

Terapia psicológica
Sociedad Chilena de Psicología Clínica
sochpscl@entelchile.net
ISSN (Versión impresa): 0716-6184
CHILE

2006

Caterina Manzo / Ángela Carvajal / Carmen Paz Olea
IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE TERAPIA SEXUAL EN UN GRUPO DE
MUJERES CON UN CUADRO DEPRESIVO LEVE Y MODERADO Y
SINTOMATOLOGÍA ANSIOSA EN COMORBILIDAD A UNA DISFUNCIÓN SEXUAL
Terapia psicológica, diciembre, año/vol. 24, número 002
Sociedad Chilena de Psicología Clínica
Santiago, Chile
pp. 161-168

Implementación de un Programa de Terapia Sexual en un Grupo de Mujeres con un Cuadro Depresivo Leve y Moderado y Sintomatología Ansiosa en Comorbilidad a una Disfunción Sexual

Implementation of a Sexual Therapy Program in a Group of Women with Mild or Moderate Depression and Anxiety Symptoms in Comorbidity with a Sexual Dysfunction

Caterina Manzo¹

Ángela Carvajal

Carmen Paz Olea

Universidad Santo Tomás, Chile

(Rec: 26 junio 2006 - Acep: 22 noviembre 2006)

Resumen

Esta investigación tuvo por objetivo evaluar el efecto de la implementación del programa empíricamente validado de terapia sexual de Joseph y Leslie LoPiccolo a un grupo de mujeres, de entre 18 y 52 años, diagnosticadas con un cuadro depresivo leve o moderado y sintomatología ansiosa en comorbilidad a una disfunción sexual, usuarias de un consultorio de la comuna de la Florida.

Para este fin se realizó un tipo de diseño preprueba y postprueba y seguimiento en el grupo experimental y de control a través de la comparación de medias de las variables depresión, ansiedad y disfunción sexual evaluadas por medio de los test Beck, STAI y ASEX respectivamente.

Se desprende que el programa de terapia sexual sigue siendo eficaz y eficiente en el abordaje de la disfunción orgásmica femenina. Se concluye que la implementación de un programa enfocado en la sexualidad femenina puede resultar una alternativa eficaz a los modelos tradicionales de psicoterapia centrados directamente en el alivio sintomático de la depresión.

Palabras claves: Programa empíricamente validado de terapia sexual, mujeres, depresión, ansiedad y disfunción sexual

Abstract

The goal of this research was to assess the effect of the implementation of an empirically validated sexual therapy program developed by Joseph y Leslie LoPiccolo. The program was applied to a group of women, aged between 18 y 52 years, diagnosed with a mild or moderate depression with anxiety symptoms in comorbidity with sexual dysfunction, consulting in the district of La Florida in Santiago. Pretest, post-test and follow up procedures were designed for the experimental and the control groups comparing the averages in depression, anxiety and sexual dysfunction assessed through the Beck scale, the STAI and ASEX.

The sexual therapy program was efficient in dealing with female orgasmic disorder and its implementation can result an effective alternative to traditional psychotherapeutic models that focus directly on the relief of depressive symptoms.

Key Words: Empirically validated sexual therapy program, women, depression, anxiety and sexual dysfunction

¹ Correspondencia: Caterina Manzo, Escuela Psicología, Universidad Santo Tomás, Ejército 146, Santiago, Chile. E-mail: camanzo@csto.cl; catymg.caterina@gmail.com

Introducción

Actualmente existe una alta frecuencia en consultas sobre cuadros depresivos. La tendencia mundial sostiene que la depresión es la queja más común entre las personas que buscan atención en salud mental y que es la enfermedad más frecuente de las distintas sociedades, independientemente de su nivel de desarrollo (Pulgar & Silva, 2002). En este sentido, se estima que alrededor del 5.8% de los hombres y el 9.5% de las mujeres experimentará en algún momento un episodio depresivo, llegando a 121 millones de personas en el mundo (OMS, 2001).

En Chile, un 29,5% de los consultantes por trastornos mentales en centros de atención primaria presentan un cuadro depresivo (Alvarado, Numhauser & Neves, 2004), observándose diferencias de género con una prevalencia anual creciente entre las mujeres, ascendiendo ésta a un (31%), mientras que en los hombres alcanza un 16% (Encuesta Nacional de Salud, 2003; Mineduc, 2003). Minoretta & López (1999, en Manzo & Yulis, 2004) establecen asimismo un alto y alarmante porcentaje de trastornos depresivos, especialmente en mujeres entre 40 y 59 años, con escolaridad incompleta y dueñas de casa.

