

Evaluación y tratamiento de las Disfunciones Sexuales: Un modelo de intervención

Pere Font
Psicólogo

Director del Institut d'Estudis de la Sexualitat i la Parella, de Barcelona (www.iesp.cat)
Director del Master de Sexología clínica y salud sexual de la Universitat de Lleida (www.masterensexologia.com)

resumen/abstract:

Se presenta un resumen del modelo de trabajo utilizado en el Instituto de Estudios de la Sexualidad y la Pareja en relación a la evaluación y tratamiento de las disfunciones sexuales. Se presentan los antecedentes en que se basa dicho modelo, así como algunas de las pautas y referencias que lo definen.

A summary of the working model used at the Instituto de Estudios de la Sexualidad y la Pareja regarding the evaluation and treatment of sexual dysfunctions. Provides background on which this model as well as some guidelines and references that define it.

palabras clave/keywords:

Disfunción sexual – Terapia sexual – Enfoque multidisciplinar

Sexual dysfunction - Sexual Therapy - multidisciplinary approach

Introducción

Se calcula que aproximadamente un 45% de las personas que viven en las sociedades desarrolladas tendrán una disfunción sexual a lo largo de su vida, pero solamente consultarán a un profesional entre el 2% y el 5% de los y las afectadas.

Esto indica hasta qué punto es una gran dificultad para un elevado número de personas -todavía hoy en día- hablar sobre ciertos aspectos de la vida sexual, especialmente con un/a desconocido/a, por muy profesional que sea. En los hombres suele actuar el miedo a ser clasificado por debajo del estándar esperado, respecto al rendimiento o

capacidad de provocar placer en la pareja. Así, una eyaculación precoz o una disfunción eréctil pueden convertirse en una tragedia que cuestiona hasta la raíz la propia masculinidad. En las mujeres, a menudo, la dificultad estriba en el miedo a no ser normal, a ser diferente, a no ser capaz o no servir para satisfacer el deseo de la pareja.

En todo caso, cabe considerar que una disfunción sexual menoscaba la calidad de vida del individuo y la calidad de relación de la pareja, hasta el punto de que la insatisfacción sexual acaba siendo la causa de al menos 1 de cada 4 divorcios que se producen en este país.

Etiología de las disfunciones sexuales

En este artículo se tratará indistintamente de las relaciones sexuales de etiología fisiológica y de las de etiología psicológica, y aunque su aparición y desarrollo siguen caminos diferentes, debería considerarse que en las disfunciones sexuales de origen psicológico la etiología es **multicausal**, ya que, a menudo, se encuentran diversos factores asociados entre sí:

- Expectativas exageradas sobre la actuación sexual
- Miedo al rechazo y/o al fracaso
- Inseguridad sobre el propio cuerpo
- Inseguridad sobre las propias capacidades
- Baja autoestima
- Actitud negativa hacia la sexualidad
- Valores culturales o religiosos rígidos
- Pobre o inadecuada información sexual
- Mitos y creencias erróneas
- Primeras experiencias sexuales insatisfactorias
- Baja capacidad de control de la ansiedad
- Anticipación del fracaso en base a experiencias previas
- Desavenencias conyugales / problemas de pareja
- Miedo a la intimidad

lo que contribuye a que la terapia sexual tenga una variedad de casuística, a pesar de que en ocasiones el tratamiento de algunas disfunciones tenga un cierto grado de estereotipación.

Bases de la Terapia sexual

El modelo de Masters y Johnson

En la historia de la terapia sexual existe un punto de inflexión que cambia para siempre la manera de entender la intervención clínica en este ámbito. A mediados de los 60, Masters y Johnson publican *La respuesta sexual humana (1966)*, a la que sigue *Incompatibilidad sexual humana (1970)*, en donde asientan las bases de un nuevo enfoque revolucionario para el tratamiento de las disfunciones sexuales.

Este enfoque se caracteriza por los siguientes factores:

1. **El paciente es la pareja**, no solamente el individuo que “padece” la disfunción.
2. **El equipo terapéutico está formado por una pareja de profesionales**, debido al nivel de prejuicios prevalentes en la sociedad de la época.
3. **Recogida de datos es muy precisa**, dado que se solicita información no solo de los aspectos relacionados directamente con la disfunción sino también sobre aspectos emocionales y relacionales.
4. **Evaluación del nivel de información sexual previo a la intervención**, para facilitar la información necesaria para el correcto desarrollo de la intervención.
5. **Evaluación de la calidad de la comunicación interpersonal**, así como de los posibles miedos e inseguridades de la pareja.
6. **Evaluación de los condicionantes sociales, educativos y religiosos**, que puedan tener algún tipo de influencia

en la aparición o mantenimiento de la disfunción.

7. Aislamiento durante la terapia. La pareja se concentra exclusivamente en la tarea, y dedica un tiempo determinado a las entrevistas y a las tareas.

8. Modelo de intervención sustentado en indicaciones y tareas precisas.

En resumen, Masters y Johnson nos proponen un modelo de intervención muy estructurado y focalizado, de corta duración, en pareja, de base fisiológica, conductual y cognitiva, que tiene muy en cuenta los aspectos relacionales de la pareja, así como una variedad de condicionantes sociales y educativos, con tareas, técnicas y prescripciones concretas, que exigen un elevado grado de implicación en el proceso.

