Vera, 2004).

Sánchez y Botella (2010), indicaron que en el ejercicio profesional de la Psicología se observa una diferencia entre las técnicas que se aplican en la práctica profesional y los avances en las investigaciones científicas; este desfase sucede, principalmente, por la escasa conexión entre la práctica profesional y la investigación, así como también, por la mínima acumulación de conocimiento científico en la ciencia del comportamiento humano, consiguiendo que los avances científicos lleguen muy lento a la práctica. Esta problemática, genera a los profesionales en el área de la salud psicológica

dificultad al momento de tener acceso a las investigaciones científicas referidas a las intervenciones psicológicas en los tratamientos orientados a las disfunciones sexuales y los programas o técnicas orientados a la práctica profesional en éste campo. Por consiguiente, el estudio que se realizó poseería, además, relevancia social ya que los resultados beneficiarían a la comunidad científica del área de la Psicología en tanto el profesional en el área de la salud psicológica no fundamentaría su ejercicio profesional en la experiencia personal como único apoyo a la aplicación práctica.

III. Objetivos

3.1 Objetivo General:

Analizar a partir de indicadores que apuntan a la propuesta epistemológica; las técnicas de intervención y tratamientos sugeridos para la Disfunción Sexual.

3.2 Objetivos Específicos:

- Distinguir, los enfoques epistemológicos utilizados en las investigaciones científicas de disfunción sexual.
- Identificar los instrumentos utilizados en las investigaciones científicas de disfunción sexual.
- Identificar los tratamientos utilizados en las investigaciones científicas de disfunción sexual.
- Agrupar las investigaciones, con la finalidad de facilitar a los profesionales de la psicología, la búsqueda de estudios empíricos relacionados con la disfunción sexual.
- Organizar un compendio de técnicas empleadas en los estudios empíricos de las disfunciones sexuales.

IV. Método

4.1 Tipo de investigación

El presente trabajo empleó los principios metodológicos de la *Psicología Basada en la Evidencia (PBE)*, debido que la misma promueve la recogida, interpretación e integración de evidencia válida y significativa derivada de las investigaciones, con la posibilidad de su ulterior integración tanto con el juicio clínico del especialista y como con la opinión del paciente (Frías y Llobell, 2003).

4.2 Diseño de investigación

Se utilizó un diseño documental, debido a que se empleó un proceso basado en la búsqueda, recuperación, análisis, crítica e interpretación de datos secundarios, de fuentes impresas, audiovisuales o electrónicas (Arias, 2005).

- **Muestra o datos:** Artículos científicos, seleccionados de la base de datos en línea y repositorio digital de textos científicos en acceso abierto de la *Red de Revista Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal (Redalyc)*. Asimismo, se decidió trabajar con esta red, por ser abierta, gratuita y ofrecer un amplio número de artículos en español.

4.3 Técnicas de investigación

En el trabajo se llevó a cabo la *Revisión Sistemática*, entendida como una técnica de análisis documental, la cual incluyó un análisis bibliométrico y un análisis de contenido cerrado:

- a) **Análisis bibliométrico:** El análisis bibliométrico es entendido como aplicación de métodos y modelos matemáticos y estadísticos al estudio de la actividad bibliográfica y al análisis de los registros que se provocan en ella, con la finalidad de reflejar la estructura y regularidades de los repertorios bibliográficos, así como también determinar las tendencias que se manifiestan en la producción y comunicación científica y en el flujo de información documental (Gorbea, 2005).

- b) Análisis de contenido cerrado:** El análisis de contenido “es una técnica de investigación para la descripción objetiva, sistemática y cuantitativa del contenido manifiesto de la comunicación” (Berelson y Lazarsfeld 1948 c.p Bardin, 1986). Asimismo, el análisis de contenido con la dimensión cerrado “es una operación de clasificación de elementos constitutivos de un conjunto por diferenciación, tras la agrupación por analogías, a partir de criterios previamente definidos” (Bardin, 1986).

4.4 Materiales

- **Excel v.2013:** Microsoft Excel es una aplicación que se caracteriza por ser un software de hojas de cálculo, utilizado en tareas financieras y contables. A través de la misma, se realizará el vaciado de datos y se analizarán para poder llevar a cabo la organización de la información extraída de las investigaciones que formen parte del banco de documentos.

4.5 Procedimientos

La presente investigación fue desarrollada en dos etapas, la primera constituida por una *fase de elaboración de matrices*, donde se establecieron indicadores que permitieron la inclusión y/o exclusión de los artículos y otra *fase de exploración* para su búsqueda. A su vez, la segunda etapa estuvo compuesta por una *fase de procesamiento*, en la cual se llevó a cabo el vaciado de la información obtenida en los artículos; y otra *fase de análisis* para la examinación de la misma. Vale acotar, que ejecutar el procedimiento en etapas y fases, permitió realizar la *Revisión Sistemática* de una manera más organizada, disminuyendo un posible sesgo en la investigación.

ETAPA I:

- **Fase de elaboración de matrices:**
 - a) Para la compilación de indicadores bibliométricos, se eligieron categorías tales como: tipo de documento (artículos científicos publicados en la *Red de Revista Científicas de América Latina*

y el Caribe, España y Portugal - Redalyc), título de la investigación, año de publicación e idioma (exclusivamente en español). Ver tabla 1.

b) Conforme al objetivo de la investigación, se optó por sistematizar la información encontrada en los artículos científicos mediante una matriz con categorías cualitativas (ver tabla 2):

- Análisis de datos:
 - Positivista: cuantitativa.
 - Existencialista o Fenomenológico: cualitativa
- Criterio de calidad:
 - Positivista: validez, fiabilidad y objetividad.
 - Existencialista o Fenomenológico: credibilidad, confirmación y transferibilidad.
- Condiciones de investigación:
 - Positivista: controlada
 - Existencialista o Fenomenológico: natural

Asimismo, para ambos enfoques se establecieron las siguientes categorías:

- Instrumentos utilizados en las investigaciones.
 - Tipo de estudio.
 - Tratamientos o técnicas empleadas.
-
- **Fase exploratoria:** En esta etapa se realizó una búsqueda y organización de los artículos seleccionados de la base de datos *Redalyc*, que investigaron el tema de la disfunción sexual. Asimismo, se tomó en cuenta criterios de selección que permitieron la inclusión y exclusión de los artículos, aquellas investigaciones que no cumplían con estos criterios se descartaron para las *fases de procesamiento y análisis*, tales son:

- Selección de artículos que estén disponible en el Sistema de Información Científica Redalyc.
- Indicador de búsqueda: “*Disfunción sexual*”.
- Artículos científicos publicados desde el periodo 2007 hasta 2017.
- Investigaciones exclusivamente en español.

ETAPA II:

- **Fase de procesamiento:** Esta fase se caracterizó por organizar la información en las Matrices N° 1 y 2. Ver tablas 7 y 8
- **Fase de análisis:** Se efectuó un análisis de la información y datos obtenidos empleando para ello los análisis de contenido y bibliométrico.

V. Resultados

- **ETAPA I:** en el presente apartado se reflejan los resultados obtenidos en la primera etapa de la investigación a través de las siguientes tablas:

Tabla 1

Matriz N° 1, categorías de los indicadores bibliométricos.

N°	Título	Año	Información Relevante

Tabla 2

Matriz N° 2, categorías análisis de contenido cerrado.

ENFOQUE EPISTEMOLÓGICO							
N°	Positivista Existencialista o Fenomenología	Análisis de datos		Criterio de calidad		Condiciones de investigación	
		Cuantitativo	Cualitativo	Validez, fiabilidad, objetividad	Credibilidad, confirmación, transferibilidad	Contralada Natural	Instrumentos Tipo de estudio Tratamientos

En la presente tabla 3, se observan los años de publicación de los artículos científicos hallados mediante de la revisión sistemática en la base de datos en línea Redalyc. Quedaron en evidencia los años 2008 y 2013 como aquellos con mayor número de publicaciones que investigaron la Disfunción Sexual.

Tabla 3

Data de los artículos de disfunción sexual más investigados en los últimos diez años, publicados en REDALYC.