De acuerdo al modelo cognitivo de la depresión de Beck, Rush, Shaw & Emery (1983), el individuo depresivo tiende a percibirse a sí mismo, sus experiencias y su futuro en un sentido negativo. Esta tríada cognitiva parte de la base de considerar que los efectos y la conducta de una persona están determinados en gran medida por el modo que tiene dicho individuo de estructurar el mundo. De esta forma, un sujeto depresivo mal interpreta sistemáticamente sus experiencias de acuerdo con los contenidos de su pensamiento, desarrollando errores sistemáticos en el procesamiento de la información y esquemas que explican y mantienen la sintomatología depresiva.

Los síntomas de la depresión provocan malestar clínicamente significativo en la mayoría de las áreas en las que se desempeña la persona. Esto se traduce, en algunas personas, en una significativa reducción de los niveles de deseo y problemas en la actividad sexual, lo que podría llevar a algún tipo de disfunción (APA, 2002).

A pesar que la tristeza es la perturbación central del estado anímico depresivo, muchas personas con este cuadro presentan a la vez características de los cuadros ansiosos (Mendels, 1989). Se ha planteado entonces que la sintomatología depresiva aumenta la probabilidad de desarrollar cuadros ansiosos (Heerlein, 2000).

En cuanto a la ansiedad, ésta es definida como un estado emocional breve caracterizado por sentimientos de temor y fuerte activación del sistema nervioso autónomo (Florenzano, Carvajal, & Weil, 1999).

Spielberger & Díaz-Guerrero (1975) plantean un modelo de ansiedad señalándola en función de las condiciones situacionales, características personales y la interacción

entre persona-situación. Spielberger (1975) establece que la ansiedad se caracteriza por la diferencia entre una ansiedad de tipo situacional (estado) y una más generalizada (rasgo), como esquema conceptual para enfocar la teoría e investigación con el fin de identificar relaciones entre estresantes externos e internos, evaluar aspectos cognitivos, ansiedad estado – rasgo y defensas psicológicas, basándose en los diferentes aportes provenientes de corrientes psicoanalíticas, fenomenológicas y cognitivo-conductuales, pudiendo conceptualizar la ansiedad como un proceso psicobiológico.

Por lo tanto, para este autor cuando un sujeto se encuentra frente a un estímulo externo que le provoca estrés, la conducta a un nivel verbal y no verbal, se verá mediada por el procesamiento de información (evaluación cognitiva), lo que influirá en los niveles de activación del sistema nervioso autónomo.

Aunque con respecto a la ansiedad existe evidencia contradictoria, algunos autores consideran que podría provocar malestar clínicamente significativo en la reducción de deseo y problemas en la actividad sexual (Heerlein, 2000).

Las disfunciones sexuales, de origen multicausal, se basan en la mayoría de los casos en estados emocionales depresivos y ansiosos que conllevan a una disminución de la libido (Heerlein, 2000). Es así que depresión y ansiedad se conforman como factores psicológicos influyentes en la etiología de las disfunciones sexuales.

Sexualidad, disfunciones sexuales, depresión y ansiedad

La conducta sexual es variada y multifactorial, ya que interactúan tanto nuestras relaciones con otros como las circunstancias de vida de cada uno. Esta conducta, ligada a factores de personalidad, se relaciona además con la formación biológica y el sentido de uno mismo, lo que quiere decir que la percepción de ser hombre o mujer se refleja en las experiencias con el sexo vividas durante el desarrollo del ciclo vital (Heerlein, 2000).

Específicamente la sexualidad femenina se ha visto como una respuesta sensorial y táctil, mediata e indirecta que requiere de una previa estimulación erótica, que implicaría actitudes, lenguaje y caricias corporales adecuadas (Ruiz, 1994).

Sin embargo, para la mayoría de las mujeres, la percepción de sus sensaciones genitales ocupan un papel secundario en la experiencia de excitación; por lo que generalmente tienden a focalizarse más en aspectos situacionales relacionados con su actividad sexual y desarrollan cogniciones distractoras (Carrasco, 2001).

Algunos autores, desde una mirada cognitiva, proponen que las mujeres que poseen un esquema mental de carácter negativo ante sí mismas, la vida y su propia sexualidad, conforman esquemas sexuales basados en

una baja excitabilidad en sus experiencias sexuales, con una menor disposición a vivir experiencias románticas y de tipo sexual, llevando estos afectos negativos a inhibir o disminuir la excitación sexual siendo características emociones como: ansiedad, culpa y autocrítica sexual y la baja de su sexualidad en general (Andersen & Cyranowski, 1995). En este sentido, se ha visto además que la pérdida de la libido es frecuente en las personas que cursan un cuadro depresivo, lo que abarcaría desde una disminución del interés espontáneo hacia la actividad sexual, hasta una marcada obsesión de rechazo o aversión hacia el sexo (Mendels, 1989).