En la actualidad muchas de las aportaciones de Masters y Johnson siguen plenamente vigentes, aunque por motivos diversos, algunos de sus factores de éxito son, hoy en día, de difícil aplicación, especialmente el uso de parejas de co-terapeutas, el aislamiento durante la terapia, y la exhaustiva selección de pacientes, lo que hacía que sus porcentajes de éxito fueran muy superiores a los conseguidos por otros excelentes terapeutas.

Aportaciones de HS Kaplan

Unos pocos años después del éxito de Masters y Johnson, la psiquiatra HS Kaplan (1974) revisa a fondo su modelo de intervención y propone algunas modificaciones al respecto

En primer lugar, a diferencia de Masters y Johnson que consideran un modelo de respuesta sexual formado por 4 fases: excitación – meseta –orgasmo – resolución, Kaplan plantea un modelo de 3 fases: deseo

– excitación – orgasmo, que son las que tienen interés desde el punto de vista clínico, y en el que el deseo adquiere una mayor relevancia que en el modelo anterior.

Asimismo, Kaplan recupera el valor del análisis psicodinámico, personal y relacional, que sobrepone –que no sustituye– al modelo de Masters y Johnson.

Finalmente Kaplan aporta una visión más global y pedagógica de la terapia sexual, lo que conoce cualquiera que haya leído sus publicaciones que, a pesar de los años, siguen siendo de notable interés.

Es obligatorio citar también las recientes aportaciones de R. Basson (2003) que, aunque se refieran exclusivamente a las disfunciones sexuales de las mujeres, contienen diversos elementos de gran interés, como el desarrollo de una visión más circular que lineal de la respuesta sexual, en la que no siempre se situaría el deseo como punto de partida, sino que en algunas ocasiones el inicio estaría relacionado en mayor medida con la intimidad.

En España también se han producido aportaciones importantes entre las que destaca claramente el modelo de intervención sexual de Carrobbles (1991), que detallaremos al final de este artículo.

Enfoque multidisciplinar en sexología clínica

Atendiendo a la variedad de etiología y de posibles estrategias terapéuticas, cada vez más la intervención en sexología excede el ámbito de competencias de un solo profesional, por lo que el trabajo en equipo de configuración multidisciplinar se convierte en un requisito fundamental.

Creemos que la discusión sobre si las disfunciones son fundamentalmente psicológicas o

fisiológicas es irrelevante a estas alturas, ya que el correcto abordaje de una disfunción sexual requiere la mayoría de las veces de un enfoque compartido y colaborativo entre diversos profesionales, con roles y protocolos bien definidos. Por ello, la sexología actual requiere un enfoque multidisciplinar y trabajo en equipo, inexcusablemente.

Clasificación de las disfunciones sexuales

Existen diferentes clasificaciones de los trastornos o disfunciones sexuales, aunque la más conocida y utilizada es la propuesta en el DSM-IV (1994).

Aceptando que el DSM-IV pueda tener una clara utilidad a diferentes niveles, que la tiene, también creo que conviene ser muy crítico con el hecho de que, por ejemplo, la eyaculación precoz, o la falta de deseo sexual figuren en un tratado sobre trastornos mentales, lo que no deja de ser una situación completamente absurda. Personalmente creo que en el futuro deberían definirse otras guías de referencia y de consenso profesional para aquellos trastornos que requieran de un abordaje clínico, que creen un contexto del que no se derive ningún tipo de estigmatización.

Clasificación de los trastornos sexuales: DSM-IV (1994)

- Trastorno de la erección en el varón
- Trastorno orgásmico femenino
- Eyaculación precoz
- Trastorno de la excitación sexual en la mujer
- Deseo sexual hipoactivo
- Trastorno por aversión al sexo
- Trastorno orgásmico masculino
- Dispareunia (dolor a la penetración)
- Vaginismo
- Trastorno sexual inducido por sustancias
- Trastorno sexual debido a enfermedad médica

Para cada uno de estos trastornos, conviene especificar si es:

- **Primario:** La disfunción es “de toda la vida”.
- **Secundario o adquirido:** Hay antecedentes de periodos de buen funciona-

miento, o se presenta a partir de un determinado momento.

Si el síntoma es:

- **Generalizado:** Se manifiesta en todas las situaciones.

- **Situacional:** Se manifiesta solo en algunas circunstancias.

Si la afectación es:

- **Parcial:** Cuando la función sexual no está completamente afectada.
- **Total:** Cuando la función sexual no se puede desarrollar.

Ejemplos:

- Hombre con eyaculación precoz, de aparición reciente, coincidente con el inicio de la relación con la actual pareja. No había precocidad en relaciones anteriores. (Eyaculación precoz *secundaria*)
- Hombre que no tiene erecciones con su esposa, pero que si las tiene con su amante. (Disfunción eréctil *situacional*)
- Mujer que relata la progresiva pérdida de deseo sexual, aunque en ocasiones esporádicas el deseo se manifiesta por breves períodos de tiempo (Falta *parcial* de deseo sexual)

En 2013 está anunciada la próxima edición del manual, el DSM-V que incorpora diversas novedades, aunque algunas todavía están en fase de discusión, como por ejemplo si se incluye o no entre las disfunciones sexuales la hipersexualidad.

A pesar de que el uso del DSM-IV esté generalizado, se han desarrollado otros sistemas clasificatorios, habitualmente a cargo de profesionales de la sexología, que han propuesto sistemas mejor adaptados la actividad concreta de un centro especializado en el tratamiento de las disfunciones sexuales.