Año	Cantidad
2007	2
2008	4
2009	3
2010	1
2011	2
2012	2
2013	5
2014	1
2015	3
2016	2
2017	1
TOTAL	26

Posteriormente, a partir de la recopilación y revisión de los artículos científicos, se pudo evidenciar (ver tabla 4) que 20 investigaciones fueron realizadas por profesionales en Medicina, cinco en el área de Psicología y un experto en Comunicación Social.

Tabla 4

Profesionales que investigaron el tema de disfunción sexual.

Áreas Profesionales	Cantidad
Medicina	20
Psicología	5
Comunicación Social	1
TOTAL	26

En cuanto a la tabla 5, se observa que la muestra con mayor predominio en los estudios, fue la población masculina. De 26 artículos, 22 eligieron trabajar con esta muestra, dos con el sexo femenino y dos con una muestra mixta.

Tabla 5

Muestra poblacional más elegida en las investigaciones de Disfunción Sexual, publicado por REDALYC.

Sexo	Cantidad
Sexo femenino	2
Sexo masculino	22
Muestra mixta (sexo femenino y masculino)	2
Total	26

Por último, en la tabla 6 se presentan los artículos científicos hallados en la temática de Disfunción Sexual, mediante la revisión sistemática a la base de datos en línea y repositorio digital de textos científicos en acceso abierto de la *Redalyc*, con su dirección URL.

Tabla 6

Artículos de la temática Disfunción Sexual encontrados en REDALYC y dirección URL.

Investigación	Dirección URL del artículo
Las distintas disfunciones sexuales femeninas y la relación con la ansiedad Rasgo-Estado.	http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=133915928007
Disfunciones sexuales masculinas: su asociación con el malestar psicológico y los problemas conyugales en una población de la ciudad de México.	http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=133915928008
Complicaciones relacionadas con los procedimientos realizados con intención curativa en cáncer de próstata. Incontinencia urinaria y disfunción eréctil.	http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=149120483013
Disfunción eréctil y enfermedad cardiovascular.	http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=479749400006
Etiología neurógena en pacientes con disfunción eréctil.	http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=181013943007
Hipogonadismo masculino. Disfunción sexual y envejecimiento.	http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=149120483012
Prevalencia de disfunción eréctil y factores asociados en un hospital de tercer nivel.	http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=149120397007
Asociación entre variables antropométricas y síntomas de	http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=542229999004

disfunción eréctil en ciclistas.

Terapia sexual y normalización: <http://www.redalyc.org/revista.oa?id=4008>
significados del malestar sexual en
mujeres y hombres diagnosticados con
disfunción sexual.

Perfiles de los indicadores relacionados <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58216021004>
con las disfunciones sexuales
masculinas: trastorno de la erección,
trastorno del orgasmo y eyaculación
precoz.

Síndrome metabólico y disfunción <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=149122333008>
eréctil en la población colombiana.

Validación psicométrica del instrumento <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36321259011>
índice internacional de función eréctil en
pacientes con disfunción eréctil en Perú.

Prevalencia y posible etiología de la <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=149124284003>
disfunción eréctil en pacientes VIH
positivos del Hospital Universitario San
Ignacio.

Tratamiento cognitivo-conductual de un <http://dialnet-APropositoDeUnCaso-4394154>
caso de trastorno de la erección
adquirido.

Función sexual en pacientes deprimidos: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=372036945006>
relación entre síntomas depresivos y
disfunción sexual.

Paciente con Hipogonadismo de Origen <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=181031085017>
Tardío y Disfunción Sexual.

Prevalencia de disfunción eréctil en <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=149127483005>
pacientes hipertensos del Hospital

Universitario del Caribe.

Prevalencia de comorbilidades y factores de riesgo asociados a disfunción eréctil en pacientes hipertensos del Hospital Universitario del Caribe de Cartagena. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=149131631005>

Síntomas del tracto urinario inferior y disfunción eréctil en la consulta urológica en Argentina. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=181045775003>

Disfunción sexual en mujeres climatéricas afro descendientes del Caribe Colombiano. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180529791004>

Enfermedad periodontal y disfunción eréctil. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33104227501>

Tratamiento de un caso de disfunción eréctil mediante terapia de pareja y terapia sexual. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=271043400007>

Un nuevo enfoque terapéutico para la disfunción eréctil: las ondas de choque de baja intensidad. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180539917006>

Papel de las imágenes en el diagnóstico y tratamiento intravascular de la disfunción eréctil por fuga venosa en un paciente joven. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=149144780006>

Sexualidad y Disfunción Sexual en Hombres Mayores De 60 Años de Edad: Un Estudio Cualitativo. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=233245623008>

Fuga venosa dorsal profunda como causa de disfunción eréctil primaria y secundaria no estándar. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=365844756015>

- **ETAPA II:** en el presente apartado se reflejan los resultados obtenidos en la segunda etapa de la investigación a través de las siguientes tablas:

En las tablas 7 y 8 se pueden observar la *fase de procesamiento* y la *fase de análisis*:

Tabla 7

Matriz N° 1, revisión sistemática de los artículos científicos obtenidos a través de REDALYC, tomando en cuenta los indicadores bibliométricos como son las categorías Título y Año, a su vez en Información Relevante se eligió aspectos como: la procedencia de la revista, profesionales que realizaron la investigación y los objetivos que se plantearon.

N°	Título	Año	Información Relevante
1	Las distintas disfunciones sexuales femeninas y la relación con la ansiedad Rasgo-Estado.	2007	• Profesionales en Psicología. • Revista Psicología Iberoamericana • El estudio fue realizado mediante un instituto psicológico (Instituto Nacional de Perinatología – México, INPERIER). instituto de cuarto nivel de atención que trata los problemas relacionados con la reproducción. • Consideran que existe una disfunción sexual cuando los procesos característicos (deseo, excitación, orgasmo y resolución) de la respuesta sexual se alteran o cual se presenta dolor asociado con el acto sexual. • El objetivo de la investigación conocer la correlación entre las variables. • Clasifican las disfunciones sexuales según el DSM-IV-TR • No se aplicó técnicas ni tratamientos para disminuir o extinguir disfunciones sexuales
2	Disfunciones sexuales masculinas: su asociación con el malestar psicológico y los problemas conyugales en una población de la	2007	• Profesionales en Psicología. • Revista Psicología Iberoamericana • El estudio fue realizado mediante un instituto psicológico (Instituto Nacional de Perinatología – México, INPERIER). • Tomaron criterios de exclusión tales como: no debían

	ciudad de México.		presentar un diagnóstico previo de retardo mental o trastorno psicótico, ni alguna enfermedad orgánica (síndromes neurológicos, endócrinos, cardiopatías, problemas vasculares e infecciones genitales) que pudiera condicionar la disfunción sexual • No se aplicó tratamientos para disminuir o extinguir disfunciones sexuales • El objetivo fue detectar si existe relación entre el malestar psicológico y los problemas conjugales asociados a cada una de las disfunciones sexuales en una población de la ciudad de México. • Clasifican las disfunciones sexuales según el DSM-IV-TR
3	Complicaciones relacionadas con los procedimientos realizados con intención curativa en cáncer de próstata. Incontinencia urinaria y disfunción eréctil.	2008	• Profesionales en el área de la Medicina. • Revista de Urología Colombiana. • No hay reportes psicológicos de cómo afecta estas comorbilidades. • No se aplicó tratamientos para disminuir o extinguir disfunción eréctil • Detallada literatura sobre diversas comorbilidades relacionadas con el cáncer, incontinencia urinaria, prostatectomía radical, disfunción eréctil, radioterapia, disfunción sexual.
4	Disfunción eréctil y enfermedad cardiovascular	2008	• Autor: Médico cardiólogo Carlos E. Romero • Revista Uruguaya de Cardiología • La disfunción eréctil (DE) pasó de ser considerada un fenómeno de origen psicológico a una manifestación de una enfermedad orgánica. • Conclusión: 1. La DE en la mayor parte de los casos responde a causas orgánicas, fundamentalmente la enfermedad vascular aterosclerótica, o a la alteración funcional inicial de la aterosclerosis, la disfunción endotelial. 2. El mayor valor de la DE desde el punto de vista del

