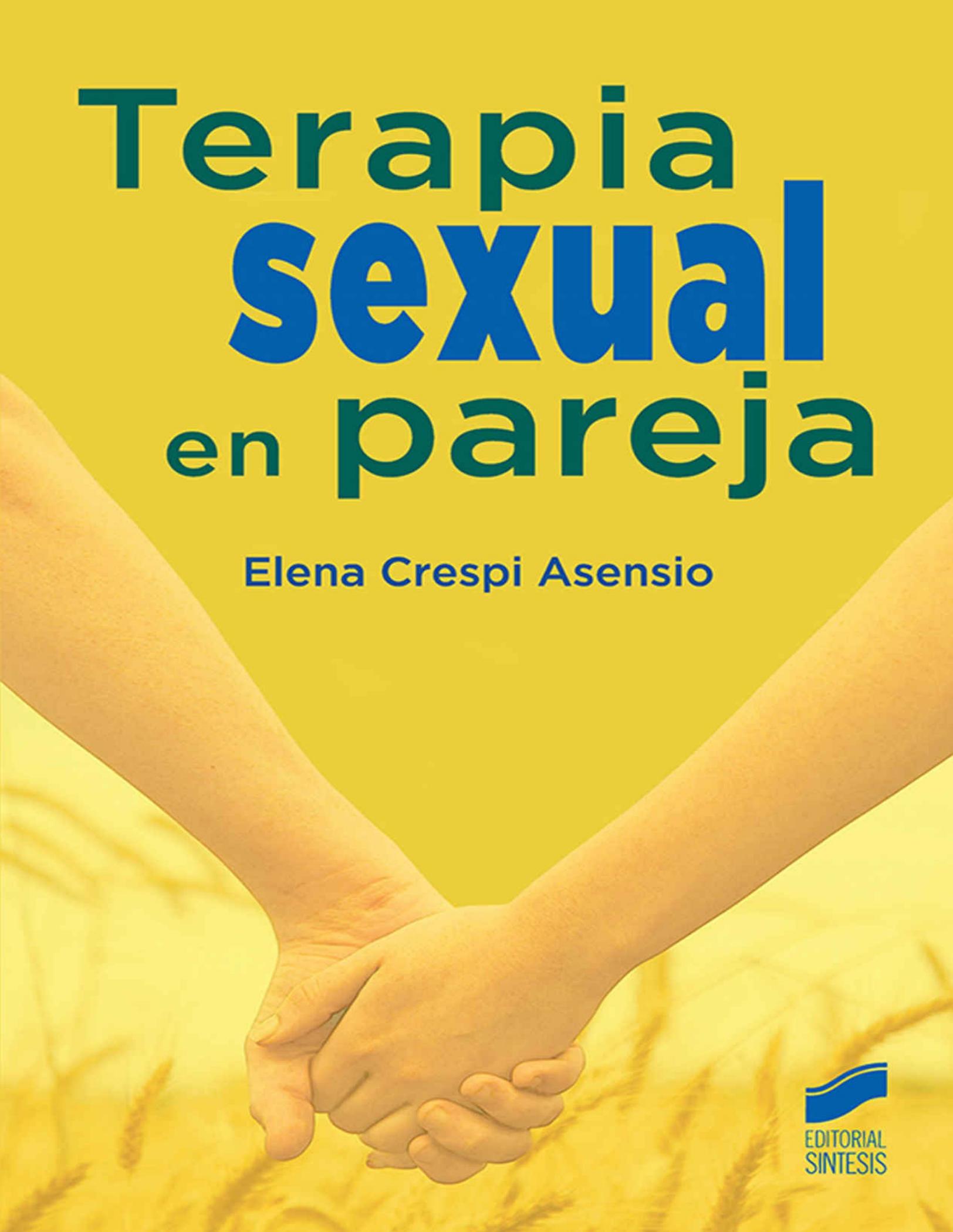


# Terapia **sexual** en pareja

Elena Crespi Asensio



  
EDITORIAL  
SÍNTESIS



# **TERAPIA SEXUAL EN PAREJA**

Consulte nuestra página web: [www.sintesis.com](http://www.sintesis.com)  
En ella encontrará el catálogo completo y comentado



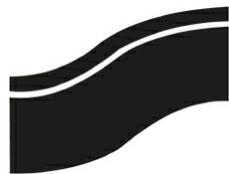
**Q**ueda prohibida, salvo excepción prevista en la ley, cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública y transformación de esta obra sin contar con autorización de los titulares de la propiedad intelectual. La infracción de los derechos mencionados puede ser constitutiva de delito contra la propiedad intelectual (arts. 270 y sigs. Código Penal). El Centro Español de Derechos Reprográficos ([www.cedro.org](http://www.cedro.org)) vela por el respeto de los citados derechos.





# **TERAPIA SEXUAL EN PAREJA**

Elena Crespi Asensio



EDITORIAL  
SÍNTESIS

© Elena Crespi Asensio

© EDITORIAL SÍNTESIS, S. A.  
Vallehermoso, 34. 28015 Madrid  
Teléfono: 91 593 20 98  
[www.sintesis.com](http://www.sintesis.com)

ISBN: 978-84-917160-7-5

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

## Introducción

Sexualidad y sexualidades

Disfunciones sexuales

No podemos olvidar

## PARTE I

Sexualidad, sexualidades

### 1. El contexto profesional

1.1. El “para qué” de este libro

1.2. Cómo creamos nuestra sexualidad

1.3. Base psicoterapéutica del enfoque del libro

1.4. Conceptos básicos y herramientas de trabajo

1.5. Qué influye en nuestro concepto de sexualidad: de lo biológico a lo social

1.5.1. Genograma

1.5.2. Línea de la vida

1.6. Ciclo vital: la sexualidad a lo largo de nuestra vida

1.7. Orientaciones, sexualidad y pareja

### 2. Consideraciones previas al inicio de la terapia sexual

2.1. El paciente: el eje central del proceso terapéutico

2.2. Orientación teórica: el escenario que avala la terapia

2.3. La pareja: cómo optimizar la terapia sexual

2.3.1. La elección de la pareja

2.3.2. Del enamoramiento a la construcción del amor

2.3.3. La importancia de la sexualidad dentro de la relación de pareja

## PARTE II

### **3. Cuando el placer llega antes de lo deseado: la eyaculación precoz**

3.1. ¿Cómo definimos la eyaculación precoz?

3.2. Factores predisponentes, factores precipitantes, factores de mantenimiento

3.3. Elementos para tener en cuenta para organizar la terapia

3.4. Caso clínico

### **4. Cuando el cuerpo no responde lo suficiente: disfunción eréctil**

4.1. ¿Cuándo aparece y qué es la disfunción eréctil?

4.2. Factores predisponentes, factores precipitantes, factores de mantenimiento

4.3. La terapia: ¿Cómo se desarrolla?

4.4. Caso clínico

### **5. Cuando el placer no aparece: eyaculación retardada y anorgasmia**

5.1. Anorgasmia femenina y anorgasmia masculina: ¿son lo mismo?

5.2. Factores predisponentes, factores precipitantes, factores de mantenimiento

5.3. ¿Cómo trabajamos terapéuticamente?

5.4. Casos clínicos

### **6. Cuando el cuerpo cierra sus puertas: Vaginismo**

6.1. Vaginismo: ¿qué es y qué tipos existen?

6.2. Factores predisponentes, factores precipitantes, factores de mantenimiento

6.3. El enfoque terapéutico para el trabajo con el vaginismo

6.4. Casos clínicos

### **7. Cuando el dolor impide el placer: dispareunia**

7.1. ¿A qué llamamos dispareunia?

7.2. Factores predisponentes, factores precipitantes, factores de mantenimiento

7.3. ¿Cómo enfocamos la terapia?

7.4. Casos clínicos

## **8. Cuando el miedo pone freno al sexo: aversión al sexo**

8.1. La aversión: ¿qué es, cuándo y en quién se da?

8.2. Factores predisponentes, factores precipitantes, factores de mantenimiento

8.3. Terapia para la aversión al sexo

8.4. Caso clínico

## **9. Cuando el apetito se pierde o no aparece: deseo sexual hipoactivo**

9.1. ¿Qué es y cuándo hay bajo deseo sexual?

9.2. Factores predisponentes, factores precipitantes, factores de mantenimiento

9.3. La terapia: la dificultad menos sexual de las disfunciones sexuales

9.4. Caso clínico

## **10. Otras situaciones y trastornos**

10.1. Adicción al sexo

10.2. Parafilias

### **PARTE III**

No podemos olvidar...

## **11. Juguetes sexuales y terapia**

11.1. Juguetes y herramientas para la terapia

11.2. Juguetes que nos sirven para la terapia

11.2.1. Vibradores

11.2.2. Dildos

11.2.3. Lubricantes

11.2.4. Aceites

*11.2.5. Masturbadores masculinos*

11.3. Herramientas para la terapia

*11.3.1. Dilatadores depírex*

*11.3.2. Bolas chinas*

*11.3.3. Dispositivos para ejercitar la musculatura del suelo  
pélvico*

*11.3.4. Espejo de mano*

*11.3.5. Bomba de vacío*

*11.3.6. Prótesis de pene*

## **12. Ingredientes básicos para una terapia sexual**

12.1. ¿Trabajamos a nivel individual o en pareja?

12.2. El “estado terapéutico”

## **13. Los elementos de una sexualidad sana**

13.1. El podio de la felicidad personal

13.2. El triángulo del amor

13.3. Permisos y prohibiciones

13.4. Diferencias básicas entre hombres y mujeres

13.5. La pareja como un equipo que trabaja conjuntamente

## **Bibliografía**



# Introducción

## Sexualidad y sexualidades

---

Cada persona nace sexuada y, a lo largo de su vida, va construyendo su sexualidad. La educación que ha recibido de su familia, lo que ha aprendido de sus amistades, aquello que ha escuchado o leído en los medios de comunicación, todas esas cosas que nadie le ha contado sobre el tema, su propia curiosidad, su propio cuerpo, las experiencias vividas..., todo va ayudando a construir el concepto que cada persona tiene de su sexualidad y de la sexualidad de los demás.

Esta es una de las bases sobre las que trabajamos los profesionales de la sexología clínica. No podemos meter a todas las personas dentro de un mismo saco. Cada una tiene sus propias creencias, expectativas, ideas preconcebidas, experiencias. Y eso hace que cada sexualidad sea distinta de la otra. Cada persona tiene su propio concepto personal. Y los profesionales que trabajamos dentro del ámbito de la salud sexual no podemos trabajar como si tuviéramos delante de nosotros a calcomanías humanas. Nadie es igual a nadie. Por lo que el proceso de terapia sexual será distinto con cada persona con la que trabajemos.

Sobre todo si tenemos en cuenta que la sexualidad compartida une a dos sexualidades distintas que crean una combinación única e irrepetible. Y eso personaliza mucho más el proceso terapéutico.

No tenemos recetas mágicas que nos permitirán curar a nadie. Los terapeutas sexuales somos guías que intentamos dar luz donde hay duda, sufrimiento y oscuridad. Y es cierto que tenemos protocolos de actuación dependiendo de la sintomatología presentada por la persona o personas que acuden a terapia, pero esos protocolos deben servirnos de orientación para poder conocer a quien tenemos delante y ajustar cada protocolo a la necesidad de quien tenemos delante.