De estas aportaciones, destacan dos:

- **El Sistema multiaxial orientado al problema** (Schover, Friedman, Wei-

ler, Heiman y Lopiccio, 1982), que pretendía facilitar el consenso entre profesionales, mejorar la predicción del pronóstico y ayudar en la concreción del plan terapéutico.

- **La clasificación de la Federación Latinoamericana de Sociedades de Sexología y Educación Sexual** (FLASSES, 2008). En esta clasificación destaca la exhaustividad al relatar todas las posibles patologías que se pueden presentar en el ámbito clínico, aunque su punto débil es la falta de un criterio multiaxial.

Otras consultas relacionadas con el malestar sexual, de difícil clasificación

A menudo se presentan pacientes con demandas que no encajan en los sistemas clasificatorios habituales, pero que se señalan a continuación porque forman parte del día a día del especialista en sexología:

- **Difícil compatibilidad sexual:** Se refiere a dificultad reiterada para efectuar los ajustes necesarios para que la relación sexual consista en una experiencia satisfactoria para ambos miembros de la pareja.
- **Insatisfacción sexual general:** A menudo está relacionada con el desarrollo de expectativas excesivas sobre la relación sexual, que al no convertirse en realidad generan frustración. Por ejemplo el caso de una mujer que, a pesar de disponer la información necesaria y adecuada, sigue esperando que algún día llegará al orgasmo a través del coito
- **Dudas sobre la normalidad de la propia conducta sexual:** Derivadas habitualmente de la confrontación de la propia sexualidad con aquello que

la sociedad o los medios de comunicación consideran normal.

- **Pobre experiencia sexual:** Normalmente asociada a falta de información, de imaginación, a pasividad y a conformismo.
- **Monotonía y rutina:** Uno de los grandes temas de consulta, más allá de las disfunciones sexuales. Se suele dar en parejas en las que la monotonía y la rutina se han instalado en los diferentes ámbitos de la relación.
- Y finalmente, y aunque parezca sorprendente a estas alturas, nadie debe sorprenderse de que una de las quejas habituales sea respecto de la **falta de higiene** o de los olores corporales de uno de los miembros de la pareja.

En todo caso, y dado que la descripción, una a una, de las diferentes disfunciones sexuales se escapa del espacio asignado a este artículo, remitimos al lector interesado a cualquiera de los diversos manuales existentes en el mercado, especialmente al de F. Cabello (2010) *Manual de sexología y terapia sexual*, que nos parece el más cercano al estilo de trabajo de nuestro Instituto.

Evaluación de las disfunciones sexuales

Existen en la literatura especializada diferentes propuestas para la evaluación de las disfunciones sexuales, en base al modelo teórico al que el profesional se adscribe, o en base a la formación de cada profesional, en tanto que psicólogo o médico, lo que deriva en que cada uno haga mayor hincapié en unos aspectos u en otros.

La propuesta que sigue a continuación es el modelo de trabajo que seguimos los profesionales del **Instituto de Estudios de la Sexualidad y la Pareja**, en Barcelona, en

el que partimos de la configuración de un equipo multidisciplinar formado por cinco psicólogos/as, una psiquiatra y dos fisioterapeutas. Asimismo contamos con la colaboración externa de diversos ginecólogos/as y andrólogos/as, con los que hemos consensuado una serie de pautas para la coordinación de los casos que compartimos.

Para el desarrollo completo de la evaluación en sexología, que entendemos que es un proceso continuo que incluye especialmente la primera sesión pero también las siguientes, se requiere la gestión de cinco recursos clave: a) la entrevista y la historia clínica, b) evaluación por parte de otros profesionales c) el uso de cuestionarios específicos, d) el uso de autorregistros y e) la prescripción de tareas intersesiones

Entrevista sexológica inicial e Historia clínica

(A efectos descriptivos asumiremos que la entrevista que a continuación detallamos se desarrolla en pareja y que, aunque el formato de trabajo es el de un equipo multidisciplinar, el entrevistador es psicólogo/a).

Nuestro modelo de entrevista se basa en un guión de conversación con una serie de apartados predefinidos, que son abordados de manera fluida, lo que creemos que ayuda notablemente a los pacientes a sentirse más cómodos y relajados, que si la conversación está guiada por las preguntas de un cuestionario.

Presentamos a continuación los diferentes apartados de este guión de conversación, ya que creemos que definen en gran parte nuestro estilo de trabajo:

1. Datos personales de los dos miembros de la pareja, incluido un genograma básico: En nuestro equipo damos mucha impor-

tancia al primer contacto con los pacientes, por este motivo es el profesional que se hace cargo del caso el que hace la primera recogida de información, con la finalidad de disponer de unos pocos minutos de conversación trivial durante la recogida de los datos personales –con la finalidad de que la pareja se relaje un poco, pero también para hacer una primera observación de, por ejemplo si se han sentado cerca o lejos entre ellos, si se miran o no, etc.-, y en los que el profesional aprovecha para presentarse y presentar el centro.

Una vez en este punto, efectuamos la pregunta inicial: ¿En qué podemos ayudarles? Esta pregunta es fija y tiene una doble finalidad: en primer lugar hablamos en plural para dejar claro en todo momento que en nuestro centro se trabaja en equipo; en segundo lugar, porque la pregunta que formulamos im-

plica la adopción de un rol complementario, es decir el terapeuta ayuda a la pareja a encontrar las soluciones más adecuadas, pero en realidad el protagonista del proceso de cambio es la propia pareja. Se trabaja sobre las soluciones que la pareja puede generar o asumir con la ayuda del terapeuta, no con las soluciones del terapeuta.