			cardiólogo es que, dado que, en general, las manifestaciones de DE preceden a las de las enfermedades CV, la presencia de DE constituye una señal de alerta acerca de la posibilidad de que existan anormalidades CV subclínicas que puedan ser controladas antes de la aparición de complicaciones más graves.
			3. La DE muestra una franca asociación con la patología cardiovascular clásica, con la cual comparte factores de riesgo comunes.
5	Etiología neurógena en pacientes con disfunción eréctil	2008	• Profesionales en el área de la Medicina. • Archivos Españoles de Urología • La finalidad de este trabajo es revisar detalladamente las causas más relevantes de DE de origen neurógeno, sus mecanismos etiopatogénicos y los abordajes terapéuticos que en la actualidad se consideran más adecuados para cada caso particular • En la actualidad se admite una etiología es multifactorial y por lo general, de origen orgánico. En algunos casos es síntoma centinela de alteraciones cardiovasculares (3,4), enfermedades neurológicas como la atrofia multisistémica (5) o de otros tipos de patologías.
6	Hipogonadismo masculino. Disfunción sexual y envejecimiento	2008	• Autor: Urólogo Sexólogo, Alonso Acuña. • Revista Urología Colombiana • Se considera que la declinación de la función eréctil en el viejo es más atribuible al propio EV (Envejecimiento) o “la edad”, que a cualquiera otra co-morbilidad • Los tratamientos hormonales se refieren en especial a la administración de testosterona. Se ha observado que en algunos hombres los Inhibidores de la Fosofodiesterasa 5 (Inhb. PDE5) Sildenafil (Viagra), Vardenafil (Levitra), Tadalafil (Cialis), no son efectivos para la DE, o después de un período de efectividad en algunos disminuye y aún se

			pierde. Estos casos pueden deberse a que existe un hipogonadismo progresivo propio del envejecimiento (LOH) que se hace manifiesto y la falla erectiva se debe no solo al factor vascular sino a que existe una disminución de la integridad de la muscularidad de las trabéculas de los cuerpos cavernosos y de los factores que estimulan la producción del NO a través del sistema nervioso periférico y vascular, todo lo cual es proporcionado por los andrógenos. • Se observa que el tratamiento para la DE con vasodilatadores específicos, es decir, con inPDE5 y con la Intracavernosa, copa con éxito la inmensa mayoría de los tratamientos de la DE. Y que solo es necesario recurrir en pocos casos a una terapia con testosterona, como monoterapia o para complementar los tratamientos anteriores.
7	Prevalencia de disfunción eréctil y factores asociados en un hospital de tercer nivel	2009	• Profesionales en el área de la Medicina. • Revista de Urología Colombiana. • La investigación tomó una muestra con pacientes de cualquier tipo de patología. • Perciben a la disfunción eréctil como una patología. • Las enfermedades que más frecuentemente se presentaron fueron hiperplasia prostática (37%), hipertensión arterial (30%), tabaquismo (13%). Indicando que existió algún grado disfunción estuvo presente en el 66% de los pacientes. • La disfunción eréctil es un reflejo de la condición cardiovascular del paciente, donde existen factores de riesgo asociados como: hipertensión arterial, diabetes mellitus, dislipidemia y enfermedad coronaria. • Encontraron que la hipertensión fue la única que mostró significancia estadística con OR 6.4 IC 95% (1.7-23.5), lo que sugiere que es seis veces más probable encontrarla en

			pacientes con disfunción eréctil.
8	Asociación entre variables antropométricas y síntomas de disfunción eréctil en ciclistas	2009	• Autores: Mora Solera, L. Estudiante de Grado en Educación Física y Deportes y Moncada Jiménez, J: Profesor y Especialista en Fisiología del Ejercicio • Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y del Deporte. Universidad Autónoma de Madrid. • El propósito del estudio fue determinar la asociación entre variables antropométricas de ciclistas costarricenses con síntomas relacionados a la disfunción eréctil y compresión de los nervios pudendos y ulnar. • En conclusión, no existen relaciones significativas entre variables antropométricas y síntomas relacionados con la disfunción eréctil en este grupo de atletas estudiados.
9	Terapia sexual y normalización: significados del malestar sexual en mujeres y hombres diagnosticados con disfunción sexual	2009	• Autores: Alcántara, Eva: Profesora-investigadora del Departamento de Educación y Comunicación de la Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco. Maestra en Estudios de la Mujer y candidata a Doctora en Ciencias Sociales por la misma universidad, y Amuchástegui, Ana: Profesora-investigadora del Departamento de Educación y Comunicación de la Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco Doctora en Filosofía por la Universidad de Londres • Revista de Saúde Coletiva • El objetivo del estudio fue comprender los significados del malestar sexual en un grupo abierto y mixto de terapia sexual, que se llevó a cabo en la ciudad de México en sesiones semanales de dos horas. • Un análisis cualitativo de los diálogos demostró que los significados de malestar sexual están fuertemente ligados al establecimiento de un modelo ideal de normalidad sexual.
10	Perfiles de los indicadores relacionados con las	2010	• Autores: Sánchez Bravo, Claudia; Corres Ayala, Norma Patricia; Carreño Meléndez, Jorge; Henales Almaraz,

	disfunciones sexuales masculinas: trastorno de la erección, trastorno del orgasmo y eyaculación precoz		Consuelo • Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. México • El objetivo de este estudio es identificar la frecuencia, la diferencia, la relación y la combinación entre el trastorno de la erección, el trastorno orgásmico masculino, la eyaculación precoz y algunos factores interviniente • Conclusión: se puede decir que la presencia de disfunciones sexuales es un indicador que muestra la complejidad del objeto de estudio, y que, aunque haya conceptos aparentemente diferentes según la teoría de la cual se trate, todos los estudiosos coinciden en darle a la sexualidad un significado más amplio.
11	Síndrome metabólico y disfunción eréctil en la población colombiana	2011	• Autores: Acuña Cañas, Alonso; Ceballos Domínguez, Pilar; López Ramos, Hugo; Suárez, Paola Andrea. Médicos Urólogos. • Revista Urología Colombiana • Objetivos: determinar la asociación entre el síndrome metabólico y la disfunción eréctil (DE) en la población colombiana. • Conclusión: Los resultados mostraron una clara asociación con un significativo nivel estadístico entre el síndrome metabólico y la disfunción eréctil realizado en una muestra obtenida en dos centros urológicos en la ciudad de Bogotá.
12	Validación psicométrica del instrumento índice internacional de función eréctil en pacientes con disfunción eréctil en Perú	2011	• Profesionales en el área en Medicina experimental y salud pública. • Revista peruana de medicina experimental y salud pública. • Instrumento para medir la presencia de Disfunción Eréctil, llamado International Index of Erectile Function (IIEF), en español Índice Internacional de Función Eréctil. • Muestra de 75 pacientes (35 sin DE y 40 con DE) que acudieron al Servicio de Urología al Hospital Nacional

		Cayetano Heredia (HNCH). • La validez del instrumento IIEF se evaluó midiendo la validez de contenido, de criterio, discriminante y divergente y la confiabilidad del IIFE midiendo la fiabilidad test - retest, la consistencia interna y la sensibilidad al cambio. • Aplicaron un tratamiento con dos dosis de Sildenafil de 50 mg a los 40 pacientes con DE, para dos intentos de relación sexual. • Se obtuvo a la respuesta al tratamiento que 38 (95%) pacientes fueron respondedores y 2 (5%) no respondedores al tratamiento. • Al evaluar la severidad de la DE, se encontró que 31,6% de pacientes con DE leve sufrieron cambios mejorando la DE y 95,2% de pacientes con DE moderada sufrieron cambio virando a DE leve y no DE. • Encontraron que el IIFE resulto ser una instrumento confiable con una alta validez de contenido. Es válido y confiable para su uso al nivel local, en el campo clínico y de investigación.
13	Prevalencia y posible etiología de la disfunción eréctil en pacientes VIH positivos del Hospital Universitario San Ignacio.	2012 • Profesionales en el área de Medicina. • Profesores en la unidad de Urología de Colombia. • Revista de Urología Colombiana. • Su objetivo es determinar la prevalencia de disfunción eréctil en la población de VIH/SIDA y las posibles etiologías relacionadas con esta enfermedad. • Biotesiometria: examen de tamizaje para enfermedad neurológica, que permite medir el umbral de percepción de los estímulos vibratorios en frecuencias e intensidades progresivas. • Mediante la investigación encontraron que existe prevalencia de disfunción eréctil en pacientes con VIH/SIDA es mayor que la de la población general. Se percibe un compromiso neurológico importante gracias a la