A lo largo de la primera parte del libro:

- Descubriremos que la terapia sexual es mucho más que consejos sexuales. A menudo implica sumergirnos en un proceso psicológico, ir más allá de la actividad sexual (o *gimnasia sexual*, como yo la llamo).
- Declararemos que la sexualidad es mucho más que uno o dos (o más) cuerpos gozando o intentándolo... La sexualidad puede convertirse en una diversión, en amor, en compromiso, juego, locura, deseo..., pero también puede conducir a la persona a sus inseguridades y sus miedos, al dolor, a las discusiones, a no sentirse amada...
- Veremos también que no podemos hablar de una única sexualidad, sino que hablaremos de distintas sexualidades porque, como decía anteriormente, cada

persona construye su propia sexualidad y es diferente a cualquier otra. Y es una sexualidad que va evolucionando con el paso del tiempo y que tiene necesidades distintas si estamos hablando de un bebé, un niño pequeño, una adolescente, una persona adulta o alguien que ya está en la vejez. La sexualidad evoluciona, cambia y se transforma. Como nosotros también lo hacemos.

- Echaremos un vistazo a aquellas cosas que pueden influir en nuestro propio concepto de *sexualidad*, pero también veremos cuáles son los conceptos básicos para no tener ningún tipo de confusión.
- Reflexionaremos en torno al amor y al hecho de tener pareja, lo que implica socialmente y lo que significa para el paciente con el que trabajemos.
- Y tendremos en cuenta que cada persona es distinta, no solamente por el concepto de sexualidad que tiene, sino por su carácter, su modo de enfrentarse a las distintas situaciones vitales que se vaya encontrando a lo largo del camino... y eso también influirá en el trabajo que hagamos con esa persona.

## Disfunciones sexuales

---

Cuando el sexo es el problema... La sexualidad y la pareja deberían ser una de esas áreas de la vida que nos aportaran felicidad, tranquilidad, alegría, deseo, etcétera. A veces, sin embargo, son fuente de malestar, de discusiones y de quebraderos de cabeza.

La relación de pareja es un proyecto que, evidentemente, pasa por sus etapas más gratificantes, pero también por sus momentos de crisis. Las crisis son una oportunidad de aprendizaje si se toman sin miedo y se hace un proceso consciente y responsable para cambiar aquello que debe cambiarse.

La sexualidad es un proceso de aprendizaje que primero es individual y luego puede ser un aprendizaje en pareja. Siguiendo esta realidad, debería ser un proceso *in crescendo* donde la pareja se va conociendo y va mejorando su vida sexual.

Pero para que esto ocurra debe haber un aprendizaje que muchas veces, debido a los tabús y las falsas creencias que envuelven la misma sexualidad, no se da correctamente y pueden aparecer disfunciones. Debemos tener en cuenta, también, que la sexualidad pone en juego otras áreas que pueden mejorar o complicar este proceso de aprendizaje, como, por ejemplo, la autoestima, el autoconcepto, las habilidades sociales, la seguridad en uno mismo, etcétera. Si estas esferas están bien equilibradas serán factores facilitadores para tener una buena sexualidad; en cambio, si sufren alguna alteración, pueden dificultar el proceso de aprendizaje y las relaciones sexuales con uno mismo o con la pareja.

La segunda es una de las partes más importantes del libro. Vamos a conocer las disfunciones sexuales más comunes dentro del contexto terapéutico y cómo abordarlas para trabajar con los pacientes y ayudarles a tener una vida sexual más satisfactoria. Pero es importante que recordemos que no solamente es importante la técnica con la que trabajamos una dificultad sexual, sino que también es importante ver todo aquello que

influye en la aparición de tal disfunción.

Veamos en el [cuadro I.1](#) cuáles son las disfunciones sexuales según el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM) (2002):

CUADRO I.1. *Trastornos sexuales según el DSM*

	DSM-IV R	DSM-5
<i>Trastornos del deseo sexual</i>	F52.0 - Deseo sexual hipoactivo	N05 - Deseo sexual hipoactivo en el hombre
	F52.1 - Trastorno por aversión al sexo	N09 - Disfunción sexual no clasificada en otros
<i>Trastornos de la excitación sexual</i>	F52.2 - Trastorno de la erección en el hombre	N00 - Disfunción eréctil
	F52.2 - Trastorno de la excitación sexual en la mujer	N04 - Deseo sexual/trastorno de la excitación de la mujer
<i>Trastornos orgásmicos</i>	F52.3 - Trastorno orgásmico masculino	N01 - Desorden del orgasmo femenino
	F52.3 - Trastorno orgásmico femenino	N02 - Eyaculación retardada
	F52.4 - Eyaculación precoz	N03 - Eyaculación precoz
<i>Trastornos sexuales por dolor</i>	F52.6 - Dispareunia	N06 - Dolor genito-pélvico/trastorno de penetración
	F52.5 - Vaginismo	

También existen otros trastornos ([cuadro I.2](#)) que no ampliaremos en el libro:

CUADRO I.2. *Otras disfunciones sexuales*

	DSM-IV R	DSM-5
<i>Otras disfunciones sexuales</i>	Debido a enfermedad médica	N07 - Disfunción inducida por sustancias
	F1x.8 - Inducido por sustancias	N08 - Asociada a una enfermedad médica conocida
	F52.9 - No especificado	N09 - No clasificados en otros
		N10 - No especificado

Cuando trabajamos con disfunciones sexuales, debemos tener en cuenta ciertos factores que nos ayudarán a dibujar los caminos de la terapia. Me refiero a los factores predisponentes, los factores precipitantes y los factores de mantenimiento.

Los *factores predisponentes* son aquellos que condicionan o influyen en el tipo de respuesta o de recursos que una persona utiliza ante una situación afectiva y sexual. Los *factores precipitantes* son los que facilitan que una determinada situación se dispare y ocurra. Para terminar, los *factores de mantenimiento* son aquellos que hacen que una situación se prolongue en el tiempo.

Detectar estos tres tipos de factores nos puede ayudar a diseñar mejor la terapia para poder orientar al paciente.

## No podemos olvidar...

---

A lo largo del libro habremos:

- Conceptualizado y contextualizado la sexualidad.
- Valorado el factor individual que cada persona, cada paciente, tiene.
- Aprendido que cuando dos personas, cada una con su propia sexualidad, se juntan, construyen algo único.
- Reflexionado acerca de que la sexualidad es algo más que un cuerpo, o más de uno, jugando juntos. También puede implicar emociones, sentimientos.
- Conocido cada disfunción sexual y el protocolo de trabajo para cada una de ellas...

Y antes no podemos olvidar otros aspectos importantes para la evolución positiva de la terapia sexual.

Debemos tener en cuenta otros factores que nos pueden echar una mano y mejorar nuestro trabajo como terapeutas. Factores que van más allá de los protocolos para cada disfunción y que contextualizan las dificultades sexuales que una persona puede encontrarse a lo largo de su vida. Y es precisamente ese contexto el que nos puede ayudar a enriquecer el proceso terapéutico y obtener mayor éxito.

Algunos de estos factores son materiales, como herramientas e instrumentos que nos facilitan el trabajo. Otros de esos factores son emocionales, situacionales y culturales:

- Desde la importancia que tienen hoy en día los juguetes sexuales y la utilidad que les podemos dar para la mejora del tratamiento de una dificultad sexual, hasta algunas herramientas diseñadas explícitamente para el trabajo sexológico.
- Tener en cuenta aquellos ingredientes que son necesarios y básicos para poder elaborar una buena terapia sexual como, por ejemplo, si nos planteamos el trabajo a nivel individual o si implicamos a la pareja o las partes que forman el proceso terapéutico y el orden con las que lo llevamos a cabo.
- Y todos esos elementos que son imprescindibles para construir una sexualidad sana y que podrían ser el colofón final para finalizar una terapia sexual de manera exitosa...

Por lo tanto, podemos decir que, en la tercera parte del libro, nos encontramos ante la guinda del pastel. Una guinda que pretende poner punto final al recorrido que habremos hecho a través de las páginas de este libro y que nos permitirá tener una idea de cuándo debe finalizar la terapia y cómo debería ser una sexualidad saludable.



# **PARTE I**

## Sexualidad, sexualidades



# El contexto profesional

## 1.1. El “para qué” de este libro

---

Este libro tiene la intención de ayudar a aquellos profesionales (de la medicina y la psicología) que trabajen en el ámbito de la terapia sexual. Pretende ser una guía para poder mejorar nuestro trabajo y tener en cuenta un enfoque en donde tendremos como base de trabajo a:

1. El paciente (con sus aprendizajes, conocimientos, limitaciones, etcétera).
2. Su relación de pareja (y las dinámicas que se establezcan en ella como punto potenciador del trabajo terapéutico y también como posible factor influyente en la dificultad sexual).
3. La educación afectiva y sexual que ha recibido (como parte concreta de los aprendizajes sobre sexualidad que hacemos de nuestro entorno, que pueden ser erróneos y que facilitan que aparezcan los trastornos sexuales).

Estos tres factores (a los cuales nos referiremos a lo largo de todo el libro) son muy importantes para poder iniciar una terapia sexual, ya que no siempre las dificultades sexuales aparecen por algo exclusivamente sexual. Por ello debemos tener en cuenta como eje principal del trabajo por realizar al paciente que tenemos delante, la relación de pareja que establece y, también, aquello estrictamente más sexual.

## 1.2. Cómo creamos nuestra sexualidad

---

La sexualidad forma parte de la vida de una persona durante toda su vida. Es un aprendizaje. Coleccionamos pequeñas y grandes lecciones a lo largo de toda nuestra vida. Y ese aprendizaje no nos viene dado solamente por lecciones explícitamente sexuales. Todo aquello que aprendemos (o casi todo), cómo nos posicionamos ante la vida, cómo nos relacionamos con los demás, la opinión que tenemos de nosotros mismos, la educación recibida en casa, el entorno en el cual crecemos, etcétera, nos ayuda a configurar nuestro ser sexual. Y eso hará que nos presentemos ante nuestra sexualidad de una manera o de otra, que tengamos ciertas dificultades o facilidades para sentir y vivir la sexualidad a lo largo de nuestra vida.

Precisamente por lo comentado anteriormente, creo que existen distintos tipos de dificultades sexuales, que vendrían determinados en función de:

- a) Una escasa o errónea educación e información sexual.
- b) Los problemas que pueden aparecer en una relación de pareja, y que la dificultad sexual sea el síntoma de tales cuestiones.
- c) El estilo de personalidad, es decir, que las dificultades que pueda tener un sujeto a nivel personal interfieran en cómo se relaciona sexualmente.

Estos tres factores son los que hacen que en el tratamiento de un trastorno sexual sea muy importante tener en cuenta cuál o qué combinación de ellos está afectando al paciente y en qué medida es más importante uno u otro. Es decir, es trascendente saber qué factores están interviniendo para poder hacer el tratamiento a medida.

Tenemos que apreciar que, a pesar de encontrarnos ante dificultades sexuales aparentemente similares, la persona que viene a consulta hace que cada caso sea distinto, por lo que necesitaremos encontrar el enfoque adecuado y a medida, teniendo en cuenta dos ingredientes importantes en la terapia:

- 1. La base estrictamente sexológica.
- 2. La base psicoterapéutica.

La sexología tiene dos niveles de intervención, que son:

- a) La intervención educativa.
- b) La intervención psicoterapéutica.

Es importante, entonces, tener una buena base en aquellos aspectos educativos en lo que se refiere a la sexualidad humana, la salud sexual y la afectividad. Y también en aquellas particularidades de la terapia sexual que, gracias a las investigaciones y las primeras propuestas terapéuticas de Masters y Johnson (1966), hemos ido ampliando y desarrollando a lo largo de los años. Y es importante porque habrá algunos casos en que el paciente, con ciertas indicaciones y enfocando estos aspectos más explícitamente sobre sexualidad humana, podrá mejorar significativamente su vida sexual.

Existen otros casos, en cambio, en donde todo aquel apoyo de la educación en afectividad y sexualidad se quedará pequeño y quizás deberemos tener en cuenta que la base de la intervención deberá ser más psicoterapéutica. Precisamente por eso la figura del sexólogo debería ser un médico o un psicólogo que tenga esos conocimientos.