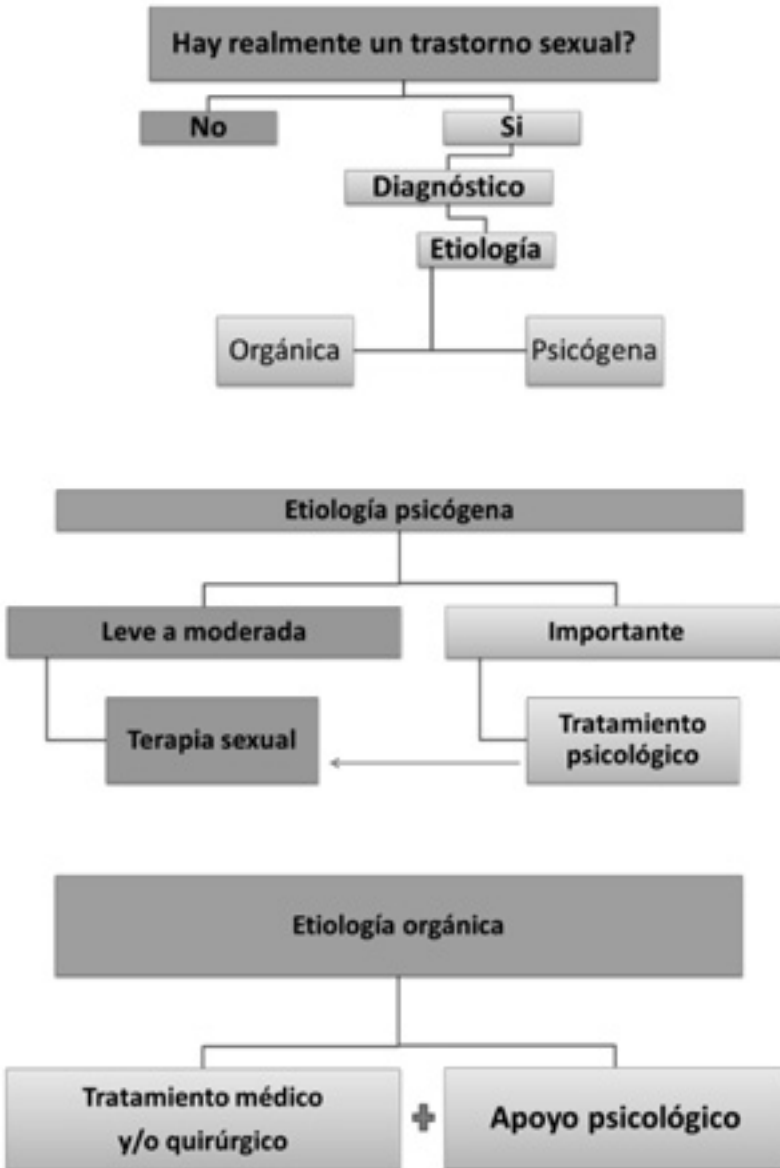
2. Descripción detallada del motivo de consulta: Como en cualquier entrevista clínica conviene obtener una descripción exhaustiva del motivo de consulta: Qué sucede, cuándo, desde cuándo... pero también de cuándo se producen las excepciones al problema; por ejemplo, si un paciente nos habla detalladamente de su falta habitual de deseo sexual, deberemos prestar mucha atención a las circunstancias, aunque sean excepcionales, en las que el deseo sexual se activa espontáneamente.

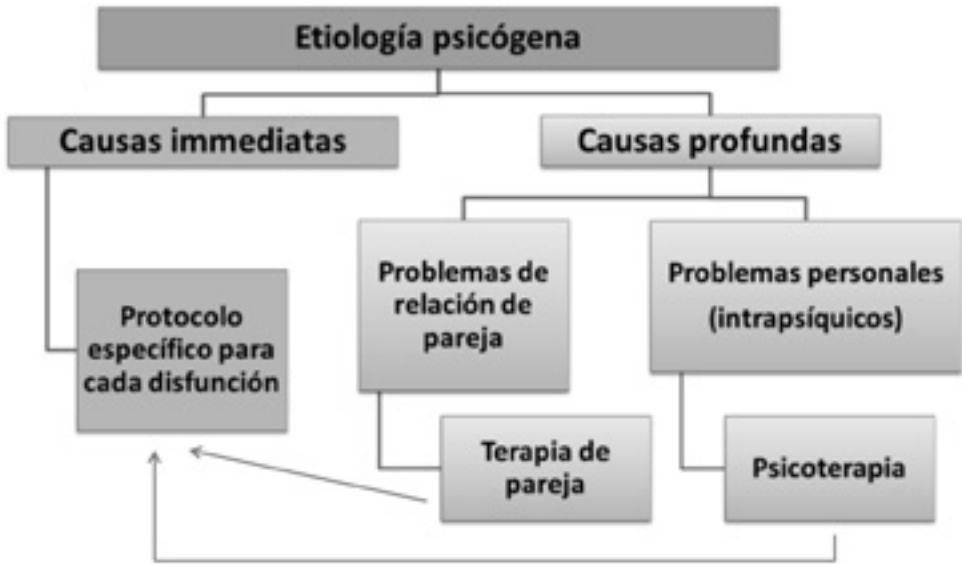


Adaptado de: Kaplan, HS (1983) Evaluación de los trastornos sexuales. Barcelona: Grijalbo

Una de las cuestiones importantes a valorar en la entrevista sexológica es la de si existe en realidad un problema sexual, y si es el caso, cuál es su naturaleza o su etiología: orgánica, psicógena o combinada, ya

que de esta valoración se puede derivar la participación de uno o más profesionales, o la concreción del nivel de intervención, que puede ir desde el consejo o la orientación hasta la terapia sexual en sentido estricto.





