

TERAPIA SEXUAL: CULTIVANDO PASIÓN EN LA PAREJA

Conferencia

Ponente: ARLET ARRIETA. Psicóloga. Sexóloga y Terapeuta familiar.

Máster en Terapia Familiar y de Pareja (Comillas)

Madrid, 19 enero 2006

Comillas POSTGRADO

La terapia sexual de pareja



En nuestros días muchos hombres y mujeres no tienen claramente conciencia de las fuentes de placer y de su rico mundo de sensaciones. Algunas las rechazan como tales para no sentir, saben lo que no les gusta pero no saben pedir o proponer aquello que corresponde a sus necesidades sexuales.

No es raro que ante la insatisfacción producida en los encuentros, las mujeres deseen que el acercamiento o la relación coital con la pareja acabe cuanto antes y la deje dormir o continuar con sus cosas. Para esto pone expresión de aburrimiento o puede decirle: ¿ya acabas?. Incluso puede fingir gran emoción orgásmica para que su compañero se excite más, concluya y quede contento de haber cumplido bien con su papel de "dador de goce"; en los casos en que para el hombre es importante el goce de la compañera. Esto condiciona a desagradables vivencias que distan mucho del ideal de la satisfacción sexual.

La pareja debe aprender a negociar sexualmente, no es realista esperar que ambos obtengan exactamente lo que desean cada vez que hacen el amor. A veces el hombre desea una relación rápida que no es completamente satisfactoria para la mujer. En otras ocasiones es ella la que desea una larga sesión de suaves caricias que podrían ser tediosas y frustrantes para él, si se convirtiera en rutina. Ambos deben aprender a decir no al otro y a

pedir lo que desean sin sentimientos de culpa ni actitudes defensivas.

Cada miembro debe aprender a comunicar sus necesidades sexuales a su pareja de una manera tranquila y abierta por ejemplo en la mujer actuar sin exigencias, mecanismos de defensa, sentimientos de vergüenza, culpabilidad ni temor al rechazo o en el hombre, el dejar de asumir el papel de proveedor de placer lo hace vivir sus propias sensaciones y experiencias sexuales.

Como vemos la necesidad de tratar las disfunciones sexuales en general es imprescindible debido a que el Holón del erotismo se ve afectado con la presencia de estas alteraciones. Debemos recordar que el hecho de que los holones constantemente están interactuando, los problemas del erotismo pueden repercutir en el resto de la relación de pareja.

Es de esperar que la terapia sexual de pareja, se dirige primordialmente a solucionar el conflicto inmediato y a los aspectos específicamente sexuales, individuales o de la relación de pareja que están dificultando directamente el funcionamiento sexual en el aquí y ahora. Se modifica el sistema sexual de la pareja e individual, permitiendo así que su sexualidad se desarrolle libremente.

Que es la terapia sexual de pareja?



Los grandes titulares han contribuido a ofrecer una imagen de la terapia sexual como un conjunto aleatorio de posturas, técnicas, trucos o artilugios —toda una jerga— para la práctica del sexo, ese sexo generalizado en su concepto falseado.

Contrariamente a esta creencia y a esa práctica, lo más importante de las innovaciones de Masters y Johnson no reside en esas, así llamadas, "técnicas sexuales" sino en las claves básicas que dan sentido a unas u otras estrategias, así como a las tácticas que las acompañan. Tres son, a nuestro modo de ver, las claves básicas que ocasionaron una auténtica revolución en los tres pilares clásicos del formato terapéutico anterior relativo a los problemas sexuales:

Objeto clínico

Etiología y el diagnóstico

Tratamiento.

La primera de estas claves consiste en considerar la queja o disfunción, sea cual sea ésta, no como propia de uno o de otro de los dos componentes de la relación, sino como el resultado o producto de un tercer elemento, es decir, del ars amandi de la misma relación. "La unidad clínica —escriben Masters y Johnson— es la misma relación sexual".

La segunda clave básica de la terapia sexual concierne a los pasos previos de la etiología y diagnóstico, Masters y Johnson no dudaron en afirmar en uno de sus Escritos mayores: "La más abundante etiología de los problemas sexuales, más que de origen médico o psicopatológico, procede de las carencias educativas y de la ignorancia de la función sexual

La tercera clave reside en el hecho de que el tratamiento de la terapia sexual tiene lugar siempre centrado en la misma relación sexual. La prohibición del coito marca un hito sin precedentes en ella como símbolo y realidad para quienes confundan la relación sexual con él. Todas las estrategias, tácticas, técnicas o recursos son aplicados indistintamente a uno u otro de sus componentes en el marco de dicha relación. Más exactamente: es la relación la que recibe el tratamiento, aunque en ocasiones pueda dar la impresión de que se dirige a sus componentes.