Quien nos ayuda a entender muy bien cómo se distribuye el trabajo en sexualidad es Carrobles y Sanz (1991) con su modelo EPITEX (que veremos de manera más amplia en el siguiente capítulo):

- a) Educación.
- b) Permiso.

- c) Información.
- d) Terapia sexual.

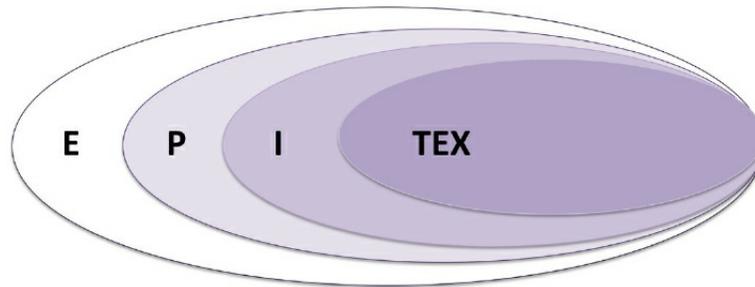


Figura 1.1. Modelo EPITEX (Carrobles y Sanz, 1991).

### 1.3. Base psicoterapéutica del enfoque del libro

---

Ante toda terapia sexual, deberemos tener en cuenta la base del enfoque estrictamente sexológico pero, sobre todo, del enfoque psicoterapéutico. Precisamente por ello a lo largo del libro nos basaremos en:

- La *psicoterapia* desde un modelo *integrador*, donde se pone el acento en la existencia de factores comunes en los distintos modelos psicoterapéuticos y donde se enfatizan las características individuales del paciente y el tipo de vínculo que se establece en la relación terapéutica como elementos básicos del cambio terapéutico.
- La *terapia breve estratégica* influida por la terapia centrada en soluciones de Steve de Shazer, por la terapia breve centrada en los problemas y diálogo estratégico del Instituto de Investigaciones Mentales (MRI) de Palo Alto y por la terapia narrativa de Michael White.
- La *terapia sexual* basada en las investigaciones y aportaciones de Masters y Johnson (1966, 1970), Hellen S. Kaplan (1974), Shere Hite (1976) o Rosemary Basson (2005).

A lo largo del recorrido de este libro hablaremos de manera concreta de todos aquellos aspectos previos y que son importantes para poder iniciar una terapia sexual y describiremos el proceso terapéutico por seguir para poder orientar al paciente o a los pacientes que acudan a terapia sexual. De hecho, este manual pretende ser una guía que sirva como apoyo para sentar las bases de la terapia de manera esquematizada.

Con este libro perseguimos que el lector pueda conseguir:

- Obtener una visión concreta del desarrollo psicosexual del individuo y los cambios dentro de la sexualidad que aparecen a lo largo de la vida.
- Tener un amplio conocimiento sobre la salud sexual.

- Entender los factores que pueden influir para que aparezca un trastorno sexual.
- Tomar conciencia de la importancia de los aspectos estrictamente sexuales de una dificultad sexual, sin olvidarse de aquellos aspectos más psicoterapéuticos.
- Tener una guía de trabajo que oriente en el momento de trabajar un problema sexual, a nivel terapéutico.
- Adquirir conocimiento sobre herramientas y técnicas de trabajo para promover el cambio terapéutico.

## 1.4. Conceptos básicos y herramientas de trabajo

---

Antes de empezar con aquellos aspectos más psicoterapéuticos del libro, es necesario aclarar algunos conceptos que son básicos para poder trabajar en la sexología en concreto y en la promoción de la salud sexual. Es por ello por lo que nos ayudaremos del documento que redactaron la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) conjuntamente con la World Association of Sexology (WAS) en la reunión celebrada en Guatemala en el año 2000. En este documento, entre otros puntos interesantes, establecieron la diferencia conceptual de cierto vocabulario necesario para el trabajo con la sexualidad humana.

Hoy en día, hay muchas palabras que se utilizan de modo común y que en el contexto profesional deben matizarse. Veamos cuáles son aquellos conceptos y su significado:

### – *Sexo:*

El término *sexo* se refiere al conjunto de características biológicas que definen al espectro de humanos como hembras y machos.

### – *Sexualidad:*

El término *sexualidad* se refiere a una dimensión fundamental del hecho de ser un ser humano basada en el sexo, incluye al género, las identidades de sexo y género, la orientación sexual, el erotismo, la vinculación afectiva y el amor y la reproducción. Se experimenta o se expresa en forma de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, actividades, prácticas, roles y relaciones. La sexualidad es el resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos, socioeconómicos, culturales, éticos y religiosos o espirituales. Si bien la sexualidad puede abarcar todos estos aspectos, no es necesario que se experimenten ni se expresen todos. Sin embargo, en resumen, la sexualidad se experimenta y se expresa en todo lo que somos, sentimos, pensamos y hacemos.

### – *Salud sexual:*

La salud sexual es la experiencia del proceso permanente de consecución de bienestar físico,

psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad.

La salud sexual se observa en las expresiones libres y responsables de las capacidades sexuales que propician un bienestar armonioso personal y social, enriqueciendo de esta manera la vida individual y social. No se trata simplemente de la ausencia de disfunción o enfermedad o de ambos. Para que la salud sexual se logre es necesario que los derechos sexuales de las personas se reconozcan y se garanticen.

Vemos que en el concepto de *sexo* la OPS, la OMS y la WAS se refieren exclusivamente a aquellos componentes biológicos que nos hacen hembras o machos, en cambio, a nivel cotidiano, una persona puede hablar de sexo y referirse a sus genitales, a tener relaciones sexuales, etcétera, incluyendo aquellos aspectos que se insertan dentro de la sexualidad en general y normalmente en aquello biológico.

Es importante detenernos en estos aspectos más conceptuales puesto que, cuando estemos en terapia con el paciente, deberemos estar atentos a qué significado le da él o ella a cada uno de estos términos no solamente a nivel semántico, sino como significado personal. Eso nos ayudará a ver cómo ha ido creando su propio concepto de sexualidad y si este se mueve en un intervalo saludable para sus propias experiencias sexuales o si el significado que para él o para ella tiene la sexualidad le está perjudicando. Pongamos un ejemplo: imaginad una mujer que acude a consulta porque tiene poco deseo de mantener relaciones sexuales con su pareja. Durante las primeras sesiones vemos que piensa que el sexo oral es sucio porque representa una imagen de humillación para la mujer. La pareja de la paciente le solicita con bastante frecuencia que ella le pueda proporcionar placer oral y esta, para no decirle que no, accede (aunque no le apetece para nada). Este factor, seguramente, estará incidiendo en las pocas ganas generalizadas de la mujer a tener relaciones sexuales con su marido y cabe investigar bien por qué asocia el sexo oral a una situación humillante para ella.

A medida que vayamos explorando ciertos aspectos y vayamos conociendo más a fondo a la persona que acude a nuestra consulta, nos irá mostrando cómo vive su sexualidad. Debemos estar atentos a aquello que nos cuenta (la información verbal) y cómo lo cuenta (la información no verbal); también podemos estar atentos a aquellas cosas que quizás no nos está contando.

Como terapeutas, debemos facilitar al paciente algunas herramientas para que nos pueda explicar bien qué le sucede y para que podamos ir explorando por qué le sucede. Una de las herramientas que podemos utilizar para trabajar el concepto de sexualidad que tiene la persona que recurre a nuestra consulta es una tarea muy sencilla que se puede plantear en los inicios de la terapia. Es una simple pregunta que formularemos al paciente y le dejaremos tiempo suficiente para que pueda elaborar su propia respuesta: “¿Qué es la sexualidad para ti?”.

Pediremos al paciente que nos explique qué es la sexualidad para él o para ella, y podemos dar algunas indicaciones que le facilitarán el trabajo:

- a) Que dedique cierto tiempo a reflexionar antes de responder la pregunta.
- b) Le recomendamos que escriba su respuesta, ya que la tarea de escribir puede

hacer más consciente el ejercicio y, además, evitaremos que se olvide de aquellas cosas que ha incluido en su reflexión.

c) Que incluya en su respuesta todo aquello que crea que está relacionado en cómo cree que vive su sexualidad:

- Sus aprendizajes.
- Sus buenas y malas experiencias.
- Aquello que le hace sentir placer y bienestar.
- Aquellos aspectos que le incomodan.
- Cómo cree que debería ser la sexualidad de una persona, etcétera.

Hay ciertos aspectos que nos ayudan a evaluar el ejercicio y nos facilitan ver cómo ha ido desarrollando el paciente su propio concepto de sexualidad. Estos aspectos tienen relación con:

- a) Todos los aprendizajes que ha ido realizando a través de su experiencia vital.
- b) También aquellas cosas que le han ido sucediendo a lo largo de su vida.
- c) Cómo ha resuelto o se ha enfrentado a las situaciones que se han ido dando a lo largo de su existencia.

Veamos un ejemplo que podría representar un concepto de sexualidad no saludable y un concepto de sexualidad saludable, que hemos recuperado de las definiciones de algunos pacientes:

– *Sexualidad no saludable:*

La sexualidad es algo de lo que podría prescindir. Yo podría estar toda la vida sin tener relaciones sexuales. Siento vergüenza y me cuesta mucho mostrarme íntimamente. Cuando mi pareja quiere tener relaciones sexuales conmigo lo vivo con mucho malestar, pero no puedo negarme a tenerlas, por lo que espero que termine lo antes posible. De hecho, casi no hacemos nada, vamos directos a la penetración porque a mí me parece que no hace falta hacer nada más, cuanto antes termine, mejor. Yo no lo disfruto. Pero entiendo que él lo necesita. A mí me parece algo bastante asqueroso, si te soy sincera.

– *Sexualidad saludable:*

Para mí, la sexualidad es algo que forma parte de mi persona y de mi relación de pareja. Creo que es un momento íntimo, que forma parte de la relación y que nos permite divertirnos, tener sensaciones placenteras y jugar un rato. La sexualidad tiene un papel importante en una relación de pareja, aunque no sea lo único que la sostiene, evidentemente hay otros aspectos de la relación que son muy importantes, pero la sexualidad es uno de ellos. Con mi pareja, de vez en cuando, solemos hablar de ello, ya que creo que comunicarnos y comentar aquellas cosas que nos apetecen y aquellas cosas que no nos apetecen nos ayudará a mejorar nuestra vida sexual. Creo que una relación sexual es un momento muy bonito en donde nos demostramos que estamos juntos y que nos amamos.

Si tenemos en cuenta la primera definición, vemos que nos encontramos ante una persona que no vive su sexualidad de manera libre, que la vive de una manera muy cerrada y que, seguramente, tiene muchos tabúes y falsas creencias al respecto, además de relacionar la sexualidad con algo desagradable. En la segunda definición, en cambio, nos encontramos con una persona que vive su sexualidad como parte de su vida, divirtiéndose y sin tener mitos o tabúes destacables. Lo vive como parte de su vida y de su relación de pareja, no como una obligación, como nos comentaba la paciente de la primera definición.

Hoy en día nos podemos encontrar, en consulta, ambos tipos de definiciones. Y a menudo nos preguntamos cómo puede ser que dos personas (que tengan incluso ciertas similitudes sociales) puedan mostrarnos concepciones tan distintas de la sexualidad. Es importante trabajar estos aspectos con el paciente, ya que si piensa que la sexualidad es algo sucio y desagradable, seguramente el trabajo terapéutico por realizar le cueste o no desee realizarlo.

## **1.5. Qué influye en nuestro concepto de sexualidad: de lo biológico a lo social**

---

Para poder comprender mejor al paciente y su problemática sexual debemos remontarnos a explorar aquellos aspectos que influyen en la concepción que cada uno tiene de la sexualidad. Debemos hablar de la etiología del concepto de sexualidad, a la causas que nos ayudan a explicar cómo cada persona construye su propio concepto y, en consecuencia, cómo construye su sexualidad.

