

LAS DISFUNCIONES SEXUALES

Gloria Frigola, Máster en Terapia Familiar, The Family Services Agency, Inc.
640 East Diamond Avenue, Suite A. Gaithersburg, Maryland 20877-5323. USA
E-Mail: Gfrigola@AOL.COM

Sexual disfunctions form a nosologic category which include psychophysiological syndromes that affect sexual responses. All of them refer to anxiety responses inhibiting the sexual desire and excitement, as well as orgasm and ejaculation.

Key words: sexual disfunctions, inhibition, sexual desire, excitation, ejaculation, orgasm.

INTRODUCCION

La raíz de las disfunciones psicosexuales es la presencia de ansiedad. Para que la respuesta sexual humana funcione con normalidad, es esencial que el sistema nervioso autonómico esté libre para activar y sostener la respuesta sexual sin incurrir en interferencias del sistema nervioso central/voluntario. Cuando la persona participante en un acto sexual experimenta ansiedad a causa de cualquier conflicto psicológico, esta misma ansiedad tiene la potencia de interrumpir la respuesta autonómica del deseo, de la excitación o del orgasmo.

Aunque las diferentes disfunciones psicosexuales pueden tener diversas causas o conflictos psicológicos en su etiología, y aunque se manifiestan de diferentes maneras y con síntomas hasta contradictorios (véase por ejemplo, la eyaculación precoz vs. la eyaculación retardada), el factor común entre todas las disfunciones es la ansiedad. Por este motivo, presento aquí el Enfoque Sensorial como primer paso en el tratamiento de las disfunciones psicosexuales, ya que esta técnica conductual/cognoscitiva ayuda a reducir la ansiedad general asociada con el contacto sexual. Después de repasar la técnica del Enfoque Sensorial, contemplaremos las diferentes disfunciones sexuales con todas sus particularidades. No obstante, el espacio limitará nuestra exposición a una presentación orientativa respecto al tratamiento de las disfunciones sexuales; para una presentación detallada de los ejercicios conductuales específicos utilizados en la denominada «sexoterapia», se recomienda la obra «Tratamiento de Disfunciones Sexuales: Manual Terapéutico» (Musé, 1994).

EL ENFOQUE SENSORIAL

El enfoque sensorial es un aperitivo que se consume antes del plato principal. Es, sin embargo, un “aperitivo” lo bastante completo en sí mismo que, bien elaborado, puede borrar el mal sabor de amargas experiencias anteriores y, así, estimular el apetito para los postres que vienen después.

Cuando el paciente (y su pareja) consulta al sexólogo, normalmente es con una cierta mezcla de esperanza y escepticismo. Esta ambivalencia proviene de múltiples intentos sin éxito de resolver el problema. Los miedos y frustraciones se han acumulado a lo largo del tiempo, y ahora el tema sexual provoca sentimientos nocivos en la víctima de una disfunción sexual. El hombre con una dificultad de eyaculación precoz o de disfunción eréctil se responsabiliza en exceso por su condición y su recuperación. La mujer que padece de vaginismo o anorgasmia muchas veces se siente desilusionada y frustrada con ella misma. Estas emociones negativas se reflejan tanto a nivel personal como a nivel de pareja; y es frecuente que dentro de la misma persona haya tensiones y autorrecriminaciones en tomo al tema sexual además de las disputas y tensiones que surgen entre los dos individuos de la pareja con motivo de la insatisfacción sexual.

Los ejercicios del método de enfoque sensorial sirven para mitigar esta tensión ya que crean un ambiente relajado en el que se evitan adrede las exigencias por conseguir resultados determinados; y de esta manera son un recurso excelente que se suele utilizar previamente al inicio de los ejercicios específicos para el tratamiento de la disfunción sexual diagnosticada. Los ejercicios de enfoque sensorial dan instrucciones específicas al paciente para relajarse y empezar a disfrutar de la experiencia sensual que generan. Para muchos pacientes este nuevo ambiente que no pone el énfasis en los “resultados”, es decir, sin obsesión por la curación del síntoma principal de la disfunción, es un respiro bien recibido, una rotura con la habitual actitud preocupante y, por lo tanto, el cultivo de una nueva actitud menos seria, más ligera, e incluso divertida. No obstante esto, a otros pacientes, la idea de no “ir al grano” del problema y de “perder el tiempo” con ejercicios que ellos consideran irrelevantes o marginales al problema original, les puede causar impaciencia. Esta impaciencia no carece de significado sino que es sintomática de la misma disfunción sexual; y no hay mejor momento que el comienzo de la terapia para iniciar los cambios cognoscitivos que se precisan para que el tratamiento sea efectivo. Al paciente inquieto se le debe explicar que su postura exigente contribuye a su dificultad sexual y es por ello, disfuncional. Aquí, la principal tarea del terapeuta es convencer al paciente de lo conveniente que será dejar de imponer su propia voluntad sobre el tema sexual (y en consecuencia, ¡dejar de dictar cómo debería procederse con la terapia!).

En este momento es cuando generalmente se presenta una primera lección orientativa al paciente. Sin complicarlo demasiado, es útil explicar la fisiología sexual (Crenshaw, 1983), a fin de demostrar que los viejos intentos de imponer la

voluntad sobre el funcionamiento autonómico de la sexualidad estaban condenados a fracasar, como lo estarían en el caso de continuar aplicándolos en el presente o el futuro. El profesional puede explicar la diferencia entre sistema nervioso central (voluntario) y autónomo (involuntario), y recordar al paciente que sus intentos de imponer la voluntad sobre el sistema autonómico no han tenido éxito (1). De hecho, cuanto más haya insistido el paciente en dominar la respuesta autonómica a través del sistema nervioso central –a través de su voluntad– más habrá interferido en el funcionamiento natural de su propia sexualidad. Es decir, se puede demostrar que lo que más conviene al paciente con una disfunción sexual es rendirse y aceptar que no tiene ningún control directo sobre la respuesta sexual. En otras palabras, ya es hora de que el paciente abandone ese asunto (y ¿qué mejor manera de controlar su impaciencia que pasar las riendas de la terapia al profesional?).

De ese modo, iniciar una terapia con los ejercicios del método de enfoque sensorial está singularmente indicado para crear un espacio relativamente libre de obsesiones por el problema, y para comenzar la terapia con una actitud nueva que promete redefinir el contacto sexual de forma positiva: tanto si hay éxito inmediato en la superación del síntoma, como si no lo hay, el paciente y su pareja como mínimo habrán podido disfrutar del contacto íntimo y sensual que estos ejercicios proporcionan.

INAPETENCIA SEXUAL

La inapetencia sexual es un concepto incómodamente próximo a otros de reputación igualmente lábil como por ejemplo, “el amor”.

¿Cuándo podemos decir que una persona padece de inapetencia sexual? Si nos guiamos por la frecuencia de los contactos sexuales que se realizan, o la capacidad de sentirse entretenido con ideas eróticas, aunque dejando un amplio margen de variabilidad según la edad de la persona y el sexo (Kinsey, 1948, 1953; Hunt, 1974; Malo de Molino, 1992) (2), difícilmente podríamos definir en términos cuantitativos lo que constituiría en definitiva el umbral de la inapetencia sexual (Griffitt & Hatfield, 1985).

Con tanta variedad en cuanto a deseo y a frecuencia de contacto, el valor discriminativo más importante en la evaluación de la inapetencia sexual es si la persona (o su pareja) se siente insatisfecha con su nivel de apetencia (American Psychiatric Association, 1987). En este caso, igual que en el ejemplo del enamoramiento, es mejor dejar que el paciente se autodiagnostique.

Una vez identificada la condición de inapetencia sexual (4), el profesional intenta determinar el origen del problema. Podemos decir de entrada que las causas de la inapetencia sexual se pueden clasificar en tres categorías: 1) Causas médicas (enfermedad crónica, edad avanzada, dolor, desequilibrio hormonal, efectos secundarios de los fármacos), 2) Causas emocionales (depresión, esquizoidismo, estrés, problemas en la pareja), y 3) Causas de un aprendizaje deficiente (inhibición

sociocultural o ignorancia respecto a la sexualidad).

La mayor parte de las causas de la inapetencia sexual caen en las dos últimas categorías que corresponden a factores sociopsicológicos y por lo tanto es una minoría bastante reducida la de casos de inapetencia que tienen una base médica. Si existen bases claras de causas psicológicas y no se presenta ninguna implicación médica, está indicado que se proceda con una terapia psicológica dirigida a resolver las causas del problema al mismo tiempo que se aplica conjuntamente la terapia sexual para facilitar el cultivo de la apetencia sexual (Meyer, 1980). No obstante, si las causas sociopsicológicas están ausentes o si existe una condición física identificable y asociada a la inapetencia (por ejemplo, dispareunia), está indicado realizar una evaluación médica. La norma general aquí, ante la duda de una contribución física al desorden, es que es preferible hacer una revisión médica. Con la inapetencia sexual, ya que se trata de un desorden en el que contribuyen diversos factores, se recomienda ir al ginecólogo o al urólogo, si se considera conveniente hacer una evaluación médica. Son estos los especialistas que mejor pueden determinar si es necesaria una consulta adicional con el médico internista, el endocrinólogo, el neurólogo o el andrólogo.

