

# Disfunciones sexuales femeninas

María José Carrasco



guías de intervención

psicología clínica

  
EDITORIAL  
SÍNTESIS

# DISFUNCIONES SEXUALES FEMENINAS

M.<sup>a</sup> JOSÉ CARRASCO



# **DISFUNCIONES SEXUALES FEMENINAS**

PROYECTO EDITORIAL  
PSICOLOGÍA CLÍNICA

*Serie*  
GUÍAS DE INTERVENCIÓN

Directores:  
Manuel Muñoz López  
Carmelo Vázquez Valverde

# DISFUNCIONES SEXUALES FEMENINAS

M.<sup>a</sup> JOSÉ CARRASCO



Diseño de cubierta: JV Diseño gráfico

© M.<sup>a</sup> José Carrasco

© EDITORIAL SÍNTESIS, S. A.  
Vallehermoso, 34. 28015 Madrid  
Teléfono: 91 593 20 98  
<http://www.sintesis.com>

ISBN: 978-84-995811-9-4

Reservados todos los derechos. Está prohibido, bajo las sanciones penales y el resarcimiento civil previstos en las leyes, reproducir, registrar o transmitir esta publicación, íntegra o parcialmente, por cualquier sistema de recuperación y por cualquier medio, sea mecánico, electrónico, magnético, electroóptico, por fotocopia o cualquier otro, sin la autorización previa por escrito de Editorial Síntesis, S. A.

# Índice

## Capítulo I. Introducción

- 1.1. Una aproximación a la sexualidad femenina
  - 1.2. La respuesta sexual en la mujer
    - 1.2.1. *Anatomía de los órganos sexuales femeninos*
    - 1.2.2. *Fisiología de la respuesta sexual femenina*
  - 1.3. Clasificación de las disfunciones sexuales femeninas
    - 1.3.1. *Las disfunciones sexuales femeninas en el DSM-IV*
    - 1.3.2. *Las disfunciones sexuales femeninas en la CIE-10*
    - 1.3.3. *Otros sistemas de clasificación*
  - 1.4. Descripción clínica de las disfunciones sexuales femeninas
    - 1.4.1. *Deseo sexual hipoactivo*
    - 1.4.2. *Aversión al sexo*
    - 1.4.3. *Trastorno de la excitación sexual en la mujer*
    - 1.4.4. *Trastorno orgásmico femenino*
    - 1.4.5. *Dispareunia*
    - 1.4.6. *Vaginismo*
    - 1.4.7. *Disfunciones sexuales debidas a enfermedades médicas*
    - 1.4.8. *Disfunciones sexuales inducidas por sustancias*
  - 1.5. Epidemiología de las disfunciones sexuales femeninas
  - 1.6. Trastornos asociados y evolución de las disfunciones sexuales femeninas
- Cuadro resumen
- Exposición de casos clínicos
- Preguntas de autoevaluación

## Capítulo 2. Etiología de las disfunciones sexuales femeninas

- 2.1. Factores orgánicos
  - 2.1.1. *Enfermedades físicas e intervenciones quirúrgicas que afectan al funcionamiento sexual*
  - 2.1.2. *Efectos de medicamentos y drogas en la sexualidad femenina*
- 2.2. Factores psicológicos
  - 2.2.1. *Factores predisponentes*
  - 2.2.2. *Factores precipitantes*

- 2.2.3. *Factores de mantenimiento*
- 2.3. Factores sociales y relacionales
  - 2.3.1. *Información y educación sexual*
  - 2.3.2. *Disfunción sexual y relaciones de pareja*
- 2.4. Factores evolutivos
  - 2.4.1. *Ciclo vital y funcionamiento sexual*
  - 2.4.2. *Disfunciones sexuales en el ciclo vital*
- 2.5. Revisión de modelos explicativos sobre la adquisición y mantenimiento de las disfunciones sexuales femeninas

Cuadro resumen

Exposición de casos clínicos

Preguntas de autoevaluación

### **Capítulo 3. Evaluación de las disfunciones sexuales femeninas**

- 3.1. Consideraciones generales
- 3.2. Objetivos de la evaluación
- 3.3. Áreas de evaluación
- 3.4. Criterios diagnósticos y diagnóstico diferencial
  - 3.4.1. *Trastorno por deseo sexual hipoactivo*
  - 3.4.2. *Trastorno por aversión al sexo*
  - 3.4.3. *Trastorno de la excitación sexual*
  - 3.4.4. *Trastorno orgásmico femenino*
  - 3.4.5. *Dispareunia*
  - 3.4.6. *Vaginismo*
- 3.5. Técnicas y procedimientos de evaluación
  - 3.5.1. *Historia sexual y entrevista clínica*
  - 3.5.2. *Los autoinformes*
  - 3.5.3. *La autoobservación*
  - 3.5.4. *La evaluación psicofisiológica*
  - 3.5.5. *La evaluación médica*
- 3.6. Formulación del problema y diseño de intervención

Cuadro resumen

Exposición de casos clínicos

Preguntas de autoevaluación

### **Capítulo 4. Guía para el terapeuta: pautas de intervención**

- 4.1. Consideraciones previas
  - 4.1.1. *Objetivos de la intervención terapéutica*
  - 4.1.2. *Pautas generales de intervención*
  - 4.1.3. *Dificultades más frecuentes en el curso del proceso de intervención*
  - 4.1.4. *La prevención de recaídas*
- 4.2. Estructura general del procedimiento de intervención
  - 4.2.1. *Diseño de las sesiones*
  - 4.2.2. *Las tareas para casa*
  - 4.2.3. *Biblioterapia i*
- 4.3. Componentes básicos de la intervención terapéutica
  - 4.3.1. *La información y la educación sexual*
  - 4.3.2. *La focalización sensorial*
  - 4.3.3. *El control de estímulos*
  - 4.3.4. *El entrenamiento en comunicación*
  - 4.3.5. *La reestructuración cognitiva*
- 4.4. Procedimientos específicos de intervención
  - 4.4.1. *La intervención en la ausencia de deseo*
  - 4.4.2. *La intervención en la aversión al sexo*
  - 4.4.3. *La intervención en los problemas de excitación sexual*
  - 4.4.4. *La intervención en los problemas de orgasmo*
  - 4.4.5. *La intervención en los problemas de vaginismo*
  - 4.4.6. *La intervención en los problemas de dispareunia*
  - 4.4.7. *Otras aproximaciones terapéuticas*
  - 4.4.8. *Eficacia de la intervención terapéutica en las disfunciones sexuales femeninas*

Cuadro resumen

Exposición de casos clínicos

Preguntas de autoevaluación

## **Capítulo 5. Guía informativa y de autoayuda para el paciente**

- 5.1. ¿Qué es una disfunción sexual?
  - 5.1.1. *La respuesta sexual de la mujer*
  - 5.1.2. *Mitos y errores acerca del funcionamiento sexual*
  - 5.1.3. *Tipos de disfunciones sexuales*
  - 5.1.4. *La disfunción sexual y la relación de pareja*
  - 5.1.5. *La frecuencia de las disfunciones sexuales*
  - 5.1.6. *¿Cómo saber si se necesita ayuda?*
- 5.2. ¿Por qué se produce una disfunción sexual?

- 5.2.1. *Causas físicas*
- 5.2.2. *Causas psicológicas*
- 5.2.3. *Causas situacionales*
- 5.3. ¿En qué consiste una terapia sexual?
  - 5.3.1. *Características de los programas de tratamiento*
  - 5.3.2. *Fases del tratamiento*
  - 5.3.3. *Eficacia de los procedimientos terapéuticos*
  - 5.3.4. *Tratamiento individual o tratamiento en pareja*
- 5.4. Cómo ayudarse uno mismo
  - 5.4.1. *Buscando información*
  - 5.4.2. *Promoviendo unas relaciones sexuales gratificantes*
  - 5.4.3. *Promoviendo una relación de pareja satisfactoria*

## **Clave de respuestas**

## **Lecturas recomendadas y bibliografía**

## Introducción

### 1.1. Una aproximación a la sexualidad femenina

La sexualidad femenina ha sido un tema que ha permanecido relegado e ignorado hasta épocas muy recientes. Durante siglos se ha contemplado a las mujeres como seres preferentemente asexuados, que cedían a las demandas de sus cónyuges por su deseo de ser madres y que se veían libres de esta "esclavitud" cuando finalizaba su capacidad reproductora. Los escasos ejemplos de una sexualidad femenina sólo podían ser explicados o en una situación de prostitución o de enfermedad mental. En este estado de cosas, las mujeres han intentado ajustarse a un estereotipo rígido y asfixiante que las encorsetaba en un rol pasivo y sumiso, al servicio del varón, en el que desaparecería cualquier indicio de individualidad, autonomía e iniciativa.

A partir de la Segunda Guerra Mundial, que alteró especialmente el rol que las mujeres habían venido desempeñando, al implicarlas más ampliamente en el campo laboral, se empezó, muy débilmente, a desarrollar una mayor libertad sexual, flexibilizándose poco a poco los estereotipos tradicionales. En la segunda mitad del siglo XX, los movimientos sociales, caracterizados por su discurso de liberación, potenciaron la cristalización de los movimientos feministas centrados en la demanda de los derechos básicos para las mujeres, la denuncia de toda opresión y discriminación, así como la búsqueda de la emancipación. Hitos relevantes de esta época fueron la aparición de métodos anticonceptivos que posibilitaban disfrutar de la sexualidad sin temor al embarazo, así como la publicación de trabajos de investigación sobre la sexualidad humana que, por primera vez, sacaban a la luz datos concretos sobre una sexualidad femenina real y activa (Kinsey *et al.*, 1953; Master y Johnson, 1966).

En este clima las mujeres empiezan a tomar contacto con su cuerpo, a sentirse libres para experimentar placer y buscar satisfacción en la relación sexual, a manifestar sus deseos y preferencias. Pero éste es un camino no exento de dificultades y problemas. Mientras que los avances en la investigación han permitido profundizar en la respuesta sexual masculina, de tal manera que han aparecido nuevas formas de afrontar, farmacológicamente por ejemplo, problemas sexuales como los trastornos de la erección,

existen, todavía, muchas lagunas sobre la neurofisiología de la respuesta de excitación de la mujer, el papel que juegan las hormonas en la conducta sexual femenina o qué marcadores identifican el deseo sexual femenino.

Los estudios sobre la sexualidad masculina y femenina han puesto de manifiesto, igualmente, la existencia de algunos elementos diferenciadores. Los datos existentes muestran que la sexualidad femenina es más complicada, a nivel biológico, que la de los varones, se desarrolla de manera más difusa y se activa mediante claves que le son propias. La utilización, durante mucho tiempo, del funcionamiento sexual del varón como el patrón regulador normativo ha traído como resultado una visión de la sexualidad femenina más empobrecida y disfuncional.

Una mirada a aquellas claves que activan el deseo sexual en la mujer pone de manifiesto que para las mujeres, en general, la percepción de las sensaciones genitales ocupa un papel secundario en la experiencia de excitación subjetiva, atendiendo más a todos aquellos aspectos situacionales relacionados con la actividad sexual. Posiblemente, el que sean menos notorias y evidentes las respuestas fisiológicas que se dan en la mujer, cuando experimenta excitación, que las que se producen en el hombre, puede ser una de las razones que justifiquen el porqué las mujeres se centran menos en dichas respuestas para activar su funcionamiento sexual.

Las fantasías femeninas difieren en contenido y en frecuencia de las de los varones. Las mujeres tienden a tener fantasías de contenido romántico en las que los comportamientos sexuales no están explícitamente desarrollados. Este hecho podría explicarse bien por la presión social que orienta a las mujeres a desarrollar la sexualidad en el contexto de una relación afectiva, o por el hecho real de que las experiencias sexuales de las mujeres se desarrollan preferentemente en este marco. Los varones describen fantasías en las que cobran especial importancia las imágenes visuales y los detalles anatómicos, mientras que las mujeres se centran más en los sentimientos y las emociones. Además, las mujeres suelen tener una menor frecuencia de fantasías sexuales a lo largo del día que los varones. La mayor presencia en los varones de prácticas de masturbación asociadas al uso de fantasías sexuales podría explicar, por un proceso de reforzamiento, el que se den, en mayor medida, este tipo de pensamientos.

Para las mujeres son elementos determinantes, para responder sexualmente, el contexto emocional y las situaciones previas al encuentro sexual en sí. En los primeros momentos puede mostrar un desinterés por las caricias genitales, buscando los estímulos no sexuales de caricias en una situación no demandante, prefiriendo estímulos auditivos y táctiles, para ir incorporando progresivamente, de menos a más, las estimulaciones de carácter sexual. Esto suele chocar con el comportamiento del varón que tiene un interés prioritario por las caricias genitales desde el primer momento, buscando los estímulos sexuales preferentemente, y dando prioridad a los estímulos de carácter visual.

Este ritmo diferente con que suelen iniciar una relación sexual un varón y una mujer puede provocar situaciones de desajuste al demandar la mujer un avance más lento, dedicando un mayor tiempo a los besos y caricias, mientras que el varón vive estas experiencias como los prolegómenos de lo fundamental y, por lo tanto, menos excitantes

y satisfactorias. Esto ha supuesto la visión de una sexualidad de la mujer más deficitaria y problemática y con muchas dificultades para excitarse. El que las mujeres disfruten siendo acariciadas y acariciando, sin mostrar urgencia por pasar a otras actividades que buscan de manera más directa el incremento de la excitación, ha supuesto en gran medida una cierta culpabilización por detenerse, demasiado, en cuestiones periféricas y ser clasificada como alguien que no disfruta del sexo. Sin embargo, el que los varones, por su historia, centren la sexualidad en la genitalidad, no debería en modo alguno implicar que éste sea el único patrón posible y que los otros acercamientos son romanticismos propios de personas a las que disgusta la vivencia de su sexualidad y que necesitan enmascararla en un marco de amor y romanticismo.

Puesto que la respuesta sexual humana en general, y la femenina en particular, está determinada por numerosos factores de carácter biológico, psicológico, relacional y sociocultural, para comprender mejor por qué se desarrollan los problemas sexuales, es necesario conocer previamente las bases biológicas que regulan el funcionamiento sexual.

## **1.2. La respuesta sexual en la mujer**

En el ciclo de respuesta sexual se suelen identificar, aunque la cuestión está sujeta a una cierta polémica, cinco fases: deseo, excitación, meseta, orgasmo y resolución. Parte de la controversia surge al identificar las fases como estadios que se suceden de forma independiente, ya que es difícil concebir un nivel de excitación y orgasmo sin la participación del propio deseo. Además, al ser la base de dicho ciclo fundamentalmente fisiológica, se dejan fuera aspectos psicológicos de gran relevancia en la sexualidad. Por ejemplo, la definición y la delimitación de la fase de deseo se han ido modificando desde las posiciones iniciales que veían el deseo como el impulso necesario para que se desarrollase el resto del ciclo, a los planteamientos actuales más complejos en los que se destaca su naturaleza pluridimensional, integrando aspectos psicológicos de carácter tanto cognitivo como afectivo.

Puesto que los órganos implicados en los distintos niveles de respuesta sexual difieren, y además van experimentando cambios a medida que se suceden las diferentes fases del ciclo, se procederá en primer lugar a presentar una breve descripción de la anatomía sexual femenina para, posteriormente, describir los cambios fisiológicos que se pueden identificar a lo largo de dicho ciclo.

### **1.2.1. Anatomía de los órganos sexuales femeninos**

A la hora de describir los órganos sexuales femeninos se suelen agrupar éstos en dos apartados: los genitales externos y los internos.

El grupo de los genitales externos está formado por el monte de Venus, los labios mayores, los labios menores, el clítoris, el orificio de la uretra, el orificio vaginal y unas glándulas accesorias. El monte de Venus es una zona de tejido adiposo, recubierta de

vello que recubre el hueso púbico. Los labios mayores son dos pliegues de piel, simétricos, formados por tejido adiposo, que se extienden desde el monte de Venus hasta la proximidad del orificio anal. Estos pliegues cubren el resto de estructuras y están recubiertos en su parte exterior por abundante vello, mientras que en su cara interna carecen de pelo y muestran una superficie suave y húmeda. Los labios menores son dos pequeños pliegues de piel, sin vello, formados por un tejido muy vascularizado. Estos pliegues se unen en su parte superior, por encima del clítoris, formando lo que se conoce como capuchón del clítoris o prepucio y se extienden hasta la zona inferior del orificio vaginal.

El clítoris es una estructura cilíndrica de unos 2,5 cm de longitud y de 4 a 5 mm de grosor que está en su mayor parte cubierto por los labios menores, debajo del capuchón, quedando únicamente descubierta su cabeza o glande. Se trata de un órgano eréctil cuyo cuerpo está formado por estructuras de carácter esponjoso que se llenan de sangre cuando se le estimula, lo que posibilita su alargamiento y engrosamiento, y con numerosas terminaciones nerviosas, especialmente en el glande. El orificio uretral se encuentra situado entre el clítoris y la entrada vaginal y corresponde a la abertura de la uretra que conecta a su vez con la vejiga.

Por último estaría la entrada vaginal o introito. Esta zona es rica también en terminaciones nerviosas y vasos sanguíneos. Entre las glándulas secretoras cabe destacar las glándulas de Bartholin, situadas en la parte inferior de la cara interna de los labios mayores, una a cada lado. Dichas glándulas secretan un moco lubricante, que durante un tiempo se pensó que facilitaba la penetración, aunque posteriormente se constató que, dada la escasez de las secreciones, los beneficios que podrían desprenderse de las mismas serían escasos. En la [figura 1.1](#) se representa el conjunto de los genitales externos femeninos.

Los órganos genitales internos son la vagina, el útero, las trompas de Falopio y los ovarios. La vagina es un conducto musculomembranoso cuyas paredes están recubiertas de una mucosa rosada y húmeda altamente irrigada. Las paredes del conducto suelen permanecer en contacto pero su gran elasticidad posibilita la inserción del pene durante el coito o la salida del feto en el parto. La parte más sensible de este canal corresponde al primer tercio. Algunos autores han identificado, dentro de la vagina, lo que se conoce como "el punto G", localizado en la pared anterior de la vagina, a unos 5 cm de la abertura, especialmente sensible, y que responde a una estimulación intensa y prolongada.

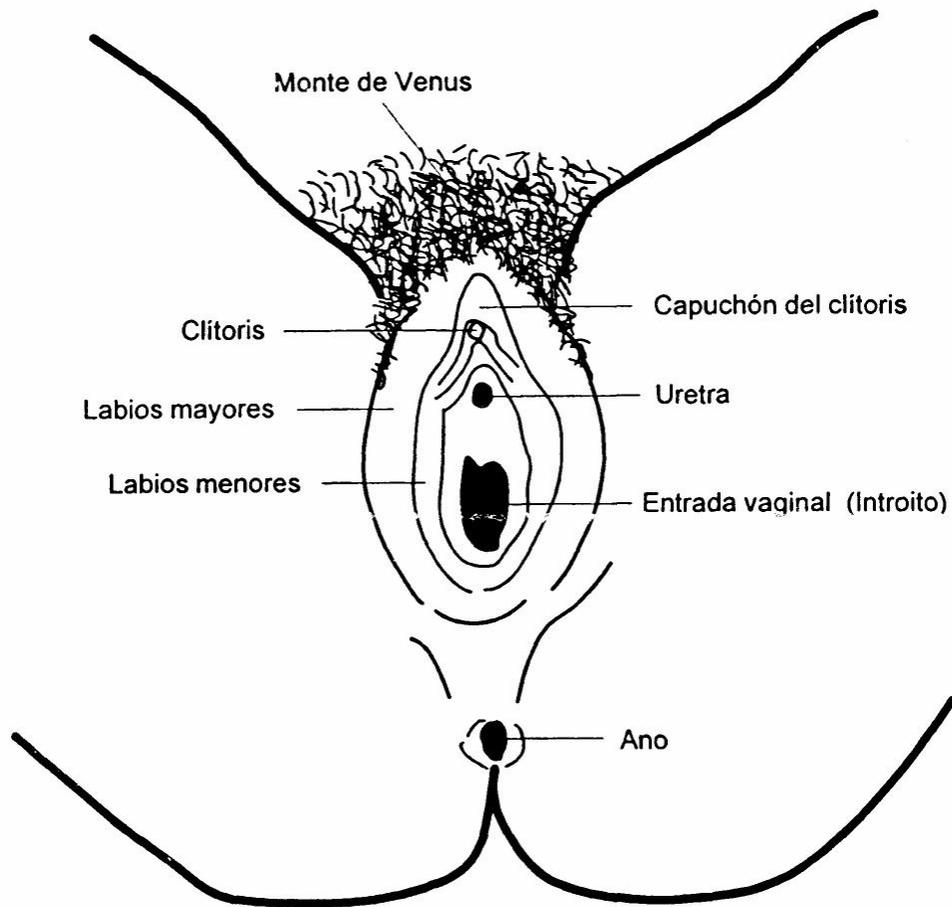


FIGURA 1.1. *Genitales externos femeninos.*

El útero es un órgano muscular, hueco, en forma de pera invertida en el que se distinguen dos zonas, el cérvix o cuello del útero y el cuerpo uterino. El cérvix conecta por uno de sus lados con la vagina y por el otro con la cavidad uterina. Este canal está revestido de una capa de glándulas que producen secreción mucosa. La cavidad uterina está recubierta por una membrana, denominada endometrio, que sufre diversas transformaciones, por influencia hormonal, a lo largo del ciclo ovárico.

Las trompas de Falopio son dos estructuras tubulares que permiten poner en contacto la cavidad uterina con cada uno de los ovarios. Su función prioritaria es recoger el óvulo, siendo el lugar donde habitualmente se produce la fecundación. Los ovarios son dos órganos del tamaño y peso de una almendra, situados a cada lado del útero, en los que se producen y maduran las células reproductoras femeninas, los óvulos, y se fabrican las hormonas sexuales como los estrógenos y la progesterona.

### 1.2.2. Fisiología de la respuesta sexual femenina

El ciclo de respuesta sexual se ha dividido en cinco fases, atendiendo a los cambios

que va experimentando el cuerpo a lo largo de los distintos momentos de una actividad de carácter sexual: deseo, excitación, meseta, orgasmo y resolución. Aunque esta división es arbitraria, su principal utilidad se deriva de su aplicación en la evaluación de los problemas que afectan a la respuesta sexual. Los cambios identificados afectarán no sólo a los diferentes órganos genitales sino también a otras partes del cuerpo.

- *Fase de deseo*: ésta es una de las fases que presenta una mayor dificultad en su descripción ya que haría referencia al interés o apetencia que muestra una persona por la sexualidad. Dado que dicho interés no se ve reflejado en una respuesta fisiológica concreta, se suele identificar a través de las cogniciones de contenido sexual que tiene una persona (fantasías, sueños, anticipación cognitiva de futuros acercamientos sexuales) y de la disposición para participar en actividades sexuales o la búsqueda intencionada de las mismas.
- *Fase de excitación*: se define por el período de tiempo durante el cual se van incrementando los niveles de activación sexual. Tradicionalmente uno de los indicadores fisiológicos femeninos más representativo de esta fase es la aparición de lubricación vaginal. Asimismo se puede observar una ligera separación de los labios mayores y un engrosamiento de los labios menores a la vez que la vagina empieza a expandirse y dilatarse, el cérvix y el cuerpo del útero comienzan a elevarse y crece el grosor del clítoris. También se detecta un aumento del tamaño de los senos, los pezones se ponen erectos, y hay un aumento progresivo de tensión muscular.
- *Fase de meseta*: a medida que aumenta la tensión sexual, los cambios experimentados en la fase anterior se agudizan y aparecen otros nuevos. Entre los más característicos de esta etapa se encuentra la aparición de la "plataforma orgásmica" que hace referencia al estrechamiento que se produce en el tercio externo de la vagina por el engorde de las paredes. El alargamiento de la vagina finaliza en un abombamiento del tercio interno formando como un receptáculo preparado para recoger la eyaculación, resultado del orgasmo masculino. El clítoris se retrae quedando casi totalmente cubierto por el capuchón. Los labios menores, por la vasocongestión, se ponen de un color rojo escarlata que se intensifica a medida que aumenta la excitación y se aproxima el orgasmo. En un 75% de mujeres progresa el enrojecimiento de la piel, que se había iniciado en la fase anterior, extendiéndose desde la zona del estómago y la garganta hasta los pechos, la cara y los muslos.
- *Fase de orgasmo*: el orgasmo es una respuesta refleja que afecta a todo el cuerpo. Se caracteriza por la aparición de contracciones rítmicas, en la zona del útero, la plataforma orgásmica vaginal y el esfínter rectal. Además el cuerpo se pone rígido, la espalda se arquea, los muslos se tensan y las manos y pies se encogen. La experiencia subjetiva del orgasmo incluye un sentimiento intenso de placer que se activa súbitamente y que rápidamente se desvanece. Es importante destacar que algunas mujeres, si continúa la

estimulación, son capaces de experimentar varios orgasmos seguidos, sin pérdida de excitación, mientras que en otras la vivencia del orgasmo es seguida por un descenso paulatino de la tensión sexual.

- *Fase de resolución:* en esta fase final del ciclo los cambios anatómicos y fisiológicos, experimentados a medida que se han ido incrementando los niveles de activación sexual, se desvanecen. La plataforma orgásmica desaparece, la vasocongestión va disminuyendo, el útero se reubica en su posición habitual de reposo y la vagina se acorta y estrecha recuperando su tamaño normal. Si ha habido orgasmo se experimenta una sensación de relajación y bienestar.

En la [figura 1.2](#) se recogen de manera resumida los cambios fisiológicos más relevantes correspondientes a las fases de excitación, meseta, orgasmo y resolución.

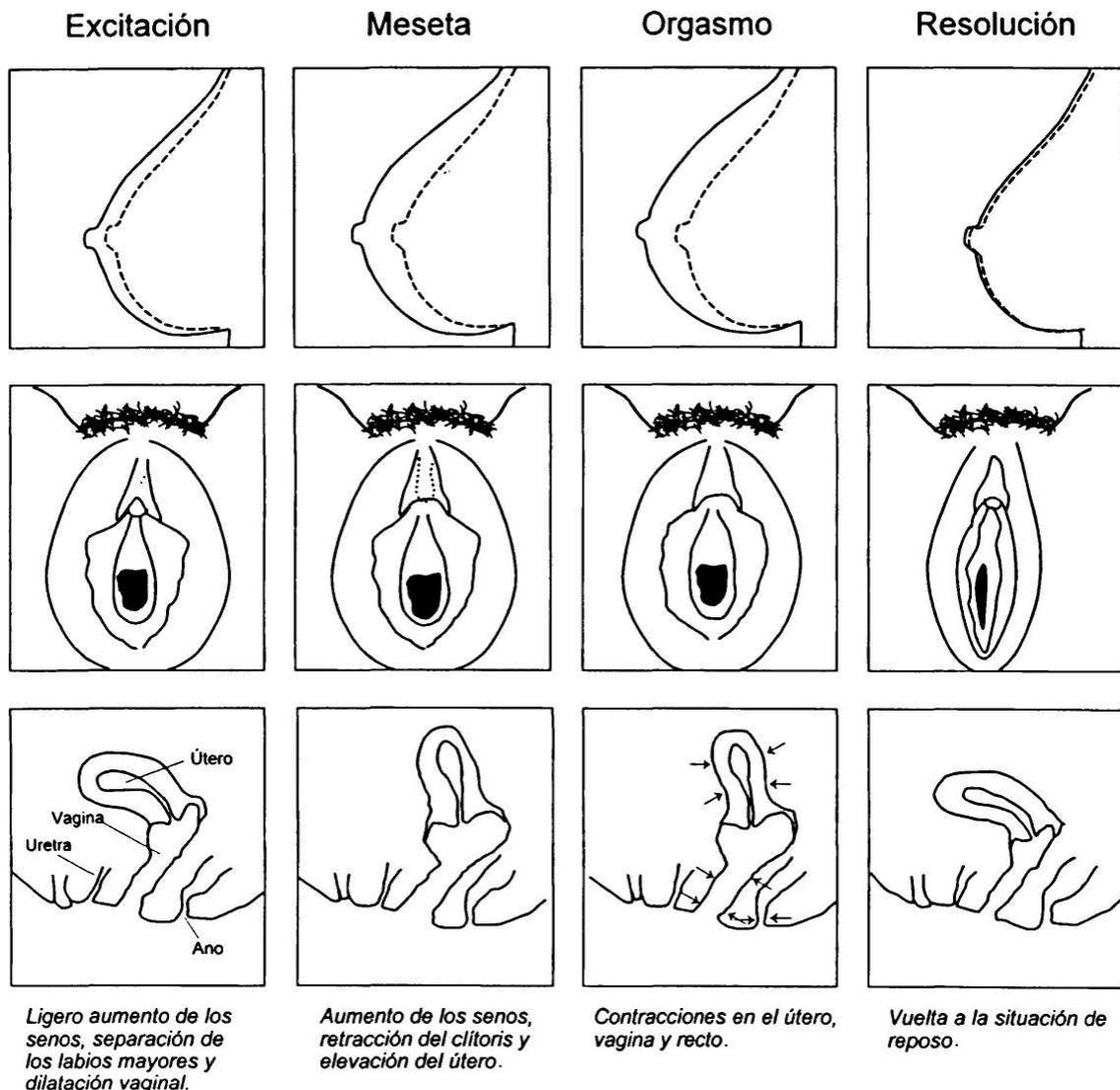


FIGURA 1.2. Cambios fisiológicos durante el ciclo sexual.

### 1.3. Clasificación de las disfunciones sexuales femeninas

Desde que comenzaron a desarrollarse los estudios sobre la sexualidad humana y las alteraciones asociadas al funcionamiento sexual, han sido numerosas las propuestas de taxonomía de las disfunciones sexuales. Cada autor, al enfrentarse a las debilidades y deficiencias que todo intento de clasificación presenta, ha propuesto un nuevo sistema que superase las carencias de los anteriores. La revisión de los distintos sistemas clasificatorios propuestos revela que, la mayoría, se apoyan en criterios específicamente fisiológicos para diagnosticar un problema, dejando fuera factores que juegan un papel fundamental en la vivencia de la sexualidad, como son los aspectos cognitivos y afectivos. Asimismo, la creación de entidades problemáticas diferenciadas que todo sistema de clasificación propone es cuestionable en un campo como el de la sexualidad. En numerosas ocasiones se hace difícil separar un problema de excitación de uno de deseo o de orgasmo, teniendo que asignar a una misma persona varias disfunciones a la vez, lo que, en cierta forma, cuestiona el propio sistema de clasificación. Por último, es importante destacar la indefinición que suele acompañar a muchos de los trastornos, al carecer de datos normativos que sirvan de referencia. El diagnóstico reposa en gran medida en el juicio clínico del profesional con la carga de arbitrariedad y subjetividad que ello conlleva.

Entre los sistemas de clasificación más utilizados destacan el Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV) propuesto por la Asociación Psiquiátrica Americana y la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) propuesto por la Organización Mundial de la Salud.

#### 1.3.1. Las disfunciones sexuales femeninas en el DSM-IV

Según el DSM-IV (4.<sup>a</sup> edición, 1994) las disfunciones sexuales son definidas como alteraciones en alguno de los procesos del ciclo de la respuesta sexual o dolor asociado a la relación sexual. Un elemento determinante a la hora de diagnosticar un trastorno sexual será la presencia de niveles acusados de malestar personal y de dificultades interpersonales provocadas por dicha alteración.

Las disfunciones sexuales se agrupan en cuatro grandes categorías: trastornos del deseo sexual, trastornos de la excitación, trastornos del orgasmo y trastornos sexuales por dolor. Además, hay dos categorías complementarias, basadas en factores etiológicos, para aquellas disfunciones causadas por una enfermedad médica o por el consumo de alguna sustancia.

En el diagnóstico se debe hacer constar *la naturaleza del inicio del problema*, es decir si es *de toda la vida*, lo que supone que está presente desde el inicio de la actividad sexual, o si es *adquirido*, que implica su aparición a partir de un momento determinado, tras un período de normalidad. Se especificará *el contexto* en que aparece tratándose de un trastorno de tipo *general*, cuando aparece en todas las situaciones, o de tipo *situacional*, cuando se circunscribe a contextos determinados. Por último, se determinará

la *dimensión etiológica*, indicándose si la disfunción es debida a *factores psicológicos* o a *factores combinados* cuando, en este último caso, la aparición de un trastorno se atribuye a la acción conjunta de factores psicológicos y el padecimiento de alguna enfermedad o el consumo de alguna sustancia.

Los distintos tipos de trastornos con sus características más relevantes se recogen en el [cuadro 1.1](#).

Cuadro 1.1. *Tipos de trastornos sexuales según el DSM-IV*

Grupos de trastornos	Tipo de trastorno	Criterios de diagnóstico
T. del deseo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Deseo sexual hipoactivo</li> <li>• Aversión al sexo</li> </ul>	<p>Ausencia de fantasías y de deseo de actividad sexual.</p> <p>Aversión y evitación activa de la actividad sexual.</p>
T. de la excitación	• Trastorno de la excitación sexual en la mujer	Incapacidad para obtener o mantener la lubricación vaginal hasta el final de la relación sexual.
T. del orgasmo	• Trastorno orgásmico femenino	Ausencia o retraso del orgasmo tras una fase de excitación normal.
T. por dolor	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dispareunia</li> <li>• Vaginismo</li> </ul>	<p>Dolor genital en el coito.</p> <p>Contracción involuntaria del tercio externo de la vagina ante cualquier intento de penetración.</p>

### 1.3.2. Las disfunciones sexuales femeninas en la CIE-10

En la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10, 1992) se habla de una disfunción sexual de origen no orgánico cuando la persona no puede participar en una relación sexual deseada, siendo necesario para el diagnóstico que la disfunción haya estado presente más de seis meses. A diferencia del DSM-IV, no se menciona como criterio para el diagnóstico las posibles dificultades interpersonales que la disfunción puede generar.

A la hora de clasificar los distintos tipos de disfunciones sexuales, la CIE-10 no es específica respecto a las fases del ciclo de la respuesta sexual y sólo para algunas

disfunciones (disfunción orgásmica y vaginismo) considera necesario delimitar si se está ante un problema de carácter primario, cuando dicha disfunción ha estado siempre presente, o secundario, cuando ha aparecido tras un período de respuesta normal. Conviene indicar la posible confusión que se genera cuando para hablar de una disfunción que aparece en cualquier circunstancia se utiliza, a veces, el término de "primaria", en vez de "general", frente a situacional, cuando surgen en contextos particulares.

Se identifican las siguientes disfunciones sexuales femeninas:

- *Ausencia o pérdida de deseo sexual*: caracterizada por la disminución bien de pensamientos de contenido sexual, de estímulos de carácter sexual o de fantasías sexuales. Las personas que padecen este trastorno manifiestan una falta de interés en iniciar actividades sexuales, en pareja o en solitario. Se utiliza como criterio general, teniendo en cuenta tanto la edad como el contexto, o los niveles de frecuencia anteriores, el que el interés por iniciar una actividad sexual (relaciones sexuales con la pareja o masturbaciones) surja menos de dos veces al mes.
- *Rechazo sexual y ausencia de placer sexual*: se engloban aquí dos tipos de trastornos: el rechazo sexual y la ausencia de placer sexual.  
En *el rechazo sexual* las relaciones sexuales generan miedo o ansiedad, lo que lleva a su evitación. En *la ausencia de placer sexual* hay una carencia de sensaciones placenteras o de sentimientos agradables de excitación, estando presentes las respuestas fisiológicas normales (lubricación vaginal u orgasmo).
- *Fracaso de la respuesta genital*: cuando no aparece la lubricación, con la consiguiente sequedad vaginal, junto con una inadecuada intumescencia de los labios mayores.
- *Disfunción orgásmica*: surge este problema cuando el orgasmo no se produce o se retrasa excesivamente.
- *Vaginismo no orgánico*: caracterizado por la presencia de un espasmo en la musculatura perivaginal que dificulta o impide la penetración.
- *Dispareunia no orgánica*: identificado por la presencia de dolor durante la penetración no atribuible a vaginismo o a sequedad vaginal.

En la CIE-10 se recogen también otras categorías como *Impulso sexual excesivo*, *Otras disfunciones sexuales de origen no orgánico* y *Disfunción sexual no especificada de origen no orgánico*, sin que se propongan criterios de diagnóstico para ellas.

En el [cuadro 1.2](#) se muestran, comparándolos, los distintos tipos de trastornos recogidos por el DSM-IV y la CIE-10. Sólo el trastorno de *Ausencia de placer sexual* no tiene una correspondencia precisa en el DSM-IV, ya que por los criterios diagnósticos proporcionados podría incluirse tanto en el grupo de trastornos de la excitación como del orgasmo.

Cuadro 1.2. Tipos de trastornos sexuales en el DSM-IV y el CIE-10

Grupos de trastornos	DSM-IV	CIE-10
T. del deseo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Deseo sexual hipoactivo</li> <li>• Aversión al sexo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausencia de deseo sexual</li> <li>• Rechazo sexual</li> </ul>
T. de la excitación	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trastorno de la excitación sexual en la mujer</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fracaso de la respuesta genital</li> <li>• Ausencia de placer sexual</li> </ul>
T. del orgasmo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trastorno orgásmico femenino</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disfunción orgásmica</li> </ul>
T. por dolor	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dispareunia</li> <li>• Vaginismo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dispareunia no orgánica</li> <li>• Vaginismo no orgánico</li> </ul>

### 1.3.3. Otros sistemas de clasificación

Entre los diversos sistemas de clasificación existentes merece la pena destacar los propuestos por Hawton (1988) y por Carroble y Sanz (1991) por proporcionar dos taxonomías muy diferentes y el de Basson (2000) por plantear una propuesta de redefinición de las disfunciones sexuales femeninas.

Hawton (1988) propone una clasificación sencilla que, sin ser exhaustiva, recoge muchas de las disfunciones que se ven en la clínica. Establece cuatro categorías: interés sexual, excitación, orgasmo y la última categoría de otros problemas donde se agrupan aquellos trastornos que no pueden ser incluidos en las tres anteriores. En cada categoría se tendrán en cuenta, a su vez, dos dimensiones: el inicio y la extensión del problema. Así se hablará de una disfunción primaria para describir problemas que hayan estado presentes desde el comienzo de la actividad sexual o secundaria cuando se desarrolla el trastorno tras un período de funcionamiento normal. Los términos de total y situacional se referirán, respectivamente, a problemas presentes en cualquier circunstancia relacionada con la actividad sexual o solamente en alguna.

En el [cuadro 1.3](#) se muestran los tipos de disfunción femenina recogidos en esta clasificación. Además de las disfunciones reseñadas Hawton plantea otro tipo de problema caracterizado por la *ausencia de satisfacción sexual*. Para él este trastorno no es propiamente una disfunción sexual sino más bien una vivencia insatisfactoria de las relaciones sexuales relacionada con problemas de relación, juego erótico insatisfactorio o

relaciones sexuales monótonas y aburridas.

Carrobles y Sanz (1991) han propuesto un sistema clasificatorio que intenta incluir el mayor número posible de disfunciones y alteraciones relacionadas con la sexualidad, a la vez que busca potenciar la utilidad en la práctica clínica de este tipo de sistemas de clasificación, proporcionando datos que permitan la planificación de la terapia. En su propuesta, denominada Sistema Clasificadorio Integrado Tipológico-Funcional de los Problemas Sexuales, se recogen aquellas dimensiones más utilizadas en el contexto de los problemas sexuales, analizándose, en cada una de ellas, las dimensiones: *temporal*, primaria o secundaria; *contextual*, general o situacional; *grado de severidad del problema*, total o parcial y *etiológica*, orgánica o funcional.

Las disfunciones sexuales se distribuyen a lo largo de ocho categorías, cuatro de las cuales están relacionadas con el ciclo de la respuesta sexual, incluyendo aspectos de marcado carácter psicológico, como son *el deseo, la excitación, el orgasmo y la insatisfacción sexual*. Una quinta categoría recoge aquellos aspectos que tratan con *la presencia del dolor* durante la actividad sexual, clasificando los problemas según la actividad que genera el dolor. Las tres categorías restantes abarcan *los trastornos sexuales producidos por problemas de relación, los problemas sexuales producidos por una información sexual inadecuada o por determinadas actitudes o creencias respecto a la sexualidad y los problemas sexuales asociados a otros tipos de trastornos de carácter tanto psicológico como psiquiátrico u orgánico*.

Cuadro 1.3. *Tipos de trastornos sexuales según Hawton*

<i>Categoría</i>	<i>Disfunción sexual</i>	<i>Problemas recogidos</i>
Interés sexual	Alteración del interés sexual	Rechazo de cualquier actividad de carácter sexual.  Desinterés por iniciar una relación sexual que, una vez comenzada, se vive satisfactoriamente.
Excitación	Alteración de la excitación sexual	Fallo en la respuesta fisiológica normal ante la estimulación sexual.  Ausencia de las sensaciones que normalmente acompañan a la excitación.
Orgasmo	Disfunción orgásmica	Imposibilidad o dificultad para alcanzar el orgasmo.
Otros	Dispareunia Vaginismo	Dolor durante el coito.  Contracción involuntaria del tercio externo de la vagina lo que imposibilita el coito o lo hace muy doloroso.

Los tipos de disfunciones sexuales que se incluyen en los problemas de deseo sexual van desde la aversión hacia la actividad sexual, pasando por una inhibición total del deseo y un bajo deseo sexual, hasta el trastorno producido por un deseo sexual exacerbado.

La categoría de problemas de excitación comprende dos tipos de disfunciones: la excitación sexual inhibida y la disfunción sexual general.

Entre los problemas de orgasmo se recogen los problemas de orgasmo prematuro y los de ausencia de orgasmo, pasando por los trastornos relacionados con la dificultad en alcanzar el orgasmo u orgasmo retardado. También se enmarca en esta categoría el problema por ausencia de orgasmo en el coito.

Los trastornos sexuales por insatisfacción sexual se relacionan con discrepancias entre los miembros de la pareja respecto a la frecuencia de las relaciones sexuales y quejas de monotonía en la relación sexual.

La categoría de dolor durante la actividad sexual reúne los problemas de dolor durante la excitación sexual, durante la penetración, dolor durante los movimientos del coito y vaginismo.

En las categorías restantes se incluirían situaciones que, de manera indirecta,

ocasionan disfunciones sexuales, como los problemas interpersonales o de relación de pareja, las carencias de información o las creencias distorsionadas sobre la sexualidad y los trastornos psicológicos, psiquiátricos u orgánicos.

Por último, Basson (2000) describe un modelo de respuesta sexual femenina que recoge la información que ha ido surgiendo en los trabajos de investigación y que apunta a un funcionamiento diferente entre varones y mujeres en el ciclo sexual, especialmente en el caso de mujeres con pareja estable. Considera la autora que los modelos tradicionales sobre el funcionamiento sexual se han centrado fundamentalmente en aspectos de carácter fisiológico y han obviado aquellos elementos relacionados con la satisfacción sexual de la mujer como son la intimidad, la confianza, la comunicación, el afecto y la experiencia placentera de la caricia de carácter sensual. Por ello, los trastornos sexuales se han identificado utilizando indicadores fisiológicos, más cercanos al funcionamiento sexual del varón, y se han diagnosticado como patológicas actuaciones normales en las mujeres. En su modelo, la mujer, partiendo de una situación neutra, sexualmente hablando, se plantea activarse sexualmente, bien por el acercamiento de su pareja o por la posibilidad de obtención de una situación gratificante, sexual o no sexual, por lo que de manera deliberada se centra en los estímulos necesarios para promover el deseo sexual. De esta manera el deseo sexual surge voluntaria y no espontáneamente. Aunque puede haber circunstancias en las que el deseo sexual aparece de manera espontánea a partir de una fantasía, un pensamiento erótico o un sueño de contenido sexual, es bastante probable que en la gran mayoría de las relaciones sexuales la mujer, al inicio, parta de una situación de no activación sexual. De esta manera el deseo y la excitación sexual en la mujer son procesos que se dan casi de forma simultánea cuando se plantea experimentar estimulación sexual. En la [figura 1.3](#) se representa el modelo de respuesta sexual femenino propuesto por la autora.

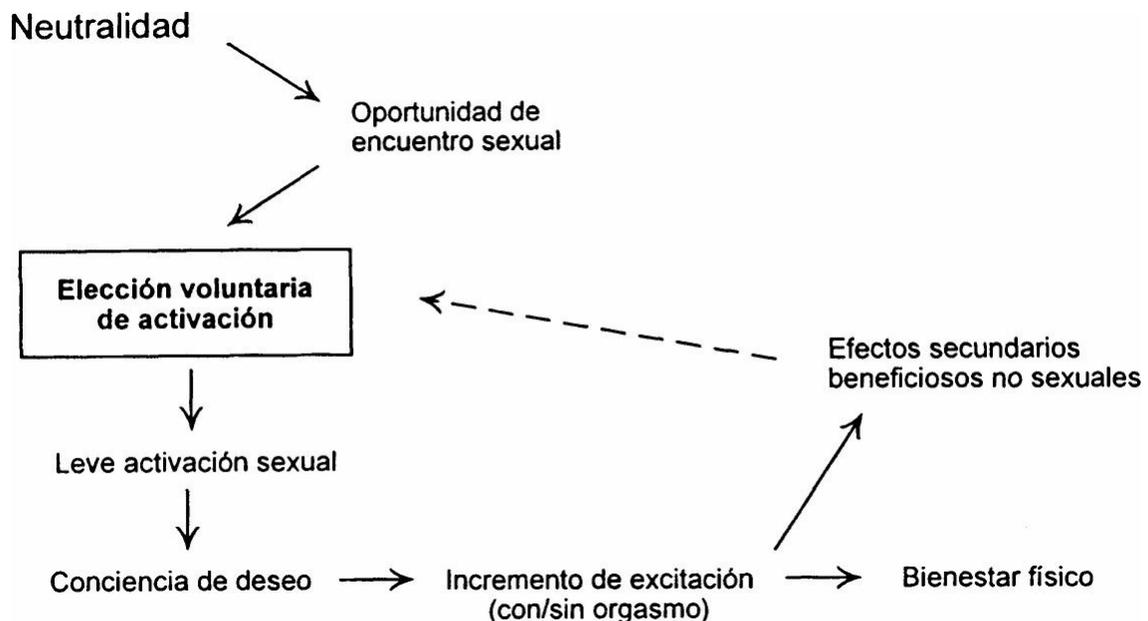


FIGURA 1.3. *Modelo de respuesta sexual femenina de Basson.*

Partiendo de estos supuestos se redefinen los problemas sexuales femeninos y se hablará de *Trastorno de Deseo Sexual Hipoactivo* no sólo cuando se presente una ausencia, o una baja presencia, de fantasías o pensamientos de contenido sexual o poco o nulo deseo de actividad sexual (tanto en soledad como en pareja), sino también una incapacidad para responder ante señales sexuales que se esperaría que activasen, deliberadamente, el deseo sexual. Desde esta definición del trastorno, las mujeres que no experimentan de manera espontánea deseo o apetencia sexual, pero que tienen la capacidad de activarlo de manera voluntaria, tendrían un funcionamiento normal.

El *Trastorno de Excitación Sexual* identificará aquella problemática en la que se presenta una incapacidad para alcanzar o mantener una excitación sexual generándose una vivencia de malestar personal. Se puede manifestar como una falta de excitación sexual subjetiva o una ausencia de lubricación u otro componente fisiológico de la excitación. Aunque exista la presencia de la respuesta fisiológica de excitación sexual, se puede hablar de trastorno si no aparece el componente subjetivo. Asimismo, en algunas mujeres puede darse una experiencia de excitación sexual que no provoca respuestas fisiológicas, como ocurre en una deficiencia de estrógenos.

Finalmente, el *Trastorno Orgásmico* se refiere a la dificultad, retraso o ausencia en alcanzar el orgasmo tras una estimulación suficiente y excitación sexual, generándose una situación de malestar personal. Desde esta perspectiva, se eliminan las dificultades interpersonales como indicador de trastorno, ya que si la mujer vive satisfactoriamente su relación sexual en ausencia de orgasmo, no se debería hablar de disfunción y los problemas en la relación vienen por la actitud que adopta su pareja ante este hecho.

#### **1.4. Descripción clínica de las disfunciones sexuales femeninas**

La respuesta sexual humana está configurada por un conjunto de componentes de naturaleza biológica y psicológica y los problemas sexuales pueden manifestarse, por lo tanto, de maneras muy diferentes. En algunos casos, los niveles biológicos de deseo, excitación y orgasmo pueden funcionar correctamente y sin embargo la actividad sexual es infrecuente o es vivida por uno o ambos miembros de una pareja como insatisfactoria. En otras situaciones, las dificultades sexuales aparecen en alguno de los diferentes niveles o fases de la respuesta sexual, aunque al estar éstos tan intrincadamente entrelazados, frecuentemente las dificultades sexuales tienden a afectar a todos los niveles de respuesta. Para complicar aún más el tema, hay que señalar que las dificultades sexuales de un miembro de la pareja generan a menudo dificultades en el otro. Así, una eyaculación excesivamente rápida en el varón puede ocasionar problemas de deseo o excitación en la mujer. O un problema de dolor en la penetración en la mujer puede generar dificultades de erección en el varón.

A continuación se presenta una breve descripción de los diferentes tipos de

disfunción sexual siguiendo el sistema de clasificación propuesto por el DSM-IV.

#### 1.4.1. Deseo sexual hipoactivo

Se caracteriza por las quejas sobre falta de interés en el sexo, ausencia de fantasía sexual y baja frecuencia de actividad sexual. Las mujeres que padecen este trastorno no suelen tomar la iniciativa para iniciar contactos sexuales y cuando tienen relaciones sexuales las inician con desgana y a regañadientes. En algunos casos, si superan los primeros momentos de apatía, responden satisfactoriamente a la estimulación pudiendo tener experiencias sexuales satisfactorias. Los casos más severos muestran unos niveles de inapetencia que les impide disfrutar del contacto sexual por lo que, si éste continúa, viven pasivamente la relación hasta que su pareja la finaliza.

Las mujeres con un problema de deseo sexual inhibido de carácter primario suelen comentar que podrían vivir el resto de sus vidas sin "sexo" y que las relaciones sexuales constituyen una obligación hacia su pareja, por lo que ceden a las peticiones del otro, procurando espaciarlas lo máximo posible. Dado que no existen criterios unánimemente aceptados respecto a lo que se define como un deseo sexual "normal" o "saludable", el problema aparece cuando la persona se siente afectada por su falta de interés o deseo sexual, o cuando los problemas de una relación se asocian con la falta de interés o de deseo sexual de un miembro de la pareja. En ocasiones, esta dificultad se presenta enmascarada tras un trastorno de ausencia de excitación o de anorgasmia.