Con respecto a la ansiedad, Wolpe (en LoPiccolo & Lo Piccolo, 1978) plantea que es una respuesta de tipo simpática que inhibe el arousal sexual, respuesta de tipo parasimpático y que ambos son fisiológicamente incompatibles. Por otro lado, Cooper (1979, en Manzo & Yulis, 2004) indica que para algunos casos de disfunción sexual se daría un tipo de relación compleja entre la ansiedad y el nivel de respuesta sexual. Sin embargo, en otros casos la ansiedad no poseería un rol influyente (LoPiccolo & LoPiccolo, 1978).

En cuanto a las disfunciones sexuales, éstas son entendidas como problemas a nivel cognitivo, afectivo y/o conductual que impiden un acoplamiento o disfrute individual o en pareja y/o una relación satisfactoria en el acto sexual y orgasmo (LoPiccolo & LoPiccolo, 1978).

Pueden ser síntomas de problemas en el ámbito biológico, de conflictos intrapsíquicos, interpersonales o ambos. En sí, la disfunción sexual puede verse afectada por cualquier tipo de estrés o alteración de tipo emocional, o por la simple ignorancia sobre la función y fisiología sexual. Además, ésta puede haber estado presente a lo largo de toda la vida o bien haber sido adquirida, es decir desarrollarse posterior a un periodo de normal funcionamiento. También, como lo estipula el DSM - IV - TR, la disfunción sexual puede ser generalizada o situacional, es decir, estar sesgada con una pareja determinada o con una situación específica (Heerlein, 2000).

En lo que respecta a la prevalencia, algunos estudios establecen que la frecuencia de la disfunción orgásmica va desde el 5% al 20% en la población general (Levine & Yost, 1976; Ard, 1997 en Manzo & Yulis, 2004) y, dentro de la población de mujeres que consultan, entre el 18% al 76% lo hacen por quejas asociadas a la obtención de orgasmos (Carey, 1997).

Según el modelo basado en los trabajos de Ellis, Kaplan, Masters & Johnson y Wolpe para la interacción entre las causas y mantención de las disfunciones sexuales, los conceptos de depresión y ansiedad antes descritos, conforman factores psicológicos influyentes en la etiología de estas disfunciones, no constituyéndose como hipótesis comprensivas para todos los casos de disfunción (LoPiccolo & LoPiccolo, 1978).

Programa de LoPiccolo & LoPiccolo

Desde los estudios de los pioneros Masters & Johnson muchas terapias y técnicas sexuales han adherido al foco clínico para el tratamiento de las disfunciones sexuales (LoPiccolo & LoPiccolo, 1978).

Es así como los tratamientos más eficaces combinan educación sexual, entrenamiento en habilidades sexuales, comunicación en temas generales y sexuales, trabajo con imagen corporal y masturbación dirigida (Heiman & Meston, 1997).

El presente estudio implementa el Programa diseñado por Joseph y Leslie LoPiccolo (1978) que cuenta con actividades programadas en nueve sesiones, que incluyen entrenamientos musculares y técnicas de autoestimulación, contemplando una exploración visual y táctil de los propios órganos genitales en solitario. Éste ha alcanzado el éxito hasta en un 90% de las mujeres tratadas, quienes han experimentado orgasmos post-intervención (LoPiccolo & LoPiccolo, 1978).

En cuanto a su eficacia de tratamiento ha sido validado a través de tres criterios: 1. la existencia de al menos dos estudios rigurosos de distintos investigadores con éxito por sobre el tratamiento farmacológico, al placebo o a otro tratamiento y que posea un tipo de diseño experimental intergrupar, 2. que cuente con un manual de tratamiento, y 3. que las personas que participan del tratamiento estén identificadas en función de un manual, por ejemplo por medio del DSM-IV o CIE-10 (Ortiz & Vera-Villaruel, 2003).

Debido a la incidencia antes descrita con respecto a la disfunción orgásmica, la presente investigación se basa principalmente en implementar el “Programa de masturbación”, diseñado por Joseph y Leslie LoPiccolo (1978). La masturbación como tal es entendida como la estimulación de tipo sexual a través de cualquier método, menos a través del coito, con el objetivo de producir el orgasmo. Además de ser una importante herramienta terapéutica, las técnicas de masturbación incluidas en la terapia sexual contemporánea, facilitan el placer en las personas y liberan tensiones de tipo sexual (Reuben, 2000).