Quizás podríamos definir a las terapias sexuales de pareja, como Psicoterapias breves, entendidas así porque abarcan un lapso de unas 10 a 25 sesiones en la mayoría de los casos, con baja frecuencia (semanal o quincenal), focalizadas (ya que recortan el síntoma tratando de definir el problema con la mayor claridad posible), de objetivos limitados puesto que procuran la remisión sintomática, con un abordaje de la pareja desde un punto de vista sistémico, con la implementación de múltiples recursos técnicos: suministro de información, señalamientos y redefiniciones, intervenciones paradójicas y

prescripciones del síntoma, sugerencias específicas (las llamadas "tareas"), juego psicodramáticos o gestálticos, sueño dirigido, técnicas corporales y de relajación, hasta interpretaciones desde una perspectiva psicoanalítica o el uso de medicaciones específicas cuando esto se requiera con el apoyo de médico o psiquiatra.

Actualmente la terapia sexual se ha beneficiado de las aportaciones de numerosos avances en la psicología y la medicina que permiten asegurar un índice de éxito superior al 80% de los casos.

¿Qué tratan los tratamientos sexológicos?

Iniciemos por tener presente que la sexualidad es comunicación, en múltiples niveles. La palabra, la mirada, el movimiento del cuerpo, la vestimenta, son algunas de las maneras de expresar la sexualidad y el erotismo.

Hombres y mujeres son diferentes, tanto física como psicológicamente, expresan sus emociones y sus deseos de diferente manera, y esto ocasiona que esta comunicación a veces se transforme en un diálogo entre dos extranjeros que no conocen el idioma del otro y necesitan de un traductor que los ayude a entenderse.

Como es sabido desde el punto de vista de la teoría general de los sistemas, el Holón del erotismo se refiere a la capacidad humana para experimentar el placer sexual, disfrutar subjetivamente del deseo, la excitación y el orgasmo. Estoy de acuerdo con quienes dicen que "el placer sexual es una experiencia única en la vida". Para experimentarlo requerimos un cuerpo más o menos sano, sin grandes interferencias con los mecanismos fisiológicos del erotismo.

Siguiendo la teoría de los sistemas "Definimos a las disfunciones sexuales como una serie de síndromes en los que los procesos eróticos de la respuesta sexual resultan no deseables para el individuo o para el grupo social y que se presentan en forma recurrente y persistente" (E. Rubio: Antología de la Sexualidad Humana, 1994, tomo III, p. 208).

Objetivos Terapéuticos

Comprender el foco de la terapia (la relación sexual en sí misma), tratarla desde la interacción de pareja.

Establecer o restablecer la comunicación dentro de la unidad conyugal.

Modificación del trastorno disfuncional, de modo que se logre una conducta sexual satisfactoria para la pareja

Colaboración (cuando sea posible) y participación de los miembros de la pareja en el tratamiento.

Información sexual sobre aspectos deficitarios o erróneos.

Modificación de actitudes y cogniciones disfuncionales que intervienen en el trastorno.

Desarrollo de habilidades relacionales y sexuales coherentes con las nuevas actitudes y cogniciones funcionales, de modo que aumente la satisfacción sexual mutua.

Considero importante tener en cuenta la lista señalada por los sexólogos William Masters, Virginia Johnson y Robert Kolodny enlistaron algunas de las formas que suelen bloquear el erotismo:

La costumbre de tener relaciones sexuales "solo en el momento oportuno"

La falta de privacidad

Los límites que imponen el tiempo y el cansancio

La noción falsa de que el placer de la otra persona es "mi responsabilidad"

La idea de que el sexo es una cuestión seria

La convicción errónea de que solo el varón goza el acto sexual

Falta de atención a la sensibilidad de la pareja

El mito de que la satisfacción sexual es sólo para gente joven y atractiva

Pensar, distraerse o preocuparse durante el acto sexual

Enojo con la pareja, sin expresarlo verbalmente.

Los elementos bloqueadores del erotismo sumado a otros factores pueden evolucionar a situaciones de mayor severidad, instalándose en las defunciones eróticas o disfunciones sexuales.

TRASTORNOS PSICOSEXUALES

TRASTORNOS DEL DESEO SEXUAL:

DESEO SEXUAL INHIBIDO.

DESEO SEXUAL HIPOACTIVO.

DESEO SEXUAL HIPERACTIVO.

TRASTORNOS DE LA EXCITACIÓN:

DISFUNCION SEXUAL ERECTIVA.

TRASTORNO DE LA LUBRICACION VAGINAL.

TRASTORNOS DEL ORGASMO.