A veces, tras una situación de deseo sexual inhibido en la mujer, lo que se está dando es una discrepancia de deseo sexual en la pareja. Es habitual que las parejas muestren niveles diferentes de deseo sexual, lo que se plasma en distintas preferencias en cuanto a la frecuencia de sus relaciones sexuales. La existencia de este desajuste, absolutamente normal en la mayoría de los casos, lleva a la pareja a buscar, desde la aceptación y el respeto al otro, compromisos gratificantes para ambos. Sin embargo, no siempre la pareja es capaz de manejar de forma satisfactoria estas diferencias y esto acaba afectando a la relación. La persona con un mayor nivel de demanda vive la negativa y la carencia de iniciativa como rechazo y desapego emocional lo que provoca enfados y discusiones. La persona con menor deseo vive los acercamientos sexuales del otro como una situación de demanda exigente, en donde se percibe implícitamente una falta de respeto, generándose resentimiento y malestar, ya que se siente obligada a ceder a los requerimientos para evitar el conflicto. Se crea así un clima de distanciamiento emocional en el que escasean las manifestaciones físicas de afecto, ya que son fácilmente malinterpretadas como iniciativas sexuales, y donde la persona con la apetencia menor se muestra cada vez más fría, emocional y físicamente. En esta situación, es frecuente que la mujer, si tiene menor nivel de deseo, se considere disfuncional, por las constantes referencias que su cónyuge suele hacer respecto a su funcionamiento problemático o a lo "anormal" de su frialdad y rechazo.

En relación a este tema, surgen voces discrepantes respecto a la existencia de posibles sesgos que influyen a la hora de diagnosticar este tipo de problemas. Algunos

autores, que defienden la existencia de diferencias de género en el deseo sexual, estiman que el no reconocimiento de estas diferencias implica un sesgo para la mujer, que está siendo enjuiciada y etiquetada de disfuncional al emplearse criterios que le son ajenos. Además, se identifica otro posible sesgo hacia la hipersexualidad. En la gran mayoría de los sistemas de clasificación propuestos, es revelador la no identificación de un excesivo deseo sexual como una situación disfuncional.

#### 1.4.2. Aversión al sexo

Las mujeres que sufren este tipo de problema experimentan sentimientos intensos de desagrado, repulsión, asco o temor ante situaciones de tipo sexual. Dependiendo de la gravedad del trastorno estos sentimientos pueden surgir ante estímulos o actividades concretas como el semen, el sexo oral o los besos en la boca, o pueden llegar a desencadenarse ante cualquier situación mínimamente relacionada con el sexo, e incluso ante el hecho de pensar en tener una relación sexual.

En los casos más graves pueden aparecer reacciones de fuerte ansiedad, náuseas, palpitaciones o mareos ante una situación sexual. Las personas que sufren este trastorno tratan de evitar el contacto sexual con la pareja, lo que dificulta su relación.

El padecimiento de esta disfunción de forma primaria puede impedir el establecimiento de relaciones de carácter íntimo, por el intenso temor ante aquellas situaciones que impliquen proximidad física. Experiencias de abuso sexual en la infancia pueden estar en la base de esta vivencia disfuncional, mientras que las víctimas de violaciones u otro tipo de agresiones sexuales pueden llegar a desarrollar aversión a actos sexuales específicos que tuvieron lugar durante la experiencia traumática.

#### 1.4.3. Trastorno de la excitación sexual en la mujer

En los problemas de falta de excitación sexual las mujeres se quejan, normalmente, de vivir una situación en la que, súbitamente, pierden sus niveles de excitación y la actividad sexual deja de ser placentera, dándose una desconexión tanto física como emocional del acto sexual. En otras ocasiones, las mujeres perciben una incapacidad para responder a las caricias, no sintiéndose excitadas ante la estimulación y no experimentando las respuestas fisiológicas características, como son las sensaciones de tumefacción en la zona genital o la lubricación vaginal.

Cuando las experiencias insatisfactorias se acumulan, las relaciones sexuales se viven de forma problemática, se inician con aprensión al prever fracaso y se escudriña constantemente el estado de excitación, lo que dificulta, aún más, la obtención de una experiencia placentera. Esta situación lleva a mostrar una actitud negativa hacia el sexo y a rehuir los contactos sexuales, experimentando una inhibición del deseo que se une al trastorno de excitación.

#### 1.4.4. Trastorno orgásmico femenino

En este tipo de problema la mujer, alcanzando un nivel de excitación adecuado tiene, sin embargo, una gran dificultad o es incapaz de alcanzar el orgasmo. En algunos casos nunca se ha llegado al orgasmo, identificándose la disfunción como primaria, y en otros, tras un período en el que se ha disfrutado del orgasmo en las relaciones sexuales, se ha perdido la capacidad de alcanzarlo o es muy costoso de obtener. Otras mujeres se quejan de la imposibilidad de llegar al orgasmo al ser estimulada por su pareja en una relación sexual, aunque sí lo puede obtener mediante la masturbación.

A la hora de valorar la presencia de una disfunción orgásmica conviene tener presente que no se puede hablar de una manera "normal" de obtener el orgasmo, debido a la gran variabilidad que existe, no sólo entre una mujer y otra, sino al comparar experiencias en una misma mujer, con relación a su modo de responder ante la estimulación erótica. Los niveles de excitación, en ocasiones, se alcanzan rápidamente y con facilidad y otras veces se requiere una estimulación más duradera e intensa para que esto se logre. Algunas mujeres necesitan la estimulación directa en la zona del clítoris para alcanzar el orgasmo, mientras que otras llegan al orgasmo únicamente a través de la estimulación producida por los movimientos de penetración durante el coito. Los estudios sobre comportamientos sexuales femeninos, tanto en nuestro país como fuera de él, han encontrado que solamente alrededor de un 30% de mujeres son capaces de llegar al orgasmo mediante el coito exclusivamente, por lo que carece de sentido considerar a una mujer como disfuncional por el hecho de no alcanzar el orgasmo a través de la estimulación coital.

A veces, la mujer que no alcanza el orgasmo durante la relación sexual acaba fingiendo que lo tiene. Entre las razones aducidas para hacerlo se encuentra el evitar conflictos con la pareja ya que es habitual que se den enfados y discusiones. El varón le dirá a la mujer que lo único que tiene que hacer para llegar el orgasmo es "dejarse llevar" y, puesto que ella es incapaz de lograrlo, se sentirá frustrado y se quejará de su poca cooperación. Además, en numerosos casos, intentará resolver la inseguridad que siente respecto a su inadecuación como compañero sexual, interrogando a la mujer durante el juego amoroso sobre lo apropiado o no de su actuación, lo que genera a su vez, en ella, una gran presión que, junto con una sensación de distanciamiento del juego amoroso, vivido más bien como un campo de experimentación, imposibilitará que la excitación se mantenga y que se tenga el orgasmo. El fingimiento del orgasmo una vez establecido hará difícil que salga a la luz la situación problemática. Las continuas experiencias sexuales insatisfactorias pueden llevar a una vivencia de frustración y resentimiento que frecuentemente acabará afectando a la relación de pareja.

En algunas mujeres, la situación crónica de excitación no resuelta con el orgasmo genera la aparición de un trastorno denominado síndrome de congestión pélvica, resultado de la situación de vasocongestión mantenida. En este estado, la mujer experimenta un dolor sordo y profundo en la zona abdominal, que se agudiza en el coito, acompañado de una sensación de pesadez e hinchazón. Los síntomas comienzan al

levantarse y empeoran a medida que transcurre el día. La sensación de malestar continuado genera sentimientos de tristeza y ansiedad.

#### 1.4.5. Dispareunia

Los problemas de dispareunia se han descrito y clasificado de múltiples formas. En términos generales hacen referencia a la experiencia de dolor genital asociado a la relación sexual. En la forma habitual, el dolor se presenta durante el coito, pudiendo aparecer al iniciarse la penetración, en algún punto de la entrada de la vagina, o sentirse más profundamente. Las quejas sobre la experiencia de dolor son muy variadas, describiéndose como sensaciones de quemazón, irritación, punzadas, escozor intenso o molestias vagas. La intensidad y duración de estas sensaciones son igualmente fluctuantes abarcando desde experiencias ligeras y breves hasta persistentes y de gran intensidad, manteniéndose las molestias varias horas después de finalizada la relación sexual.

Los problemas de dolor coital suelen ir asociados a problemas de vaginismo. Cuando se intenta la penetración en los casos de vaginismo la mujer experimenta dolor, lo que fortalece la respuesta de contracción. Por otra parte, puede surgir un problema de vaginismo tras sufrir experiencias de coitos dolorosos. Los problemas de dispareunia suelen afectar a las relaciones sexuales, que se viven de manera insatisfactoria, y acaban generando sentimientos de temor y malestar en ambos miembros de la pareja.

Cuando la experiencia de dolor tiene lugar en el interior de la vagina, al realizarse penetraciones profundas, puede ocurrir que el problema se deba a una situación de baja excitación en la cual la vagina no se ha dilatado suficientemente y el cérvix y el cuerpo del útero no han alcanzado la elevación adecuada. En esta situación una inserción profunda producirá el choque doloroso del pene con el cérvix. Esto se puede dar también en mujeres con prolapso uterino en las que una porción del útero desciende en la vagina. La dispareunia se origina, frecuentemente, por un problema de carácter físico por lo que, en este tipo de disfunción, es especialmente recomendable una exploración ginecológica específica.

#### 1.4.6. Vaginismo

El vaginismo se define como un espasmo involuntario de la musculatura del tercio exterior de la vagina, que se produce ante cualquier intento de penetración. Muchas mujeres con este trastorno son capaces de excitarse y alcanzar el orgasmo a través del juego amoroso, siempre y cuando se excluya la penetración. La mujer no percibe la contracción muscular como dolorosa ni siente cuando se produce, por lo que no se da cuenta de la misma. Lo único que percibe es la imposibilidad o extremada dificultad para introducir algo en su vagina, como si hubiera un muro que imposibilitara la entrada. Esto ha llevado a algunas mujeres que padecen este trastorno a plantearse que carecen de

abertura vaginal. Si se intenta la penetración forzando la resistencia, se experimenta dolor.

El grado de severidad del problema varía desde mujeres que no pueden someterse a revisiones ginecológicas o colocarse tampones durante la menstruación, a otros casos en los que el malestar aparece exclusivamente en las relaciones sexuales cuando se intenta el coito. Si la pareja acomoda de forma satisfactoria sus juegos sexuales, y la mujer no teme que haya intentos repentinos y por sorpresa de penetración, la actividad sexual puede ser vivida de forma placentera aunque con una cierta frustración por las limitaciones existentes. En estos casos se busca ayuda profesional especialmente cuando se desea tener un hijo. En otras ocasiones, sin embargo, cuando la base fundamental de la relación sexual se coloca en el coito, las relaciones sexuales son vividas de manera insatisfactoria, pudiendo no llegar a alcanzar excitación durante el juego por la preocupación o temor a lo que sucederá posteriormente ante los intentos de penetración. La relación se carga de ansiedad y es frecuente que se evite.

El problema puede aparecer con las primeras relaciones sexuales por lo que en ningún momento ha sido posible el coito, o puede ocurrir tras un período en el que la penetración se ha realizado sin problemas. Esto a veces sucede tras haber dado a luz, o después de haber sufrido alguna experiencia traumática como, por ejemplo, una violación.

#### 1.4.7. Disfunciones sexuales debidas a enfermedades médicas

Son numerosas las enfermedades que pueden producir un trastorno sexual. En ocasiones la problemática sexual es producida directamente por las alteraciones fisiológicas que origina la enfermedad, o por las medicaciones que es necesario tomar, aunque puede ocurrir que se dé una acción combinada de factores psicológicos y orgánicos. En los casos de enfermedades crónicas es frecuente que las personas se perciban disminuidas, preocupadas por su salud, sintiéndose incómodas con su imagen corporal, lo que les lleva a inhibirse en las relaciones sexuales que se convierten en algo poco gratificante e incluso aversivo.

Diabetes, problemas cardiovasculares, cáncer o esclerosis múltiple son algunas de las enfermedades que tienen un efecto directo sobre el funcionamiento sexual. En el apartado centrado en la etiología de las disfunciones sexuales se presentará una revisión pormenorizada de algunas de las enfermedades que afectan al funcionamiento sexual.

#### 1.4.8. Disfunciones sexuales inducidas por sustancias

El consumo de determinados fármacos o el abuso de ciertas drogas puede afectar negativamente a la respuesta sexual de distintas maneras, inhibiendo el deseo, dificultando la obtención de niveles satisfactorios de excitación o imposibilitando la obtención del orgasmo. En ocasiones su acción es directa sobre el funcionamiento

cerebral y el sistema nervioso central, mientras que otras veces actúa afectando la producción de hormonas sexuales. Al valorar los efectos de la medicación sobre la sexualidad conviene tener presente que no todas las personas responden de la misma manera, viéndose algunas afectadas negativamente y no teniendo repercusiones en otras. Las razones de esta variabilidad no han sido aún esclarecidas.

El espectro de sustancias que pueden ocasionar un trastorno sexual es muy amplio. Cualquier droga que influya sobre los sistemas implicados en la respuesta sexual, neurológico, vascular o endocrino puede repercutir sobre el funcionamiento sexual. Dentro de este grupo estarían algunos medicamentos tomados para combatir la hipertensión o fármacos utilizados para el tratamiento de la depresión.

Otro grupo de sustancias como el alcohol, la marihuana, la cocaína y los opiáceos, como la heroína y la morfina, tienen un claro efecto negativo sobre la sexualidad de aquellas personas que muestran un consumo continuado de las mismas.

En el próximo capítulo se hará una revisión más amplia sobre diversas sustancias y las distintas disfunciones que pueden provocar.

## **1.5. Epidemiología de las disfunciones sexuales femeninas**

Existen pocos datos epidemiológicos respecto a la prevalencia de los distintos trastornos sexuales. Los datos existentes muestran una gran disparidad debida no sólo al propio objeto de estudio, los problemas en la sexualidad, sino también a diferencias en los modos de evaluación, las definiciones empleadas, las dificultades de diagnóstico por la coexistencia de distintos trastornos y la disparidad en las características de la población estudiada.

En general, los problemas sexuales más frecuentes son el deseo sexual hipactivo y la disfunción orgásmica, mientras que la prevalencia es menor para los problemas de aversión al sexo. Cuando se ha tenido en cuenta la edad de las participantes, la prevalencia de los problemas sexuales tiende a disminuir a medida que se incrementa la edad, exceptuando los problemas relacionados con falta de lubricación.

Algunas de las variables que se han relacionado con una mayor presencia de problemas sexuales en la mujer son un nivel de estudios bajo o el hecho de no tener una relación de pareja estable. El cambio de compañero sexual o una práctica infrecuente de relaciones sexuales pueden generar mayores niveles de ansiedad y estrés, lo que implicará una mayor dificultad para disfrutar de unas relaciones sexuales satisfactorias. Asimismo, las mujeres con un nivel académico bajo pueden tener un nivel de educación sexual deficitario y menores recursos para acceder a la información disponible a través, por ejemplo, de libros divulgativos, repercutiendo todo ello negativamente en su funcionamiento sexual (Laumann *et al.*, 1999).

- *Estudios realizados fuera de España*

En el [cuadro 1.4](#) se presenta la prevalencia de las disfunciones sexuales en muestras clínicas (Sánchez *et al.*, 1997; Hems y Crowe, 1999) y no clínicas (Rosen *et al.*, 1993; Laumann *et al.*, 1999; Dunn *et al.*, 2000) llevados a cabo en Estados Unidos, Inglaterra y México. La discrepancia en las cifras y las casillas vacías reflejan la confusión en las categorías diagnósticas, lo que genera que, en ocasiones, en una categoría se incluyan más de un trastorno o que disfunciones, como el vaginismo, no sean consideradas.

Cuadro 1.4. Frecuencia de los problemas sexuales fuera de España

Trastornos sexuales	Rosen et al. (1993)	Sánchez et al. (1997)	Hems y Crowe (1999)	Laumann et al. (1999)	Dunn et al. (2000)
Deseo sexual hipoactivo	8,8%	22,6%	40%	32-27%	47,1%
Aversión al sexo	9%	8,8%	2,8%	16-6%	
Trastorno de excitación	13,6%	14,8%		27-19%	51%
Trastorno orgásmico	15,4%	21%	11,2%	26-23%	39,4%
Dispareunia	12,2%	18,4%	20%	21-8%	24,3%
Vaginismo	6,8%	9,1%	14%		

• *Estudios realizados en población española*

Los estudios llevados a cabo en la población española arrojan resultados similares a los efectuados en otros países. El [cuadro 1.5](#) muestra la frecuencia, en porcentajes, de los diferentes tipos de trastornos sexuales analizados tanto en población general (Ballester y Gil, 1995; Hurtado *et al.*, 1996) como clínica (Mira, 1988; Marqués y Caballero, 1999).

Cuadro 1.5. Frecuencia de los problemas sexuales en muestras españolas

<i>Trastornos sexuales</i>	<i>Mira (1988)</i>	<i>Ballester y Gil (1995)</i>	<i>Hurtado et al. (1996)<sup>1</sup></i>	<i>Marqués y Caballero (1999)</i>
Deseo sexual hipoactivo	11,6%	37%	45%	25,8%
Aversión al sexo	5 %	–	–	1,6%
Trastorno de excitación	16,6%	22%		3,1%
Trastorno orgásmico	45,6%	42%	21,25%	35,9%
Dispareunia	10,8%	29%		19,5%
Vaginismo	2,8%	5%		4,7%

<sup>1</sup> En el trabajo de Hurtado hay una sola categoría para Dispareunia/Vaginismo con una prevalencia del 11.25%.

## **1.6. Trastornos asociados y evolución de las disfunciones sexuales femeninas**

La vivencia de una disfunción sexual frecuentemente afecta al funcionamiento sexual general y, por lo tanto, es habitual encontrar varias disfunciones asociadas a un trastorno. Así, una mujer que no desea tener relaciones sexuales, mostrando una actitud de desinterés hacia los juegos y contactos sexuales, es frecuente que, si éstos se inician, no pueda obtener un nivel de excitación que le posibilite disfrutar del encuentro sexual y alcanzar el orgasmo. Igualmente una mujer que no suele alcanzar el orgasmo, paulatinamente, por la acumulación de experiencias frustrantes e insatisfactorias, mostrará indiferencia e inapetencia hacia la relación sexual.

Los problemas sexuales suelen repercutir muy negativamente en las relaciones de pareja, por lo que estas situaciones con frecuencia van acompañadas de una relación insatisfactoria, en la que hay muy pocas demostraciones afectivas y grandes silencios cargados de reproches. La vivencia problemática de la sexualidad anula los contactos afectivos, que se viven de manera amenazante y conflictiva al ser fácilmente confundidos. Desde el varón, que experimenta un deseo que tiene que reprimir, los acercamientos físicos cariñosos de la mujer se interpretan como una señal de disposición que habría que aprovechar, lo que provoca el alejamiento de ella para no generar confusión. Desde la mujer, que vive el problema y la insatisfacción de la relación sexual, las manifestaciones afectuosas de él son tanteos y preliminares que hay que detener antes de que lleven a una situación más conflictiva. Él se alejará resentido y enfadado por el rechazo, ella se sentirá incomprendida y no respetada. En algunos casos la conflictividad

y la insatisfacción desembocarán en la separación y el divorcio.

En el ámbito personal, la mujer con una disfunción sexual suele padecer problemas de ansiedad y depresión. Experimentan sentimientos de culpabilidad y de inadecuación personal, lo que genera una baja autoestima. Se sienten insatisfechas con su imagen corporal. Si no están en pareja, suelen tener dificultades en establecer relaciones afectivas, ya que temen el momento en que su problemática salga a la luz.

Las disfunciones sexuales, como el deseo sexual inhibido o la aversión sexual, cuando son de carácter primario se suelen iniciar en la pubertad. La adolescente sin deseo sexual no fantaseará con los chicos, ni buscará experiencias de juego con ellos (besos, caricias). En los casos de disfunción orgásmica primaria no se desarrollan conductas de exploración y de autoestimulación, aunque la ausencia de masturbación en la adolescencia, en la mujer, no es predictor de disfunción sexual.

En relación con problemas de obtención del orgasmo es frecuente que la mujer, en sus primeras relaciones sexuales no llegue a alcanzar el orgasmo. El hecho de que muchas mujeres tomen contacto más plenamente con su sexualidad cuando tienen sus primeras experiencias sexuales les hace depender de los conocimientos, experiencia y pericia del otro para su satisfacción. Poco a poco, si las experiencias son placenteras, y la mujer va sintiéndose más segura en la relación, alcanzará un mayor conocimiento de su cuerpo, buscará las caricias más excitantes, se recreará en sus sensaciones más intensas y alcanzará el orgasmo. Sin embargo, en otras ocasiones, las primeras experiencias vividas de manera traumática o aversiva generarán un problema que se irá afianzando a medida que las experiencias posteriores confirman lo vivido previamente.

En general, los datos existentes muestran que la mayoría de las disfunciones sexuales tienden a cronificarse, siendo improbable que se resuelvan sin ayuda específica. Únicamente aquellos trastornos leves, que aparecen circunscritos a situaciones muy específicas y cuyo origen se deba, fundamentalmente, a procesos transitorios como una enfermedad, pueden remitir sin requerir tratamiento.

#### *Cuadro resumen*

— *Órganos sexuales femeninos:*

- *Externos:* monte de Venus, labios mayores y menores, clítoris, orificio de la uretra, orificio vaginal, glándulas de Bartholin.
- *Internos:* vagina, útero, trompas de Falopio y ovarios.

— *Respuesta sexual femenina:*

- *Deseo:* interés o apetencia por la sexualidad manifestado mediante fantasías, sueños,

- pensamientos; iniciativa para mantener una actividad sexual o disposición para participar en dicha actividad.
- *Excitación*: tensión sexual acompañada de lubricación vaginal, vasoconstricción y miotonía.
- *Meseta*: incremento de la tensión sexual, aparición de la plataforma orgásmica, retracción del clítoris.
- *Orgasmo*: contracciones rítmicas en la zona del útero, en la plataforma vaginal y el esfínter rectal. Sentimiento intenso de placer
- *Resolución*: desvanecimiento de la tensión sexual y desaparición de los cambios fisiológicos. Sensación de relajación y bienestar

— *Disfunciones sexuales femeninas:*

- *Deseo sexual hipoactivo*: falta de interés en el sexo; ausencia de fantasías o pensamientos de contenido sexual; dificultad para implicarse en una actividad sexual. Los problemas sexuales generan un intenso malestar personal o dificultades interpersonales. Se estima que lo padecen entre un 11 y un 40% de la población femenina.
- *Aversión al sexo*: sentimientos intensos de desagrado, repulsión, asco o temor ante situaciones de tipo sexual; evitación de todo tipo de contacto sexual genital. Se estima su presencia entre un 1 y un 5% de la población femenina, general y clínica.
- *Trastorno de excitación*: dificultad para alcanzar y mantener la excitación sexual durante la actividad sexual; ausencia de lubricación. Se valora que lo padece entre el 3 y el 22% de las mujeres.
- *Disfunción orgásmica*: dificultad o incapacidad para alcanzar el orgasmo, lo que genera malestar personal. Su incidencia en la población femenina se estima entre el 21 y el 45%.
- *Dispareunia*: experiencia de dolor asociado a la relación sexual, en concreto al coito. Se estima que lo padece entre un 10 y un 29% de las mujeres.
- *Vaginismo*: contracción involuntaria de los músculos de la vagina impidiendo la penetración. Se estima que lo padecen entre un 2 y un 5% de la población femenina.

### ***Exposición de casos clínicos***

A continuación se describen dos casos clínicos que recogen dos tipos de trastornos sexuales. En el primer caso se presenta una situación en la que se dan asociados dos trastornos, un problema de deseo sexual hipoactivo y un trastorno de excitación. La asociación de varias disfunciones suele ser un hecho bastante habitual en la práctica clínica, no siendo posible identificar con facilidad si el problema de deseo surge como consecuencia de las dificultades de excitación o si, por el contrario, la ausencia de deseo determina el déficit de excitación. Este caso clínico refleja una queja frecuente entre las mujeres que buscan ayuda profesional, como es la inapetencia sexual. En el segundo caso se describe un problema de vaginismo. Puesto que la búsqueda de ayuda para este tipo de disfunción suele demorarse por el desconocimiento general que existe sobre la existencia de este problema, lo que empieza afectando a un tipo específico de comportamiento sexual como es la penetración, acabará repercutiendo en la vida sexual en general.

- *Descripción de un problema de ausencia de deseo y excitación sexual*

Esther, de 34 años de edad, plantea un problema de inapetencia sexual que experimenta de una manera intensa desde hace año y medio, a partir del nacimiento de su hijo. Las relaciones sexuales no le son placenteras en la mayoría de las ocasiones y, aunque puede llegar a sentirse alguna vez ligeramente excitada, su nivel de excitación no es lo suficientemente intenso para alcanzar el orgasmo. Convive con Alejandro, de

32 años de edad, desde hace cuatro años. Acude sola a consulta aunque su pareja está dispuesta a acudir también, ya que piensan que este problema les afecta a los dos. Su última relación sexual ocurrió hace unos dos meses. En los últimos encuentros, él comenzó a estimularla pero, al no poder ella excitarse, lo dejó y ella le acarició hasta que eyaculó. La penetración no se intenta ya que Esther no suele tener un nivel de excitación suficiente. Las pocas veces que se ha intentado ha resultado molesto y esto ha repercutido en la erección de Alejandro. Esther se ha sentido obligada a tener relaciones sexuales pues, cuando ella ha rechazado el contacto, Alejandro se ha enfadado, creándose una situación incómoda entre ellos. Para evitar esto, hasta hace poco ha preferido ceder y mantener la relación, lo que le ha generado malestar y resentimiento contra Alejandro. Después de un encuentro sexual, él se muestra cercano y cariñoso, pero a ella le es muy costoso responder a su afecto. Le preocupa su situación ya que antes su vida sexual era satisfactoria.

La convivencia actual entre ellos es bastante problemática. El rechazo de Esther a mantener relaciones sexuales pesa sobre la relación y es frecuente que surjan disputas y roces, teniendo discusiones airadas que finalizan con los dos enfrentados y sin dirigirse la palabra durante un tiempo. Antes era frecuente que, cuando estaban enfadados, buscaran hacer las paces teniendo un contacto sexual. Ahora Esther; que ha estado cediendo durante un tiempo para no seguir con el enfado, ha dejado de responder a estos acercamientos, lo que provoca el malestar de Alejandro, exacerbándose el conflicto.

Alejandro está igualmente preocupado por la situación. Es consciente de que la convivencia entre ellos está muy deteriorada pero no saben cómo arreglarla. Intentan hablar para buscar soluciones, pero las charlas no sirven para nada. No entiende por qué ella no quiere ahora hacer el amor y se muestra fría y distante. Cree que el conflicto se agudiza por no tener relaciones sexuales, ya que éstas sirven para unirles. Actualmente hay muy poco afecto en su relación, y esto hace que sea más difícil superar los conflictos, ya que ambos son muy orgullosos y ceden con dificultad. Los contactos sexuales son insatisfactorios. Esther no se involucra en la relación aunque él intente estimularla. Rechaza las caricias ya que dice que no le apetecen. Él desea a Esther y estaba satisfecho con sus relaciones sexuales. Le ha preguntado a Esther si él ha dejado de ser atractivo para ella pero ella insiste en que él le parece atractivo.

- *Descripción de un problema de vaginismo*

Teresa, de 32 años de edad, acude a consulta porque no puede tener relaciones sexuales. Está casada desde hace cuatro años con Andrés, de 34 años de edad, y desde el principio ha sido imposible la penetración. Puesto que los primeros intentos le provocaron un intenso dolor, decidieron no intentarlo durante un tiempo. Su relación sexual se ha limitado a "masturbaciones mutuas", tal y como venían haciéndolo en la etapa de noviazgo. Con el tiempo y al rechazar Teresa seguir intentando la penetración, los problemas se han agudizado. Al principio Andrés se mostraba comprensivo pero luego empezó a quejarse de la actitud de Teresa y le presionaba para que acudiera al médico. En la visita al ginecólogo, al año y medio de estar casados, no le encontraron ningún problema físico aunque no fue posible realizar una exploración completa por su estado de tensión. El médico le recomendó relajarse y utilizar vaselina para facilitar el coito.

En los últimos dos años y medio la convivencia ha empeorado. Han intentado forzar la penetración en algunas ocasiones pero, ante las quejas de ella, han renunciado. Los contactos sexuales actuales son escasos y poco satisfactorios, alcanzando ella en contadas ocasiones el orgasmo. Están insatisfechos con este tipo de relación ya que consideran que no son relaciones sexuales auténticas. Últimamente, entre ellos la situación es tirante, tienen discusiones "por tonterías" como el reparto de las tareas de la casa o las actividades del tiempo libre. Cada vez con más frecuencia sale el tema de los hijos ya que Andrés quiere tenerlos y plantea que se están haciendo mayores y se les va a pasar la oportunidad. En estas conversaciones, aunque ella intenta animarle, se siente culpable, se angustia al pensar en su problema y es frecuente que acabe llorando. Siente que Andrés se está alejando de ella y que le va a perder.

Andrés se queja de la pasividad de Teresa ante el problema. Cree que con un mayor interés por su parte las cosas se hubieran ya resuelto. A él le cuesta insistir ya que teme hacerle daño y en las ocasiones que lo han intentado por sus peticiones, luego, ante su dolor, se ha sentido culpable. No le motivan mucho sus contactos sexuales actuales. Se limitan a caricias genitales hasta que él eyacula. Piensa que a Teresa no le gustan mucho las caricias ya que frecuentemente le pide que deje de tocarla, centrándose la relación en él. Al

finalizar se siente aliviado pero frustrado. Quiere que la situación cambie ya que así los dos son infelices, pero no sabe qué puede hacer. Ambos quieren tener hijos y este problema va ocupando un espacio cada vez mayor en su vida cotidiana. Al principio pensaba que era una cuestión de tiempo y paciencia pero ahora ya no sabe qué pensar Acude a consulta con Teresa por si puede colaborar para que el problema se resuelva.

### *Preguntas de autoevaluación*

1. Uno de los indicadores fisiológicos femeninos más representativos de la fase de excitación es:
  - a) Las fantasías de contenido sexual.
  - b) La aparición de la plataforma orgásmica.
  - c) La lubricación vaginal.
  - d) La retracción del clítoris.
  - e) Las contracciones rítmicas uterinas.
  
2. Según el DSM-IV, un elemento determinante para diagnosticar un trastorno sexual será:
  - a) La alteración de algún proceso del ciclo de la respuesta sexual.
  - b) El que la dificultad esté presente desde el inicio de la actividad sexual.
  - c) Que el problema sea debido a factores psicológicos.
  - d) Que la disfunción haya estado presente más de seis meses.
  - e) Que la alteración genere malestar personal o dificultades interpersonales.
  
3. Según Basson, es necesario redefinir los problemas sexuales femeninos ya que:
  - a) Las propuestas actuales dejan fuera componentes del ciclo de respuesta característicos de las mujeres.
  - b) Las propuestas actuales se han establecido utilizando indicadores fisiológicos más cercanos al funcionamiento sexual del varón.
  - c) En las mujeres no se dan de forma diferenciada las fases de deseo y excitación.
  - d) Las categorías existentes no son de utilidad para establecer un análisis funcional.
  - e) Las propuestas actuales no recogen algunas

disfunciones sexuales propias de la población femenina.

4. Se diagnosticaría un trastorno orgásmico femenino cuando:

- a)* No se alcanza el orgasmo mediante la estimulación coital.
- b)* Únicamente se alcanza el orgasmo mediante el coito.
- c)* No se alcanza un nivel de excitación suficiente para tener el orgasmo.
- d)* No se alcanza el orgasmo al ser estimulada por su pareja, aunque sí se puede tener mediante la masturbación.
- e)* El orgasmo sólo es posible a partir de la estimulación del clítoris.

5. En la mujer, la ausencia de masturbación en la adolescencia:

- a)* No es predictor de disfunción sexual.
  - b)* Generará problemas futuros de anorgasmia.
  - c)* Es predictor de deseo sexual hipoactivo.
  - d)* Se relaciona con disfunción orgásmica primaria.
  - e)* Es un predictor de un trastorno de aversión sexual.
-

## **Etiología de las disfunciones sexuales femeninas**

La gran mayoría de los problemas sexuales están originados por la confluencia de diversos factores: en un gran número de casos se pueden reconocer factores etiológicos derivados de alguna enfermedad o medicación, de situaciones de estrés y ansiedad, de experiencias tempranas y de problemas de relación interpersonal. Habitualmente resulta casi imposible identificar un único elemento como determinante del problema, por lo que es necesario hacer formulaciones que recojan la naturaleza interactiva del proceso.

Los principales factores causales de los problemas sexuales se pueden agrupar en cuatro grandes áreas: factores de carácter orgánico, factores psicológicos, factores sociales y relacionales y factores evolutivos.

### **2.1. Factores orgánicos**

Son numerosos los factores orgánicos que pueden afectar al funcionamiento sexual de la mujer. Tanto problemas endocrinos como procesos infecciosos o ingesta de determinados medicamentos pueden llegar a alterar la respuesta sexual en algunos aspectos del ciclo, disminuyendo el deseo, dificultando el desarrollo de los procesos fisiológicos de la excitación o imposibilitando alcanzar el orgasmo.

En ocasiones, al efecto directo que provocan estos problemas físicos o sustancias hay que añadir las reacciones que se producen ante sus efectos y que hacen más difícil su abordaje por parte de quien los padece, agudizando el problema. Normalmente estas reacciones implican preocupación, ansiedad o pérdida de autoestima en la persona que experimenta la disfunción, o malestar y conflicto en la relación al exacerbar una situación previa de relación deficitaria. A veces, el comportamiento de los profesionales de la salud al no aclarar suficientemente las posibles repercusiones de los estados de enfermedad o de las secuelas de algunos fármacos, ignorando, o no indagando directamente, sobre la vida sexual de la paciente, coloca a ésta en una situación de indefensión que la imposibilita para encarar de manera efectiva las repercusiones negativas que origina su estado físico.

### 2.1.1. Enfermedades físicas e intervenciones quirúrgicas que afectan al funcionamiento sexual

En el [cuadro 2.1](#) se recogen algunas de las enfermedades que afectan al funcionamiento sexual, especificando las alteraciones más frecuentes que ocasionan, así como las posibles causas explicativas.

Entre las intervenciones quirúrgicas que afectan a la respuesta sexual cabe destacar la *mastectomía*, que supone la extirpación del pecho. La mujer a la que se le ha extirpado un pecho, o los dos, experimenta una pérdida de deseo sexual al sentirse mutilada, carente de atractivo y anticipar desagrado o malestar en su pareja. Si a esto se le unen dolencias como hinchazón y dolor en un brazo se dificulta, en gran medida, el involucrarse en el juego sexual. Además habría que añadir el efecto debastador que tienen tratamientos como la quimioterapia o la radioterapia, que acompañan frecuentemente al proceso quirúrgico. Sensación de fatiga, aletargamiento, náuseas, pérdida del pelo y depresión suelen ser los efectos secundarios más habituales de este tipo de intervenciones.

La *extirpación de los ovarios*, con la consiguiente menopausia artificial, provoca el cese en la producción de estrógenos, lo que repercutirá en la fase de excitación de la mujer, disminuyendo la lubricación vaginal y perdiendo la vagina tono y elasticidad. La aparición de los cambios en la respuesta sexual que acompañan al déficit estrogénico, junto con los efectos psicológicos que genera el padecimiento de un proceso, normalmente canceroso, puede afectar gravemente al funcionamiento sexual.

Cuadro 2.1. *Efectos de algunas enfermedades en el funcionamiento sexual*

<i>Enfermedad</i>	<i>Respuesta sexual alterada</i>	<i>Causas explicativas</i>
Diabetes mellitus	Sequedad e irritación vaginal; disfunción orgásmica progresiva; dispareunia.	Alteraciones en la circulación vascular y en los nervios autónomos. Mayor susceptibilidad a infecciones urinarias y vaginales.
Alteraciones del tiroides	Deseo sexual inhibido.	Deficiencia de andrógenos.
Artritis	Deseo sexual inhibido; trastornos de la excitación; disfunción orgásmica; dispareunia.	Dolor constante, dificultad de movimientos, vaginitis atrófica.
Esclerosis múltiple	Disfunción orgásmica.	Lesiones en la médula.
Vaginitis atrófica	Disfunción en la excitación; dispareunia.	Déficit de estrógenos.
Lesiones medulares	Disfunción orgásmica; disminución del deseo.	Daño medular; reacciones psicológicas ante la lesión.
Vulvodinia	Dispareunia.	Infecciones, ingesta de antibióticos.
Endometriosis	Dispareunia.	Presencia anómala del endometrio en ovarios, ligamentos, vagina.
Infecciones vaginales	Dispareunia; vaginismo.	Tricomonas, candidas, bartholinitis.

En ocasiones la *episiotomía*, escisión que se realiza en el momento del parto para facilitar la expulsión, es origen de problemas de dispareunia. El tejido cicatrizado

responde con dolor al momento de la penetración y esto crea una expectativa de vigilancia y alerta en relaciones futuras que puede llevar a responder con tensión ante los movimientos iniciales hacia el coito. La tensión hace la penetración más costosa pudiendo surgir molestias que agudizan la tensión y cronifican las dificultades.

### 2.1.2. Efectos de medicamentos y drogas en la sexualidad femenina

Entre los fármacos de consumo más usual que pueden tener repercusión en la respuesta sexual se pueden citar:

- *Anticonceptivos orales*: un porcentaje de mujeres que utilizan como método de control la ingesta continuada de anticonceptivos hormonales ("la pildora") se queja de una clara pérdida de deseo sexual. Entre las explicaciones aportadas cabe destacar las que remarcan el posible efecto en la reducción de los niveles de andrógenos que puede tener la inhibición del funcionamiento de los ovarios.
- *Sedantes*: la ingesta de este tipo de fármacos puede afectar al deseo sexual, disminuyendo el interés y dificultando la obtención del orgasmo.
- *Antidepresivos*: los inhibidores de la recaptación de serotonina, frecuentemente utilizados para tratar los problemas de depresión, parece que afectan al funcionamiento sexual provocando disminución del deseo y trastornos de la excitación. Sin embargo, dado que el trastorno depresivo incide, igualmente, en la respuesta sexual, en ocasiones es complejo atribuir al medicamento, en su totalidad, las disfunciones sexuales.
- *Antihipertensivos*: muchos de los medicamentos utilizados para combatir este problema actúan sobre el sistema nervioso central, afectando a neurotransmisores importantes como la dopamina. Su ingesta repercute en la respuesta sexual provocando una disminución del deseo y dificultades de excitación.
- *Antihistamínicos*: los remedios utilizados para combatir tanto procesos alérgicos como problemas de asma pueden generar problemas de lubricación y sequedad vaginal produciendo dolores en el coito.
- *Antibióticos*: los antibióticos de amplio espectro, utilizados para combatir infecciones de las vías respiratorias, gastrointestinales o de la vejiga, pueden alterar la flora vaginal normal, provocando irritación y molestias en la penetración.

Existe otro gran grupo de sustancias cuyo consumo puede afectar igualmente al funcionamiento sexual como son el alcohol, la marihuana, la cocaína y opiáceos como la heroína.

Sobre el alcohol, aunque hay una opinión bastante generalizada que resalta su efecto potenciador sobre la sexualidad, los estudios que se han llevado a cabo han puesto de

manifiesto el efecto negativo que el consumo excesivo de alcohol tiene sobre la excitación sexual y sobre la respuesta orgásmica. Aunque se suele considerar que niveles bajos de alcohol, al producir una cierta desinhibición, facilitan la aparición del deseo, la ingestión masiva del mismo produce un deterioro significativo en la respuesta sexual.

## **2.2. Factores psicológicos**

Se han identificado un gran número de experiencias que favorecen la aparición de una disfunción sexual. Las distintas formas que tiene de manifestarse la persona ante un hecho, esto es sus conductas, sus pensamientos y sus respuestas afectivas, pueden, tanto aisladamente como interactuando unas con otras, tener un papel relevante en la génesis y origen de los trastornos sexuales. Así, la manera en que una mujer aprende a alcanzar el orgasmo a través de la masturbación, por ejemplo con las piernas juntas fuertemente apretadas, puede dificultar su alcance en una relación sexual, especialmente si a dicha persona le avergüenza comentar a su pareja cómo ella se estimula, ya que piensa que es inapropiado para una mujer hacer ese tipo de comentarios. A su vez, la utilización de un patrón rígido de respuesta para alcanzar el orgasmo mediante la masturbación, sin experimentar o buscar alternativas, tal vez se deba al sentimiento de culpa que surge al creer que la autoestimulación es una conducta pecaminosa, producto de una educación religiosa que envilece la sexualidad, lo que restringe el autoconocimiento e inhibe la autoexploración.

Los distintos factores conductuales, emocionales y cognitivos que influyen en las disfunciones sexuales pueden agruparse atendiendo al momento temporal de su intervención, identificando así tres grupos de factores psicológicos relevantes: predisponentes, precipitantes y mantenedores.

### **2.2.1. Factores predisponentes**

Se recogen en este grupo aquellas experiencias que hacen a la persona vulnerable al desarrollo de una disfunción sexual futura. Este tipo de factores suele tener una gran importancia en el origen de los trastornos de carácter primario, en los que la disfunción ha estado presente desde el primer momento. Entre los factores predisponentes identificados se encuentran:

- Una *educación familiar con valoraciones negativas hacia la sexualidad*, señalándola como algo dañino, peligroso o sucio. El clima familiar en el que se trasmite este tipo de información suele ser un medio poco afectuoso, con una relación entre los padres conflictiva y deteriorada. En este contexto, la persona tiende a inhibir sus respuestas sexuales, ignorándolas o culpabilizándose cuando las experimenta. Estas vivencias hacia el sexo dificultarán no sólo la exploración personal como aprendizaje de uno mismo, sino también el

- acercamiento al otro como experiencia gratificante.
- Las *experiencias sexuales traumáticas en la infancia* como abusos sexuales o incesto repercuten gravemente en el desarrollo de la sexualidad. Las niñas que han sufrido abusos sexuales pueden desarrollar un temor intenso a las situaciones relacionadas con el sexo o con la intimidad debido, por ejemplo, al dolor físico sufrido. En otras ocasiones, la experiencia pudo haber generado sentimientos de placer y bienestar, lo que provoca en la etapa adulta culpa y vergüenza por lo sentido, rechazando e inhibiendo todo atisbo de respuesta sexual, lo que lleva a su vez a rehuir y evitar situaciones que puedan producir este tipo de respuestas.
  - La *desvalorización de la imagen corporal* afecta de manera importante a la sexualidad por lo que supone de rechazo del propio cuerpo. Los modelos que la sociedad actual propone como representativos de lo atractivo, bello y deseable en la mujer colocan a las niñas, desde muy jóvenes, en una situación de vulnerabilidad. La distorsión existente entre los estándares propuestos y la realidad de sus cuerpos hace que estos últimos se perciban como "imperfectos". Surge, así, un sentimiento de malestar y descontento con el cuerpo que se agudiza en el momento en que empiezan a presentarse los cambios morfológicos propios de la adolescencia. El rechazo del cuerpo, que genera inseguridad y ansiedad, dificultará el contacto con la propia sexualidad y a su vez el contacto con los otros.

### 2.2.2. Factores precipitantes

Se englobarían en este apartado aquellas situaciones que facilitan la aparición de un problema sexual.

- *Experiencias traumáticas relacionadas con la sexualidad*, como por ejemplo la violación o un aborto o haber sido sorprendida en una actividad sexual, bien en solitario o en compañía o una primera experiencia sexual especialmente desagradable, suelen desempeñar un papel relevante en el inicio de una disfunción sexual. Muchas mujeres experimentarán aversión y bajo deseo sexual tras haber sufrido una violación. Situaciones similares a las vividas en el asalto sexual desencadenarán intensas reacciones emocionales negativas como ansiedad, miedo o asco. Asimismo, pueden aparecer dificultades sexuales tras una decisión de abortar. El aborto, vivido con ansiedad, miedo, culpa y tristeza puede inhibir el deseo sexual, o dificultar la respuesta de excitación, al generarse sentimientos contradictorios en la relación sexual que dificultan el centrarse en las sensaciones placenteras. Una experiencia desagradable asociada a la actividad sexual puede llevar a que se vivan futuras situaciones sexuales con miedo y ansiedad formándose un ciclo difícil de romper.
- *Situaciones de estrés y fatiga* suelen tener repercusiones negativas sobre el

funcionamiento sexual. Muchas mujeres que tienen un trabajo remunerado y que además asumen en gran medida las responsabilidades de las tareas domésticas, junto con el cuidado y atención a los hijos, viven en una situación de sobreesfuerzo continuado que en nada favorece su actividad sexual. Las relaciones sexuales son vividas no como un momento de placer y disfrute, sino como una obligación más a atender y para la que hay que buscar hueco, la mayoría de las veces, a costa de los momentos de descanso y sueño. Este estado de agotamiento dificulta la aparición de la excitación, impidiendo alcanzar el orgasmo, por lo que son frecuentes los acercamientos sexuales que finalizan insatisfactoriamente, lo que repercute a su vez en la inapetencia futura al crearse expectativas negativas.

- El padecimiento de *trastornos psicológicos* como depresión, anorexia, o trastornos de ansiedad como ansiedad generalizada, trastorno de pánico o trastorno obsesivo-compulsivo alterarán la sexualidad de diversas maneras. Los estados depresivos con su carga de tristeza, angustia e inapetencia general suelen acompañarse de una pérdida de deseo sexual que, en numerosas ocasiones, se ve reforzada por el efecto que tienen los fármacos antidepresivos en el organismo. A su vez, trastornos como la anorexia alteran el ciclo menstrual, produciéndose un descenso en los niveles de estrógenos y testosterona. El mantenimiento de estos bajos niveles hormonales tendrá como consecuencia unos bajos niveles de deseo sexual, problemas para excitarse y atrofia vaginal. Los estados de ansiedad, por su parte, inhiben la respuesta sexual afectando en mayor medida al deseo. Las mujeres que padecen problemas de ansiedad experimentan muy frecuentemente deseo sexual hipoactivo y aversión sexual.
- En algunas mujeres el *temor a perder el control* genera un control de sus respuestas y un no dejarse llevar por las sensaciones y emociones que se producen en una relación sexual, lo que imposibilita el incremento de los niveles de excitación y alcanzar el orgasmo.
- El *deterioro de la autoimagen* suele afectar en gran medida a la sexualidad. La mujer experimenta, en mayor grado que el varón, una presión social que le exige mantenerse joven y esbelta para ser atractiva y deseable. Cuando circunstancias naturales de la vida como el embarazo o el paso de los años, u otras traumáticas como una enfermedad o una operación quirúrgica, modifican el cuerpo femenino, pueden aparecer sentimientos de inadecuación, de carencia de atractivo, o de vergüenza que complican la vivencia de la sexualidad con plenitud, al potenciar una actitud de inhibición y apatía.
- La *infertilidad*, en ocasiones, afectará a la vida sexual de una pareja. Una experiencia continuada de no quedarse embarazada puede producir sentimientos de tristeza, culpabilidad o frustración que repercutirán negativamente en el funcionamiento sexual. En otras ocasiones la búsqueda de ese embarazo lleva a situaciones estresantes y demandantes en los días

considerados fértiles, lo que puede provocar problemas de excitación y de anorgasmia al centrarse la pareja obsesivamente en el aspecto procreador y relegar la vertiente recreativa y lúdica de la sexualidad. Con el paso del tiempo se generará un rechazo de las relaciones al vincularse más con fracaso y malestar y menos con placer. Igualmente los tratamientos dirigidos a lograr la concepción pueden causar un alto nivel de estrés y ansiedad, lo que afectará a las relaciones sexuales originando situaciones conflictivas en la mujer, como la pérdida de deseo y dificultades para alcanzar el orgasmo. En el varón, esta situación a veces provoca problemas de erección que pueden exacerbarse al meterse en un círculo vicioso de temor al fallo que generará futuros fracasos.

### 2.2.3. Factores de mantenimiento

La forma de responder ante una disfunción sexual puede hacer que el trastorno se agudice y empeore o que perdure en el tiempo.

- La *anticipación del fracaso*, cuando se han sufrido situaciones previas de problemas sexuales bien por una enfermedad o por un proceso físico natural como la menopausia, agravan y mantienen el trastorno al generar un estado de ansiedad y temor por las expectativas de insatisfacción y malestar que se desarrollan ante la posibilidad de mantener una relación sexual.
- De la misma manera, la aparición de respuestas de *ansiedad ante el rendimiento*, llevan a que se adopte una actitud de espectador de uno mismo durante la relación, escrutando y evaluando el nivel de rendimiento, si se está excitando o no, lo que impide a su vez que la respuesta fisiológica se acreciente y conducirá, inevitablemente, a un desenlace frustrante e insatisfactorio. En algunas mujeres, la preocupación por su demora en excitarse, y que ello repercuta negativamente en su pareja, les hace vivir el juego erótico presionadas, lo que retardará su excitación, que a su vez generará más preocupación y menos excitación.
- *El sentimiento de culpabilidad*, muy presente en aquellas mujeres que padecen una disfunción sexual, dificultará el afrontamiento del problema. La mujer que se siente culpable por no tener deseo sexual, o no sentirse excitada, puede forzarse a mantener relaciones sexuales con su pareja como un medio de compensación. A veces son las quejas del cónyuge, ante un funcionamiento que valora como "anómalo" o "patológico" las que generan ese sentimiento de culpa por no poder darle al otro lo que desea, por ejemplo tener un orgasmo. Ante ello se recurre por ejemplo al fingimiento como forma de evitar conflicto y malestar. Cuando se entra en este patrón de simular el orgasmo o de acceder a relaciones sexuales no deseadas, se crea, con el tiempo, un sentimiento de rechazo y resentimiento contra la pareja, que alejará la posibilidad de desarrollar vías más efectivas para abordar la disfunción.

- En ocasiones el mantener relaciones sexuales sin deseo y el fingir durante las mismas un interés que no se tiene trae como resultado un *juego erótico empobrecido y una estimulación inadecuada*. Puesto que la relación se mantiene desde el desinterés y la falta de implicación, la mujer adopta una actitud que potenciará la brevedad del encuentro sexual. Para ello, se prescinde de casi todo tipo de juego y caricias centrándose la relación casi exclusivamente en el coito. Desde esta premisa, es muy remota la posibilidad de que aparezca algún tipo de respuesta o de que, a través del juego, se pueda romper la situación de apatía y desinterés. La mujer irá acumulando experiencias sexuales anodinas o poco gratas que harán que el problema sexual se agudice.

### **2.3. Factores sociales y relacionales**

El desarrollo de la sexualidad de una persona no puede analizarse aisladamente del contexto cultural y social en el que dicha persona está inmersa. La sexualidad femenina ha experimentado, en las últimas décadas, un gran cambio pasando de una situación de inexistencia y rechazo, a la aceptación sin reservas de que el interés sexual es normal en los dos sexos. El avance en la anticoncepción liberó a la mujer de los temores a embarazos no deseados y le permitió el desarrollo de su sexualidad. La aparición en los medios de comunicación, las películas, las novelas y en determinados ámbitos intelectuales de una mujer liberada sexualmente, que tiene capacidad para expresar libremente sus deseos y necesidades, y que goza plenamente de su sexualidad, como ideal de la "mujer actual", choca, sin embargo, en muchos casos con la realidad y sigue en gran medida respondiendo al deseo de los varones. El conocimiento actual sobre la sexualidad femenina sigue siendo bastante deficiente y responde, en numerosas ocasiones, a criterios más propios de la sexualidad del varón que de la mujer. Esta situación, marcada por la confusión y el desconocimiento, permite que afloren una maraña de ideas inconexas, se sostengan criterios ambiguos y se defiendan posiciones poco fiables, que generan en la mujer desconcierto y desorientación.