A continuación una síntesis de las sesiones del programa original de Masturbación de Joseph y Leslie LoPiccolo (1978):

- 1) La mujer se visualiza examinando sus genitales con la ayuda de un espejo de mano, en forma paralela, realiza ejercicios de musculatura pélvica.
- 2 y 3) Mediante el tacto, la mujer explora sus genitales para localizar las áreas que le otorgan placer.
- 4 y 5) La mujer aprende a aumentar sus estímulos mientras utiliza fantasías eróticas, literatura explícita y/o fotos. De esta forma comienza a identificar su respuesta psicológica a aquel estímulo intenso, traducido como respuesta sexual y placer.

Por otro lado, si no ocurre el orgasmo:

- 6) La mujer usa un vibrador eléctrico.
Posteriormente, una vez que la mujer ha alcanzado el orgasmo:
- 7) El hombre observa la masturbación de su pareja, para poder aprender qué es lo más efectivo para ella.
- 8) El hombre aprende a manipular los órganos sexuales femeninos.
- 9) Esta manipulación está acompañada por el coito.

En estas sesiones se prescriben además una serie de actividades como masajes en el cuerpo, besos, caricias, estimulación en los senos, estimulación genital y una penetración lenta y suave (Joseph y Leslie LoPiccolo, 1978).

Si bien es cierto que una vez obtenido el orgasmo mediante la autoestimulación LoPiccolo & LoPiccolo incluyen a la pareja sexual, el foco de la presente investigación se centra en un programa de terapia sexual dirigido a la mujer y no a un programa de terapia sexual en pareja. Para este fin es que se realizó una adaptación del programa original, considerando el contexto de aplicación del mismo.

Lo anterior se tradujo en: a) no considerar las sesiones 7,8 y 9, donde se considera la participación de la pareja; b) incluir un espacio de escucha y contención en cada una de las sesiones, con el fin de facilitar el vínculo con las participantes, además de disminuir las fantasías de enfermedad mediante la consideración de variables externas que influyen en su cuadro; b) implementar la técnica de la relajación progresiva de Jacobson (1929), técnica corporal en la que se enseña a la persona a identificar los niveles de tensión muscular del cuerpo, experimentados a través de ejercicios de tensión y relajación, para luego poner en marcha estas habilidades, una vez identificada la tensión (Olivares & Méndez, 2001); c) uso de imaginerías a fin de facilitar una desensibilización hacia las tareas asignadas y con esto la relajación, y d) introducir la técnica de focalización de Masters & Johnson (1970), descrita a través de la psicoeducación junto con la asignación de tareas de cada paso, en forma optativa.

De acuerdo a lo anteriormente expuesto es que la presente investigación tiene por objetivo evaluar el efecto de la implementación del programa de terapia sexual de Joseph y Leslie LoPiccolo en mujeres con un cuadro depresivo leve a moderado y sintomatología ansiosa en comorbilidad a una disfunción sexual. Para este fin los objetivos específicos fueron describir y comparar los niveles de depresión, sintomatología ansiosa y los niveles de disfunción sexual evaluados pre, post intervención y seguimiento de 6 meses, tanto en el grupo experimental intervenido como en un grupo control.

Método

Se utilizó un modelo descriptivo y explicativo, en el que se evaluó el efecto de la implementación de un programa grupal de terapia sexual. Se determinaron los niveles de disfunción sexual, depresión y sintomatología ansiosa (estado y rasgo) en dos grupos –uno experimental y otro control- en mujeres diagnosticadas con depresión leve a moderada, sin tratamiento farmacológico, en tres ocasiones: pre, post intervención y seguimiento (6 meses).

Participantes

Se trabajó con una muestra de 8 mujeres entre 18 y 52 años, diagnosticadas con un cuadro depresivo leve a moderado y sintomatología ansiosa en comorbilidad a una disfunción sexual, no medicamentadas con antidepresivos, pertenecientes a un programa de depresión del área de salud mental en el consultorio Los Quillayes, comuna La Florida, Santiago. El grupo control estuvo constituido por 8 mujeres diagnosticadas de igual manera, que participaban del mismo programa, que no recibieron la intervención.

Instrumentos

Inventario de Depresión de Beck, Beck (1983) tiene por objetivo discriminar a las personas que presentan dicho cuadro de quienes no lo presentan.