EN EL HOMBRE:

EYACULACION PRECOZ.

EYACULACION RETARDADA TOTAL.

EYACULACION RETARDADA PARCIAL.

EYACULACION RETROGRADA.

ORGASMO ANEYACULATORIO.

EN LA MUJER:

ANORGASMIA.

OTRAS DISFUNCIONES.

VAGINISMO.

MATRIMONIO INCONSUMADO.

DISPAREUNIA.

DISFUNCION SEXUAL GENERAL (FRIGIDEZ)

Causas y tratamiento de disfunciones sexuales

La gran mayoría de las disfunciones sexuales son de naturaleza **multicausal**, es decir, no tienen una causa única y definida, sino que se deben a una cierta variedad de aspectos relacionados con la educación más o menos severa y restrictiva, la presión religiosa, el contexto social y normativo en el que una persona vive, el mayor o menor grado de experiencia sexual, el momento del ciclo vital en que se está, la edad, las condiciones físicas y de salud, la mejor o peor relación de pareja, etc.

Es por estos tipos de causas que se considera que la mayoría de disfunciones sexuales son de origen **psicológico** o **relacional**.

Con el fin de discriminar adecuadamente cuales son los elementos que configuran el trastorno y planificar así el tratamiento, es imprescindible la realización de una cuidada recogida de datos a través de la **historia clínica**, con el fin de plantear el tratamiento adecuado.

Considero importante mencionar la necesidad de que el paciente con disfunción sexual de origen biogénico sea tratado en forma multidisciplinaria, con la finalidad de dar el tratamiento adecuado a su patología de base.

Aun cuando hayamos podido identificar claramente que la causa de una disfunción sexual es orgánica o biológica, la pareja inevitablemente sufren el impacto psicológico o emocional que la disfunción sexual conlleva, sobre todo, cuando han adquirido consciencia de su circunstancia.

El abordaje del impacto psicológico o emocional es un aspecto relevante e ineludible en el tratamiento integral de quienes padecen alguna disfunción sexual.

Las principales repercusiones a nivel psicológico o emocional que podemos observar son:

1. Disminución de su autoestima
2. Afecta su autoimagen
3. Ansiedad de desempeño primaria o secundaria
4. Depresión
5. Menor satisfacción
6. Conflictos en sus relaciones

El tomar en cuenta lo anterior nos permitirá realizar un adecuado abordaje psicoterapéutico sexual, el cual debe incluir:

Evaluación inicial: Examen médico estándar; descripción del problema; motivación al cambio.

Elaboración de Historia-Sexual. (currículo vital sexual)

Identificar claramente su estado emocional o psicológico y relacional

Establecer diagnóstico(s) preciso(s)

Elaborar plan psicoterapéutico sexual específico

Intervención

1) Evaluación inicial:

En caso de disfunciones sexuales que parecen requerir terapia, el primer paso a tomarse es siempre un examen médico estándar completo. Es bien conocido que muchos problemas sexuales son causados por condiciones médicas, tales como infecciones de los órganos sexuales, daños circulatorios y problemas vasculares causados por enfermedades como diabetes y muchas otras. Además, las medicaciones usadas en el tratamiento de muchas enfermedades así como el uso de alcohol, tabaco y otras drogas pueden afectar seriamente la respuesta sexual. Antes de que cualquier tratamiento psicológico o de comportamiento pueda empezar, tales condiciones médicas se deben excluir.

Igualmente se debe de definir si el trastorno es primario o secundario, al realizar la observación (normalmente por la pareja) Esta primera entrevista general suele realizarse con la pareja conjuntamente esta primera entrevista sirve fundamentalmente para detectar la motivación de la pareja ¿quién demanda?, ¿quién viene a consulta?.

Además se les explica a los miembros de la pareja, la necesidad de contar con ambos en la terapia (aunque se puede trabajar con un solo miembro) ya que el problema y sus soluciones incumbe a ambos miembros. Se presenta las líneas y objetivos generales del tratamiento, se discuten-feedback las dudas.

2) Historia afectivo sexual:

Normalmente entrevista individual para cada miembro. En donde se analiza la historia de problema a través de su vida desde la infancia a su ciclo actual; conductas sexuales; aparición y curso del problema; expectativas de tratamiento; intentos de solución que han realizado; también podemos aplicar cuestionarios que nos indiquen sobre la información sexual que se posee, actitudes ante la sexualidad, conductas sexuales etc.

3) Identificar claramente su estado emocional o psicológico y relacional

Sea a través de cuestionarios test o proyectivos

4) Establecer diagnóstico(s) preciso(s)

Con el previo análisis de los test, entrevistas, currículo sexual y manual de diagnóstico DSM IV TR se determina la disfunción a tratar.