Cada persona elaborará su propio concepto teniendo en cuenta dos factores:

- a) *El factor biológico*, que sería el factor más interno, que viene dado por la genética y el temperamento innato que cada persona tiene y que hará que se enfrente ante algunas situaciones o que comprenda ciertas cosas con un carácter más tranquilo o más paciente, más pausado o más acelerado, etcétera.
- b) *El factor social* o el entorno en el que se desarrolla la persona, de tal manera que haber nacido en un contexto social u otro, crecer en un contexto familiar u otro, aprender en una escuela determinada, rodearse de unas redes sociales concretas y las características concretas del lugar en el que se vive, la religión que se tenga de manera más cercana y las experiencias vitales vividas, etcétera, también ayudan a configurar cómo nos enfrentamos al mundo y cómo vivimos la sexualidad.

Todos estos factores, tanto los biológicos como los sociales, tienen relación en cómo una persona se va desarrollando y, en el fondo, cada uno compone su manera de entender la sexualidad en función de cómo influye el entorno que rodea a su propia

naturaleza interior.

Tenemos diversas maneras para empezar a explorar qué ha influido en el concepto de *sexualidad* del paciente que tenemos en consulta y es investigando los tres puntos que antes hemos comentado: ver sus aprendizajes, los sucesos y cómo ha resuelto ciertas situaciones a lo largo de su experiencia vital. Existen dos herramientas que nos pueden facilitar esa información para conocer mejor a quien tenemos en consulta: el genograma y la línea de la vida.

### 1.5.1. Genograma

El genograma proviene de la terapia sistémica y es una representación gráfica y esquemática que registra la información de los miembros de la familia del paciente, en este caso. Normalmente se suele hacer un genograma de tres generaciones (trigeneracional).

Nos sirve para explorar en qué entorno familiar ha crecido la persona que viene a consulta, ver qué relaciones ha establecido con sus familiares más directos, qué tipo de familia sería (según la terapia familiar o sistémica), si más aglutinada o más desligada y, en el caso que nos concierne a nosotros, ver qué tipo de aprendizaje en relación con la afectividad y la sexualidad ha realizado. Para ello podemos explorar:

- a) Qué tipo de relación tenían sus padres, tanto a nivel afectivo como sexual.
- b) Qué referencias se han hecho a la sexualidad y a la afectividad dentro de su núcleo familiar (sea de manera directa o indirecta).

Hemos de tener en cuenta que la familia es uno de los pilares educativos más importantes en el desarrollo de la concepción del mundo de una persona, tanto a nivel general como afectivo y sexual, concretamente, por lo que debemos fijarnos en qué aprendizaje ha podido hacer el paciente ante los *inputs* que ha recibido desde su propio núcleo familiar.

Debemos atender a si nos encontramos ante una familia abierta o con ciertos pudores, afectuosa o distante, etcétera, ya que todos estos aspectos marcarán el desarrollo, el aprendizaje y la posterior posición ante las relaciones interpersonales y afectivas de la persona afectada que acude a terapia. Los padres son el primer ejemplo que una persona tiene sobre lo que es:

- a) Un padre o una madre.
- b) Un hombre o una mujer.
- c) Una relación de pareja (ser heterosexual u homosexual).

Por lo que es importante tener en cuenta qué primeras concepciones se hace el paciente ante los primeros ejemplos que ha tenido en su vida.

## 1.5.2. Línea de la vida

La línea de la vida es una herramienta utilizada por la terapia narrativa y nos ayuda a que el paciente construya sus propias experiencias vitales y así vayamos conociendo aquellos episodios que han ido sucediendo a lo largo de su vida. Es una manera de escribir la historia de vida del paciente y, así, en el trabajo terapéutico, se puedan encontrar aquellos elementos que lo han ayudado a construir su mundo, su realidad y, en concreto, su perspectiva sobre las relaciones afectivas y la sexualidad.

Se le puede pedir a quien viene a terapia que intente esquematizar aquellos aspectos más relevantes en relación con su vida en general y a sus experiencias afectivas y sexuales en concreto (este es un trabajo que también puede realizarse en consulta). En la sesión se trabaja conjuntamente con el paciente para profundizar en su historia vital e intentar ver qué aspectos han podido influir en su perspectiva actual, sobre todo de su afectividad y sexualidad.

Por ejemplo, debemos tener en cuenta qué aprendizaje ha ido realizando, en concreto, sobre aquellos aspectos relacionados con la sexualidad:

- a) Primeras informaciones recibidas.
- b) Primeras experiencias sexuales.
- c) Sus relaciones de pareja.
- d) La evolución de sus relaciones de pareja y su sexualidad.

Así como también otros episodios y otras situaciones importantes de su vida y cómo las ha ido viviendo e incluso cómo ha superado situaciones difíciles en su vida.

De esta manera podremos ver el funcionamiento de la persona que viene a terapia a lo largo de su experiencia vital y eso nos ayudará a ver si ha ido abordando de manera resolutiva o no sus conflictos (tanto a nivel vital como sexual, en concreto).

## 1.6. Ciclo vital: la sexualidad a lo largo de nuestra vida

---

Desde el momento de nuestro nacimiento, los humanos tenemos vida sexual. Durante décadas se pensaba que la sexualidad aparecía con la llegada de la pubertad. Fue Freud quién afirmó, en su libro *Tres ensayos sobre una teoría sexual* (1905), que las personas tenemos sexualidad desde el nacimiento.

Lo que sucede es que nuestra sexualidad se manifiesta de distintas maneras a medida que vamos avanzando en nuestro ciclo vital.

Vamos a ver algunas de las características de cada etapa:

1. Desde el nacimiento empieza la aventura de descubrir el propio cuerpo.
2. Entrando en la infancia empieza la apreciación en las diferencias que existen entre niños y niñas.

3. En la pubertad aparecen los cambios físicos junto con la mezcla de genitalidad y la explosión de las hormonas sexuales; esto lleva al descubrimiento de la masturbación la mayoría de veces.
4. En la adolescencia se suelen empezar las primeras experiencias sexuales compartidas, desde caricias y besos a situaciones más explícitamente sexuales.
5. La edad adulta puede ser el momento para vivir la sexualidad compartida en exclusividad con la pareja. A menudo es en este momento cuando se plantea la maternidad o la paternidad. Y a medida que avanzamos en la edad adulta, la vivencia de la sexualidad vive su punto de madurez.
6. Cuando llega la vejez, momento en que la sexualidad sigue existiendo a pesar de algunas creencias erróneas, los comportamientos sexuales deberán adaptarse a la realidad de ese momento del ciclo.

Entonces vemos que, desde el momento del nacimiento hasta el momento de la muerte, la sexualidad forma parte intrínseca de las personas y, en cada momento y dependiendo de la situación que cada persona tenga, la sexualidad se adaptará de una manera u otra.

## **1.7. Orientaciones, sexualidad y pareja**

---

Cualquier persona, tenga la orientación sexual que tenga, puede encontrarse ante algún problema en la esfera de la sexualidad. Como nos encontramos en una sociedad que habla desde la heterosexualidad y para las personas heterosexuales, deberemos tener en cuenta ciertos aspectos para poder trabajar en la consulta.

Cuando viene una persona a la consulta no tenemos por qué saber su orientación sexual. Precisamente por eso es importante tener en cuenta la utilización de palabras “neutras” al preguntar por la pareja. No podemos dar por sentado si su pareja es un hombre o una mujer, por lo cual es mejor no referirnos a su marido o mujer, a su novia o a su novio: sería más recomendable referirnos a su pareja.

Me gustaría remarcar una cosa relacionada con la orientación sexual porque, a menudo, la sociedad reduce la homosexualidad a tener prácticas sexuales con alguien del mismo sexo, y no implica solamente eso. Incluso me atrevo a decir que no tiene por qué ser homosexual una persona que se acueste con alguien de su mismo sexo, sino que es homosexual quien se enamora y siente amor por alguien de su mismo sexo.

Y aprovecho este espacio para citar algunas situaciones que sí se dan entre el colectivo homosexual y que acarrear dificultades en la vida sexual de una pareja gay o lesbiana. Nos podemos encontrar con situaciones específicas:

- a) *Incompatibilidad de roles sexuales.* Para comprenderlo mejor debemos aclarar conceptos. En las parejas de hombres homosexuales donde se practica la penetración anal, tiene el rol pasivo aquel que recibe la penetración y tiene

el rol activo quien penetra. Cuando hay flexibilidad de roles, no hay dificultad. Pero cuando en una pareja ambos solo tienen el rol pasivo o activo y no son flexibles a incorporar el otro rol, pueden aparecer dificultades relacionadas con la sexualidad. Por ejemplo:

- Quien se identifica con el rol pasivo, si se le pide que actúe desde el rol activo, se puede encontrar con dificultades de erección.
- Quien se identifica con el rol activo, si se le pide que actúe desde el rol pasivo, puede tener dolor en la penetración.

No tiene por qué darse siempre, pero es una posibilidad que existe y que debemos tener en cuenta.

- b) La muerte en la cama o cama muerta.* Suele darse en parejas de mujeres homosexuales que llegan a compartirlo todo y alcanzan un punto tal de fusión en pareja que hace que el deseo se desvanezca. También puede verse afectado porque la mujer, en general, suele tener menos deseo sexual innato (menos testosterona) y eso ayuda a que su nivel de deseo sexual pueda ir decreciendo a lo largo de su relación de pareja. Si ocurre en ambas mujeres, la sexualidad pasa a no ser relevante en la relación.
- c) Dificultades en el compromiso.* Aunque esta problemática se puede dar tanto en parejas heterosexuales como en parejas homosexuales, son las parejas de gais y lesbianas las que tienen menos referentes en lo que a relaciones de pareja se refiere y se encuentran más perdidos en los vínculos de la relación.

Estos y muchos otros aspectos de la sexualidad y las relaciones de pareja de las personas homosexuales las abordan psicólogos especialistas en psicología del hombre y la mujer homosexual.



# Consideraciones previas al inicio de la terapia sexual

## 2.1. El paciente: el eje central del proceso terapéutico

---

Puede parecer que la terapia sexual sea una serie de instrucciones que si las sigue cualquier persona que tenga algún tipo de dificultad, solucione sus problemas. En realidad no es así.

Uno de los aspectos que debemos tener en cuenta al empezar una terapia es ajustar bien el tratamiento a quien tenemos delante: el paciente.

No todas las indicaciones se ajustan y funcionan bien para todo tipo de pacientes. Es por eso por lo que debemos observar y conocer bien a la persona que viene a terapia.

Esta fase de conocer al paciente suele darse en las primeras sesiones y nos sirve para poder comprender su mapa de funcionamiento. Según la terapia breve, cada persona elabora sus rutas mentales, su mapa de cómo funciona el mundo. Durante estas primeras sesiones, el psicoterapeuta deberá ir conociendo y construyendo hipótesis sobre el mapa conductual, emocional y cognitivo del paciente.

Para ello debemos tener en cuenta la comunicación verbal y la comunicación no verbal que utiliza el paciente y fijarnos en cómo se expresa y qué considera que es un problema.

Ante aquellas cosas que nos cuenta el paciente debemos estar atentos a qué nos explica y cómo lo hace, pero también hay que prestar especial atención a aquello que *no* nos está contando. Debemos tener en cuenta, además, que el paciente estará contándonos algo relacionado con la parte más íntima de su vida y, por eso, es muy importante considerar qué cuenta y cómo lo cuenta, así como las posibles incongruencias que puedan derivarse de su discurso verbal y no verbal.