Una vez se han investigado las posibles influencias físicas en la condición de inapetencia sexual, se intenta establecer la existencia de componentes psicológicos. Cuando se identifica esta contribución psicológica, suele ser necesario mitigar el componente psicológico de forma paralela al tratamiento directo del síntoma original de inapetencia. Psicoterapia, medicación con antidepresivos y asesoramiento de pareja se recetan para resolver la base emocional del problema, conjuntamente a la prescripción de la terapia sexual diseñada específicamente para tratar el síntoma de la inapetencia.

En el caso de un aprendizaje sexual deficiente, está indicada una reeducación del paciente en el campo de la sexualidad que consiste en desafiar los mitos culturales (“las mujeres decentes no disfrutan del sexo”) y superar la falta de orientación sexual con información didáctica sobre la sexualidad. En esta fase de la terapia, una relación de apoyo es el vehículo terapéutico que permite que el paciente pueda abrirse a los cambios de actitud necesarios para desbloquear su potencia sensual/sexual.

En cualquier caso, si la inapetencia proviene de causas físicas, emocionales o de un aprendizaje deficiente, paralelamente al esfuerzo para resolver estas causas, está comprobada la utilidad de una terapia sexual específicamente diseñada para corregir el síntoma de la inapetencia a través de un entrenamiento en la apreciación de la sensualidad.

A pesar de ello, antes de iniciar una terapia para el tratamiento de la inapetencia, y además de determinar el origen de dicha condición, también es conveniente clasificar la disfunción según su grado, utilizando la usual nosología de primer y segundo grado, porque es el grado de inapetencia el que dictará el tipo

de tratamiento sexual más recomendable.

La inapetencia primaria se diagnostica cuando el paciente indica que generalmente, y durante casi toda la vida, ha estado poco o nada interesado por el sexo, mientras que la inapetencia secundaria se diagnostica para la persona que presenta un historial de interés general pero que en este momento de su vida, o en determinadas circunstancias o con determinadas personas, le falta interés. Mientras que la inapetencia primaria se trata de un desorden crónico, y por lo tanto de difícil pronóstico (Kaplan, 1986), la inapetencia secundaria suele representar una condición potencialmente más transitoria y con un pronóstico más optimista. Las personas que padecen de inapetencia primaria a menudo requieren una terapia más gradual, de larga duración y orientada hacia el cultivo básico de la respuesta sexual, mientras que la terapia para la inapetencia secundaria intenta reactivar el interés perdido para enriquecer la experiencia sexual.

DISFUNCIÓN ERÉCTIL

Las dificultades para conseguir o mantener la erección pueden ser clasificadas según la causa de la disfunción, el grado de impotencia, la frecuencia y las circunstancias de su aparición. El hombre que nunca ha experimentado una erección o que ha pasado una larga temporada sin ninguna a pesar de la estimulación suficiente para provocarla, probablemente sufre una impotencia con base orgánica. En el caso de una impotencia de causas orgánicas, es importante consultar al andrólogo, no solamente para confirmar el diagnóstico (3), sino porque existen tratamientos en forma de medicamentos, cirugía o implantación de prótesis que pueden resolver muchos de estos casos (Ruiz-Castañé, 1992; Crenshaw, 1983).

Si la dificultad eréctil no es total y el hombre puede conseguir una erección espontánea o provocada cuando está solo, pero no en la presencia de una segunda persona, o si al conseguirla no la puede mantener para realizar el acto sexual (penetración y coito), es bastante probable que se trate de una impotencia de origen psicológico. De hecho, aproximadamente el 85 por ciento de los casos de disfunción eréctil provienen de factores psicológicos (Masters & Johnson, 1970).

La impotencia psicogénica puede tomar distintas formas, según la frecuencia y circunstancias de su aparición; puede aparecer de forma transitoria, provocada por circunstancias extraordinarias, (malestar físico, estrés, depresión, influencias de alcohol o drogas, conflicto moral relacionado con la infidelidad, conflictos dentro de la pareja, vergüenza al inicio de una relación nueva) o puede ser crónica, habitualmente frustrante a la hora de intentar mantener relaciones sexuales en circunstancias diversas y no circunscritas.

Las dificultades transitorias para lograr la erección se solucionan por regla general cuando la situación extraordinaria se mitiga o cuando el hombre se acostumbra a ella. El peligro con la impotencia transitoria de convertirse en un trastorno sexual estable solamente se presenta en el caso de que la situación

provocadora se prolongue indefinidamente o cuando el hombre se preocupa excesivamente por los síntomas de la impotencia. De todas formas, la solución de la impotencia transitoria no suele residir en una terapia sexual formal, sino en la psicoterapia. En los casos de la impotencia transitoria, la psicoterapia va dirigida a resolver el conflicto original (cambiando las circunstancias extraordinarias o bien ayudando al paciente a adaptarse mejor), conjuntamente con la disminución de la preocupación por el síntoma mediante el apoyo terapéutico y la divulgación didáctica sobre la naturaleza de la impotencia transitoria, normalizando así la reacción, dado que la mayoría de los hombres, un 65% según Hite (1992), sufren dificultades transitorias para lograr la erección en uno u otro momento de su vida.

Al contrario que la impotencia transitoria, la impotencia crónica (4) es la condición, dentro del diagnóstico general de disfunciones eréctiles, que más se beneficia de una terapia sexual. Aunque hay casos de impotencia crónica cuya causa es un conflicto psicológico de origen traumático que requiere una psicoterapia para su solución, la experiencia nos ha demostrado que la causa de la gran mayoría de los casos de impotencia crónica tiene como base un estado de ansiedad situacional relacionado directamente con la naturaleza interpersonal del acto sexual. Por tanto, la impotencia crónica se tratará mejor con una desensibilización directa de esas mismas circunstancias interpersonales-sexuales. Por esta razón, la terapia cognitivo-conductual tiene un éxito bastante gratificante en el tratamiento de la disfunción eréctil crónica.

La clave en el tratamiento de la disfunción eréctil crónica consiste en crear las condiciones necesarias para que el paciente se sienta lo más relajado posible durante los ejercicios de aproximación al objetivo de realizar la penetración. El apoyo del terapeuta, la preparación cognoscitiva del paciente, y la participación de una mujer afectuosa y paciente son las condiciones que permiten que el hombre afectado por el síntoma de inhibición eréctil empiece a bajar sus defensas y aprenda una nueva manera de responder en una situación sexual en presencia de otra persona (5).

Muchas veces, el hombre que sufre impotencia está excesivamente preocupado por la opinión de los otros y en consecuencia se exige a sí mismo una perfección para poder evitar la crítica. En realidad está tan preocupado por poder “funcionar” sexualmente, y así complacer a su pareja e indirectamente afirmarse a sí mismo, que no goza de la estimulación sensual que corresponde al contacto sexual. El hombre que sufre una disfunción eréctil ve que su valor entero como hombre se refleja en el hecho de lograr o no lograr la erección. La tarea terapéutica es ayudarle a ver que su valor como persona es intocable, no negociable, y que el hecho de tener o no erecciones no le añade ni le resta valor. No tener una erección es simplemente frustrante, pero de ninguna manera es condenable.

Tradicionalmente, el hombre es el foco de atención en el tratamiento de la impotencia, y su mujer le acompaña a la terapia como interesada. No obstante, la ventaja de implicar a la mujer en la terapia, como participante activa desde su inicio,

es un argumento a favor para evitar el enfoque tradicional, y dar énfasis a la solución de la disfunción mediante el tratamiento de la pareja. De esta manera el hombre, tan propenso a sufrir ansiedad de escena, puede compartir esa escena con otra persona que, a su manera, encontrará tantas dificultades como él para responder a las exigencias terapéuticas. Por este motivo, incluimos a la mujer en todos los ejercicios, utilizando una serie de ejercicios paralelos para ella que siguen las mismas tareas en las cuales él está trabajando. El enorme beneficio de llevar la terapia de manera sistémica, implicando a los dos participantes en niveles conductuales, cognoscitivos, afectivos y transaccionales, se revela en las sesiones semanales con el terapeuta; el intercambio es mucho más vivo a la hora de responder a la pregunta habitual de “cómo ha ido el ejercicio” cuando esta pregunta va dirigida a las dos personas de la pareja. En cambio, esta misma pregunta solamente dirigida al hombre suena más clínica y puede reforzar el sentido de que es él quien tiene el problema y que habrá de ser él quien se cure. Tal enfoque, claro está, no ayuda nada a reducir la ansiedad anticipatoria que tan patentemente sufre el hombre con disfunción eréctil.

Una vez conseguida la meta de obtener y mantener la erección el tiempo suficiente para realizar el coito (meta conseguida en aproximadamente el 80% de los casos tratados con terapias cognitivo-conductuales; Steger, 1978), es posible que aparezcan síntomas de eyaculación precoz. Es recomendable no dar demasiada importancia a este síntoma ya que en muchos casos no es más que un síntoma transitorio que desaparece de forma gradual a medida que el hombre gana más confianza. No obstante, en caso de que la eyaculación precoz persista más de tres meses después de haber finalizado la terapia para la disfunción eréctil, sería recomendable empezar una segunda terapia para tratar directamente la eyaculación precoz.

EYACULACION PRECOZ

La recuperación del paciente de la condición de eyaculación precoz constituye un proceso paradójico; en este caso el mejor remedio es no aplicar ninguno. Si aceptamos que en la gran mayoría de los casos de eyaculación precoz no existe ninguna “patología”, que el cuerpo está perfectamente equipado para el coito, la dirección terapéutica ha de tratar de eliminar lo que obstaculice la capacidad natural para prolongar la erección durante el coito, sin intentar rectificar, sanar, controlar, corregir, conquistar, potenciar o remediar lo que ya es perfecto; y es precisamente aquí donde el paciente puede haber cometido errores en el pasado: intentando de mil maneras potenciar su “virilidad”, cuando de entrada la tenía intacta. Solamente era necesario dejar que su cuerpo funcionase de forma natural. Así pues, cualquier intento de influir en el proceso natural es interferir en el mismo proceso, y por lo tanto, suele provocar más disfunciones (6).