5) Plan sexual específico:

Al iniciar el tratamiento de cualquier disfunción sexual generalmente se trabaja la ansiedad experimentada ante la situación que viven e incluso la que el terapeuta les pueda causar (es su relación sexual: su encuentro) de lo que se trata y el terapeuta es un extraño, así que se trabaja en

la confianza, la empatía; utilizando en ocasiones el humor y herramientas para bajar la ansiedad como la desensibilización sistemática, técnicas de relajación y respiración. Es de especial eficacia cuando se emplea la técnica de Wolpe de la desensibilización sistemática en el control de la ansiedad que acompaña a disfunciones sexuales como el vaginismo, eyaculación precoz o disfunción eréctil. Constituye, pues, una excelente herramienta terapéutica para contracondicionar la ansiedad que inhibe la respuesta sexual

Posteriormente nos introducimos por el camino de despertar las sensaciones de la pareja, ejercicios de autoconocimiento y autoaceptación del cuerpo; redescubrir el cuerpo del otro, proporcionándoles ejercicios en casa; como masaje sensitivo, masaje erótico acompañados de fantasías sexuales y los que requieren menor intimidad en consulta. Los ejercicios suelen orientarse hacia el aumento de las sensaciones que se experimentan mediante el tacto, la vista, el oído y el olfato. Al principio se prohíbe el coito. Se les insita a usar fantasías para liberarse de las preocupaciones obsesivas sobre el coito reproduciéndolas como espectadores. También se trata sobre *los Roles sexuales en el sexo, las emociones relaciones interpersonales, pero siempre en el marco de la erótica de los sentidos, estas vivencias enseñan al individuo y a la pareja a establecer contacto con sentimientos sensuales y eróticos que previamente habían evitado, esto es; la sensibilización hacia sus deseos eróticos y liberación de su potencial de placer sexual.*

Luego por separado iniciamos con cada miembro técnicas de seducción, teniendo en cuenta su erotismo en particular, potencializándolo con la ayuda del compañero, al tiempo que trabajamos técnicas de autoestima.

Al final se añade la estimulación genital a la estimulación corporal, dando instrucciones a la pareja para que ejercite distintas posturas coitales de manera secuenciada, sin que tengan necesariamente que consumir el acto y a usar distintas técnicas de estimulación antes de proponerles que procedan al coito. Utilizando al tiempo películas, libros, folletos...etc. Gradualmente la pareja gana confianza y aprende a comunicarse verbal y sexualmente, además llevamos en cada sesión la revisión de tareas anteriores: individuales y conjuntas. Las tareas de casa pueden ser por ejemplo: Para cada miembro de la pareja (individual): por ejemplo, entrenamiento masturbatorio para el hombre y exploración genital para la mujer; detección de pensamientos automáticos si aparece ansiedad ante la realización de cada tarea. Tareas conjuntas para la pareja por ejemplo FOCO sensorial nº2 ; y registro conjunto de pensamientos automáticos si aparece ansiedad de ejecución u otras emociones perturbadoras.

Las tareas por si mismas alteran el sistema sexual que antes había. Un ambiente tranquilo creado por la terapia brinda al individuo y a la pareja la oportunidad de aprender a hacer el amor de una manera más libre y más placentera. Y la resolución del conflicto sexual se ve facilitado cuando la pareja realiza una serie de experiencias sexuales previamente evitadas.

Ideas básicas a la hora de intervenir

Gran sensibilidad corporal con difusión global de sus sensaciones: las caricias corporales, el despertar de los sentidos.

Emocionalidad. Las sensaciones adquieren emocionalidad, un ejemplo de ello es que el encuentro sexual y el sentimiento amoroso van frecuentemente unidos.

Percepción sexual globalizadora. La mirada hacia el otro es totalizadora, se percibe un conjunto más que las partes, dentro de esta globalidad tienen mucha importancia los sentidos y las fantasías eróticas. Ver al otro como objeto de deseo.

Las fantasías eróticas: herramienta de placer

Potencializar la responsabilidad mutua compartida por ambos miembros de la pareja.

Brindar información y educación sexual.

Aportar en el cambio de actitudes negativas hacia el sexo, si mismo y el compañero/a.

Entrenamiento en habilidades sociales y de comunicación.

Eliminación de la ansiedad ante la relación sexual.

En general las recomendaciones que doy a las parejas son:

No pensar, sólo sentir.

Dejar volar la imaginación.

No estar en lo que no debe ser, concentrarte en la relación.

Soltarte y platicar con tu pareja.