Este test posee 21 preguntas, cada una de ellas compuesta por cuatro alternativas que van de 0 a 3, arrojando un puntaje total de acuerdo a la sumatoria de cada alternativa. Los puntajes obtenidos se distribuyen de acuerdo a las siguientes categorías:

Ausencia de depresión	1 – 9 puntos
Depresión leve	10-18 puntos
Depresión moderada	19-29 puntos
Depresión grave	Igual o superior a 30

En cuanto a su confiabilidad, los índices psicométricos han sido estudiados detalladamente, reflejado en su consistencia interna (alfa de Cronbach 0,76-0,95). Por otra parte, la confiabilidad del instrumento equivale: $r_{tt}=0,8$ (Cumsille & Martínez, 1997).

Escala de Experiencia Sexual de Arizona (ASEX), de McGahuey, Delgado & Gelenberg (1999). Esta escala está formada por cinco preguntas, cada una de ellas compuesta por seis alternativas que van desde el 1 al 6, que cuantifican: el nivel de deseo sexual en la persona, lubricación vaginal y la capacidad de alcanzar el orgasmo y satisfacción del mismo, abarcando las tres etapas de la respuesta sexual humana (deseo, excitación y orgasmo).

De acuerdo al puntaje total que vá desde el 5 al 30, este se divide en tres rangos: hiperfunción sexual, función sexual normal y disfunción sexual respectivamente. A mayor puntaje mayor disfunción.

5- 12	hiperfunción sexual
13 - 18	función sexual normal
19 - 30	disfunción sexual

En cuanto a su confiabilidad y validez, McGahuey, Delgado, & Gelenberg (1999) afirman que la consistencia interna de la prueba presenta un alfa de Cronbach = 0,91, mientras que la confiabilidad del instrumento se refleja en un rtt = 0,8.

Cuestionario de Ansiedad Estado - Rasgo (STAI), de Spielberger, Gorsuch & Lushene (1982). Test validado a las normas chilenas por Jiménez & Piña (1993). Consta de 40 ítems, divididos en dos escalas de auto-reporte, cada una compuesta por 20 preguntas.

Ansiedad Rasgo: es la inclinación a la ansiedad con diferencias relativamente estables. Tiene una escala de 4 puntos. Cada respuesta puntúa: 0. casi nunca/ 1. a veces/ 2. a menudo/ 3. casi siempre,

Ansiedad Estado: denominada como la condición emocional transitoria que varía en intensidad y tiempo de acuerdo a la situación vivida. Tiene una escala de 4 puntos. Cada respuesta puntúa: 0. nada/ 1. algo/ 2. bastante/ 3. mucho.

Entre 0 y 14	nada
Entre 15 y 19	algo
Entre 30 y 44	bastante
Entre 45 y 60	mucho

El STAI ha sido adaptado a más de 40 lenguas para investigaciones transculturales en la práctica clínica, siendo el más usado en cuanto a los reportes de ansiedad (Jiménez & Piña, 1993).

En cuanto a su confiabilidad y validez, Jiménez & Piña (1993) afirman que la consistencia interna de la prueba presenta un alfa de Cronbach = 0,98 para la ansiedad estado y un alfa de Cronbach = 0,88, para la ansiedad de rasgo.

Procedimiento

Se realizaron gestiones ante la Corporación Municipal de La Florida (COMUDEF), de modo de llevar a cabo el proyecto en el consultorio Los Quillayes, donde se concretó una presentación del proyecto en reunión clínica con la participación de los diferentes profesionales que componen el área de salud mental.

Se recopilaron antecedentes, a partir de los datos registrados en las fichas del programa de depresión del consultorio, de 80 pacientes que cumplían con los criterios de selección: tener un diagnostico clínico correspondiente

a un cuadro depresivo leve a moderado y no recibir medicamentación para el cuadro depresivo. Las 80 pacientes fueron citadas vía telefónica a una charla expositiva acerca de la sexualidad femenina en Chile.

Asistieron a tal charla 23 pacientes, a las que se les aplicó la batería de tests (test de Beck, test de ansiedad de estado-rasgo (STAI), la escala de experiencia sexual (ASEX) y una encuesta que incluyó una selección de ítems del estudio PNUD 2001).

La muestra final quedó constituida por 16 personas, dado que 6 de las restantes desertó y una de ellas se eliminó puesto que las investigadoras comprobaron que se automedicamentaba. Por lo tanto, de las 16 consideradas aptas para conformar la muestra se dividió al azar en grupo control (8 personas) y experimental (8 personas).