Por otra parte, los factores interpersonales también tienen gran importancia en el campo de la sexualidad. La sexualidad se desarrolla en un ámbito que implica intimidad interpersonal e interacción con otra persona. Ambos elementos se relacionan uno con el otro de tal manera que es muy frecuente que las desavenencias en la vida en pareja afecten a la sexualidad y que los problemas en las relaciones sexuales repercutan en la convivencia.

#### **2.3.1. Información y educación sexual**

La sexualidad parece que ocupa un lugar relevante en nuestra sociedad, si se atiende a su presencia en los medios de comunicación, películas, anuncios o reportajes en

revistas. Sin embargo, los estudios llevados a cabo en la población juvenil, para detectar a través de qué canales les llega a los jóvenes la información relacionada con los comportamientos sexuales, muestran que sigue siendo el grupo de amigos la fuente más importante. En esta situación es bastante probable que los mensajes que reciben las chicas sean contradictorios, producto de una imagen distorsionada e irreal, por lo que la información generará a menudo perplejidad. Las charlas en los ámbitos escolares suelen más bien ir dirigidas a cuestiones como la reproducción o los aparatos genitales aportando una visión científica y neutral, que responde al temor subyacente de estimular determinados comportamientos, al hablar sobre ellos. Sin embargo, la carencia de información suele conducir a la búsqueda de conocimiento en medios poco adecuados, lo que desemboca en una información sexual inadecuada, no contrastada, que es fuente de problemas y miedos. Por ello, frecuentemente las adolescentes viven sus primeras experiencias sexuales con culpa, ansiedad y decepción. La gran mayoría experimenta malestar e incomodidad al manifestar sus preferencias y deseos a sus parejas, y, en un alto porcentaje, ignoran su cuerpo y el tipo de estimulación que necesitan para excitarse y responder sexualmente.

Cuadro 2.2. *Creencias sexuales asociadas a actitudes sexuales negativas*

- 
- El sexo debe ser siempre natural y espontáneo.
  - Una relación sexual sin coito no es una relación plena.
  - Si las relaciones sexuales con la pareja no son siempre maravillosas, entonces algo va mal en la relación.
  - La masturbación no es aceptable cuando se disfruta de una vida sexual en pareja satisfactoria.
  - No es "normal" tener fantasías sexuales si se tiene una relación de pareja satisfactoria.
  - Una mujer con capacidad de respuesta sexual "normal" siempre puede ser excitada por su pareja.
  - El orgasmo tiene que alcanzarse fácil y rápidamente y si no es así es que hay algún problema.
  - El orgasmo que se alcanza mediante la penetración es mejor que cualquier otro tipo de orgasmo.
  - El interés de la mujer por el sexo se acaba con la menopausia.
- 

Una información sexual inadecuada se asentará en estereotipos sobre la sexualidad que generarán expectativas poco razonables, lo que provocará dudas e inseguridades respecto al propio desempeño en una relación sexual. Las revistas dirigidas a un público femenino suelen dedicar numerosos reportajes al comportamiento sexual, proporcionando, a menudo, modelos normativos que orientarán erróneamente respecto a lo que es un funcionamiento "normal". Aunque algunas viejas creencias sexuales sobre, por ejemplo, los peligros de la masturbación o el desinterés de las mujeres por el sexo han sido abandonadas, surgen otras que generan preocupaciones innecesarias o provocan exigencias excesivas. En el [cuadro 2.2](#) se recogen algunas de las creencias sexuales actuales más comunes que pueden influir negativamente sobre la sexualidad al crear expectativas inadecuadas y fomentar actitudes que alentarán la inhibición y la inseguridad.

### 2.3.2. Disfunción sexual y relaciones de pareja

Puesto que la sexualidad es una experiencia fundamentalmente interpersonal, la calidad de las relaciones sexuales puede verse claramente afectada por acontecimientos y vivencias que surgen en el contexto de una relación de pareja, de la misma manera que, frecuentemente, los problemas que surgen en el área de la sexualidad repercutirán en la calidad de la relación de pareja.

Una *relación de pareja conflictiva*, en la que se multipliquen las situaciones de disputa y conflicto, en la que primen los sentimientos de resentimiento y hostilidad en detrimento de vivencias placenteras y afectuosas entre los cónyuges, puede imposibilitar el desarrollo de unas actividades sexuales satisfactorias. Para la gran mayoría de mujeres, el sentimiento de cercanía, intimidad y afecto hacia su pareja juega un papel decisivo en sus respuestas de acercamiento o aceptación de una relación sexual, por lo que un clima de enfado y tensión inhibirá su capacidad de respuesta.

Otro elemento importante a considerar en la génesis y mantenimiento de los problemas de deseo sexual se centra en las *habilidades sexuales deficientes* que muestran los cónyuges en sus encuentros sexuales. A veces una situación de monotonía en el tipo de caricias y una rutina en las pautas de actuación lleva a una situación de desgana y apatía. En otros casos, unas relaciones sexuales centradas prioritariamente en el coito, en las que hay una escasez de caricias sexuales y una dificultad para comunicarse y hablar sobre cuestiones sexuales, puede dificultar la obtención de unos niveles de excitación adecuados y obtener el orgasmo.

Situaciones de *discrepancia relacionadas con la sexualidad*, bien en la frecuencia de relaciones o en el tipo de actividades sexuales a realizar, pueden influir muy negativamente en las relaciones sexuales. Si la pareja no es capaz de manejar sus diferencias, buscando una salida consensuada que satisfaga a ambos cónyuges, es probable que se cree un clima de tensión. Frecuentemente, y como una forma de presión, ambos miembros acaban descalificándose mutuamente, etiquetando el funcionamiento del otro como patológico o aberrante. En estas circunstancias el distanciamiento afectivo y el malestar acentuarán el alejamiento sexual.

Por último, la *disfunción sexual en un miembro de la pareja* puede generar, a su vez, disfunciones en el otro cónyuge. Una situación de eyaculación precoz o de problemas de erección puede dificultar a la mujer para alcanzar el orgasmo en una relación que se basa especialmente en el coito. En ocasiones es la preocupación por el fracaso del otro, el centrarse en su estado y abandonar la concentración en las propias sensaciones, lo que impide que se alcancen unos niveles de excitación satisfactorios para conseguir el orgasmo.

## 2.4. Factores evolutivos

En la sociedad occidental, el cuento de "La Bella Durmiente" representaría el desarrollo de la sexualidad femenina. Las niñas se desenvuelven en un contexto que

fomenta su educación como seres asexuados, es decir se mantienen pasivas, "dormidas", e ignorantes respecto a su funcionamiento y potencial sexual, hasta que llega el "Príncipe Encantador" que las despierta y activa su capacidad sexual. Este patrón cultural juega por tanto un papel fundamental cuando se analizan los cambios del funcionamiento sexual de la mujer en relación con la edad, junto con la influencia que tienen los factores biológicos, como por ejemplo las hormonas, en este desarrollo.

#### 2.4.1. Ciclo vital y funcionamiento sexual

En las primeras etapas de la infancia tanto niñas como niños muestran una curiosidad natural que les impulsa a explorar el propio cuerpo y el del otro. Ambos se tocan y acarician los genitales aunque algunos autores consideran que la respuesta de erección en el niño puede llevarle a centrar más su atención en la zona genital, ya que asocia la aparición de esta respuesta con las sensaciones placenteras que experimenta al acariciar su pene.

En la adolescencia aparece un incremento repentino del interés sexual por el otro sexo. A diferencia de los varones, las chicas suelen estar menos interesadas en los aspectos físicos del sexo y más en el hecho de atraer a los chicos y establecer relaciones afectivas. Mientras que en la pubertad cerca del 94% de los varones se masturba con una cierta asiduidad, en las chicas este comportamiento lo practican alrededor de un 60% y con una frecuencia mucho menor. Este hecho puede explicar la presencia en la mujer, en mayor medida que en el hombre, de problemas para alcanzar el orgasmo ya que desconoce sus preferencias respecto a la obtención de placer y, a menudo, los primeros acercamientos sexuales son la vía para tomar contacto con su sexualidad.

En la etapa adulta la experiencia de la mujer sobre su sexualidad experimenta una enorme evolución. En nuestra sociedad, son las mujeres entre los treinta y cuarenta años las que muestran el máximo interés por el sexo y una mayor facilidad para alcanzar el orgasmo. Esta evolución se suele atribuir, entre otras razones, a que, en ese período, la mujer, frecuentemente, se encuentra en una relación de pareja en la que se han consolidado unos niveles de intimidad y comunicación que han posibilitado el avance en el conocimiento de su propia sexualidad, junto con una pérdida gradual de inhibiciones que facilita una mayor exploración y disfrute de actividades sexualmente excitantes.

A partir de los cincuenta años la respuesta sexual de la mujer estará sujeta a grandes variaciones individuales. Aquellas mujeres que mantienen una relación de pareja de calidad tienden a seguir disfrutando de su vida sexual, a pesar de los cambios fisiológicos intensos que se experimentan con la edad. Algunos autores sugieren que a la mujer le afectan más los aspectos psicológicos aprendidos de la interacción sexual y menos los cambios físicos. Es frecuente que en las parejas "mayores" la ausencia de relaciones sexuales se explique más por el desinterés del varón. En las mujeres sin pareja, con más de sesenta años, la práctica del sexo es mucho menos frecuente, al tener menos oportunidades de encontrar pareja ya que los varones suelen buscar mujeres más jóvenes y es más difícil para una mujer madura emparejarse con varones jóvenes.

#### 2.4.2. Disfunciones sexuales en el ciclo vital

A lo largo de la vida de las mujeres experimentan vivencias que afectan a su funcionamiento sexual. En numerosas ocasiones esta incidencia es puntual y las parejas adaptan sus acercamientos sexuales a las nuevas circunstancias, pero en otros casos las nuevas condiciones generan dificultades que afectan a la sexualidad con unos efectos negativos duraderos.

El embarazo, que se acompaña de toda una serie de cambios físicos y hormonales, puede producir importantes variaciones en la respuesta sexual de la mujer. En los primeros meses de gestación es habitual que aparezca una disminución del deseo sexual, asociada a los trastornos físicos que se experimentan en esta primera fase como las náuseas y malestar general matutino, pero esto suele desaparecer a medida que avanza la gestación. En los últimos meses suele descender la actividad sexual fundamentalmente por las sensaciones de incomodidad y molestias propias de la fase final. Las parejas, en la mayoría de los casos, resuelven satisfactoriamente las dificultades que surgen a medida que la gestación avanza, buscando nuevas posiciones, o superan los temores de dañar al feto en el coito, o a provocar un aborto con el orgasmo. En otras parejas, sin embargo, esta situación pone en evidencia la fragilidad de sus relaciones, sirviendo este acontecimiento de factor precipitante para generar una disfunción sexual.

Tras el parto es frecuente que la mujer experimente una carencia de deseo sexual y que la actividad sexual se reinicie lentamente. Entre los factores que pueden contribuir a la aparición de problemas sexuales se puede señalar la acción conjunta de una situación de molestias e incomodidad físicas, junto con el agotamiento y la fatiga por las demandas del recién nacido. Algunas mujeres tras el parto pasan por un período de depresión, generalmente de corta duración, que afectará también a su deseo inhibiéndolo.

La lactancia puede afectar a la sexualidad ya que en algunos casos altera la sensibilidad de la vagina. Al producirse la vasocongestión más lentamente, las paredes vaginales se irritarán con facilidad y el coito puede ser molesto.

Además, puede ocurrir que una situación de baja actividad sexual sea mal tolerada por el cónyuge, que se vive rechazado y reclama una mayor frecuencia, lo que provocará conflicto y malestar en la pareja.

La menopausia es una etapa del ciclo vital que puede tener graves repercusiones en el desempeño sexual de las mujeres. Durante mucho tiempo se ha sostenido la idea infundada de que el cese del ciclo reproductor, con el marcado descenso de los niveles hormonales por la finalización del funcionamiento ovárico, implicaba obligatoriamente el desinterés por toda actividad sexual. Sin embargo, aunque en este período de vida aparecen una serie de cambios y modificaciones, no implican el fin de la sexualidad.

Con el paso de los años la respuesta sexual se hace más lenta, la lubricación vaginal disminuye y la vagina se vuelve más rígida y pierde elasticidad. En estas circunstancias es muy probable que la penetración resulte molesta e incluso dolorosa. Asimismo, muchas mujeres padecerán durante este período irritabilidad, depresión y labilidad emocional, lo que puede provocar una disminución del deseo sexual. Si a esto se añade un sentimiento

de pérdida de atractivo y la disminución en los niveles de autoestima, se producirá una retirada y evitación de la actividad sexual. Sólo la acomodación a las nuevas situaciones, con la búsqueda de soluciones para los problemas físicos, en una relación de pareja en donde se aborden las dificultades en un clima de afecto y comprensión, impedirá que este proceso se cronifique y consolide.

## **2.5. Revisión de modelos explicativos sobre la adquisición y mantenimiento de las disfunciones sexuales femeninas**

Son numerosos los modelos existentes que buscan identificar los mecanismos a través de los cuales se originan y mantienen las disfunciones sexuales. Uno de los más difundidos es el propuesto por Masters y Johnson (1970). Estos autores sugieren que, entre los diversos factores que influyen en el desarrollo de una disfunción sexual, destaca por su importancia el temor relacionado con el funcionamiento sexual. Este temor se puede llegar a desarrollar por numerosos motivos (como por ejemplo determinadas actitudes negativas hacia el sexo, experiencias sexuales inadecuadas o traumáticas o la ignorancia sobre cuestiones de sexualidad). La experiencia de miedo y ansiedad que desencadena las relaciones sexuales provoca a su vez una vivencia de distanciamiento, que lleva a que la persona adopte una actitud de "espectador" de su propio acto sexual. Ahora la persona reorienta su atención y, en vez de involucrarse en las sensaciones y acciones propias del encuentro sexual, monitoriza de forma crítica su forma de actuar y de reaccionar, adoptando la posición de una tercera persona que observa lo que está sucediendo. Este proceso interrumpe el ciclo de respuesta sexual al impedir que tengan lugar las respuestas fisiológicas propias a la situación.

Barlow (1986) ha sugerido un modelo en el que las disfunciones sexuales están en función de un proceso multidimensional caracterizado por la interacción de interferencias cognitivas y la ansiedad. Según este modelo las personas con dificultades en el área sexual responden de forma emocionalmente negativa ante situaciones sexuales más o menos explícitas, lo que provoca a su vez la focalización de la atención en estímulos o circunstancias irrelevantes o expectativas negativas, que incrementarán la respuesta emocional negativa que a su vez potenciará el proceso cognitivo negativo y así hasta interferir con la respuesta sexual.

Frente a los planteamientos teóricos que dan a la ansiedad un papel predominante en la aparición o mantenimiento de las disfunciones, otros autores (Palace, 1995; Palace y Gorzalka, 1992) consideran que, en la mujer, la ansiedad no tiene el mismo efecto inhibitorio que en los varones y que su presencia, en cuanto activación del sistema nervioso simpático, puede favorecer la aparición de una respuesta de excitación. Desde este planteamiento se propone un modelo explicativo que reúne variables fisiológicas y cognitivas. La respuesta sexual de la mujer recoge dos componentes, uno, de carácter fisiológico, que hace referencia a la capacidad que tiene el sistema nervioso autónomo de cada mujer para activarse, y un componente cognitivo formado por las expectativas que se han aprendido respecto a la activación sexual. En la mujer con una disfunción sexual

se uniría una menor capacidad de respuesta fisiológica, o un repertorio muy reducido de conductas sexuales, junto con expectativas aprendidas de ignorar, no atender o interpretar erróneamente, las señales sexuales. Esta falta de atención repercutirá sobre la respuesta fisiológica, que irá disminuyendo, y la menor respuesta fisiológica facilitará el proceso cognitivo de no prestar atención, produciéndose un bucle que desembocará en una respuesta sexual disfuncional.

Schnarch (1991) presenta un nuevo modelo de funcionamiento sexual: el modelo "quantum". Su propuesta intenta reunir los aspectos fisiológicos y psicológicos de la experiencia de la sexualidad en una teoría que introduce elementos que han sido habitualmente ignorados en el ámbito de la sexualidad como son la intimidad y la pasión. La intimidad supone la capacidad de conectar con el otro a la vez que se mantiene la autonomía, y la pasión implica la habilidad para reconocer y presentar al otro la sexualidad personal, los deseos y necesidades sexuales, afrontando el riesgo del rechazo o la interpretación errónea. Ambos elementos, intimidad y pasión, al implicar riesgo, pueden generar ansiedad pero, por otra parte, conducen a experiencias sexuales intensas, significativas y gratificantes. En este modelo el funcionamiento sexual depende de la suma de estimulaciones de carácter físico y psicológico. Los estímulos físicos corresponden a aquellas estimulaciones externas, táctiles, recibidas y procesadas por el cuerpo. La estimulación psicológica estaría más relacionada con la cantidad de excitación sexual subjetiva vivida a partir de procesos emocionales y cognitivos. Las dos fuentes de estimulación se suman e interaccionan. Así en las dificultades sexuales el efecto distorsionante producido por la alteración de una u otra de las estimulaciones afectará al nivel total de estímulo recibido y determinará la limitación en la respuesta fisiológica que se produzca en la persona.

Las posiciones actuales respecto a los elementos que influyen en la génesis y mantenimiento de un trastorno sexual adoptan una visión en la que se intenta recoger los diversos aspectos que, de manera aislada e independiente, han sido identificados como factores relevantes. El avance que se va produciendo en el estudio de los aspectos neuroendocrinos en la sexualidad femenina ha permitido profundizar en el papel que juegan las hormonas sobre el deseo y la excitación sexual. Desde los aspectos psicológicos las formulaciones más recientes proponen modelos más complejos y pluridimensionales, incorporando factores relacionales como la falta de intimidad o los conflictos de poder en la pareja. Por último, se resalta el papel que tienen los factores culturales y sociales en los problemas sexuales. Este hecho, en concreto, cobra especial relevancia en el caso de la mujer que, tradicionalmente, ha sido ignorada como individuo sexual con las repercusiones que esto ha tenido tanto en el desarrollo del conocimiento científico sobre el funcionamiento sexual femenino, como en el desarrollo en las mujeres del conocimiento del propio cuerpo. La elevada presencia en la mujer de quejas sobre su bajo deseo sexual podría estar relacionada con la necesidad aprendida de ignorar el propio deseo, por no formar parte de lo considerado socialmente como "femenino", lo que a su vez llega a generar ausencia de conciencia de dicho sentimiento.

Los problemas sexuales suelen originarse por la confluencia de varios factores.

— *Factores orgánicos:*

- *Enfermedades físicas e intervenciones quirúrgicas:* diabetes, artritis, infecciones, cáncer, mastectomía, extirpación de ovarios, episiotomía.
- *Medicamentos y drogas:* anticonceptivos, sedantes, antidepresivos, antihistamínicos, antihipertensivos, alcohol, opiáceos.

— *Factores psicológicos:*

- *Factores predisponentes:* mensajes negativos sobre la sexualidad, abusos sexuales, clima familiar carente de afecto, información sexual inadecuada.
- *Factores precipitantes:* experiencias traumáticas, estrés, cansancio, trastornos psicológicos, miedo a perder el control, infertilidad, rechazo del propio cuerpo.
- *Factores de mantenimiento:* anticipación de fracaso, ansiedad, sentimiento de culpabilidad, juego erótico inadecuado.

— *Factores sociales y relacionales:*

- *Información y educación sexual:* creencias sexuales erróneas, modelos normativos inadecuados.
- *Relaciones de pareja:* convivencia conflictiva, habilidades sexuales deficientes, discrepancias sobre la frecuencia, formas de estimulación o posiciones durante el coito, disfunción sexual del cónyuge.

— *Factores evolutivos:*

- *Ciclo vital:* embarazo, lactancia, menopausia.

— *Modelos explicativos de las disfunciones:*

- *Masters y Johnson:* el miedo y la ansiedad ante la relación sexual favorecerán el desarrollo de la actitud de "espectador", interrumpiéndose el ciclo de respuesta.
- *Barlow:* la interacción recíproca entre respuestas emocionales e interferencias cognitivas negativas hace que vayan incrementándose en intensidad hasta interferir con la respuesta sexual.
- *Palace y Gorzalka:* la respuesta sexual disfuncional se provoca por la acción conjunta de una menor capacidad de activación junto con expectativas aprendidas de ignorar, no atender o interpretar erróneamente las señales sexuales.
- *Schnarch:* la alteración de una de las estimulaciones, bien física (estimulaciones externas, táctiles) o psicológica (procesos emocionales y cognitivos) afectará al nivel total de estímulo percibido y limitará la respuesta fisiológica.

La visión actual aboga por modelos explicativos con un enfoque complejo y pluridimensional, que incorporen factores biológicos, psicológicos, relacionales, sociales y culturales a la hora de explicar la génesis y el mantenimiento de una disfunción sexual.

**Exposición de casos clínicos**

En los apartados siguientes se presenta un resumen de las experiencias vividas por las dos parejas presentadas en el capítulo anterior. Los aspectos aquí recogidos reflejan cómo se van entretejiendo diversas circunstancias, sin importancia aparente si se las analiza de forma aislada, para formar un conjunto que impacta de manera decisiva sobre un aspecto concreto de la vida de estas personas, como es la relación sexual.

- *Factores etiológicos en el problema de ausencia de deseo y excitación sexual*

Aunque la situación de inapetencia se ha agudizado en los últimos meses, Esther ha dejado de tener ganas de hacer el amor desde hace un año y medio. Al principio lo achacaba al nacimiento de su hijo y no le daba importancia, pero ahora le preocupa ya que la situación ha empeorado. Las relaciones sexuales con Alejandro antes eran satisfactorias. Disfrutaban de las caricias y habitualmente alcanzaba el orgasmo mediante estimulación oral. En su segundo año de convivencia decidieron tener un hijo y tardó en quedarse embarazada cerca de año y medio. Al principio recuerda que las relaciones sexuales le eran especialmente excitantes y que hacían el amor frecuentemente. A medida que pasaba el tiempo, y que no se quedaba embarazada, empezaron a preocuparse y esto afectó a la relación. Ella estaba pendiente de su ovulación, se tomaba la temperatura todos los días y concentraban especialmente sus relaciones sexuales en los días fértiles. El último período antes del embarazo, unos tres o cuatro meses antes, recuerda que le era difícil alcanzar el orgasmo ya que estaba tensa y le costaba excitarse. Esto le afectaba también a Alejandro, que tenía en ocasiones problemas de erección.

Al quedarse embarazada la situación mejoró aunque en los primeros meses de embarazo estuvieron un tiempo sin tener relaciones ya que tenía náuseas y luego tuvo que estar un tiempo de reposo. Posteriormente retomaron los contactos sexuales aunque recuerda que, a medida que fueron transcurriendo los meses, era frecuente que la relación consistiera fundamentalmente en acariciar a Alejandro hasta que él alcanzaba el orgasmo. A ella le preocupaba el efecto que el orgasmo pudiera tener en el embarazo y sentía molestias durante el coito, lo que hacía menos deseable la relación. Tras el parto se fueron progresivamente reiniciando los contactos sexuales. Ella se sentía con poco deseo pero lo achacaba al cuidado del bebé, a darle de mamar, y esperaba que con el tiempo las cosas fueran como antes. Al pasar los meses su vida sexual no mejoró. Cuando estaba haciendo el amor con Alejandro, estaba pendiente de su nivel de excitación y, si veía que no conseguía excitarse, se lo decía para que él no siguiese estimulándola. Los rechazos a los acercamientos sexuales de Alejandro fueron cada vez más frecuentes y esto ha provocado enfados y discusiones.

Alejandro recuerda que las relaciones sexuales con Esther, al principio, eran muy satisfactorias. Estuvieron saliendo cerca de un año antes de irse a vivir juntos, y comenzaron a mantener relaciones sexuales a los dos meses de comenzar a salir juntos. Esther siempre ha sido activa, participando animadamente en la actividad sexual. En sus juegos amorosos practicaban el sexo oral disfrutando ambos con esta actividad. Él no recuerda especialmente agobiante el período en que buscaban que Esther se quedara embarazada, aunque sí es consciente de la preocupación al pasar los meses ya que solían hablar de ello, especialmente de las posibles soluciones que tendrían que buscar si se continuaba así. Durante el embarazo y tras el nacimiento de su hijo, sus relaciones sexuales fueron mucho menos frecuentes, pero él no le dio importancia ya que le parecía normal.

Reconoce que la situación ahora es muy conflictiva entre ellos. Los enfados son muy frecuentes y les cuesta acercarse para resolver el conflicto. Se mantienen tiempo en silencio, distanciados. Él está molesto con Esther ya que no hace nada por resolver la situación y cree que su actitud comprensiva no les ha servido para nada, ya que Esther ha ignorado el problema.

- *Factores etiológicos en el problema de vaginismo*

Teresa tuvo sus primeras experiencias sexuales con su pareja actual. Antes había salido con un par de chicos pero fueron relaciones breves en las que no hubo contactos sexuales. Con Andrés el noviazgo duró tres

años. La actividad sexual, fundamentalmente en el último año, se centraba en caricias mutuas muy placenteras en las que ambos solían alcanzar el orgasmo. Al principio ella no quería tener este tipo de relaciones, por sus creencias religiosas, y recuerda que las caricias y acercamientos sexuales le generaban ansiedad y no eran satisfactorias, centrándose básicamente en estimular a Andrés. Esto sucedía muy esporádicamente. Posteriormente cuando empezaron a preparar la boda y dispusieron del piso que ocuparían al casarse, los encuentros sexuales fueron haciéndose más frecuentes y por iniciativa siempre de Andrés. Ella se sentía culpable ya que pensaba que no era correcto lo que estaban haciendo y lo discutía frecuentemente con él. Andrés solía argumentar; ante sus dudas y remordimientos, que no podía ser malo lo que hacían, ya que se querían y se iban a casar. Al acariciarla, Andrés era muy tierno y cariñoso e iba muy despacio y sin urgencias, lo que le agradaba enormemente. Progresivamente la ansiedad y la culpabilidad fueron remitiendo y empezó a disfrutar con estos contactos sexuales. Con anterioridad ambos habían acordado no realizar el coito hasta después de casarse.

Para ella la sexualidad siempre ha estado muy mediatizada por la religión y la importancia de llegar virgen al matrimonio. No se ha masturbado nunca ya que "no ha sentido la necesidad" y el tema de las relaciones sexuales siempre le ha generado una mezcla de ansiedad y vergüenza. Respecto a la penetración siempre la ha asociado con dolor. Recuerda comentarios con amigas sobre lo doloroso que era el que la mujer perdiese la virginidad y que podían producirse hemorragias. Menciona que de adolescente intentó utilizar tampones y que le resultó imposible ponérselos, temía perder la virginidad por usarlos y estaba muy nerviosa. Al comentarlo con otras amigas, a algunas les había ocurrido lo mismo, por lo que no le dio importancia.

En sus acercamientos actuales a ella le cuesta excitarse y está tensa temiendo que él intente la penetración, aunque últimamente se ha dejado de plantear el tema. Percibe a Andrés menos afectuoso, siendo las caricias más bruscas. Ahora ya no se detiene tanto como antes en darle besos ni en decirle cosas cariñosas. Sus encuentros sexuales se suelen dar por la noche, al irse a la cama o, más raramente, por la mañana al despertarse. Andrés empieza a acariciarla y ella le acaricia a él. Si se siente excitada, lo que en los últimos seis meses habrá sucedido en un par de ocasiones, Andrés sigue estimulándola hasta que alcanza el orgasmo. Si no le apetece que le siga tocando, le pide a Andrés que lo deje y ella le masturba hasta que eyacula. Estas interacciones pueden ocurrir cada dos semanas y en algunas ocasiones han pasado hasta tres semanas, pero esto es menos frecuente. Ella siempre responde positivamente a los acercamientos de Andrés ya que piensa que, dada la situación, lo menos que puede hacer por él es darle "esto". Si pasa mucho tiempo sin que Andrés se acerque a ella sexualmente, se preocupa y angustia, pensando que ella ya no le interesa y temiendo que él quiera plantear la separación, aunque nunca ha hecho ningún comentario al respecto.

Andrés ha tenido relaciones sexuales coitales con un par de chicas antes de salir con Teresa. Las relaciones fueron buenas y las recuerda gratamente y sin problemas. Anteriormente había tenido "escarceos amorosos" con otras chicas pero sin llegar al coito. Al principio con Teresa le pareció normal su manera de responder, ya que era virgen y no tenía experiencia, y no le dio importancia. Teresa le ha parecido, y le parece actualmente, atractiva sexualmente, le gusta físicamente. Estuvo de acuerdo en no llegar al coito hasta después de casarse, ya que esto era importante para ella. En sus interacciones sexuales Teresa siempre ha sido bastante pasiva, sin tomar la iniciativa y poco amiga de innovaciones. Él ha querido probar el sexo oral pero ella lo ha rechazado ya que dice que no le gusta. Normalmente siempre actúan del mismo modo, con las mismas caricias y de una forma bastante rutinaria. A él le cuesta ahora iniciar algún tipo de acercamiento ya que cree que para ella no son agradables y le es muy violento pensar que ella se sienta obligada a ceder. Las pocas veces que se lo ha comentado, ella le ha dicho que no se siente obligada y que lo hace gustosamente, aunque a ella no le apetezca, pero él no sabe qué creer. Suele masturbarse de vez en cuando, como una forma de desahogarse y no presionarla.

En sus conversaciones no suelen hablar de sexualidad y no tocan el tema sexual ya que este tipo de charlas suele acabar mal, con enfados y Teresa llorando. Tanto para Andrés como para Teresa, el único problema de su relación es el sexual, ya que en los demás aspectos su vida en pareja es buena.

## Preguntas de autoevaluación

1. Una mujer, que padece un problema de deseo sexual hipoactivo, al narrar sus primeras experiencias sexuales con su pareja actual señala que fueron vividas con gran temor y ansiedad, experimentando intenso dolor en la penetración. Se podría considerar que este suceso ha funcionado, para su problemática actual, como un factor:
  - a) Predisponente.
  - b) Precipitante.
  - c) De mantenimiento.
  - d) Relacional.
  - e) Orgánico.
  
2. La ausencia de relaciones sexuales en las parejas "mayores" se suele deber más a:
  - a) La menopausia de la mujer
  - b) Los cambios fisiológicos que experimentan ambos miembros de la pareja.
  - c) La pérdida de atractivo.
  - d) Las molestias que provoca la penetración.
  - e) El desinterés del varón.
  
3. Una de las situaciones que puede crear una situación de vulnerabilidad que facilite el desarrollo de un trastorno sexual sería:
  - a) Una valoración negativa de la sexualidad.
  - b) Una situación de estrés y fatiga.
  - c) Una situación de pareja conflictiva.
  - d) La ingesta de anticonceptivos.
  - e) Un trastorno depresivo.
  
4. Una mujer atraviesa un período laboral que le genera un estado de cansancio y fatiga intensos, lo que repercute muy negativamente en sus niveles de deseo y excitación. En esta situación, ¿qué tipo de creencia podría repercutir gravemente en el desempeño sexual futuro de esta mujer?
  - a) Una relación sexual sin coito no es una relación plena.
  - b) La masturbación no es aceptable cuando se disfruta de una vida sexual en pareja satisfactoria.
  - c) Una mujer con capacidad de respuesta sexual "normal", siempre puede ser excitada por su pareja.
  - d) El orgasmo que se alcanza mediante la penetración es mejor que cualquier otro tipo de orgasmo.
  - e) Dos personas que se quieren deben saber;

instintivamente, el tipo de estimulación que su pareja necesita.

5. Uno de los modelos explicativos de la disfunción sexual rechaza la hipótesis de la ansiedad como elemento predominante en la aparición o mantenimiento de las disfunciones sexuales femeninas. Para ello se basa en:
- a) La necesidad de incluir parámetros psicológicos.
  - b) El mayor protagonismo que adquiere el rol de "espectador".
  - c) La mayor relevancia de la respuesta de miedo.
  - d) Su posible efecto favorecedor de la respuesta de excitación.
  - e) La mayor importancia de los procesos cognitivos.
-

## Evaluación de las disfunciones sexuales femeninas

La evaluación de las disfunciones sexuales se ajusta a las directrices generales que regulan el proceso de evaluación de cualquier problema. A través de las distintas técnicas y estrategias de recogida de información se busca obtener los datos pertinentes para perfilar con precisión el trastorno sexual, analizando la topografía de las distintas conductas problema que pueden estar presentes en la disfunción y llevando a cabo un análisis funcional de las mismas que permita identificar aquellos factores que están influyendo en el mantenimiento de la situación. La estrategia de intervención concreta estará en función de los factores que se considere determinantes para la presencia del trastorno y de su modificación con vistas a la obtención del cambio terapéutico.

### 3.1. Consideraciones generales

En el proceso de evaluación de las disfunciones sexuales es importante tener en cuenta si la persona que presenta el problema sexual mantiene una relación de pareja estable. Cuando la disfunción sexual se enmarca en una situación de relación continuada, es necesario llevar a cabo la evaluación con ambos miembros de la pareja y no considerar el problema como algo personal que afecta solamente a uno de los miembros. Es frecuente que los patrones de interacción que se están manteniendo entre ambos cónyuges jueguen un papel relevante, y es imprescindible recabar información precisa de ambas partes.

Para la recogida de información, y con el fin de promover una relación terapéutica que facilite el proceso, conviene que se tenga en primer lugar una entrevista conjunta en donde se van a recoger los aspectos más generales de la situación problemática y en la que el terapeuta expondrá las directrices generales del proceso de evaluación en cuanto a los distintos sistemas de recogida de información que van a ser utilizados, las entrevistas individuales que se llevarán a cabo, justificando su empleo, y se hará referencia a una última sesión de evaluación en la que, estando presentes ambos miembros de la pareja, se efectuará una devolución de la información recogida y se expondrán los datos

relevantes respecto a la disfunción existente. El referirse a esta sesión explicativa, como colofón de esta primera parte diagnóstica, evitará la búsqueda de aclaración y de explicaciones en momentos en los que la visión parcial y la información incompleta pueden llevar a análisis prematuros que den lugar a diagnósticos erróneos.

El hecho de tener entrevistas separadas permite acceder a información confidencial que podría no facilitarse si están ambos miembros de la pareja presentes, aunque también plantea la dificultad de manejar dicha información. Cuando en la entrevista un miembro de la pareja informa confidencialmente, por ejemplo, del mantenimiento de relaciones sexuales satisfactorias con una tercera persona, la imposibilidad de utilizar esta información puede crear un desequilibrio que afecta a la terapia. Si este hecho es importante en la génesis y mantenimiento de la situación problemática, su omisión hará que el planteamiento diagnóstico de la disfunción y su abordaje terapéutico carezcan de sentido. En estos casos, cuando no hay posibilidad de poner al otro miembro de la pareja al corriente de lo que sucede, conviene informar de la imposibilidad de seguir con el proceso, buscando una explicación razonada que no vulnere la confidencialidad.

La incorporación del otro miembro de la pareja al proceso terapéutico suele generar una actitud de recelo. Es frecuente que las mujeres que acuden a consulta buscando ayuda profesional se sientan responsables del problema sexual, bien por asumir las constantes recriminaciones que su pareja ha planteado a este respecto, o por considerar que es un tema personal en el que su pareja no desempeña un papel relevante. Para favorecer la asistencia de ambos cónyuges es conveniente que se razone esta petición, señalando aquellos elementos que influyen en el campo de la sexualidad, como los comportamientos afectivos de la pareja, su nivel de satisfacción en la relación o el tipo de juego sexual que desarrollan, siendo necesario, para tener una visión lo más completa posible, que las dos personas que están siendo afectadas por la situación problemática participen en el proceso de evaluación. Se establecería aquí, especialmente en los casos en los que el varón se muestra poco motivado a participar, un primer nivel de compromiso centrado en la colaboración en esta fase de diagnóstico, dejando para un segundo momento la posible implicación en un proceso terapéutico de cambio.

### **3.2. Objetivos de la evaluación**

El proceso de evaluación se plantea distintos objetivos dependiendo de que la obtención de información se haga con fines diagnósticos o que se oriente al diseño de una estrategia de intervención. Entre los objetivos fundamentales se pueden identificar:

1. Definir la naturaleza del problema sexual, delimitando la disfunción sexual que se padece junto con los trastornos asociados que pueden repercutir en otros aspectos del funcionamiento sexual o en problemas de relación interpersonal u otros trastornos psicológicos.
2. Obtener información que posibilite formular una explicación tentativa respecto al origen del problema.

3. Recoger datos pertinentes para el análisis funcional que permita identificar aquellos factores que están teniendo un papel relevante en el mantenimiento del problema.
4. Especificar los cambios que se desean y diseñar una estrategia de intervención partiendo de las claves mantenedoras.

### **3.3. Áreas de evaluación**

El funcionamiento sexual es el resultado de la interacción compleja de factores biológicos, psicológicos, relacionales y culturales, por lo que se requiere una dinámica armoniosa entre todos estos componentes para un resultado satisfactorio. Como ya se ha comentado previamente, la disfunción puede surgir por la presencia de problemas en cualquiera de estos ámbitos siendo frecuente que en la aparición de una problemática sexual hayan influido varios factores. La adopción de una perspectiva multicausal ha ido cobrando una importancia cada vez mayor a la hora de comprender y tratar las disfunciones sexuales, lo que ha supuesto la necesidad de recabar información en todas aquellas áreas que afectan a la respuesta sexual.

- *Área orgánica*

Puesto que se ha detectado un amplio número de factores de origen orgánico que pueden generar una disfunción sexual es importante llevar a cabo una revisión médica que permita determinar la presencia o ausencia de estos factores, así como tranquilizar a la persona respecto a su estado físico. La revisión de la paciente permitirá descartar aquellos trastornos sexuales originados por un problema de carácter físico, que requerirán un especialista del campo de la medicina.

- *Área psicológica*

La evaluación en este apartado tiene como objetivo la identificación de posibles trastornos psicológicos responsables de las dificultades sexuales. La existencia de problemas de depresión, de trastornos obsesivo-compulsivos o de estrés postraumático pueden estar afectando al funcionamiento sexual de la paciente y es necesario abordar estos problemas de forma individual antes de plantearse, si fuera necesario, el inicio de una terapia sexual. Asimismo, la incidencia de un problema de consumo de alcohol o de otro tipo de drogas hace aconsejable abordar primero los problemas de adicción antes de iniciar un enfoque terapéutico de la disfunción sexual.

- *Área sexual*

La evaluación de una disfunción sexual busca no sólo establecer un diagnóstico preciso del trastorno, sino también proporcionar información respecto al origen y mantenimiento de esta disfunción, con vistas a su abordaje terapéutico. Por ello, es conveniente remontarse al inicio del desarrollo de la sexualidad en la paciente, identificando las primeras experiencias y descubrimientos, con las vivencias emocionales correspondientes, las actitudes y pensamientos que tenía respecto al desarrollo de su cuerpo, los conocimientos adquiridos y las informaciones proporcionadas.

Además se analiza el funcionamiento sexual actual, tanto en pareja como individual, con la descripción precisa de los encuentros sexuales, las reacciones emocionales personales y del cónyuge, las preferencias, actitudes, fantasías, sensaciones y forma de actuar. Interesa recoger información sobre los lugares en los que se suelen desarrollar las relaciones sexuales, el momento del día, cómo se inician y quién suele tomar la iniciativa. Para el análisis funcional conviene evaluar lo que sucede tras los acercamientos sexuales, cómo se comportan cada uno de los miembros de la pareja, qué suele pensar la paciente y cuál es la reacción emocional más habitual.

- *Área de pareja*

Las mujeres que acuden a un profesional planteando dificultades sexuales mantienen, en un alto porcentaje, unas relaciones de pareja estables y en la mayoría de los casos la disfunción sexual viene acompañada de una situación de relación conflictiva. Es frecuente que las mujeres que acuden a consulta, quejándose de un problema de tipo sexual, sean más conscientes de la dificultad sexual que de los problemas presentes en su relación. Los conflictos vividos en la relación que pueden generar un trastorno sexual son muy variados, por lo que se requiere una evaluación cuidadosa de las distintas áreas de una relación, como pueden ser, por ejemplo, la expresión de afecto en la pareja, la comunicación en general y, en especial, cuando se enfrentan a una situación problemática, la forma de resolver los problemas, las relaciones con otros familiares, el reparto de tareas domésticas, el cuidado y atención de los hijos, el manejo de los recursos familiares y las actividades desarrolladas en su tiempo de ocio.

En ocasiones, la mujer puede experimentar una carencia de intimidad emocional en una relación en la que se restringen los acercamientos afectivos a los contactos sexuales, lo que puede generar un rechazo de dichos acercamientos, como forma de negociar lo que se le está negando en otros campos. A veces, los desequilibrios en las relaciones de poder, en los que la mujer se siente sometida a un cónyuge que no respeta su autonomía y que busca imponer sus criterios, pueden desembocar en una pérdida de deseo como un intento de establecer un equilibrio a través del cual ganar algún tipo de control.

Asimismo, la forma que tiene la pareja de manejar sus desavenencias y resolver las situaciones conflictivas, que forman parte de toda convivencia, tiene una repercusión directa en las relaciones sexuales. Los conflictos no resueltos, las peleas y discusiones reiteradas por los mismos temas y que finalizan por agotamiento y cansancio pero sin una solución satisfactoria para ambos cónyuges, van creando, con el paso del tiempo, un

clima de hostilidad, resentimiento y frustración hacia el cónyuge. En este contexto, este clima emocional aborta cualquier atisbo de encuentro con el otro, mermando las posibilidades de percibir al otro como objeto de deseo.

Las situaciones de pareja en las que haya un clima de conflicto e insatisfacción intenso requerirán que se traten en primer lugar los conflictos de relación antes de iniciar una terapia sexual. La reducción de la conflictividad marital y el establecimiento de un cierto nivel de relación satisfactoria entre la pareja creará las bases necesarias para que sea posible empezar a abordar sus problemas sexuales.

### **3.4. Criterios diagnósticos y diagnóstico diferencial**

Uno de los objetivos del proceso de evaluación es identificar el problema sexual que presenta la paciente, determinando las áreas que se han visto afectadas por la presencia de dicha disfunción, con vistas a la selección de una estrategia terapéutica apropiada. Sin embargo, en el área de la sexualidad, no siempre es posible delimitar con precisión el trastorno primario y el secundario, lo que obliga a diagnosticar todas las disfunciones que coexisten.

#### **3.4.1. Trastorno por deseo sexual hipoactivo**

Entre los criterios diagnósticos para identificar un *problema de deseo sexual inhibido* estarían: ausencia o baja presencia de fantasías o pensamientos sobre actividades sexuales, individuales o en pareja; baja o nula apetencia de iniciar una relación sexual o ausencia de respuesta ante estímulos que presumiblemente activan el deseo, como caricias de la pareja. Los acercamientos sexuales pueden tener una frecuencia de una vez al mes o menos. La presencia de esta disfunción genera una situación de malestar personal. Dado que no existen criterios normativos que permitan establecer lo que sería un deseo sexual normal, y los datos existentes muestran que las mujeres no disfuncionales sexualmente experimentan deseo sexual y fantasías sexuales menos frecuentemente que los varones no disfuncionales, resulta sumamente problemático diagnosticar un problema de deseo sexual hipoactivo. Así, para algunos autores, las mujeres en relaciones de pareja estables que de forma voluntaria activan su deseo sexual pero que, generalmente, no experimentan de manera espontánea una apetencia sexual, tendrían un funcionamiento normal.

A la hora de valorar la presencia de esta disfunción conviene descartar trastornos psicológicos que inciden en la respuesta sexual, como la depresión o los trastornos de ansiedad. Asimismo, es importante diferenciar el bajo deseo sexual de un trastorno por aversión al sexo. Aunque en ambos casos puede estar presente un desinterés por las relaciones sexuales, en el trastorno por aversión la posibilidad de mantener relaciones sexuales, o algún contacto sexual concreto, genera una intensa respuesta de ansiedad y temor y la evitación del acercamiento sexual. En el caso del bajo deseo sexual el

acercamiento sexual se vive con indiferencia, pudiendo mantener relaciones sexuales que son vividas con insatisfacción pero sin miedo. Es frecuente que la ausencia de deseo surja relacionada con un problema de disfunción orgásmica, por lo que es importante, con vistas a planificar la intervención, determinar si la falta de deseo sexual viene como consecuencia de unas relaciones sexuales insatisfactorias o si más bien la carencia de deseo hace insatisfactorias las relaciones.

Igualmente, conviene distinguir entre un problema de deseo sexual hipoactivo y una situación de discrepancia de deseo entre los miembros de una pareja. Puede ocurrir que, tras un período de actividad sexual intenso al comienzo de la relación o cuando se planifica el embarazo, a la mujer le apetezca tener relaciones sexuales menos frecuentemente que antes, lo que origina una situación de conflicto y malestar en la relación. En estas circunstancias se podría diagnosticar como deseo sexual inhibido lo que en realidad es un problema de ajuste entre los cónyuges.

A la hora de evaluar el bajo deseo sexual hay que establecer si la disfunción es de carácter primario, esto es cuando la mujer siempre ha manifestado esta falta de interés sexual, o si es de carácter secundario, es decir, se percibe una disminución del deseo sexual tras un funcionamiento sexual satisfactorio. Además, se analizará si el problema se presenta de forma generalizada, afectando el desinterés a todo tipo de situación, actividad y pareja sexual, o es de carácter selectivo, pudiendo experimentar deseo sexual ante algunas situaciones puntuales como películas o material erótico.

#### 3.4.2. Trastorno por aversión al sexo

Se caracteriza este trastorno por la presencia de temor y rechazo intenso ante distintos tipos de contactos y estímulos de carácter sexual. Estas respuestas emocionales pueden desencadenarse ante situaciones estimulares que pueden ir desde besos en la boca o caricias genitales, hasta el intento de penetración, el olor o el contacto con el semen. Entre las claves diferenciadoras entre un problema de aversión y una carencia de deseo se podría señalar que la mujer con un problema de aversión muestra una resistencia activa ante la situación sexual que le desagrade, lo que hace muy difícil que se mantenga en dicha situación si no le ha sido posible eludirla. En los casos de disfunción severa pueden presentarse ataques de pánico, con dificultades para respirar, taquicardias y mareos.

La aversión sexual puede estar presente desde la pubertad o presentarse después de un período de actividad sexual normal, y puede ocurrir ante cualquier forma de actividad o contacto sexual o sólo en algunas situaciones.

Experiencias sexuales traumáticas como abusos sexuales o violaciones pueden estar en el origen de una disfunción de este tipo, así como trastornos orgánicos que han podido provocar situaciones muy dolorosas durante la actividad sexual, como por ejemplo una vestibulitis vulvar.

### 3.4.3. Trastorno de la excitación sexual

Aunque, tradicionalmente, se ha venido utilizando como característica distintiva de los problemas de excitación sexual la ausencia de los indicadores fisiológicos propios de esta fase, como por ejemplo la dificultad o ausencia de erección en el varón, sin embargo su empleo en el caso de las mujeres es mucho más problemático. Los criterios diagnósticos más usuales, para establecer un trastorno de la excitación sexual en la mujer, son la ausencia o la dificultad para mantener a lo largo de la actividad sexual las respuestas de tumefacción y lubricación vaginal. No obstante, es necesario precisar que para muchas mujeres la percepción de las sensaciones genitales ocupa un papel secundario en la experiencia de excitación subjetiva. Por ello, es frecuente que las mujeres que presentan este tipo de disfunción se quejen de la falta de sensación subjetiva de excitación o placer durante la relación sexual, o la pérdida de dichas sensaciones en un momento concreto de la interacción.

Este trastorno suele presentarse asociado con otros problemas sexuales como pueden ser la ausencia de deseo y la incapacidad para alcanzar el orgasmo, siendo importante identificar, a través de la historia sexual, si las dificultades de excitación han surgido como consecuencia de los otros problemas o si, por el contrario, el bajo deseo o la anorgasmia son resultado de la ausencia de excitación.

A la hora de diagnosticar un trastorno en la excitación conviene descartar la existencia de una deficiencia de estrógenos, propia de un proceso menopáusico, o la ingesta de algún tipo de fármaco como antihistamínicos, anticolinérgicos, antidepresivos o, en algunos casos, anticonceptivos orales, como factores responsables de la sintomatología que presenta la mujer, especialmente cuando aparece tras un período de funcionamiento normal.

### 3.4.4. Trastorno orgásmico femenino

El diagnóstico de un trastorno orgásmico se basa en la ausencia de orgasmo o la dificultad para alcanzarlo, lo que genera un intenso sentimiento de malestar personal. Puesto que las mujeres presentan una gran variabilidad en el tipo e intensidad de estimulación necesaria para llegar al orgasmo, en la identificación de este tipo de disfunción se debe valorar cuidadosamente si se está dando la estimulación necesaria que posibilite el orgasmo. Puede ocurrir que la dificultad de la mujer para conseguir el orgasmo esté relacionada con un problema de control eyaculatorio de su pareja. Cuando la pareja centra su relación sexual en el coito y la relación se acaba al eyacular el varón, si éste tiene el orgasmo unos segundos después de haber iniciado la penetración, esto imposibilitará a la mujer para alcanzar, en ese breve espacio de tiempo, el nivel de excitación necesario para llegar al orgasmo. En estas circunstancias no se hablará de disfunción orgásmica femenina. Asimismo tampoco se diagnosticará este tipo de trastorno en aquellos casos en los que la mujer alcanza el orgasmo a través de la estimulación manual u oral de su pareja y no durante el coito, o cuando el orgasmo se

obtiene durante la penetración, siempre que se estimule simultáneamente el clítoris.

Como suele ser habitual en los trastornos sexuales, una disfunción orgásmica es frecuente que se presente junto con otros problemas, como la ausencia de deseo. Una mujer que no experimenta placer en las relaciones sexuales puede, con el paso del tiempo, vivir sus relaciones sexuales de manera conflictiva lo que generará desinterés y una carencia total de iniciativa, para iniciar un acercamiento sexual. Una evaluación precisa de la historia sexual puede permitir identificar y orientar la intervención hacia la disfunción primaria.

#### 3.4.5. Dispareunia

Este trastorno sexual se caracteriza por la presencia de dolor genital relacionado con el coito. Para la identificación de la disfunción conviene descartar la presencia de vaginismo o de una lubricación insuficiente. Los problemas de dispareunia, en numerosas ocasiones, tienen una causa orgánica, por lo que se requiere una exploración ginecológica específica para un diagnóstico preciso. El dolor experimentado en la entrada de la vagina suele estar relacionado con infecciones vaginales, irritaciones causadas por espermicidas o el látex de los preservativos, cicatrices dolorosas tras una episiotomía, o estados físicos que causan una lubricación vaginal escasa con las consiguientes molestias en el momento de la penetración. Endometriosis, tumoraciones, infecciones del tracto urinario, quistes ováricos o una fijación uterina en retroversión son algunos de los trastornos físicos responsables de las experiencias dolorosas sentidas en la parte más profunda de la vagina o en la zona abdominal.