Explorar y conocer tu cuerpo, sobre todo tus áreas sensibles. (Descubrir nuevas zonas placenteras)

Experimenta

Hacerle saber a tu pareja lo que te gusta y explorarse mutuamente para conocerse.

Recuperar el propio cuerpo, ampliando tu repertorio erótico

Favorecer la genitalidad, Aprender a sensibilizar sus zonas genitales

El placer como vivencia global, integradora, no centrada en la genitalidad

Privilegio de la relación pareja

La relación coital no como meta, sino como posibilidad

Todo el cuerpo es 'zona erógena'

Simplemente expresa

Responsabilízate de lo tuyo

No aceptes 'deberes' que no sean tuyos

Conócete...Acéptate... Ámate

Lo que mujeres y hombres deben es tratar de no pensar y dejarse llevar por todo lo que está sintiendo y concentrarse sólo en eso. Disfrutar de la sexualidad no sólo se refiere a la penetración; hay que tomar en cuenta todo, desde olores, calorcito, tocarse, hablarse, si ambos se sueltan y aprenden

a disfrutar la intimidad, es más fácil que llegue a tener un orgasmo y disfrutar de cada acto que rodea de ese momento, eso si es importante dejar la pena, la vergüenza el tener que demostrarle x o y a su pareja , porque a la larga pueden causar problemas en la relación y malas interpretaciones.

Cuando el tratamiento es exitoso se aprende a liberarse de la obsesión del coito y del orgasmo y a centrarse más bien en el placer sensual, finalmente se les enseña a adoptar una actitud de responsabilidad ante su propio placer sexual y a autorizarse a sí mismo a aceptar incondicionalmente su sexualidad. Y también las parejas después de vivir un proceso de terapia sexual, aprenden a ser más sensibles consigo mismo y con el otro, y se acepta mejor el erotismo del compañero. Cada uno aprende a reconocer dónde se halla él mismo y dónde está el compañero. Ambos desarrollan actitudes más realistas y menos preenjuiciadas respecto al sexo, lo cual les permite pedir y dar el placer erótico sin culpabilidad ni temores, aprenden a incrementar su erotismo con fantasías y con formas de estimulación más eficaces y placenteras.

Inconvenientes de la terapia sexual de pareja : La aplicación de la terapia sexual será más difícil y extensa (aunque no imposible), y el resultado probablemente más modesto, si uno o ambos miembros de la pareja sufren alguna perturbación psicológica de relativa importancia o duración (estrés intenso, ansiedad, depresión, etc.) o no están claramente dispuestos y firmemente motivados a resolver el problema, en especial si es el hombre quien se muestra indeciso. Igualmente el tratamiento será más complejo si la relación de pareja presenta otros problemas, además de la disfunción sexual, por ejemplo, conflictos respecto a los hijos, el manejo del dinero, etc.

Por el contrario, la intervención terapéutica tendrá los mejores resultados, si previamente a la dificultad por la cual consulta la pareja, su ajuste sexual ha sido bueno; si la duración de la disfunción sexual no es ni muy reciente ni muy antigua; si la pareja lleva a cabo dedicadamente cada una de las "tareas para el hogar" indicadas por el terapeuta y si, paradójicamente, la comunicación ha sido deficiente. El resultado final exitoso puede predecirse con mayor seguridad si la pareja hace los progresos esperables durante las tres primeras sesiones terapéuticas.

Quiero concluir con un hermoso aforismo chino que sintetiza la noción de un erotismo libre de conflictos e inadecuaciones:

"Cuando tú y yo somos una sola persona, el placer nos transporta a lugares insospechados".

Arlet Arrieta Palacio

Psicóloga- Sexóloga

Miembro de la Asociación de Profesionales de Sexología

Miembro de la Asociación Madrileña de Terapia de Pareja, Familia y otros sistemas humanos