Ahora bien, aunque la eyaculación precoz no es una patología, sí es una

disfunción, y esta disfunción tiene sus raíces en la ansiedad como hemos visto en el capítulo anterior. La ansiedad corta la respuesta eréctil y también es la que interfiere en el mantenimiento de la erección una vez conseguida, causando así la eyaculación precipitada.

La eyaculación precoz puede, en algunos casos, tener una base psicodinámica (por ejemplo, el caso del hombre que castiga a la mujer —es decir, a su madre— para robarle el placer de un contacto sexual culminante), puede tener raíces en problemas de pareja (por ejemplo, el hombre que huye del contacto afectivo prolongado en una relación antagonista), puede incluso tener como causa una deficiencia en la educación sexual (por ejemplo, el hombre que se satisface sin considerar las necesidades de su mujer), pero la mayoría de los casos de eyaculación precoz son causados por la denominada “ansiedad de rendimiento” (7), una ansiedad exagerada por satisfacer a su pareja y de este modo afirmarse a sí mismo.

En su intento por prolongar la erección, es típico que el hombre utilice la distracción, procurando no prestar atención a la estimulación sexual mediante el uso de desviaciones mentales (por ejemplo, contando hacia atrás de 100 a 0) o físicas (por ejemplo, mordiéndose disimuladamente el dedo gordo de la mano).

Pero, desafortunadamente, estos intentos de imponer un control directo sobre la eyaculación mediante la distracción no triunfan porque no disminuyen, sino que aumentan, la causa de esa condición, que es la preocupación excesiva por complacer a su mujer, y la ansiedad resultante que esta preocupación provoca.

El tratamiento multidimensional de la eyaculación precoz corrige las dos raíces de la disfunción: 1) reduce la responsabilidad desproporcionada que asume el hombre para la satisfacción sexual de su pareja, y 2) elimina cualquier intento de prolongar la erección por métodos de distracción.

Implicando a la mujer en la terapia desde el principio, y desafiando a la creencia de que es el hombre quien ha de satisfacer a su pareja, se ayuda a mitigar la ansiedad que acompaña a la exigencia de asumir la responsabilidad total del éxito en el encuentro sexual. Al mismo tiempo, eliminando cualquier intento de conseguir el control eyaculatorio mediante la distracción y dirigiendo, por el contrario, la atención de la pareja a las sensaciones sexuales correspondientes al orgasmo, se ayuda al hombre a familiarizarse con su respuesta eyaculatoria y a observarla en vez de interferirla.

Estos dos cambios de actitud (1. Redefinir la responsabilidad para el éxito del sexo, reforzando la idea que cada uno es responsable de la propia sexualidad y no de la del otro, 2. Relajarse y no huir de la estimulación sexual, sino observar cómo funciona el cuerpo sin interferir), crean la base para salir del círculo vicioso de “cuanto más lo intento, peor me sale” (18). Conjuntamente con el cambio de actitud, la recuperación de esta condición perniciosa se consigue con la aplicación de los ejercicios de entrenamiento conductual que corresponden al método de parada/ arranque (Semans, 1956) (19). Con el tratamiento cognoscitivo-conductual que

sigue este método, la eyaculación precoz llega a tener la tasa más elevada de resolución favorable de todas las disfunciones masculinas, con un pronóstico de éxito terapéutico superior al 90% de los casos tratados (Kaplan,1990).

Aunque el origen de la eyaculación precoz es casi exclusivamente psicológico y, consecuentemente, ésta es una de las condiciones que no suele requerir revisión médica (8), la consecuencia del conflicto psicológico se manifiesta en el síntoma físico, y por tanto, la condición es psicosomática y su tratamiento puede a veces incluir estrategias médicas junto con un tratamiento psicológico. Se puede añadir a la terapia sexual el uso de profilácticos retardantes o la prescripción de medicamentos que retarden directamente la respuesta eyaculatoria o que la retarden indirectamente mitigando la ansiedad instigadora. En todo caso, el uso de estos medicamentos es mucho más efectivo cuando se incluyen en un régimen psicológico, en el que la aplicación de las ayudas médicas se determine teniendo en cuenta las contingencias de la terapia (Musé & McFarland, 1994).

La regla general es prescribir medicamentos solamente en los casos en que la ansiedad sea tan elevada que no se pueda reducir la tensión lo suficiente para poder seguir paso a paso el entrenamiento de las charlas terapéuticas, los ejercicios de desensibilización y la casete de relajación. En estos casos se puede prescribir un tranquilizante para que el sujeto lo tome una hora antes del encuentro sexual. Además de los ansiolíticos, se considera positivo el uso conjunto de antidepresivos (Meston, 1992) y de bloqueadores periféricos (Reckler,1985), como recurso para retardar la eyaculación.

EYACULACIÓN RETARDADA

La incompetencia eyaculatoria, una de las condiciones menos vistas en la consulta sexológica (9), consiste en la dificultad de incitar la respuesta orgásmica masculina y de ejecutar su reflejo eyaculatorio concomitante. La condición de incompetencia eyaculatoria se divide tradicionalmente en dos diagnósticos distintos: eyaculación retardada y eyaculación retrógrada.

El diagnóstico de eyaculación retardada se refiere a la dificultad para provocar el orgasmo cuando hay una suficiente estimulación del pene, mientras el diagnóstico de eyaculación retrógrada se refiere a la dificultad para expulsar el líquido de semen después de haber efectuado el reflejo orgásmico. En todo caso, el segundo diagnóstico (eyaculación retrógrada) es una condición con una base puramente fisiológica y, por tanto, no será tratada aquí. Cabe destacar, sin embargo, que el diagnóstico alternativo, el de eyaculación retardada, también puede tener en algunos casos raíces físicas, aunque la gran mayoría de los casos tengan una génesis psicológica. Por eso es imprescindible actuar con mucho cuidado en este aspecto, descartando cualquier implicación de tipo médico antes de iniciar un tratamiento conductual. Incluso así, en el caso de la eyaculación retardada, son muy pocos los casos que se atribuyen a una enfermedad física (Masters & Johnson, 1970; Reckler,

1985), y los aspectos fisiológicos que aparecen suelen ser el resultado secundario de algunos medicamentos (10).

El psicoterapeuta solamente podrá confiar en que la aplicación de un tratamiento psicológico no sea precipitada (11) después de que un urólogo realice una exploración al paciente y descarte o remedie cualquier posible factor físico; de todas maneras, la aplicación de una terapia sexual para tratar el componente psicógeno restante es la más indicada en el caso de eyaculación retardada.

Para conceptualizar la dinámica emocional de esta condición, es conveniente agruparla con el diagnóstico paralelo femenino de anorgasmia ya que ambos diagnósticos tienen en común, por distracción o por control excesivo, la inhabilidad para dejarse llevar por la corriente de excitación creciente que naturalmente conduce al punto culminante del orgasmo.

La distracción como causa de la anorgasmia, sea femenina o masculina, tiene como base la inhabilidad para sumergirse psicológicamente en las sensaciones sensuales procedentes de una estimulación mecánica de los genitales. Esta inhabilidad para concentrarse en la estimulación se manifiesta en una despotenciación perceptual de la excitación sexual. Dicho en otras palabras, el sujeto no se concentra en las sensaciones táctiles y no las potencia con la correspondiente implicación emocional. Por el contrario, la actitud es generalmente de relativo desinterés, con una conducta de pasividad. En el sexo femenino esta reacción se encuentra mayoritariamente en mujeres de relativa inexperiencia que, si no hay otros factores patológicos, adquieren con el tiempo más interés sexual a medida que las experiencias acumuladas son positivas. Así, con los años, la mujer generalmente se vuelve más y más orgásmica, al menos hasta los 40 años, cuando hay una estabilización en la experiencia orgásmica (Kinsey, 1953).

El hombre generalmente alcanza la capacidad de eyaculación antes de cumplir los 15 años y mantiene esta capacidad sin ningún tipo de disminución significativa hasta los 50 años (Kinsey, 1948). La mujer suele incrementar su capacidad orgásmica con la edad, mientras que la gran mayoría de los hombres mantienen una habilidad sexual sin disminución significativa con los años. En contraste con esto, en el hombre que sufre de eyaculación retardada por causas de distracción, la habilidad para experimentar el orgasmo cambia con el tiempo y la anorgasmia se suele incrementar con la edad a causa de una tendencia a concentrarse en asuntos ajenos a la estimulación que recibe durante el acto sexual. El hombre propenso a la eyaculación retardada causada por distracción que a los veinte años no ha experimentado dificultades para eyacular con el coito puede encontrar que a los 40 la eyaculación le resulte algo difícil y que a los 50 le sea casi imposible. En efecto, su interés sexual ha disminuido fuertemente con los años; pero no se trata de una sencilla inapetencia sexual por habituación a la rutina sexual con la consecuente declinación en la excitación que acompaña la pérdida de la novedad, sino que se trata de un desinterés sustancial a causa de un desplazamiento del interés sexual por

intereses extrasexuales.