El grupo experimental recibió la intervención del programa modificado mientras que el grupo control mantuvo su asistencia al programa de depresión en el que participaba. Ambos grupos fueron evaluados en tres momentos, pre y post intervención y una tercera evaluación (seguimiento) efectuada a los 6 meses posteriores del fin del programa.

Resultados

Los resultados que se presentan son consecuencia de la aplicación del programa de Joseph y Leslie LoPiccolo, con las modificaciones antes descritas, al grupo experimental, compuesto por 8 mujeres diagnosticadas con depresión leve a moderada y su comparación con los promedios del grupo control.

Una vez obtenidos los datos pre y post intervención y seguimiento de cada variable, en ambos grupos, éstos fueron ingresados al programa estadístico SSPS 11.0. Posteriormente se estableció un análisis intrasujeto, a través de una comparación de medias por medio de la prueba t student, con el fin de comprobar diferencias significativas.

En la variable depresión, tal como lo muestra el figura 1, en el grupo experimental se observan diferencias significativas ($t=5.82 p=.001$) entre las medias obtenidas en los momentos pre y post intervención. Llama la atención que, entre las medias post y seguimiento, pese a no ser significativas, la media del momento del seguimiento es algo inferior (ver Tabla 1). En la misma variable, en el grupo control, no aparecen diferencias significativas en las medias en las tres evaluaciones.

Figura 1

Depresión Pre Post Seguimiento Grupos Experimental y Control

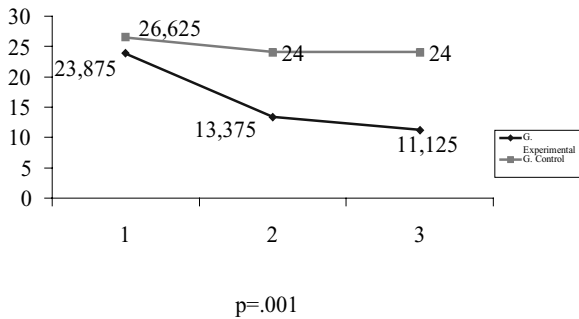


Tabla 1

Depresión	PRE			POST			SEG			TOTAL
	n	μ	DS	n	μ	DS	n	μ	DS	
Experimental	8	23,88	3,68	8	13,38	5,68	8	11,125	5,33	0,001
Control	8	26,63	5,01	8	24,00	9,29	8	24,00	9,29	0,426

En cuanto a la variable disfunción sexual, en el grupo experimental se aparecen diferencias de medias significativas ($t= 6.27 p=.00$) entre el momento de la pre y post evaluación; esta diferencias se mantienen entre el pre y el seguimiento. Al igual que con la variable depresión, las diferencias de medias no resultan significativas en el grupo control (ver Figura 2 y Tabla 2).

Figura 2

Disfunción Sexual Pre Post Seguimiento Grupos Experimental y Control

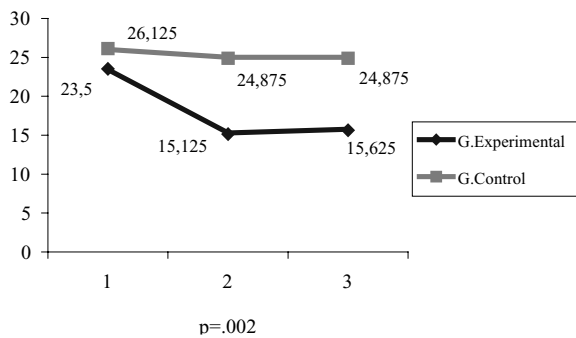


Tabla 2

Disfunción sexual	PRE			POST			SEG			TOTAL
	n	μ	DS	n	μ	DS	n	μ	DS	
Experimental	8	23,5	3,23	8	15,13	3,87	8	15,63	2,92	0,002
Control	8	26,13	3,22	8	24,88	4,64	8	24,88	4,64	0,405

Por último, en lo que respecta a las variables ansiedad estado y ansiedad rasgo, no se observaron diferencias significativas de medias tanto en el grupo experimental como en el control (ver Figuras 3 y 4). Sin embargo, en el grupo experimental, como se observa en el Figura 3 y Figura 4, las medias en el seguimiento son levemente inferiores tanto en ansiedad estado como en ansiedad rasgo, en comparación con el momento del post intervención.