			prueba de tamizaje (biotesiometría), aunque esta modalidad de examen no permite definir la naturaleza ni la localización de la lesión.
14	Tratamiento cognitivo-conductual de un caso de trastorno de la erección adquirido	2012	• Autores: Yolanda Navarro: Dra. En Psicología, y José Climent: Profesor del Departamento de Psicología Clínica. • Revista Iberoamericana De Psicopatología Clínica. • Se presenta el proceso de evaluación e intervención terapéutica realizado a un paciente de 34 años diagnosticado de Trastorno de la Erección Adquirido. • Al finalizar la intervención se observa una disminución de la ansiedad-estado y de la ansiedad en los tres sistemas de respuesta, consiguiendo el mantenimiento de la erección en las relaciones sexuales con penetración. Se presentan los datos pre y postratamiento y el análisis y discusión de la eficacia de la intervención
15	Función sexual en pacientes deprimidos: relación entre síntomas depresivos y disfunción sexual.	2013	• Autor: Marina, Pedro; García-Portilla, María Paz; Jiménez, Luis; Palicio, Leandro; Trabajo, Pedro; Bobes, Julio • Revista de Neuropsiquiatría. • Objetivo: conocer la prevalencia de disfunción sexual en una muestra de pacientes que consultan por depresión mayor. • Conclusión: La prevalencia de disfunción sexual en pacientes deprimidos es muy alta; por lo tanto, su exploración debe ser parte obligada en la evaluación de estos pacientes. Además, se observa que cuando los síntomas depresivos mejoran hay una reducción de los problemas de función sexual.
16	Paciente con Hipogonadismo de Origen Tardío y Disfunción Sexual	2013	• Autores: Álvarez-Maestro, Mario; Sánchez Gómez, Francisco Javier; San José Manso, Luis; Ríos González, Emilio; Martínez-Piñeiro, Luis. • Archivos Españoles de Urología. • Conclusión: el tratamiento de la disfunción eréctil asociada al hipogonadismo de origen tardío sigue los mismos pasos

			que en otros casos genéricos de disfunción eréctil.
17	Prevalencia de disfunción eréctil en pacientes hipertensos del Hospital Universitario del Caribe	2013	• Profesionales en el área de Medicina. • Profesores en la unidad de Urología de Colombia. • Revista de Urología Colombiana. • La media de edad de los pacientes encuestados fue 60,8 años. • Se obtuvo que los pacientes hipertensos que asisten a la consultad externa del Hospital Universitario del Caribe hay una gran prevalencia de disfunción eréctil, considerando que la hipertensión por sí mismo es el principal factor causal de la DE, seguida por la edad avanzada.
18	Prevalencia de comorbilidades y factores de riesgo asociados a disfunción eréctil en pacientes hipertensos del Hospital Universitario del Caribe de Cartagena	2013	• Profesionales en el área de Medicina. • Revista de Urología Colombiana. • La media de edad de los 100 pacientes era 60 años, con una prevalencia de disfunción eréctil del 58%. • El promedio de tiempo en tratamiento hipertensivo fue 74 meses. • El 27% de los pacientes tenían obesidad y el 9 y el 4%, diabetes mellitus y dislipemia, respectivamente. Solo 1 paciente presentó cardiopatía isquémica. • La diabetes mellitus y la edad se mostraron como las comorbilidades más asociadas a la aparición de disfunción eréctil.

19	Síntomas del tracto urinario inferior y disfunción eréctil en la consulta urológica en Argentina	2013	• Profesionales en el área de Medicina – Urología. • Revista Archivos Españoles de Urología Iniestares • Se obtuvo que en el grupo de pacientes la presencia de síntomas del tracto urinario inferior (STUI) e hiperplasia prostática benigna (HPB) constituyo un factor de riesgo independiente para padecer DE. La DE fue más prevalente en los pacientes con STUI moderados que en los severos. La prevalencia de DE en pacientes con STUI/ HPB fue elevada. • El análisis multivariado para predictores de DE demostró que la edad, diabetes y el score de IPSS se asociaron significativamente a DE.
20	Disfunción sexual en mujeres climatéricas afro descendientes del Caribe Colombiano	2014	• Autores: Monterrosa-Castro, Álvaro; Márquez-Vega, Jhonmer; Arteta-Acosta, Cindy • IATREIA Universidad de Antioquia Medellín, Colombia • Objetivo: calcular la prevalencia de disfunción sexual (DS) en mujeres climatéricas afro descendientes. • Conclusión: en mujeres afro descendientes del Caribe Colombiano, una de cada tres premenopáusicas y la mitad de las posmenopáusicas presentan DS.
21	Enfermedad periodontal y disfunción eréctil.	2015	• Autores: Correa, Emil; Kurt Espinoza, Diego Alonso; Espinoza, Daniel Alonso; Ariza, Tania; Alarcón, Marco • Revista Clínica de Periodoncia. Chile. • El objetivo de la presente revisión es dar a conocer la posible relación entre la enfermedad periodontal y la disfunción eréctil y las variables contundentes entre esta relación mediante una revisión de la literatura.
22	Tratamiento de un caso de disfunción eréctil mediante terapia de pareja y terapia sexual	2015	• Autores: Valero Aguayo, Luis; Bernet Carrero, Jonatán. • Escritos de Psicología. Universidad de Málaga España. • Los resultados de los cuestionarios muestran el éxito del tratamiento y su mantenimiento posterior, además los datos de evaluación continua demuestran también ese efecto

			progresivo del tratamiento. Al finalizar el caso ya no había disfunción eréctil y sí una satisfacción total de la pareja con sus relaciones personales y sexuales.
23	Un nuevo enfoque terapéutico para la disfunción eréctil: las ondas de choque de baja intensidad	2015	• Profesionales en el área de Medicina – Urología. • Revista colombiana - Iatreia • Con los datos de la revisión literaria concluyeron que la terapia con ondas de choque de baja intensidad en pacientes con disfunción eréctil es efectiva. Interviene en la fisiopatología subyacente de esta enfermedad, proporciona una nueva vascularización, mejora el flujo sanguíneo del pene, permite disminuir el uso de inhibidores de la PDE5 o mejora la respuesta a ellos en pacientes no respondedores, incrementa el puntaje IIEF y permite erecciones capaces de satisfacer sexualmente al paciente y a su pareja.
24	Papel de las imágenes en el diagnóstico y tratamiento intravascular de la disfunción eréctil por fuga venosa en un paciente joven.	2016	• Profesionales en el área de Medicina – Radiólogo. • Revista de Urología Colombiana. • La investigación presenta un caso único, un paciente masculino joven de 21 años de edad, con DE, con varios años de evolución de síntomas. Con una tratamiento de sildenafil 50mg, con escasa respuesta y se había descartado causas psicógenas. • Encontraron que la embolización anterógrada del plexo venoso periprostático es una alternativa segura al tratamiento quirúrgico con una buena eficacia a corto plazo.
25	Sexualidad y Disfunción Sexual en Hombres Mayores De 60 Años de Edad: Un Estudio Cualitativo.	2016	• Autores: Rivera Colón, Raúl; Santiago Centeno, Zoraida. • Revista Puertorriqueña de Psicología. San Juan, Puerto Rico. • El objetivo de la investigación fue conocer las construcciones personales, de hombres diagnosticados con una disfunción sexual, sobre la sexualidad en la etapa de la vejez. • Los resultados demuestran que en los participantes prevalece el discurso social matizado de estereotipos sobre

			la sexualidad en la vejez. Además, se evidencia una revaloración de la relación de pareja y la desinformación que se asocia a la falta de educación sexual recibida y a la poca orientación que reciben por parte de los profesionales de la salud sobre asuntos de sexualidad.
26	Fuga venosa dorsal profunda como causa de disfunción eréctil primaria y secundaria no estándar	2017	• Profesionales en el área de Medicina – Urología • Revista de Urología Colombiana. • Encontraron que el promedio de edad corregido al comienzo la disfunción fue de 26 años. El grupo de pacientes que consultaron por DEP fue de 24 (42,1%) y el de DE secundaria o no estándar de 33 (57,2%). El hallazgo más significativo en estos pacientes fue la presencia de fugas venosas dorsales que se dividieron en 3 grupos: fuga venosa dorsal profunda (FVDP) exclusiva ($41/57 = 75\%$); FVDP más fuga dorsal superficial ($11/57 = 19\%$) y FVDP más fuga periuretral ($5/57 = 8,7\%$). • El Doppler peneano con estimulación farmacológica es una herramienta adecuada en la evaluación de los pacientes con DEP o DE secundaria no estándar, para diagnósticos de síndrome de fuga venosa dorsal profunda que puede explicar el origen de la disfunción.