El dolor genital se origina, en algunas ocasiones, por un trastorno llamado síndrome de vestibulitis vulvar, una inflamación crónica de los tejidos del vestíbulo vaginal. Las mujeres que padecen este problema experimentan un dolor y quemazón intenso, especialmente cuando se intenta la penetración, pudiendo permanecer la sensación dolorosa, una vez finalizada la actividad sexual, durante varias horas. Aunque en una exploración visual puede detectarse un cierto enrojecimiento en el área inflamada, es frecuente, asimismo, que el tejido no muestre ninguna anomalía, identificándose la zona afectada al responder con dolor al ser tocada suavemente con una bola de algodón. Este tipo de patología puede no ser diagnosticada cuando las exploraciones ginecológicas son llevadas a cabo, de manera rutinaria, por especialistas en ginecología que no están familiarizados con ella. La etiología de este síndrome es desconocida y afecta a mujeres con edades comprendidas entre los veinte y los cuarenta años que han mantenido relaciones sexuales satisfactorias hasta que empezaron a padecer situaciones de dolor, que fueron incrementándose con el paso del tiempo.

#### 3.4.6. Vaginismo

El vaginismo se caracteriza por la presencia de una contracción involuntaria de la

musculatura pélvica que rodea el tercio externo de la vagina. La presencia de la contracción imposibilita la penetración. La mujer puede experimentar excitación y orgasmo durante la actividad sexual, siempre que el coito no forme parte de las relaciones sexuales. En los casos de vaginismo absoluto el espasmo muscular aparecerá ante cualquier intento de penetración como puede ser un tampón o el espéculo durante una exploración ginecológica, mientras que en el vaginismo situacional la respuesta surge al iniciarse la penetración durante el coito.

Aunque los trastornos de dispareunia y vaginismo pueden presentarse asociados, es importante identificar la disfunción primaria. Si el espasmo muscular ha surgido tras experiencias de dolor durante el coito el diagnóstico más adecuado sería el de dispareunia, mientras que si el dolor surge al intentar forzar la resistencia muscular, el diagnóstico será el de vaginismo. En ocasiones, sin embargo, los límites entre dispareunia y vaginismo no están claros, mostrando la mujer ambos trastornos combinados.

Los problemas de vaginismo pueden presentarse asociados a un trastorno de aversión al sexo. La evitación de la penetración y, en algunos casos, de cualquier contacto sexual, pueden estar presentes en mujeres cuya actividad sexual ha estado marcada por el temor y el dolor, al repetirse los intentos infructuosos de penetración. Asimismo, a la hora de evaluar las dificultades de penetración conviene descartar causas orgánicas como, por ejemplo, un himen resistente.

### **3.5. Técnicas y procedimientos de evaluación**

Aunque la entrevista es el método de obtención de información más utilizado en la clínica a la hora de recoger información sobre una disfunción concreta, existen una serie de procedimientos que son muy útiles a la hora de recabar datos específicos relacionados con la disfunción sexual. Entre las técnicas de evaluación más relevantes, además de la entrevista, se encuentran los autoinformes, la autoobservación y la evaluación psicofisiológica.

#### **3.5.1. Historia sexual y entrevista clínica**

Como ya se ha mencionado es conveniente que la primera entrevista se lleve a cabo de forma conjunta, estando presentes ambos miembros de la pareja con el terapeuta. El objetivo de este primer encuentro es obtener una visión global de las dificultades sexuales al observar cómo es presentada la información por cada uno de los cónyuges, la manera en que tratan el tema de forma conjunta, así como la responsabilidad que cada uno asume en la situación creada y la motivación para participar en el proceso terapéutico.

En esta sesión conjunta el terapeuta expone las líneas generales de trabajo que se seguirán con vistas a la obtención de la información, describiendo la forma de proceder, el número de entrevistas programadas, tanto individuales como conjuntas, la utilización de cuestionarios y otros métodos de recogida de información razonando su empleo.

Conviene comentar en este primer encuentro la posibilidad de que se requieran exámenes médicos exploratorios que permitan descartar causas orgánicas, así como la posible obtención, si se considera necesario, de medidas psicofisiológicas.

Es importante que el terapeuta exponga a la pareja la conveniencia de no preguntarse ni comentar sus entrevistas individuales, o las contestaciones a los cuestionarios, entre ellos. Cada miembro de la pareja tendrá una visión particular de la situación sexual que no suele coincidir con la del otro cónyuge y que, además, puede resultar dolorosa o hiriente para el otro. La puesta en común de esta información puede desembocar en situaciones conflictivas de difícil manejo y que no beneficiarán en nada el proceso iniciado. Asimismo, la posibilidad de ser interrogado, o de que las respuestas a los autoinformes sean vistas por el cónyuge, puede influir en la sinceridad y honestidad de las contestaciones.

En las entrevistas individuales se recoge información de las distintas áreas relacionadas con la disfunción sexual como son: los datos de la historia sexual, la situación actual de la relación y el estado psicológico de cada cónyuge. En el primer apartado se exploran aquellos hechos vitales relevantes que pueden estar relacionados con las dificultades actuales al actuar como factores predisponentes o precipitantes. El [cuadro 3.1](#) recoge algunas de las áreas más significativas que es necesario evaluar para completar la historia sexual de los miembros de la pareja.

---

Cuadro 3.1. *Áreas significativas en una historia sexual*

---

- Ambiente familiar (afecto, comunicación, relación entre los padres).
  - Mensajes sobre la sexualidad (familia, formación religiosa, otros).
  - Experiencias sexuales tempranas (descubrimiento de la excitación, juegos compartidos).
  - Experiencias traumáticas (abusos físicos o sexuales).
  - Educación e información sexual.
  - Primeras experiencias sexuales en la adolescencia:
    - Fantasías sexuales.
    - Masturbación.
    - Primeras citas.
    - Juegos sexuales.
  - Imagen corporal.
  - Relaciones sexuales anteriores a la actual relación.
  - Acontecimientos sexuales estresantes.
  - Experiencias sexuales con su actual pareja:
    - Atracción sexual.
    - Primeras relaciones sexuales con la pareja actual.
- 

**Cuadro 3.2. *Pauta de entrevista para identificación de problemas sexuales en la pareja (Carrasco, Llavona y Carrasco)***

---

1. *Identificación del problema:*

- 1.1. Describa brevemente los problemas de su relación sexual.
  - 1.2. Si hay varios ¿qué problema surgió primero? (cuándo y en qué circunstancias).
  - 1.3. ¿Cómo surgieron los demás problemas?
  - 1.4. Describa detalladamente el que considera que es el problema más importante (qué le pasa o siente).
  - 1.5. Describa las dos últimas relaciones sexuales en las que este problema estuvo presente.
  - 1.6. ¿Qué se dice a sí mismo cuando ocurre el problema? (antes, mientras y después).
  - 1.7. ¿Con qué frecuencia aparece este problema?
  - 1.8. Describa con el máximo detalle la vez que su relación sexual fue peor por este motivo.
  - 1.9. Describa con el máximo detalle la vez que su relación sexual fue mejor a este respecto.
  - 1.10. ¿Cómo sitúa ahora su estado actual en relación a los dos episodios anteriores?
  - 1.11. ¿Cuál cree Vd. que es la causa del problema?
2. *Relación sexual:*
- 2.1. ¿Cuál es la frecuencia usual de las relaciones sexuales? Antes y ahora.
  - 2.2. ¿Quién toma la iniciativa en las relaciones sexuales?
  - 2.3. ¿La actividad sexual surge de forma espontánea o está prefijada?
  - 2.4. ¿Su relación sexual lleva siempre al coito? Si no es así dé un porcentaje aproximativo.
  - 2.5. ¿Se siente Vd. libre para expresar su deseo sexual a cualquier hora del día? Por lo general ¿es aceptado/a?
  - 2.6. ¿Le dice Vd. a su pareja qué le produce más placer sexual?
  - 2.7. ¿Por qué medios, excluyendo el coito, ha tratado de dar placer sexual a su pareja? Describa los resultados y la frecuencia.
  - 2.8. ¿Recurre Vd. al contacto físico para expresar su afecto hacia su pareja? ¿Con qué frecuencia?
  - 2.9. ¿Se masturba? ¿Con qué frecuencia?
  - 2.10. ¿Tiene fantasías específicas cuando se masturba? Descríbalas.
  - 2.11. ¿Ha tenido actividades sexuales con otra persona distinta de su pareja? ¿Han sido satisfactorias?
3. *Otros aspectos de la relación sexual:*
- 3.1. ¿Le atrae sexualmente su pareja?
  - 3.2. ¿Se siente deseado/a?
  - 3.3. ¿Hace o dice algo su pareja en situaciones sexuales que hace disminuir su deseo sexual? ¿Se lo comunica?
  - 3.4. ¿Hace o dice algo su pareja en situaciones sexuales que hace aumentar su deseo sexual? ¿Se lo comunica?
  - 3.5. ¿Asocia algún olor particular de su pareja con placer o desagrado durante la relación sexual? ¿Por qué?
  - 3.6. ¿Agrega imágenes o fantasías particulares durante el coito? Descríbalas.
  - 3.7. (*Pareja femenina*) ¿Tiene siempre orgasmos cuando tiene relaciones sexuales? Si no los tiene siempre ¿qué porcentaje de veces los tiene? ¿Es satisfactorio?
  - 3.8. (*Pareja masculina*) ¿Tiene dificultades de erección o eyaculación? Si es así descríbalas.
  - 3.9. ¿Qué lugares y horas prefiere para iniciar la relación sexual? ¿Cuáles le resultan más incómodos?
  - 3.10. ¿Utiliza algún método anticonceptivo? ¿Le resulta satisfactorio?
  - 3.11. ¿Cómo debería ser para Vd. una relación sexual satisfactoria? (frecuencia y duración) ¿Cómo debería comportarse su pareja? (qué debería hacer).
4. *Importancia del problema y objetivos del tratamiento:*
- 4.1. ¿Cuándo empezó a ser un problema para Vd. esto que le ocurre?
  - 4.2. ¿Qué ocurrió entonces?
  - 4.3. ¿Qué circunstancias hacen que el problema se agrave, disminuya o desaparezca?
  - 4.4. ¿Qué importancia tiene para Vd. este problema?
  - 4.5. ¿Cómo repercute este problema en los demás aspectos de su vida (familia, trabajo, etc.)?
  - 4.6. ¿Comparando la parte sexual con los demás aspectos de su relación, son estos últimos más

- satisfactorios?
- 4.7. ¿Qué ha hecho hasta ahora para solucionar este problema? ¿Qué resultados le ha dado?
  - 4.8. ¿Qué espera conseguir al finalizar este tratamiento?
  - 4.9. ¿De quién de los dos partió la idea de acudir a un psicólogo?
- 

La identificación de los problemas sexuales de la pareja y los posibles factores mantenedores se lleva a cabo recabando información de la situación actual. Para ello se pide una descripción pormenorizada de las relaciones sexuales actuales, de los problemas o dificultades que surgen en la relación, de los factores que hacen que estos problemas se agraven o se atenúen, y de cómo actúa cada miembro de la pareja a la hora de llevar a cabo un acercamiento sexual, especificando los elementos que activan la respuesta sexual y los que la debilitan. En el [cuadro 3.2](#) se recoge una pauta de entrevista propuesta por Carrasco, Llavona y Carrasco (1979) que desarrolla, mediante ejemplos de preguntas a realizar, la forma de recabar información precisa sobre la relación sexual de la pareja y así poder identificar problemas sexuales actuales, su importancia y objetivos del tratamiento.

Esta pauta sirve de guión al terapeuta para revisar la información proporcionada y precisar los datos que faltan por obtener y no debe considerarse como un esquema fijo que se aplica de manera rígida, a modo de cuestionario, a los pacientes.

Asimismo conviene también evaluar la existencia de acontecimientos estresantes actuales, como enfermedades, fallecimientos, problemas financieros y el estado anímico actual de cada miembro de la pareja.

Las entrevistas se realizarán siguiendo un guión semiestructurado, formulando preguntas de carácter más abierto en las primeras citas y que proporcionarán una visión amplia y menos precisa de la situación problemática que vive la pareja, para posteriormente ir planteando preguntas más concretas y detalladas, a medida que se busca una información más específica y puntual.

El terapeuta buscará crear un clima que facilite la comunicación por lo que no conviene que se aborden, en la primera sesión, temas que pueden ser dolorosos o especialmente problemáticos y que requieren un cierto nivel de confianza para poder ser tratados como, por ejemplo, experiencias traumáticas sexuales o relaciones sexuales con una tercera persona o consumo de drogas o alcohol.

Durante la entrevista, conviene que el terapeuta, para referirse a términos tanto sexuales como no sexuales, utilice un lenguaje alejado tanto de tecnicismos, que pueden crear barreras y distanciamiento, como de vulgarismos.

### 3.5.2. Los autoinformes

Existe una gran variedad de cuestionarios y escalas dirigidos a evaluar distintos aspectos de las relaciones sexuales y de las relaciones de pareja en general. La utilización

de este tipo de procedimientos proporciona información complementaria a la recogida mediante la entrevista, y su empleo permite profundizar en aspectos que interesa conocer. Los autoinformes, por su forma estructurada de presentar la información, ayudan en ocasiones a la pareja a examinar aspectos de su relación que anteriormente no habían sido tenidos en cuenta y a dar información sobre algunas cuestiones que, en una entrevista, puede resultar difícil verbalizar.

Por otra parte, puesto que a la hora de plasmar por escrito sus dificultades y problemas las personas pueden falsear la información, proporcionando una imagen de sí mismos más deseable y aceptable, conviene no utilizar una única técnica para recoger información, contrastando los datos recogidos mediante distintos procedimientos, lo que facilitará el proceso de evaluación.

A la hora de elegir cuestionarios y escalas que evalúen tanto la relación sexual como la relación de pareja, conviene tener en cuenta las propiedades psicométricas de los instrumentos diseñados, siendo especialmente útiles aquellos instrumentos de carácter multidimensional, que examinan distintas áreas relevantes a nivel individual y en pareja. Entre los cuestionarios más utilizados para evaluar el área sexual se pueden citar:

- El *Perfil de Respuesta Sexual* (Pion, 1975) que consta de 80 ítems centrados en recabar información sobre distintos aspectos del funcionamiento sexual, tanto de la historia sexual como de las relaciones actuales (ver [cuadro 3.3](#)).
- El *Inventario de Funcionamiento Sexual de Derogatis* (Derogatis y Melisaratos, 1979) diseñado para evaluar la calidad del funcionamiento sexual actual, así como las actitudes hacia la conducta sexual. Está compuesto de 254 ítems agrupados en diez subescalas que analizan: información sexual, experiencia, deseo, actitudes, emociones, síntomas psicológicos, rol de género, fantasías, imagen corporal y satisfacción sexual. Las puntuaciones obtenidas en las diferentes subescalas proporcionan un perfil que refleja los funcionamientos ajustados y desajustados de la persona.

---

**Cuadro 3.3. Inventario de respuesta sexual (Pion) (Traducción: M.<sup>a</sup> José Carrasco)**

---

El objetivo de este cuestionario es mejorar la calidad y eficacia de nuestra asistencia. La información que usted proporciona es confidencial. Por favor responda a cada apartado de la manera más exacta y completa posible. Pida cualquier aclaración con total libertad. Gracias por su colaboración.

Fecha:

Nombre:

1. Salud física (señale el número que describa mejor su salud):

Mala  1 2 3 4 5 6 7  Buena

2. ¿Han repercutido los hijos en su salud?:

Sí  No  Sin hijos

3. ¿Cómo describiría la relación de sus padres entre sí:

Mala  1  2  3  4  5  6  7  Buena

4. La comunicación sobre aspectos sexuales en casa de sus padres:

Se planteaba libremente:

Nunca  1  2  3  4  5  6  7  A menudo

Se planteaba con reservas:

Nunca  1  2  3  4  5  6  7  A menudo

No se planteaba:

5. La actitud de sus padres hacia la sexualidad era:

- La sexualidad es buena.
- Está bien pero no se habla de ello.
- No se habla de ello porque la sexualidad no es buena.

6. ¿Cómo cree que es (era) la relación sexual entre sus padres?:

Mala  1  2  3  4  5  6  7  Buena

7. La actitud de sus padres hacia la desnudez total o parcial en su casa: Padre: el pudor

No es importante  1  2  3  4  5  6  7  Es muy importante

Madre: el pudor

No es importante  1  2  3  4  5  6  7  Es muy importante

8. La actitud de sus padres hacia su actividad sexual:

Desaprobación paterna  1  2  3  4  5  6  7  Aprobación

9. ¿Donde adquirió sus conocimientos sobre la reproducción humana?:

Casa:  Mucha  Poca

Amigos:  Mucha  Poca

Escuela:  Mucha  Poca

Iglesia:  Mucha  Poca

Otras (especificar):

10. La información sobre la menstruación que obtuvo de sus padres:

Ninguna información  1  2  3  4  5  6  7  Mucha información

11. ¿Intentaron sus padres informarle sobre:

sexualidad y reproducción?:  Sí  No

relaciones sexuales?:  Sí  No

sexualidad y placer?:  Sí  No

12. Actitud religiosa e influencia sobre la sexualidad:

Sin influencia religiosa

Mi religión influyó en mi actitud hacia:

- Masturbación
- Aborto
- Caricias sexuales
- Anticoncepción
- Sexo oral
- Otras conductas sexuales
- Coito

13. Citas con chicos/chicas:

*Desaprobación paterna*  *Aprobación*

14. Caricias sexuales en las citas con chicos/chicas:

*Sin culpabilidad*  *Culpabilidad*

15. ¿Estaba satisfecho/a con sus citas?:

*Nada*  *Mucho*

16. Relaciones sexuales:

- Nunca
- Sólo con el cónyuge
- En relaciones amorosas
- En cualquier relación (no necesariamente amorosa)

17. Sentimientos actuales sobre relaciones sexuales pasadas:

*Insatisfacción*  *Satisfacción*

18. ¿Ha alcanzado el orgasmo?:

- Sí  No

19. ¿Ha tenido orgasmos durante el coito?:

- Sí  No

20. ¿Es necesario el orgasmo simultáneo para que su satisfacción y la de su pareja sea completa?:

- Sí  No

21. ¿Cree que es adecuado que el hombre inicie el juego sexual?:

- Sí  No

22. ¿Cree que es adecuado que la mujer inicie el juego sexual?:

- Sí  No

23. ¿Cree que es adecuado que usted inicie el juego sexual?:

Sí  No

24. ¿Cree que es importante el tamaño del pene para su placer sexual?:

Sí  No

25. ¿Piensa que el orgasmo debería ocurrir durante la penetración?:

Sí  No

26. ¿Es aceptable para usted o para su pareja tener orgasmos:

antes de la penetración?:  Sí  No

después de la penetración?:  Sí  No

27. ¿Cuándo alcanza normalmente el orgasmo?:

Durante la penetración

Mediante fantasías y ensoñaciones

Por estimulación de mi pareja

Mediante autoestimulación

Mediante algunos de los métodos anteriores

Por otros métodos

No tengo orgasmos

28. ¿Cuándo alcanza su pareja normalmente el orgasmo?:

Durante la penetración

Mediante fantasías y ensoñaciones

Por estimulación mía

Mediante autoestimulación

Mediante alguno de los métodos anteriores

No tiene orgasmos

29. ¿Tiene su pareja orgasmos cuando tienen relaciones sexuales?:

Nunca  1 2 3 4 5 6 7  Siempre

30. ¿Le satisface la frecuencia de los orgasmos de su pareja?:

Insatisfacción '  1 2 3 4 5 6 7  Satisfacción

31. ¿Le satisface la frecuencia de sus orgasmos?:

Insatisfacción '  1 2 3 4 5 6 7  Satisfacción

32. Si su pareja no alcanza el orgasmo durante la penetración se siente:

Insatisfecho la  1 2 3 4 5 6 7  Satisfecho/a

33. Si usted no alcanza el orgasmo durante la penetración se siente:

Insatisfecho/a  1 2 3 4 5 6 7  Satisfecho/a

34. ¿Desea, a menudo, su pareja tener relaciones sexuales cuando usted no?:  
*Nunca*  1 2 3 4 5 6 7  *Siempre*
35. ¿Desea usted, a menudo, tener relaciones sexuales cuando su pareja no lo desea?:  
*Nunca*  1 2 3 4 5 6 7  *Siempre*
36. Cuando no está excitado/a sexualmente, ¿actúa como si lo estuviera para satisfacer a su pareja?:  
*Nunca*  1 2 3 4 5 6 7  *Siempre*
37. Cuando su pareja no desea el coito, ¿lo realiza, de todas formas, para satisfacerle a usted?:  
*Nunca*  1 2 3 4 5 6 7  *Siempre*
38. ¿Está satisfecho/a con sus relaciones sexuales?:  
 *Sí*  *No*
39. ¿Juegan algún papel en su excitación las fantasías o ensoñaciones sexuales?:  
 *Sí*  *No*
40. ¿Tiene sueños de contenido sexual?:  
 *Sí*  *No*
41. Si los tiene, ¿alcanza el orgasmo en ellos?:  
 *Sí*  *No*
42. ¿Se suele bañar o duchar antes o después de una relación sexual?:  
 *Sí*  *No*
43. ¿Conoce la expresión lavado vaginal?:  
 *Sí*  *No*
44. ¿Cuál es su actitud hacia la higiene genital antes y después del coito u otra actividad sexual?:  
 *Favorable*  *Desfavorable*
45. ¿Se siente a gusto estando sin ropa delante de su pareja?:  
*Nunca*  1 2 3 4 5 6 7  *Siempre*
46. ¿Se siente su pareja a gusto estando sin ropa delante de usted?:  
*Nunca*  1 2 3 4 5 6 7  *Siempre*
47. ¿Cómo se siente usted al ver a su pareja sin ropa?:  
*A disgusto*  1 2 3 4 5 6 7  *Agusto*

48. ¿Piensa que su entorno físico (por ejemplo, la falta de intimidad) es un impedimento para tener una relación sexual satisfactoria?:

Nunca  1 2 3 4 5 6 7  A menudo

49. ¿Puede darse la relación sexual a cualquier hora del día?:

Sí  No

50. ¿Cuál de las situaciones siguientes influyen (aumentando o disminuyendo) en su actividad sexual?:

- Separación
- Situación económica
- Problemas maritales
- Pérdida de interés personal
- Embarazo
- Pérdida de interés por parte de mi pareja
- Salud (suya o de su pareja)
- Falta de intimidad
- Interés hacia otra persona
- Otras (especificar)

51. Después de una relación sexual ¿cuál de los siguientes sentimientos suele tener?:

- Satisfacción
- Preocupación o ansiedad
- Insatisfacción
- Culpabilidad
- Otros (especificar)

52. ¿Piensa que es necesario el orgasmo para sentirse satisfecho/a en su relación sexual?:

Sí  No

53. ¿Tiene relaciones sexuales durante la menstruación?:

Nunca  1 2 3 4 5 6 7  A menudo

54. ¿Qué opina de las relaciones sexuales durante los períodos menstruales?:

No está bien:  1 2 3 4 5 6 7 ~~Está bien~~

55. ¿Tienen usted y su pareja opiniones diferentes sobre alguno de estos aspectos?:

- Cuestiones sexuales
- Religión
- Finanzas
- Actividades de ocio
- Cuidado de los hijos
- Infidelidad

56. ¿Hay mucho desacuerdo entre usted y su pareja sobre algunos de los temas anteriores o sobre algún otro

tema?:

- Sí, sobre
- No

57. ¿Está utilizando alguno de los siguientes métodos anticonceptivos?:

- Preservativo
- Diafragma
- Pildora
- Métodos del ritmo (ogino, temperatura...)
- DIU
- Cremas espermicidas
- Métodos quirúrgicos
- Ningún método

58. ¿Cómo se siente respecto a su método anticonceptivo (o sobre la no utilización de un método si es éste su caso)?:

*Insatisfecho/a* :  1 2 3 4 5 6 7  *Satisfecho/a*

59. ¿Hablan usted y su pareja sobre temas sexuales?:

*Raras veces* :  1 2 3 4 5 6 7  *Normalmente*

60. ¿Ha requerido anteriormente ayuda profesional para problemas relacionados con ajuste sexual?:

- Sí  No

61. ¿Conoce el significado de la expresión masturbación (autoestimulación sexual)?:

- Sí  No

62. ¿Cuál es su opinión sobre la masturbación (autoestimulación sexual)?:

*Antinatural*  2 3 4 5 6 7  *Natural*  
*y no se debe practicar*  *y aceptable*

63. ¿Cuál fue la actitud de sus padres hacia la masturbación?:

*Desfavorable* :  1 2 3 4 5 6 7  *Favorable*

64. ¿Se ha masturbado alguna vez?:

- Sí  No

65. ¿Se ha masturbado para alcanzar el orgasmo?:

- Sí  No

66. ¿Se masturba actualmente?:

- Sí  No

67. ¿Se masturba actualmente para alcanzar el orgasmo?:  
 Sí  No
68. ¿Ha experimentado sentimientos de culpabilidad respecto a la masturbación?:  
 Nunca  1 2 3 4 5 6 7  Siempre
69. ¿Siente atracción sexual por una persona de su mismo sexo?:  
 Nunca  1 2 3 4 5 6 7  A menudo
70. ¿Tiene todos los hijos que planea tener?:  
 Sí  No
71. ¿Cuántos hijos quiere tener?:
72. ¿Cuántos hijos tiene?:
73. ¿Sería un problema para usted el tener más (o menos) hijos de los que quiere?:  
 Sí  No
74. ¿Siente que su pareja es un compañero/a sexual adecuado?:  
 Sí  No
75. ¿Qué aspectos de su vida sexual le gustaría cambiar?:
- Aumentar la frecuencia de la relación
  - Aumentar la habilidad de mi pareja para retrasar el orgasmo
  - Tener aproximadamente los mismos deseos sexuales
  - Variedad (horas del día, posiciones, etc.)
  - Aumentar mi habilidad para alcanzar orgasmos
  - Eliminar temores de embarazo
  - Otros
  - Ninguno
76. Descubrió que es útil para alcanzar una excitación sexual:
- Fantasías
  - Alcohol
  - Libros
  - Drogas
  - Películas
  - Estimulación verbal
  - Fotos
  - Contacto físico
  - Música
  - Perfume
  - Otros (especificar)

77. A continuación presentamos una escala para evaluar el deseo sexual. ¿Dónde cree usted que se situaría?:

*Poco deseo* ← 1 2 3 4 5 6 7 → *Mucho deseo*

78. A continuación le presentamos una escala para evaluar la excitación sexual (sin valorar el orgasmo).

En el pasado, al realizar masturbaciones (autoestimulaciones) ha experimentado:

*Poca excitación* ← 1 2 3 4 5 6 7 → *Mucha excitación*

En el pasado, con un compañero/a ha experimentado:

*Poca excitación* ← 1 2 3 4 5 6 7 → *Mucha excitación*

79. A continuación le presentamos una escala para evaluar el orgasmo.

En el pasado, al llevar a cabo masturbaciones (autoestimulaciones) sus orgasmos han sido de:

*Intensidad mínima* ← 1 2 3 4 5 6 7 → *intensidad máxima*

En el pasado, con un compañero/a sus orgasmos han sido de:

*Intensidad mínima* ← 1 2 3 4 5 6 7 → *Intensidad máxima*

80. Ésta es una escala para evaluar la satisfacción después de la actividad sexual.

En el pasado, al llevar a cabo masturbaciones (autoestimulaciones) ha experimentado posteriormente:

*Poca satisfacción* ← 1 2 3 4 5 6 7 → *Mucha satisfacción*

En el pasado, con un compañero/a ha experimentado después de una relación sexual:

*Poca satisfacción* ← 1 2 3 4 5 6 7 → *Mucha satisfacción*

*Por favor, escriba a continuación cualquier comentario que quiera hacer sobre el tema.*

- 
- El *Inventario de Interacción Sexual* (LoPiccolo y Steger, 1974) recoge información de ambos miembros de la pareja respecto a satisfacción con la frecuencia y rango de actividad sexual, autoaceptación sexual y aceptación del otro en el terreno sexual, grado de placer y exactitud perceptiva del otro. Para ello la pareja, de forma individual, y con relación a 17 actividades valoradas como usuales en una relación sexual, responde a seis preguntas respecto a: *a)* la frecuencia actual, *b)* la frecuencia deseada, *c)* el placer sentido, *d)* el placer percibido en el otro, *e)* el placer que le gustaría sentir y *f)* el placer que le gustaría que sintiera el otro. La posibilidad de manejar información aportada por ambos cónyuges es una de las características distintivas de este instrumento, que proporciona una información rica y muy útil para el clínico.

Los datos obtenidos en población clínica española corroboran su utilidad a la hora de discriminar entre parejas satisfechas e insatisfechas con su relación sexual.

- El *Inventario de Excitación y Ansiedad Sexual* (Hoon *et al.*, 1976; Chambless y Lifshitz, 1984) evalúa la excitación y la ansiedad percibidas en una variedad de situaciones sexuales. Consta de 28 situaciones y para cada una la persona informa del nivel de excitación que varía desde -1 (afecta negativamente a la excitación) hasta 5 (extremadamente excitante), del nivel de ansiedad, con una escala que oscila entre -1 (relajante, calmante) hasta 5 (extremadamente ansiógeno), y del nivel de satisfacción, con la puntuación variando desde -1 (no encuentro satisfacción en esta conducta) hasta 5 (extremadamente satisfecha). Su aplicación en población femenina española permite disponer de referencias estadísticas normativas, mostrándose como un instrumento muy eficaz para evaluar los avances terapéuticos.

Entre los instrumentos que evalúan la relación de pareja en general se pueden destacar:

- El *Inventario de Satisfacción Marital* (Snyder, 1989) que es una escala diseñada para evaluar las actitudes y creencias de cada cónyuge respecto a áreas específicas de su relación marital. La escala contiene 10 subescalas que cubren diferentes dimensiones de la vida familiar y marital: problemática marital en general, comunicación afectiva, comunicación en la resolución de problemas, tiempo juntos, desacuerdos en temas económicos, insatisfacción sexual, orientación de rol, historia familiar, insatisfacción con los hijos y conflicto en el cuidado de los hijos. El instrumento consta de 280 ítems, con un formato de contestación del tipo Verdadero/Falso y proporciona puntuaciones separadas para cada subescala. Este instrumento ha mostrado una gran sensibilidad a la hora de discriminar entre parejas en terapia y grupos control, mostrándose como una herramienta muy eficaz en el trabajo con parejas.
- La *Escala de Ajuste Diádico* (Spanier, 1976) mide la calidad del ajuste en una pareja. Consta de 32 ítems, agrupados en cuatro subescalas, que proporcionan información sobre: consenso, cohesión, expresión de afecto y satisfacción marital. El rango de puntuaciones totales varía de 0 a 151, situándose en 100 la puntuación que separa parejas con una relación satisfactoria de aquellas con una relación conflictiva. Esta escala es muy utilizada tanto en investigaciones sobre las relaciones de pareja como en el ámbito clínico por ser muy fácil de aplicar y sensible al cambio terapéutico.
- El *Cuestionario de Aserción en la Pareja* (Carrasco, 1996) evalúa la frecuencia con que son utilizadas cuatro estrategias diferentes de afrontamiento: asertiva, agresiva, sumisa y agresivo-pasiva, ante situaciones

conflictivas centradas en el ámbito marital. Esta evaluación se lleva a cabo de dos formas, por un lado cada miembro de la pareja se evalúa a sí mismo (Forma A) y por otro evalúa el comportamiento de su pareja (Forma B). Este instrumento consta de 40 ítems, diez ítems por cada una de las subescalas. Para cada elemento se le pide a la persona que indique la frecuencia con la que tiende a comportarse de la forma descrita, mediante una escala de seis puntos que varía de (1) casi nunca, a (6) casi siempre. A través de este cuestionario se obtienen perfiles individuales que reflejan la probabilidad relativa, en tanto por ciento, de conducirse en cada uno de los cuatro estilos. Entre las ventajas de su empleo destaca la identificación de patrones de comunicación no asertivos que influyen negativamente en el ámbito de las relaciones sexuales como son los estilos sumiso y agresivo-pasivo.

Hay una gran variedad de instrumentos diseñados para recabar información sobre distintos aspectos de la sexualidad como, por ejemplo, el conocimiento sexual de la persona, las actitudes respecto al sexo, las fantasías sexuales o el deseo sexual. Entre las recopilaciones actuales más exhaustivas, cabe destacar la de Davis *et al.* (1998), que recoge un gran número de instrumentos diseñados para medir distintos constructos relacionados con la sexualidad, proporcionando información sobre sus propiedades psicométricas junto con reproducciones completas de diversas escalas y cuestionarios.

### 3.5.3. La autoobservación

La utilización de procedimientos de autoobservación, dirigidos a recabar información precisa sobre las conductas sexuales de la pareja, resulta de gran utilidad. A través de este método se puede tener no sólo información con vistas a la evaluación, sino también un seguimiento preciso del proceso terapéutico. Mediante la autoobservación se pide a la pareja que nos informe, por escrito y de manera individualizada, sobre sus relaciones sexuales, cada vez que éstas tengan lugar. En el registro anotarán el tipo de juego sexual que han mantenido, las reacciones que han ido surgiendo, y los pensamientos presentes a la hora de iniciar, mantener y finalizar la relación sexual.

Para las valoraciones subjetivas sobre el nivel experimentado de deseo, excitación y satisfacción se utilizará una escala con un rango de 1 a 10 puntos, añadiéndose al final, mediante frases breves, comentarios positivos y negativos sobre la actividad desarrollada.

### 3.5.4. La evaluación psicofisiológica

Aunque se han desarrollado distintos tipos de instrumentos para medir las reacciones fisiológicas de la respuesta sexual, sin embargo su utilización en el ámbito clínico es poco usual, centrándose su aplicación fundamentalmente en el campo de la investigación. La fotopletismografía vaginal es uno de los métodos más utilizados para medir la

vasocongestión en la respuesta de excitación sexual femenina. Mediante esta técnica, y a través de dos señales como son la amplitud de pulso vaginal y el volumen de sangre vaginal, se detectan los cambios en la cantidad de sangre del tejido vaginal. Los niveles de excitación se han evaluado también utilizando como medida los cambios de temperatura, tanto en la zona de los labios como en la vagina o en el clítoris, a través de termistores. Además, en algunos casos, se ha utilizado como medida de excitación el tono de la musculatura vaginal mediante el perineómetro vaginal de Kegel, aunque no hay datos concluyentes respecto al papel que puede jugar la musculatura vaginal en la respuesta sexual.

Las técnicas de registro psicofisiológico se han mostrado especialmente útiles cuando la mujer cree que no puede llegar a alcanzar ningún grado de excitación, por padecer algún tipo de problema físico. La constatación de la presencia de una señal fisiológica de excitación, aunque no se experimente una sensación subjetiva de la misma, permite a la paciente percibirse capaz de excitarse, lo que fomenta la motivación y la implicación terapéutica. Asimismo, han mostrado su eficacia al ayudar a mujeres, incapaces de fantasear, en la búsqueda de fantasías eróticas que les resulten excitantes.

Por otra parte, la necesidad de una instrumentación costosa que requiere un control muy riguroso y personal altamente cualificado para su puesta en práctica, la imposibilidad de llevar a cabo los registros en el domicilio de los clientes, y el carecer de instrumentación que recoja los registros psicofisiológicos durante la relación sexual, pudiendo aportar información que sirva de criterio para valorar el avance terapéutico, ha hecho que, para la mujer, el uso clínico de la evaluación psicofisiológica sea prácticamente anecdótico.

### 3.5.5. La evaluación médica

Para llevar a cabo esta exploración es conveniente que la mujer acuda a una revisión ginecológica que permita descartar lesiones vaginales, infecciones, tumores u otros trastornos de carácter físico. Este tipo de exploración cobra especial relevancia en los casos de dispareunia y vaginismo, detectándose, en ocasiones, en la evaluación médica problemas como Bartolinitis. Asimismo se recomienda, por ejemplo en disfunciones relacionadas con ausencia de deseo, llevar a cabo un estudio hormonal que permita identificar posibles desequilibrios hormonales o el inicio de la menopausia como elementos determinantes en la disfunción sexual.

La identificación de problemas médicos responsables de la disfunción no siempre va a permitir descartar la necesidad de una terapia sexual, ya que puede ocurrir que el tratamiento médico no erradique el problema físico, siendo necesario que la pareja ajuste su funcionamiento sexual a las limitaciones o dificultades existentes o que, desapareciendo las causas orgánicas, el problema sexual se mantenga afectado por otros factores de carácter relacional o psicológico.

Además de la exploración médica correspondiente, es conveniente indagar acerca de las posibles medicaciones que se estén tomando o si se está consumiendo algún tipo de

sustancia de forma habitual, como por ejemplo alcohol o cualquier otro tipo de drogas.

La revisión de los aspectos orgánicos quedará ultimada mediante la exploración del historial médico reciente de la paciente revisándose las enfermedades padecidas más relevantes, operaciones quirúrgicas y situación de salud actual.

### **3.6. Formulación del problema y diseño de intervención**

Una vez recogida la información el terapeuta se reúne con la pareja, o con la paciente cuando no se ha estado trabajando en pareja, para proporcionar una visión de la disfunción sexual basada en los distintos aspectos evaluados, explicando el papel que han jugado, tanto en la génesis como en el mantenimiento. La formulación del problema de una manera comprensible, breve, y apoyada en los datos reales recogidos de las experiencias vividas por los pacientes, no sólo permitirá un entendimiento de la disfunción sino que, en muchos casos, generará sentimientos de tranquilidad y alivio.

Los pacientes, al buscar una explicación a los problemas experimentados, frecuentemente se ven inmersos en especulaciones que provocan angustia y malestar, y que no les sirven de ayuda para resolver sus dificultades. Frente a esto, la explicación del terapeuta describiendo la naturaleza del problema y recogiendo los aspectos tanto individuales como relacionales que influyen en el mismo permitirá una visión que promueve el cambio y motiva al trabajo en terapia.

En cualquier formulación del problema es importante que el terapeuta recabe información sobre las reacciones que las explicaciones dadas provocan en los pacientes. El abordar de forma clara y directa las posibles discrepancias, desacuerdos, preocupaciones o dudas que pueden haber surgido, permitirá al terapeuta ahondar en aquellos aspectos explicativos, que difieren de las posiciones mantenidas por algunos de los pacientes, proporcionando datos que apoyen sus planteamientos, lo que posibilitará el acuerdo y la colaboración.

La identificación de aquellos factores que están teniendo un papel relevante en el mantenimiento de la disfunción sexual será el punto de partida para la planificación del programa de intervención. El terapeuta expondrá, de forma sucinta, de qué manera se abordará el problema, poniendo un mayor énfasis en resaltar hacia dónde irán dirigidos los cambios en aquellos aspectos que se han considerado factores mantenedores, y especificando con total claridad las estrategias que van a ser utilizadas para lograr dichos cambios.

La explicación de cómo va a ser el proceso terapéutico, el tipo de tareas que se llevan a cabo, y los objetivos a corto y medio plazo que se pretenden alcanzar, fomenta las expectativas positivas de logro, y por consiguiente de participación y colaboración en la terapia, al hacer hincapié en la idea del cambio como algo que puede ser controlado y manejado por los pacientes, con ayuda del terapeuta.

Cuando la pareja que padece una disfunción sexual específica se muestra comprometida con la relación, motivada a colaborar en el proceso, deseosa de poner en práctica formas de interactuar diferentes, tanto sexuales como no sexuales, y no se han

detectado en alguno de los cónyuges problemas psicológicos serios, que hagan recomendable iniciar el proceso con una terapia individual, la terapia sexual será el procedimiento de intervención más adecuado.

En aquellas otras circunstancias en las que la evaluación se ha llevado a cabo con la mujer únicamente conviene descartar tanto problemas de carácter médico o problemas psicológicos severos antes de iniciar una terapia sexual. En el [cuadro 3.4](#) se especifican algunos de los factores que, al ser detectados durante el proceso de evaluación, sirven para descartar la elección de la terapia sexual como estrategia primaria.

---

**Cuadro 3.4. Elementos diagnósticos que contraindican una terapia sexual**

---

– *Factores individuales:*

- Patología orgánica.
- Trastorno psiquiátrico.
- Baja motivación.

– *Factores de relación:*

- Bajo nivel de compromiso con la relación.
- Déficit severo en habilidades de comunicación.
- Alto nivel de hostilidad y resentimiento.

– *Factores situacionales:*

- Relaciones extramaritales actuales.
  - Situaciones de estrés: problemas laborales, enfermedades, defunciones, mudanzas.
  - Embarazo.
- 

*Cuadro resumen*

— *Objetivos de la evaluación: recoger información que posibilite:*

- Definir la naturaleza del problema.
- Formular una explicación tentativa causal.
- Realizar un análisis funcional.
- Diseñar una estrategia de intervención.

— *Áreas de evaluación:*

- *Área orgánica:* revisión del estado físico.
- *Área psicológica:* identificación de posibles trastornos psicológicos.
- *Área sexual:* análisis de la historia sexual y del funcionamiento sexual actual, tanto en pareja

- como individual.
  - *Área de pareja:* evaluación de las distintas áreas de una relación: expresión de afecto, comunicación, resolución de problemas, tiempo libre, reparto de tareas.
- *Técnicas y procedimientos de evaluación:*
- Historia sexual y entrevista clínica.
  - Autoinformes:
    - *Área sexual:*
      - Perfil de Respuesta Sexual (Pion, 1975).
      - Inventario de Funcionamiento Sexual de Derogatis (Derogatis, 1976).
      - Inventario de Interacción Sexual (LoPiccolo y Steger, 1974).
      - Inventario de Excitación y Ansiedad Sexual (Hoon et al., 1976; Chambless y Lifshitz, 1984).
    - *Área de pareja:*
      - Inventario de Satisfacción Marital (Snyder, 1989).
      - Escala de Ajuste Diádico (Spanier, 1976).
      - Cuestionario de Aserción en la Pareja (Carrasco, 1996).
  - Autoobservación.
  - Evaluación psicofisiológica.
  - Evaluación médica.
- *Formulación del problema:* visión de la disfunción sexual basada en los distintos aspectos evaluados, exponiendo cómo ha podido surgir el problema y los factores que lo mantienen, así como las estrategias terapéuticas para abordar el trastorno. *Objetivos:*
- Facilitar el entendimiento de la disfunción y promover una actitud que favorezca el cambio y motive al trabajo en terapia.
  - Posibilitar el acuerdo y la cooperación al favorecer la exteriorización y discusión de discrepancias, dudas o desacuerdos.
  - Estimular la participación y la colaboración al establecer la forma de trabajo y los objetivos a corto y medio plazo que se pretende alcanzar.
  - Fomentar las expectativas de logro al hacer hincapié en la idea de cambio como algo que puede ser controlado y manejado por los pacientes.
- *Criterios diagnósticos y diagnóstico diferencial:*
- *Trastorno por deseo sexual hipoactivo:*
    - Ausencia o baja presencia de fantasías y pensamientos sexuales.
    - Baja o nula apetencia de iniciar una relación sexual.
    - Ausencia de respuesta ante estímulos activadores de deseo.
    - Malestar personal o conflictividad en la relación.
  - Descartar:
    - Trastornos psicológicos.
    - Aversión al sexo.
    - Otras disfunciones sexuales como trastornos primarios.
    - Discrepancia de deseo en la pareja.
  - *Trastorno por aversión al sexo:*
    - Temor y rechazo intenso ante contactos y estímulos de carácter sexual.
    - Resistencia activa ante la situación sexual aversiva.

Descartar:

- Deseo sexual hipoactivo.
- Trastornos psicológicos.
- Vaginismo.

- *Trastorno de la excitación sexual:*

- Ausencia o dificultad para mantener respuestas de lubricación vaginal.
- Carencia de la sensación subjetiva de placer o excitación.

Descartar:

- Otras disfunciones sexuales como trastornos primarios.
- Causas orgánicas: deficiencia de estrógenos, ingesta de medicamentos.

- *Trastorno orgásmico femenino:*

- Ausencia o dificultad para alcanzar el orgasmo.
- Situación de malestar personal.

Descartar:

- Déficit de estimulación.
- Disfunción sexual en la pareja.
- Otras disfunciones sexuales como trastornos primarios.

- *Dispareunia:*

- Presencia de dolor genital relacionado con el coito.

Descartar:

- Vaginismo.
- Causas orgánicas: infecciones vaginales, quistes ováricos, vestibulitis vulvar.

- *Vaginismo:*

- Contracción involuntaria de los músculos del tercio inferior de la vagina, lo que imposibilita el coito.

Descartar:

- Dispareunia
- Causas orgánicas: himen resistente, operaciones quirúrgicas.

### *Exposición de casos clínicos*

La primera fase de un procedimiento terapéutico se inicia recabando información que permita identificar el problema y establecer aquellos factores que han jugado un papel decisivo en el origen y mantenimiento de la disfunción. La devolución de esta información a la pareja les permitirá comprender cómo se han iniciado los problemas y de qué forma los dos miembros de la pareja están contribuyendo en su mantenimiento. Este enfoque potenciará la colaboración e implicación en el proceso de cambio, al especificar con claridad qué aspectos deberían ser modificados, y en qué dirección, para resolver la situación problemática.

- *Evaluación y formulación del problema de ausencia de deseo y excitación sexual*

La evaluación del problema de Esther y Alejandro se realizó durante cinco sesiones, una conjunta y las otras cuatro individuales. En la consulta se muestran distantes, interrumpiéndose frecuentemente para mostrar el

desacuerdo con lo que se está diciendo. Sus comentarios son hostiles y agresivos y es necesario que la terapeuta intervenga frecuentemente para calmar los ánimos. Alejandro responsabiliza a Esther del problema y plantea que se ha volcado en el cuidado del hijo, a costa de la relación. Esther, por su parte, critica a Alejandro su pasividad en sus responsabilidades como padre y se queja de no poder contar con él para atender al niño. Al hablar de la sexualidad ella comenta que no le apetece tener relaciones sexuales con alguien que está de mal humor y sin dirigirle la palabra. Alejandro responde que difícilmente puede ser cariñoso con alguien que le rechaza y que cuando se acerca a ella le trata "como si apestase".

Se entrevistó a Esther y a Alejandro individualmente, en visitas alternas, para recoger información sobre su relación sexual y de pareja. Las entrevistas reflejan sus problemas sexuales actuales. En su situación de conflicto a Esther le es difícil sentir deseos amorosos hacia Alejandro, aunque recuerda que en sus primeros años de convivencia era frecuente que las discusiones acabasen haciendo el amor. Tanto ella como Alejandro mantuvieron relaciones sexuales con otras personas antes de comenzar a salir juntos. Algunas fueron satisfactorias y otras no lo fueron tanto. A ella le costó alcanzar el orgasmo ya que creía que lo tenía que conseguir con el coito. Tuvo sus primeras relaciones sexuales a los 19 años y no fueron agradables. Posteriormente, tras mantener relaciones sexuales esporádicas con un par de chicos, tuvo su primer orgasmo con estimulación oral con una pareja con la que estuvo saliendo unos meses. En sus siguientes relaciones normalmente ha tenido orgasmos con estimulación oral y más raramente con estimulación manual.

Con Alejandro las relaciones han sido satisfactorias desde el principio. Ambos consideran al otro atractivo sexualmente y valoran muchos aspectos de su pareja. Les gustaba su forma de hacer el amor y estaban satisfechos con la frecuencia de sus relaciones sexuales. A partir del nacimiento de su hijo, Esther recuerda que no tenía ganas de hacer el amor pero, si se ponía, podía llegar a excitarse y alcanzar el orgasmo, aunque el proceso le costaba y tardaba mucho en conseguirlo. En las últimas ocasiones que han intentado tener relaciones, ella se sentía tensa y aunque inicialmente le apeteciera, notaba que no respondía a las caricias de Alejandro. Era como si su cuerpo estuviera adormecido, le costaba excitarse. Intentaba concentrarse en las caricias pero se iba poniendo cada vez más nerviosa. En esta situación le desagradaban los juegos o los intentos de estimularla de Alejandro y le pedía que parase. Esto empezó a ocurrir con mayor frecuencia y cada vez le ha sido más difícil responder a los acercamientos de Alejandro.

En la pareja las discusiones se han agudizado con el nacimiento del niño ya que esto ha supuesto una mayor carga de trabajo para Esther, aunque Alejandro colabora en las tareas de cuidado del hijo. Sus intentos para resolver esta situación no han sido satisfactorios y las charlas y discusiones sólo han generado buenos propósitos que luego no han cuajado. Cuando se enfadan suelen estar sin hablarse un tiempo, y luego la convivencia se retoma pero no hablan de ello hasta la siguiente discusión. Antes "los silencios" duraban menos tiempo, ya que los ponían fin haciendo el amor. Ahora Esther no tolera que, estando enfadados, Alejandro se acerque a ella físicamente, lo que prolonga el malestar durante semanas. Entre ellos hay muy poco contacto afectivo ya que es fácil que se confunda con una posible sugerencia de relación sexual y ha provocado malentendidos, que terminaron en altercado.

Una vez analizada la información de las entrevistas, y de los diversos instrumentos sobre sexualidad y sobre la relación en general que tuvieron que completar, se llevó a cabo una sesión con los dos miembros de la pareja en la que se presentó el análisis de su problema, haciendo hincapié en aquellos factores que han determinado su aparición y su mantenimiento. La terapeuta describió el problema sexual identificando un trastorno de deseo sexual hipoactivo junto con un trastorno de excitación. Ambas disfunciones interaccionan ya que el bajo deseo dificulta la obtención de unos niveles de excitación satisfactorios y, por otra parte, la acumulación de experiencias insatisfactorias en las que ha sido imposible conseguir un nivel de excitación adecuado ha repercutido en la inapetencia sexual. Han sido varios los factores que han influido en la aparición del problema, destacándose, entre ellos, la situación de presión sexual que se mantuvo cuando se estaba buscando el embarazo a la que, posteriormente, se añadió la situación de temor y malestar durante el período de gestación, que siguió dificultando la recuperación de unas relaciones sexuales satisfactorias, junto con el puerperio, que suele ir acompañado de una pérdida de deseo sexual. En este estado de cosas, empiezan a tomar protagonismo otro grupo de factores que inciden en el mantenimiento de la disfunción. En primer lugar cabe destacar la situación de conflicto de pareja que empieza a agudizarse, al dejar el problema sexual al descubierto las dificultades en el manejo del conflicto de la pareja. Ya no es posible utilizar las interacciones sexuales como estrategia de reconciliación, y la pareja se muestra incapaz de encontrar una salida a la

situación. El aumento de conflictividad que acompaña al nacimiento del hijo, por el desequilibrio que se genera en el reparto de las cargas familiares, y la no resolución de manera satisfactoria para ambos de estas cuestiones, genera un clima de malestar y distanciamiento. En este clima, cada vez es menos probable que a Esther le apetezca hacer el amor, ya que su resentimiento y hostilidad hacia Alejandro se van incrementando. Además, en aquellas circunstancias en las que estos sentimientos se superan y es posible iniciar un acercamiento sexual, la expectativa de fracaso y la ansiedad ante el propio rendimiento inhibirán la posibilidad de que aparezca la respuesta sexual de excitación, confirmándose los pronósticos iniciales de fracaso. Se va cerrando así un círculo que fortalecerá la disfunción.