Es importante también demandar a la pareja cuál es su hipótesis de lo que pueda estar sucediendo, si la tienen, ya que en ocasiones uno de los dos aporta algún comentario que ayuda a iluminar el camino a seguir: por ejemplo cuando una mujer comenta, hablando de su marido con eyaculación precoz: *Es que le preocupa demasiado quedar bien, y entonces todo son nervios. Para mí no es tan importante, hay muchas maneras de que yo quede satisfecha, pero para él parece que solo hay una.*

En este punto de la entrevista hay todavía tres cuestiones importantes a evaluar:

En primer lugar, **el impacto psicológico de la disfunción sobre la relación de pareja**; es decir, como el malestar que genera la disfunción contamina –si es el caso– otras áreas sanas de la relación.

En segundo lugar, es importante obtener información detallada de los posibles **tratamientos anteriores**, ya que es una forma

clara de obtener información de lo que no hay que hacer, ya que en su momento no funcionó.

En tercer lugar, es importante obtener información de **por qué se produce la consulta en este momento**. Especialmente porque es una forma de **evaluar las posibles motivaciones y oportunidades**, pero también de **evaluar los factores que pueden ejercer presión sobre la pareja**.

Ejemplo: Pareja de treinta años que acuden a consulta con una demanda de tratamiento de un vaginismo que se inició a los 17 años. Hasta el momento su relación sexual y de pareja ha sido satisfactoria, pero desde hace unos tres años y a causa de que las hermanas de la paciente tuvieron su primer hijo, la presión familiar sobre la paciente para que se quede embarazada ha llegado a generar un notable malestar, principalmente personal, pero que también ha afectado a la relación sexual y de pareja.

3. Valoración general del estado de salud: Existen una gran cantidad de factores –fisiológicos y psicológicos– que pueden influir negativamente sobre la sexualidad, y por ello, en esta primera entrevista, deben ser identificados y tenidos en cuenta: trastornos y enfermedades relevantes, pasadas y actuales, medicación, intervenciones quirúrgicas, tratamientos psicológicos, etc. Así como aquellos factores que puedan estar relacionados con disfunciones concretas como la hipercolesterolemia, diabetes, hipertensión arterial, etc.

4. Evaluación social y del estilo de vida: Finalmente, y para completar la visión de conjunto de la pareja, necesitamos información de sus actividades sociales y estilo de vida, lo que nos permitirá evaluar sus actividades sociales, red de amistades, etc., ya que puede que en algún momento del desarrollo de la terapia necesitemos de estos recursos. En todo caso, es importante recoger información sobre:

- Actividades de ocio y tiempo libre
- Distribución de tiempo como padres, como pareja y tiempo para uno/a mismo/a.
- Relaciones con otras parejas o grupos de amigos

Para no invertir demasiado tiempo en este apartado solemos pedirle a la pareja que nos describa el fin de semana pasado, si fue un fin de semana habitual, o si no el anterior, y con esta pregunta obtenemos en términos generales la información que necesitamos. También solicitamos información más o menos general sobre los horarios familiares los días laborables, especialmente en el espacio tarde-noche.

Esencialmente lo que estamos buscando es el tiempo disponible de la pareja para llevar a cabo las posibles tareas que les propon-

gamos, a la vez que evaluamos el grado en el que la pareja está cerrada en si misma o abierta a relaciones con iguales, o si dedican tiempo a actividades placenteras.

En base a nuestra experiencia, nos hemos acostumbrado a cerrar la fase de recogida de información preguntando a la pareja si hay alguna cosa que como terapeutas debamos saber, y de la que no se haya hablado hasta el momento. Y lo hacemos porque en ocasiones, si se ha generado un buen clima de confianza, los pacientes, y más aún en las sesiones individuales, nos aportan alguna información de notable interés, como pueda ser una historia de abuso sexual u otra circunstancia dolorosa que el paciente evita comentar de entrada.

Con ello, obtenemos finalmente una valoración en conjunto de los diversos aspectos de la relación o del problema, y podemos evaluar si hay algún factor que pueda incidir negativamente sobre la terapia sexual, o que pueda requerir solucionar antes otras cuestiones, como por ejemplo un grave problema de relación de pareja.

Una vez completada la recogida de información, pasamos a preparar el cierre de la primera sesión, momento en el que:

1. Devolvemos a la pareja una primera impresión sobre el motivo de consulta y la actitud y motivación percibida.

2. Facilitamos información general sobre los pasos a seguir en la terapia.

3. Valoramos y acordamos si ha de intervenir otro profesional del equipo, por ejemplo fisioterapeuta, psiquiatra, u otro profesional externo, pero relacionado con el centro: andrólogo/a, ginecólogo/a.

4. Proponemos una o varias tareas, describiendo con detalle las características de las mismas.

5. Concertamos fecha y hora para una nueva entrevista.

Evaluación por parte de otros profesionales

En función de la posible etiología de la disfunción y del posible tratamiento a establecer, se hace a menudo necesaria la implicación de otros profesionales, tanto en la fase de diagnóstico, como en la fase de tratamiento. En nuestro caso, y como equipo, nos inclinamos por los tratamientos combinados cuando son necesarios, ya que influyen notablemente en la obtención de mejores resultados.