Tabla 8

Matriz N°2, revisión sistemática de los artículos científicos obtenidos a través de REDALYC, tomando en cuenta las categorías previamente establecidas mediante el análisis de contenido.

ENFOQUE EPISTEMOLÓGICO											
N°	Positivista	Existencialista o Fenomenología	Análisis de datos		Criterio de calidad		Condiciones de investigación		Instrumentos	Tipo de estudio	Tratamientos
			Cuantitativo	Cualitativo	Validez, fiabilidad, objetividad	Credibilidad, confirmación, transferibilidad	Controlada	Natural			
1	X	X	X	X	X	X	X	X	- Historia clínica codificada de la sexualidad, desarrollada por la Clínica de Marina Nacional del ISSSTE, con el objeto de determinar el índice de problemas sexuales de mujeres en edad fértil. - Inventario de ansiedad-estado (IDARE), diseñado	Estudio no experimental, de campo, retrospectivo y transversal y con un diseño correlacional-multivariado.	N/A

									por Spielberger y Gorsuch (1964).		
2	X		X		X				• Cuestionario de sexualidad versión para hombres, diseñado por INPERIER para detectar disfunciones sexuales. • Cuestionario General de Salud de Goldberg en versión de 30 reactivos (CGS-30), diseñado para detectar el estado psicológico.	Estudio no experimental, de campo, retrospectivo y transversal con un diseño comparativo.	N/A
3	-	-	-	-	-	-	-	-	N/A	Revisión literaria.	N/A
4	-	-	-	-	-	-	-	-	N/A	Revisión literaria	N/A
5	-	-	-	-	-	-	-	-	N/A	Revisión literaria	N/A
6	-	-	-	-	-	-	-	-	N/A	Revisión literaria	N/A
7	X		X		X				Encuesta basado en la escala internacional del Índice de función eréctil (IIEF).	Estudio descriptivo de corte transversal.	N/A
8	X		X		X				Instrumento: Índice Internacional de Función Eréctil	Estudio correlacional.	N/A

9	-	-	-	-	-	-	-	-	Modelo de Kaplan: Tareas sexuales	-	N/A
10	X		X		X			X	• Cuestionario de la Sexualidad versión para Hombres, basado en la Historia Clínica de la Sexualidad Femenina. • Inventario de Masculinidad-Feminidad IMAFE. • Inventario de Autoestima de Coopersmith, validación de Lara, Verduzco, Acevedo y Cortés	Se trata de un estudio no experimental de campo, retrospectivo y transversal	N/A
11	X		X		X			X	Se construyó un modelo para evaluar la asociación entre disfunción erétil (presencia/ausencia) con niveles de glicemia y perímetro abdominal	Estudio de casos y control.	N/A
12	X		X		X			X	Instrumento Índice Internacional de Función Erétil, siglas en inglés (IIEF), International Index of Erectile Function.	Estudio para validación psicométrica.	Tratamiento con dos dosis de Sildenafil de 50 mg.

13	X	X	X	X	• Instrumento versión abreviada del Índice Internacional de Función Erétil – SHIM (Sexual Health Inventory for Men), mediante seis preguntas permite calificar la presencia de disfunción erétil en diferentes grados de severidad. • Aplicación de estudio de Biotesiometría (Biomedical Instruments Co, calibrado en micrones de movimiento a 120 ciclos por segundos). • Medicación del tamaño testicular utilizando un orquidómetro de Prader y se clasifico en normal 818-22cc), hipotrófico (12-18	Descriptivo, observacional de corte transversal.	N/A
----	---	---	---	---	--	--	-----

					cc) y atrófico (menor a 12cc).		
14	X	X	X	X	• Evaluación: entrevista semiestructurada. • Autoregistro: cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) de Spielberger, Gorusuch y Lushene (1999). • Escala de Ajuste Marital de Locke-Wallace (1959), adaptación española de Carrobbles (1989).	Estudio de caso único.	• Charlas informativas sobre educación sexual. • Modificación de actitudes negativas, prejuicios y errores hacia el sexo: Se utilizó la Detección del Pensamiento (Labrador, Cruzado y Muñoz, 2000). • Autorregistros de los pensamientos irracionales. • Programa de habilidades sexuales específicas: (Desensibilización sistemática en vivo junto con Focalización sensorial. Relajación progresiva de Jacobson)

15	X		X		X					• Escala de Depresión de Hamilton (HDRS) • Inventario de Motivación y Energía (MEI). • La impresión Clínica Global (ICG). • Escala visual analógica de satisfacción con el funcionamiento sexual (VASSFS)	Estudio de prospectivo, observacional ,multicéntrico , abierto	N/A	
16	-	-	-	-	-	-	-	-		N/A	Revisión literaria.	N/A	
17	X		X		X					Instrumento Internacional de Función Erétil - 5 (IIEF-5).	Índice de - 5	Estudio de prospectivo, observacional analítico de corte transversal.	N/A
18	X		X		X					Instrumento Internacional de Función Erétil - 5 (IIEF-5).	Índice de - 5	Estudio de prospectivo, observacional analítico de corte transversal.	Tratamiento hipertensivo fue 74 meses.

19	X	X	X	X					• Instrumento Índice Internacional de Función Eréctil - 5 (IIEF-5). • International Prostate Symptoms Score (IPSS), para evaluar síntomas del tracto urinario inferior.	Estudio observacional descriptivo analítico multicéntrico.	N/A
20	X	X	X	X					Female Sexual Function Index, FSF.	Estudio transversal.	N/A
21	-	-	-	-	-	-	-	-	N/A	Revisión literaria	N/A
22	X	X	X	X					• Inventario Breve de Satisfacción Sexual (BSFI) (O'Leary et al., 1995). • Cuestionario de Funcionamiento Sexual del Hospital General de Massachusetts (MGH), (Labbate y	Estudio de caso único.	1. Sexual. -Psicoeducación sexual. -Egoísmo sexual. -Focalización sensorial. 2. Terapia sistemática de pareja. -Externalización del problema. -Trabajo con la pregunta escala. -Excepciones y

										Lare, 2001).		mejorías.
										• Índice Internacional de la Función Eréctil (IIEF) (Rosen et al., 1997)		-Trabajo con las interacciones disfuncionales. -Modificación de secuencia del problema.
23	-	-	-	-	-	-	-	-	-	N/A	Revisión literaria	N/A
24	-	-	-	-	-	-	-	-	-	Historia clínica del Centro de Diagnóstico Ultrasonográfico CEDIUL S.A.	Estudio observacional descriptivo analítico. Caso clínico	• Ecografía Doppler en el pene, 15 min posterior a la inyección de Alprostadil 20mg. • Cirugía (embolización percutánea selectiva de venas periprostática).
25	-	-	-	-	-	-	-	-	-	• Historia médica y sexual. • Examen físico genital. • Exámenes hormonales en sangre. • Escala Sexual Health Inventory for	Estudio observacional descriptivo analítico	• Un equipo de ultrasonido GE Volouson E8, equipado con un transductor lineal de amplia frecuencia entre 5 a 12 MHz fue

					men (SHIM) con un puntaje menor a 21 puntos.		utilizado para la exploración.
					• Escala Erection Hardness Score (EHS), si habían respondido negativamente a la pregunta sobre calidad de la erección en las últimas 4 semanas.		• Una inyección intracavernosa de Trimix con 10mg prostaglandina 30 mg, papaverina 1mg de fentolamina fue administrada intracavernosa y las mediciones comenzaron desde los 5 min postinyección hasta los 30 a 50 min postinyección.
26	X	X	X	X	N/A	Revisión literaria y estudio de casos.	N/A

Por otra parte, se observa en la tabla 9 las categorías de los enfoques epistemológicos más utilizados en los artículos científicos, mostrando un gran predominio en el enfoque Positivista, en contraposición con el enfoque Fenomenológico o Existencialista, donde no se reveló ninguna investigación con este parámetro.