BIBLIOGRAFIA

- Abraham, G., y Porto, R. (1979) **Terapias sexológicas**. Madrid: Pirámide.
- Amezua, E, (2000). El ars amandi de los sexos, la letra pequeña de la therapy. Revista española de sexología, 99.
- Barbach, L. G.: **Interludios eróticos**. Barcelona. Martínez Roca (1990)
- Banus, Mara del Carmen y Martin, Alex, Muchnik. **El Secreto de la Seducción**. El Aleph editores S.A (2005).
- Carboles, J. A., Sanz A (1991) **Terapia sexual**. Madrid. Fundacion Universidad Empresa..
- Costa, M. y Serrat: **Terapia de Parejas un Enfoque Conductual**. Madrid. Alianza. Editorial. 1982.
- Ellis. **Arte y técnica del amor**. Barcelona. Grijalbo.(1978)
- Ellis A. **El amor y sus problemas**. En Bernard y Ellis. Aplicaciones clínicas de la terapia racional emotiva. Bilbao desclee de Brouwer..
- Fuertes, A. (1995): La naturaleza del deseo sexual y sus problemas: implicaciones terapéuticas. Cuadernos de medicina psicosomática.
- Holly. Emma **Mas alla de la seducción**. Titania. (2004)
- Kaplan, H, S. (1985) **Evaluación de los trastornos sexuales**. Barcelona. Grijalbo.
- Labrador, F.J. (1987) Tratamiento psicológica de las disfunciones sexuales. En Echeburua (Ed) Parejas en conflicto; Estrategias psicológicas de intervención. San Sebastián. Universidad Pais Vasco.
- Greco, Eduardo. H. Sexualidad, Erotismo y vínculos de amor: los misterios de las relaciones afectivas, los sufrimientos del amor y el sexo. Ediciones continente. (2001)
- Lacroix, Nitya: **Seducción Erotismo y Plenitud Sexual**, Editorial Libsa S.A (2002)
- Manrique, Rafael. Sexo erotismo y amor: complejidad y libertad en la relación amorosa. Libertarias. Prodhufi.
- Masters, W.H. Jonson, V.E. (1970) **Incompatibilidad sexual humana**. Buenos Aires: Intermedica.
- Perez, E., Landarritojauregi, J (1995) Teoria de la pareja: introducción a la terapia sexológica sistémica. Revista sexológica. 70 y 71.
- Stamateas, Bernardo: **Sexualidad y Erotismo en la Pareja**. Editorial Clie (2005)

ANEXO I

Si nos preguntamos por que no nos adentramos en el campo sexual de nuestros pacientes (tomando esto área como una parte mas de su ser) tal vez las siguientes razones nos pueda aclarara esta inquietud:

William Maurice, considera diez principales razones por las cuales los Médicos y profesionales de la salud mental no interrogamos a los pacientes acerca de su vida o problemas sexuales:

El no saber que hacer con las respuestas que nos proporcionará el paciente, anclada en la duda de saber si se tienen los conocimientos necesarios

No tener familiaridad con las opciones disponibles de tratamiento, que quizá pueda generar en el paciente un sentimiento de frustración o la duda acerca de que si su terapeuta es competente.

No saber qué otras preguntas se tendrían que hacer para llegar al origen del problema del paciente, con la sensación de dejar "a medias" el tema y con ello provocar sentimientos de angustia en el paciente.

Miedo de ofender al paciente, ya que, al ser la sexualidad algo tan íntimo, suponemos que los pacientes lo vivirán como una intrusión a su privacidad.

No tener una justificación necesariamente obvia para hacer las preguntas. Obvia desde el punto de vista social y con ello dar la sensación de querer entrar en la intimidad de los pacientes.

Encontrar en la relación profesional-paciente obstáculos generacionales o genéricos, que pueden hacer sentir incomodidad a alguno de ellos o ambos.

Miedo a ser acusado por el paciente de una conducta inapropiada y ello provoque problemas legales para el profesional.

La idea de que la vida sexual de los pacientes es algo privado, que nada tiene que ver con sus problemas de salud y si ellos no tocan el tema es porque seguramente no tienen dificultades en esa área.

El no tener los conocimientos o la experiencia para saber si ciertas conductas sexuales de los pacientes puedan ser consideradas patológicas o son sólo los criterios morales distintos del profesional los que lo llevan a ver dichas conductas como patológicas.

El tener que enfrentar nos a ciertas experiencias en nuestra propia vida sexual que no quisiéramos revisar o que nos causan angustia o dudas.

Sin embargo, existen suficientes razones de peso para que esto no ocurra, es decir, tenemos la oportunidad y en algunas circunstancias, la obligación, de investigar la vida sexual de los pacientes. Las más importantes son:

La mortalidad de las enfermedades de transmisión sexual (ETS), especialmente del VIH/SIDA. Sobre todo cuando podemos identificar conductas de riesgo, la posibilidad de contagio o el tratamiento oportuno del problema.

Los trastornos sexuales pueden estar asociados a problemas de salud tan comunes como la diabetes, los problemas cardiovasculares, la depresión.

Sabemos que un gran número de procedimientos quirúrgicos y medicamentos pueden y tienen efecto sobre la vida sexual de las personas y es nuestra obligación advertir de ellos y encontrar, cuando se pueda, alternativas para subsanarlos o controlarlos.

Experiencias sexuales pasadas en la vida del paciente pueden ser el origen o la explicación a problemas actuales. El ejemplo más obvio es el antecedente de haber sufrido algún tipo de violencia sexual.