Ejemplo: Mujer de 25 años con vaginismo primario. La entrevista sexológica estará a cargo de una psicóloga, mientras que la segunda entrevista estará a cargo de la fisioterapeuta, que hará su propia valoración. A partir de este momento, y en función del plan de trabajo acordado y de los avances que se produzcan, la paciente trabajará alternativamente con las dos profesionales, que compartirán una historia clínica común que, además de ser utilizada para la recogida de datos, se utiliza de manera rutinaria para que cada una de las profesionales comparta la información y haga anotaciones dirigidas a la otra profesional.

Según nuestro criterio, no debería abordarse el tratamiento de ninguna disfunción sexual sin una evaluación razonable de los posibles factores fisiológicos implicados, y sin un correcto diagnóstico diferencial por parte del especialista adecuado.

Cuestionarios específicos

En nuestro modelo de trabajo no solemos utilizar cuestionarios con frecuencia, aunque si es cierto que hemos incorporado algunos de sus ítems en nuestros guiones de

conversación. A pesar de ello, consideramos que existen cuestionarios que pueden ser de gran utilidad para el clínico, entre los que destacamos, por ser de los más utilizados, los siguientes:

- **Inventario de arousal sexual** (SAI-E: Hoon, Hoon y Wincze, 1977)
- **Inventario de satisfacción sexual** (GRISS: Golombok y Rusrt, 1986)
- **Índice internacional de disfunción eréctil** (IIEF: Rosen et al., 1997)
- **Índice de la función sexual femenina** (FSFI: Rosen et al., 2000)

Autorregistros

Al contrario que en el caso de los cuestionarios, solemos utilizar frecuentemente los autorregistros, especialmente porque nos aportan información, en el estilo y lenguaje del paciente.

Los autorregistros tienen una clara utilidad en terapia sexual ya que constituyen un recurso fácil de manejar que suele ayudar a pacientes y a terapeutas a recopilar información relacionada con los avances del tratamiento.

Consideramos 2 tipos de autorregistros, que solemos usar indistintamente:

- **Narrativos:** Se trata de descripciones espontáneas sin un formato predefinido, como cuando le pedimos a un paciente que lleve siempre una pequeña libreta encima y, a su criterio, anote las ideas, los miedos, las dudas que le van surgiendo en relación al avance en el tratamiento.
- **Formales:** Se trata de descripciones con un formato predefinido, que pueden ayudar a un paciente a formalizar de manera concreta su evaluación de una situación o tarea

determinada. Puede consistir en anotar, por ejemplo:

- Los pensamientos y sentimientos *anteriores* a la tarea
- Las sensaciones y pensamientos *durante* la tarea
- Los pensamientos y sentimientos *posteriores* a la tarea
- El grado de satisfacción con el resultado, de 0 a 10.

Tareas intersecciones

Desde Masters y Johnson, las tareas se han convertido en uno de los pilares fundamentales de la terapia sexual, y tienen el gran valor de mantener a los pacientes centrados en el trabajo terapéutico, más allá del trabajo en la consulta. Por otro lado, el diseño de protocolos concretos para cada una de las disfunciones se basa en tareas que la pareja debe llevar a cabo y evaluar conjuntamente con el terapeuta. Distinguimos entre dos tipos de tareas:

• Las orientadas explícitamente al tratamiento de la disfunción sexual,

Ejemplo: En un caso de vaginismo se puede proponer a una mujer que elija un momento tranquilo, se tumbé sola en la cama y, simplemente con la ayuda de un espejo y una luz dirigida, explore de manera superficial sus genitales, y se concentre en las sensaciones que ello le produce, a la vez que se fija en características como color, humedad, temperatura..., y que posteriormente escriba unas notas sobre la experiencia para trasladarlas al terapeuta.

• **Las orientadas a la obtención de información y a la mejora de la relación de pareja**, bien sea en el sentido de proponer tareas que obliguen a la pareja a revisar los

aspectos positivos de su itinerario vital y de su historia; bien sea para proponer pautas que incidan positivamente en la convivencia y faciliten un mejor y más positivo contexto de trabajo que, si es necesario, ayude a enfocar y resolver otros aspectos aparentemente menos conflictivos de la relación, pero que tengan capacidad potencial de interferir en algún momento del proceso terapéutico.

Ejemplo: Solicitar al final de la primera sesión que la pareja busque el momento para trabajar conjuntamente, en una o dos sesiones de un máximo de 15 minutos sobre su historia como pareja. Para ello se les indica que tomen una hoja de papel en blanco en vertical, hagan una línea desde el centro de la parte superior hasta el centro de la parte inferior, siendo el inicio la fecha en la que se conocieron, y el final la fecha actual. Entre estos dos puntos, la pareja debe señalar los acontecimientos relevantes –positivos y negativos– en su relación de pareja, incluyendo grandes enfermedades, muerte de familiares directos, situaciones de paro u otros estresantes vitales, pero también los grandes momentos como el nacimiento de los hijos, si los hay.

Nota: Compete al terapeuta evaluar: a) si existe relación entre la historia de la pareja y la disfunción, y b) los recursos que la pareja haya demostrado tener para hacer frente a otras crisis.