Aquí hemos de hacer una distinción entre la eyaculación diferida, un fenómeno normal, y la eyaculación retardada, una condición patológica. Es casi universal que el hombre con los años sea, en mayor o menor grado, menos propenso a una eyaculación rápida con el contacto sexual (Crenshaw, 1983; Masters & Johnson, 1970). A causa de un incremento en el tiempo de estimulación necesaria para conseguir excitación y a una reducción en su necesidad de efectuar la eyaculación una vez excitado, el paso del tiempo disminuye las exigencias orgásmicas en el hombre. Esta tendencia a notar una reducción gradual en la sensibilidad sexual y, consecuentemente, una eyaculación más espaciada, la denominamos eyaculación diferida. La eyaculación diferida no es una disfunción, sino un proceso natural en el hombre de edad avanzada, y los hombres mayores de 50 años que consultan al sexólogo con este cuadro simplemente requieren que el profesional les asegure que ellos, igual que las mujeres, no tienen ninguna “obligación” de llegar al orgasmo en cada contacto sexual (Kaplan, 1981); de hecho, el hombre maduro puede gozar del coito dos o tres veces por cada vez que eyacula, siempre que aprenda a apreciar el componente sensual-afectivo que el sexo proporciona y deje de lado cualquier imperativo sobre la “necesidad” de experimentar el orgasmo en cada contacto sexual.

Ahora bien, si la eyaculación diferida en sí no se considera una disfunción sexual, la eyaculación retardada es análoga a la anorgasmia secundaria en la mujer y se considera una verdadera disfunción ya que disminuye la capacidad del hombre de potenciar la eyaculación aunque la quiera e intente conseguirla. En el caso de la eyaculación retardada, no se ha experimentado una ligera y gradual disminución en la sensibilidad sexual, sino que el sujeto se encuentra obstaculizado de tal manera que le es casi imposible conseguir el orgasmo porque él mismo lo interfiere. Esta interferencia procede muchas veces de la distracción que provocan algunos pensamientos ajenos a la situación sexual. Durante el coito el hombre está activamente distraído por pensamientos no relacionados con el sexo (preocupaciones de trabajo, familia o personales) o está simplemente divagando mentalmente y por tanto distraído indirectamente por la falta de atención en la actividad sexual. Esta distracción mental frecuentemente va acompañada por una actitud de relativo desinterés; por tanto, la eyaculación retardada con raíces causales en la distracción se presenta con síntomas de relativa indiferencia o incluso de apatía sexual. No obstante, la eyaculación retardada con raíces en la distracción, a diferencia de la simple inapetencia sexual, no representa una simple disminución del interés sexual, sino que refleja un sistema de prioridades en que el sexo se valora menos que otros intereses.

La segunda causa psicológica de la eyaculación retardada procede de un “supercontrol” de la respuesta eyaculatoria, en la cual el hombre frena el progreso natural hacia el orgasmo. En realidad, este freno tiene sus raíces, tanto en el hombre

con eyaculación retardada como en la mujer anorgásmica, en el miedo a ser espontáneo y el sobrecontrol que resulta de ello interfiere en el funcionamiento autonómico, impidiendo el inicio del reflejo orgásmico. Para el hombre, sin embargo, el miedo a perder el control no procede tanto de la preocupación femenina de cometer un acto egodistónico (Heiman & LoPiccolo, 1989), sino que en la mayoría de los casos está causado por la preocupación por complacer a su compañera (12).

Aunque en apariencia pueda resultar paradójico, la preocupación por complacer a la mujer puede llevar al hombre a una eyaculación precoz tanto como a una eyaculación retardada. En ambos síntomas, la preocupación excesiva del hombre trastorna el funcionamiento natural del sistema autonómico, causando una arritmia en la llegada de la eyaculación (13).

Se ha mantenido la hipótesis de que algunos hombres con eyaculación retardada habían aprendido un control directo de la eyaculación porque inicialmente complacían a su mujer con el contacto sexual prolongado, pero que con el tiempo estos hombres fueron las víctimas de este control hasta obstaculizar totalmente la expresión del reflejo orgásmico (Crenshaw, 1983). Es más probable, sin embargo, que el hombre que sufre eyaculación retardada nunca haya tenido un control voluntario sobre su eyaculación (14) y que el aparente “hipercontrol” del que es esclavo no sea más que otra forma de distracción. Es decir, el hombre está tan pendiente de la mujer que se distrae del contacto consigo mismo, perdiendo consecuentemente la percepción de sí mismo como receptor de estimulación erótica. Por esto cuando se masturba puede eyacular sin dificultades ya que no está distraído por pensamientos referidos a satisfacer a la mujer, y centra su atención en sí mismo.

En todo caso, si se trata de una eyaculación retardada por distracción de cogniciones ajenas a la situación sexual (el hombre que siente poco interés sexual porque su prioridad es pensar en el trabajo) o bien se trata de un “hipercontrol” que procede de un enfoque exclusivo en la reacción de la otra persona con quien comparte la situación sexual (el hombre se centra tanto en la respuesta de la mujer, que acaba adoptando la condición de observador y, por tanto, no está en contacto con su propia estimulación), la resolución de esta condición consiste en volver la atención del sujeto hacia sí mismo, y así potenciar una conexión entre la situación estimulante y la recepción perceptual de la misma por parte del hombre. Si el hombre es capaz de concentrarse más en su sexualidad que en la de su mujer y más que en el trabajo, los niños o la economía doméstica, encontrará a través de la estimulación táctil acceso directo a sensaciones, percepciones y emociones que le conducirán a la respuesta orgásmica (15).

DISFUNCIÓN ORGÁSMICA

Aparte de las diversas anomalías anatómicas y fisiológicas (Kaufman, 1985) que pueden influir en reducir la potencia orgásmica femenina (16), la mujer está tan equipada neurológicamente para experimentar el orgasmo como el hombre; e incluso la capacidad de algunas mujeres va más allá de la del hombre en poder tener orgasmos prolongados y múltiples (Masters & Johnson, 1972a). No obstante, aproximadamente una quinta parte de las mujeres que se dirigen al sexólogo lo hacen porque tienen problemas para conseguir el orgasmo (Hawton, 1988; Heiman y LoPiccolo, 1989); y si añadimos la cifra de mujeres completamente sanas que no llegan nunca, o muy infrecuentemente, al orgasmo durante el coito –entre el 50% y el 75%, según el estudio consultado (Heiman & LoPiccolo, 1989; Kaplan, 1981; 1990)– se presenta el interrogante de “¿cómo es posible que, con dos sexos aparentemente iguales en capacidad orgásmica, haya tanta diferencia entre los dos en cuanto a la facilidad de experimentar el orgasmo?”.

La respuesta a este enigma se encuentra en gran parte, en las diferencias culturales respecto a la educación sexual que los dos sexos reciben (Masters & Johnson, 1972b). Por “educación” nos referimos a todo tipo de instrucción formal e informal en la formación de los conceptos, actitudes y conductas de la persona.

Si consideramos la educación sexual recibida en el sentido más amplio de la palabra, veremos que nuestra cultura todavía está repleta de estereotipos que diferencian a los dos sexos. Mitos como “*Todos los hombres son iguales, solamente buscan el sexo*” o “*Una mujer tiene bastante con el amor y no necesita el sexo*” están presentes en dosis elevadas desde el cine, la televisión y la literatura, hasta el bar del barrio, y en la sala de estar de muchas familias. Estos esquemas son un tipo de “profecía auto-realizadora” en que la expectativa perpetúa el hecho, empujando así a muchos hombres a ser más sexuales de lo que son en realidad y, al mismo tiempo, restringiendo la potencia sexual de muchas mujeres (17).

Cuando se considera la dificultad de algunas mujeres para llegar al orgasmo como consecuencia de una educación sexual deficiente, se puede apreciar que una terapia dirigida a los estereotipos culturales que perpetúan la inhibición sexual femenina tendrá un impacto significativo para cambiar el síntoma de la anorgasmia y para mitigar la causa principal de la disfunción: un mal enfoque educativo de la sexualidad. Está claro que hay casos de disfunción orgásmica provocados por razones no asociadas plenamente a la educación sexual, como por ejemplo la anorgasmia como consecuencia de un trauma sexual (Musé, 1993). Pero, gran parte de la disfunción orgásmica es consecuencia de la falta de habilidad para relajarse de manera natural durante la estimulación sexual, y esta incapacidad adquirida suele provenir no tanto de efectos residuales de traumas pasados, como de actitudes y posturas culturales no propicias a la liberación de uno mismo al placer que proviene de forma natural de la excitación sexual. En este sentido, la anorgasmia femenina (18) es paralela en muchos aspectos a las condiciones de las disfunciones orgásmicas

masculinas, es decir, la eyaculación precoz y la eyaculación retardada. Los desórdenes que afectan al orgasmo comparten un hecho común: el trastorno del orgasmo existe a causa de una ansiedad adquirida que interfiere en el funcionamiento normal del reflejo orgásmico.