La sexualidad es una función que nos acompaña toda la vida y aun cuando está limitada en ciertas etapas, es algo que sigue interesando a la mayor parte de las personas, independientemente de su edad.

Los trastornos sexuales son muy comunes, especialmente las disfunciones sexuales y con ello la probabilidad de que nuestros pacientes las sufran.

La vida sexual es una experiencia asociada con la calidad de vida, a nuestro nivel de salud y a nuestra felicidad. Una pareja con problemas sexuales se verá afectada necesariamente por ellos.

¿Por qué no preguntar?. Los pacientes esperan que nosotros lo hagamos. Para ellos es algo vergonzoso y difícil, sobre todo si hay problemas y esperan nuestra ayuda.

Puede ser una conducta negligente e irresponsable, sobre ciertos casos, como transmisión de ETS y VIH/SIDA, Parafilias que provoquen daño a terceros, etc.

la estrategia concreta de cómo abordar el tema con un paciente no la sabemos. A continuación les presento una lista de sugerencias que pueden ayudar. Están basadas en el trabajo de William L. Maurice

" Los 10 Mandamientos"

Pedir permiso al paciente para tocar el tema, de esta manera le daremos la oportunidad para negarse a tocarlo y además evitaremos la sensación de introducirnos abruptamente en su intimidad.

Tomar la iniciativa. Como hemos comentado antes, los pacientes esperan a que el profesional aborde el tema. Para ellos puede ser demasiado vergonzoso o angustiante.

Decidir qué tipo de lenguaje utilizaremos de acuerdo al tipo de paciente que esté enfrente de nosotros. Elegir entre un lenguaje más científico o coloquial. La idea es que utilicemos el que sea más cómodo para el paciente.

Asumir al preguntar que los pacientes han practicado algún tipo de conducta en particular y que no se sientan presionados a un Sí o un No ante cuestiones como la masturbación, o relaciones prematrimoniales, etc. El hecho de que asumas que lo llevaron a cabo, no les niega la posibilidad de decir que no.

Asegurar explícitamente, que la información que nos proporcionen es y será confidencial. Y por supuesto, asegurarnos antes que la entrevista se hace de manera privada y no enfrente de terceros y mucho menos extraños.

Si en algún momento notamos que ciertas preguntas generan mayor incomodidad en los pacientes, hacerlo explícito y ofrecer tocarlas de nuevo un poco después que los pacientes se sientan más confiados a hacerlo. Posponer no significa abandonar, ya que puede ser el material, por sensible, más importante.

No tomar una posición de juicio moral al respecto de la vida sexual de los pacientes. Nuestra posición no debe ser de jueces. Podremos estar o no de acuerdo con ella y además decirlo, pero nunca descalificar al paciente por ellas.

Explicar a los pacientes por qué es importante tocar el tema de la sexualidad. Si es parte de su historia personal, si puede ser importante por el problema que lo trae a consulta o para darle la oportunidad de resolver dudas o abrir problemas.

Incluir en las preguntas la experiencia emocional de los pacientes, de esa manera ellos sentirán que existe un deseo genuino de saber de ellos y no solamente el cumplir con un interrogatorio frío e impersonal.

Promover una actitud optimista en el sentido de que existen tratamientos y profesionales del tema que podrán ayudarles a resolver su problema sexual.

En dado caso que a pesar de ello el paciente no quiera tratarlo, estará en su derecho. Si la información que nos proporciona nos genera dificultades al manejarla, siempre habrá la opción de derivar al paciente a otro profesional más experimentado, pero habremos abierto un canal de comunicación y confianza con nuestro paciente y una alternativa real para que pueda salir de su problema.

ANEXO II

Recorrido por la Historia

Desde el origen de la actividad científica, ha habido individuos inclinados al estudio de la sexualidad humana en general y de los problemas sexuales, en particular. Existen documentos que prueban esta curiosidad miles de años antes de nuestra era en el antiguo Egipto, en las civilizaciones originarias del Valle del Tigris y el Éufrates, del valle del Río Indo o de China. Se considera el inicio de la Sexología occidental al libro: "Historia de los animales, partes de los animales y la generación de los animales", escrito por Aristóteles, apenas hace cerca de 2500 años.

Como vemos, no es cierto que esta curiosidad sea nueva. Muy probablemente sea una curiosidad innata a las personas, profesionales o no. Sin embargo desde hace unos 20 siglos para acá, el estudio científico de la sexualidad en los seres humanos, se ha visto limitado, prohibido, reglamentado, ridiculizado o ignorado gracias a la influencia de cuestiones ideológicas conservadoras, muchas de ellas surgidas precisamente de la profesión médica.