### • *Evaluación y formulación del problema de vaginismo*

Teresa y Andrés acuden a consulta tras haber hablado de su problema con un familiar que les orienta en la búsqueda de ayuda psicológica. En la primera consulta, a la que acuden ambos, se muestran cercanos entre sí exponiendo su situación como algo que los dos están sufriendo y que está afectando a su convivencia. La primera sesión se dedicó a recoger una aproximación general al problema sexual y a informarles sobre los siguientes pasos que iban a tener lugar. Se realizaron en total cuatro entrevistas individuales, dos con cada uno, y se completó el estudio con una exploración ginecológica de Teresa llevada a cabo por una ginecóloga, colaboradora habitual del equipo, y especialmente preparada para atender a mujeres que experimentan altos niveles de ansiedad en las revisiones médicas. Las sesiones individuales se tuvieron una vez por semana, alternándose cada miembro de la pareja en las visitas semanales. El examen médico, hasta donde pudo ser realizado, no reveló ningún trastorno físico que justificase las dificultades en la penetración, comprobándose la presencia de una fuerte contracción en los músculos del tercio externo de la vagina que se activaba al anticipar; en el examen médico, inserción vaginal.

En las entrevistas clínicas, de una hora de duración, se recogió información sobre la historia sexual de la pareja, cómo se obtuvo información sobre la sexualidad, las reacciones emocionales que surgieron, las primeras experiencias sexuales y cómo se vivieron. Se analizaron los primeros acercamientos sexuales en la relación actual, cómo surgieron, qué respuestas provocaron y cómo se desarrollaron. La evaluación de las relaciones sexuales actuales se hizo de una manera descriptiva y minuciosa, recabando información sobre quién las inicia y cómo, el tipo de caricias, el lugar y el momento del día en que suelen tenerse y la valoración final de las mismas. Se intentó determinar qué elementos podrían influir en que la experiencia fuese más o menos positiva, en cuanto al lugar momento, tipo de comportamiento o estado anímico personal. Asimismo, en esas sesiones se evaluó el estado psicológico de cada miembro de la pareja y otras áreas de su vida, además de la sexual, como la de pareja o laboral.

La información recogida en las sesiones se completó con los datos obtenidos en una batería de autoinformes que se proporcionó a cada uno, en la primera sesión individual, para que los completasen en su casa y los entregasen en la siguiente sesión. Cuando se entregó el material se explicó detalladamente para poder aclarar cualquier duda o dificultad. Se recordó la importancia, ya comentada, de no compartir las contestaciones y realizar la tarea individualmente. El conjunto de pruebas incluía tres autoinformes centrados en el área sexual y otros tres orientados a analizar aspectos de la relación de pareja.

En la sesión de devolución de la información la terapeuta planteó a Teresa y a Andrés la existencia de un problema de vaginismo que imposibilitaba la penetración. Se resaltó el carácter involuntario del espasmo muscular y cómo su presencia no era percibida por Teresa, que sólo notaba sus consecuencias al sentir el dolor si se intentaba forzar la contracción. Varios factores habrían colaborado en el desarrollo de la disfunción, destacándose, entre ellos, la carga negativa que, por la formación religiosa de Teresa, habría contaminado la sexualidad, lo que impidió la obtención de una buena formación sexual que eliminase temores infundados, y facilitó que se vivieran con ansiedad y malestar cuestiones relacionadas con el cuerpo y el sexo. Las primeras experiencias de penetración, al generar dolor, consolidaron la respuesta de contracción de la musculatura ante los posteriores intentos, al anticipar la experiencia dolorosa cuando se iniciaban las tentativas de coito.

Entre los factores que han contribuido al mantenimiento del trastorno cabría destacar el pobre juego sexual que mantiene la pareja, influido tanto por las inhibiciones que afectan a Teresa, como por el poco

interés que ambos conceden a sus acercamientos sexuales, al considerar el coito como la "relación sexual completa". Como para ellos lo verdaderamente importante es el coito, y dado que éste no es posible, han estado valorando sus pautas de interacción como acercamientos propios de adolescentes, que no representan una relación de adultos, y por lo tanto no las han estimado ni cuidado. Además, el no poner Andrés en práctica el mismo tipo de comportamiento que anteriormente satisfacía a Teresa, y no ser esto hablado entre ellos por la distorsión que el problema crea en sus relaciones y las limitaciones de Teresa, ha hecho que los encuentros sexuales sean cada vez más insatisfactorios y menos gratificantes, especialmente para Teresa, lo que contribuye a la disminución del deseo y la pérdida de excitación. Por otra parte, la ansiedad presente en Teresa durante los contactos sexuales al esperar el momento en que se intente el coito, y que no es contrarrestada por la excitación ni el placer que podría derivarse de la actividad sexual, se dispara con los primeros movimientos que predicen amago de penetración, lo que fortalecerá el espasmo muscular que, a su vez, tendrá como consecuencia la constatación del dolor que se anticipaba, entrando en un círculo cerrado del que es difícil salir

Se resaltaron además aquellos aspectos positivos que se mantienen en su relación de pareja, el compromiso de ambos en la relación, lo que tienen en común, lo que comparten y su motivación para resolver la situación al colaborar ambos en el proceso. Se hizo hincapié en el papel favorecedor que tenía para el éxito terapéutico la actitud que mantenían ambos cónyuges sobre el problema.

### *Preguntas de autoevaluación*

1. Una de las claves diferenciadoras entre un trastorno por aversión al sexo y el deseo sexual hipoactivo es:
  - a) La presencia o ausencia de fantasías sexuales.
  - b) La frecuencia de actividad sexual mantenida.
  - c) El tipo de respuesta emocional que genera la situación sexual.
  - d) La repercusión o no del trastorno en la relación de pareja.
  - e) El deseo sexual hipoactivo es un trastorno de carácter primario, mientras que la aversión sexual es una disfunción secundaria.
  
2. En el proceso de evaluación, y para favorecer una relación terapéutica, conviene:
  - a) Realizar una primera entrevista en la que estén presentes los dos miembros de la pareja.
  - b) Llevar a cabo todas las entrevistas de forma individualizada.
  - c) No tener entrevistas individuales para que no se perciba el problema como algo personal.

- d) Empezar con entrevistas individuales para cerrar el proceso con una entrevista conjunta.
- e) No incorporar al principio al otro miembro de la pareja ya que se puede generar recelo y malestar
3. Entre los elementos diagnósticos que contraindican una terapia sexual se puede señalar:
- a) Conflicto marital.
- b) Menopausia.
- c) Baja motivación personal.
- d) Recelo del cónyuge a participar
- e) Ansiedad ante las relaciones sexuales.
4. En relación a la utilización de las técnicas de registro psicofisiológico en la evaluación de las disfunciones sexuales femeninas se ha constatado que:
- a) Su puesta en práctica es fácil y sencilla.
- b) Son muy utilizadas en el ámbito clínico.
- c) Son muy eficaces para valorar el avance terapéutico.
- d) Son útiles para constatar el nivel de excitación.
- e) Permiten contrastar los cambios fisiológicos que se experimentan durante la relación sexual.
5. Durante el proceso de entrevista es conveniente que:
- a) Se utilicen preguntas de carácter abierto junto con preguntas más concretas y detalladas.
- b) Se aborden en la primera sesión los temas especialmente conflictivos para que no distorsionen el proceso de evaluación.
- c) Se estimule a la pareja a que compartan el proceso, comentando entre ellos las sesiones individuales para reforzar la participación y colaboración.
- d) Se analice la historia sexual para recoger información sobre posibles factores mantenedores de la disfunción.
- e) Las entrevistas conjuntas se centren en explorar cuestiones relacionadas con la situación actual y los datos de la historia sexual, recogiendo en las entrevistas individuales aspectos relacionados con el estado psicológico y físico.
-



## Guía para el terapeuta: pautas de intervención

Frecuentemente, la frontera entre la terapia de pareja y la terapia sexual está poco clara. Los terapeutas que trabajan en terapia de pareja, a menudo, tienen que abordar cuestiones relacionadas con la sexualidad ya que, por el papel que ésta juega en la intimidad y satisfacción de las parejas, se suele ver afectada por los problemas existentes en la relación. De la misma manera, los terapeutas que trabajan en problemas sexuales con los dos miembros de la pareja se encuentran teniendo que ampliar el campo de intervención a cuestiones de relación, ante la resistencia al cambio durante el proceso terapéutico. A pesar de esta ambigüedad, sí se pueden señalar algunos aspectos distintivos que conviene tener en cuenta a la hora de recomendar un tipo u otro de intervención.

Los indicadores fundamentales de una terapia sexual serían: *a)* la presencia de un problema que afecta específicamente a la relación sexual de una pareja; *b)* nivel elevado de satisfacción con la relación en ambos cónyuges, con un buen ajuste marital; *c)* ambos miembros de la pareja tienen habilidad para manejar la vulnerabilidad y la confrontación, que se derivará del trabajo con el terapeuta en el área de la sexualidad.

Todo el proceso de terapia sexual está basado en un trabajo de colaboración y cooperación entre cónyuges, en donde la confianza y alianza entre la pareja son muy importantes a la hora de diseñar el tipo de tareas y juegos que se van a llevar a la práctica. Igualmente se requieren unas habilidades de comunicación que posibiliten un buen entendimiento, de tal manera que ambos se sientan capaces de expresar clara y directamente lo que sienten y desean. En las situaciones de encuentro sexual que se preparan y trabajan, es posible que surjan situaciones en las que se dé prioridad a los deseos de un cónyuge, teniendo un papel secundario los del otro. Pueden aparecer, entonces, sentimientos de malestar, resentimiento, hostilidad o ansiedad que la pareja tendrá que abordar de manera satisfactoria si se quieren obtener progresos en la terapia.

En los casos en los que se detecte una situación grave de rechazo y conflicto entre los cónyuges, incompatible con la actitud de cooperación necesaria para el trabajo directo sobre la sexualidad, o factores individuales que dificulten la participación de uno de los

miembros de la pareja en el proceso, sería contraindicado iniciar una terapia sexual en el contexto de la relación. Si la pareja muestra una situación de alta conflictividad es más recomendable iniciar una terapia de pareja de tal manera que, a través del proceso terapéutico, se puedan ir creando las bases de entendimiento que posibiliten abordar con mejor pronóstico los problemas en la sexualidad. Asimismo, la presencia de intensos sentimientos de ansiedad, malestar, rechazo o baja motivación en uno de los cónyuges puede hacer deseable el abordaje individual de los mismos, antes de iniciar un proceso de terapia conjunto.

#### **4.1. Consideraciones previas**

El objetivo de una terapia sexual, como el de cualquier proceso terapéutico, se orienta al cambio de una situación vivida como insatisfactoria y este proceso de cambio, dentro de un marco teórico cognitivo-conductual, estará en función de los factores identificados en la fase de evaluación. El hecho de que existan procedimientos contrastados que han mostrado su eficacia para abordar trastornos específicos, en modo alguno exime al profesional de ajustar dichos procedimientos a cada paciente, utilizando procedimientos terapéuticos adicionales cuando sea necesario. Una utilización estandarizada y rutinaria de los procedimientos puede desembocar en una situación de fracaso terapéutico, al no tener en cuenta lo específico de cada caso concreto.

En las parejas, el trabajo terapéutico tiene como objetivo modificar el tipo de interacción, por lo que es necesario que ambos miembros alteren su funcionamiento. A lo largo de la intervención se busca desarrollar una dinámica de colaboración en la que se analicen los problemas desde la perspectiva de pareja, y no como una cuestión individual.

Por otra parte, es frecuente que los problemas sexuales que se abordan en el campo de la terapia sexual actual sean trastornos complejos que, difícilmente, serán resueltos en un tiempo breve. Aunque tradicionalmente se suele mencionar la rapidez como una de las características de este tipo de intervención, no conviene crear expectativas poco realistas, que dificultarán el trabajo terapéutico.

##### **4.1.1. Objetivos de la intervención terapéutica**

Las distintas estrategias terapéuticas utilizadas en una terapia sexual proporcionan una variedad de experiencias de aprendizaje dirigidas a:

1. Corregir aquellas creencias erróneas, actitudes negativas e informaciones inadecuadas sobre la sexualidad.
2. Promover la aparición de una respuesta de activación sexual mediante la exposición a estímulos de carácter sexual.
3. Potenciar la desaparición de respuestas de ansiedad asociadas al funcionamiento sexual o a situaciones y acontecimientos vinculados con las

relaciones sexuales.

4. Cuando se trabaja en pareja, fortalecer la relación global de la pareja a través del incremento de los sentimientos de confianza y compromiso y la mejora de las habilidades de comunicación.

#### 4.1.2. Pautas generales de intervención

La terapia sexual, especialmente cuando se desarrolla en el marco de la terapia cognitivo-conductual, combina las sesiones de trabajo en consulta junto con la práctica de tareas específicas, diseñadas para su ejecución en casa. Frecuentemente, al iniciarse la terapia se pide a la pareja que se abstenga de mantener relaciones sexuales, al margen de las asociadas a las instrucciones que reciben del terapeuta. La finalidad de esta instrucción es interrumpir la manera de relacionarse sexualmente que la pareja ha estado manteniendo, no sólo por estar asociada a situaciones de malestar y fracaso, sino porque puede ser uno de los factores mantenedores de los problemas sexuales existentes. Además, esta normativa intenta prevenir la aparición de situaciones en las que la iniciativa de la pareja puede originar vivencias de fracaso al buscar metas que interfieren con el proceso terapéutico, o llevar a cabo actividades contrarias a los objetivos de la terapia.

Habitualmente, en las disfunciones femeninas, la petición del terapeuta de que no se tengan relaciones sexuales suele ser vivida con alivio y bienestar por parte de la mujer, y con prevención y rechazo por parte del varón. Es conveniente que el terapeuta explore con la pareja los sentimientos y dificultades que este veto provoca, debatiendo los beneficios e inconvenientes que el mantenimiento de esta prohibición va a originar. Buscar explícitamente que los pensamientos y sentimientos de rechazo puedan ser abordados, sin censura ni crítica, facilitará que la pareja asuma el seguimiento de instrucciones desde el compromiso y la plena aceptación, de tal manera que, cuando surjan circunstancias en las que haya una mayor probabilidad de que la norma se vulnere, ambos miembros de la pareja colaboren en el cumplimiento de la misma.

Aunque inicialmente la terapia sexual era llevada a cabo por un equipo de terapeutas formado por un varón y una mujer, sin embargo, en la actualidad el proceso terapéutico frecuentemente es dirigido por un solo terapeuta. El trabajo con una pareja requerirá el mantenimiento de un equilibrio entre ambos miembros, evitando que las intervenciones terapéuticas puedan implicar una alianza con uno u otro cónyuge. A menudo los clientes pueden tener la sospecha de que el terapeuta se "alía" con el miembro de la pareja de su mismo sexo, por lo que es necesario controlar, no sólo al inicio del procedimiento sino también durante el mismo, la posible aparición de este tipo de suposición ya que puede actuar de forma negativa en la implicación en la terapia.

Por último conviene indicar que la intervención se centra en potenciar el placer, la cercanía y la satisfacción propia y de la pareja, sin hacer hincapié en el logro de respuestas sexuales concretas como la excitación y el orgasmo. El centrarse en el bienestar de las experiencias, sin especificar lo que se debe o no sentir, aleja a la pareja

del escrutinio y examen, contrarios al placer y a la relajación, y que con tanta frecuencia inhiben un funcionamiento sexual adecuado.

#### 4.1.3. Dificultades más frecuentes en el curso del proceso de intervención

Todo proceso terapéutico implica un cambio. Este proceso de cambio a menudo es vivido por los pacientes como algo costoso y amenazante, lo que en la práctica implica la aparición de dificultades a la hora de seguir el plan de intervención previsto, el incumplimiento en la realización de las tareas programadas o la pasividad en la implicación terapéutica. Entre las dificultades más frecuentes se pueden destacar:

- *Críticas sobre los ejercicios para casa:* a la hora de llevar a cabo las tareas planificadas es frecuente que la pareja manifieste su recelo y aprensión ante situaciones que son nuevas, y en muchos casos amenazantes, exponiendo toda una serie de pegas, dudas y críticas. Puede ocurrir que uno de los miembros de la pareja, o los dos, proteste por la falta de espontaneidad de la planificación, por lo absurdo o ridículo del procedimiento, por la dificultad de ponerlo en práctica, por no saber qué hacer, por lo que puede pasar, o por el formalismo y rigidez de su estructura. Al inicio de la terapia, en los casos en los que la pareja no expone de manera abierta ningún comentario, ni positivo ni negativo, ante las tareas a realizar, se deberá explorar la presencia de estas dudas, haciendo comentarios sobre las dificultades que otras personas han planteado y dejando un espacio para que se susciten los posibles comentarios. El exponer el papel que juega, para la resolución de su problema, la práctica de este tipo de ejercicios, junto con la búsqueda, especialmente por parte de la pareja, de posibles soluciones para superar o abordar las dificultades y el énfasis en resaltar los beneficios de la práctica, potenciará la motivación y ayudará a la pareja a superar su desconfianza y sus dudas.
- *La no realización de las tareas:* en otras ocasiones las parejas acuden a consulta sin haber llevado a cabo las tareas propuestas y desgranando toda una serie de excusas para justificar el no cumplimiento: falta de tiempo, no encontrar el momento adecuado, olvido, nadie tomó la iniciativa de empezar y se pasó el tiempo, cansancio, desgana, enfado o incluso malestares generales difusos que imposibilitaron la práctica. En otros casos la pareja comenta que las primeras experiencias han sido negativas y han generado aburrimiento, malestar, tensión, incomodidad o incluso discusiones, por lo que han dejado de hacerse. Algunas de estas dificultades se soslayan estableciendo inicialmente el terapeuta y la pareja pautas precisas sobre la realización de estos ejercicios, con relación a la hora de su ejecución o quién inicia la actividad. Cuando el incumplimiento es reiterado, y las valoraciones negativas sobre las experiencias mantenidas se repiten, es necesario analizar lo que sucede cuando se están llevando a cabo los ejercicios, explorando no sólo el

tipo de actividades concretas que se están poniendo en práctica, sino también los pensamientos que la actividad genera antes de llevarla a cabo y durante la misma, buscando, con la pareja, posibles soluciones.

- *Pasividad en la implicación terapéutica*: las dificultades en la terapia pueden surgir cuando la pareja, o uno de sus miembros, no se implica en el proceso terapéutico, manteniendo una actitud pasiva, y a la espera de que el terapeuta proporcione las claves que permitan eliminar la disfunción. Esta pasividad se puede ver reflejada en la poca colaboración en la programación de las tareas, pidiendo al terapeuta un guión preciso que recoja todos los elementos necesarios para la práctica: tipo de caricias, contexto, comentarios verbales, luces, sonido o ropa. También se manifiesta esta actitud en la ausencia de participación en el diálogo en las sesiones, contestando con monosílabos o un "no sé" ante preguntas directas y manteniéndose el resto del tiempo callado y en actitud ausente. Cuando, a través de las sesiones, se confirma esta pasividad, el terapeuta deberá potenciar la implicación, reduciendo su papel directivo y dando un mayor protagonismo a la pareja en el diseño y planificación de las actividades, buscando que cada uno se responsabilice en aportar nuevas formas de actuar para conseguir experiencias gratificantes. Inicialmente este tipo de exploraciones se trabajará en la consulta para que la tarea se concrete y se ponga en práctica y no quede en una nebulosa de intenciones. Puede ocurrir que la pasividad esté indicando una situación de miedo al ridículo, o al fracaso, o resentimiento hacia la pareja por lo que, si es pertinaz, es preciso explorar más detenidamente las razones de su mantenimiento para abordar de manera eficaz su manejo, mostrando a la persona su forma de actuar y valorando su repercusión en el proceso.
- *Incumplimiento de la prohibición sobre las relaciones sexuales*: una de las dificultades más frecuentes en el proceso terapéutico es el incumplimiento de la norma que prohíbe mantener relaciones sexuales que no sean las establecidas a través de los ejercicios programados. Este tipo de infracción es más probable que se presente al inicio de la terapia, cuando la pareja reinicia un contacto físico tras un largo tiempo de distanciamiento, o en un momento más avanzado de la misma cuando los logros obtenidos dan pie para buscar acercamientos deseados. En una gran mayoría de casos, el indagar las razones de su forma de actuar, además de volver a explicar el sentido de la normativa, lo perjudicial de su actuación y los problemas que un incumplimiento reiterado puede generar en el progreso de terapia, bastarán para que se supere la dificultad. Hay que tener en cuenta que las mujeres pueden iniciar la relación al sentirse presionadas ante la excitación de sus cónyuges y pensar que el dejarles en ese estado tendrá repercusiones negativas. En otros casos puede experimentar culpabilidad por mantener juegos satisfactorios para ella pero que cree que no lo son tanto para su pareja, sintiéndose obligada a recompensar al otro por su participación. El varón en ocasiones justifica su

actuación por la dificultad del ejercicio, la forma de comportarse de ella o el intentar comprobar los avances. Es importante que ambos cónyuges decidan cómo van a responder cuando uno u otro inicie un acercamiento sexual no permitido, eligiendo formas de actuar no culpabilizadoras que ayudarán a mantener la unión a la pareja, y que servirán para dejar claro el compromiso de ambos con la terapia.

#### 4.1.4. La prevención de recaídas

El mantenimiento de las ganancias obtenidas a lo largo del proceso de intervención es una tarea que requiere una planificación por parte del terapeuta. En ocasiones los beneficios alcanzados al final de la terapia, con la puesta en práctica de nuevas habilidades y el desarrollo por parte de la pareja de otras formas de relacionarse, se pueden ir disipando con el paso del tiempo, si aquellos elementos de los que dependen dejan de realizarse. Las parejas pueden ir abandonando las nuevas destrezas, dejando que las antiguas rutinas se vayan incorporando insidiosamente. Es necesario prever este efecto proporcionando a la pareja recursos y estrategias que posibiliten el mantenimiento a largo plazo de los logros obtenidos. Entre las estrategias que se suelen utilizar destacan:

- *Espaciar progresivamente el tiempo entre sesiones*: al ir consolidándose los logros que la pareja va obteniendo en su relación, a medida que se ponen en práctica, con éxito, las nuevas habilidades, conviene ir distanciando progresivamente los encuentros que se tienen con el terapeuta. De esta forma se potencia la autonomía en la resolución de las dificultades o problemas que puedan surgir, y se propicia el desvanecimiento de la presencia del terapeuta. Cuando las parejas han estado varios meses en consulta, viéndose con el terapeuta una vez a la semana, es frecuente que haya una cierta dinámica de dependencia y que los problemas esperen a ser tratados en las sesiones. Impulsar un funcionamiento autónomo, alargando el tiempo entre sesiones irá aproximando a la pareja a la cotidianidad tras la finalización de la terapia.
- *Establecer expectativas sexuales realistas y positivas*: el mantenimiento de unas relaciones sexuales satisfactorias, y beneficiosas para la relación de pareja en general, requiere una visión de la sexualidad basada en la flexibilidad y la variabilidad. Aceptar que no todos los contactos sexuales tienen que vivirse con la misma intensidad, que las disposiciones físicas varían con la edad, que las necesidades de cada cónyuge difieren o que las formas que puede adoptar un acercamiento sexual son múltiples y que no implican obligatoriamente el coito, alejándose de los estrechos márgenes que marcan los estereotipos sexuales, permitirá que de cada encuentro la pareja recoja los aspectos más positivos y agradables. El proceso de prevención se verá consolidado cuando la pareja sea capaz de asumir, sin quebranto, aquellas experiencias sexuales esporádicas menos satisfactorias y gratificantes.

- *Establecer sesiones de seguimiento:* mantener contacto con el terapeuta en una sesión cada seis meses, durante un año, una vez finalizada la terapia permite a la pareja hacer balance de sus progresos, exponer sus dificultades y comentar la forma de afrontarlas, de tal manera que sea posible corregir posibles funcionamientos inadecuados. Las sesiones de seguimiento ayudan al mantenimiento y generalización de los nuevos aprendizajes motivando a la pareja a seguir desarrollando su sexualidad.
- *Reservar un tiempo para la pareja:* durante el tiempo que dura la intervención la pareja está obligada a prestar atención a aquellos aspectos relacionados con su intimidad, su afecto, intensificando aquellos elementos que generan armonía y bienestar y trabajando con las situaciones que provocan malestar y distanciamiento. Al finalizar la intervención las parejas pueden abandonar esa manera de actuar, al no estar ahora bajo el control estimular de la terapia y no haberse dispuesto el cambio. En las sesiones cada miembro de la pareja hablaba de sus experiencias, de sus dificultades y de sus logros y esto les hacía estar pendientes de uno mismo y del otro. Cuando ya no hay sesiones, conviene que la pareja siga reservando un tiempo para hablar de ellos, llevando a cabo actividades placenteras y agradables que permitan reforzar la unión y proporcionar una base firme, desde la que abordar los conflictos y problemas que toda convivencia genera.
- *Programar periódicamente sesiones de focalización sensorial:* el dejar espacios para volver a contactar con la experiencia placentera de la caricia no demandante, en los que se busca expresamente el dejarse llevar por las sensaciones placenteras de un acercamiento físico en el que se excluye el coito, impedirá que, con el tiempo, se corra el peligro de centrar la sexualidad en la genitalidad. Explorar e impulsar la sensualidad mediante nuevas aproximaciones y experiencias ayudará a la pareja a desarrollar encuentros sexuales confortables y satisfactorios para ambos.

## **4.2. Estructura general del procedimiento de intervención**

Antes de pasar a detallar los componentes básicos de la terapia sexual, y algunos de los procedimientos utilizados para abordar las disfunciones sexuales femeninas, es conveniente comentar la estructura desde la que, actualmente, se suelen abordar los problemas sexuales. En términos generales la terapia sexual se organiza alrededor de tres ejes fundamentales: las sesiones de encuentro con el terapeuta, las tareas o ejercicios para casa y la utilización de material bibliográfico de apoyo.

### **4.2.1. Diseño de las sesiones**

La forma habitual de trabajo en terapia sexual consiste en mantener con la pareja o

la persona reuniones periódicas de una hora de duración. La periodicidad puede variar dependiendo de si se está en el proceso de evaluación o en el de intervención. Durante la evaluación se puede tener más de una sesión por semana con el fin de recoger, lo más rápidamente posible, la información relevante. Para el trabajo terapéutico, el programar las sesiones una vez a la semana permitirá que se disponga de tiempo suficiente para las tareas caseras, a la vez que se facilita el control de las actuaciones, al no dejar que transcurra mucho tiempo sin corregir o analizar las dificultades. A medida que avance la terapia y dependiendo de la consolidación de los logros que se vayan consiguiendo, se recomienda ir ampliando el tiempo entre sesiones, programando una sesión cada quince días.

La programación de un tiempo entre sesiones amplio requerirá la puesta en práctica, por parte de cada persona, de métodos de autoobservación y registro en los que se irán recogiendo comentarios respecto a las experiencias que se van teniendo, especificando en los mismos el tipo de actividades realizadas, los aspectos tanto positivos como negativos que se pueden destacar de cada actividad, y dando una valoración subjetiva del estado emocional experimentado al inicio de la actividad, mientras ésta se estaba desarrollando, y al finalizar. Conviene insistir en la importancia de llevar a cabo este tipo de diarios o registros ya que, en encuentros espaciados con el terapeuta, puede haber dificultad para recordar lo sucedido, resaltándose, especialmente, las experiencias últimas que contaminarán toda la práctica realizada.

Las sesiones se dedicarán a trabajar, de una manera graduada y estructurada, en el proceso de cambio de aquellos factores que están siendo responsables del mantenimiento del problema sexual. A lo largo del proceso, terapeuta y clientes discutirán cuestiones relacionadas con el funcionamiento sexual, se abordarán lagunas o información errónea, se analizarán las creencias inadecuadas que influyen en la disfunción sexual y se programarán ejercicios estructurados dirigidos a cambiar actitudes e incorporar nuevas habilidades orientadas a desarrollar unas relaciones sexuales, y de pareja, mutuamente gratificantes. El terapeuta ayudará a la pareja a identificar, eliminar o reducir los obstáculos responsables de las dificultades y trabas que surgirán en el camino.

El terapeuta planificará el orden del día, revisando en cada sesión las tareas encomendadas, regulando el ritmo del trabajo terapéutico y motivando al cambio mediante la implicación de la pareja en el proceso de aprendizaje, al explicar cada paso en relación con el problema concreto que se está abordando, demandando de cada miembro su visión particular de lo beneficioso y problemático de su puesta en práctica, a la vez que se les pide que propongan soluciones para suavizar o eliminar las posibles dificultades que puedan aparecer. Es conveniente que, de vez en cuando, se dedique una sesión a evaluar los logros alcanzados, a estudiar los problemas que han ido surgiendo y la forma de abordarlos de la pareja, revisando el progreso hecho con relación a los objetivos propuestos. De esta forma se ayuda a la pareja a examinar la lista inicial de problemas y a identificar en qué ha mejorado y qué cambios quedan todavía por hacer.

Aunque frecuentemente a la consulta acudirán los dos miembros de la pareja, se pueden programar puntualmente, en distintos momentos de la terapia, encuentros

individuales con cada cónyuge, en donde se posibilite el proporcionar información que no se comenta en las sesiones conjuntas. Cuando se hacen las citas individuales conviene que el terapeuta deje claro a ambos cónyuges que la información obtenida puede ser abordada posteriormente en las sesiones con la pareja, pero que la no presencia del otro facilitará la comunicación personal. Situaciones de malestar, respuestas emocionales negativas ante determinadas caricias o sensaciones de coacción pueden salir a la luz en estos encuentros y ser tratadas posteriormente.

#### 4.2.2. Las tareas para casa

Una parte importante del trabajo terapéutico tiene lugar en el tiempo entre sesiones, practicándose en casa los procedimientos prescritos en el tratamiento. El desarrollar tareas para realizar fuera de la sesión, potencia la visión de la terapia como un proceso de aprendizaje, donde se profundiza en la idea de autoeficacia como el motor de cambio. Las personas toman conciencia, a través de su práctica, del proceso de cambio controlado por ellos mismos, y de que su logro depende de su implicación y compromiso. Las tareas para casa cumplen tres funciones: *a)* incrementar el bienestar y las habilidades; *b)* provocar el afrontamiento de las respuestas de ansiedad y las inhibiciones, y *c)* abordar la pobreza de recursos. Enfrentarse a las inhibiciones y ansiedades es la vía más adecuada para controlar el problema, y la mejor forma de aprender nuevas destrezas es practicar.

Los ejercicios para casa variarán dependiendo del trabajo que se esté llevando a cabo en las sesiones con el terapeuta. La lectura de un texto, o la visión de un vídeo, pueden servir de arranque para promover una actitud que favorezca el trabajo que será llevado a cabo posteriormente. La programación de acercamientos de carácter erótico y sensual permitirá la toma de conciencia de sensaciones corporales no sexuales, que faciliten disfrutar de los contactos físicos y del placer de las caricias, para ir, de una manera progresiva y escalonada, probando juegos y acercamientos que favorezcan unas relaciones sexuales satisfactorias. Para trabajar cuestiones relacionadas con la comunicación y la resolución de conflictos se establecerán ejercicios básicos que ayuden a la pareja a acercarse uno al otro, a través de conversaciones y charlas que permitan abordar desde temas no polémicos hasta situaciones conflictivas y problemáticas. Se dedicarán algunas de las tareas a desarrollar una mejor comunicación sobre cuestiones sexuales al hablar de los pensamientos, sentimientos y actitudes personales, tanto positivos como negativos, relacionados con diferentes aspectos de la sexualidad. En algunas ocasiones, se diseñarán sesiones en casa para que la mujer tome contacto con su cuerpo y su sexualidad, buscando activar su funcionamiento sexual mediante el uso de fantasías eróticas y la autoestimulación.

Para facilitar la realización correcta de los ejercicios, minimizando la posibilidad de error, es conveniente que el terapeuta, en la sesión, proporcione instrucciones claras y directas, dando pautas que ayuden a la ejecución de las tareas e involucrando en el planteamiento de la actividad a ambos miembros de la pareja. Con vistas a incentivar la

motivación y buscar que la actividad programada se desarrolle de la mejor forma posible, es preciso que se recabe información sobre posibles dificultades o problemas que la pareja prevé que pueden surgir, y planificar distintas estrategias para afrontarlas. Se anima a la pareja a que, si durante las tareas programadas aparecen dificultades, busquen y exploren formas de reducirlas y eliminarlas, de manera que las tareas finalicen de manera positiva. Los problemas que puedan presentarse al poner en práctica los ejercicios se tratarán en las sesiones de terapia, valorando en ese momento la necesidad de reajustar las tareas. Al finalizar cada sesión, es útil que la pareja haga un repaso, de forma sucinta, de los ejercicios a realizar, describiendo sus características fundamentales, tiempo y forma de llevarlos a cabo, para constatar que se ha comprendido la tarea.

Entre los errores más frecuentes que se cometen a la hora de manejar las tareas para casa se pueden destacar:

- *No describir los ejercicios de forma detallada:* a veces el terapeuta, cuando diseña las actividades, da las instrucciones de una forma vaga y poco precisa, lo que dificulta el seguimiento de las mismas y puede generar confusión. Esta forma de actuar se suele deber a que al terapeuta le es embarazoso describir, de manera explícita, formas de estimulación, de acariciar o de ejercitar la comunicación, por el efecto que este tipo de comentarios genera en la pareja. También puede ocurrir que la pareja rechace este tipo de comentarios descriptivos por ser demasiado intrusivos y generar poca espontaneidad. El proporcionar información imprecisa no permite al terapeuta controlar la forma en que las tareas se están llevando a cabo, por lo que si surgen problemas o dificultades es más difícil encontrar las claves responsables e introducir los cambios necesarios.
- *El abandono prematuro de los ejercicios:* en el proceso de terapia es frecuente que las parejas muestren una cierta resistencia o rechazo a llevar a cabo las tareas programadas, acudiendo a la consulta sin haber realizado los ejercicios y con una larga lista de quejas y comentarios negativos. Si el terapeuta refuerza este tipo de comportamiento, dando una atención prioritaria a las quejas, sin tener en cuenta el componente de evitación de los ejercicios que está teniendo lugar, se corre el riesgo de fortalecer el abandono y la no ejecución, trasladando al terapeuta la responsabilidad de buscar los medios para resolver las dificultades y lograr que los encuentros sean agradables y placenteros. El proceso terapéutico deberá promover en la pareja una actitud de compromiso, animando a la búsqueda de soluciones ante los obstáculos, de tal manera que las actividades se asuman con un talante constructivo que facilite su realización.
- *Énfasis en los objetivos a alcanzar:* el hacer hincapié en las metas a conseguir a través de los ejercicios, bien al señalar la excitación como la meta de una estimulación o al establecer como paso siguiente la realización del coito, pone en ocasiones a la pareja en una situación de presión, en la que se siente

obligada a experimentar o alcanzar determinada respuesta sexual, o ejecutar una actividad sexual concreta. Poner énfasis en los objetivos focaliza toda la actividad en la consecución de los mismos, valorándose la experiencia positiva o negativamente dependiendo de este resultado. Este tipo de planteamiento desvirtúa el sentido de las tareas, y afianza una forma de actuar muy común en las parejas con problemas sexuales que implica un constante escrutinio, para ver si la respuesta se está dando o no, ignorando otros componentes importantes. Las tareas buscan promover el bienestar y el placer en interacciones en las que se desarrollan distintos tipos de juegos y caricias, lo que facilitará a su vez la aparición de las respuestas sexuales y el progreso en la puesta en práctica de distintas pautas de interacción.

- *Seguimiento inadecuado de las tareas:* en cada sesión el terapeuta deberá recabar una información precisa y detallada de las actividades que la pareja ha tenido que llevar a cabo en el tiempo entre sesiones. A través de la atención y dedicación que se muestra en las sesiones a analizar lo realizado en casa, se transmite la relevancia que tiene este componente en la terapia y esto repercute, a su vez, en la valoración que dará la pareja a estas actividades y su implicación en las mismas. Una evaluación superficial por parte del terapeuta, que se limita a hacer preguntas generales y comunes, que se conforma con respuestas vagas e imprecisas y que no se detiene en especificar, actividad por actividad, las conductas realizadas por uno y otro miembro de la pareja, cómo se han sentido antes, durante y después de los ejercicios, las dificultades que hayan podido aparecer y las soluciones aportadas a las mismas, reforzará la visión de las tareas como algo secundario en el proceso terapéutico y alentará el no cumplimiento. Además, una información general carecerá de aquellos elementos imprescindibles para la programación de un avance graduado, por lo que pueden incrementarse las situaciones de fracaso y conflicto al planificar actividades que requieren recursos que no están disponibles en el repertorio de la pareja.

#### 4.2.3. Biblioterapia

Actualmente existe numeroso material bibliográfico sobre sexualidad de enorme utilidad en la terapia. La biblioterapia, es decir la utilización de textos, y otros materiales de apoyo, en el proceso terapéutico, puede cubrir diferentes objetivos. Es particularmente útil al principio del proceso para profundizar en el conocimiento de la sexualidad, o cuando se busca modificar creencias o expectativas poco realistas, basadas en estereotipos o en informaciones erróneas. Posteriormente los textos o películas pueden emplearse para proporcionar guías o indicaciones que ayuden a uno o a ambos miembros de la pareja a desarrollar nuevas pautas de juego o interacción, a poner en práctica formas de estimulación más eficaces, a activar la fantasía y la imaginación, y a estimular la comunicación íntima en la pareja. En el [cuadro 4.1](#) se recogen algunos de los

textos, junto con otros materiales bibliográficos, de utilidad en el ámbito clínico.

---

**Cuadro 4.1. Material bibliográfico en terapia sexual**

---

– *Generales:*

- *El libro de la sexualidad* (Ochoa y Vázquez, 1992).
- *Guía de la sexualidad* (Labrador, 1994).
- *Guía práctica de la sexualidad femenina* (Bertomeu, 1996).
- *Mitos y tópicos en la pareja. Normas para disfrutar de la vida sexual* (Matea, 1988).

– *Específicos:*

- *Sexualidad:*
  - *Cómo vencer la pereza sexual* (Costa y López, 1999).
  - *Para alcanzar el orgasmo* (Heiman y LoPiccolo, 1988).
  - *Manual ilustrado de Terapia Sexual* (Kaplan, 1978).
  
- *Relaciones de pareja:*
  - *Reaprender a vivir en pareja* (Cáceres, 1986).
  - *Aprender a vivir en pareja* (Carrasco, 1998).
  - *Siete reglas de oro para vivir en pareja* (Gottman y Silver, 2000).

– *Videos:*

- "Sexo. Placer en la vida" (Sexualidad femenina/Sexualidad masculina/Cómo gozar plenamente del sexo/Armonía sexual en la pareja) (De Graaff, 1999).

– *CD-ROM:*

- Guía del sexo de A. Hooper (Hooper, 1996).
  - Intima. Enciclopedia sexual (Goñi, 1996).
- 

Es importante que el terapeuta conozca el material que proporciona, ya que existen numerosos manuales de autoayuda que enfatizan la profundización en la sexualidad a través del despliegue de variaciones y perfeccionamientos en la ejecución. Los textos idóneos para el trabajo en terapia sexual serán aquellos que: *a)* proporcionen información ajustada partiendo de la normalidad; *b)* creen expectativas razonables; *c)* ayuden a la reducción de estados emocionales negativos como ansiedad, culpa e ira y *d)* faciliten la adquisición de pautas orientadas a establecer una comunicación adecuada y una actividad sexual placentera.

No conviene proporcionar la información de manera global, como una lista de lecturas recomendadas, sin conectar con el trabajo que se está desarrollando en las sesiones. Esto puede incentivar poco la lectura. El trabajo será más fructífero cuando se presenta el material ligado al proceso terapéutico y se proporcionan textos breves que favorezcan el diálogo. Las lecturas o vídeos elegidos deben ser claros y amenos, evitando material excesivamente técnico que no favorece la comprensión y complica la tarea.

Puesto que una de las dificultades mayores a combatir es la escasa motivación para trabajar los textos recomendados, bien por considerarlos innecesarios, por tener poco arraigados los hábitos de lectura, o por desarrollar un tipo de lectura superficial y rápida que no permite asimilar los conceptos, se requiere poner en práctica estrategias que estimulen la lectura reflexiva y creen un clima de interés que permita disfrutar y aprovechar el trabajo con los textos. Para ello, en ocasiones se pedirá únicamente, para ser trabajado en un período de tiempo concreto, capítulos o fragmentos de los textos y se estimulará la atención en la lectura estableciendo determinados guiones o preguntas que se debatirán primero entre la pareja y posteriormente con el terapeuta. En las sesiones se reservará un tiempo para comentar el trabajo realizado, las conclusiones alcanzadas y la utilidad de las mismas dentro del trabajo terapéutico. La elección de las preguntas o comentarios a realizar sobre los materiales proporcionados estará en función de los pacientes. Cuando se busca contrastar información se recogerán en el guión aquellos aspectos que pueden chocar con las expectativas o los planteamientos sobre sexualidad de algunos de los miembros de la pareja o, si se busca ampliar conocimientos, se resaltarán cuestiones novedosas, relacionadas con el funcionamiento de la pareja y que empujen al diálogo. El disponer de un guión, con preguntas a contestar, una vez que el material ha sido visto o leído, promueve una lectura reposada y válida.

### **4.3. Componentes básicos de la intervención terapéutica**

La terapia sexual se compone de distintos tipos de procedimientos que se utilizarán en mayor o menor grado, dependiendo de la disfunción concreta que presenta la pareja así como de los factores identificados como relevantes en el proceso de evaluación. Hay un grupo de procedimientos básicos que, por afrontar aspectos que tienen un papel determinante en la mayoría de las disfunciones sexuales, están presentes en casi todos los procesos terapéuticos orientados a abordar un problema sexual. Este tipo de intervenciones se centran en: la información y educación sexual, la focalización sensorial, el control estimular, el entrenamiento en comunicación y la reestructuración cognitiva.

#### **4.3.1. La información y la educación sexual**

Es frecuente que las parejas con una disfunción sexual presenten un cierto desconocimiento sobre cuestiones relacionadas con la sexualidad humana. Las principales áreas a cubrir incluyen cuestiones sobre anatomía sexual, la respuesta sexual humana, la sexualidad a través del ciclo vital, las dificultades sexuales más frecuentes que se dan en la población general, así como las distintas formas de relacionarse sexualmente y su nivel de frecuencia. El proporcionar datos normativos, obtenidos de estudios llevados a cabo en la población normal, permitirá establecer unos criterios ajustados sobre el funcionamiento sexual de los seres humanos que facilitará una actitud de cambio. Asimismo, este proceso formativo ayudará a corregir mitos o falacias sexuales que

pueden estar influyendo en el problema sexual. El hacer hincapié en un aspecto u otro de la sexualidad dependerá en gran medida de las necesidades y lagunas detectadas, proporcionando siempre información relevante y ajustada, de tal manera que la pareja perciba su importancia y utilidad.

La forma de proporcionar la información y desarrollar la etapa educativa estará en función de las características concretas de las personas con las que se está trabajando, pudiendo llevarse a cabo mediante exposiciones verbales en consulta, materiales de lectura, la visión de vídeos educativos o de CD-ROM. Conviene, tener espacios reservados durante las sesiones para tratar las conclusiones alcanzadas tras el trabajo con el material programado, haciendo un hincapié especial en los puntos en los que el material se relaciona con los problemas que presenta la pareja. La elaboración personal de la información permitirá el cambio de actitud y la disposición para el trabajo terapéutico desde posiciones más fructíferas.

#### 4.3.2. La focalización sensorial

El conjunto de ejercicios que se engloba bajo el nombre de focalización sensorial fue desarrollado por Masters y Johnson (1970) con una triple finalidad, reducir la ansiedad ante el contacto sexual, aprender a dar y a recibir placer sexual e incrementar la comunicación. Los ejercicios se programan siguiendo unas pautas que buscan proporcionar un contexto donde cada miembro de la pareja pueda explorar su sexualidad y la del otro, sin sentirse presionados a responder de una manera determinada (excitación u orgasmo) o a alcanzar un objetivo concreto (el coito). Para ello, en cada paso se establecen unos límites, dentro de los cuales se anima a la pareja a que experimente caricias y acercamientos que provoquen sentimientos placenteros y potencien el bienestar.

Aunque este tipo de procedimiento se suele emplear en cualquier disfunción sexual, existen circunstancias que desaconsejan su utilización inicial. En los casos en los que exista una situación de conflicto y malestar en la pareja que, sin ser muy problemática, provoque una disposición de distanciamiento y frialdad, puede ser más conveniente iniciar la terapia con una estrategia que permita un mayor acercamiento entre los cónyuges, creando un clima que posibilite posteriormente el contacto beneficioso de la focalización sensorial. En el trastorno de aversión al sexo, el contacto físico de los ejercicios de focalización sensorial implicará una experiencia atemorizante y ansiógena que es necesario trabajar previamente. Será preciso utilizar procedimientos de relajación y otras estrategias para reducir la respuesta de ansiedad antes de poder iniciar, en las mejores condiciones posibles, este tipo de ejercicios.

El procedimiento se estructura de forma gradual, ya que se considera necesario reconstruir la relación sexual desde sus inicios, eliminando pautas inadecuadas y expectativas negativas mediante una práctica que asegure el bienestar. Por esto, a la pareja se le pide que se abstenga de realizar el coito y que los contactos sexuales que mantengan se realicen siguiendo la estructura programada en los ejercicios de

focalización, para ir recorriendo paso a paso el campo de la sexualidad, retomando experiencias de carácter fundamentalmente sensual, no-genital, que se suelen abandonar cuando se consolida un tipo de relación sexual prioritariamente genital y orientada a la ejecución.

La duración de las sesiones dependerá de la situación inicial de la pareja, pudiendo al principio diseñarse actividades más breves para ir alargándolas progresivamente, hasta llegar a sesiones de unos 40 minutos, un mínimo de tres veces por semana, en turnos de unos diez minutos cada uno acariciando y dejándose acariciar.

A la hora de decidir quién inicia el primer acercamiento, es conveniente que sea la mujer la que tome la iniciativa de invitar a la realización de las tareas. Esto se debe a que, en las disfunciones sexuales femeninas, es frecuente que la mujer viva los acercamientos del cónyuge con aprensión y malestar, por ser preludeo de situaciones conflictivas o insatisfactorias. Una forma de romper con esta dinámica es que la mujer desarrolle un papel diferente al que ha venido desempeñando, iniciando una actividad que producirá vivencias agradables y generará expectativas positivas. A partir de ese momento se alternará la responsabilidad de iniciar los ejercicios, planteando la siguiente práctica el cónyuge que fue invitado en la anterior.

El primer tipo de ejercicios tendrá como objetivo practicar todo tipo de contacto físico placentero utilizando distintas modalidades de caricias (rozar, besar, lamer, masajear), en cualquier parte del cuerpo, excluyendo los pechos en la mujer y la zona genital de ambos. La pareja, por turnos, se dedicará a acariciar y ser acariciado, centrándose en disfrutar de las sensaciones que se experimentan con las caricias, sin tener como meta la de excitarse o excitar al otro. Se pide a la pareja que, durante los ejercicios, hablen de lo que sienten y que practiquen distintas formas de hacerle llegar al otro lo que se experimenta. Asimismo, es importante comunicar lo que desagrada o molesta, analizando formas más agradables de contacto, de tal manera que la información sirva para reforzar la relación, sin culpabilizar o agredir. La experiencia puede llevarse a cabo estando ambos desnudos, o puede iniciarse con ropa para pasar progresivamente al desnudo. El lugar puede ir aumentando gradualmente en luminosidad, buscando una atmósfera relajante y confortable. La pareja debe huir de la monotonía y el aburrimiento, buscando nuevas formas de llevar a cabo los ejercicios dentro de los límites marcados.

El segundo nivel de focalización amplía la zona de caricias a la zona genital y a los pechos de la mujer. Es importante enfatizar en este punto la idea de ampliación de zona de caricias, y que no se centre el ejercicio en la estimulación de los genitales buscando la excitación. Las instrucciones son las mismas que en el nivel anterior pidiendo a la pareja que explore, desde el bienestar y el confort, sensaciones y caricias en un contexto no demandante. Se insiste en la comunicación de sentimientos y experiencias, recalcando la necesidad de compartir aquello que se vive con más agrado, dando indicaciones sobre posibles formas de acariciar y sobre las caricias que son menos agradables. Se anima a cada miembro a hacerse responsable de su satisfacción y placer, al informar al otro de sus deseos y gustos, lo que implica a su vez centrarse en las propias sensaciones para que

sirvan de guía y referencia. Además, se fomenta que ambos miembros de la pareja se impliquen para conseguir unas relaciones mutuamente satisfactorias, participando activamente, involucrándose emocionalmente, y siendo receptivos a las peticiones y sugerencias. En este punto, y tras unas cuantas sesiones en las que se han desarrollado con profusión las nuevas caricias, sin la búsqueda específica de la respuesta sexual, y a medida que se van incrementando niveles altos de excitación, se pueden finalizar los encuentros sexuales, si la pareja así lo desea, alcanzando el orgasmo.

En un tercer nivel de focalización se amplía el juego, introduciendo gradualmente el coito. Para que la penetración se incorpore a las fases de caricias de manera progresiva, se pide a la pareja que, en un principio, se practique la penetración sin movimiento, iniciando y controlando la mujer la introducción del pene en la vagina. La pareja deberá centrarse en las sensaciones que surgen con la penetración, manteniendo la posición, para posteriormente retirarse y seguir con las caricias. De forma gradual se irán iniciando los movimientos que serán, al principio, lentos, iniciados por la mujer, para pasar luego el turno al varón. En esta etapa se recomienda a la pareja que explore posturas diferentes que les permita experimentar nuevas sensaciones, practicar caricias e incrementar su placer.

#### 4.3.3. El control de estímulos

Cuando se analiza en qué circunstancias mantienen las parejas sus relaciones sexuales se observa que, frecuentemente, los momentos elegidos son aquellos en los que, al finalizar el día, y tras una jornada agotadora, la pareja tiene un momento de descanso y relax. En estas circunstancias, la mujer que suele hacerse cargo, en mayor medida que el varón, de las tareas de la casa suele estar cansada, somnolienta y poco receptiva a llevar a cabo actividades que se viven como otra obligación más.