El tipo de ansiedad que provoca el síntoma varía según la persona, pero se puede decir que los tipos de ansiedad más usuales en relación a los desórdenes del orgasmo son: 1) la ansiedad situacional asociada con el miedo a la intimidad interpersonal, 2) la ansiedad crónica asociada con altos niveles de estrés acumulado, 3) la ansiedad secundaria de la aprensión al fracaso sexual (“*performance anxiety*”), y 4) la ansiedad provocada por conflicto moral. Estas fuentes de ansiedad son comunes a los dos sexos y, por eso, están presentes en un grado u otro en un gran número de casos de disfunciones orgásmicas. A pesar de ello, algunas de las ansiedades asociadas con los desórdenes del orgasmo tienden a agruparse en cuanto a su frecuencia según el sexo del paciente. Mientras la ansiedad asociada a la intimidad interpersonal (timidez) y la ansiedad acumulada por altos niveles de estrés (el ejecutivo o ama de casa “quemados”) suelen afectar a ambos sexos sin distinción notable, podemos decir con cierta confianza, aunque sea una generalización, que los hombres que se presentan por trastornos que afectan al orgasmo manifiestan una ansiedad más vinculada al miedo al fracaso sexual (“*performance anxiety*”), mientras que las mujeres con una disfunción orgásmica muestran una ansiedad más frecuentemente asociada con el conflicto moral (ego-distonía como resultado de la posibilidad de disfrutar de la “fruta prohibida”).

De todas las variables estudiadas en su obra monumental sobre la sexualidad femenina, Kinsey (1953) solamente identificó un factor que influyese psicológicamente en la habilidad de la mujer para sentir el orgasmo: la educación social y religiosa recibida. Es decir, aquellas mujeres que reciben menos valores proscriptivos sobre el sexo experimentan el primer orgasmo antes, y siguen teniendo orgasmos con más frecuencia que las mujeres que reciben una educación social o religiosa de cariz más conservador. A pesar de que los “roles” que definen las diferencias entre un sexo y el otro han experimentado en los países occidentales ciertos cambios en las últimas décadas, ampliando en la mayoría de los casos la opción de la mujer a ser más activa sexualmente, el tradicional “rol” femenino de relativa pasividad y desinterés sexual continúa ejerciendo una influencia importante en la vida sexual de algunas mujeres.

Ya que la variable más identificada en la disfunción orgásmica de la mujer es su orientación actitudinal hacia el sexo, el tratamiento de este desorden consiste principalmente en la reconstrucción cognoscitiva de aquellos esquemas perjudiciales para la recepción y la expresión de una sexualidad espontánea y participativa. Paralelamente a este cambio cognoscitivo, la terapia para la anorgasmia promueve la práctica de nuevas formas de comportamiento sexual, formas que reflejen una nueva actitud de autoresponsabilización en el desarrollo de la sexualidad de la

paciente. Este cambio se consigue mediante la investigación y la expresión de las actitudes sexuales de la mujer en las sesiones terapéuticas y mediante el ofrecimiento por parte del terapeuta de conceptos menos proscriptivos, nuevos conceptos que dejan más posibilidades para descubrir la espontaneidad y la naturalidad dentro de la sexualidad. El terapeuta añade una información didáctica donde ve una carencia y promueve actitudes que engendren la libre expresión de la sexualidad. Todo este trabajo se hace dentro de la relación terapéutica, donde no falta la empatía y el apoyo a la mujer enfrentada con su sistema tradicional de valores. La participación del compañero de la paciente es bastante aconsejable, ya que frecuentemente el hombre también puede sacar provecho de una revisión simultánea de las limitaciones de su educación sexual, y en todo caso, su presencia y participación en la terapia proporciona apoyo a la mujer, y este apoyo puede servir como elemento motivador en momentos difíciles en los cuales la mujer vacila en su propósito de crecer sexualmente.

Además del tratamiento directo de las actitudes disfuncionales, que tantas veces conducen a la inhibición mediante la supervigilancia y el sobrecontrol de uno mismo, la terapia incluye una serie de ejercicios conductuales diseñados para ayudar a la mujer a explorar y potenciar la sexualidad, en privado y en pareja. Estos ejercicios son una mezcla de información didáctica y de instrucción pragmática, y es habitual prescribir la serie completa de seis ejercicios tanto si el diagnóstico es de una anorgasmia total como si se trata de una disfunción orgásmica más circunscrita.

VAGINISMO

Vaginismo, la falta de habilidad para relajar la abertura de la vagina de forma suficiente para permitir la intromisión del pene, es una de las disfunciones sexuales con un índice más elevado de resolución favorable, con casi un 100% de éxito terapéutico (Masters & Johnson, 1970). Este éxito se debe en parte al mecanismo fisiológico relativamente sencillo de la condición, un mecanismo con componentes principalmente musculares y, por tanto, más accesible a la aplicación directa de un entrenamiento fisioterapéutico que otros mecanismos menos palpables como son los que corresponden al sistema circulatorio en la disfunción eréctil o al sistema nervioso en las disfunciones orgásmicas.

El vaginismo afecta aproximadamente a la quinta parte de las mujeres que acuden al sexólogo (Hawton, 1988) y, no sin motivo, un gran número de ellas son enviadas por el ginecólogo ya que la condición suele hacerse notar durante la evaluación ginecológica, imposibilitando a veces el examen del aparato reproductor. Si se da el caso de que la paciente acude al consultorio sexológico enviada por el ginecólogo, es de suponer que la cuestión de una etiología principalmente somática ha sido investigada y descartada. En todo caso, si la paciente comparece en consulta psicológica por iniciativa propia es conveniente tener en cuenta que esta disfunción

requiere, sin excepciones, una revisión médica para descartar las posibles causas orgánicas que pudiesen existir (19), antes de seguir con cualquier tratamiento psicológico.

Una vez realizada la requerida revisión médica, y establecido el origen no organopatológico de la condición, la subsiguiente resolución del vaginismo consiste en un tratamiento psicofisioterapéutico que intenta conseguir que los músculos del primer tercio de la vagina se relajen para permitir el paso del pene. El componente fisioterapéutico del tratamiento es sencillo y consiste en habituar los músculos perineales a aflojarse para que la vagina pueda recibir sucesivamente objetos cada vez de mayor tamaño, hasta poder acomodarse al pene durante la penetración y el subsiguiente coito (Kaplan, 1986, 1988). No obstante, la clave del éxito de la terapia del vaginismo no se encuentra únicamente en la fisioterapia, sino en el apoyo emocional que ha de acompañar a cualquier intento físico de resolver la condición. Por este motivo se envía a la paciente al sexólogo y no al fisioterapeuta; cualquier intento de enseñar a los músculos vaginales a relajarse con métodos puramente fisiológicos que descuide el componente emocional de este desorden psicosomático (20) está destinado en la mayor parte de los casos a fracasar. Como mínimo, la mujer que sufre de vaginismo requiere un apoyo psicológico substancial para poder aplicarse a la tarea de reeducar los músculos en espasmo. Pero es más, en la gran mayoría de los casos de vaginismo hay un componente emocional substancial que exige una solución psicológica antes que el entrenamiento fisiológico tenga posibilidades de triunfar.

Los componentes psicológicos más vinculados a la condición de vaginismo son: 1) Alto nivel de estrés general que promueve una tensión muscular global, 2) Alto nivel de ansiedad asociada al miedo al dolor, al daño físico, o al embarazo, y 3) Conflictos circunscritos con el sexo o con la intimidad, y que incluyen: a) historial de trauma sexual (Alario Bataller, 1993), b) conflictos morales con la sexualidad, c) antagonismo actual con la pareja, y d) homosexualidad no resuelta.

Mientras que en la homosexualidad no resuelta, el trauma sexual y el antagonismo con la pareja pueden requerir psicoterapias individuales o de pareja para resolver la causa del conflicto antes de iniciar una terapia sexual, en el caso de alto nivel de estrés, miedo al dolor o al embarazo y conflicto moral o religioso, es posible la aplicación directa de la terapia sexual conjuntamente con el uso de técnicas para mitigar la preocupación específica. Utilizando técnicas de relajación para reducir el estrés, ofreciendo material didáctico para reducir el miedo al dolor o al embarazo, o promoviendo la reestructuración de cogniciones antagonistas al placer sexual para mitigar el conflicto moral se puede mitigar la causa inicial del vaginismo, dejando así vía libre para el entrenamiento conductual de los músculos vaginales. En los casos de conflictos menos circunstanciales o de un grado más intenso, se puede proceder con una terapia sexual cuando la persona ha evidenciado bastante superación de la causa original como para poder aplicarse en la tarea sexual

sin arriesgar una exacerbación en el conflicto original o sin provocar la utilización de defensas que resistirían a la terapia sexual.

Dejando aparte cualquier contribuyente premórbido al de la apariencia del síntoma del vaginismo, hemos de recurrir para conceptualizar mejor la dinámica de la condición, al modelo del condicionamiento pavloviano para explicar el reflejo muscular del cerramiento espasmódico, y al mismo tiempo, hemos de recurrir al condicionamiento operativo para explicar la fobia que se desarrolla secundariamente a los primeros intentos de penetración sin éxito.

Si las primeras experiencias sexuales están dominadas por la tensión (tensión creada por un trauma sexual previo, o por un conflicto moral, homosexual, o de pareja; tensión creada por la ignorancia, y subsiguiente exageración del riesgo físico de la penetración; o tensión creada por un daño real causado por un intento previo de penetración por el hombre inexperto o insensible; o simplemente una tensión residual a consecuencia de un estrés generalmente descontrolado), esta tensión hará que los músculos de la entrada vaginal se contraigan reflexivamente, y las contracciones musculares, conjuntamente con el intento de penetración del pene, exacerbarán cualquier dolor nominal asociado con la iniciación al coito; y estos primeros intentos de penetración con complicaciones elevarán, en efecto, el dolor y el miedo a un nivel real.