Existe un sistema que estructura el estilo caracterial de las personas y que puede ayudarnos a elaborar nuestras hipótesis sobre qué tipo de paciente tenemos ante nosotros. Según Claudio Naranjo, existen nueve tipologías de personalidad, nueve eneatisos:

1. El perfeccionista.
2. El dador.
3. El realizador.

4. El romántico.
5. El observador.
6. El escéptico leal.
7. El epicúreo.
8. El protector.
9. El mediador.

Aprender a ver qué tipo de paciente acude en nuestra ayuda nos favorecerá para poder enfocar mejor el proceso terapéutico. Y como el proceso terapéutico también es uno de los aspectos clave de la terapia, dedicaremos un espacio de este libro a hablar de la orientación teórica que rige el proceso.

## **2.2. Orientación teórica: el escenario que avala la terapia**

---

Antes decíamos que no todos los pacientes encuentran la misma utilidad con las mismas indicaciones terapéuticas. Precisamente por ello tenemos que matizar que la terapia sexual es mucho más que una colección de consejos explícitamente sexuales.

Existen distintas maneras de trabajar, teniendo en cuenta el tipo de paciente que tenemos delante, tal y como hemos dicho. Y es que no todos los pacientes necesitarán el mismo tipo de intervención cuando hablamos de sexología:

- a) Habrá pacientes que acuden a consulta con una dificultad sexual y que, realmente, con proporcionarles información veraz y algún consejo más técnico, no necesitarán adentrarse en el mundo de la terapia, entendida como un proceso psicológico.
- b) Otro tipo de pacientes, sin embargo, se encontrarán ante dificultades sexuales debido a su estilo de personalidad, alguna situación traumática que hayan tenido a lo largo de su vida, carencias afectivas, etcétera. Es decir, algo más relacionado con los “mapas mentales” que antes comentábamos.

Si nos encontramos ante una dificultad sexual, como profesionales, deberemos discriminar qué tipo de intervención sexológica tendremos que llevar a cabo. Siguiendo el modelo de Carrobles y Sanz (1991) llamado EPITEX, tendremos que valorar si la intervención que haremos está relacionada con la educación, el permiso o la información, o si necesitará explícitamente terapia sexual, donde los factores psicológicos cobran especial importancia.

Es por ello por lo que debemos aclarar que este libro, como hemos dicho en anteriores ocasiones, pretende enfocar la terapia sexual desde una perspectiva integradora y de terapia breve, teniendo en cuenta aquellos factores relacionales de la terapia familiar o sistémica, aquellos aspectos más emocionales vinculados a la terapia Gestalt y al humanismo, y sin olvidarnos de que cada paciente construye su realidad a partir de sus

aprendizajes, como bien dice el constructivismo. Evidentemente, toda terapia sexual tiene una parte en donde el trabajo se nutre de la terapia cognitivo-conductual, pero un aspecto que se debe tener en cuenta de este libro es que la base de la terapia que utilizaremos no es el conductismo, sino la integración.

## **2.3. La pareja: cómo optimizar la terapia sexual**

---

Cuando queremos empezar a trabajar con un paciente que tiene dificultades en su sexualidad, recomendamos siempre que se trabaje en pareja, si es que esta existe.

A pesar de que el síntoma de una disfunción sexual puede mostrarse solamente en uno de los dos miembros de la pareja, esta afecta a los dos y puede tener consecuencias negativas para su vida conyugal, por lo que es favorable para la terapia que el trabajo se haga conjuntamente con los dos miembros de la pareja.

Incluso, en algunas ocasiones, el miembro de la pareja que no presenta la sintomatología puede incidir directa o indirectamente en la dificultad, es decir, que puede agravar el problema o que puede sernos muy útil como ayuda en el proceso terapéutico.

Es por estos dos motivos por los que, siempre que sea posible, convocaremos a los dos miembros de la pareja a consulta.

Vamos, entonces, a hablar del mundo de la pareja, ya que es de una importancia relevante cuando trabajamos con dificultades sexuales.

### **2.3.1. La elección de la pareja**

*Enajenación mental transitoria*, así es como podría llamarse la primera etapa de la vida dos personas que se enamoran y empiezan una relación. Y es que el enamoramiento puede tener la capacidad de transportarnos a un mundo poco real. Y debemos tener cuidado con lo que sucede en esa etapa.

Cuando nos enamoramos, el cerebro cobra una importancia muy especial, ya que dentro de él suceden muchas cosas interesantes. Por ejemplo, los niveles de serotonina caen en picado y el cerebro se inunda de dopamina. Ambos son neurotransmisores del sistema nervioso central. La serotonina está vinculada con el equilibrio, el bienestar, la felicidad, el sueño. La dopamina está vinculada con el sistema del placer y del goce. Cuando nos enamoramos, este sistema crece y nos gobierna, por lo que sentimos placer, aumenta nuestro deseo sexual, disminuye la necesidad de horas de sueño, aumenta nuestra actividad, tenemos unas ganas indescriptibles de ver a la persona de la que nos hemos enamorado... Tiene los efectos similares a la adicción que puede crear una droga como la cocaína. Gobernados por este sistema, no vivimos precisamente bajo el principio de realidad, seguramente nos rige el principio del placer y eso distorsiona nuestra visión. Dicen que el amor es ciego. Yo me atrevería a decir que el enamoramiento niega nuestra visión, ya que es en esta etapa donde aparece ese fenómeno que disminuye los defectos

del ser amado y magnifica sus buenas cualidades. Esta etapa tiende a desaparecer progresivamente con el tiempo. Entonces pueden suceder varias cosas:

- a) Que la persona que nos ha enamorado no sea tan maravillosa como habíamos soñado. En esta situación puede suceder que:
  - Viendo que no se cumplen las expectativas, la relación de pareja pueda terminar en este punto.
  - Se dé una oportunidad a la relación, con la esperanza de que aquello que despertó el enamoramiento vuelva a aparecer.

Los peligros de esta situación: que los dos miembros de la pareja naveguen en una pelea constante entre lo que hubo y lo que debería haber ahora. Es decir, a pesar de haber superado la etapa de *enajenación mental transitoria*, desean volver a ella aunque se constaten desavenencias importantes en el sí de la relación.

- b) Que la persona que nos ha enamorado cumpla las expectativas creadas durante el enamoramiento, aunque seguramente no todas. Entonces aquí empieza el viaje de la construcción del amor.

Hay que tener en cuenta que cuanto más grado de *locura* se viva durante la fase del enamoramiento, es más grande la posibilidad de haber creado una expectativa sobre la relación que no sea verdadera. Y por ello es más peligroso que cuando esa fase termine pueda aparecer aquello que desenamora a gran velocidad: la decepción.

Recomendamos, entonces, tener los ojos bien abiertos durante la fase del enamoramiento. Mantener la conexión con la realidad. Flotar, soñar, sentir..., pero con un pie anclado en la tierra. Si soñamos demasiado es posible que alguno de los sueños sean producto de nuestra imaginación e imposibles de conseguir en el mundo real. Apostamos por amar, soñar, sentir, flotar, pero bajo el principio de realidad. No es tarea fácil, por lo que os invito a adentrarnos en el proceso de empezar a construir el amor cuando venimos de la fase del enamoramiento...

### 2.3.2. Del enamoramiento a la construcción del amor

¿Por qué lo llamamos *amor* cuando queremos decir *enamoramiento*? A menudo se confunden ambos procesos. Y es que el enamoramiento es distinto al proceso de amar. En muchas ocasiones decimos *amor* cuando realmente estamos hablando del *enamoramiento*. Vamos a explicarlo para poder disipar las dudas que puedan surgir.

El *enamoramiento* es un proceso no consciente que no tiene nada que ver con nuestra voluntad. Cuando nos enamoramos de alguien vertemos una colección de

expectativas sobre la persona que nos despierta tal sentimiento que puede que no sean ciertas. Algunas de estas expectativas puede que sean imposibles de cumplir. Y es que durante el enamoramiento solemos tener esperanzas de que el otro sea justamente como deseamos que sea. El enamoramiento altera nuestra emocionalidad llevándola, incluso, a un extremo irracional debido a los cambios químicos que experimenta nuestro cerebro. Y es que, durante el enamoramiento, la dopamina empieza a producirse en exceso y dejamos de producir serotonina, como ya hemos comentado anteriormente. Todo ello hace que se tenga:

- a) Deseo de contacto con la otra persona.
- b) Intención de que el otro también se enamore, es decir, que haya reciprocidad.
- c) Miedo a ser rechazado.
- d) Ensoñaciones y pensamientos recurrentes sobre la persona amada que pueden llegar a alterar la normalidad de quien se enamora.
- e) Importantes pérdidas de concentración.
- f) Una elevada activación fisiológica: se eleva el ritmo cardíaco, se reducen las horas de sueño, el apetito incluso disminuye.
- g) Prioridad de los deseos del otro ante los propios deseos.
- h) Idealización del otro, percibiendo solo características positivas.

Existe la posibilidad, además, de que cuanto más pasión en el inicio del enamoramiento, cuanto más irracionalidad haya, más se sumergirá la persona en el mundo de la fantasía y de las falsas creencias, por lo tanto, existirán más probabilidades de frustración en el momento en que los efectos del enamoramiento se pierden si no se cumplen las expectativas que había justo cuando el enamoramiento nació.

La *construcción del amor*, en cambio, es un proceso consciente que viene después del proceso del enamoramiento, en la mayoría de los casos. Dependiendo de cómo haya sido el proceso de enamoramiento, la construcción del amor acarreará más o menos frustración o ilusión.

Los ingredientes que tienen un peso más importante dentro del amor son:

- La química del enamoramiento.
- Un proyecto común en pareja.
- Algunas aficiones comunes.
- Un espacio propio e individual dentro de la pareja.
- Valores o pilares vitales similares.

Vamos a ver cómo afecta cada uno de estos ingredientes a este proceso de construcción.

La *química del enamoramiento* es un ingrediente que debe estar presente y, como decíamos, si se basa en la irracionalidad puede afectar en negativo a la construcción del amor, porque sus cimientos no serán verdaderos.

El *proyecto común* de la pareja implica que cada uno tenga un camino en mente similar al del otro. No debe ser exactamente igual, pero en el proyecto básico de la relación deben converger ciertos puntos importantes. Si el proyecto común de la pareja es muy distinto nos encontraremos antes las parejas que he bautizado como *mar y montaña*. Pongamos un ejemplo. ¿Os imagináis una pareja en la que uno de sus miembros desee vivir en el interior, en la montaña, y el otro necesite vivir cerca del mar? Aparentemente son situaciones muy distintas y que solamente podrían cumplirse para cada uno si su situación económica les permite una vivienda en cada sitio. Esta es una situación que podemos tomarnos a broma (aunque realmente existen), pero pongamos otros ejemplos que nos servirán para situarnos:

- Una pareja en la que uno quiera tener hijos y el otro no.
- Uno quiera tener animales en casa y el otro no.
- Uno quiera, como decíamos, vivir en la montaña y el otro en la playa, etcétera.

Estas son las parejas que llamo *mar y montaña* porque sus diferencias son muy notables y esto puede conllevar más de una dificultad e incluso, en alguna situación, la ruptura de la relación.

Por lo tanto, un proyecto similar en estos y en otros puntos relevantes de la vida de una persona serían importantes para una buena sintonía en la relación. Aunque, evidentemente, que así sea no es garantía de éxito en la pareja.

Las *aficiones en común* también son importantes, ya que es bueno compartir algún espacio en el que ambos sientan complicidad y diversión de manera común. Eso no significa que todas las aficiones tengan que ser comunes (ahora veremos que es importante conservar un espacio individual dentro de la relación), pero quizás es importante que la pareja pueda hacer alguna actividad conjunta que les satisfaga a ambos y en donde se pueda cuidar la relación y desarrollar el sentimiento de pertenencia sana.

El *espacio propio e individual* dentro de la relación de pareja también es un ingrediente primordial, ya que cada miembro de la pareja no debe olvidarse de cuidarse y de alimentar su propio espacio para poder mantener su propio bienestar y, a su vez, tener energías para dedicar a la pareja.