Tabla 9

Enfoques epistemológicos más empleados en las investigaciones de Disfunción Sexual, publicado por REDALYC.

Investigaciones de Disfunción Sexual	
Enfoques Epistemológicos	Total
Positivista	17
Fenomenológico o Existencialista	0
No aplica	9
Total	26

En la siguiente tabla 10 se muestran los instrumentos psicológicos y médicos hallados en los artículos científicos de Disfunción Sexual.

Tabla 10

Instrumentos psicológicos y médicos empleados en las investigaciones de Disfunción Sexual, publicado por REDALYC.

Instrumentos Psicológicos	Instrumentos Médicos
• Inventario de ansiedad-estado (IDARE), diseñado por Spielberger y Gorsuch (1964). • Cuestionario General de Salud de Goldberg en versión de 30 reactivos (CGS-30), diseñado para detectar el estado psicológico. • Modelo de Kaplan: Tareas sexuales. • Inventario de Masculinidad-	• Historia clínica codificada de la sexualidad, desarrollada por la Clínica de Marina Nacional del ISSSTE. • Cuestionario de sexualidad versión para hombres, diseñado por INPERIER para detectar disfunciones sexuales. • Encuesta basada en la escala internacional del Índice de función

Feminidad IMAFE.	eréctil (IIEF).
• Inventario de Autoestima de Coopersmith, validación de Lara, Verduzco, Acevedo y Cortés. • Autoregistro: cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) de Spielberger, Gorusuch y Lushene (1999). • Escala de Ajuste Marital de Locke-Wallace (1959), adaptación española de Carrobbles (1989). • Escala de Depresión de Hamilton (HDRS). • Inventario de Motivación y Energía (MEI). • Inventario Breve de Satisfacción Sexual (BSFI) (O'Leary et al., 1995). • Escala Sexual Health inventory for men (SHIM) con un puntaje menor a 21 puntos. • Escala Erection Hardness Score (EHS).	• Cuestionario de la Sexualidad versión para Hombres, basado en la Historia Clínica de la Sexualidad Femenina. • Modelo para evaluar la asociación entre disfunción eréctil (presencia/ausencia) con niveles de glicemia y perímetro abdominal. • Instrumento Índice Internacional de Función Eréctil, siglas en inglés (IIEF), International Index of Erectile Function. • Instrumento versión abreviada del Índice Internacional de Función Eréctil – SHIM (Sexual Health Inventory for Men). • Escala visual analógica de satisfacción con el funcionamiento sexual (VASSFS). • Instrumento Índice Internacional de Función Eréctil - 5 (IIEF-5). • International Prostate Symptoms Score (IPSS), para evaluar síntomas del tracto urinario inferior. • Female Sexual Function Index, FSF. • Cuestionario de Funcionamiento

Sexual del Hospital General de Massachusetts (MGH), (Labbate y Lare, 2001).

De acuerdo con la recopilación de información científica, se encontró que solo dos investigaciones emplearon tratamientos psicológicos. Se evidencia en la tabla 11 que los estudios: *Tratamiento cognitivo-conductual de un caso de trastorno de la erección adquirido*, y *Tratamiento de un caso de disfunción eréctil mediante terapia de pareja y terapia sexual*, utilizaron psicoeducación sexual, un programa de habilidades sexuales específicas y terapia sistemática de pareja.

Tabla 11

Tratamientos psicológicos encontrados en las investigaciones de Disfunción Sexual, publicado por REDALYC.

Título de la investigación	Tratamientos
Tratamiento cognitivo-conductual de un caso de trastorno de la erección adquirido.	• Charlas informativas sobre educación sexual. • Modificación de actitudes negativas, prejuicios y errores hacia el sexo: Se utilizó la Detección del Pensamiento (Labrador, Cruzado y Muñoz, 2000). Autorregistros de los pensamientos irracionales. • Programa de habilidades sexuales específicas: (Desensibilación sistemática en vivo junto con Focalización sensorial. Relajación progresiva de Jacobson
Tratamiento de un caso de disfunción eréctil mediante terapia de pareja y terapia sexual.	• Sexual: - Psicoeducación sexual. - Egoísmo sexual. - Focalización sensorial. • Terapia sistemática de pareja:

- Externalización del problema.
 - Trabajo con la pregunta escala.
 - Excepciones y mejoras.
 - Trabajo con las interacciones disfuncionales.
 - Modificación de secuencia del problema.
-

VI. Discusión y conclusión.

En la presente investigación se llevó a cabo una revisión sistemática, que permitió la recopilación y análisis de artículos científicos publicados en *Redalyc* durante los últimos diez años (período 2007-2017), para facilitar a los profesionales en psicología, la búsqueda de estudios empíricos relacionados con la disfunción sexual.

A partir de la recopilación de información científica se encontraron resultados significativos para el campo de la Psicología, debido a que se evidenció un escaso número de investigaciones que estudiaran la disfunción sexual desde el plano psicológico. Se observó que durante los últimos diez años se publicaron 26 artículos en la base de datos en línea y repositorio digital *Redalyc*, de los cuales solo cinco artículos presentaban un enfoque psicológico, donde dos de ellos reportaron tratamientos y/o técnicas psicológicas para el mejoramiento de dicho fenómeno, asimismo los 22 artículos restantes se caracterizaron por tratar las disfunciones sexuales desde un modelo médico, en este sentido cuatro de ellos aplicaron tratamientos médicos y farmacológicos.

De tal manera, la mayoría de los representantes de estas investigaciones eran profesionales y expertos en el área de la Medicina. Esto reflejó en los artículos una estructura propia del área, teniendo un gran interés en explicar y descubrir aspectos patológicos y de la disfuncionalidad orgánica, así como también hallar las posibles relaciones de la disfunción sexual con otras enfermedades. Además, estos expertos se centraron en aplicar solo tratamientos farmacológicos, sin vincular o relacionar tratamientos y/o técnicas psicológicas, logrando así desligar por completo la conexión entre mente y cuerpo, y posiblemente dificultando una funcionalidad sexual favorable en el individuo.

En relación a lo mencionado, se pudo observar la separación existente entre la práctica profesional y la investigación psicológica. Es por ello, que la *PBE* se convirtió en una herramienta metodológica útil para lograr unir las pruebas con la práctica psicológica.

Asimismo, queda en evidencia la importancia del trabajo terapéutico para el óptimo funcionamiento sexual en los individuos, debido a que permite al psicólogo

explorar, analizar y administrar métodos que contribuyan a un buen desempeño en la vida sexual de la persona.

Por otro lado, en la recolección de información para las categorías de los enfoques epistemológicos, se observaron que 17 artículos científicos correspondían al enfoque Positivista, nueve artículos no se identificaron con los enfoques y ninguna de las investigaciones pertenecieron al enfoque Existencialista, en otras palabras, los estudios no se identificaron con los parámetros de dicho enfoque.

En comparación con el enfoque Positivista, los resultados encontrados indicaron el predominio en las investigaciones con este enfoque, esto pudiera deberse a la existencia de un método experimental en el mismo, que permitió un abordaje objetivo, y por lo tanto más preciso al fenómeno de estudio, en este caso la disfunción sexual.

Otro aspecto relevante en los resultados recabados, fue la prevalencia del Trastorno Eréctil y de Eyaculación Precoz, sobre los otros tipos de trastornos sexuales lo que sugiere que son las disfunciones más padecidas por la población masculina, al menos en América Latina, España y Portugal.

Los resultados permitieron generar un fácil acceso a las investigaciones realizadas en los últimos diez años (periodo 2007-2017) sobre disfunciones sexuales encontradas en *Redalyc*, logrando alcanzar el objetivo planteado en la investigación, no obstante, se pudo observar el escaso número de estudios realizados por profesionales en el área de la salud psicológica acerca de las disfunciones sexuales y sus posibles tratamientos terapéuticos.

Durante la investigación se encontró la *PBE* como un método que refiere a aquellos tratamientos psicológicos que han demostrado científicamente su eficacia. En este sentido, contribuyó a la práctica profesional de la psicología, al lograr una mayor disponibilidad de tratamientos y técnicas psicológicas para la disfunción sexual, lo cual implicó un avance científico en el área.