Freud, Kinsey, Masters y Johnson encontraron sus más aceros críticos entre sus propios colegas. Ahora mismo, los profesionales de la Salud Mental y de la Salud Sexual siguen siendo vistos como "bichos" raros, cuya salud emocional y su calidad moral están en duda.

Tres investigadores que contribuyeron a nuestra comprensión de la respuesta sexual.



Robert L. Dickinson
William H. Masters
(1915-2001)



Ernst Gräfenberg



Alfred C. Kinsey



Virginia Johnson (1925-)

Masters y Johnson iniciaron y desarrollaron esta metodología. El concepto básico es que cuando en una relación hay uno de los miembros que sufre disfunciones, el tratamiento debe centrarse en la pareja. Dado que el estrés que produce la situación sexual afecta a los dos, los dos deben participar en el programa terapéutico.

Hasta la década de los años 70 de nuestro siglo los modelos teóricos más influyentes en el campo sexológico fueron el psicodinámico (p.e Kaplan, 1974) el psicofisiológico (p.e Masters y Johnson, 1970) y el conductual (p.e Wolpe y Lazarus, 1966). A medida que la psicología clínica y la psicología experimental se volvían más

cognitivas, los modelos terapéuticos en el campo sexológico incorporaban el peso de las variables cognitivas como factor influyente en las disfunciones sexuales (p.e Ellis, 1960, 1975; Lazarus, 1980).

Actualmente en el campo de la modificación de conducta y la sexología se considera que los factores cognitivos tienen una importancia capital en las disfunciones sexuales (p.e, Carrobbles, 1985; Lopiccolo y Friedman, 1989; Wolfe y Walen, 1990; Cottraux, 1990). Lopiccolo y Friedman (1989) proponen un modelo integrador de terapia centrado en cuatro causas, interrelacionadas, para explicar las disfunciones sexuales:

a) La historia de aprendizaje: Experiencias de la niñez y adolescencia (actitudes y conductas negativas de los progenitores y otras figuras significativas hacia la sexualidad), modelos o fuentes de información deficitarias, restrictivas o inadecuadas.

b) Factores físicos: Presencia de enfermedades físicas (más de tipo crónica y neurológica) y uso de drogas o medicamentos.

c) Factores de relación: Papel del síntoma en la relación global de la pareja. A menudo el síntoma es visto solo como un elemento perturbador, pero también suele tener un propósito útil en el mantenimiento de la estructura de la relación de pareja (teoría de sistemas).

d) Factores cognitivos: Papel del nivel de conocimiento del individuo sobre la sexualidad; y sobre todo de sus actitudes, creencias y pensamientos en la disfunción sexual. La ansiedad de desempeño sexual (mas frecuentes en los hombres) deriva de la creencia irracional de "Debo de ser enormemente sexual para ser un hombre de verdad" y la ansiedad femenina en la relación sexual suele derivar de la creencia irracional de "Debo de satisfacer a mi compañero para tener su aprobación".

ANEXO III

Clasificación de las disfunciones sexuales es en la temporalidad:

Primarias: cuando desde el inicio de la vida sexual han presentado alteraciones en una o varias de las fases de respuesta sexual.

Secundarias: cuando después de haber tenido una respuesta sexual adecuada, empiezan a ser disfuncional.

En la dimensión de temporalidad: globalidad / situacionalidad, los síndromes los podemos clasificar como:

Globales: cuando se presentan en todas las circunstancias que vive el paciente.

Parciales: cuando no hay disfunción en el autoerotismo pero sí en la relación con la pareja.

Selectivas: cuando sólo fallan con una pareja en particular y con otras no.

ANEXO IV

Cuestionarios de evaluación como los recogidos por Carrobbles (1985) sobre distintas áreas de evaluación:

1) Información sexual:

- . Inventario de conocimientos sexuales (McHugh, 1955, 1967).
- . Cuestionario de información sexual (Carrobbles, 1985).
- . Cuestionario para la evaluación de mitos y falacias sexuales (Carrobbles 1985).

2) Actitudes respecto al sexo:

- . Inventario de miedos sexuales (Annon, 1975).
- . Inventario de placer sexual (Annon, 1975).
- . Inventario de actitudes respecto al sexo (Eysenck, 1970).

3) Conducta sexual:

- . Perfil de respuesta sexual (Pion, 1975).
- . Inventario de interacción sexual (Lopiccolo y Steger, 1974).
- . Inventario de ajuste sexual (Stuart, Stuart, Maurice y Szasz, 1975).

Identificar claramente su estado emocional o psicológico y relacional

Algunas veces utilizamos cuestionarios de evaluación como:

- . Escala de ajuste marital (Locke y Wallace, 1959).
- . Inventario de relaciones de pareja (Stuart y Stuart, 1983)