Al respecto de las tareas, en nuestro equipo evaluamos, además del cumplimiento razonable de las tareas prescritas, otros cuatro tipos de respuestas más o menos habituales, que actúan como señales de alarma:

• **La no aceptación de la tarea propuesta:** Lo que puede dificultar o incluso cuestionar el avance del trabajo a realizar. Por

ejemplo es el caso de una mujer que se niega a experimentar con la masturbación por motivos religiosos.

• **El incumplimiento de la misma:** Habitualmente consiste en justificar la no realización de la tarea a base de argumentos inconsistentes o de poca credibilidad: *no hemos tenido tiempo..., la hemos hecho pero no como usted nos dijo..., hasta ayer no pudimos hacer la tarea... hemos tenido mucho trabajo...* Evidentemente estos argumentos deben ser trabajados en la sesión e incluso pueden llegar a ser motivo suficiente para cuestionar si este es el mejor momento para seguir adelante con la terapia, o si conviene hacer una aplazamiento hasta que las circunstancias permitan un mayor grado de concentración en la tarea.

• **El cumplimiento literal:** Se hacen las tareas, pero en su ejecución se siguen al pie de la letra las instrucciones facilitadas, de tal manera que si proponemos hacer algo durante 10 minutos se está más pendiente del reloj que de la tarea, más pendientes de la forma que del fondo. Es una forma de hacer la tarea y a la vez de no hacerla.

• **El cumplimiento en frío sin emoción:** Se hacen las tareas, pero sin poner emoción en las mismas. Así, una pareja puede seguir nuestro consejo de relajarse con un masaje erótico mutuo, pero uno de los dos mientras hace el masaje aprovecha para repasar la agenda del día siguiente, con lo que le quita todo el componente erótico y afectivo a la tarea y solo mantiene el elemento mecánico. Se hace el masaje pero no hay placer ni comunicación.

Tratamiento de las disfunciones sexuales

Lopiccolo (1978) planteaba que todo tratamiento de una disfunción sexual debería

incorporar, en mayor o menor medida, el trabajo sobre los siguientes objetivos:

- Potenciar la responsabilidad mutua y compartida ante el problema
- Mejorar la información sexual de la pareja
- Favorecer el cambio de actitudes limitadoras
- Eliminar la ansiedad de rendimiento
- Aumentar y mejorar la comunicación de la pareja
- Mejorar la técnica sexual
- Cambiar los estilos de vida destructivos
- Cambiar los roles sexuales rígidos
- Prescribir tareas sexuales específicas

Y aunque desde esa fecha se han producido notables avances en el tratamiento de las disfunciones sexuales, consideramos que su planteamiento sigue siendo absolutamente vigente para proporcionar una visión global de los diversos focos de atención terapéutica.

En la actualidad se dispone de pautas y directrices relativamente definidas para la intervención respecto de cada una de las diferentes disfunciones sexuales, aunque los avances farmacológicos nos obliguen a revisar una y otra vez, cuáles son las mejores opciones de tratamiento, tanto a corto como a largo plazo, y cuál debe ser el rol de los diferentes profesionales implicados. Así la aparición del sildenafil para el tratamiento de la disfunción eréctil, o el uso de la dapoxetina para la eyaculación precoz han introducido nuevos recursos para el tratamiento de estas disfunciones, pero también han activado guerras corporativistas con un claro sustrato económico, dado que en algunos contextos el interés por desarrollar

fármacos tiene que ver esencialmente con un gran negocio con un volumen de beneficios espectacular.

Tal como se ha indicado anteriormente, en la actualidad disponemos de pautas de actuación para cada tipo de disfunción sexual, lo que permite, en la mayoría de casos, obtener buenos resultados terapéuticos.

Para ello además del enfoque de Lopiccolo, citado al principio de este apartado, ofrecemos otros dos modelos de intervención que, aunque diferentes, tienen un lugar de encuentro común en la prescripción de tareas específicas para cada tipo de disfunción.

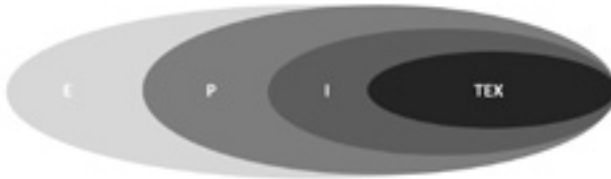
Para Masters y Johnson la terapia sexual debería centrarse en:

1. Proporcionar un enfoque estructurado que permita a la pareja reconstruir gradualmente sus relaciones sexuales
2. Ayudar a la pareja a identificar los factores específicos que mantienen la disfunción sexual
3. Proveer a la pareja de técnicas específicas para tratar su disfunción

Para Carrobes (1991), la terapia sexual puede estructurarse en función de 4 niveles de intervención, que se resumen en la figura 6 y en la tabla 1.

Modelo integrado de intervención en terapia sexual: Epitex

E: Educación P: Permiso I: Indicaciones TEX: Terapia Sexual



Carrobes, 1991

Tabla 1. Niveles de intervención (Carrobes, 1991)

<i>Condiciones previas terapéuticas</i>	Reetiquetado Explicación adecuada sobre el problema Responsabilidad sobre el problema y su solución Estilos de vida constructivos
<i>Primer nivel de intervención</i>	Información y educación sexual Cambio de actitudes negativas Mejora de la comunicación y la relación entre la pareja a nivel personal y sexual
<i>Segundo nivel de intervención</i>	Reducir y eliminar la ansiedad ante la relación sexual Terapia sexual: indicaciones o técnicas específicas según el problema
<i>Tercer nivel de intervención</i>	Terapia intensiva psicosexual Tratamiento de otros problemas psicológicos u orgánicos asociados

A pesar de que como se ha dicho cada disfunción tiene su propio protocolo de trabajo, se pueden destacar a título de ejemplo tareas como: la prohibición de coito en el inicio del tratamiento, la reerotización progresiva de la relación de pareja o la biblioterapia.