Cabe destacar que este método no buscó encontrar psicoterapias generalizables por más antiguas o novedosas que fuesen para todos los casos encontrados en la práctica profesional, por el contrario se basó en encontrar aquellas más apropiadas para cada tipo

de disfunción. De modo que se caracterizó por gestionar y acreditar las propuestas de intervenciones psicológicas de aquellos estudios empíricos.

No obstante, la práctica basada en la evidencia ha usado las *RS* como técnica para obtener las mejores evidencias de la efectividad clínica. Por lo tanto, se encontró a la *RS* como una herramienta útil para resumir los hallazgos, técnicas y tratamientos psicológicos de los estudios encontrados, debido a que proporcionó un alto nivel de evidencia sobre la eficacia de las intervenciones en temas de salud.

Finalmente, es necesario mencionar la ausencia de tratamientos novedosos para el manejo de las disfunciones sexuales, es probable que la carencia en esta área se deba a la falta de producción de investigaciones propias de dicho fenómeno. Vale acotar, que la sexualidad debe estudiarse sin tabúes, ya que al igual que otros fenómenos psicológicos es una dimensión propia de los seres humanos, la cual puede desarrollar problemas que deben ser atendidos adecuadamente, incluyendo tratamientos psicológicos ajustados al mismo.

VII. Limitaciones y Recomendaciones

A lo largo de esta investigación se ha mostrado cómo la técnica *RS* en la *PBE* proporciona una metodología científica, efectiva, consecuente y cuantitativa para el desarrollo de las revisiones de la investigación, evidenciándose ser necesaria para la acumulación de conocimientos y tratamientos psicológicos a los profesionales. Sin embargo, se recomienda para futuros trabajos continuar con todas las fases metodológicas de la *PBE*, para aportar a los profesionales de la Psicología novedosos conocimientos y tratamientos psicológicos en el área de la disfunción sexual.

Es por ello, que se propone continuar con la siguiente fase, llamada meta-análisis, que consiste en realizar un análisis estadístico de la recopilación de los resultados en las investigaciones, con el propósito de integrar sus hallazgos, ya que aporta información útil para facilitar la comprensión acerca del efecto de un tratamiento o intervención en los individuos.

Por otro lado, se recomienda hacer una *RS* a otras bases de datos en línea de investigaciones científicas en acceso abierto, para así ampliar y optar por más artículos fidedignos. Igualmente, se sugiere a futuros investigadores iniciar otra búsqueda de estudios científicos en el área de la disfunción sexual, solo tomando en cuenta el sexo femenino, debido a que se evidenció en gran medida investigaciones elaboradas con la población masculina, causando interés por conocer los aspectos psicológicos de la disfuncionalidad sexual en las mujeres.

En cuanto a las limitaciones, es necesario mencionar que la *RS* desde el punto de vista del diseño, son estudios retrospectivos por lo cual están sujetas a sesgos en las diversas etapas del proceso, como en la búsqueda, selección, análisis y síntesis de las informaciones científicas. A pesar que en esta investigación se tomó en cuenta todas las precauciones necesarias para evitar cualquier sesgo, no se puede comprobar que no existió en las fases de esta investigación, ya que no se pudo garantizar la validez de las categorías para la recopilación de la información obtenida en los artículos.

Por último, se observó que la realización de *RS* está restringida por la cantidad y calidad de los estudios previamente realizados. Además, este proceso es largo y

engorroso cuando se realiza todas las fases requeridas de la *PBE*, por lo tanto se requiere suficiente tiempo y dedicación para el cumplimiento adecuado de la metodología.

Referencias

- Acuña, A. (2008) Disfunción sexual y envejecimiento. *Revista Urología Colombiana*, 17(1), 71-81. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=149120483012>
- Acuña, A., Ceballos, P., López, H. y Suárez, P. (2011). Síndrome metabólico y disfunción eréctil en la población colombiana. *Revista Urología Colombiana*, 20(3), 55-60. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=149122333008>
- Alcántara, E. y Amuchástegui, A. (2009). Terapia sexual y normalización: significados del malestar sexual en mujeres y hombres diagnosticados con disfunción sexual. *Revista de Saúde Coletiva*, 19(3), 591-615. Recuperado de <http://www.redalyc.org/revista.oa?id=4008>
- Álvarez, M., Sánchez, F., San José, L. Ríos, E. y Martínez, Luis. Paciente con hipogonadismo de origen tardío y disfunción sexual. *Archivos Españoles de Urología*, 66(7), septiembre, 2013, 745-751. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=181031085017>
- Appoloni, A. y Alves, A. (2016). Campos de Carvalho, Emilia Intervenciones de enfermería en pacientes con disfunción eréctil después de prostatectomía radical: una revisión integral. *Enfermería Global*, 15(2), abril, 424-439. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=365844756015>
- Arias, C., Cuello, O., Mendoza, C., Montes, S. y Yepes, I. (2014). Prevalencia de comorbilidades y factores de riesgo asociados a disfunción eréctil en pacientes hipertensos del Hospital Universitario del Caribe de Cartagena en 2013. *Revista Urología Colombiana*, 23(2), 109-113. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=149131631005>
- Arias, F. (2006). *El proyecto de investigación. Introducción a la metodología científica*. Venezuela: Episteme.
- Bardin, L. (1986). *Análisis de contenido*. Madrid, España: AKAL.

- Bechara, A., Romano, S., Casabé, A. y De Bonis, W. síntomas del tracto urinario inferior y disfunción eréctil en la consulta urológica en argentina. *Archivos Españoles de Urología*, 66(10), 917-924. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=181045775003>
- Cajigas, J., Suárez, G. y Aristizábal, A. (2008). Complicaciones relacionadas con los procedimientos realizados con intención curativa en cáncer de próstata. Incontinencia urinaria y disfunción eréctil. *Revista Urología Colombiana*, 17(1), 83-90. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=149120483013>
- Chaves, A., Silva, J., Estupiñán, N., Castro, M., Cataño, J., Hernández, C. y Pérez, J. (2012). Prevalencia y posible etiología de la disfunción eréctil en pacientes VIH positivos del Hospital Universitario San Ignacio. *Revista Urología Colombiana*, 21(1), 32-39. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=149124284003>
- Clavería, R., Rodríguez, K. y Peña, M. (2015). Enfermedad periodontal y disfunción eréctil: ¿existe asociación directa? *MEDISAN*, 19(11), 4096-5004. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/3684/368445184014.pdf>.
- Caudillo, C. y Cerna, M. (2007). *Sexualidad y vida humana*. Universidad Iberoamericana. Mexico.
- Díaz, C., Arias, C., Barrios, J. y Ballestas, C. (2013). Prevalencia de disfunción eréctil en pacientes hipertensos del Hospital Universitario del Caribe. *Revista Urología Colombiana*, 22(1), 41-46. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=149127483005>
- Dubovsky, S. (1991). *When sexual dysfunction masks anxiety and depression*. Medical Aspects of Human Sexuality.
- Frías, M. y Llobell, J. (2003). Psicología clínica basada en pruebas: Efecto del tratamiento [Versión electrónica], *Papeles del Psicólogo*. 24(85), 11-18.
- Gorbea, S. (2005). *Modelo teórico para el estudio métrico de la información documental*. España: TREA.
- García, H. y Ocampo, G. (2015). Un nuevo enfoque terapéutico para la disfunción eréctil: las ondas de choque de baja intensidad. *Iatreia*, 28(3), 283-291. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180539917006>