Los *valores* bajo los cuales cada miembro de la pareja sustenta su espacio, sus creencias de pareja, su proyecto vital, etcétera, también deberían tener un punto de similitud, ya que podemos encontrarnos que:

- Uno tiene una ideología política muy situada a la derecha y el otro a la izquierda.
- Uno tiene unas grandes creencias religiosas y el otro es ateo.
- Uno tiene una posición social y económica muy elevada y el otro muy baja, etcétera.

Y no necesariamente, por obligación, estos puntos serán fuente de conflicto, pero aumentan las posibilidades de que exista, por lo que es importante que la manera que

cada uno tenga de entender el mundo sea más o menos similar.

A continuación resumimos a modo de esquema cómo se ve afectada la construcción del amor en función del tipo de enamoramiento que hayamos tenido.

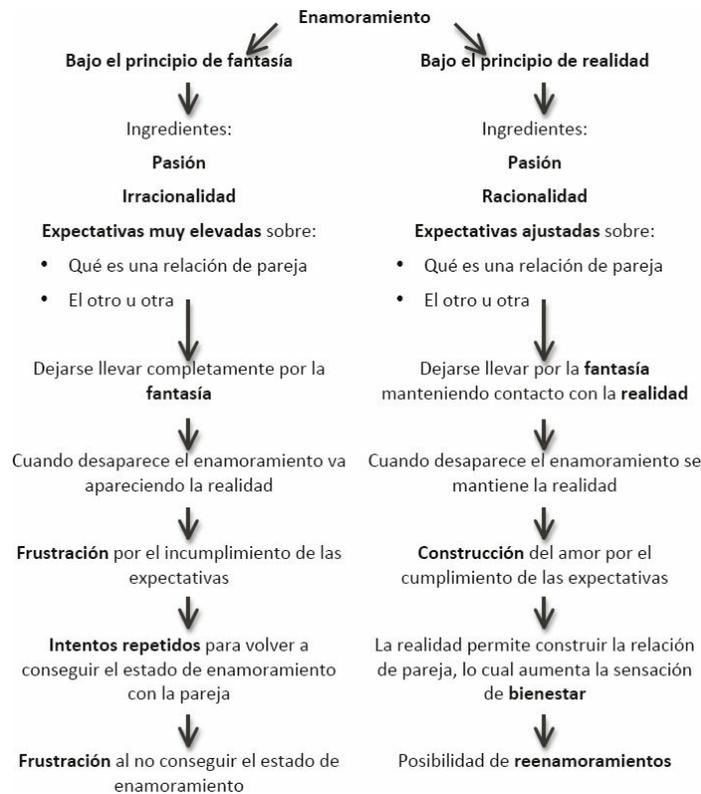


Figura 2.1. Esquema sobre el proceso del enamoramiento.

Volvemos a la pregunta inicial: ¿por qué lo llamamos *amor* cuando queremos decir *enamoramiento*? La respuesta sería sencilla: nos han hecho creer que una relación de pareja, para que funcione bien, tiene que estar siempre bajo el embrujo del enamoramiento. Y eso no es factible porque el enamoramiento tiene fecha de caducidad, es más, el enamoramiento debe tener fecha de caducidad. Veamos por qué.

Podemos plantearnos cuánto tiempo dura el enamoramiento. Existen distintas teorías sobre si este estado de enamoramiento dura tres años, un año, etcétera. Lo que está claro es que estar bajo ese embrujo del enamoramiento (al que llamamos, a menudo, *enfermedad mental transitoria*) no puede alargarse por mucho tiempo... ¿Recordáis la última vez que os enamorasteis? Como decíamos anteriormente, el enamoramiento implica que perdamos la concentración, que pensemos la mayor parte del tiempo en el ser amado idealizándolo y teniendo ensoñaciones nocturnas, pero también diurnas, que aumente nuestra activación fisiológica reduciendo la sensación de sueño, disminuyendo el apetito, aumentando el deseo sexual... Es como si todos nuestros pensamientos se focalizaran hacia el ser amado y nos olvidáramos del resto. Y estando en este estado de alteración no podemos funcionar bien por mucho tiempo. Es precisamente por esto por lo que la duración del enamoramiento tiene y debe tener fecha de caducidad. Lo importante es que durante la construcción del amor aprendamos a conservar ciertos

aspectos del enamoramiento, pero con capacidad para concentrarnos y siguiendo el paradigma de la realidad, no de la ficción.

Pero, en general, muchas personas desean estar constantemente en esa montaña rusa de emociones irracionales que a menudo acompañan el enamoramiento. Y es que no tenemos grandes ayudas para pensar de otro modo. Posiblemente el objetivo de muchas de las personas que se enamoran es estar enamorados durante toda la relación de pareja. Es como si estuvieran sumergidos bajo el síndrome de Hollywood. ¿Qué implica este síndrome y a qué debe su nombre? El nombre lo relacionamos con las típicas comedias románticas construidas en Hollywood, en donde un chico conoce a una chica, se enamora y todo funciona a la perfección: ya saben que están hechos el uno para el otro, en la esfera sexual todo funciona a la perfección a la primera, se adivinan el pensamiento casi de manera automática, las muestras de amor son extremadamente románticas, etcétera. Si nos encontramos bajo tal síndrome, puede significar que creemos en el mito de la media naranja y una relación de pareja sana implica que nadie sea la mitad de nadie, sino que seamos naranjas enteras.

Este tipo de comedias románticas ayudan a acrecentar el mito de que el amor debería ser, permanentemente, este estado de euforia donde la pasión cobra una importancia esencial. Se confunde el estado que marca el inicio de una relación con el estado que acompaña una relación a lo largo de su recorrido como tal. Antes comentábamos que no podemos estar permanentemente en ese estado de euforia y de falta de concentración o de prevalencia de la voluntad del otro a la propia, etcétera. Debemos dejar que la dopamina vuelva a su cauce natural y que la serotonina vuelva a producirse para poder volver a dormir de manera normal y dejar que el bienestar tome el terreno de la euforia desmedida.

Pero también hemos dicho que sería positivo para la relación que se mantuviera un poco de esa euforia para que la chispa de la relación se mantenga. ¿Cómo lo hacemos? También hay algunos aspectos que debemos tener en cuenta y que ya hemos dicho: el proyecto común es muy importante para que la relación mantenga su razón de ser. Pero no podemos olvidar que es importante sentir que la pareja es especial, sentir que la queremos a nuestro lado. Sin eso no hay por donde empezar. Pero no olvidemos lo que nos comenta Beck (1990) en su libro *Con el amor no basta*, y es que el amor es el ingrediente básico, pero no tiene suficiente fuerza como para que sea el único ingrediente del amor. O quizás vale la pena revisar qué aspectos importantes deben estar dentro del mismo amor. Pero para tener esa discusión os remito a Beck, precisamente. Además hay dos ingredientes que considero básicos para que la relación pueda permanecer:

- Respeto.
- Admiración. Si admiramos a nuestra pareja, nuestro deseo puede florecer más fácilmente.

En conclusión, quizás el amor debe englobar un punto de locura en su inicio (enamoramiento) para ir madurando después sin dejar de tener respeto, proyecto común,

admiración, deseo, chispa, responsabilidad y locura en su justa medida, etcétera. ¿Complicado, verdad? Cierto, pero centrándonos en el porqué de este libro, todos estos puntos son importantes para una terapia sexual, porque cuanto mayor sintonía tiene una pareja, más facilitador será el trabajo terapéutico ante una dificultad sexual que pueda presentar.

### 2.3.3. La importancia de la sexualidad dentro de la relación de pareja

Una relación de pareja debe tener tres componentes o ingredientes, según Sternberg (2000). Sternberg nos habla de intimidad, compromiso y pasión.

- La *intimidad* se refiere a aquellos sentimientos dentro de una relación que buscan el acercamiento, el vínculo, la conexión y, principalmente, que permiten que el otro conozca el propio ser íntimo, las emociones y pensamientos.
- El *compromiso* implica la decisión de amar a la pareja y mantener el vínculo o, al menos, hacer todo lo que sea posible para poder mantener la relación de pareja.
- La *pasión* es el deseo de unión con el ser amado como muestra de las emociones y sentimientos que se están sintiendo. Aquí es donde se incluye la unión sexual con la pareja. Es importante aclarar que la pasión no solamente incluye el contacto sexual con el otro, sino que contiene también el deseo de estar con aquella persona para expresarle el amor que se siente por ella. Y la expresión del amor puede hacerse de muchas maneras, entre ellas, a través de las relaciones sexuales.



Figura 2.2. El triángulo del amor de R. J. Sternberg (2000).

Por lo tanto, Sternberg concibe la pasión como parte fundamental de la construcción del amor. Y una de las formas que toma la pasión es a través de la sexualidad en pareja, por lo que es importante alimentar las distintas formas de expresión del amor o de la pasión que puedan existir. Si a ello le sumamos la importancia de que el contacto humano forme parte de nuestras vidas, dentro de la relación de pareja el contacto íntimo también puede ser primordial. Eso no significa que la sexualidad tenga el papel protagonista dentro de la relación de pareja, pero quizás signifique que debemos darle un papel relevante dentro del cuidado de la relación.

Siguiendo a los filósofos Comte-Sponville y Guitton, Walter Riso (2005) nos describe el amor unificado como aquel que es completo, sano y gratificante, como aquel amor que nos acerca a la tranquilidad y nos aleja del sufrimiento. Para ello, también debemos encontrar el equilibrio entre tres factores: *eros*, *philia* y *ágape*.

- *Eros* sería el deseo sexual, aquella parte que cobra más importancia en el enamoramiento. Equivale al amor más pasional. Esta parte del amor busca la propia satisfacción, es el amor egoísta, el amor posesivo. Es importante tener en cuenta que es el factor que más duele, el que se relaciona con la locura y con la incapacidad de controlarse. Por lo tanto, si sumamos este grado de locura, la falta de autocontrol, el anhelo de posesión del otro y un deseo sexual muy elevado, nos encontramos ante un tipo de amor muy peligroso, ya que puede hacer subir a la persona hasta límites insospechados de placer pero, como es poco sostenible, al poco tiempo puede llevar a quien lo padece a golpearse contra el suelo con una brutalidad extrema. Riso dice que es el amor “que nos eleva al cielo y nos baja al infierno en un instante”.
- *Philia* es la amistad en pareja, aquel amor que se comparte y que causa gran alegría. El objetivo de esta parte del amor es la reciprocidad y estar bien juntos. Y se puede enriquecer este amor que implica la amistad en pareja con el eros. No son excluyentes. De ese modo tendremos un amor recíproco, que aporta tranquilidad, diversión y bienestar, junto con la chispa de aquello erótico, pasional. Toda relación estable necesita de ambos factores para mantenerse en el tiempo de manera sana.
- *Ágape* es la ternura, es aquel amor que da y se compadece, es el amor desinteresado. Dentro de este amor nos encontramos la delicadeza, la no violencia, el amor que se entrega. Es desinteresado porque no implica egoísmos, es compasivo porque nos mueve a estar junto con la persona amada cuando lo necesita, cuando está sufriendo. Significa estar al lado de la pareja y mostrarle apoyo sin esfuerzo alguno. Y, como sucede con la *philia*, no excluye los otros dos factores. El *ágape* se complementa junto con el eros y la *philia*.

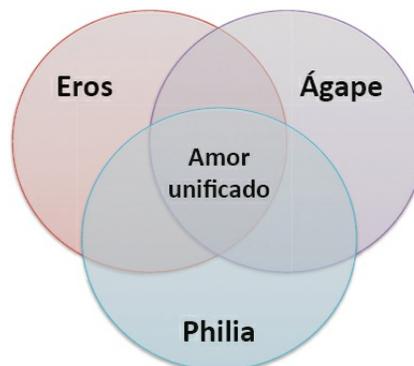


Figura 2.3. Eros, *philia* y *ágape*.