Es necesario que la pareja busque, para la realización de los ejercicios, un momento del día en que ambos puedan disfrutar de la experiencia, relajados, sin urgencias ni presionados por el horario. Es recomendable reservar con antelación un tiempo para los encuentros, como si fueran citas especiales, lo que requiere, a veces, un debate previo con aquellas parejas que defienden la idea de que la actividad sexual debe surgir como algo espontáneo y no planificado. Los efectos beneficiosos de la programación terapéutica se acrecientan cuando la pareja da prioridad en su cotidianidad a sus encuentros sexuales, reservando, en la medida de lo posible, un tiempo para ellos. Esto implicará, en muchos casos, una planificación diferente de las responsabilidades caseras, reorganizando el funcionamiento de la casa, postergando tareas domésticas y colaborando ambos para que sea posible disfrutar de momentos distendidos, libres de interrupciones, y reservados para su bienestar.

La realización de los ejercicios, bien sean de carácter sensual o erótico o de profundización en la intimidad a través de la comunicación, se llevará a cabo en lugares placenteros y agradables que favorezcan un clima distendido y cálido. Salir a cenar, a bailar o a disfrutar de algún espectáculo, junto con la utilización de música, velas, luces

tenues, y ropa especial y sugerente, son elementos que ayudan a la pareja a contactar uno con el otro en las mejores condiciones posibles.

#### 4.3.4. El entrenamiento en comunicación

Uno de los aspectos más significativos de las relaciones afectivas es lo que se ha venido llamando intimidad y que configura uno de los indicadores de satisfacción de las relaciones de pareja. A lo largo de su vida en común, los cónyuges deben aprender a cooperar, a transigir, a tomar decisiones solidarias; tienen que ser capaces de expresar sus deseos, sus necesidades, sus sentimientos. Impulsar una comunicación efectiva en la pareja es fundamental para obtener resultados satisfactorios en el área sexual. La rutina y las necesidades del día a día favorecen el abandono de momentos íntimos, dedicados a compartir experiencias, sean éstas relevantes o triviales, que fomentan la cercanía y la confianza, por lo que la pareja se desconecta uno del otro. En otras ocasiones, las dificultades o trabas que los comportamientos de uno u otro cónyuge ponen al proceso de charla, para que ésta sea gratificante y placentera, hacen que sean cada vez menores los momentos dedicados a esta actividad. Si a esto se une un manejo inadecuado de conflictos, que dificulta resolver de manera satisfactoria los roces y discrepancias, la pareja frecuentemente convive en un clima de malestar y distanciamiento que hace más problemático el acercamiento sexual.

Es pues necesario que la pareja busque y reserve determinados momentos en los que puedan dedicarse el uno al otro sin interrupciones. Estos ratos pueden ser breves en algunas ocasiones y más largos en otras, pero conviene que tengan asiduidad. La existencia de estos períodos de conversación, en los que no es necesario que se traten temas especialmente relevantes o profundos, sino que se plantean inicialmente como un ponerse al corriente de lo cotidiano, facilitará el abordar temas más personales o conflictivos cuando sea necesario. Estas charlas, en su intrascendencia, permiten, además, el rodaje de aquellas habilidades que cobran una especial importancia cuando la pareja discute asuntos más problemáticos por suponer, por ejemplo, un enfrentamiento entre ambos. En el [cuadro 4.2](#) se recogen aquellas habilidades de comunicación que es conveniente que ambos miembros de la pareja practiquen y desarrollen.

Entre las habilidades que favorecen el diálogo y la comunicación está el desarrollo de una *escucha activa*, en donde el interlocutor atiende a lo que se le está transmitiendo, dando señales, tanto verbales como no verbales, de que se está siguiendo la charla. Esto implica asentir, resumir, preguntar solicitando más información, o solicitar aclaración sobre la que se tiene. Este tipo de habilidad se combina, de manera especial, con un *reparto equitativo del tiempo de habla*, en el que las dos partes dispongan de tiempo para exponer sus posiciones, y que cada uno pueda escuchar relajadamente al otro. Un tercer elemento importante en la comunicación hace referencia al contenido del mensaje, es decir la *manifestación clara, honesta y directa de las opiniones, deseos y sentimientos*. La charla se enriquece cuando se abordan aspectos personales, emitiéndose pareceres y opiniones, que posibilitan un mayor clima de intimidad,

comprensión y amor en la pareja.

---

**Cuadro 4.2. Guía para mejorar la comunicación**

---

- *Aprender a informar*: para que un mensaje sea recibido con la mayor claridad posible y sin interferencias es conveniente seguir las siguientes pautas:
    1. Emitir el mensaje en el momento oportuno.
    2. Emitir mensajes buscando claridad en la exposición.
    3. Expresar de manera directa y honesta opiniones, deseos y sentimientos.
    4. No generalizar.
    5. Sugerir y no exigir.
  
  - *Aprender a escuchar*: escuchar activamente depende de cinco habilidades básicas:
    1. Emitir señales de escucha tanto verbales como no verbales.
    2. Empatizar, ponerse en el lugar del otro, no juzgar intentar comprender el mensaje.
    3. No interrumpir, repartir equitativamente el tiempo de habla.
    4. Solicitar más información.
    5. Ser flexible, no estar a la defensiva, pendiente del contraataque, cuando el mensaje del otro no nos gusta.
- 

A la pareja se le pide que, en primer lugar, busquen temas de conversación no conflictivos que harán que los niveles de comunicación se fortalezcan, para ir, gradualmente, incorporando temas más personales que se viven de manera problemática, y que requieren un clima de cercanía, donde cada cónyuge perciba que es captado y entendido por el otro. La intimidad se consolida cuando cada cónyuge percibe la aceptación del otro de aquellas facetas de las no se siente muy satisfecho. Conviene pues, en este punto, que la pareja, tras dedicar algunos de los tiempos de charla a hablar de cuestiones relacionadas con su vida personal y familiar, aborde en sus conversaciones aspectos relacionados con la sexualidad como sentimientos, pensamientos o actitudes, así como situaciones relacionadas con la iniciación de una actividad sexual no deseada y las distintas formas de indicar el rechazo de la misma. Este tipo de interacción se desarrolla, asimismo, en los ejercicios de focalización sensorial, cuando la pareja expone e indica sus preferencias, lo que es agradable y lo que no lo es, en una revelación directa y clara de sus vivencias durante la actividad.

Además de ejercitar aquellas habilidades que favorecen la comunicación, conviene programar dentro de esta práctica unos ejercicios orientados a facilitar el entendimiento mutuo y la búsqueda de soluciones en aquellas situaciones en las hay discrepancias, desacuerdos y conflictos. Se pedirá a la pareja que haga una lista de temas que les gustaría solucionar, en la que se recojan asuntos con distintos grados de conflictividad. Se comenzará con los problemas más sencillos, para ir avanzando en la lista a medida que se van afianzando las habilidades y que la pareja se siente más segura para abordar aquellas

cuestiones más problemáticas. En el [cuadro 4.3](#) se recoge una guía de los pasos que la pareja debe seguir para manejar las situaciones conflictivas.

---

#### **Cuadro 4.3. Guía para abordar temas conflictivos**

---

*A) Para plantear un problema:*

1. Elija el momento adecuado.
2. Discuta los problemas de uno en uno.
3. Sea específico y breve.
4. Admita responsabilidad en su planteamiento.
5. Evite hacer inferencias sobre motivaciones, actitudes o sentimientos del cónyuge.
6. Exprese sus sentimientos respecto al problema.
7. Evite la utilización de cualquier forma de expresión que implique insulto, acusación, burla o desvalorización.
8. Conteste a los comentarios del cónyuge recogiendo, en primer lugar; lo que el otro ha expuesto antes de exponer su opinión.

*B) Para buscar soluciones:*

1. Generen varias soluciones sin descartar inicialmente ninguna.
  2. Busquen soluciones basadas en el compromiso y la cooperación.
  3. Especifiquen con claridad los acuerdos, enunciándolos en términos claros y descriptivos.
  4. Establezcan estrategias que ayuden a cada uno a recordar la puesta en práctica del acuerdo alcanzado.
- 

Las charlas sobre estos temas deben estructurarse en dos momentos bien diferenciados: el primero centrado en alcanzar una definición clara y específica del problema, y un segundo momento orientado a alcanzar una solución que sea aceptable para ambos miembros de la pareja. En el planteamiento del problema se busca que el miembro de la pareja que expone la queja, o pide el cambio, describa con claridad el funcionamiento actual que le molesta o desagrada, especifique los sentimientos que este tipo de comportamiento le genera, y concrete aquellas situaciones en las que se presenta el problema, con las consecuencias que se generan. En este tipo de exposición se debe evitar el culpabilizar al otro por su funcionamiento, el utilizar expresiones que impliquen ataque verbal, burla o desvalorización, el descargar toda la responsabilidad de la situación en el cónyuge y el emitir juicios de valor que colocan al otro a la defensiva por la carga de autoritarismo y dominancia que de ellos se desprende.

La búsqueda de soluciones se centra en alcanzar un acuerdo que sea satisfactorio para ambos miembros de la pareja, lo que requiere una actitud de compromiso y colaboración. Es conveniente que se busquen diversas soluciones al problema tratado, haciendo hincapié en aquellas estrategias que implican a los dos cónyuges en el cambio. Posteriormente se pasará a estudiar cada posibilidad de forma individual, valorando sus pros y contras, viabilidad y coste de su ejecución. Cuando se están proporcionando

distintas alternativas al problema, es útil concretar la puesta en práctica de forma clara y descriptiva, de tal manera que ambos miembros sepan a lo que se comprometen y lo que asumen cuando se llegue al acuerdo. Para facilitar la ejecución de lo acordado, y potenciar el clima de cooperación y entendimiento, es beneficioso establecer indicadores o señales que sirvan a cada cónyuge de recordatorio del compromiso pactado y faciliten el cumplimiento.

Las sesiones dedicadas a la resolución de problemas pueden tener entre media hora y una hora de duración. Alargar más las sesiones no ayuda al proceso y favorece la dispersión. El tiempo de charla tiene que repartirse entre las dos fases, evitando mezclarlas, por lo que en el planteamiento del problema no se deben aportar soluciones y cuando se están buscando soluciones no conviene ahondar en la explicación del conflicto, recopilando ejemplos o analizando causas posibles.

#### 4.3.5. La reestructuración cognitiva

Los procedimientos de reestructuración cognitiva juegan un papel muy importante en el trabajo terapéutico de las disfunciones sexuales femeninas. El funcionamiento sexual, la implicación en una actividad sexual, y el nivel de satisfacción que de ello se deriva está en gran medida influenciado por los pensamientos y actitudes que se tienen sobre la sexualidad en general, o sobre algún aspecto concreto de ella.

La intervención cognitiva se orientará a identificar aquellas creencias o supuestos sobre la sexualidad que se consideran disfuncionales, al establecer una visión rígida y estereotipada sobre el funcionamiento sexual, y que provocan la aparición de actitudes negativas ante determinadas formas de actuación, limitan la forma de interactuar en una relación sexual y generan malestar al establecer expectativas poco realistas sobre lo que se considera una relación sexual "ideal". Estos prejuicios suelen surgir con fuerza al plantearse los ejercicios de focalización sensorial, mientras que otros son identificados por el terapeuta al analizar las dificultades, inhibiciones y rechazos que surgen a lo largo de las sesiones. Algunas de estas creencias parten de presupuestos erróneos sobre el funcionamiento sexual de los seres humanos basadas en ideas distorsionadas, y fuertemente arraigadas socialmente, que marcan el criterio de "lo bueno y lo malo". En otras ocasiones, estas actitudes negativas provienen de la educación sobre la sexualidad recibida en la infancia, de la formación religiosa, o de alguna experiencia sexual negativa. El terapeuta ayudará a la pareja a identificar sus creencias y actitudes, analizando sus repercusiones, facilitará material de lectura y orientación que proporcione información que refute las posiciones anteriores, impulsará el desarrollo de nuevas actitudes a partir de los nuevos elementos disponibles, y favorecerá la validación de las mismas a través de las nuevas experiencias.

En otras circunstancias, el componente terapéutico cognitivo va orientado a ayudar a algún miembro de la pareja a reconocer el tipo de pensamientos e imágenes negativos que están interfiriendo con la respuesta sexual, bloqueando las sensaciones de bienestar y confort y provocando ansiedad y malestar. Se incluirían aquí los pensamientos

automáticos como *la generalización*, en donde a partir de un hecho aislado se extrae una conclusión general ("Nunca tendré deseo sexual"), *la polarización* mediante la cual se interpreta cualquier cosa de forma extrema, sin término medio ("Si no le deseo es porque no le quiero"), *los pensamientos catastrofistas* que implican una exageración de las consecuencias negativas junto una minusvaloración de las positivas ("Es horrible no poder mantener mi excitación"), y *la personalización*, o tendencia a atribuirse a uno mismo sucesos o acontecimientos sin una evidencia clara que justifique dicha atribución ("Si no le apetece hacer la tarea es porque está enfadado conmigo"). A veces, la persona se centra en aspectos negativos y problemáticos, relacionados con su vida personal (problemas de trabajo, conflictos personales), de pareja (recuerdos de antiguos comentarios del cónyuge, circunstancias desagradables de la relación), o familiar (cuestiones relacionadas con los hijos, problemas financieros) que interferirán con la creación de un clima de encuentro agradable y positivo, generando sentimientos negativos y rechazo.

Para abordar este tipo de procesos cognitivos negativos, el terapeuta ayudará en primer lugar al reconocimiento de los mismos utilizando para ello las experiencias recogidas en la etapa de la evaluación, junto con el análisis periódico de las vivencias de las tareas de focalización. Una vez que la persona ha aprendido a identificar y analizar estos procesos y sus consecuencias, el paso siguiente irá orientado a reducir su presencia. Para ello se establecerá, junto con la persona, el tipo de pensamiento alternativo que conviene poner en marcha, sustituyendo las cogniciones negativas inadecuadas por otras más racionales y positivas.

En los casos en que la distorsión viene dada por la irrupción, durante los juegos de focalización, de pensamientos que distraen la atención, puede servir de ayuda ocupar el pensamiento con imágenes sensoriales, que favorezcan la concentración en las sensaciones que se están experimentando e impidan la dispersión. En estos casos, es conveniente indagar si la persona experimenta algún rechazo a fantasear durante la actividad sexual, por considerarlo inadecuado o incorrecto. La búsqueda de una imagen o fantasía no conflictiva facilitará la ejecución de la tarea y la obtención de los efectos beneficiosos asociados a ella.

#### **4.4. Procedimientos específicos de intervención**

Además de los procedimientos generales anteriormente comentados, la intervención terapéutica en los diferentes tipos de disfunciones sexuales requiere incorporar estrategias específicas, dirigidas a abordar los aspectos característicos propios de cada disfunción.

##### **4.4.1. La intervención en la ausencia de deseo**

El tratamiento en los casos de deseo sexual hipoactivo deberá centrarse en aquellos factores identificados como relevantes en el proceso de evaluación. Puesto que es

frecuente que, en este tipo de problemas, esté presente otro tipo de disfunciones, como por ejemplo dificultades para alcanzar el orgasmo o la excitación, el conjunto de estrategias que se utilizarán estará en función de los elementos problemáticos existentes.

En aquellas situaciones en las que la disfunción tiene un carácter primario la intervención terapéutica se dirige en primer lugar al *incremento de la conciencia sensorial*. Esta estrategia tiene como objetivo que la mujer aprenda a reconocer sus respuestas afectivas, tomando contacto con su cuerpo y su sexualidad, por lo que es conveniente empezar con este procedimiento antes de que pueda iniciarse el trabajo conjunto de la pareja en focalización sensorial. Para trabajar en la concienciación sensorial se requiere, primeramente, enseñar a la mujer a relajarse, para así facilitar un estado de bienestar que potencie la concentración en las sensaciones y favorezca una visión imaginada realista y vivida. En las tareas para casa la mujer deberá dedicar, diariamente, un tiempo a fantasear, estando en una situación relajada y tranquila. Las sesiones de imaginación se entrenan primero en la consulta, describiendo el terapeuta las escenas previamente seleccionadas, una vez relajada la paciente, para continuar la práctica en los ejercicios para casa.

El entrenamiento se iniciará empezando con imágenes de situaciones no sexuales, que formen parte de la actualidad o del pasado de la mujer y que generen sensaciones corporales agradables, como pueden ser escenas en la playa, en la nieve, en el baño, junto a una chimenea, o comiendo su alimento preferido. Mientras está imaginando, la mujer deberá concentrarse en las sensaciones de su cuerpo y en las emociones asociadas. Al finalizar la sesión, el terapeuta evaluará con la cliente el resultado de la práctica, centrándose en las sensaciones percibidas, así como en las dificultades experimentadas. Al comienzo de cada sesión se revisarán las prácticas realizadas en el tiempo entre sesiones, por lo que conviene que la persona lleve un registro de dichas tareas en el que describa las imágenes utilizadas, el tiempo que se ha dedicado a la tarea, la valoración razonada de la misma, si ha surgido algún problema y cómo se ha abordado éste.

Una vez que se ha alcanzado un cierto dominio en generar escenas realistas, y conectar con las emociones y sensaciones asociadas a estas imágenes, se imaginarán escenas que impliquen caricias y acercamientos físicos de carácter sensual para ir progresando hacia acercamientos de carácter sexual. El terapeuta ayudará a la cliente en el diseño de este tipo de escenas, buscando situaciones de contenido erótico del pasado de la paciente, o en pasajes de novelas o escenas de películas que ella recuerde como especialmente románticas. En este punto puede ser útil que la mujer elabore sus propias fantasías, imaginando actividades, encuentros y actuaciones que le resulten excitantes. Asimismo, puede ser recomendable la lectura de textos que recogen relatos eróticos o fantasías sexuales, y que proporcionarán ideas para la elaboración del material erótico personalizado.

Otro punto de intervención prioritario en los problemas de deseo sexual hipoactivo se centra en *el abordaje terapéutico de los problemas de relación*. En parejas en las que hay un reparto desequilibrado de poder, manteniendo el varón una situación de dominancia, el rechazo de la sexualidad puede suponer una forma de reivindicar un

espacio en el que ejercer un cierto control. Esto se hace especialmente patente en aquellas circunstancias en las que, con una situación inicial de discrepancia en los niveles de deseo entre ambos cónyuges, no se ha resuelto de forma satisfactoria para ambos miembros de la pareja, imponiendo el varón sus deseos ante la mujer. Los sentimientos de resentimiento y rechazo que genera una cotidianidad que se vive abusiva y coercitiva, junto con una percepción de incapacidad para lograr que la situación cambie, dificultan la conexión emocional positiva con el otro y bloquean la experiencia de deseo sexual. En estos casos, puede ser más conveniente trabajar inicialmente en la mejora de la relación de pareja, promoviendo interacciones en las que ambos cónyuges colaboren para conseguir una convivencia más agradable y placentera. Este contexto de acercamiento favorecerá el trabajo con la pareja en el análisis de cómo se estructura su relación en cuanto a la toma de decisiones, o la regulación de la vida familiar, y las consecuencias personales y de relación que genera este funcionamiento. La profundización en las habilidades de comunicación y de resolución de problemas será un instrumento útil para promover el cambio hacia unas relaciones más simétricas e igualitarias.

Cuando un problema de deseo sexual hipoactivo se relaciona con unas relaciones sexuales aburridas y monótonas, el foco de la intervención estará dirigido a *desarrollar unas actividades sexuales más interesantes y placenteras*, abandonando los caminos conocidos y rutinarios, y explorando nuevas formas de interacción. En esta situación, los ejercicios de focalización sensorial se orientarán a mejorar las formas de estimulación y de caricias, fomentando la comunicación de aquello que se vive como más excitante, o que se desea experimentar. Se recomienda a la pareja que busque, en la medida de lo posible, distintos escenarios para tener relaciones sexuales, que utilice películas, lecturas o cualquier otro tipo de material erótico que pueda resultarles excitante. Se pide a la pareja que comenten entre ellos la importancia de utilizar prendas de vestir especialmente atractivas, de arreglarse de manera especial, de preparar las citas de una manera particularmente estimulante, con vistas a establecer un clima que favorezca la sensualidad y el despertar de los sentidos.

Otro tipo de procedimiento que se suele desarrollar en la terapia de un deseo sexual hipoactivo se centra en *entrenar a la mujer a ser sexualmente asertiva*, haciendo peticiones, guiando a su cónyuge, exponiendo sus sentimientos de agrado y desagrado, es decir, aprendiendo a asumir la responsabilidad de su respuesta sexual como una forma de desarrollar unas relaciones sexuales mutuamente satisfactorias. Se aconseja a la mujer que tome un papel activo en la interacción, que se involucre en ella, no buscando un rendimiento, sino dejándose llevar por las sensaciones que experimenta su cuerpo al acariciar y ser acariciado, sin un objetivo específico de coito o excitación. El trabajo con las necesidades, deseos y fantasías personales requiere una conexión con el cuerpo, un conocimiento previo de lo propio para que pueda ser transmitido, por lo que, a veces, es preciso iniciar una fase de autoexploración y búsqueda de conocimiento personal, antes de poder desarrollar una comunicación asertiva.

En aquellos casos en los que el problema de deseo está relacionado con otras disfunciones, como vaginismo o trastorno orgásmico, es necesario establecer un

programa terapéutico que aborde de forma específica estos trastornos con vistas a superar con éxito la disfunción.

#### 4.4.2. La intervención en la aversión al sexo

El proceso terapéutico en los problemas de aversión al sexo irá dirigido a abordar los factores responsables del mantenimiento del problema. En algunos casos, el problema surge tras experiencias sexuales traumáticas, como abusos sexuales en la infancia o violaciones. Las mujeres que han sufrido estas experiencias pueden reaccionar con ansiedad y temor ante situaciones que se asemejan a las sufridas anteriormente. La intervención en estos casos puede ajustarse a la realizada en los casos de trastorno de estrés postraumático, abordando con la paciente los recuerdos traumáticos, el reconocimiento de los efectos que el trauma ha provocado, el manejo de los sentimientos de culpa, junto con un entrenamiento en comunicación asertiva.

Para tratar la respuesta de ansiedad, especialmente en aquellos casos en los que la aversión impide todo contacto corporal, una de las estrategias utilizadas es la *desensibilización sistemática*. El empleo de esta técnica requiere elaborar una jerarquía en la que se recojan las distintas situaciones relacionadas con actividades sexuales que desencadenan ansiedad, ordenándolas en orden creciente según la intensidad de la respuesta. Posteriormente, tras entrenar a la paciente en relajación, se comenzará el proceso de desensibilización pidiendo a la persona que imagine, mientras se encuentra relajada, las escenas ansiógenas. Descripciones más precisas y completas de esta técnica están disponibles en numerosos manuales de terapia de conducta. Una vez que se han desensibilizado todas las situaciones recogidas, se puede comenzar con los ejercicios de focalización sensorial, trabajando con ambos miembros de la pareja, aunque en estos casos es recomendable acentuar los aspectos graduales de la actividad, de tal manera que en ningún momento se experimenten niveles de ansiedad elevados.

En aquellas situaciones en las que la aversión sexual puede estar provocada por la presión sexual mantenida por el otro miembro de la pareja, la terapia irá dirigida a abordar los problemas de relación, buscando establecer una situación de convivencia agradable y positiva, en la que se *incremente la presencia de las interacciones positivas y las demostraciones afectivas y se profundice en la comunicación*. En muchas ocasiones será necesario trabajar con determinados planteamientos erróneos o inadecuados sobre la sexualidad, proporcionando material de lectura, abordando las actitudes negativas o poco realistas y fomentando el cambio hacia actitudes más positivas. Una vez alcanzada una cierta situación de cercanía y afectividad entre los cónyuges, que posibilite el inicio de los ejercicios de focalización sensorial, se comenzarán a introducir éstos de forma graduada, siguiendo las pautas recomendadas con anterioridad en relación con el manejo de la ansiedad. Es muy importante en este punto resaltar los aspectos no demandantes de la actividad, y el seguimiento estricto de los pasos, de tal forma que la situación lúdica del juego amoroso pueda desplazar a las antiguas experiencias, y permitir la instalación de sentimientos más placenteros.

Cuando la aversión surge como un trastorno asociado a una situación de dispareunia o de vaginismo, es necesario incorporar procedimientos de intervención dirigidos a tratar específicamente estas disfunciones.

#### 4.4.3. La intervención en los problemas de excitación sexual

Este tipo de trastorno suele estar asociado a problemas de deseo sexual, por lo que los procedimientos de intervención que se utilizan son similares. El programa terapéutico recogerá los componentes básicos de la terapia sexual, en cuanto el trabajo en educación e información sexual, y las actividades de focalización sensorial, para ayudar a la mujer a percibir su respuesta sexual, identificar las diferentes maneras de acariciar y ser acariciado que generan un mayor placer y agrado, y estimular el desarrollo de un papel más activo en la relación. Se abordarán, asimismo, aquellas formas de funcionamiento que obstaculizan la aparición de sensaciones placenteras, como el adoptar la posición de espectadora del desempeño personal, enseñándole a centrar la atención en las sensaciones físicas placenteras que se experimentan, y a combatir aquellos pensamientos que, por su contenido perturbador, le generan estados emocionales negativos.

*La exploración del campo de las fantasías sexuales*, buscando escenas eróticas que activen las respuestas emocionales y físicas, ayudará a la mujer a potenciar su funcionamiento sexual, intensificando y acelerando sus niveles de excitación. Puesto que, para algunas mujeres, el empleo de este tipo de imágenes durante la relación sexual puede plantear problemas, al ser vivido como un engaño o fraude, o como algo inapropiado, es conveniente atender a los posibles celos o temores existentes, haciendo hincapié en los beneficios a la vez que se resalta el carácter inocuo de su utilización. En aquellas circunstancias en las que haya una dificultad para imaginar, se pueden diseñar actividades que mejoren la capacidad de fantasear, comenzando con descripciones precisas y detalladas de escenas cotidianas o muy conocidas, en las que el terapeuta irá pidiendo a la persona que, mientras se imagina estas escenas con los ojos cerrados, le vaya dando detalles de las mismas como olores, sensaciones o sonidos. Una práctica continuada, en la que se irán introduciendo progresivamente imágenes más elaboradas y creativas, facilitará el desarrollo de las habilidades de representar en la imaginación escenas vívidas.

En cuanto al trabajo con la pareja, además de los ejercicios de focalización, se desarrollará una intervención que facilite la comunicación y que promueva la búsqueda de actividades sexuales gratificantes. El proceso se centrará en la *evaluación de las experiencias sexuales reales y las experiencias sexuales ideales* que a cada miembro de la pareja le gustaría tener. En esta evaluación se considerará el grado de complejidad, valorando la forma de iniciar la relación, el tipo de caricias, el comportamiento de cada uno durante la actividad, el lugar en el que tienen lugar los encuentros sexuales o el tiempo que duran, y la rigidez de las interacciones, respecto a la rutina. Además, se analizará el grado de convencionalismo de las interacciones tanto reales como ideales, atendiendo a su aceptación social y la incidencia que esto pueda tener en la pareja, y la

satisfacción en cuanto a la aceptación y bienestar con ambos tipos de interacción (reales e ideales). En este punto, el terapeuta ayuda a la pareja a negociar escenarios comunes, que recojan aquellos aspectos de las interacciones ideales ausentes de la relación actual, reduciendo el grado de discrepancia existente entre la situación actual y la ideal. Se estimulará así la experimentación de nuevas prácticas sexuales, probando nuevas posturas, juegos o caricias que rompan la monotonía y la rutina.

Los problemas de excitación sexual pueden estar relacionados con un déficit de estrógenos producto de un proceso menopáusico por lo que en estos casos puede servir de ayuda incluir, en el proceso de intervención, una terapia hormonal que equilibre los niveles de estrógenos.

#### 4.4.4. La intervención en los problemas de orgasmo

El tratamiento más eficaz para la anorgasmia primaria se centra en *incrementar los niveles de excitación a través de la masturbación y la fantasía erótica*. Puesto que la mayoría de mujeres que nunca han experimentado orgasmos no se masturban, suelen reaccionar con rechazo y malestar cuando se les indica la utilización de esta estrategia. De cara a incrementar su compromiso y aceptación, es necesario abordar, primeramente, las dificultades que generará esta práctica, debatiendo con la mujer los pros y contras de su empleo, las bases de su rechazo y reprobación y los beneficios que se pueden derivar de este entrenamiento. En aquellos casos en los que no se ha dedicado un tiempo suficiente para que la mujer exponga los sentimientos negativos que le genera esta técnica, las dificultades se irán haciendo patentes en la puesta en práctica, con constantes incumplimientos, tiempo de dedicación insuficiente, y aversividad en la ejecución, provocando, en ocasiones, el abandono de la terapia ante la insistencia del terapeuta en su realización. Cuando el empleo de la masturbación es vivido de manera muy conflictiva por una mujer, con una relación de pareja estable, se recomienda optar por trabajar en el contexto de la relación, incorporando los ejercicios dentro de las actividades de focalización sensorial. En otras circunstancias, puede ser necesario llevar a cabo inicialmente un proceso de desensibilización sistemática que elimine la ansiedad, para posteriormente introducir el programa de masturbación.

Existen excelentes textos que ayudan a la mujer a desarrollar un programa de entrenamiento en masturbación y que servirán de apoyo durante la intervención, suministrando material que proporciona información para ayudar a combatir creencias inadecuadas y actitudes negativas, a la vez que facilita pautas y ejercicios que incrementan el conocimiento del propio cuerpo y mejoran las habilidades sexuales personales. El hacer hincapié en un trabajo individual, y no de pareja, se basa en la situación no demandante que se crea en la actividad individual, sintiéndose la mujer más libre para explorar su cuerpo y centrarse en las sensaciones experimentadas, sin sentir la presencia del otro como un elemento controlador que vigila el proceso, o presionada para experimentar determinado tipo de respuestas. Este trabajo personal permitirá un mejor aprendizaje sobre cómo funciona el propio cuerpo, dónde están las zonas más sensibles,

y qué forma de caricias son las más placenteras. Esta información, posteriormente, es compartida con la pareja, a la que se le podrán indicar las preferencias y gustos, de tal manera que los encuentros sexuales se vivan con una mayor armonía y bienestar. En el [cuadro 4.4](#) se recogen los pasos fundamentales de que consta un programa de masturbación.

---

#### **Cuadro 4.4. Guía para un programa de masturbación**

---

- Paso 1. Autoexploración corporal.
  - Paso 2. Autoexploración de la zona genital.
  - Paso 3. Localización de aquellas partes del cuerpo que al ser tocadas producen placer
  - Paso 4. Concentración de la estimulación en las áreas más sensibles.
  - Paso 5. Potenciación de la estimulación incorporando fantasías, lecturas u otros materiales eróticos.
- 

Los primeros pasos tienen como objetivo que la mujer tome contacto con su cuerpo, mirándose desnuda en un espejo, mientras identifica aspectos que le satisfacen y agradan y los que le desagradan. Conviene que la mujer prepare la actividad en un contexto agradable, sin interrupciones desagradables, poniendo por ejemplo una música placentera y con una iluminación suave e indirecta. Para facilitar el inicio del programa puede ser recomendable empezar con un baño relajante, para posteriormente dar paso, de una manera natural y fluida, a la actividad de exploración. La mujer analizará las respuestas emocionales que genera la visión de su cuerpo, para trabajar especialmente en su aceptación y apreciación. Del examen del cuerpo en general se pasará a la exploración de los genitales, tanto visual como táctilmente, examinándolos en detalle, identificando los diferentes órganos externos. Se pide que se centre en las diferentes sensaciones que experimenta al tocar las distintas zonas genitales, a la vez que analiza los sentimientos que surgen al realizar el ejercicio.

Los pasos siguientes se centran en indagar qué zonas del cuerpo son más sensibles a los toques y caricias, tanto en la zona genital como en otros puntos del cuerpo, para posteriormente concentrar la estimulación en aquellas zonas que responden con mayor placer al ser estimuladas. En este punto, se instruye a la mujer en métodos de autoestimulación que incrementarán sus sensaciones, animándola a que explore diferentes maneras de acariciarse y las reacciones de su cuerpo a la estimulación. Para intensificar la respuesta sexual se recomienda la utilización de fantasías eróticas, lecturas, imágenes, películas o cualquier otro tipo de material que incremente su excitación. La representación de la obtención del orgasmo mediante movimientos corporales, jadeos o suspiros facilitará la inmersión en el proceso y combatirá el posible temor de pérdida de

control que está presente en algunas ocasiones. Si no se ha alcanzado en este punto el orgasmo, se aconseja el empleo de vibradores o aparatos de masaje corporal para reforzar la estimulación. Puesto que algunas mujeres se muestran reticentes a emplear este tipo de aparatos, ya que temen que la obtención del orgasmo se haga dependiente de su uso, el terapeuta explicará la utilidad de su empleo, y comentará la posibilidad de alcanzar posteriormente el orgasmo sin necesidad de utilizarlo.

Mientras la mujer está practicando individualmente el programa de masturbación, la pareja llevará a cabo los ejercicios de focalización sensorial, centrándose la actividad en explorar aquellas caricias y estimulaciones que a la mujer le generan mayor placer, compartiendo con el varón los resultados de sus autoexploraciones y dirigiendo a éste sobre cómo acariciar y tocar sus genitales para alcanzar el orgasmo. Cuando la pareja incorpora en el repertorio de juego la penetración, se recomienda mantener la estimulación directa del clítoris para facilitar la obtención del orgasmo durante el coito. Se anima a la pareja a explorar posturas que faciliten la estimulación manual durante la penetración, bien colocándose la mujer encima del hombre, sentándose sobre él a horcajadas, o tumbados ambos sobre un costado, bien cara a cara o con el varón situado a la espalda de la mujer.

Cuando la disfunción orgásmica es secundaria, los ejercicios de focalización sensorial, junto con procedimientos orientados a fortalecer la relación de pareja y la comunicación, serían las estrategias más adecuadas para conseguir unas relaciones sexuales más satisfactorias.

#### 4.4.5. La intervención en los problemas de vaginismo

A la hora de abordar un problema de vaginismo es necesario atender a los factores responsables de la aparición de la disfunción. En aquellos casos en los que el trastorno está asociado a una historia de abusos sexuales o de violación, será necesario trabajar previamente con los aspectos afectivo-cognitivos relacionados con la experiencia traumática, antes de iniciar estrategias de intervención dirigidas a abordar, de manera más específica, las dificultades propias de este trastorno.

Cuando la mujer puede mantener unas relaciones sexuales satisfactorias, siempre que se excluya la penetración, disfrutando con las caricias y juegos hasta alcanzar el orgasmo, la terapia sexual irá encaminada a reducir la respuesta de ansiedad y eliminar el espasmo muscular que bloquea la entrada de la vagina. En el [cuadro 4.5](#) se recogen los pasos a seguir en el tratamiento del vaginismo.

---

#### **Cuadro 4.5. Guía para el tratamiento del vaginismo**

---

##### *A) Individual:*

Paso 1. Entrenamiento en relajación.

- Paso 2. Autoexploración de la zona genital.
- Paso 3. Ejercicios musculares pélvicos.
- Paso 4. Programa de dilatación vaginal progresiva.

*B) Con la pareja:*

- Paso 5. Práctica de ejercicios de dilatación vaginal con la pareja.
  - Paso 6. Práctica de penetración.
- 

El tratamiento del vaginismo se inicia *entrenando a la paciente en relajación*. La enseñanza de una técnica de relajación es especialmente necesaria cuando las situaciones relacionadas con la sexualidad generan altos niveles de ansiedad, y el malestar facilita la aparición de respuestas de escape-evitación que dificultan el seguimiento de las instrucciones. El entrenamiento en relajación muscular ayuda a adquirir con rapidez la respuesta de relajación, y facilita el trabajo posterior al hacer especial hincapié en focalizar la atención en las sensaciones de tensión y distensión experimentadas al contraer y soltar los músculos. Mientras tiene lugar la práctica de la relajación, se dará a la pareja información sobre la anatomía y respuesta sexual, proporcionando lecturas que posibiliten el debate y la charla entre los cónyuges. Posteriormente se animará a la mujer a *explorar su cuerpo*, especialmente su vulva y la entrada vaginal, sirviéndose de un espejo de mano que le permita visualizar con claridad su zona genital. Siguiendo unas pautas similares a las empleadas en el programa de entrenamiento en masturbación, se indicará a la mujer que realice sus ejercicios en un lugar tranquilo, sin interrupciones y buscando un contexto relajante y placentero. Para reducir la ansiedad que puede aparecer al iniciar la actividad, se recomienda a la paciente que, primeramente se relaje, y que luego explore, visual y táctilmente, las distintas partes de sus genitales. Se le indica que analice los sentimientos que surgen en la exploración, tanto positivos como negativos, recomendando repetir el ejercicio hasta que su práctica no genere malestar.

Para potenciar el control de la mujer sobre los músculos que rodean la entrada de la vagina se llevará a cabo, al mismo tiempo, un *entrenamiento para ejercitar los músculos pélvicos*. Para llevar a cabo este entrenamiento se practican los ejercicios musculares de Kegel (Spence, 1991) que se recogen en el [cuadro 4.6](#).

Cuando la mujer tiene dudas sobre cuáles son estos músculos, una forma de enseñar a identificarlos es indicándole que intente cortar la micción cuando orina; estos músculos son los responsables de que esto suceda. Se recomienda que únicamente haga la práctica cortando la micción para identificar los músculos, y que no se continúe practicando los ejercicios mientras se orina ya que esto puede influir en el vaciado de la vejiga y provocar infecciones. En el primer ejercicio se pide a la mujer que contraiga los músculos vaginales y que los mantenga contraídos mientras cuenta hasta tres y luego los suelte y

relaje, respirando normalmente. En el segundo ejercicio contraerá los músculos mientras toma aire, y los empujará hacia fuera cuando expulsa el aire. Hay que procurar no contraer el estómago. El tercer ejercicio se centra en contraer y soltar los músculos con rapidez, respirando normalmente. Por último, en el cuarto ejercicio se empujaran los músculos como si se fuera a expulsar algo de la vagina, procurando respirar normalmente. Este bloque de ejercicios se deberá practicar cuatro veces al día, en sesiones en las que se repite cada ejercicio unas cinco veces (veinte contracciones en total, por sesión). Poco a poco el tono muscular mejorará incrementándose la sensación de control.

---

**Cuadro 4.6. Ejercicios musculares de Kegel**

---

- 1.º Contraer los músculos vaginales, mantenerlos contraídos mientras se cuenta hasta tres y luego soltarlos y relajarlos. Respirar normalmente.
  - 2.º Contraer los músculos mientras se toma aire y empujarlos hacia fuera cuando se expulsa el aire. Procurar no contraer el estómago.
  - 3.º Contraer y soltar los músculos con rapidez, respirando normalmente.
  - 4.º Empujar con los músculos como si se expulsara algo fuera de la vagina. Procurar respirar normalmente.
- 

Tras haber practicado unos días los ejercicios anteriores se pasará al *programa de dilatación vaginal progresiva*. Esta actividad se realizará de manera simultánea a los ejercicios musculares y conectará con el ejercicio de autoexploración, cuando éste se practique sin sentir malestar. Comienza la actividad introduciendo la mujer un dedo en su vagina, o la punta del dedo, estando relajada y facilitando la inserción lubricando el dedo con vaselina. Es importante que se coloque en una posición cómoda, que se relaje y que utilice los ejercicios musculares para sentir la tensión y distensión de la musculatura. Se debe buscar el éxito en la práctica por lo que, si es necesario, se puede comenzar insertando la punta del dedo meñique. Al principio se insertará y se mantendrá quieto. Se retira y, tras hacer una pausa para relajarse, se repite el ejercicio. Si la inserción es fácil, se inserta el dedo en su totalidad y se repite el ejercicio varias veces. Si este nivel se vive con malestar, se practica hasta que se realiza con facilidad, antes de pasar a la inserción total del dedo. El paso siguiente implicará practicar la introducción del dedo y el movimiento repetido de entrada y salida. Posteriormente se pasará a introducir la punta de dos dedos, luego dos dedos enteros y posteriormente se añadirá el movimiento en la introducción. El esquema de trabajo será siempre el mismo insistiendo en la ejecución sin presión, tanteando desde la relajación, y haciendo los ejercicios musculares pélvicos, previamente, para relajar la musculatura. No se pasará de nivel hasta que no se realice el

anterior sin dificultad. Cuando se realice la inserción de los dedos sin dificultades, se recomienda a la mujer que, para ayudar al proceso, se ponga un tampón, tamaño pequeño, y lo lleve durante un período de tiempo relativamente amplio (dos o tres horas).

Para el siguiente paso se introducirá, en el programa, a la pareja. Comenzará, dentro de las sesiones de focalización sensorial, *la práctica de ejercicios de dilatación vaginal con la pareja*. Ahora la mujer se insertará un dedo de su pareja, controlando al principio la actividad al guiar y sostener la mano del otro. A medida que se familiarice con la situación, el control de la inserción se irá traspasando a la pareja, y se irán practicando los ejercicios de inserción con varios dedos, primero sin movimiento y luego moviendo los dedos circularmente y de dentro a fuera.

El último paso supondrá practicar la introducción del pene, empezando con la punta del pene para posteriormente pasar a una penetración mayor. La mujer controlará al principio los movimientos, colocándose a horcajadas encima de su pareja y manteniéndose quieta con el pene introducido para, progresivamente, ir practicando movimientos suaves. Para que la penetración del pene se produzca con facilidad, se aconseja utilizar vaselina estéril. Como último paso se recomienda probar diferentes movimientos y posturas para ganar seguridad y control.

En el trabajo terapéutico con las parejas con problema de vaginismo es recomendable insistir en que el éxito del tratamiento se apoya en un trabajo lento y progresivo. Cuando, por la impaciencia en intentar conseguir resultados con prontitud, se pasa demasiado rápidamente de un paso a otro, o se hacen intentos no programados de penetración, las experiencias de fracaso generan frustración y desánimo, que pueden llevar al abandono de la terapia.

#### 4.4.6. La intervención en los problemas de dispareunia

En los problemas de dispareunia, una vez que se ha descartado una causa física, el tratamiento irá dirigido a reducir la ansiedad y elevar los niveles de excitación. El programa de intervención sigue, en líneas generales, la pauta utilizada para los problemas de vaginismo, adaptando en cada caso los procedimientos al problema de dispareunia. En primer lugar se programan las actividades de focalización sensorial con la pareja, buscando experiencias gratificantes y placenteras relacionadas con el juego sexual. Al mismo tiempo se le pide a la mujer que haga la *práctica de los ejercicios musculares de Kegel*, anteriormente descritos, durante una semana. Cuando la experiencia de dolor se localiza en la entrada de la vagina, se recomienda seguir una pauta de exploración similar a la que se lleva a cabo en el caso del vaginismo, adaptándola a cada caso concreto en cuanto a progresión en las tareas. Se trabajará entonces en la *dilatación vaginal* utilizando en primer lugar los dedos de la paciente, para practicar posteriormente con los de su pareja.

En las actividades de juego, se prestará especial atención a incrementar la respuesta de excitación, buscando caricias y actividades excitantes, insistiendo en la comunicación

entre la pareja para compartir sensaciones y deseos. Cuando se va a llegar a la práctica de la penetración del pene, se mantendrá una pauta parecida a la que se recomienda en los problemas de vaginismo, cuidando que la penetración se realice en las mejores condiciones de lubricación, utilizando una loción para facilitar la entrada, y avanzando en el proceso lentamente para reforzar las experiencias positivas.

Cuando la experiencia de dolor tiene lugar en la zona interior de la vagina se aconsejarán posiciones en las que la penetración no sea profunda, como por ejemplo echados sobre un costado, frente a frente, y realizando movimientos suaves.

#### 4.4.7. Otras aproximaciones terapéuticas

En este último apartado sobre estrategias terapéuticas, se recogen aquellos procedimientos farmacológicos o mecánicos que se han utilizado para tratar algunas de las disfunciones sexuales femeninas. Puesto que la investigación desarrollada en este campo es muy escasa y limitada son pocas las propuestas existentes. El interés por la sexualidad femenina es muy reciente, y esto ha influido muy negativamente en la búsqueda de nuevos métodos para abordar los problemas sexuales de las mujeres.

Dentro del campo de las *terapias farmacológicas* los resultados encontrados hasta la fecha han sido bastante contradictorios, y, actualmente, están en fase de experimentación nuevas alternativas que han mostrado su eficacia cuando se han utilizado para abordar problemas sexuales en los varones. Hay una gran controversia sobre el uso de andrógenos en el tratamiento del deseo sexual hipoactivo en mujeres posmenopáusicas, defendiendo algunos autores su uso cuando se da una pérdida general de deseo y niveles de testosterona anormalmente bajos, mientras que otros autores desestiman su empleo ya que los efectos encontrados en los diferentes estudios llevados a cabo no muestran resultados concluyentes, y los efectos secundarios son numerosos como acné, crecimiento de vello, cambios en la voz, problemas cardiovasculares o su posible relación con el desarrollo de cáncer de mama. La terapia hormonal empleando testosterona sí parece beneficiar claramente a las mujeres con un déficit de andrógenos como resultado de una extirpación de ovarios.

La terapia hormonal sustitutiva, basada en la administración regular de estrógenos, es el tratamiento indicado para las mujeres menopáusicas que experimentan sequedad vaginal, irritación o dolor. Su utilización mejora la elasticidad de los tejidos vaginales, incrementa la sensibilidad en la zona del clítoris y disminuye las molestias en el coito. Para los problemas de irritación y sequedad vaginal puede ser recomendable también el empleo de un gel que se adhiere al tejido de la vagina, hidratando las células y permaneciendo activo hasta que el tejido epitelial se renueva por desescamación. Su aplicación tres veces en semana mantiene el tejido vaginal elástico e hidratado.

Los estudios llevados a cabo sobre el efecto del citrato de sildenafil (Viagra) en la mejora de la respuesta sexual de las mujeres han obtenido, en su gran mayoría, resultados negativos. En las mujeres el consumo del fármaco ha incrementado los dolores de cabeza y el enrojecimiento facial en tasas muy superiores a las experimentadas por los

varones que utilizan este producto, siendo los beneficios en la mujer mínimos o nulos.

Entre los *tratamientos mecánicos* ha aparecido recientemente, aprobado por la F.D.A. (el organismo estadounidense que regula los medicamentos), un instrumento dirigido a mejorar el funcionamiento sexual femenino. Este aparato conocido como EROSCTD (Clitoral Therapy Device), ha sido diseñado para tratar los trastornos de excitación sexual femenina y está recomendado para aquellas mujeres que experimentan una disminución de las sensaciones en la zona del clítoris, menor lubricación y dificultad para alcanzar el orgasmo. El instrumento, que funciona con pilas, consta de una pequeña bomba de vacío que se coloca sobre el clítoris y que, al succionar suavemente la zona, incrementa el flujo sanguíneo favoreciendo la excitación sexual.

#### 4.4.8. Eficacia de la intervención terapéutica en las disfunciones sexuales femeninas

Son muchas las dificultades que surgen a la hora de evaluar la eficacia de los distintos procedimientos de intervención sobre las disfunciones sexuales femeninas. En primer lugar, no existe un acuerdo generalizado respecto a qué se entiende por eficacia y cuál sería entonces el criterio de éxito terapéutico que debería ser aplicado. Para algunos autores, el éxito se centra en el desempeño, es decir niveles de excitación, orgasmos alcanzados o frecuencia de relaciones sexuales mantenidas, mientras que, para otros, las claves a tener en cuenta se centran en el grado de satisfacción, pasión y bienestar psicológico y relacional de dos personas. En segundo lugar, como ya se ha comentado previamente, existen serias dificultades en ajustar los problemas sexuales en una categoría u otra, dada la estrecha relación entre los distintos tipos de problemas. Esta inconsistencia en el diagnóstico complica las investigaciones orientadas a replicar los resultados obtenidos en trabajos previos, al no poder igualar con precisión los grupos respecto al tipo de disfunción que padecen. Por último, los métodos terapéuticos utilizados son muy variados, empleándose una amplia gama de técnicas tanto sexuales como no sexuales, lo que dificulta el análisis comparativo entre distintos estudios.

Las revisiones que se han llevado a cabo en los últimos años sobre el tratamiento de las disfunciones sexuales femeninas (Rosen y Leiblum, 1995; Heiman y Meston, 1997; O'Donohue, Dopke y Swingen, 1997; Segraves y Althof, 1998) han puesto de manifiesto la eficacia de los procedimientos terapéuticos descritos para abordar los problemas sexuales, ya que unos dos tercios de los pacientes se benefician claramente del tratamiento, aunque los resultados varían dependiendo de la edad, el estado de salud o la disfunción concreta que se padezca. Cuando se ha analizado qué factores pronostican el éxito terapéutico, las variables más relevantes han sido la motivación del paciente, su actitud sexual y la calidad de su relación de pareja, junto con la implicación activa en las tareas para casa. Los estudios que han evaluado el mantenimiento a largo plazo de los avances conseguidos al finalizar el tratamiento muestran que muchas parejas permanecen razonablemente satisfechas con su relación tanto a nivel general como sexual, aunque los logros inmediatos alcanzados en la terapia se hayan reducido ligeramente.

Cuando se estudian los logros en los distintos trastornos se puede observar que, en

los problemas de deseo sexual hipoactivo, entre el 50 y el 70% de las pacientes tratadas alcanzan una cierta mejoría al finalizar el tratamiento, aunque se ha detectado que tras finalizar la terapia se produce, con cierta frecuencia, una pérdida de los resultados obtenidos. En este tipo de disfunciones se recomienda programar cuidadosamente la finalización del proceso terapéutico, afianzando las habilidades y trabajando muy detalladamente el mantenimiento del cambio. Respecto al trastorno de aversión al sexo los resultados han sido más prometedores, alrededor del 80% de las intervenciones alcanzan resultados positivos, cuando no existe otra disfunción sexual junto con el problema de aversión.

Los resultados sobre la eficacia del tratamiento en los problemas de anorgasmia difieren dependiendo de las características del trastorno. Cuando la anorgasmia es de carácter primario la tasa de éxito terapéutico se sitúa entre el 70 y 90%. Si se analiza el mantenimiento de los logros terapéuticos se ha comprobado que, a medida que pasa el tiempo, la mujer adquiere una mayor facilidad para alcanzar el orgasmo tanto en la situación de autoestimulación como en las relaciones sexuales con su pareja. Estos resultados se explican por el reforzamiento de una práctica con resultados satisfactorios, que a su vez provoca la disminución de comportamientos inhibitorios, lo que facilita la exploración y desarrollo de comportamientos que generan placer y excitación. En los casos en que la disfunción aparece tras un período de funcionamiento normal, las tasas de éxito son menos favorables. Una posible explicación a esta diferencia de resultados, entre los dos tipos de anorgasmia, podría encontrarse en los factores mantenedores del problema. Si en los casos de disfunción orgásmica primaria el mantenimiento del problema está relacionado con un déficit en la habilidad para conseguir el orgasmo, aquellos procedimientos de intervención que proporcionan estrategias puntuales para adquirir destrezas tendrán una gran probabilidad de obtener resultados satisfactorios. Sin embargo, la disfunción orgásmica secundaria suele estar más relacionada con problemas emocionales o de relación, por lo que se requieren intervenciones más complejas, que integren estrategias tanto de carácter sexual como no sexual.