Después de un primer intento fracasado, el dolor y la ansiedad acompañante se generalizan en futuros intentos de penetración, perpetuando un incremento espiral en la tensión, con el resultante aumento de dolor y miedo, y la inevitable consolidación del vaginismo.

Después de unas cuantas repeticiones de este círculo vicioso, la mujer empieza a buscar maneras de evitar la situación angustiosa que representa cualquier intento de coito. Escapar de los encuentros sexuales tiene su recompensa (evitar el dolor y la frustración de la penetración fracasada) y, consecuentemente, refuerza la formación de una verdadera fobia. El resultante vaginismo ya presenta todos los síntomas de este síndrome: miedo a la penetración, tensión y ansiedad anticipadas al contacto genital, evitación del sexo para escapar al trauma imaginario. Cuando el sexo es forzado, cuando ella no lo ha podido evitar, contracciones espasmódicas impiden la penetración, causando dolor y humillación y perpetuando así el miedo a futuros intentos de realizar la introducción del pene.

El tratamiento del vaginismo requiere, entonces, el control de los tres componentes del “*feedback loop*” que componen la condición: 1) reducción en la causa de la tensión inicial, 2) extinción de la respuesta condicionada de contracciones musculares, y 3) descondicionamiento de la reacción fóbica tendente a evitar el intento de intromisión de cualquier falo en la vagina.

Muchas veces se ve con la recuperación del vaginismo la aparición de otra dificultad sexual, previamente tapada por el vaginismo. Con frecuencia se revelan disfunciones orgásmicas cuando la resolución del vaginismo permite el coito libre

(Masters & Johnson, 1970); pero, también puede evidenciarse la inapetencia en la mujer después de la recuperación del vaginismo. Es aconsejable, como lo es en el caso masculino de la recuperación de una disfunción eréctil, esperar un par de meses después del tratamiento con éxito del vaginismo para ver si las nuevas disfunciones desaparecen espontáneamente en el curso de la consolidación de los beneficios de la terapia ya realizada. De todas maneras, si la anorgasmia o la inapetencia persisten más allá de los dos meses postterapéuticos, es aconsejable empezar una segunda terapia para tratar la nueva disfunción.

Finalmente vale la pena comentar que, después de que la mujer ha efectuado su recuperación, se descubre en algunos casos que su pareja también sufre alguna disfunción sexual. En todo caso, es importante diagnosticar tal condición porque la incompetencia eréctil, no apreciada durante la época en que la penetración era imposible, puede evidenciarse durante o después del tratamiento de la mujer y puede causar irritaciones vaginales que tienden a perpetuar el vaginismo, si no se corrige. Con posterioridad al tratamiento del vaginismo, se han identificado también, en hombres con mujeres ya recuperadas del vaginismo, disfunciones como la eyaculación precoz e incluso la inapetencia sexual.

CONCLUSIÓN

El ejercicio de la terapia sexual es, al mismo tiempo, repetitivo e infinitamente variado. La aplicación de métodos conductuales al tratamiento de las disfunciones sexuales ha seguido programas sistemáticos que nos ayudan a diagnosticar y a tratar estos síndromes con orden y con eficacia; y el hecho de tener una orientación clara hacia un problema determinado proporciona confianza al profesional y, vicariamente, crea una expectativa positiva en el paciente respecto a la resolución de sus síntomas (Kelly, 1963). No obstante, el factor humano, en el campo de la sexología como en todo el campo de la psicología, es lo bastante variable como para exigir una continua flexibilidad en la adaptación de los métodos conductuales a las particularidades de cada paciente. En este sentido, se pueden aplicar los programas terapéuticos cognitivo-conductuales a las disfunciones sexuales con la confianza de que en la gran mayoría de los casos funcionarán. Pero, no se puede aplicar ninguno de ellos de manera mecánica, confiando ciegamente en el programa en sí mismo. En definitiva, aquí, como en los programas conductuales en general, se requiere aportar una dosis de humanismo para cada dosis de técnica dispensada (Lazarus, 1971).

La necesidad de ser flexible y “*orientado hacia las personas*” es absolutamente imprescindible cuando se trata de ejercer una terapia que requiere del paciente un trabajo intrapersonal que le obliga a desafiar sus viejas actitudes y sus viejos esquemas no funcionales y que le exige, además, un segundo esfuerzo para realizar una adaptación interpersonal que busca la habilidad de desnudarse emocionalmente delante de su pareja cuando la tendencia hasta ese momento ha sido la de aislarse del contacto íntimo y genuino. Los obstáculos que potencialmente pueden dificultar

este equilibrio delicado entre terapia intrapersonal e interpersonal son múltiples, y el paciente necesita tanto un terapeuta que le apoye comprendiéndole y animándole como un terapeuta técnico que le pueda guiar y dirigir.

Precisamente porque la terapia sexual es, en parte, una terapia interpersonal, no es siempre fácil identificar al paciente como el único responsable en la manifestación de un síntoma sexual circunscrito. La mayoría de las veces, la persona que se presenta con el síntoma sexual lleva a otra persona, necesariamente, a la terapia. Y, esta persona puede ser instrumental en el desarrollo, mantenimiento o curación de la disfunción sexual. En otras palabras, es necesario que el sexólogo esté sensibilizado respecto al papel que la pareja puede tener en el pronóstico favorable o desfavorable de la condición sexual, condición que aparentemente pertenece solamente a uno de los miembros de la pareja, pero que, en algunos casos, debe su existencia a la dinámica de la misma pareja.

Es aconsejable, con carácter de rutina, hacer la evaluación con los dos miembros de la pareja por separado ya que habrá en ocasiones información que no se compartirá con el terapeuta si la pareja está presente: En este sentido, se puede apreciar que la terapia conductual tendrá mucho menos éxito si se descuidan aspectos esenciales en el funcionamiento sentimental de la pareja tales como las relaciones extramatrimoniales, los conflictos reales entre los dos miembros, las expectativas o mitos maritales irreales y no alcanzables (Lazarus, 1985; Huber & Baruth, 1991), o la falta de habilidades comunicativas y afectivas por parte de uno o de los dos miembros de la pareja (Waring, 1988). Es esencial respetar en todas las fases de la terapia la importancia de la relación sentimental de la pareja en el funcionamiento sexual de sus miembros y, en este sentido, es casi siempre preferible incluir desde el inicio al compañero o compañera del paciente en la terapia. No obstante, habrá casos en que esta condición óptima no se pueda cumplir por motivos diversos, y sería un error negarse a la terapia simplemente por la ausencia física del esposo; mientras haya interés y cooperación con los objetivos de la terapia por parte de la pareja del paciente, es perfectamente factible ver en consulta solamente al paciente sintomático, y confiar en las fichas didácticas como método de comunicación con el miembro ausente de la pareja.

Para el paciente que acude a la consulta sin pareja, la posibilidad de incorporar un colaborador sexual remunerado es, muchas veces, un recurso imprescindible para proceder con la terapia. Aunque esta persona no asista a las consultas terapéuticas, su influencia sobre la sintomatología del paciente será notable, como en el caso de la pareja estable y, por esta razón, es necesario que el terapeuta entienda que en realidad está haciendo terapia no solamente con el paciente que tiene delante sino también con una pareja, a pesar de que la segunda persona de esa pareja no esté en la consulta. Por este motivo, la selección y cooperación adecuada del colaborador profesional son factores importantes que determinan en parte el éxito de la terapia.

La selección del colaborador sexual profesional requiere que el paciente esté

dispuesto a entrevistarse con más de un candidato antes de contratar los servicios de una persona. Sobre todo, es importante que el primer contacto con el colaborador no implique contacto sexual. Al principio de la entrevista, el paciente normalmente explicará con claridad al colaborador en potencia que él pagará la hora, pero que no quiere contacto físico, sino que quiere “hablar”. Si el paciente nota que el colaborador le inspira confianza, le explicará su propósito de pagarle por su participación en una terapia sexual. Le explicará en términos generales en qué consiste la terapia y solicitará la reacción del colaborador. Si el colaborador está de acuerdo en participar, el paciente puede concretar hora para otro día para empezar la terapia. Si el paciente no se siente suficientemente cómodo con el colaborador, es mejor que siga entrevistando a otras personas hasta encontrar el colaborador idóneo. Como es de suponer, en el mundo de la prostitución hay tanta variedad de caracteres como en el mundo en general, y la selección del colaborador se puede hacer entre los profesionales disponibles siguiendo un criterio bastante amplio que deje al paciente elegir según sus inclinaciones personales. De hecho, el único criterio que el terapeuta habría de imponer desde el principio es que el colaborador sea capaz de mostrar interés y paciencia, y que esté motivado a participar en la terapia. Las otras características del colaborador, si es más o menos hablador, más o menos atractivo, etc., serán características que el propio paciente tendrá en cuenta a la hora de decidirse. Como se trata de un trabajo especial, suele ofrecerse al colaborador el doble de lo que cobra por una hora, y, claro está, el paciente recibirá instrucciones de usar siempre un preservativo (o de insistir para que el colaborador se lo ponga, si se trata de un paciente femenino) antes de entrar en contacto físico con el colaborador (21).