Entonces, según Riso, nos encontraríamos ante el amor completo, en la pareja, cuando se complementan estos tres factores o ingredientes de manera equilibrada. Por lo tanto, una vez más se hace evidente la importancia del eros, del erotismo, de la pasión dentro de la relación de pareja, para que esta sea estable y duradera, pero de nuevo vemos que no es más importante que los otros factores, sino que tienen que estar los tres equilibrados para poder tener una relación sana y divertida. Ante la ausencia de uno de estos tres factores nos podemos encontrar con distintas dificultades dentro de la relación de pareja. Por ejemplo:

- a) *Cuando el eros desaparece:* es cuando la persona no se siente deseada o cuando siente que no desea a su pareja, lo erótico pierde importancia y pasa a un segundo plano.
- b) *Cuando la philia desaparece:* es cuando el aburrimiento entra por la puerta; ambos miembros ya no se divierten juntos, ya no hay alegría en la relación.
- c) *Cuando el ágape desaparece:* la pareja empieza a faltarse al respeto, no se tiene en cuenta la perspectiva de ver la pareja como un equipo y se piensa de manera egoísta, sin que el otro importe.

Para evitar que desaparezcan estos factores debemos visualizar la relación de pareja como algo no estático: ambos miembros siguen evolucionando y cambiando a lo largo de toda la vida y la relación también seguirá una evolución que implicará cambios. Es importante cuidar al otro y cuidar la relación para que esa evolución no separe a quien está dentro de la pareja.

Antes de finalizar, es importante tener en cuenta que la sexualidad es imprescindible dentro de una relación de pareja, pero entendida en su sentido más amplio. Eso no implica gran cantidad, sino calidad. Matizo algo que creo que es de suma importancia: una pareja no puede vivir sin sexualidad, en cambio puede vivir sin relaciones sexuales. Me explico: hay quien decide no tener relaciones sexuales, y cada uno es libre de decidir lo que quiera. Lo que sí es imposible es vivir sin sexualidad si la entendemos como la necesidad de tener contacto con el otro, ya que los humanos necesitamos del contacto con otro ser humano para poder sobrevivir y estar bien. Hoy en día se han confundido muchas cosas, como que la cantidad de relaciones sexuales que tiene una pareja es lo más importante. Y no es así. Cada pareja tiene que encontrar el equilibrio que le aporte felicidad y bienestar en lo que a su sexualidad se refiere. Debe ver en qué clase de juegos se siente más cómoda e incluirlos cuando le apetezca a ambos miembros de la pareja. Claro que es importante mantener viva esta parte de la relación, pero no hay que confundirlo con la obligación de tener relaciones sexuales cada día.

Cuento un caso que nos puede servir de ejemplo:

Ana, de 33 años, y Manuel, de 34, son una pareja que llevan alrededor de cinco años saliendo juntos. De estos cinco años, los tres últimos han estado conviviendo.

El motivo de su consulta es que, según ellos, ambos tienen bajo deseo sexual.

Explorando el funcionamiento de su relación de pareja y de su sexualidad juntos,

manifiestan que están completamente satisfechos con su cantidad de relaciones sexuales. Me comentan que juegan una vez al mes o una vez cada mes y medio. Pero su malestar viene derivado de los estándares sociales. "Se supone que deberíamos tener más de una relación sexual por semana", me dice Ana. Manuel afirma que ellos están muy contentos con sus relaciones sexuales, tanto en lo que se refiere a la cantidad como a la calidad, "pero las parejas de nuestro entorno nos dicen que tienen relaciones sexuales más de una vez a la semana y hemos pensado que deberíamos pedir ayuda para aumentar la cantidad de nuestros encuentros, quizás tenemos algún problema".

Nos encontramos ante un caso en el que "aquello que se dice" o "aquello que debería ser" interrumpe la felicidad de una pareja. En más de una ocasión he comentado que las falsas creencias pueden alterar una relación de pareja. En el caso de Ana y Manuel, si ellos están contentos con lo que tienen... ¿para qué buscar dificultades donde no las hay?



# **PARTE II**

## Disfunciones sexuales



# Cuando el placer llega antes de lo deseado: eyaculación precoz

## 3.1. ¿Cómo definimos la eyaculación precoz?

---

Ha habido muchos criterios para intentar definir qué es la eyaculación precoz: el tiempo que transcurre desde que hay estimulación hasta que hay eyaculación, los impulsos o número de empujes intravaginales que se hacen (Gindin dice que tiene que haber al menos de diez a quince empujes). Veamos qué dicen algunos manuales diagnósticos y algunos profesionales de la investigación en sexología:

- Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10): “Incapacidad de controlar la aparición de la eyaculación durante el tiempo necesario para que los dos participantes disfruten de la relación sexual”.
- Masters y Johnson: “Incapacidad para retrasar el reflejo eyaculatorio durante la penetración el tiempo suficiente como para satisfacer a la pareja en el 50% de los contactos sexuales”.
- DSM-IV: “Eyaculación persistente o recurrente en respuesta a una estimulación mínima antes, durante o poco tiempo después de la penetración, y antes de que la persona lo desee”. En el *Manual* se advierte que hay que tener en cuenta: edad, novedad de la pareja o de la situación y la frecuencia de la actividad sexual.
- Cabello (2009): “La condición persistente o recurrente en que el hombre no puede percibir o controlar las sensaciones propioceptivas que provienen del reflejo eyaculador”.

Es muy importante tener en cuenta que cuando hablamos de “satisfacción que tiene que conseguir la pareja” estamos hablando de un aspecto completamente subjetivo, ya que la satisfacción para una persona no es exactamente igual que para otra persona. Y, además, las creencias sobre la satisfacción en las relaciones sexuales pueden estar sesgadas por mitos y falsas creencias sobre lo que en realidad debe satisfacernos y sobre cómo conseguirlo.

En conclusión, el criterio más importante para definir la precocidad en la eyaculación responderá a la falta de sensación de control del propio hombre. Tal

sensación de ausencia de control debe partir de parámetros reales.

### **3.2. Factores predisponentes, factores precipitantes, factores de mantenimiento**

---

Hay ciertos factores que suelen ir asociados a las respuestas de eyaculación precoz y que debemos tener en cuenta en el momento de elaborar el tratamiento para la persona que acude a terapia. La mayoría de personas que se encuentran ante estas dificultades de control de la eyaculación suelen presentar altos niveles de ansiedad. Por lo tanto, la ansiedad cobra mucha importancia cuando hablamos de esta disfunción. Es por esto por lo que, aparte de las indicaciones dentro del tratamiento sexológico, es muy importante trabajar la relajación y la respiración para poder dejar de tener una respuesta ansiosa en situaciones sexuales.

Veamos cómo pueden influir distintos factores relacionados con la ansiedad:

- a) *Factores predisponentes.* Una personalidad de base nerviosa o de tipología ansiosa puede facilitar la aparición de episodios en donde la falta de control eyaculatorio pueda darse. Por lo tanto, la ansiedad como base puede ser lo que condicione que aparezca esta respuesta.
- b) *Factores precipitantes.* Podemos poner un ejemplo: los nervios de un primer encuentro con la pareja puede precipitar un episodio de eyaculación precoz. Esta situación sería completamente normal ante una primera vez, donde la inexperiencia, los nervios o la inseguridad ganan terreno, dejan paso a la ansiedad (lógica) de esa primera ocasión y la respuesta sexual se descontrola y se eyacula antes de lo deseado.
- c) *Factores de mantenimiento.* La falta de autoestima puede potenciar que ese episodio que podía quedarse como aislado o como una anécdota (como podría ser la respuesta precoz en un primer encuentro sexual) pueda volver a repetirse porque aparecen los miedos, la ansiedad anticipatoria, etcétera.

Debemos tener en cuenta, por lo tanto, que dentro del enfoque sexológico no podemos olvidar aquellos factores que hacen que este tipo de respuesta aparezca: la ansiedad, la falta de autoestima, etcétera, por lo que es necesario trabajar este ámbito para tener una terapia con mejores resultados.

### **3.3. Elementos para tener en cuenta para organizar la terapia**

---

Para poder hacer terapia para ayudar a quien eyacula antes de lo deseado, debemos tener en cuenta que se puede trabajar desde el punto de vista farmacológico o psicológico, o ambos enfoques juntos.

Veremos, de manera esquemática, qué fármacos pueden servir de ayuda en este tipo de tratamiento:

- Antidepresivos tricíclicos como, por ejemplo, clorimipramina.
- Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, siendo estos los que presentan menos efectos secundarios, como, por ejemplo, fluoxetina, paroxetina, citalopram y sertralina.
- Inhibidores de la fosfodiesterasa 5.
- Anestésicos locales.
- Dapoxetina, que ha salido al mercado bajo el nombre Priligy®.

Normalmente, la farmacología para este tipo de disfunción tiene poca efectividad, sobre todo si se utiliza sola.

Suele ser más eficaz el tratamiento sexológico. La base del abordaje sexológico ante una disfunción es la focalización sensorial de Masters y Johnson (1966). Se emplea la focalización sensorial partiendo de la base de que la situación más estresante y que crea más dificultad suele ser aquella más explícitamente sexual, por lo que el acercamiento a esa situación se hace de manera progresiva y empezando por situaciones más sensuales o eróticas. De ese modo, se va aumentando el grado de dificultad a medida que el paciente va adquiriendo más control. El modelo que veremos a continuación se nutre de la focalización sensorial de Masters y Johnson y se enriquece con el modelo del Instituto Andaluz de Sexología y Psicología (Cabello, 2010).

Las fases que se deben seguir son las siguientes:

1. *Erotización sensual o focalización sensorial (I)*. Se lleva a cabo a través de un masaje corporal para poder aprender a focalizar las sensaciones que el cuerpo puede proporcionar. Se prohíbe el coito para ir ampliando la sensación de control de manera gradual.
  - a) Trabajo a nivel individual para ganar confianza y poder conocer mejor las propias sensaciones corporales.
  - b) Trabajo en pareja ampliado también a nivel corporal para mejorar las sensaciones y la confianza en pareja.
  - c) Autoestimulación, aprendiendo a ser consciente del propio nivel de control, siendo consciente del tipo de velocidad y presión que debe realizarse hasta llegar al punto de no retorno, aquel en el que, aunque la estimulación pare, se eyacula sin poder hacer nada (inevitabilidad eyaculatoria). Es necesario reconocer este punto para poder frenar o disminuir la estimulación justo en el punto anterior para poder alargar el momento del orgasmo.
  - d) Si el nivel de control en este inicio de tratamiento no mejora, se recomienda el trabajo conjunto con un fisioterapeuta especializado en

suelo pélvico para poder trabajar y mejorar la tonificación de la musculatura pélvica, tomar conciencia de las propias sensaciones y aprender a hacer la contracción anal en el momento de los ejercicios.

2. *Erotización genital o focalización sensorial (II):*

- a) *Centrada en el tacto.* El masaje sensorial puede llegar a la zona genital y la consigna es que el paciente se centre en las sensaciones que se le despiertan al tocar esa zona, pero con lentitud y sin buscar el orgasmo.
- b) *Centrada en las fantasías.* Mezclamos la caricia con la fantasía para potenciar la sensación placentera.

3. *Erotización orgásmica (I):*

- a) Caricias compartidas con la pareja:
  - Focalización sensorial (I).
  - Focalización sensorial (II).
  - Juego sexual sin penetración.
- b) Autoestimulación delante de la pareja, para mostrar el grado de control y normalizar la presencia de la pareja en el juego erótico con orgasmo.
- c) Rozamiento genital, combinado con la técnica de la parada y el arranque, controlando no llegar al punto de inevitabilidad eyaculatoria. También se puede realizar la comprensión o pinza. Debe hacerse respiración profunda y la contracción anal. Si no se llega a controlar este punto, se recomienda ir a un fisioterapeuta especializado de suelo pélvico.