La intervención en los casos de vaginismo, centrada en la información sexual, la dilatación progresiva y el desarrollo de encuentros sexuales relajados y placenteros, se ha mostrado altamente eficaz. Alrededor del 80% de las mujeres tratadas han podido tener relaciones coitales placenteras, y los resultados se mantenían al año de haber finalizado la terapia. Cuando se analiza la terapia sexual en la dispareunia, los resultados no son tan concluyentes aunque todos los estudios apuntan a la necesidad de introducir terapia sexual, aun en los casos en los que el trastorno tiene una causa orgánica. Aunque los síntomas físicos pueden abordarse mediante una intervención farmacológica o quirúrgica, la terapia sexual ha sido necesaria para desarrollar unas relaciones sexuales satisfactorias. Aquellas mujeres que han padecido durante un largo período de tiempo dolor en sus intentos de mantener una actividad sexual, suelen desarrollar un estado de ansiedad condicionada y una falta de excitación que requerirá tratamiento en la mayoría de los casos.

No existen estudios sobre el tratamiento del trastorno de excitación sexual

aisladamente, ya que suele presentarse junto con problemas de deseo sexual o de anorgasmia, por lo que a la hora de establecer datos sobre la eficacia de la intervención en este tipo de trastorno hay que tomar como referencia los datos para las disfunciones asociadas.

### Cuadro resumen

#### — Estructura general del procedimiento de intervención:

- *Sesiones de terapia:*
  - Una hora de duración.
  - Periodicidad inicial semanal, posteriormente quincenal.
- *Tareas para casa:*
  - Actividades a realizar entre sesiones en la intimidad del hogar
  - Permiten enfrentarse a las inhibiciones y ansiedades y practicar nuevas destrezas.
  - Contenidos sexuales y no sexuales.
- *Biblioterapia:*
  - Utilización de textos o vídeos.
  - Emplear textos claros y amenos.
  - Combinar lecturas breves con preguntas relevantes.

#### — Componentes básicos de la intervención terapéutica:

- *Educación sexual:*
  - Proporcionar información adecuada y precisa sobre la sexualidad.
  - Establecer unos criterios ajustados sobre el funcionamiento sexual de los seres humanos.
  - Corregir mitos o falacias sexuales.
- *Focalización sensorial:*
  - Actividad orientada a reducir la ansiedad, aprender a dar y a recibir placer sexual e incrementar la comunicación.
  - El primer tipo de ejercicios se centrará en practicar todo tipo de contacto físico placentero, excluyendo los pechos en la mujer y la zona genital de ambos.
  - El segundo nivel de focalización amplía la zona de caricias a la zona genital y a los pechos de la mujer.
  - En un tercer nivel de focalización se amplía el juego introduciendo gradualmente el coito.
- *Control de estímulos:*

- Búsqueda de situaciones y planificación de circunstancias que favorezcan la ejecución de ejercicios y encuentros sexuales.
- *Entrenamiento en comunicación:*
  - Práctica de las habilidades de comunicación que favorecen el diálogo y el entendimiento.
  - Contenidos inicialmente no conflictivos para ir progresando hacia cuestiones más problemáticas.
  - Temas relacionados con la sexualidad, la vida familiar; los sentimientos.
- *Reestructuración cognitiva:*
  - Identificar creencias o supuestos sobre la sexualidad que se consideran disfuncionales.
  - Reconocer pensamientos e imágenes negativos que están interfiriendo con la respuesta sexual.

— *Procedimientos específicos de intervención:*

- *Intervención en la ausencia de deseo:*
  - Incremento de la conciencia sensorial.
  - Abordaje terapéutico de los problemas de relación.
  - Desarrollo de actividades sexuales más interesantes y placenteras.
  - Entrenamiento en comunicación asertiva.
- *intervención en la aversión al sexo:*
  - Desensibilización sistemática.
  - Abordaje terapéutico de los problemas de relación.
- *Intervención en los problemas de excitación sexual:*
  - Exploración de las fantasías sexuales.
  - Evaluación de cada cónyuge de sus experiencias sexuales reales y las experiencias sexuales ideales.
- *Intervención en los problemas de orgasmo:*
  - Programa de masturbación.
  - Exploración de las fantasías sexuales.
- *Intervención en los problemas de vaginismo:*
  - Entrenamiento en relajación.
  - Autoexploración de la zona genital.
  - Entrenamiento para ejercitar los músculos pélvicos.
  - Programa de dilatación vaginal progresiva.
  - *Intervención en los problemas de dispareunia:*
    - Entrenamiento en relajación.
    - Autoexploración de la zona genital.

- Entrenamiento para ejercitar los músculos pélvicos.
- Programa de dilatación vaginal progresiva.

### *Exposición de casos clínicos*

En el trabajo terapéutico la pareja va poniendo en práctica nuevas formas de actuación, a la vez que abandona aquellas pautas que generan malestar y que han jugado un papel importante en la consolidación del problema. Este aprendizaje, en la gran mayoría de ocasiones, será complejo, siendo difícil para la pareja renunciar a antiguos hábitos que han sido eficaces en el pasado, a la vez que se van adquiriendo, entre errores y aciertos, otros recursos que, se presume, permitirán alcanzar los logros deseados. El terapeuta ayudará a la pareja a recorrer este camino, facilitando las nuevas adquisiciones a través de un aprendizaje graduado en el que se impulse la motivación a través del logro de pequeños avances que servirán de indicadores del objetivo final.

En el primer caso se recoge una forma de trabajo bastante habitual en los problemas sexuales, al incluir estrategias de terapia de pareja junto con los procedimientos específicos de la terapia sexual. La situación de conflictividad de la relación requiere una atención específica, ya que interfiere en gran medida en el desempeño sexual. En el segundo caso, existiendo igualmente malestar en la relación, el abordaje terapéutico del problema sexual permitirá que los problemas de pareja se diluyan, recuperándose el bienestar en la convivencia.

- *Tratamiento de un problema de ausencia de deseo y excitación sexual*

La terapia en el caso de Esther y Alejandro tuvo como objetivos: en primer lugar mejorar la relación general de pareja, de tal manera que fuera posible establecer un clima afectivo que favoreciese el trabajo en la sexualidad; en segundo lugar impulsar la sexualidad de Esther, activando su deseo mediante la estimulación de fantasías y ensoñaciones de contenido sexual; por último mejorar la interacción sexual promoviendo el desarrollo de encuentros placenteros y gratificantes. En total se tuvieron 30 sesiones, seis con Esther y el resto con ambos. En el primer mes se mantuvieron dos sesiones a la semana una individual y la otra en pareja. En el segundo mes, los contactos individuales se mantuvieron cada quince días manteniendo la pareja las visitas semanales. Los encuentros siguieron efectuándose una vez por semana durante tres meses más, siendo posteriormente quincenales. La pareja estuvo de acuerdo en abstenerse en mantener relaciones sexuales, al margen de las recomendadas en la terapia, encontrando lógica la petición ya que ambos estaban bastante insatisfechos al respecto. Al proponer la terapeuta iniciar la terapia con el trabajo en las cuestiones generales que afectaban a la pareja, para introducir posteriormente las cuestiones sexuales, hubo un pequeño debate ya que Alejandro no estaba muy convencido de esta programación, sugiriendo la posibilidad de trabajar las cuestiones de sexualidad y de pareja a la vez. Ante las protestas airadas de Esther, la terapeuta razonó su propuesta partiendo de la situación actual de distanciamiento que existía entre ambos, y la dificultad para Esther de mostrarse receptiva y cercana en ese clima. Se especificó que este aplazamiento inicial no se esperaba que se alargase más allá de tres meses, si el trabajo de la pareja progresaba adecuadamente, lo que facilitó el acuerdo de Alejandro.

El trabajo con la pareja se inició potenciando los intercambios positivos y reforzantes entre ellos, mediante pequeñas acciones que no fueran costosas de hacer y sí gratas de recibir. La elección de esos pequeños comportamientos, y cómo los valoraba cada uno cuando los recibía, sirvió de base para empezar a trabajar en cuestiones de comunicación. Se les proporcionó un pequeño guión que recogía aquellos aspectos favorecedores del entendimiento mutuo y del diálogo, fomentando su seguimiento mientras se programaban las tareas para casa. En el tiempo entre sesiones, la pareja ponía en práctica las actividades de las que se había hablado en la sesión, prestando atención especial a aquellas cosas que hacían su convivencia más

agradable, a la vez que reservaba momentos en la semana para dialogar sobre distintos temas, previamente elegidos. Los inicios del proceso fueron costosos ya que ambos cónyuges se mostraban recelosos y a la defensiva, lo que influía en la realización de las tareas y en reproches mutuos sobre la falta de compromiso. A partir de la tercera sesión, el trabajo de la pareja empezó a dar sus frutos y Esther y Alejandro comenzaron a disfrutar de períodos, al principio breves y poco a poco cada vez más largos, libres de tensiones, y de una vida en común menos problemática y más armoniosa. El entrenamiento en el manejo de conflictos y el desarrollo de habilidades de resolución de problemas fue uno de los temas fundamentales para el establecimiento de una relación de pareja más gratificante.

Junto con el trabajo de la pareja, se mantuvieron entrevistas individuales con Esther para activar su deseo sexual. Previamente, en la primera sesión que se mantuvo con Esther y Alejandro, se había hablado sobre la conveniencia de reservar en el día un tiempo para que Esther pudiera dedicarlo a las tareas individuales que se programaban, implicando a la pareja en la búsqueda de ese espacio. El acuerdo alcanzado incluía el asumir Alejandro tareas que venía realizando Esther, por lo que ésta podía disponer de un tiempo para trabajar en cuestiones de sexualidad, lo que satisfacía a ambos. Se enseñó a Esther a relajarse para potenciar su imaginación y favorecer la concentración en las sensaciones, y se confeccionó un listado de situaciones que le parecían eróticas. En primer lugar se recurrió a recuerdos medianamente excitantes de relaciones con otras parejas y con Alejandro. Se le pedía que evocase estas escenas de la manera más precisa posible, deteniéndose en los detalles y concentrándose en el tipo de sensaciones que generaban estos recuerdos, para describírselos posteriormente cuando estaba relajada. El procedimiento continuó incorporando, progresivamente, escenas con una mayor carga sexual. Por último se proporcionó a Esther lecturas que recogían distintos tipos de fantasías, y se le pidió que escogiera entre ellas la que le atrajese más, para recrearla posteriormente. En esta última parte de la tarea, el trabajo ya no se realizaba previamente en consulta, limitándose la terapeuta a hacer un seguimiento del progreso y a orientar a Esther en la realización del ejercicio. La práctica de Esther consistía en dedicar unos minutos diariamente, y una vez que se había relajado, a fantasear con las escenas que previamente se habían imaginado en la consulta con la terapeuta. Esther estuvo desde el principio muy involucrada en la tarea, haciendo regularmente las prácticas en relajación e imaginándose las escenas con claridad y de manera muy realista, lo que tuvo consecuencias muy positivas en su nivel de respuesta.

El trabajo conjunto de Esther y Alejandro para mejorar sus interacciones sexuales comenzó al finalizar el segundo mes de terapia. Aunque en la situación de la pareja eran todavía frecuentes los momentos de enfado y las discusiones, sin embargo la pareja solía poner en práctica las pautas de actuación acordadas para que estos momentos no se prolongasen en exceso, lo que evitaba el deterioro de la relación. Se comenzó a trabajar con los ejercicios de focalización sensorial, buscando que, en un contexto de caricias, le fuera posible a Esther dejarse llevar por las sensaciones placenteras, sintiéndose relajada y tranquila. Esta práctica se inició con problemas ya que desde el inicio se incumplió la norma de la abstinencia y la pareja informó que, durante los encuentros sexuales, Alejandro había alcanzado el orgasmo con las caricias de Esther. El análisis de lo sucedido puso de manifiesto la aparición del patrón habitual en la pareja al sentirse obligada Esther a ceder a las peticiones de Alejandro de que lo masturbase, para que no se enfadara y que no hubiese problemas. Al repetirse los encuentros y seguir las demandas de Alejandro, Esther se negó a reanudar las actividades, lo que supuso a su vez el enfado de Alejandro, que echaba en cara a Esther que no le hubiera dicho que no le apetecía acariciarle. La terapeuta y la pareja analizaron lo sucedido, valorando las repercusiones negativas que el incumplimiento de las instrucciones tendría para la terapia. Se resaltó el hecho de que Alejandro hubiera dejado en manos de Esther el tema del control de la norma, ya que él se quejaba de que Esther no le hubiera dicho que no le apetecía. Se razonó con él la posición de Esther, que sufría las consecuencias aversivas de la situación, si cedía, por hacer algo que no le apetecía y si no cedía, por sufrir la frustración de él. La terapeuta hizo hincapié en la responsabilidad de ambos en el proceso, ya que esta cuestión era clave para el éxito del procedimiento.

En los diferentes encuentros que se fueron teniendo se planteó ampliar las formas de estimulación, ejercitando caricias que generasen placer y que fueran excitantes. Se insistió en la comunicación, como medio de transmitir al otro lo que se está sintiendo y lo que se quiere, para que las interacciones transcurriesen gratamente, ejercitando distintas formas de comunicarse, que no distorsionaran el encuentro al exponer cuestiones negativas y que fueran eficaces. Para fortalecer las interacciones sexuales, se impulsó la

realización de actividades placenteras que generasen intimidad y cercanía, como salir a cenar o a bailar. Progresivamente, y a medida que la respuesta de excitación se incrementaba, se introdujo la penetración dentro del juego sexual. En las últimas sesiones, se trabajó de manera especial con la pareja el mantenimiento de los logros alcanzados, anticipando posibles problemas futuros y planificando diversas formas de solventarlos. Al finalizar la terapia la pareja mantenía unas relaciones sexuales y de pareja satisfactorias.

En los contactos posteriores que se mantuvieron a los dos meses de haber acabado la terapia y una vez transcurridos tres meses desde la última cita, la pareja seguía disfrutando de los logros conseguidos en terapia.

### • *Tratamiento de un problema de vaginismo*

El proceso terapéutico del problema sexual de Teresa y Andrés se desarrolló a lo largo de veinticuatro sesiones. La intervención se centró en tres puntos fundamentales: *a)* la educación sexual; *b)* la mejora de las habilidades sexuales y *c)* la facilitación de la penetración. Se indicó a la pareja la conveniencia de no mantener contactos sexuales que no hubieran sido previamente establecidos en la terapia, justificándose la razón de tal petición. Ambos cónyuges estuvieron conformes en seguir las instrucciones. El procedimiento comenzó con sesiones individuales con Teresa para la programación de los ejercicios orientados al entrenamiento en relajación muscular, la exploración corporal y la práctica de los ejercicios musculares pélvicos. Estos encuentros se fueron combinando, a partir de la quinta sesión, con sesiones a las que acudían ambos miembros de la pareja. En total se mantuvieron diez sesiones individuales y catorce conjuntas.

Para la facilitación de la penetración y la eliminación de la respuesta de contracción muscular se inició el tratamiento enseñando a Teresa a relajarse a través del entrenamiento en relajación muscular progresiva. Se dedicó una sesión para enseñarle el método, y se hizo un seguimiento de los niveles de relajación adquiridos dedicando a la relajación la última parte de las dos sesiones individuales siguientes. A partir de la cuarta sesión se trabajó con el método de relajación abreviado, buscando la aplicabilidad de la respuesta de relajación en las tareas programadas. Tras la segunda sesión se pidió a Teresa que después de la relajación, y en un contexto agradable y tranquilo, explorase su zona genital, reconociendo los distintos órganos y que observase cómo se producía la contracción al estimular la entrada vaginal. Se le pide asimismo que comience con los ejercicios pélvicos. A partir de la quinta sesión, y una vez que se constata una respuesta de relajación clara, y que se han realizado, sin dificultad, las tareas de exploración, se empezó a practicar la dilatación vaginal. Desde la sesión octava se mantuvieron, junto con las sesiones individuales, otras con ambos miembros de la pareja, para programar los ejercicios de focalización sensorial.

En las sesiones con ambos miembros de la pareja se diseñaron los ejercicios de focalización sensorial, haciendo hincapié en la necesidad de comunicar los sentimientos y experiencias, buscando hacer partícipe al otro de lo que se siente y se desea. Se insistió en el centrarse en las sensaciones y no en conseguir respuestas sexuales específicas, y el seguimiento escrupuloso de las instrucciones. La confianza de Teresa en que Andrés no intentaría practicar actividades no establecidas con anterioridad le permitió disfrutar de estos encuentros, tras superar las experiencias iniciales en las que sentía cohibida y avergonzada. Una vez que Teresa finalizó con éxito sus prácticas individuales de inserción, hacia la sesión cuarta conjunta, se empezó a practicar este ejercicio dentro de los encuentros con Andrés, comenzando con un dedo de él y controlando ella todos los movimientos. Se insistió en el avance progresivo, no pasando al ejercicio siguiente hasta que el anterior se realizaba sin problemas. Esta práctica se desarrolló, de manera progresiva, durante tres sesiones. Antes de comenzar con los ejercicios orientados a practicar la penetración, se dedicó un tiempo al tema de la anticoncepción. Aunque ambos cónyuges deseaban tener hijos, se debatió lo inoportuno de un embarazo para su progreso terapéutico y la conveniencia de buscar el embarazo cuando el problema sexual estuviera resuelto. Puesto que no se deseaba tomar anticonceptivos orales se eligió el uso del preservativo, aunque su empleo supuso alguna dificultad añadida a la práctica del coito. La realización del coito se estuvo trabajando a lo largo de las sesiones diez, once y doce, en las que se fueron comentando las experiencias anteriores y la pareja iba decidiendo, con la orientación de la terapeuta, los pasos siguientes a dar. Una vez que se pudo efectuar la penetración, y Teresa era capaz de moverse suavemente, estando ella encima de Andrés, se pasó a practicar la posición lateral. Las dos últimas sesiones se dedicaron a practicar

dentro de la relación sexual el momento de la penetración de manera menos preparada, y con la búsqueda de posiciones y movimientos placenteros y agradables.

Hay que señalar que a lo largo de las sesiones anteriores, tanto individuales como en pareja se trabajó en los aspectos educativos, proporcionando a Teresa y Andrés material sobre sexualidad que abordase cuestiones sobre el funcionamiento del cuerpo en el ciclo de respuesta sexual, las creencias relacionadas con el sexo y sobre el juego erótico. Los temas propuestos se eligieron en función de los problemas que presentaba la relación sexual de la pareja, recogiendo las cuestiones que influían directamente en su forma de actuar. Así, se empezó el proceso presentando información sobre los órganos genitales femeninos y los cambios que experimentaban en los distintos momentos de activación sexual. Posteriormente se debatieron los miedos de Teresa relacionados con su cuerpo, sobre si tendría una vagina como el resto de las mujeres o si en su vagina cabría el pene de su marido o sobre la virginidad, el himen y su ruptura en las primeras relaciones coitales. Por último, se recomendaron lecturas relacionadas con la intimidad y la sexualidad, y los distintos tipos de comportamiento sexual. Teresa y Andrés leían las lecturas seleccionadas individualmente, reflexionando sobre ellas mediante un pequeño listado de cuestiones que se les proporcionaba junto con el material, para posteriormente compartir las reflexiones, buscando cómo éstas podrían verse reflejadas en su funcionamiento pasado, u orientar su proceder actual.

Se mantuvieron contactos de seguimiento, estableciendo una cita al mes de haber finalizado la terapia, y las otras dos con intervalos de dos meses entre cada una de ellas. En la última cita la pareja informa a la terapeuta de que Teresa está embarazada de dos meses y que sus relaciones sexuales eran gratas y placenteras para ambos. A Teresa le costaba mostrarse activa en las relaciones, y seguía dejando la iniciativa en manos de Andrés, aunque ambos señalaban que su actitud actual era más abierta y que se mostraba mucho menos retraída, lo que era valorado positivamente por Andrés.

### *Preguntas de autoevaluación*

1. La mejor estrategia para implicar a la pareja en la realización de las tareas para casa es:
  - a) Dar instrucciones vagas que faciliten la iniciativa de la pareja.
  - b) Abordar las posibles dificultades o problemas que la pareja prevé.
  - c) Revisar superficialmente la realización de las prácticas para que la pareja no se sienta supervisada.
  - d) Dar atención prioritaria al listado de quejas, dudas y razones que la pareja expone en la sesión siguiente para explicar la no realización de las tareas.
  - e) Establecer objetivos claros a alcanzar en cada encuentro, como pueden ser alcanzar determinada respuesta sexual o ejecutar una actividad sexual concreta.

2. La intervención terapéutica centrada en el incremento de la conciencia sensorial se emplea especialmente en problemas de:
- a) Vaginismo.
  - b) Trastorno orgásmico.
- c) Deseo sexual hipoactivo.
- d) Aversión al sexo.
  - e) Dispareunia.
3. El procedimiento de biblioterapia en la terapia sexual:
- a) Consiste en proporcionar una lista de textos y recomendar su lectura.
  - b) Es opcional, dependiendo su empleo del problema sexual.
  - c) Sólo se utilizará si en la evaluación se constata un problema de información errónea.
  - d) Sólo podrá utilizarse si existen hábitos arraigados de lectura.
  - e) Supone una actividad combinada de lecturas breves junto con preguntas a contestar y debatir.
4. Entre las estrategias que se pueden poner en práctica para prevenir las recaídas estará:
- a) El espaciar progresivamente el tiempo entre sesiones.
  - b) El potenciar la autonomía dando instrucciones vagas.
  - c) El hacer hincapié en la consecución de objetivos.
  - d) No facilitar el contacto con el terapeuta una vez finalizada la terapia.
  - e) El recomendar el terapeuta, al finalizar el tratamiento, que se esté vigilante para que no se instalen los antiguos hábitos.
5. Para la disfunción orgásmica secundaria:
- a) El procedimiento de intervención más adecuado recoge un programa de masturbación junto con ejercicios de focalización sensorial.
  - b) Conviene trabajar, fundamentalmente, la concienciación sensorial.
  - c) Se suele entrenar a la paciente en relajación.
  - d) Las estrategias más adecuadas de intervención incluirían ejercicios de focalización sensorial junto con el abordaje terapéutico de la comunicación y

- de las relaciones de pareja.
- e) Se suelen practicar los ejercicios musculares de Kegel.
-

## Guía informativa y de autoayuda para el paciente

Una visión bastante extendida contempla el funcionamiento sexual como un proceso natural, al que no es necesario prestar atención para que se desarrolle de manera saludable y satisfactoria. Sin embargo, muchos de los problemas relacionados con la sexualidad tienen que ver, en gran medida, con la ignorancia y el conocimiento erróneo y distorsionado, siendo aquellas personas que han recibido una buena educación sexual las que logran una mayor satisfacción sexual.

A lo largo de la vida, muchas mujeres padecerán algún tipo de dificultad en su funcionamiento sexual. En algunos casos, la aparición del problema sexual repercute muy negativamente, tanto en la persona que lo sufre como en su relación de pareja. Las mujeres, al percibir una alteración en su respuesta sexual, pueden sentirse angustiadas y deprimidas, deteriorándose la percepción que tienen de sí mismas. El miedo, y la vergüenza, a "ser un bicho raro", a "no ser normal", hace más difícil la búsqueda de soluciones y, muy frecuentemente, el trastorno se agravará. A veces, bien por incompreensión o por desgaste ante la pasividad del otro, el malestar de la pareja se transmite mediante la crítica, el reproche y la culpabilización; la convivencia se caracterizará por el silencio y el alejamiento, cargados de tensión, que se alterarán periódicamente por las discusiones crispadas, en las que saldrán a la superficie la rabia y el malestar acumulado. La situación conflictiva y de disputa enquistará el problema sexual al mostrarse la pareja, en estas circunstancias, menos dispuesta a resolverlo.

En otras ocasiones, sin embargo, estos problemas pueden ser afrontados con serenidad y comprensión por parte de los dos miembros de la pareja, sin culpabilizar ni reprochar, participando ambos activamente en la búsqueda de soluciones y alternativas. El adoptar este tipo de actitud influirá favorablemente en la resolución del problema, y se minimizarán las repercusiones que generan este tipo de disfunciones. Un elemento clave en la puesta en marcha de aquellas estrategias que posibilitarán que las relaciones sexuales se vivan de manera satisfactoria es la información.

### 5.1. ¿Qué es una disfunción sexual?

La disfunción sexual hace referencia a una alteración del funcionamiento normal que tiene como consecuencia que las relaciones sexuales se vivan insatisfactoriamente. En el campo de la sexualidad es difícil precisar el criterio de normalidad ya que está muy influenciado por la cultura y ha experimentado numerosos cambios a través del tiempo. Hay que tener en cuenta, además, que los datos obtenidos de estudios llevados a cabo en la población "general" deben ser utilizados con un cierto nivel de reserva pues, en muchos casos, las personas que participan en ellos pueden no representar exactamente a la población, en general, y sus contestaciones pueden verse influidas por el deseo de dar una imagen positiva y deseable socialmente. Por otra parte, hay una enorme variabilidad entre las personas, en lo que se refiere a frecuencia e intensidad de deseo sexual, niveles de excitación alcanzados tras un período de estimulación o vivencia del orgasmo. Por ello, cuando se habla de disfunción, un elemento fundamental para valorar su presencia es la vivencia de malestar, individual o de la pareja. Si la actividad sexual es valorada satisfactoriamente por ambos miembros de la pareja, aunque implique comportamientos que podrían considerarse inusuales o "raros", o no se ajuste a lo que, según los datos estadísticos, practica una determinada mayoría, no existe problema sexual alguno. Así, no existe disfunción sexual en una pareja que vive grata y placenteramente sus relaciones sexuales sin haber practicado nunca el coito, o que esté satisfecha manteniendo relaciones cada dos meses.

En los trastornos sexuales, la relación íntima genera preocupación, sufrimiento e insatisfacción, bien en uno de los miembros de la pareja o en los dos, planteándose una necesidad de cambio. En algunos casos, los problemas sexuales pueden ser simples y resolverse rápidamente al acceder a una información precisa y real, mientras que, en otras ocasiones, la solución del problema requiere un abordaje terapéutico, psicológico y médico, de mayor duración.

#### 5.1.1. La respuesta sexual de la mujer

Entre los múltiples componentes que determinan el comportamiento sexual se encuentra el factor biológico. En relación con la actividad sexual, el cuerpo humano experimenta una serie de reacciones en los órganos genitales y en otras partes del cuerpo que se acompañan de unas sensaciones de placer. Hay que tener en cuenta que la respuesta sexual de las mujeres es más variable que la de los varones, básicamente por razones de carácter cultural y educativo, aunque sin descartar la influencia de componentes orgánicos, por lo que es necesario conocer las particularidades de cada uno de los sexos para poder favorecer encuentros sexuales satisfactorios.

Un primer nivel de respuesta corresponde al *deseo*, que incluye fantasías o pensamientos sobre distintos aspectos relacionados con la sexualidad (caricias, juegos eróticos, encuentros sexuales), así como la apetencia o disposición a involucrarse en actividades de carácter sexual. El deseo puede activarse de múltiples maneras, bien ante determinado acercamiento de la pareja, o al ver una determinada escena en una película o al leer un pasaje en una novela. Puede surgir al contemplar a una pareja besándose, al

pensar en situaciones amorosas o al oír una melodía determinada.

Aunque a veces el nivel de deseo se evalúa a través de la actividad sexual, sin embargo ambos hechos no deben equipararse ya que puede existir deseo sin que se den otros componentes de la respuesta sexual y en ausencia de comportamientos específicos, como la masturbación o las relaciones sexuales.

El segundo nivel de respuesta correspondería a la *excitación*. En este punto, y al recibir un grado de estimulación adecuado, el cuerpo responde generando determinados cambios fisiológicos, que se van intensificando a medida que aumenta el grado de activación sexual. Cuando la mujer se excita, se produce una vasocongestión en su zona genital, los pezones se ponen erectos y aparece la lubricación vaginal. Los pechos aumentan de tamaño y se endurecen debido a la congestión vascular. El clítoris aumenta su grosor y se produce un aumento de la longitud de la vagina, desplazándose el útero ligeramente hacia arriba.

El incremento de los niveles de activación sexual se continúa a través de la fase de *meseta*, período previo al orgasmo, durante el cual aumenta la turgencia de los pechos y de los pezones, se incrementa la tensión en el cuerpo, se agita la respiración y se agudiza el enrojecimiento de la piel. En esta fase el clítoris se eleva y se retrae, siendo difícil detectarlo con precisión. Se desarrolla lo que se denomina "plataforma orgásmica" que consiste en la constricción del tercio externo de la vagina, que se añade a la vasocongestión de los labios mayores y menores. Los genitales, a medida que se incrementa la excitación, varían de color, por el mayor riego sanguíneo, pasando del rosa claro inicial, al rosa púrpura y al rojo oscuro final.

Cuando se alcanza un determinado nivel de excitación sexual surge el *orgasmo*, es decir la liberación de la tensión acumulada. Durante el orgasmo "la plataforma orgásmica" experimenta contracciones rítmicas, que no siempre son percibidas como tales por la mujer, el cuerpo se pone rígido, la espalda se arquea, los muslos se tensan y las manos y pies se encogen. Estos cambios fisiológicos se acompañan de una intensa sensación de placer, que se percibe durante unos breves segundos. La conducta de las mujeres durante esta fase puede ser muy variada abarcando desde la total rigidez y paralización en un silencio absoluto, roto únicamente por la aceleración de la respiración, a movimientos compulsivos acompañados de jadeos, gritos y exclamaciones. Los orgasmos en cada mujer, y en cada experiencia sexual, pueden ser diferentes siendo numerosos los factores que influirán en la intensidad de las sensaciones y en la valoración global del encuentro sexual. Dependiendo del juego erótico, la situación y el contexto en el que se mantenga la relación, y la disposición anímica y física inicial, la actividad sexual generará distintas sensaciones y alcanzará un mayor o menor grado de satisfacción. Los orgasmos pueden ser tenues y fugaces, o intensos y duraderos. Algunas mujeres, si continúa la estimulación, son capaces de experimentar varios orgasmos seguidos, sin pérdida de excitación, mientras que en otras la vivencia del orgasmo es seguida por un descenso paulatino de la tensión sexual.

Una vez finalizado el orgasmo tendrá lugar la fase de *resolución* en la que el organismo, liberado de la tensión sexual, se relaja, desvaneciéndose los cambios

fisiológicos experimentados. Cuando la experiencia ha sido placentera se tendrá una sensación de bienestar general y de lasitud. Si se han vivido niveles de excitación sexual elevados, que no han sido liberados mediante el orgasmo, la tensión se desvanecerá más gradualmente pudiendo percibirse sensaciones de presión y dolor en la pelvis.

Estas fases o pasos se pueden recorrer a velocidades y ritmos diferentes para cada mujer e incluso, en una misma mujer, su forma de responder puede variar de un encuentro sexual a otro. En ocasiones, los niveles de excitación se incrementan lentamente, con breves pausas, otras veces se mueven a través de aceleraciones y frenazos, o puede ser que asciendan con rapidez hasta la fase de meseta. Alcanzada la fase de meseta se puede pasar al orgasmo rápidamente para luego, sin demorarse, retornar al estado de reposo. A veces, se alcanza un nivel de excitación elevado que se mantiene y estabiliza en el nivel de meseta, para progresivamente ir incrementándose hasta llegar al orgasmo. Tras el orgasmo, que puede ser de duración variable, el organismo se relajará despacio, teniendo una fase de resolución lenta y gradual. En algunas ocasiones, y si la estimulación es adecuada, algunas mujeres pueden reexcitarse tras el orgasmo, llegando a tener dos o más orgasmos sucesivos antes de pasar a la fase de resolución, aunque la experiencia más frecuente es que las mujeres se sientan satisfechas con un solo orgasmo en su relación sexual. La [figura 5.1](#) representa el ciclo sexual femenino con los diferentes patrones de activación sexual que pueden adoptar cada una de las fases.

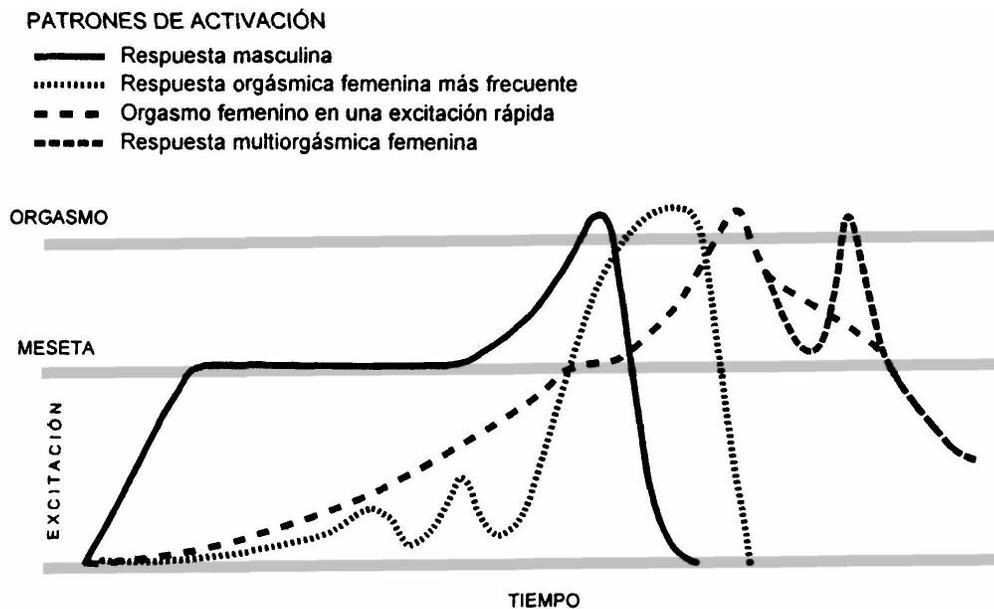


FIGURA 5.1. *Patrones de activación sexual.*

### 5.1.2. Mitos y errores acerca del funcionamiento sexual

En el campo de la sexualidad circulan numerosos mitos e ideas erróneas que influyen

negativamente en las personas, al crear expectativas poco razonables sobre lo que se entiende por conductas "adecuadas" e "inadecuadas", promover actitudes que dificultan o bloquean un desarrollo de la sexualidad saludable y gratificante, y provocar sentimientos de inadecuación y malestar. Estas creencias, alimentadas por la ignorancia y la desinformación, crean pautas o normas sobre cómo debería ser una relación sexual, qué tipo de comportamiento es propio de un varón o de una mujer, o qué es "normal" en la vida sexual. Estas pautas guiarán el funcionamiento sexual de varones y mujeres causando, muy frecuentemente, daño y sufrimiento.

Algunos mitos se refieren al funcionamiento sexual en general y entre ellos se pueden destacar:

- *En una relación de pareja estable lo normal es tener relaciones sexuales varias veces en semana.* Cada pareja establece la frecuencia de sus relaciones en función de las apetencias de ambos, por lo que no hay un criterio para fijar la normalidad a este respecto. Las estadísticas sobre la frecuencia de las relaciones sexuales sólo indican cuál es el promedio, no qué es normal.
- *La masturbación, en una persona que mantiene una relación de pareja, es un síntoma de insatisfacción sexual.* La masturbación es un modo natural y saludable de expresión sexual, siendo muy frecuente su práctica en adultos que mantienen relaciones sexuales gratificantes con su pareja.
- *El sexo debe ser siempre espontáneo y no preparado.* La preparación de un encuentro sexual con antelación es, en muchas ocasiones, la mejor vía para disfrutar de unas relaciones sexuales placenteras, al disponer de un contexto idóneo y preparar un estado anímico favorable.
- *Si una pareja tiene problemas en sus relaciones sexuales es que algo va mal en la relación.* Las dificultades sexuales pueden estar relacionadas con numerosos factores que no tienen nada que ver con la calidad de la relación.
- *No es normal tener fantasías sexuales si se tiene una relación de pareja satisfactoria.* El fantasear es una actividad placentera mediante la cual las personas exploran situaciones y comportamientos ajenos a su vida real, estando muy relacionada su presencia con una vida sexual plena. El fantasear con determinadas situaciones no significa que éstas sean, en realidad, deseadas.
- *Dos personas que se quieren deben saber, instintivamente, el tipo de estimulación que su pareja necesita.* La comunicación de las preferencias, deseos y gustos personales es el mejor método para disfrutar de los encuentros sexuales. La adivinación puede requerir de muchos ensayos infructuosos, lo que generará frustración y malestar.
- *Si una persona no responde a los acercamientos de su pareja es que no la considera atractiva sexualmente.* El involucrarse en una relación sexual puede verse afectado negativamente por cuestiones tales como cansancio, estrés, preocupación, ansiedad o conducta sexual rutinaria, sin que esto implique

pérdida de atractivo sexual de la pareja.

Otro grupo de creencias se centra más en especificar criterios sobre lo que es un comportamiento sexual "adecuado" e "inadecuado" en la mujer. En este grupo estarían mitos como:

- *No es correcto que una mujer inicie un contacto físico amoroso con su pareja si no está interesada en mantener relaciones sexuales.* El mantenimiento de acercamientos afectuosos de carácter físico, que no implican una relación sexual, es una de las mejores vías para desarrollar unas relaciones de pareja satisfactorias en las que se potencia la comunicación erótica y afectiva.
- *Toda mujer debe ser capaz de alcanzar el orgasmo mediante el coito, sin que haya una estimulación directa en sus genitales.* Los estudios sobre comportamientos sexuales femeninos han puesto de relieve que únicamente alrededor de un 30% de mujeres son capaces de llegar al orgasmo mediante el coito exclusivamente, por lo que carece de sentido considerar la estimulación coital como la técnica idónea para alcanzar el orgasmo.
- *Una mujer con capacidad de respuesta sexual normal siempre puede ser excitada por su pareja.* En la sexualidad femenina los componentes psicológicos son muy importantes a la hora de responder sexualmente, por lo que acercamientos bruscos y demandantes por parte de una pareja, ausente el resto de tiempo, suelen tener pocas probabilidades de lograr la excitación de la mujer.
- *El orgasmo tiene que alcanzarse fácil y rápidamente y si no es así es que hay algún problema.* Mediante la masturbación una mujer puede tener el orgasmo en períodos relativamente breves, pero en el contexto de pareja esa misma mujer puede emplear de quince a treinta minutos hasta alcanzarlo. El contexto de inicio de la relación, el tipo de caricias o circunstancias personales del momento influirán de manera decisiva en la forma de respuesta.
- *El orgasmo que se alcanza mediante la penetración es mejor que cualquier otro tipo de orgasmo.* Sea cual sea el tipo de estimulación utilizado para alcanzar el orgasmo, éste siempre es el mismo y su valoración depende de preferencias personales subjetivas.
- *El interés de la mujer por el sexo se acaba con la menopausia.* La sexualidad femenina depende, en gran medida, de factores psicológicos, y, en menor medida, de factores hormonales, por lo que el deseo y el goce sexual no se pierden por el hecho de envejecer.

### 5.1.3. Tipos de disfunciones sexuales

Las disfunciones sexuales se pueden manifestar a través de las distintas fases del ciclo de respuesta sexual. Aunque en algunas ocasiones la alteración del funcionamiento

afecta a un único aspecto del ciclo, lo más frecuente es que la vivencia problemática en las relaciones sexuales se plantee de una forma generalizada, viéndose involucrados varios elementos en la disfunción.

Uno de los problemas sexuales más frecuentes en las mujeres es la *falta de deseo sexual, la inapetencia hacia el sexo*. Cuando se padece este trastorno las relaciones sexuales con la pareja se viven de forma desgana, se rehúyen los encuentros sexuales alegando múltiples excusas, y se procura evitar contextos que puedan facilitar una intimidad sexual. Cuando se tienen las relaciones es "por obligación", cediendo ante las peticiones del otro, por lo que se procura espaciarlas lo más posible. A veces, si se logran superar los primeros momentos de apatía y pereza, la experiencia sexual es gratificante, disfrutando de las caricias y del contacto. En otras circunstancias, al no poder involucrarse en la actividad, se mantiene una actitud pasiva, sin participar, esperando que el cónyuge finalice.

Esta situación de apatía sexual puede surgir tras un tiempo de funcionamiento satisfactorio, en el que las relaciones sexuales eran apetecibles, mientras que en otras circunstancias la mujer describe este estado como algo que ha estado presente siempre en su vida sexual. A veces, la falta de deseo refleja una situación de discrepancia de deseo en la pareja, en donde la mujer, con un menor nivel de deseo, se considera disfuncional por las constantes referencias que su cónyuge suele hacer respecto a su funcionamiento problemático, o a lo "anormal" de su frialdad y rechazo.

Otro tipo de disfunción, *la aversión sexual*, se caracteriza por los sentimientos intensos de rechazo, desagrado y ansiedad que generan situaciones relacionadas con la actividad sexual. Esta aversión puede aparecer ante hechos puntuales como determinadas caricias, o ante todo contacto genital. Puede surgir específicamente ante un elemento de la relación, como por ejemplo el semen, o puede generalizarse a cualquier situación mínimamente relacionada con el sexo. Este trastorno suele estar presente en personas que han vivido situaciones sexuales traumatizantes, como una violación o experiencias de abusos sexuales. También se puede desarrollar este tipo de problemas en mujeres que han sufrido un dolor intenso durante las relaciones sexuales, provocado por un trastorno orgánico como por ejemplo una vestibulitis vulvar, persistiendo la ansiedad y el malestar una vez eliminadas las causas físicas que lo provocaron.

A veces, el problema se manifiesta mediante la *falta de excitación sexual*, es decir, una dificultad para mantener la excitación durante una relación, sintiéndose, de forma súbita, desconectada emocionalmente del acto sexual. Muy frecuentemente este tipo de disfunción se suele presentar junto con una ausencia de deseo sexual.

Una queja muy común de las mujeres que acuden a consulta es la *dificultad o imposibilidad para alcanzar el orgasmo*. En algunos casos, la mujer no ha llegado a experimentar el orgasmo nunca, ni en sus encuentros sexuales ni mediante la masturbación. A veces, el orgasmo se puede alcanzar mediante la masturbación pero no en las relaciones sexuales con la pareja, o puede ocurrir que exista una imposibilidad tras haber disfrutado de relaciones con orgasmo en el pasado, con otras parejas o con la actual. En la situación de anorgasmia, u ausencia de orgasmo, la mujer puede sentir

deseo y excitación pero su tensión sexual no alcanza los niveles necesarios para que se produzca el orgasmo. Hay que tener en cuenta que no se puede hablar de trastorno sexual si la mujer, no teniendo orgasmos, vive su relación de forma grata y placentera. Únicamente si la situación de carencia de orgasmo genera en la mujer malestar e insatisfacción, es posible identificar un problema sexual.

Si la mujer experimenta altos niveles de ansiedad, que no se liberan mediante el orgasmo, puede generarse una sensación de pesadez y dolor en la zona abdominal como resultado de la vasocongestión mantenida. Este tipo de trastorno puede aparecer en mujeres cuyo cónyuge padece de eyaculación precoz. En estas parejas la rápida eyaculación del varón pone fin a la relación, sin dar posibilidades a que la mujer libere su tensión por otros medios que no sea el coito, quedándose la mujer insatisfecha y frustrada.

La disfunción se puede manifestar, también, como un *dolor persistente asociado a la penetración*, bien al iniciarla o durante los movimientos coitales. Las quejas sobre la experiencia de dolor son muy variadas y la intensidad y duración de estas sensaciones son igualmente fluctuantes, abarcando desde experiencias tenues y breves hasta las persistentes y de gran intensidad. Muy frecuentemente este tipo de dolor está causado por un problema orgánico como la vestibulitis vulvar, infecciones vaginales o bartolinitis. En ocasiones, la experiencia de dolor está asociada a un problema de vaginismo. El experimentar dolor en el interior de la vagina, al realizarse penetraciones profundas, puede deberse a una baja excitación, en donde la vagina no se ha dilatado suficientemente y el cérvix y el cuerpo del útero no han alcanzado la elevación adecuada. En esta situación una inserción profunda producirá el choque doloroso del pene con el cérvix. Esto se puede dar también en mujeres con prolapso uterino, en las que una porción del útero desciende en la vagina.

El *vaginismo* es otro problema sexual que se caracteriza por la presencia de una contracción involuntaria de los músculos que rodean la entrada de la vagina, ante cualquier intento de penetración. En los casos más extremos el espasmo muscular imposibilita una exploración ginecológica rutinaria. La mujer que padece un problema de vaginismo no percibe la contracción ni la siente como dolorosa. La dificultad se hace evidente en el momento de la penetración, surgiendo el dolor si se intenta forzar la entrada. En ocasiones el vaginismo se acompaña de un problema de inhibición del deseo sexual, aunque existen mujeres con este trastorno que viven de manera satisfactoria las relaciones sexuales, siempre y cuando se abandone cualquier intento de coito. El problema puede aparecer con las primeras relaciones sexuales por lo que en ningún momento ha sido posible el coito, o puede ocurrir tras un período en el que la penetración se ha realizado sin dificultad. Esto a veces sucede tras haber dado a luz, o después de haber sufrido alguna experiencia traumática.

#### 5.1.4. La disfunción sexual y la relación de pareja

La sexualidad juega un papel importante en las relaciones de pareja, siendo una de

las vías utilizadas por las personas para expresar amor y comunicarse íntimamente con el otro, además de proporcionar todo un cúmulo de sensaciones gratas y placenteras. Para la gran mayoría de las mujeres, la conexión emocional y afectiva con su pareja juega un papel importante en su vida sexual. Un clima agradable y una actitud de la pareja que transmita afecto y cariño, en contextos distintos al del sexo, harán a la mujer más receptiva al juego sexual, y estimularán un estado anímico que favorezca la respuesta sexual. En las situaciones de enfado y distanciamiento a la mujer le es muy difícil apartar sus sentimientos negativos para poder acercarse sexualmente a su pareja, necesitando reconciliarse previamente con el cónyuge y relacionarse afectivamente con él, antes de que pueda tener lugar un encuentro sexual. Esto crea, a veces, situaciones de desencuentro al buscar el varón resolver la situación conflictiva haciendo el amor, y encontrarse con el rechazo y la oposición de la mujer. La ineficacia en el manejo del conflicto agudizará los problemas y favorecerá una convivencia marcada por períodos de disputa y enfrentamiento, o de silencio y rabia. En este contexto, el alejamiento de la pareja marchita el deseo e incapacita a los cónyuges para el mantenimiento de actividades sexuales satisfactorias.

Asimismo, aunque algunas parejas pueden manejar con éxito las dificultades sexuales, aislándolas del resto de su relación, lo más frecuente es que la insatisfacción a nivel sexual repercuta negativamente en la calidad de la relación de pareja, dependiendo su impacto, en gran medida, del significado e importancia que cada miembro de la pareja atribuya a la sexualidad, ya que estos elementos influirán en su forma de responder y actuar ante el problema. Cuando las relaciones sexuales son insatisfactorias para la mujer, sea cual sea el tipo de dificultad que padezca, se instauran unos patrones de interacción que, con el tiempo, irán erosionando la convivencia, al incrementar el malestar de los cónyuges.

Desde la mujer, los acercamientos del cónyuge se vivirán con alarma y desgana, exponiendo todo tipo de excusas y justificaciones para explicar su inapetencia, resaltando la inadecuación del momento para mantener la relación, y procurando distanciar todo lo posible los encuentros sexuales. A medida que pasan los días, empezará a sentirse presionada por el tiempo transcurrido desde la última relación sexual, temiendo que cualquier situación propicie una demanda del cónyuge y espera, con malestar y rabia, el día en que inevitablemente tendrá que ceder a la petición de sexo del otro. Cuando presionada por el tiempo o por las quejas y discusiones con su pareja, accede a prestarse al sexo, lo hace con desgana, rehuyendo las caricias y besos, que le son desagradables en ese contexto, y buscando acelerar el proceso para que se acabe lo más rápidamente. Al finalizar se siente usada, resentida y agraviada. Piensa que él debe respetar su inapetencia y ausencia de deseo, por lo que vive sus peticiones como abusos y las relaciones de pareja como un contexto en el que las necesidades de ella son relegadas frente a las de él. Por su parte, el varón vive el rechazo con malestar, se siente humillado cuando se acerca a su mujer y ésta le rehúye o le critica por su sexualidad "anómala". Cuando mantiene relaciones sexuales, el placer del orgasmo se mezcla con la amargura y el resentimiento. Se siente culpable por disfrutar de algo que disgusta a su mujer y no sabe qué hacer para

resolver el problema. Si pregunta a su mujer, ella no sabe orientarle, no sabe qué es lo que está ocurriendo y, muy frecuentemente, piensa que si ella se esforzara en participar más activamente en las relaciones, colaborar y dejarse llevar, el problema desaparecería.

En este clima de malestar los acercamientos afectivos de la pareja serán infrecuentes, al predominar los sentimientos negativos hacia el cónyuge, los momentos gratificantes y placenteros irán escaseando, incrementándose los períodos en los que predominarán los reproches, las críticas y la amargura, por lo que la vida en pareja generará grandes dosis de infelicidad. Muy a menudo, es en este punto, al ver la pareja peligrar su relación, cuando se plantea buscar la ayuda de un profesional.

#### 5.1.5. La frecuencia de las disfunciones sexuales

Una gran mayoría de adultos experimentarán algún tipo de dificultad sexual a lo largo de su vida. Las mujeres pueden vivir experiencias que repercutirán en su funcionamiento sexual, como el embarazo o la menopausia. Circunstancias estresantes relacionadas con el trabajo o el cuidado de los hijos, enfermedades, o una vida sexual monótona y carente de atractivo influirán en los niveles de deseo y en la vida sexual de las parejas. Muchos de estos problemas tendrán una corta duración, desapareciendo al cambiar las situaciones que los originaron. En otros casos, las parejas acomodan sus encuentros atendiendo a las dificultades presentes para seguir disfrutando de una vida sexual armoniosa y grata. Por último, algunos problemas sexuales afectarán muy negativamente a la relación, sintiéndose la pareja incapaz para resolver, por sus propios medios, el problema.

Los estudios llevados a cabo en nuestro país sobre la presencia en la población general de dificultades sexuales arrojan unos resultados similares a los recogidos en otros países occidentales. En general, la población femenina sufre disfunciones sexuales en mayor medida que los varones. Los trastornos sexuales más frecuentes son los problemas de deseo y la disfunción orgásmica, estimándose que cerca de un 40% de mujeres sufren problemas de ausencia de deseo y alrededor de un 45% tienen dificultad para alcanzar el orgasmo. Un grupo menor de mujeres, entre el 20 y el 30%, experimentan molestias o dolor durante el acto sexual. Los problemas de aversión al sexo y de vaginismo son los menos frecuentes, no superando el 5% las mujeres que padecen este tipo de disfunciones. Los datos relacionados con los problemas de excitación son más confusos, al existir dificultad en evaluar con precisión este tipo de problema, por lo que los datos existentes son más variables, fluctuando su presencia entre la población femenina entre un 3 y un 22%.

En las mujeres que acuden a consulta por un problema sexual se observa que, las mujeres más jóvenes, suelen presentar problemas de anorgasmia, dispareunia y vaginismo, mientras que las mujeres de más edad se quejan de problemas de ausencia de deseo y de dificultades de excitación.