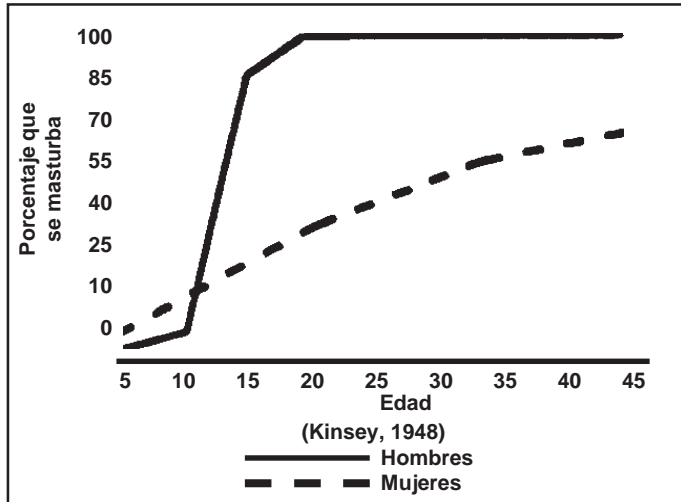
Una vez conseguidas las metas de la terapia, surge el tema del mantenimiento. Está claro que, después de conseguir cualquier nuevo hábito o nueva manera de actuar, es necesario lograr su consolidación mediante la práctica continuada. En sexoterapia, se empieza a espaciar la frecuencia de las consultas poco después de haber acabado el curso prescrito para el tratamiento de la disfunción sexual diagnosticada. Normalmente, una vez finalizado el curso terapéutico, el paciente mantiene contacto con el centro durante tres meses, siendo citado cada dos semanas durante un mes, y después citándole mensualmente durante los dos meses restantes. Durante estos “chequeos” se habla de cualquier dificultad que pudiese haber surgido y se anima a la pareja a mantener el interés y las prácticas sexuales que adquirió durante el curso terapéutico. Es más, se anima a la pareja a continuar creciendo sexualmente y a descubrir su manera particular de expresar el afecto y de hacer el amor; ya que, si existen unas cuantas maneras identificables de hacer el amor erróneamente, no hay límite en cuanto a las variaciones existentes para hacerlo bien. Hay tantas como parejas en el mundo.

NOTAS:

- (1) Es suficiente que el paciente entienda la diferencia existente entre los sistemas nerviosos central y autónomo y que el profesional haga una breve distinción entre las ramas simpática y parasimpática del sistema autónomo, con referencia al factor de interferencia del estrés y la tensión (para la inhibición de la rama parasimpática) durante la fase de excitación y el factor facilitador de la tensión (para la estimulación de la rama simpática) durante la fase orgásmica.

- (2) La fluctuación de la apetencia sexual es considerablemente variable en relación a la edad y el sexo del sujeto. (Ver figura).

- (3) Normalmente es posible determinar la raíz de la impotencia en la primera visita, basándose en la experiencia del paciente. A pesar de esto, hay hombres que no se han observado suficientemente para poder decir cuándo tienen dificultades en la erección, y en estos casos es necesario instruir al paciente para que determine si su dificultad es absoluta o solamente situacional.



El hombre que no se masturba puede dudar si su impotencia con mujeres la provoca la proximidad de ellas u otras razones puramente fisiológicas. En todos los casos se puede entrenar al paciente en la forma de observarse durante la noche para comprobar si tiene una erección nocturna. El hombre sano mantiene la erección un promedio del 20 por ciento del tiempo que duerme, principalmente durante la fase de REM. Si se puede demostrar que la erección se manifiesta durante el sueño, la impotencia es situacional y la causa probablemente psicológica. A pesar de que existe una tecnología específica para registrar la erección nocturna (el llamado "NPT" *Nocturnal Penil Tumescence*), una sencilla observación por parte del paciente sin una tecnología avanzada puede demostrar la presencia o la ausencia de la erección nocturna en la mayoría de los casos. Pero, si el paciente aún no ha podido observar directamente la erección nocturna una vez informado de cómo hacerlo (poniendo el despertador múltiples veces durante la noche para procurar despertarse en medio de un sueño), se puede recurrir a la observación indirecta simplemente envolviendo el pene flácido con una tira de sellos de correos pegando un extremo de la cadena al otro para formar un anillo que envuelva el pene (el llamado «Stamp-Test»). Si el anillo de sellos no está roto al despertarse al día siguiente, es probable que la impotencia tenga una base física, y se considera que está plenamente indicada una visita al andrólogo.

- (4) La nosología tradicional establece diferencias entre la impotencia primaria y la impotencia secundaria; en la primaria el hombre no ha podido realizar nunca el coito, mientras que en la secundaria el hombre ha podido conseguir al menos en una ocasión la penetración, pero después han aparecido las actuales dificultades que hacen que no pueda mantener la erección durante el acto sexual. Nosotros preferimos la terminología transitoria vs. crónica para clasificar la impotencia psicógena porque la distinción inherente a esta terminología se ajusta más a criterios clínicos, permitiendo al profesional orientarse mejor en cuanto a prescribir el plan terapéutico adecuado para cada diagnóstico.
- (5) El tratamiento para la disfunción eréctil en el caso del hombre que mantiene una pareja homosexual es esencialmente el mismo, reemplazando la mujer participante por el compañero masculino.
- (6) Dado que la eyaculación está controlada por la vía simpática del sistema nervioso, cualquier intento de controlarla voluntariamente mediante el sistema nervioso central sitúa al proceso natural frente a la voluntad

de la persona, y de esta oposición suele surgir una exacerbación de estrés y, consecuentemente, un incremento en la actividad simpática, cosa que potencia aún más la eyaculación. Esta lección la aprendieron muy pronto los profesionales del *biofeedback* que observaron que los pacientes que intentaban reducir su tensión “a la fuerza” solían acabar los ejercicios de la sesión de entrenamiento en relajación con más tensión que cuando la empezaron.

- (7) Otro factor de ansiedad encontrado muchas veces en la eyaculación precoz es el efecto residual de la acumulación de estrés no directamente relacionado con el sexo. Las personas con tendencia a sufrir inseguridad generalizada, con rasgos de perfeccionismo y compulsión como defensa para evitar sensaciones de vulnerabilidad hacia la crítica de los demás, pueden padecer altos niveles de estrés crónico a causa de su estilo de vida. Un alto nivel de estrés predispone a la eyaculación precipitada, ya que el sistema simpático está sobrecargado.
- (8) Son pocas las condiciones médicas asociadas con la eyaculación precoz; efectos secundarios de fármacos, diabetes, enfermedades neurológicas (esclerosis múltiple), y trastornos urológicos como la uretritis han sido relacionados en un número muy reducido de casos de eyaculación precoz. El criterio para hacer una consulta al urólogo en casos de eyaculación precoz es que aparezca cualquiera de las siguientes complicaciones: 1) padecer una enfermedad circulatoria, neurológica o sistémica, 2) tomar alguna medicación, 3) tener dificultades para conseguir la erección, 4) padecer algún trastorno en el deseo sexual, 5) haber perdido el control eyaculatorio súbitamente en casos que antes no mostraban síntomas de eyaculación precoz (Kaplan, 1990).
- (9) Aproximadamente un 7% de incidencia en las consultas realizadas por hombres (Hawton, 1988).
- (10) Los medicamentos más relacionados con la eyaculación retardada son: los antidepresivos (tricíclicos e inhibidores de la monoaminooxidasa), algunos antihipertensivos, los barbitúricos, algunos tranquilizantes mayores y diversas hormonas que incluyen corticoides y estrógenos.
- (11) Si el paciente puede llegar a la eyaculación sin demasiada dificultad con la masturbación, este hecho argumenta a favor de un componente psicológico, de tipo interpersonal, en la dinámica de la eyaculación retardada, especialmente cuando la condición solamente se manifiesta durante el mantenimiento intravaginal del pene. Con estas circunstancias, y si se tiene la certeza de que el paciente no toma ningún tipo de medicamento, la consulta con el urólogo se puede considerar opcional.
- (12) Está claro que también existen hombres con un conflicto moral y su inhibición puede manifestarse en dificultades para efectuar la eyaculación. En este sentido, casos como el hombre que no haya experimentado nunca un orgasmo, ni siquiera nocturno, o como el que lo consigue con mucha dificultad ante una mujer, por vergüenza, pueden tener su origen en una educación sexual marcadamente negativa. En el caso de que la eyaculación retardada en el paciente esté provocada por un conflicto moral, es aconsejable proceder con un tratamiento análogo al de anorgasmia femenina.
- (13) Quizás el síntoma manifiesto (eyaculación precoz o retardada) está determinado por el hecho de que la distracción sea o no verdadera. Mientras el hombre que sufre de eyaculación retardada se centra casi exclusivamente en la mujer para ver cómo responde ella, el hombre que sufre de eyaculación precoz intenta distraerse de sus sensaciones sexuales, pero no lo consigue, y está mucho más pendiente de su propia reacción que de cualquier otra cosa, a pesar de su deseo de mantener la atención fuera del ámbito genital.
- (14) Observaciones clínicas (Masters & Johnson, 1970) indican que este sobrecontrol no se adquiere con el tiempo, sino que el hombre presenta una inhabilidad para llegar al orgasmo espontáneamente desde el inicio de sus experiencias sexuales.
- (15) Puede parecer que discrepamos de Kaplan (1981) cuando dice “Recuerde que la manera de retrasar el orgasmo es concentrarse en sus sensaciones y la manera de acelerarlo es distraerse con ideas eróticas”. De hecho, la técnica de distraerse con fantasía erótica para potenciar la eyaculación se recomienda aquí para el tratamiento de la eyaculación retardada cuando procede de inhibición a causa del conflicto moral (véase la nota número 12). Sin embargo, en el caso de eyaculación retardada a causa de la distracción o sobrecontrol, la terapia preferida es la de promover el autoenfoque y potenciar la concentración sobre las sensaciones que proceden del contacto sexual real.
- (16) Algunas de las condiciones que pueden reducir la capacidad de experimentar el orgasmo en la mujer son: adherencias clitoriales, debilidad de los músculos pubocoxígeos, esclerosis múltiple, neuropatías alcohólicas, diabetes mellitus, lesiones traumáticas (por accidente o cirugía) que afecten a la médula espinal o al sistema autonómico al nivel espinal, deficiencias tiroideas, y enfermedades hepáticas o renales. Algunos de los medicamentos que pueden retardar o impedir el orgasmo femenino son: sedantes (por ejemplos