Figura 3

Ansiedad Rasgo Pre Post Seguimiento Grupos Experimental y Control

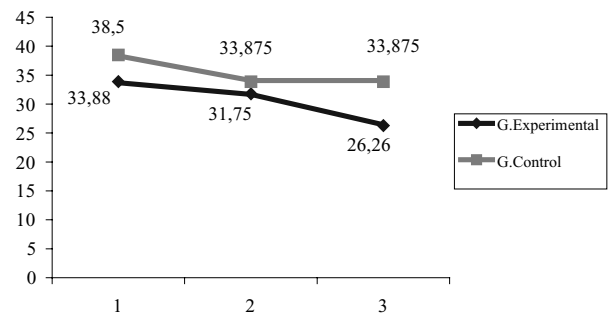


Tabla 3

Ansiedad Rasgo	PRE			POST			SEG			TOTAL
	n	μ	DS	n	μ	DS	n	μ	DS	
Experimental	8	33,88	7,41	8	31,75	9,72	8	26,26	7,81	0,055
Control	8	38,5	6,78	8	33,88	6,03	8	33,88	6,03	0,030

Figura 4
Ansiedad Estado Pre Post Seguimiento Grupos Experimental y Control

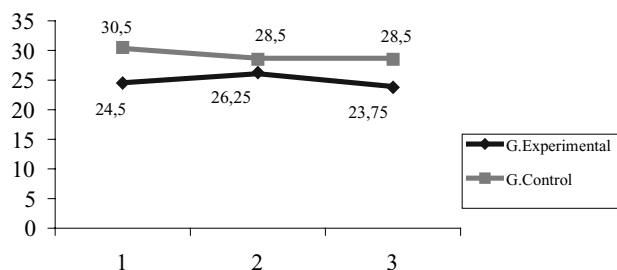


Tabla 4

Ansiedad Estado	PRE			POST			SEG			TOTAL
	n	μ	DS	n	μ	DS	n	μ	DS	
Experimental	8	24,5	5,13	8	26,25	9,59	8	23,75	9,91	0,554
Control	8	30,5	5,58	8	28,5	4,60	8	28,5	4,60	0,507

Conclusiones y discusión

De este estudio se desprenden las siguientes conclusiones:

La aplicación del programa de Joseph y Leslie LoPiccolo (1978) colabora en disminuir significativamente los niveles de depresión pre y post intervención y seguimiento. De lo anterior se desprende que el implementar un programa enfocado en la sexualidad femenina, puede resultar una alternativa eficaz a los modelos tradicionales de psicoterapia, centrados directamente en el alivio sintomático de la depresión.

De esta manera, resulta destacable el hecho de que la depresión leve a moderada pueda abordarse desde otros tratamientos psicológicos, como es el programa de LoPiccolo y además se logren modificar problemáticas como las sexuales, que pueden acompañar y/o mantener la sintomatología depresiva (Heerlein, 2000).

Además, se puede hipotetizar que la mantención de la tendencia a la baja en los niveles de depresión, observada en el seguimiento del grupo experimental, podría dar cuenta de variaciones dentro del área de pareja, en términos de que el programa podría ampliar el registro de interacciones de la pareja en el área sexual, y por ello jugar un rol en los conflictos de la misma, los que se relacionan estrechamente con el inicio y mantención de un cuadro depresivo (Pulgar & Silva, 2002).

Asimismo, este programa, empíricamente validado, si bien ha sido aplicado con modificaciones en el grupo experi-

mental, sigue siendo eficaz y eficiente a la hora del abordaje de la disfunción sexual femenina en nuestra población.

Una última conclusión es que en relación a los niveles de ansiedad estado y ansiedad rasgo, no se observaron diferencias significativas en las medias pre, post intervención y seguimiento, es decir, que las mujeres, tanto del grupo experimental como del grupo control, no presentaron cambios significativos en lo referente a sus niveles de ansiedad estado y rasgo.

En este sentido, la presente investigación apoyaría la idea de que la depresión podría interferir más que la ansiedad en la función sexual de las mujeres.

Con respecto a la ansiedad estado, llama la atención que tanto la DS como la media post intervención son más altas que DS y media pre intervención en el grupo experimental. A este respecto, es probable que una intervención en el aspecto sexual de las mujeres se constituya como un elemento situacional que colabora en aumentar el promedio de ansiedad estado, considerando que el foco de la intervención inicialmente apunta a la autoexploración, para finalmente concluir en la autoestimulación. Esta asignación gradual de tareas con contenidos eróticos, considerados culturalmente como temas de difícil abordaje, pueden haber provocado un efecto ansiógeno creciente en la ansiedad estado.