### 5.1.6. ¿Cómo saber si se necesita ayuda?

Uno de los indicios fundamentales de un problema sexual es el malestar. Cuando el funcionamiento sexual de una pareja genera una situación problemática, bien en uno de los cónyuges o en los dos, y esto se prolonga en el tiempo, es importante afrontar la situación de tal manera que se busquen soluciones que permitan disfrutar de unas relaciones sexuales armoniosas. A veces, uno de los cónyuges no quiere percibir el problema, y busca explicaciones y razonamientos para justificar su funcionamiento. Así, puede ocurrir que la mujer con un trastorno de deseo sexual perciba su situación como "normal" y responsabiliza al cónyuge de la situación de malestar por demandar "en exceso" relaciones sexuales. Igualmente, el padecimiento de un trastorno físico, responsable de experiencias dolorosas durante el coito, puede seguir utilizándose como excusa para evitar la penetración, aunque se hayan eliminado los problemas orgánicos. El percibirse padeciendo un problema genera, en muchas personas, inseguridad y temor, lo que retrasa la búsqueda de soluciones. En ocasiones, las parejas son capaces de poner en marcha recursos que resuelven sus dificultades, sin embargo en otros casos, los arduos intentos para solucionar por su cuenta el problema sexual resultan infructuosos, y es el momento de acudir a un profesional en busca de ayuda.

El primer paso en la búsqueda de soluciones pasa por la identificación del problema. En el [cuadro 5.1](#) se presenta un breve listado de situaciones que puede servir de orientación para percibir la presencia de una dificultad sexual.

Los cuatro primeros ítems se centran en aquellos aspectos relacionados con el deseo y la excitación. Los tres siguientes describen posibles situaciones problemáticas relacionadas con la anorgasmia, la dispareunia y el vaginismo. Por último, los tres restantes valoran la existencia de malestar e insatisfacción relacionados con la sexualidad. Si se ha contestado "Verdadero" a tres o más de los ítems listados, se puede estar experimentando algún síntoma de disfunción sexual.

**Cuadro 5.1. Perfil de disfunción sexual femenina**

---

Para contestar las siguientes preguntas céntrese en los dos últimos meses y las relaciones y actividades sexuales mantenidas en ese período de tiempo. Conteste Verdadero (V) cuando la frase describa, de alguna manera, su forma de actuar y Falso (F) cuando la frase no se ajuste a su funcionamiento.

1. No suelo tener pensamientos y/o fantasías de carácter sexual.  
(V)  (F)
2. Casi nunca me apetece tener relaciones sexuales.  
(V)  (F)
3. Me cuesta excitarme con las caricias (de mi pareja o las mías).  
(V)  (F)
4. Tengo dificultad para mantener mi excitación durante una relación sexual.  
(V)  (F)

5. Tengo dificultad para alcanzar el orgasmo.  
(V)  (F)
  6. Experimento dolor durante el coito.  
(V)  (F)
  7. Tengo dificultades en la penetración.  
(V)  (F)
  8. Las relaciones sexuales con mi pareja suelen ser insatisfactorias.  
(V)  (F)
  9. Las relaciones sexuales me producen temor y/o ansiedad.  
(V)  (F)
  10. Me preocupa mi funcionamiento sexual.  
(V)  (F)
- 

## **5.2. ¿Por qué se produce una disfunción sexual?**

El funcionamiento sexual depende de un conjunto de factores que se interrelacionan por lo que los problemas sexuales frecuentemente son causados por más de un factor. Las causas más frecuentemente relacionadas con una disfunción sexual se agrupan en tres grandes apartados: físicas, psicológicas y situacionales.

### **5.2.1. Causas físicas**

El padecimiento de una enfermedad o las secuelas de una intervención quirúrgica, la ingesta de determinados medicamentos o el consumo de sustancias como el alcohol pueden afectar a la vida sexual de una persona. Muchas de estas causas influyen directamente al alterar el funcionamiento sexual, como ocurre, por ejemplo, con la diabetes o con infecciones vaginales como la candidiasis. Otras veces, el efecto de estos factores es indirecto al influir en el estado de ánimo y hacer que la persona se sienta menos interesada en el sexo.

Entre las enfermedades relacionadas con disfunciones sexuales femeninas podemos destacar: alteraciones del tiroides, diabetes, trastornos ginecológicos, problemas urológicos, artritis, esclerosis múltiple, lesiones medulares y problemas cardíacos. Además, muchas mujeres experimentan cambios y alteraciones dramáticas en su sexualidad durante y después del tratamiento de un proceso cancerígeno. Por ejemplo, en mujeres que han padecido un cáncer ginecológico, la intervención quirúrgica puede provocar problemas urinarios como la incontinencia, o molestias y dolor durante el coito afectando directamente al deseo sexual. Asimismo, aquellas mujeres que han sido

sometidas a una mastectomía pueden sentirse avergonzadas de su cuerpo, preocupadas por el impacto que pueda tener en su pareja su aspecto corporal, lo que repercutirá muy negativamente en su vida sexual. Por último, los tratamientos como la radioterapia y la quimioterapia inciden negativamente en la actividad sexual, ya que los efectos secundarios que provocan suelen ser incompatibles con el estado emocional y físico que se requiere para mantener una actividad sexual satisfactoria. En el [cuadro 5.2](#) se recogen algunos de los problemas orgánicos que pueden generar dolor en las relaciones sexuales.

Además hay una amplia lista de sustancias químicas que pueden interferir con el funcionamiento sexual. Cualquier droga que afecte al sistema endocrino, neurológico o vascular, implicados en la respuesta sexual, tiene la posibilidad de alterar el ciclo sexual. Así, fármacos prescritos para controlar la presión arterial, al actuar sobre el sistema nervioso central, es posible que provoquen una disminución del deseo y dificultades de excitación. Antihistamínicos, recetados para combatir procesos alérgicos y asmáticos, generan, en algunas personas, problemas de lubricación y sequedad vaginal, produciendo dolores en el coito. Los antibióticos de amplio espectro, utilizados para combatir infecciones de las vías respiratorias, gastrointestinales o de la vejiga, pueden alterar la flora vaginal normal provocando irritación y molestias en la penetración. Los fármacos antidepresivos, inhibidores de la recaptación de serotonina, en ocasiones afectarán al funcionamiento sexual provocando disminución del deseo y trastornos de la excitación.

---

**Cuadro 5.2. Algunos problemas físicos relacionados con dolor en las relaciones sexuales**

---

- Problemas de lubricación vaginal.
  - Déficit de vasocongestión.
  - Ausencia de elevación uterina y abombamiento vaginal durante la excitación.
  - Deficiencia de estrógenos causante de una vaginitis atrófica.
  - Vestibulitis vulvar.
  - Infección vaginal, por ejemplo: trichomonas o herpes.
  - Irritación vaginal generada por jabones o desodorantes.
  - Relajación de los ligamentos uterinos.
  - Cicatriz tras una episiotomía o una operación.
  - Inflamación de las glándulas de Bartholin.
  - Himen rígido.
- 

### 5.2.2. Causas psicológicas

Las causas psicológicas de las disfunciones sexuales se suelen clasificar en tres grupos dependiendo del papel que juegan en el desarrollo del trastorno. El primer bloque recoge aquellas vivencias que han ocurrido en etapas tempranas de la vida y que hacen a la persona vulnerable al desarrollo de un trastorno sexual. En este grupo estarían experiencias sexuales tempranas traumáticas como los abusos sexuales, mensajes

negativos sobre la sexualidad, un clima familiar carente de afecto con una relación entre los padres conflictiva y deteriorada, o una información sexual inadecuada o incorrecta.

El segundo bloque agruparía aquellas experiencias asociadas con la aparición del problema como pueden ser: el nacimiento de un hijo, situaciones de estrés y fatiga, el padecimiento de trastornos psicológicos como depresión, anorexia, o trastornos de ansiedad, el deterioro de la autoimagen al experimentar el cuerpo cambios como resultado de la edad o el embarazo, o la infertilidad.

En el tercer grupo estarían aquellas cuestiones que afectan al mantenimiento del problema sexual. Las respuestas emocionales ante el trastorno como la culpa, la ansiedad, la preocupación por el rendimiento o la anticipación de fracaso, o un juego erótico empobrecido y una estimulación inadecuada pueden hacer que la situación problemática se agudice al interferir con la puesta en práctica de formas de actuación más positivas para la resolución del problema.

Hay que tener en cuenta que, muchos de los factores identificados pueden haber influido en la creación del problema y estar también jugando un papel relevante en su mantenimiento. Así, una información sexual inadecuada, que establezca como única forma válida de alcanzar el orgasmo el coito, puede repercutir en la vida sexual al impulsar una relación estereotipada, que dificulta el alcanzar los niveles de excitación necesarios para alcanzar el orgasmo. La mujer con esa creencia difícilmente buscará nuevos recursos o explorará distintas pautas de relación sexual.

### 5.2.3. Causas situacionales

Las causas situacionales englobarían aquellos factores relacionados con el contexto en que se desenvuelve la persona. Cuestiones relevantes de este punto serían aquellas condiciones que influyen en la sexualidad, al activar reacciones psicológicas asociadas a disfunciones sexuales, como, por ejemplo, la pérdida de empleo, la muerte de un familiar o un embarazo no deseado. Un tema importante a valorar a la hora de analizar la aparición de una disfunción sexual es el lugar y las circunstancias en los que se mantienen las relaciones sexuales. Lugares carentes de privacidad, en una situación apresurada que urge a la resolución, a costa del juego y de las caricias, pueden inhibir el deseo y la excitación, potenciando el trastorno.

---

#### **Cuadro 5.3. Guía para identificar posibles fuentes de problemas sexuales**

---

– *Causas físicas:*

1. ¿Está usted tomando algún tipo de medicamento para tratar un problema psicológico, de hipertensión o alérgico?
2. ¿Padece diabetes, una lesión cardíaca o artritis?
3. ¿Su estado de salud le genera inseguridad o inquietud? ¿Padece algún tipo de trastorno que le provoque fatiga, náuseas o dolor?
4. ¿Tiene zonas ulcerosas en la zona genital? ¿Su flujo vaginal es abundante, amarillento y con mal olor?

5. ¿Consume habitualmente alcohol, fuera de los horarios de comida?
- *Causas psicológicas:*
1. ¿Durante su infancia y adolescencia se le inculcó la idea de la sexualidad como algo sucio, peligroso o pecaminoso?
  2. ¿Su información sobre la sexualidad ha sido confusa, manteniéndose durante bastante tiempo ignorante de aquellos temas relacionados con el funcionamiento sexual?
  3. ¿Ha sufrido algún tipo de experiencia sexual traumática?
  4. ¿Ha padecido situaciones de cansancio o estrés intenso? (por causas familiares o laborales)
  5. ¿Padece algún tipo de problema psicológico, como depresión o ansiedad?
  6. ¿Se siente avergonzada por su aspecto físico en general? ¿Está pendiente del aspecto que tendrá su cuerpo durante una relación sexual?
  7. ¿Durante la relación sexual suele estar preocupada por si está tardando mucho en excitarse, o si su pareja se estará cansando?
  8. Al iniciar una relación sexual suele tener pensamientos de fracaso, de que no va a salir bien o de que luego se va a sentir mal?
  9. ¿Sus relaciones sexuales son monótonas? ¿Suele saber con precisión lo que va a ocurrir en cada momento? ¿La relación sexual se centra casi exclusivamente en el coito?
- *Causas situacionales:*
1. ¿Sus relaciones sexuales suelen tener lugar a última hora de la noche o a primera hora de la mañana, cuando lo que más le apetece es dormir?
  2. ¿Teme que alguien (hijos, familiares) pueda entrar súbitamente mientras está manteniendo una relación sexual?
  3. ¿Siente, con una cierta frecuencia, enfado o malestar hacia su pareja?
  4. ¿Tiene problemas de comunicación con su pareja? ¿Es difícil hablar con su pareja de temas conflictivos? ¿Discuten con frecuencia?
  5. ¿Padece su pareja algún tipo de dificultad sexual ?
  6. ¿Ha dejado su pareja de ser atractiva físicamente?
  7. ¿Siente una fuerte atracción sexual hacia otra persona que no es su pareja?
- 

Las dificultades y conflictos maritales son otra de las causas más frecuentes de problemas sexuales en la población femenina. Si la pareja está atravesando momentos conflictivos, con sentimientos de hostilidad y resentimiento hacia el otro, la vida sexual suele salir perjudicada.

Para la mujer, si priman los sentimientos de animadversión y malestar, el deseo sexual hacia el cónyuge se inhibe, rechazando los contactos sexuales. Asimismo, el padecimiento en un miembro de la pareja de una disfunción sexual, o de una enfermedad, puede generar disfunciones en el otro cónyuge. Problemas de eyaculación precoz o de erección pueden dificultar a la mujer para alcanzar el orgasmo, en una relación que se base especialmente en el coito. Igualmente, la preocupación por el estado del otro puede impedir el propio desempeño sexual al dificultar la concentración en las sensaciones propias.

En el [cuadro 5.3](#) se presenta una breve guía orientativa que recoge las distintas causas de un problema sexual. Puesto que, como ya se ha comentado anteriormente, las

disfunciones sexuales suelen estar originadas por un conjunto variado de factores, es frecuente que haya más de un aspecto identificado, especialmente entre los apartados psicológicos y situacionales. El agrupamiento de contestaciones afirmativas permitirá reconocer aquellos elementos que juegan un papel significativo en la dificultad sexual, tanto con su aparición como con su mantenimiento.

### **5.3. ¿En qué consiste una terapia sexual?**

Por terapia sexual se entiende una forma de asesoramiento psicológico orientado a abordar las disfunciones sexuales, proporcionando conocimiento, bienestar, recursos y confianza en el funcionamiento sexual. Para lograr esto, el trabajo terapéutico se centra en proporcionar herramientas y habilidades que permitan potenciar la excitación, eliminar la ansiedad disfuncional, corregir ideas erróneas, modificar actitudes destructivas sobre la sexualidad y mejorar la relación de pareja en general. El objetivo secundario de esta forma de terapia es desarrollar un estilo sexual satisfactorio y confortable, donde las personas sean capaces de experimentar deseo, excitación, orgasmo y satisfacción emocional.

#### **5.3.1. Características de los programas de tratamiento**

En la terapia sexual las sesiones de asesoramiento en la consulta se complementan con tareas que los pacientes tienen que realizar entre sesiones en la intimidad del hogar. El tipo de terapia a desarrollar dependerá de cada caso particular, ajustándose las tareas a las personas y a los problemas que padecen. Las sesiones están estructuradas de tal forma que permiten una aproximación gradual hacia una sexualidad placentera.

La dinámica habitual de trabajo se centra, tras un período dirigido a evaluar el tipo de disfunción y obtener los datos pertinentes para perfilar con precisión el trastorno sexual, en proporcionar una información adecuada y precisa sobre la sexualidad, y diseñar en la consulta las tareas y ejercicios que la mujer y la pareja deberán practicar en casa, analizando al inicio de cada sesión la realización de las tareas programadas, e identificando los obstáculos que dificultan o impiden su ejecución. El terapeuta ayudará a la pareja o a la paciente a eliminar o a reducir los impedimentos que puedan estar actuando de tal forma que se consigan, progresivamente, actividades y encuentros placenteros y gratificantes. Paulatinamente, a medida que los ejercicios programados en una sesión se cumplen satisfactoriamente, se irán diseñando nuevas tareas y actividades que acercan de manera graduada a los objetivos propuestos.

Los ejercicios prescritos serán sexuales y no sexuales y variarán dependiendo del trabajo que se esté llevando a cabo en las sesiones con el terapeuta. Algunas de las actividades que se prescriben son: la lectura de un texto o la visión de un vídeo, la programación de acercamientos de carácter erótico y sensual, ejercicios de comunicación sobre distintos temas que afectan a la relación en general y a la sexualidad en particular,

empezando por aquellos aspectos menos conflictivos para ir progresivamente avanzando hacia cuestiones de contenido más problemático. Estas tareas serán llevadas a cabo individualmente o en pareja dependiendo del objetivo de la actividad.

### 5.3.2. Fases del tratamiento

El tratamiento comienza con un período centrado en la obtención de información pertinente que permita perfilar con precisión el trastorno sexual, al analizar los distintos síntomas que presenta la paciente, e identificar aquellos factores relacionados con el origen y mantenimiento del problema. Los datos recogidos permitirán diseñar la estrategia de intervención óptima para el problema que presenta la pareja.

En una segunda fase tendrá lugar el procedimiento terapéutico. Las sesiones de encuentro con el terapeuta se programan, inicialmente, una vez a la semana, para posteriormente, a medida que se consolida el progreso terapéutico, ampliar el tiempo entre sesiones. En las sesiones clínicas se desarrollará, en primer lugar, un programa dirigido a mejorar los conocimientos de la pareja sobre la sexualidad, aclarar las ideas y conceptos erróneos y proporcionar una información precisa y ajustada. Posteriormente, la intervención se ajustará al tipo de disfunción que presenta la pareja, incidiendo en aquellos factores relevantes en el mantenimiento del problema.

El programar un encuentro semanal con el terapeuta permite que haya tiempo suficiente para practicar los ejercicios propuestos y, a la vez, facilita el control inicial de las actuaciones, al no dejar que transcurra mucho tiempo sin valorar o atender las dificultades o problemas que la práctica puede suscitar. Es frecuente que el tratamiento comience pidiendo a la pareja que se abstenga de realizar el coito y que los contactos sexuales que se mantengan se realicen siguiendo la estructura programada en los ejercicios. Este tipo de petición se basa en la necesidad de reconstruir la relación sexual desde sus inicios, para lo que se requiere eliminar pautas inadecuadas y expectativas negativas mediante una práctica que asegure el bienestar. Este objetivo sólo será posible si se inician los acercamientos sexuales desde nuevos presupuestos, lo que únicamente se alcanzará si se permite que nuevas formas de actuación tengan lugar.

Por último, el trabajo terapéutico estará orientado a consolidar los logros obtenidos a lo largo del proceso de intervención. Para ello, se trabajarán aquellas cuestiones relacionadas con una vida sexual armoniosa y placentera, como el establecimiento de expectativas sexuales realistas y positivas, basadas en una sexualidad flexible y variada en la tengan cabida, sin quebranto, aquellas experiencias sexuales esporádicas menos satisfactorias y gratificantes. Conviene establecer con antelación señales de aviso que sirvan como indicadores de un posible retroceso o recaída. El fijar con antelación estos marcadores y programar una estrategia que facilite su revisión periódica, hará menos probable que se reinstalen patrones antiguos relacionados con el problema sexual y permitirá reconducir la relación de manera positiva.

### 5.3.3. Eficacia de los procedimientos terapéuticos

Desde sus comienzos, en los años setenta, la terapia sexual ha mostrado un alto nivel de eficacia. Actualmente los porcentajes de éxito alcanzados han disminuido ligeramente ya que se considera que el tipo de problemas por los que se acude a consulta es más complejo y se ven afectados por múltiples factores. Es frecuente que las personas que padecen algún tipo de disfunción hayan previamente puesto en práctica distintos tipos de estrategias y recursos, por lo que únicamente llegarán a consulta aquellos problemas que, por su grado de dificultad, requieren la intervención de un profesional. Una estimación de los porcentajes de éxito de la terapia sexual en los distintos tipos de disfunción es el siguiente: deseo sexual hipoactivo, 50-70%; aversión al sexo, 80%; disfunción orgásmica primaria, 70-90%; disfunción orgásmica secundaria, 10-75%, y vaginismo, 80%.

Los resultados obtenidos al aplicar la terapia sexual a los problemas de disfunción orgásmica primaria y de vaginismo han sido muy satisfactorios. Cuando la mujer no ha alcanzado nunca el orgasmo, el programa de masturbación será una estrategia eficaz que le ayudará a tomar contacto con su cuerpo y aprender a reconocer las formas de estimulación más eficaces para alcanzar el orgasmo. Para el vaginismo el programa de dilatación progresiva permitirá eliminar la respuesta de contracción y favorecerá la introducción del pene.

En los casos de aversión al sexo, cuando la respuesta de rechazo y malestar se ha generado como consecuencia de algún tipo de experiencia traumática, tras un período de vida sexual placentera, la terapia sexual ha conseguido que un gran porcentaje de mujeres viva de nuevo su sexualidad de manera grata. Los resultados son menos concluyentes cuando la disfunción es de carácter primario, asociada a un trauma sexual como una experiencia de incesto o de abuso sexual en la infancia, o a una educación religiosa represiva. En estos casos se requerirá una intervención psicológica que vaya más allá del área sexual.

En las dificultades relacionadas con la falta de deseo y con la disfunción orgásmica secundaria los resultados varían dependiendo de la complejidad del problema. En los casos de ausencia de deseo, el que haya otras disfunciones sexuales asociadas, el carecer de pareja estable, el tener graves problemas en la relación de pareja, o el que el trastorno haya estado presente desde el inicio de la actividad sexual, serán factores que influirán de manera negativa en una rápida resolución. Asimismo, el dejar de tener orgasmos, tras una etapa en la que se ha sido capaz de alcanzarlos, suele relacionarse con problemas emocionales y de relación que requieren un abordaje psicológico más complejo. Respecto a los problemas de dolor en las relaciones sexuales, los datos existentes apuntan al beneficio de apoyar las intervenciones de carácter médico con algún tipo de terapia sexual, especialmente en aquellos casos en los que la experiencia de dolor ha estado presente desde el inicio de la actividad sexual.

### 5.3.4. Tratamiento individual o tratamiento en pareja

La relación sexual implica una situación interpersonal en la que la actuación de cada una de las dos personas influye en la del otro. La forma de acariciar y estimular, la manera de responder a esas caricias, y la comunicación entre la pareja juegan un papel muy importante en el desarrollo de un problema sexual. En concreto, la actitud que adopta el otro cuando aparecen las dificultades sexuales es un factor relevante para determinar el mantenimiento de una disfunción. Estas reacciones pueden ir desde el no comentar nada con relación al problema o reafirmar la importancia de la relación por encima de las dificultades que se puedan dar en un área particular, hasta relacionar la presencia del problema con carencia de afecto o de implicación en la relación o con graves deficiencias personales. La forma de actuar de la pareja influirá, en gran medida, en la manera de afrontar el problema del otro miembro. La compleja naturaleza recíproca de las relaciones de pareja ha llevado a los terapeutas que trabajan en el campo de la sexualidad a no considerar la disfunción sexual como algo personal que afecta solamente a uno de los miembros.

Los tratamientos individuales se recomiendan únicamente en aquellos casos en los que no se mantiene una relación de pareja estable. Los estudios efectuados para comparar el nivel de eficacia de la terapia sexual cuando se trabaja a nivel individual o en pareja han mostrado que el nivel de mejora se incrementaba cuando los dos miembros de la pareja se implicaban en la terapia. Sólo en la disfunción orgásmica primaria pueden alcanzarse niveles de mejoría satisfactorios cuando se ha trabajado con la mujer individualmente para que alcance el orgasmo mediante la masturbación. Sin embargo, puesto que el objetivo de la terapia sexual va más allá de promover la aparición de una respuesta de activación sexual concreta, sino que se plantea el establecimiento de unas relaciones sexuales gratificantes, se requiere el asesoramiento de ambos cónyuges para que puedan establecer sus interacciones de tal manera que garanticen unas experiencias futuras placenteras.

#### **5.4. Cómo ayudarse uno mismo**

Las personas tienen distintas formas de actuar cuando se enfrentan a un problema. En algunos casos, el pensar que algo no va bien genera angustia y malestar, y se tiende a ignorar la situación esperando que ésta se resuelva por sí sola. En otros casos, la ansiedad que se experimenta bloquea la búsqueda de posibles alternativas, la mujer se siente herida o su inseguridad es tan intensa que no sabe qué hacer o qué camino escoger. Además, el plantear a un extraño un tema tan íntimo como la sexualidad hace que surja la vergüenza y se demore cada vez más el acudir a un profesional.

Un primer paso importante en el camino de la resolución, una vez que se ha identificado la posible presencia de una disfunción sexual, pasa por obtener información precisa y relevante sobre el funcionamiento sexual, los tipos de problemas que pueden existir y a qué pueden ser debidos. En ocasiones el problema puede estar relacionado con una información sexual errónea, con la inexperiencia o con una práctica sexual inadecuada. El disponer de un conocimiento amplio sobre la sexualidad puede ayudar a

modificar actitudes y contemplar el funcionamiento sexual desde una óptica más favorable y positiva. Al contemplar el funcionamiento sexual desde la perspectiva que proporciona el conocimiento pueden surgir más fácilmente ideas y sugerencias para abordar el problema.

#### 5.4.1. Buscando información

Para muchas parejas la primera dificultad que se encuentran cuando buscan información que les oriente sobre sus dificultades sexuales es el elegir el material apropiado entre la gran cantidad de recursos que se ofertan, actualmente, dentro del apartado general de sexualidad. A la hora de escoger el tipo de libros que pueden proporcionar una guía útil y provechosa, es conveniente tener en cuenta los siguientes criterios: *a)* buscar textos que partan de una visión de la sexualidad ajustada, rehuyendo aquellos de contenidos más provocadores y sensacionalistas que no suelen estar refrendados por estudios rigurosos y contrastados; *b)* elegir publicaciones que creen expectativas razonables, proponiendo distintas soluciones a los diferentes problemas, desde un enfoque serio, avalado por una documentación que refleje la eficacia de los procedimientos recomendados; *c)* seleccionar aquellos libros que faciliten acciones prácticas, que proporcionen pautas orientadas a manejar de manera específica, y no mediante vagas recomendaciones y consejos, estados emocionales negativos asociados a la sexualidad como la culpa, la ansiedad o el miedo, y a adquirir recursos y destrezas que permitan a la pareja establecer una comunicación adecuada y una actividad sexual placentera; y *d)* optar por aquellos recursos que presentan la información de manera didáctica y amena, en un estilo que facilite la lectura y con un vocabulario asequible y de fácil comprensión. Los libros de carácter técnico, al dirigirse a un público más especializado, suelen ser más complejos y densos y no son recomendables para su uso como material de autoayuda.

Entre los textos que presentan una visión general de la sexualidad rigurosa y seria, en un formato didáctico y con un lenguaje sencillo que ayuda a la comprensión, se pueden destacar: *El libro de la sexualidad* (Ochoa y Vázquez, 1992); *Guía de la sexualidad* (Labrador, 1994); *Guía práctica de la sexualidad femenina* (Bertomeu, 1996); *Mitos y tópicos en la pareja. Normas para disfrutar de la vida sexual* (Matea, 1988). Los dos primeros presentan una recopilación amplia y bastante exhaustiva de aquellas cuestiones relacionadas con la sexualidad desde una perspectiva biológica, psicológica, social y cultural. El tercer texto se centra en la sexualidad femenina, proporcionando claves que ayudan a conocer mejor cómo viven las mujeres la sexualidad. Por último, el cuarto libro recoge la sexualidad en el ámbito de las relaciones de pareja, revisando los errores y confusiones que suelen regir los encuentros sexuales, las dificultades que pueden aparecer en la vida sexual de las parejas y de qué forma atajarlas, utilizando para ello un lenguaje claro y un tono desenfadado.

Otros textos están más centrados en abordar problemas específicos proporcionando pautas concretas de actuación que ayuden a su resolución. En *Cómo vencer la pereza*

*sexual* (Costa y López, 1999) se aborda el tema de pérdida del deseo, ayudando a las parejas a comprender las claves relacionadas con la aparición del problema y a programar el cambio mediante la práctica y el aprendizaje de nuevas formas de actuación. En el libro *Para alcanzar el orgasmo* (Heiman y LoPiccolo, 1989), se presenta un programa diseñado para que la mujer aprenda a autoestimularse para alcanzar el orgasmo. Está dirigido especialmente a mujeres que no han tenido nunca un orgasmo, ofreciendo ejercicios y experiencias para practicar en solitario y en pareja.

En el campo del material audiovisual merece la pena destacar la colección de vídeos que bajo el título general "*Sexo. Placer en la vida*" (De Graaff, 1999) recoge distintos programas orientados a abordar diversas cuestiones sexuales tanto de forma individual como en pareja. Así, uno de los vídeos se centra en la sexualidad femenina y facilita información encaminada a ayudar a aquellas mujeres con dificultades para alcanzar el orgasmo. Otros vídeos muestran la forma de mejorar las relaciones sexuales en la pareja, proporcionando pautas e indicaciones encaminadas a potenciar el entendimiento y la satisfacción sexual.

Por último, y dirigidos a aquellas parejas cuya relación se haya deteriorado y que perciban la necesidad de algunas sugerencias que les ayuden a establecer una cotidianidad más satisfactoria, existen una serie de libros de gran utilidad, como por ejemplo: *Reaprender a vivir en pareja* (Cáceres, 1986); *La vida en pareja: cómo resolver las dificultades de la convivencia* (Sanz, 2000); *Siete reglas de oro para vivir en pareja* (Gottman y Silver, 2000). Estas publicaciones sugieren estrategias e indicaciones para afrontar, con las mayores garantías, los conflictos y problemas que surgen en toda convivencia, potenciando dinámicas más enriquecedoras y satisfactorias.

#### 5.4.2. Promoviendo unas relaciones sexuales gratificantes

Aunque no existen reglas generales y universales que garanticen una vida sexual plena, es posible adoptar una serie de pautas que favorecerán el desarrollo de una sexualidad placentera. En el [cuadro 5.4](#) se presenta un resumen de aquellos comportamientos que permitirán construir una buena vida sexual.

---

**Cuadro 5.4. Conductas relacionadas con una sexualidad gratificante**

---

- Aceptar el propio cuerpo.
  - Aprender sobre el sexo.
  - Comunicar los sentimientos y deseos.
  - Centrarse en el placer
  - Conocer el cuerpo de su pareja.
  - Buscar nuevas formas de estimulación.
  - Crear tiempo y espacio para el sexo.
  - Ser flexible.
  - Ampliar los contactos físicos fuera del marco de las relaciones sexuales.
  - Centrarse en el bienestar de las experiencias, sin exigencias ni rendimientos.
-

La aceptación del propio cuerpo, valorando los aspectos más favorecedores junto con los menos apreciados, y asumiendo los cambios que se van sucediendo, bien por el paso del tiempo o por determinados acontecimientos vitales, es un requisito importante para poder disfrutar plenamente. El rechazo genera ansiedad y dificulta el acercamiento al otro, al bloquear las sensaciones de bienestar y placer. Igualmente, el aprender sobre el sexo, adquiriendo conocimientos adecuados sobre el funcionamiento sexual, permitirá eliminar errores, prejuicios y estereotipos que fomentan actitudes negativas y favorecen la aparición de trastornos sexuales. Asumir la responsabilidad del placer sexual propio es una estrategia óptima para desarrollar unas relaciones sexuales mutuamente satisfactorias y para ello lo mejor es comunicar los sentimientos y deseos, compartiendo con la pareja el tipo de caricias que se desean, la forma de estimulación más agradable o los acercamientos sexuales que resultan molestos o menos apetecibles. Otro elemento importante para el placer sexual es el permitirse centrarse en el placer, sin distracciones. El aprender a concentrarse en las sensaciones que experimenta el cuerpo, abandonándose a ellas, juega un papel importante en la activación del deseo y de la excitación, y es la clave fundamental para alcanzar el orgasmo.

Las relaciones sexuales pueden verse, igualmente, favorecidas cuando la pareja programa encuentros sexuales en un clima que facilita la intimidad, sin presiones horarias ni interrupciones inesperadas. Asimismo, el experimentar nuevas formas de darse placer, explorando caricias diferentes y buscando variaciones que complazcan a los dos miembros de la pareja, será una forma de combatir la rutina y la monotonía que tan frecuentemente se instalan en las parejas con el paso del tiempo, y que suele ser una de las causas de la pérdida de deseo. Por último, el extraer de cada experiencia los aspectos más positivos y placenteros, resaltando el aspecto lúdico y divertido del juego sexual, sin hacer hincapié en el logro de respuestas sexuales concretas como la excitación y el orgasmo, y aceptando las fluctuaciones que toda vida sexual presenta, es la mejor garantía para una felicidad sexual.

#### 5.4.3. Promoviendo una relación de pareja satisfactoria

Dada la importancia que tiene para la relación sexual el clima existente en la pareja, el establecer una convivencia armoniosa, en la que los momentos conflictivos y de malestar son breves y pasajeros frente a los períodos de bienestar y afecto, repercutirá positivamente en la sexualidad de la pareja. En el cuadro 5.5 se recogen distintas formas de actuar que se han relacionado con satisfacción marital.

En las parejas es frecuente que, con el paso del tiempo, se instale una rutina monótona, útil para atender a las responsabilidades existentes, pero en la que habitualmente los cónyuges se mantienen alejados emocionalmente uno del otro. Los acercamientos afectuosos se circunscriben, casi exclusivamente, al sexo y si, por cansancio, estrés o cualquier otra razón, éste empieza a espaciarse, el contacto afectivo entre los cónyuges se desvanece. Las caricias, abrazos, besos o pequeños gestos cariñosos, intercambiados diariamente, mantendrán una proximidad física y amorosa,

tonificante para la sexualidad. Este clima afectivo se alimenta igualmente compartiendo la pareja un tiempo para los dos, en el que puedan charlar, divertirse y disfrutar, sin tener que estar pendientes de otras responsabilidades, o promoviendo el bienestar del otro al colaborar en tareas, prestar favores o preguntar sobre cómo ha ido el día. El dejar que los hijos o el trabajo, por ejemplo, ocupen todo el espacio físico y psíquico, es a costa de dejar fuera al cónyuge, por lo que la relación se resentirá.

---

**Cuadro 5.6. *Comportamientos relacionados con satisfacción marital***

---

- Expresar afecto: decir palabras cariñosas, besar o abrazar, manifestar placer por la compañía del otro.
  - Mostrar respeto: escuchar las opiniones del otro, ser cortés, mostrar confianza en las habilidades del otro.
  - Brindar apoyo y ayuda: hacer favores, mostrarse disponible para ayudar, preguntar sobre cómo ha ido el día, hacer algo para ahorrar a la pareja tiempo o esfuerzo.
  - Comunicarse de forma efectiva: hacer afirmaciones sobre uno mismo y no sobre el cónyuge, expresar de manera directa y honesta opiniones, deseos y sentimientos, empatizar, ponerse en el lugar del otro, no juzgar, buscar soluciones a los problemas basadas en el compromiso y la cooperación.
  - Reservar un tiempo para compartir: pasar un rato charlando, dar paseos, salir juntos.
  - Cuidar la convivencia: pedir perdón y rectificar, decir "gracias", mostrar apreciación por lo que hace el otro.
  - Potenciar la intimidad: aceptar las diferencias, compartir vivencias y sentimientos, formar equipo.
- 

La calidad de la comunicación en una relación es un factor decisivo en una pareja bien avenida. Una comunicación efectiva promueve la comprensión, elemento principal de una buena relación, al permitir expresar lo que uno quiere decir, y valorar mediante la escucha lo que se está comunicando. Afrontar las dificultades mediante la negociación y el acuerdo fomentará en la pareja la percepción de ser un equipo que trabaja de forma conjunta por el bienestar de ambos. Se consolida así una intimidad en la que cada uno acepta al otro como es, sin críticas ni reproches, posibilitando las confidencias más personales y fortaleciendo la unión de la pareja. El sentimiento de complicidad en una pareja fortalecerá la unión afectiva y amorosa entre los cónyuges, e influirá de forma beneficiosa en su vida sexual.

# Clave de respuestas

## Capítulo 1

	a	b	c	d	e
1.- Pregunta:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.- Pregunta:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
3.- Pregunta:	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.- Pregunta:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.- Pregunta:	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Capítulo 3

	a	b	c	d	e
1.- Pregunta:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.- Pregunta:	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.- Pregunta:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.- Pregunta:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.- Pregunta:	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Capítulo 2

	a	b	c	d	e
1.- Pregunta:	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.- Pregunta:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
3.- Pregunta:	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.- Pregunta:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.- Pregunta:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Capítulo 4

	a	b	c	d	e
1.- Pregunta:	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.- Pregunta:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.- Pregunta:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
4.- Pregunta:	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.- Pregunta:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

# Lecturas recomendadas y bibliografía

## Lecturas recomendadas para pacientes

- Bertomeu, O. (1996). *Guía práctica de la sexualidad femenina*. Madrid: Temas de Hoy.
- Costa, M. y López, E. (1999). *Cómo vencer la pereza sexual*. Madrid: Temas de Hoy.
- Heiman, J. y LoPiccolo, J. (1989). *Para alcanzar el orgasmo*. Barcelona: Grijalbo
- Labrador, F. J. (Dir.) (1994). *Guía de la sexualidad*. Madrid: Espasa Calpe.
- Matea, A. (1988). *Mitos y tópicos en la pareja. Normas para disfrutar de la vida sexual*. Madrid: Libertarias.

## Lecturas recomendadas para terapeutas

- Carrobles, J. A. y Sanz, A. (1991). *Terapia sexual*. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.
- Hawton, K. (1988). *Terapia sexual*. Barcelona: Doyma.
- Hurtado, F. (1997). *Sexualidad: funcionamiento normal, trastornos y tratamientos*. Valencia: Promolibro.
- Labrador, F. J. (1994). *Disfunciones sexuales*. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.
- Masters, W. H.; Johnson, V. E. y Kolodny, R. C. (1987). *La sexualidad humana*. (3 vols.). Barcelona: Grijalbo.

## Bibliografía

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.) (DSM-IV)*. Washington, D. C: American Psychiatric Association. (Trad. cast., Barcelona, Masson, 1994).
- Ballester, R. y Gil, M. D. (1995). Estudio epidemiológico sobre la prevalencia de disfunciones sexuales en la Comunidad Valenciana. *Psicothema*, 1, 95-104.
- Barlow, D. H. (1986). Causes of sexual dysfunction: the role of anxiety and cognitive interference. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 140-148.
- Bertomeu, O. (1996). *Guía práctica de la sexualidad femenina*. Madrid: Temas de Hoy.
- Basson, R. (2000). The female sexual response: a different model. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 26, 51-65.
- Cáceres, J. (1986). *Reaprender a vivir en pareja*. Barcelona: Plaza y Janés.
- Carrasco, M. J. (1996). *Cuestionario de Aserción en la Pareja*. Madrid: TEA Ediciones.
- Carrasco, M. J. (1998). Aprender a vivir en pareja. En C. Alemany (Ed.), *14 aprendizajes vitales*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Carrasco, M. J.; Llavona, L. y Carrasco, I. (1979). *Pauta de entrevista para la identificación de problemas sexuales en la pareja*. Madrid: IAMCO.
- Carrobles, J. A. y Sanz, A. (1991). *Terapia sexual*. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.
- Costa, M. y López, E. (1999). *Cómo vencer la pereza sexual*. Madrid: Temas de Hoy.

- Chambless, D. L. y Lifshitz, J. (1984). Self-reported sexual anxiety and arousal: The Expanded Sexual Arousal Inventory. *The Journal of Sex Research*, 20, 241-254.
- Davis, C. M.; Yarber, W. L.; Bauserman, R.; Schreer, G. y Davis, S. L. (Eds.) (1998). *Handbook of sexuality - related measures*. Thousand Oaks: Sage Publications Inc.
- De Graaff, B. (Ed.) (1999). *Sexo. Placer en la vida*. Madrid: S. A. V
- Derogatis, L. R. y Melisaratos, N. (1979). The DSFI: A multidimensional measure of sexual functioning. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 5, 244-281.
- Dunn, K. M.; Croft, P. R. y Hackett, G. I. (2000). Satisfaction in the sex life of a general population sample. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 26, 141-152.
- Goñi, J. (Dir.) (1996). *Íntima. Enciclopedia sexual*. Madrid: MPMultipres.
- Gottman, J. M. y Silver, N. (2000). *Siete reglas de oro para vivir en pareja*. Barcelona: Plaza y Janés.
- Hawton, K. (1988). *Terapia sexual*. Barcelona: Doyma. (Ori. en inglés, 1985).
- Hems, S. A. y Crowe, M. (1999). The Psychosexual Dysfunction Clinic at the Maudsley Hospital, London: a survey of referrals between January and December 1996. *Sexual and Marital Therapy*, 14, 15-25.
- Heiman, J. y LoPiccolo, J. (1989). *Para alcanzar el orgasmo*. Barcelona: Grijalbo (Original en inglés, 1988).
- Heiman J. R. y Meston, C. M. (1997). Empirically validated treatment for sexual dysfunction. *Annual Sexual Review of Sex Research*, V. VIII, 148-191.
- Hoon, E. F.; Hoon, P. W. y Wincze, J. P. (1976). The SAI: An inventory for the measurement of female sexual arousability. *Archives of Sexual Behavior*, 5, 291-300.
- Hooper, A. (1996). *Guía del sexo de Anne Hooper*. Barcelona: Zeta Multimedia.
- Hurtado, F. (1997). *Sexualidad: funcionamiento normal, trastornos y tratamientos*. Valencia: Promolibro.
- Hurtado, F.; Teodoro, E.; Royo, A. y Muñoz, Y. (1996). Estudio sobre disfunciones sexuales femeninas: incidencia por sexos y análisis de variables biopsicosociales predictoras. *Cuadernos de Medicina Psicosomática*, 27, 24-33.
- Kaplan, H. (1978). *Manual ilustrado de Terapia Sexual*. Barcelona: Grijalbo. (Original en inglés, 1975).
- Kinsey, A. C.; Pomeroy, W.; Martin, C. y Gebhard, P. (1953). *Sexual behavior in the human female*. Philadelphia: W. B. Saunders.
- Labrador, F. J. (1994). *Disfunciones sexuales*. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.
- Labrador, F. J. (Dir.) (1994). *Guía de la sexualidad*. Madrid: Espasa Calpe.
- Laumann, E. O.; Paik, A. y Rosen, R. C. (1999). Sexual dysfunction in the United States. *JAMA*, 281, 537-544.
- LoPiccolo, J. y Steger, J. (1974). The Sexual Interaction Inventory: a new instrument for assessment of sexual dysfunction. *Archives of Sexual Behavior*, 3, 585-595.
- Marqués, M. J. y Caballero, J. (1999). Análisis de la población femenina atendida por dificultades sexuales en centros de orientación familiar. *Cuadernos de Medicina Psicosomática*, 49, 19-30.
- Masters, W. H. y Johnson, V. E. (1966). *Human sexual response*. Boston: Little, Brown (Trad. cast., Buenos Aires: Intermédica, 1981).
- Masters, W. H. y Johnson, V. E. (1970). *Human sexual inadequacy*. Boston: Little, Brown (Trad. cast., Buenos Aires: Intermédica, 1981).
- Masters, W. H. Johnson, V. E. y Kolodny, R. C. (1987). *La sexualidad humana*. (3 vols.). Barcelona: Grijalbo. (Original en inglés, 1985).
- Matea, A. (1988). *Mitos y tópicos en la pareja. Normas para disfrutar de la vida sexual*. Madrid: Libertarias.
- Mira, J. J. (1988). Terapia sexual en la sanidad pública. Perspectivas de futuro. *Análisis y Modificación de Conducta*, 14, 167-176.
- O'Donohue, W.; Dopke, C. A. y Swingen, D. N. (1997). Psychotherapy for female sexual dysfunction: a review. *Clinical Psychology Review*, 17, 537-566.
- Ochoa, E. y Vázquez, C. (Eds.) (1992). *El libro de la sexualidad*. Madrid: El País.
- Palace, E. M. (1995). Modification of dysfunctional patterns of sexual response through autonomic arousal and false physiological feedback. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 604-615.
- Palace, E. M. y Gorzalka, B. B. (1992). Differential patterns of arousal in sexuality functional and dysfunctional women: Physiological and subjective components of sexual response. *Journal of Sexual Behavior*, 21, 135-159.
- Pion, R. J. (1975). *The sexual response profile*. Honolulu: Enabling Systems.

- Rosen, R. C. y Leiblum, S. R. (1995). Treatment of sexual disorders in the 1990s: an integrated approach. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 877-890.
- Rosen, R.; Taylor, J.; Leiblum, S. y Bachmann, G. (1993). Prevalence of sexual dysfunction in women: Results of a survey study of 329 women in an outpatient gynecological clinic. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 19, 171-188.
- Sánchez, C.; Morales, F.; González, G.; Souza, M. y Romo, M. C. (1997). Prevalencia y tipos de disfunción sexual femenina. *Psicopatología*, 17, 174-178.
- Sanz, A. (2000). *La vida en pareja: cómo resolver las dificultades de la convivencia*. Madrid: Temas de Hoy.
- Segraves, R. T. y Althof, S. (1998). Psychotherapy and pharmacotherapy of sexual dysfunctions. En P. E. Nathan y J. M. Gorman (Eds.): *A guide to treatments that work*. Oxford: Oxford University Press.
- Schnarch, D. M. (1991). *Constructing the Sexual Crucible: An integration of sexual and marital therapy*. Nueva York: Norton.
- Snyder, D. K. (1989). *Marital Satisfaction Inventory (MSI)* (4.<sup>a</sup> ed.). Los Ángeles: Western Psychological Services.
- Spanier, G. B. (1976). Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and the Family*, 38, 15-28.
- Spence, S. H. (1991). *Psychosexual therapy. A cognitive-behavioural approach*. Londres: Chapman y Hall.
- World Health Organization (1992). *The ICD-10. Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneve: World Health Organization (Trad. cas. Madrid: Meditor, 1992).

# Índice

Portada	2
Créditos	5
Índice	6
Capítulo 1. Introducción	10
1.1. Una aproximación a la sexualidad femenina	10
1.2. La respuesta sexual en la mujer	12
1.2.1. Anatomía de los órganos sexuales femeninos	12
1.2.2. Fisiología de la respuesta sexual femenina	14
1.3. Clasificación de las disfunciones sexuales femeninas	17
1.3.1. Las disfunciones sexuales femeninas en el DSM-IV	17
1.3.2. Las disfunciones sexuales femeninas en la CIE-10	18
1.3.3. Otros sistemas de clasificación	20
1.4. Descripción clínica de las disfunciones sexuales femeninas	24
1.4.1. Deseo sexual hipoactivo	25
1.4.2. Aversión al sexo	26
1.4.3. Trastorno de la excitación sexual en la mujer	26
1.4.4. Trastorno orgásmico femenino	27
1.4.5. Dispareunia	28
1.4.6. Vaginismo	28
1.4.7. Disfunciones sexuales debidas a enfermedades médicas	29
1.4.8. Disfunciones sexuales inducidas por sustancias	29
1.5. Epidemiología de las disfunciones sexuales femeninas	30
1.6. Trastornos asociados y evolución de las disfunciones sexuales femeninas	32
Cuadro resumen	33
Exposición de casos clínicos	34
Preguntas de autoevaluación	36
Capítulo 2. Etiología de las disfunciones sexuales femeninas	38
2.1. Factores orgánicos	38
2.1.1. Enfermedades físicas e intervenciones quirúrgicas que afectan al funcionamiento sexual	39
2.1.2. Efectos de medicamentos y drogas en la sexualidad femenina	41
2.2. Factores psicológicos	42

2.2.1. Factores predisponentes	42
2.2.2. Factores precipitantes	43
2.2.3. Factores de mantenimiento	45
2.3. Factores sociales y relacionales	46
2.3.1. Información y educación sexual	46
2.3.2. Disfunción sexual y relaciones de pareja	48
2.4. Factores evolutivos	48
2.4.1. Ciclo vital y funcionamiento sexual	49
2.4.2. Disfunciones sexuales en el ciclo vital	50
2.5. Revisión de modelos explicativos sobre la adquisición y mantenimiento de las disfunciones sexuales femeninas	51
Cuadro resumen	53
Exposición de casos clínicos	53
Preguntas de autoevaluación	56
<b>Capítulo 3. Evaluación de las disfunciones sexuales femeninas</b>	<b>58</b>
3.1. Consideraciones generales	58
3.2. Objetivos de la evaluación	59
3.3. Áreas de evaluación	60
3.4. Criterios diagnósticos y diagnóstico diferencial	62
3.4.1. Trastorno por deseo sexual hipoactivo	62
3.4.2. Trastorno por aversión al sexo	63
3.4.3. Trastorno de la excitación sexual	64
3.4.4. Trastorno orgásmico femenino	64
3.4.5. Dispareunia	65
3.4.6. Vaginismo	65
3.5. Técnicas y procedimientos de evaluación	66
3.5.1. Historia sexual y entrevista clínica	66
3.5.2. Los autoinformes	69
3.5.3. La autoobservación	80
3.5.4. La evaluación psicofisiológica	80
3.5.5. La evaluación médica	81
3.6. Formulación del problema y diseño de intervención	82
Cuadro resumen	83
Exposición de casos clínicos	85
Preguntas de autoevaluación	88

Capítulo 4. Guía para el terapeuta: pautas de intervención	91
4.1. Consideraciones previas	92
4.1.1. Objetivos de la intervención terapéutica	92
4.1.2. Pautas generales de intervención	93
4.1.3. Dificultades más frecuentes en el curso del proceso de intervención	94
4.1.4. La prevención de recaídas	96
4.2. Estructura general del procedimiento de intervención	97
4.2.1. Diseño de las sesiones	97
4.2.2. Las tareas para casa	99
4.2.3. Biblioterapia	101
4.3. Componentes básicos de la intervención terapéutica	103
4.3.1. La información y la educación sexual	103
4.3.2. La focalización sensorial	104
4.3.3. El control de estímulos	106
4.3.4. El entrenamiento en comunicación	107
4.3.5. La reestructuración cognitiva	110
4.4. Procedimientos específicos de intervención ,	111
4.4.1. La intervención en la ausencia de deseo	111
4.4.2. La intervención en la aversión al sexo	114
4.4.3. La intervención en los problemas de excitación sexual	115
4.4.4. La intervención en los problemas de orgasmo	116
4.4.5. La intervención en los problemas de vaginismo	118
4.4.6. La intervención en los problemas de dispareunia	121
4.4.7. Otras aproximaciones terapéuticas	122
4.4.8. Eficacia de la intervención terapéutica en las disfunciones sexuales femeninas	123
Cuadro resumen	125
Exposición de casos clínicos	127
Preguntas de autoevaluación	130
Capítulo 5. Guía informativa y de autoayuda para el paciente	133
5.1. ¿Qué es una disfunción sexual?	133
5.1.1. La respuesta sexual de la mujer	134
5.1.2. Mitos y errores acerca del funcionamiento sexual	136
5.1.3. Tipos de disfunciones sexuales	138
5.1.4. La disfunción sexual y la relación de pareja	140

5.1.5. La frecuencia de las disfunciones sexuales	142
5.1.6. ¿Cómo saber si se necesita ayuda?	143
5.2. ¿Por qué se produce una disfunción sexual?	144
5.2.1. Causas físicas	144
5.2.2. Causas psicológicas	145
5.2.3. Causas situacionales	146
5.3. ¿En qué consiste una terapia sexual?	148
5.3.1. Características de los programas de tratamiento	148
5.3.2. Fases del tratamiento	149
5.3.3. Eficacia de los procedimientos terapéuticos	150
5.3.4. Tratamiento individual o tratamiento en pareja	150
5.4. Cómo ayudarse uno mismo	151
5.4.1. Buscando información	152
5.4.2. Promoviendo unas relaciones sexuales gratificantes	153
5.4.3. Promoviendo una relación de pareja satisfactoria	154
Clave de respuestas	156
Lecturas recomendadas y bibliografía	157