- alcohol o barbitúricos), narcóticos, antidepresivos y antihipertensivos (especialmente los alfabloqueantes).
- (17) Ponemos aquí el énfasis sobre los factores socio-psicológicos que explican las diferencias observadas en el interés sexual y la facilidad orgásmica de los dos sexos. No descartamos, sin embargo, la posibilidad real de que existan diferencias biológicas respecto al interés por el sexo. Al menos se ha de reconocer que la subida espectacular en la actividad masturbatoria de los chicos postpuberales en contraste al incremento más gradual en la autoestimulación en las chicas, difícilmente tiene una explicación puramente socio cultural, especialmente cuando consideramos la conclusión de Kinsey (1948) de que solamente la edad del inicio de la pubertad, es decir, la súbita androgenación del cuerpo, tiene influencia significativa en determinar cuándo aparecerá la primera experiencia orgásmica en el sexo masculino.
 - (18) Tradicionalmente, las disfunciones orgásmicas en la mujer se han clasificado según el criterio de si: 1) la mujer puede sentir el orgasmo en algunos contextos pero no en otros, o 2) la mujer nunca ha experimentado el orgasmo, ni con coito ni con autoestimulación ni con estimulación manual o bucal por su compañero. La primera clase se diagnostica como disfunción orgásmica secundaria o situacional, y la segunda como disfunción orgásmica primaria, o anorgasmia. El diagnóstico de la disfunción orgásmica en términos de primer o segundo grado no altera la aplicación del plan terapéutico para el tratamiento de la disfunción y, por tanto, las palabras “anorgasmia” y “disfunción orgásmica” se utilizan aquí indistintamente.
 - (19) Algunas condiciones que pueden obstaculizar directamente la penetración por razones anatómicas, o que impiden la intromisión por razones fisiológicas, son (Kaufman, 1985): himen imperforado, cribiforme, septe o rígido; defectos congénitos como la agénesis vaginal, o la vagina corta o septe; glándulas con abscesos, especialmente las glándulas de Bartolino; infecciones vaginales como pelviperitonitis y parametritis; infecciones urinarias como la uretritis; irritaciones causadas por una insuficiente lubricación vaginal, especialmente prevalente en la menopausia; dermatosis química como resultado de la sensibilidad a los aerosoles desodorantes; y fricción mecánica, como la producida por llevar tejanos demasiado estrechos o por soportar intentos de penetración frustrados del hombre con dificultades eréctiles (Véanse las páginas 41 y siguientes).
 - (20) El hecho de que la condición se compone de contracciones reales de los músculos que protegen la entrada de la vagina hace que el vaginismo se considere psicossomático y no histérico.
 - (21) Una parte didáctica importantísima en la terapia sexual es la de hablar de los riesgos de embarazo (del Hoyo Calduch, 1985) y de contagio de enfermedades infecciosas asociadas con el sexo (del Hoyo Calduch, 1985). Puesto que el paciente que consulta al psicólogo por razones sexuales suele ser relativamente joven, es necesario asegurarse de que está bien informado sobre las normas de higiene sexual y sobre el control del embarazo. Muchas veces se encuentra que es necesario corregir un déficit de información en esta área (Ferrer, 1986).
-

Las disfunciones sexuales constituyen una categoría nosológica de disintos síndromes psicofisiológicos que afectan por inhibición a la respuesta sexual en cualquiera de sus tres fases: deseo, excitación y eyaculación u orgasmo.

Palabras clave: disfunciones sexuales, inhibición, deseo, excitación, eyaculación, orgasmo.

Nota Editorial:

Porciones de este artículo han sido publicadas en Muse, M. & Frigola, G. (1992). *Manual Didáctic per al Tractament de Disfuncions Sexuals*. Girona: Mensana Publications. El artículo completo nos ha sido remitido por la autora con el permiso para su publicación.

Referencias bibliográficas:

- ALARIO BATALLER, S. (1993). *Intervención psicológica en víctimas de violación*. Valencia: Promolibro.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Third Edition, Revised. Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- CRENSHAW, T. (1983). *Bedside manner: your guide to better sex*. New York: Pinnacle Books, Inc.
- GRIFFITT, W., & HATFIELD, E. (1985). *Human sexual behavior*. London: Scott, Foresman and Company.
- DEL HOYO CALDUCH, J. (1985). *L' embaràs*. Barcelona: Proa Edicions.
- DEL HOYO CALDUCH, J. (1985). *Malalties de transmissió sexual*. Barcelona: Proa Edicions.
- FERRER, F. (1986). *L'educació sexual a preescolar i E.G.B.* Barcelona: Ediciones CEAC.
- HAWTON, K. (1988). *Terapia sexual*. Barcelona: Ediciones Doyma, S.A.
- HEIMAN, J., & LOPICCOLO, J. (1989). *Para alcanzar el orgasmo: Un programa de crecimiento sexual y personal para la mujer*. Barcelona: Grijalbo.
- HITE, S. (1992). *El informe Hite sobre la sexualidad masculina*. Barcelona: Plaza & Janés.
- HUBER, C., & BARUTH, L. (1991). *Terapia familiar racional-emotiva*. Barcelona: Herder.
- HUNT, M. (1974). *Sexual Behavior in The 70's*. Chicago: Play Boy Press
- KAPLAN, H. (1981). *El sentido del sexo*. Barcelona: Grijalbo.
- KAPLAN, H. (1986). *La nueva terapia sexual*. Madrid: Alianza Editorial.
- KAPLAN, H. (1988). *Manual ilustrado de terapia sexual*. Barcelona: Grijalbo.
- KAPLAN, H. (1990). *La eyaculación precoz*. Barcelona: Grijalbo.
- KAUFMAN, S. (1985). La evaluación ginecológica en los trastornos orgásmicos de la mujer. En H. Kaplan (Ed.), *Evaluación de los trastornos sexuales*. Barcelona: Grijalbo.
- KELLY, G. (1963). *The Psychology of Personal Constructs*. New York: The Norton Library.
- KINSEY, A., POMERY, W., & MARTIN, C. (1948). *Sexual Behavior in the Human Male*. Philadelphia: Saunders.
- KINSEY, A., POMERY, W., MARTIN, C. & GEBHARD, P. (1953). *Sexual Behavior in the Human Female*. Philadelphia: Saunders.
- LAZARUS, A. (1971). *Behavioral Therapy and Beyond*. New York: McGraw-Hill.
- LAZARUS, A. (1985). *Mitos maritales*. Buenos Aires: IPPEM.
- MALO DE MOLINO, C. (1992). *Los españoles y la sexualidad*. Madrid: Ediciones Temas de Hoy.
- MASTERS, W., & JOHNSON, V. (1970). *Human Sexual Inadequacy*. Boston: Little, Brown & Company.
- MASTERS, W., & JOHNSON, V. (1972a). *Respuesta sexual humana*. Buenos Aires: Intermédica.
- MASTERS, W., & JOHNSON, V. (1972b). *Incompatibilidad sexual humana*. Buenos Aires: Intermédica.
- MESTON, C. (1992). *Psychoactive drugs and human sexual behavior*. Journal of Psychoactive Drugs. 24.
- MEYER, J. (1980). Psychotherapy in sexual disfunctions. En Karasu, T., & Bellack, L. (Eds), *Specialized Techniques in Individual Psychotherapy*. New York: Brunner/Mazel.
- MUSE, M. (1993). Presentación. En S. Alano (Ed.), *Intervención psicológica en víctimas de violación*. Valencia: Promolibro.
- MUSE, M., FRIGOLA, G., & DEL RÍO, R. (1994). *Tratamiento de disfunciones sexuales: manual terapéutico*. Madrid: Tea Ediciones S.A.
- MUSE, M., & MACFARLAND, D. (1994). *La convergencia de la psicología y la psiquiatría: el uso de la medicación conductualmente*. Simposio en el Segundo Congreso Internacional de Psicoterapia Ecléctica. Lion, France.
- RECKLER, J. (1985). Evaluación urológica de los trastornos eyaculatorios: Disfunciones orgánicas en el varón con eyaculación precoz y retardada. En H. Kaplan (Ed.), *Evaluación de los trastornos sexuales*. Barcelona: Grijalbo.
- RUIZ-CASTAÑÉ (1992). *Enfermedades de la peyronie: Generalidades y tratamiento quirúrgico conservador*. Barcelona: Fundació Puigvert.
- SEMANS, J. (1956). Premature ejaculation: A new approach. *Southern Medical Journal*, 49, 353-357.
- STEGER, J. (1978). Cognitive behavior strategies in the treatment of sexual problems. In Foreyt, J. & Rathjen, D. (Eds.), *Cognitive Behavior Therapy*. New York: Plenum.
- WARING, E. (1988). *Enhancing Marital Intimacy Through Facilitating Cognitive Self-Disclosure*. New York: Brunner/Mazel.