Cabe destacar que las modificaciones realizadas al programa original, pudieron resultar atingentes al contexto sociocultural, arrojando resultados positivos.

Finalmente, el presente estudio se considera un aporte con relación a la escasez de referencias e investigaciones en el tema de la sexualidad femenina y su relación con cuadros comórbidos como la depresión.

Por último, cabe señalar que al igual que la gran mayoría de los estudios en terapia sexual, el tamaño de la muestra dificulta el detectar la sensibilidad del diseño y el efecto de la intervención.

En cuanto a las sugerencias, la presente investigación podría replicarse a un tamaño muestral mayor de mujeres en similares condiciones, con el fin de disminuir el grado de error del diseño.

Además, como postulado para futuras investigaciones, se sugiere efectuar ambas intervenciones (programa original y programa modificado), con el fin de comparar la efectividad de ambos.

Referencias

- Andersen, B.L & Cyranowsky, J.M (1995). Women's sexuality: Behaviors, responses and individual differences. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 891-906.
- Alvarado, R., Numhauser, J. & Neves, L. (2004). Prevalencia y detección de cuadros depresivos en pacientes adultas de centros de atención primaria, Chiloé. *Revista Chilena de Salud Pública*, 3, 126-136.

- Asociación Psiquiátrica Americana (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson.
- Beck, A, Rush J, Shaw, B & Emery, G. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión*. New York: Editorial Descleé de Brouwer.
- Carrasco M. J. (2001). *Disfunciones sexuales femeninas*. Madrid: Síntesis.
- Carey, M. (1997). Tratamiento cognitivo conductual de los trastornos sexuales. En: Caballo, V.E (Ed.) (1997). *Manual cognitivo conductual de los trastornos psicológicos*. Madrid: Siglo XXI.
- Cumsille, O. & Martínez, M. (1997). Síntomas de depresión en estudiantes de enseñanza media de Santiago. *Revista Chilena de Pediatría*, 68 (2), 74-77.
- Florenzano, R., Carvajal C & Weil, K. (1999). *Psiquiatría*. Santiago: Publicaciones Técnicas Mediterráneo.
- Heiman, J.R. & Meston, C.M. (1997). Empirically validated treatment for sexual dysfunction. *Annual Review of Sex Research*, 8, 148 – 194.
- Heerlein, A. (2000). *Psiquiatría clínica*. Santiago: Ediciones de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía.
- Jacobson E. (1929). *Relajación Progresiva*. Chicago: Universidad Chicago Press.
- LoPiccolo, J. & LoPiccolo, L. (1978). *Handbook of sex therapy*. New York: Plenum Press.
- Manzo, C. & Yulis, C. (2004). Actualizaciones en terapia sexual. *Terapia Psicológica*, 22, 193-203.
- Masters, W. & Johnson, V. (1970). *Incompatibilidad sexual humana*. Buenos Aires: Intermédica S.A.I.C.I.
- Mendels, J. (1989). *La depresión*. Barcelona: Herder.
- Ministerio de Educación (2003). *Encuesta nacional de salud*. www.minsal. extraído el 27 julio 2006.
- Olivares, J. & Méndez, F. (2001). *Técnica de modificación de conducta*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Organización Mundial de la Salud. (2001). Mental and neurological disorders, 265 [Versión electrónica]. Extraído el 02 de mayo, 2005, de <http://www.who.int/es/>.
- Ortiz, J. Ramos, N. & Rojas D. (2002). *Ansiedad, síntomas depresivos, optimismo e inmunología. Un estudio descriptivo – correlacional en mujeres en fase diagnóstica inicial de patología mamaria y mujeres sin patología mamaria*. Tesis para optar al título de psicólogo, Escuela de Psicología, Universidad de Santiago de Chile, Santiago, Chile.
- Ortiz, J. & Vera-Villarroel, P. (2003). Investigaciones en psicología clínica basadas en la evidencia en Chile: un análisis bibliométrico de tres revistas de Psicología. *Terapia Psicológica*, 1 (21), 61-66.
- Pulgar, S., & Silva, B. *El fenómeno de la deserción: un acercamiento a mujeres que participaron en el programa de detección, diagnóstico y tratamiento de la depresión en atención primaria*. Tesis para optar al título de Psicólogo. Universidad de Santiago de Chile.
- Ruiz, A. (1994). *Qué nos pasa cuando estamos deprimidos*. Santiago: Instituto de Terapia Cognitiva.
- Spielberger, C., & Díaz-Guerrero, R. (1975). *IDARE, Inventario de ansiedad: Rasgo-estado*. México: El Manual Moderno.