De manera más concreta, a menudo se utilizan técnicas específicas como:

- Entrenamiento muscular vaginal, (Kegel, 1952)
- Técnica de parada y arranque, (Semans, 1956)
- Desensibilización sistemática, (Wolpe, 1958)
- Actividades sexuales graduadas, focalización sensorial, técnica de comprensión, (Masters & Johnson, 1970)
- Concienciación sensorial, (Kaplan, 1974)

así como una gran variedad de otras técnicas y recursos que pueden consultarse en la bibliografía.

Finalmente, es interesante señalar como, en términos generales, en los casos que llegan a buen fin, los recursos utilizados de manera preferente son:

- En un 40% terapia sexual de base cognitiva – conductual, a menudo complementada con la intervención de otros profesionales
- En un 30% combinación de terapia sexual y terapia de pareja
- En un 20% terapia de pareja
- En un 10% psicoterapia individual

Conclusiones

1. Se constata que en las consultas de los profesionales de la salud la demanda de in-

formación y atención sobre diversos aspectos de la salud sexual es cada vez, en mayor medida, una demanda común. Es previsible que esta demanda aumente significativamente en los próximos años.

2. Este aumento de demanda de atención clínica por parte de la población requiere de una mayor competencia por parte de los profesionales generalistas para atender y orientar estas consultas en un nivel básico, así como para derivarlas a otros servicios o equipos profesionales con mayor grado de especialización cuando sea necesario.

3. En los últimos diez años se están produciendo avances significativos tanto por lo que se refiere a la aparición de nuevos fármacos coadyudantes en los diferentes tratamientos de las disfunciones sexuales, así como en el desarrollo de nuevas estrategias para el abordaje de las disfunciones sexuales, en las que el trabajo en equipo multidisciplinar se constituye como un elemento altamente relevante.

4. A pesar de que el mantenimiento de un nivel satisfactorio salud sexual es un tema importante para un sector cada vez más amplio de población, y a pesar de que las disfunciones sexuales tienen una elevada prevalencia en diferentes momentos de la vida adulta de las personas, todavía son excepción los programas de formación en este ámbito, en el marco de la formación básica del profesional de la psicología

5. Por todo ello, y dada la progresiva complejidad de la intervención en este ámbito, es altamente recomendable: a) la inclusión de programas o contenidos suficientes y actualizados en la formación de grado de los futuros profesionales, b) la actualización de los profesionales en activo, y c) la promoción de programas de formación de alto

nivel, que faciliten la especialización de los profesionales interesados en este ámbito de intervención.

Referencias

APA (1994). *Manual estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson

Basson, R et al. Definitions of women sexual dysfunction reconsidered: advocating expansion and revision, *J psychosom Obstet Gynecol*. 2003;24:221-29

Cabello, F. (2010). *Manual de sexología y terapia sexual*. Madrid: Síntesis.

Carrobbles JA y Sanz A (1991). *Terapia sexual*. Madrid: Fundación Universidad Empresa (UNED).

FLASSES (2008). *Manual diagnóstico de las enfermedades en sexología*.

Hoon, E. F., Hoon, P. W. Y Wicze, J. (1976). An inventory for the measurement of female sexual arousal. *Archives of Sexual Behavior*, 5, 208-215.

Kaplan, HS (1974). *La nueva terapia sexual*. Madrid: Alianza

Kegel, A. (1952). Sexual functions of the pubococcygeus muscle. *Journal of Surgery, Obstetrics, and Gynecology*, 60, 521-524.

Lopiccolo, J. y Friedman, J (1978). *Handbook of sex therapy*. New York: Plenum Press

Masters, W., y Johnson, V. (1966). *Respuesta sexual humana*. Buenos Aires: Inter-Médica

Masters, W., y Johnson, V. (1970). *Incompatibilidad sexual humana*. Buenos Aires: Inter-Médica

Rosen, R., Brown, C., Heiman, J., Leiblum, S., Meston, C., Shabsigh, R., et al. (2000). The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *Journal of sex and Marital Therapy*, 26(2), 191-208.

Rosen, R. C., Riley, A., Wagner, G., Osterloh, I. H., Kirkpatrick, J. Y Mishra, A. (1997). The international index of erectile function (IIEF): a multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction. *Urology*, 49(6), 822-830.

Rust, J. Y golombok, S. (1986). The GRISS: A psychometric instrument for the assessment of sexual dysfunction. *Archives of Sexual Behavior*, 2(15), 157-165

Semans, J. H. (1956). Premature ejaculation: a new approach. *The Southern Medical Journal*, 49, 353-56.

Schover L.R., Friedman J.M., Weiler J., Heiman J.R., y Loppiccolo J. (1982): Multiaxial problem-oriented system for sexual dysfunctions: an alternative to DSMIII. *Arch. Gen. Psychiatry*, 39: 614-9.

Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by Reciprocal Inhibition*. California: Stanford University Press.

Fecha de recepción: 3/02/2012

Fecha de aceptación: 2/05/2012