- Hernández, S., Fernández, C. y Baptista, L. (2006). *Metodología de la investigación*. México: Mc Graw Hill.
- Kaplan, H. (1974). *The new sex therapy. Active treatment of sexual dysfunctions*. Nueva York: Brunner-Mazel.
- Kaplan, H. (1979). *Disorders or Sexual Desire*. Nueva York: Brunner-Mazel
- Kerlinger, F. y Lee, H. (2006). *Investigación del comportamiento. Métodos de investigación en Ciencias Sociales*. (4ª ed). México: Mc Graw Hill.
- Kort, F. (2006). *Psicoterapia Conductual y Cognitiva*. Editorial CEC.
- Lara, F. y Sánchez, D. (1986). *Diagnóstico de las disfunciones sexuales. Sexoterapia integral*. México: Manual Moderno.
- LoPiccolo, J. (1989). *Disfunciones sexuales: avances en el diagnóstico y tratamiento. Taller para la División de Oregón de la Asociación Americana para el Matrimonio y la Terapia Familiar*. Portlan, Oregón.
- Marina, P., García, M., Jiménez, L., Palicio, L., Trabajo, P. y Bobes, J. (2013). Función sexual en pacientes deprimidos: relación entre síntomas depresivos y disfunción sexual. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 76(3), 161-172. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=372036945006>
- Maslow, A. (1991). *Motivación y personalidad*. Ediciones Díaz de Santos.
- Masters, W., y Johnson, V. (1966). *Human Sexual Response*. Little, Brown and Company. Boston.
- Masters, W., Johnson, V. y Kolodny, R. (1979). *Concepts of Sex therapy, in Textbook of Sexual Medicine*. Little, Brown and Company. Boston.
- Masters, W., Johnson, V., y Kolodny, R. (1995). *La sexualidad humana 3*. Grijalbo.
- Monterrosa, A., Márquez, J. y Arteta, C. (2014). Disfunción sexual en mujeres climatéricas afrodescendientes del Caribe Colombiano. *Iatreia*, 27(1), 31-41. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180529791004>
- Mora, L. y Moncada, J. (2009). Asociación entre variables antropométricas y síntomas de disfunción eréctil en ciclistas. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y del Deporte*. 9(33), 39-50. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=54222999004>

- Navarro, Y. y Climent, J. (2012). Tratamiento cognitivo-conductual de un caso de trastorno de la erección adquirido. *Revista Iberoamericana de Psicología*, 15(2), 72-79. Recuperado de <http://dialnet-APropositoDeUnCaso-4394154>
- Rivera, Raúl. y Santiago, Z. (2016). Sexualidad y disfunción sexual en hombres mayores de 60 años de edad: un estudio cualitativo. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 27(1), 116-132. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=233245623008>
- Robayo, J., García, H. y Carbonell, Jorge. (2009). Prevalencia de disfunción eréctil y factores asociados en un hospital de tercer nivel. *Revista Urología Colombiana*, 18(1), 39-46. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=149120397007>
- Romero, C. (2008). Disfunción eréctil y enfermedad cardiovascular. *Revista Uruguay de Cardiología*, 23(1), 65-70. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=479749400006>
- Sackett, D., Rosenberg, W., Gray, J. y Richardson, W. (1996). *Evidence based medicine. What it is and what it isn't*. British Medical Journal, 312, 71-72.
- Sánchez, C., Carreño, J., Espíndola, José. y Anzures, Andrea. (2007). Las Distintas Disfunciones Sexuales Femeninas y la Relación con Ansiedad Rasgo-Estado. *Psicología Iberoamericana*, 15(1), 52-59. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=133915928007>
- Sánchez, C., Corres, N., Carreño, J. y Henales, C. (2010). Perfiles de los indicadores relacionados con las disfunciones sexuales masculinas: trastorno de la erección, trastorno del orgasmo y eyaculación precoz. *Salud Mental*, 33(3), 237-242. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58216021004>
- Sánchez, C., Morales, F., Carreño, J. y Cuenca, José. (2007). Disfunciones Sexuales Masculinas: su Asociación con el Malestar Psicológico y los Problemas Conyugales en una Población de la Ciudad de México. *Psicología Iberoamericana*, 15(1), junio, 60-67. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=133915928008>

- Spath, A., Meléndez, F. y Fandiño, J. (2016). Papel de las imágenes en el diagnóstico y tratamiento intravascular de la disfunción eréctil por fuga venosa en un paciente joven. *Revista Urología Colombiana*, 25(1), 31-36. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=149144780006>
- Sarason, I. y Sarason, B. (2006). *Psicopatología: psicología anormal: el problema de la conducta inadaptada*. Pearson Educación
- Sierra, J. (1991). *Manual de psicología aplicada*. Siglo Veintiuno de España Editores.
- Valero, L. y Berneto, J. (2015). Tratamiento de un caso de disfunción eréctil mediante terapia de pareja y terapia sexual. *Escritos de Psicología*, 8(3), 48-57. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=271043400007>
- Valles, C., Fernández, J., Escaf, S. y Fernández, F. (2008). Etiología neurógena en pacientes con disfunción eréctil. *Archivos Españoles de Urología*, 61(3), 403-411. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=181013943007>
- Vera, P. (2004). Estrategias de intervención en psicología clínica: Las intervenciones apoyadas en la evidencia. *Liberati*, (10), 4-10.
- Vianchá Pinzón, M., Bahamón Muñetón, M., Tobos, A., Alarcón, L., Uribe, J. (2012). Sexualidad en jóvenes: Un análisis desde el modelo ecológico. *Tesis Psicológica*, 7(2) 75-89. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=139026418007>
- Zegarra, L., Loza, C. y Pérez, V. (2011). Validación psicométrica del instrumento índice internacional de función eréctil en pacientes con disfunción eréctil en Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 28(3), 477-483. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36321259011>

Anexos

- **GLOSARIO:**

Anorgasmia: consiste en la imposibilidad que tiene la mujer para llegar al orgasmo

Aversión sexual: temor extremo o irracional a la actividad sexual

Desensibilización sistemática: técnica de terapia conductual en la que se parea una exposición lenta y sistemática a situaciones que inducen ansiedad con entrenamiento de relajación.

Deseo sexual inhibido: falta de interés por la actividad sexual, ligada generalmente a una carencia o disminución de pensamientos y fantasías sexuales.

Desensibilización en vivo: técnica en la cual se inhibe la ansiedad recíprocamente con la respuesta sexual.

Detención del pensamiento: es una técnica de autocontrol efectiva para evitar los pensamientos rumiativos.

Disfunción sexual: problemas que ocurren en el ciclo de respuesta sexual humana.

Eyacuación precoz: esta se caracteriza por la imposibilidad que tiene el hombre para controlar voluntariamente la eyacuación una vez alcanzado un determinado nivel de excitación.

Fase de excitación: primera fase del ciclo de respuesta sexual en la cual se da la saturación de la sangre de los órganos sexuales, el aumento de la tensión muscular, el ritmo cardíaco y presión sanguínea.

Fase de meseta: segunda fase del ciclo de respuesta sexual, en cual aumenta la tensión muscular, el ritmo cardíaco, presión sanguínea y la vasocongestión.

Fase de orgasmo: en esta fase se producen una serie de contracciones musculares de los músculos de la base de la pelvis que tienen lugar en el punto máximo de excitación sexual.

Fase de resolución: cuarta fase del ciclo de respuesta sexual, en la cual los síntomas sexuales vuelven a su estado de no excitación.

Focalización sensorial: técnica creada por Master y Johnson para tratar las disfunciones sexuales

Función sexual: La Función sexual se refiere a la actividad relacionada con los órganos, glándulas y hormonas sexuales

Periodo refractario: lapso que sigue al orgasmo en los hombres durante el cual no experimenta otro orgasmo.

Psicología Basada en la Evidencia: promueve la recogida, interpretación e integración de evidencia válida e significativa derivada de las investigaciones

Respuesta sexual: se refiere a todos los cambios corporales que ocurren durante la actividad sexual

Revisión Sistemática: entendida como una técnica de análisis documental.

Modelo de Evaluación Conductual: modelo de evaluación donde se considera la conducta problema, y su relación con los estímulos desencadenantes y las consecuencias reforzantes que llevan a mantenerla.

Técnica del apretón: técnica para reacondicionar el reflejo eyaculatorio

Técnica del apretón basilar: variante de la técnica del apretón

Terapia psicosexual: tratamiento idea para ayudar a las personas a hacer conciencia de los pensamientos y emociones inconscientes que contribuyen a sus problemas sexuales.

Trastorno eréctil masculino: representa una dificultad en la fase de excitación, se trata de un bloqueo en el reflujo de erección que imposibilita la penetración.

Trastorno de excitación sexual femenino: la imposibilidad persistente de obtener o mantener la respuesta de lubricación.

Sexo: la masculinidad o la feminidad biológica