4. *Erotización orgásmica (II):*

- *Estimulación compartida.* Puede haber masturbación, por ejemplo, y juego sexual, haciendo que primero aparezca el orgasmo de la pareja y después el orgasmo del paciente.

5. *Desensibilización intravaginal (I):*

- a) Penetración en cabalgada (tres series de tres minutos). Se prohíbe que haya movimiento pélvico.
- b) Ejercicios de esfínter anal y suelo pélvico, ejercicios de Kegel durante la penetración sin movimiento.
- c) Eyacuación fuera de la vagina por autoestimulación. Es importante mantener la concentración en las fantasías eróticas.

## 6. *Desensibilización intravaginal (II):*

- a) Penetración en cabalgada; se permiten empujes lentos.
- b) Eyaculación fuera de la vagina por la estimulación de la pareja.

## 7. *Desensibilización intravaginal (III) o capacitación coital:*

- a) Se van alternando, mientras hay penetración, los empujes lentos, seguido de algunos empujes más rápidos, para volver a un ritmo de empujes lentos. Es importante recordar que la concentración en las fantasías eróticas debe estar presente.
- b) Se permite el orgasmo intravaginal.

Cuando se domine esta última parte del tratamiento ya se podrá llevar a cabo el coito libre.

En algunos casos es necesario el tratamiento combinado con fármacos. Entonces, el modo de proceder sería administrando el fármaco a partir de la erotización orgásmica. Pero si la eyaculación se da antes de la penetración, puede administrarse el fármaco desde la erotización genital o focalización sensorial (II). Es necesario, evidentemente, trabajar de manera multidisciplinar con un médico especializado en sexología para poder establecer una pauta de trabajo combinando terapia sexológica y fármacos.

## **3.4. Caso clínico**

---

### Descripción

Manuel tiene 35 años. Acude a consulta porque eyacula demasiado deprisa. Según nos comenta por teléfono, dice que tiene eyaculación precoz.

En la primera visita viene solo a petición propia. Durante la llamada telefónica, dice que prefiere hacer la primera sesión individual y, si es necesario que venga la pareja para poder trabajar mejor, ella vendría encantada más adelante.

Manuel prefiere poder venir el primer día solo y explicar qué le sucede y cómo se siente sin tener a su pareja delante.

En las dos primeras sesiones trabajamos el genograma y su línea de vida y podemos destacar, a modo de resumen:

- Que es el pequeño de una familia nuclear de cuatro personas: su padre, su madre y su hermana mayor.
- Tiene poca relación con la familia extensa.
- De pequeño siempre fue tímido y tuvo pocas amistades.
- Su grupo de amistades actuales es reducido, según él.
- Tuvo una relación de pareja estable desde los 22 a los 29 años y, desde entonces, no ha tenido más que alguna relación esporádica con alguna chica.
- Hace ocho meses que está con Silvia.

Ya que ahora está saliendo con Silvia, es importante recoger la historia de su relación de amor. Y Manuel nos cuenta que, después de estar un tiempo cortejando a Silvia, consigue empezar a salir con ella. Y nos cuenta que ella no se sentía atraída por él al principio. Pero, poco a poco, y gracias a que se veían a menudo por un deporte que practicaban juntos, ella le fue conociendo y se fue enamorando.

Desde el momento en que empiezan a salir juntos, las relaciones sexuales no van muy bien, salvo excepciones puntuales. Manuel, cuando empieza a tener penetración vaginal con Silvia, nota que eyacula demasiado rápido. Justo en el momento de la introducción, él no puede controlar su eyaculación y el orgasmo aparece segundos después de que el pene entre dentro de la vagina.

Solamente sucede con la penetración. De todos modos, gracias a la indagación que se hace durante la sesión para descubrir a qué y cómo juegan, descubrimos que casi siempre van con la idea de tener penetración, y el sexo oral o la masturbación es solamente un paso previo que se hace para tener un precalentamiento y pasar a tener penetración.

## Evaluación y análisis

Es importante valorar cómo es Manuel. Y, gracias a lo que comenta y a lo que se ve durante las primeras sesiones, se percibe (y él mismo confirma) que es un chico nervioso, inseguro y que no se siente atractivo. Silvia, por el contrario, es una chica atractiva, segura, con fuerza y autoestima. Él no acaba de comprender cómo una chica tan atractiva como Silvia puede fijarse en un chico como él. Y sus miedos vienen reforzados al pensar que ella no se enamoró de él desde el principio, sino que se fue sintiendo atraída por él a medida que lo conocía. Pero Manuel no confiaba en que Silvia realmente lo quisiera.

La ansiedad que le generaba esa duda hacía que cada vez que Manuel quería acercarse sexualmente a Silvia la respuesta sexual fuera cada vez más precoz.

A la tercera sesión, vino Silvia. Y realmente era una chica muy atractiva, que cuidaba mucho su cuerpo. Ella, en todo momento, dijo que no se había fijado en Manuel porque era un chico discreto, que pasaba desapercibido pero que, a medida que lo fue conociendo, vio que le gustaba de verdad.

Por la logística del horario laboral de ambos, las siguientes sesiones se trabajaron solamente con Manuel. Pero conocer a Silvia fue importante para poderla tener como "cómplice" de la terapia.

## Intervención

Durante la terapia se trabajó el esquema de la focalización sensorial, anteriormente descrito, teniendo en cuenta el contexto de la relación de pareja: él no creía en la autenticidad del vínculo de la relación. Este fue uno de los ejes que se fueron trabajando paralelamente en los ejercicios de focalización. Fue importante que Silvia se comunicara con él y le explicara qué cosas le atraían de él, cómo sentía ella el vínculo que los unía para que él fuera creyendo cada día más en la relación.

A través de la focalización sensorial, Manuel fue tomando conciencia de sus sensaciones y así pudo controlar el momento de la eyaculación. Siempre le era más difícil controlar ese momento cuando había penetración, pero fue avanzando muy positivamente.

De todos modos, hubo dos momentos durante la terapia en la que se pudieron percibir mejoras notables y muy importantes en el proceso de Manuel y Silvia. Y eso sucedió cuando se dieron dos circunstancias:

1. Cuando Silvia verbalizó todo lo que sentía por Manuel y cómo se había ido enamorando de él.
2. Cuando tomaron la decisión de ir a vivir juntos.

Fueron esos dos momentos en los que el compromiso se fue afianzando, en los que Manuel creyó mucho más en la relación, ganó confianza y seguridad, y la ansiedad desapareció. Entonces pudo empezar a tener sensación de control eyaculatorio con más fuerza cuando estaba en pareja.

En este proceso lo importante fue ir ganando herramientas a través de la terapia sexológica para controlar la parte más física de la eyaculación y poder ganar confianza y seguridad a través de la comunicación en pareja para mejorar la percepción del vínculo que los unía.



# Cuando el cuerpo no responde lo suficiente: disfunción eréctil

## 4.1. ¿Cuándo aparece y qué es la disfunción eréctil?

---

La disfunción eréctil implica la pérdida de la erección en situación sexual. También hay distintos investigadores que han definido la disfunción eréctil.

- Kaplan (2002): “La patología esencial es el bloqueo del reflejo de la erección”.
- Cabello (2010): “La incapacidad para lograr y mantener una erección con la suficiente rigidez como para poder llevar a cabo relaciones sexuales satisfactorias”.
- DSM-IV: “Incapacidad, persistente o recurrente, para obtener o mantener una erección adecuada hasta el final de la actividad sexual que provoca malestar o dificultad en las relaciones interpersonales”.

De nuevo debemos fijarnos en la importancia de valorar qué es para un hombre y para su pareja una relación sexual satisfactoria, ya que, en la mayoría de las ocasiones, nos encontraremos con baremos de satisfacción teñidos de mitos y falsas creencias. Sobre todo si nos encontramos ante alguien que tiene una dificultad sexual.

Por lo tanto, uno de los factores más importantes para valorar una disfunción eréctil es tener en cuenta qué clase de mitos o falsas creencias tiene al respecto. Cabe destacar que la disfunción eréctil puede tener muchas causas, entre ellas, causas médicas, por lo que es muy importante tener una valoración médica para poder descartar que nos encontremos ante una dificultad que sea consecuencia de una enfermedad.

## 4.2. Factores predisponentes, factores precipitantes, factores de mantenimiento

---

Así como el rasgo más característico de la eyaculación precoz es la ansiedad, ante la disfunción eréctil nos podemos imaginar a un hombre que se centra poco en sí mismo en situación sexual. Un hombre que priorizará el placer de su pareja al suyo propio. Nos encontramos ante alguien que se autoexige ser el *mejor amante*. Por eso se esfuerza, se

focaliza y solamente tiende a pensar en su pareja. Y la *exigencia* para hacerlo bien puede llegar a volverse en contra. Vamos a ver cómo podemos encontrarnos esta exigencia de distinta manera:

- a) *Factores predisponentes.* Una personalidad con un alto nivel de exigencia tenderá a unas expectativas bastante elevadas sobre los objetivos que pretende conseguir, por lo que ya parte con un ideal bastante elevado. Este tipo de objetivos suelen ser los más difíciles de conseguir y una persona con esta personalidad solo se contentará si consigue esos objetivos, no le gustará quedarse a medias. Por lo tanto, un alto nivel de exigencia comporta un elevado nivel de estrés. Si lo relacionamos con la sexualidad, tal nivel de exigencia pretenderá conseguir erecciones muy satisfactorias (luego deberemos valorar qué es para el paciente tener una relación satisfactoria...) y si la exigencia llega a nivel de obsesión, estar tan pendiente de la erección no ayuda a que esta se mantenga. Normalmente, la exigencia va relacionada con que el paciente quiere hacerlo lo mejor posible para estar a la altura y satisfacer a la pareja.
- b) *Factores precipitantes.* Si ya tenemos de base una personalidad muy exigente, la primera vez que se tengan relaciones sexuales esa exigencia puede hacer que sea muy difícil alcanzar el nivel de satisfacción deseado porque este estará por encima de lo que la situación permite. Las primeras veces (y no solamente la primera vez, sino las primeras veces que se está con una nueva pareja) es lógico que no todo funcione a la perfección, pero una persona con un nivel de autoexigencia muy elevado pretenderá que así sea, por lo que estará pendiente de su propia respuesta, de que su erección esté a la altura. Y justamente esa posición puede hacer que la erección no llegue a las expectativas deseadas. Esto se puede vivir como un fracaso, que condicionará los siguientes encuentros.
- c) *Factores de mantenimiento.* Es muy posible que, ante las situaciones anteriormente vividas, se mantenga un rol de espectador ante la propia respuesta sexual, es decir, estar pendiente en todo momento de:

- Cuándo va a empezar la erección.
- Si se mantiene o no.
- Si pierde tonicidad en algún momento.

Por lo que se hacen conductas de comprobación para ver si la erección se mantiene y descentrándose de las sensaciones de placer y del contexto erótico y focalizándolo todo en la erección. Todo esto suele ir acompañado de pensamientos de autosanción y de miedo (“Tengo que estar a la altura”, “No puedo perder la erección”, “Seguro que no soy capaz de mantener la erección”, “Si se me baja, pensará que no soy un hombre”, etcétera).

Estos tres factores hacen que no se dé el circuito necesario para que la erección tenga lugar. La erección es un acto reflejo a la excitación y todos los factores anteriormente mencionados bloquean esa excitación y hacen que la autoobservación sea el núcleo central de la relación sexual, como si se estuviera pasando un examen y no gozando (y el goce es la clave de una buena respuesta sexual).

### 4.3. La terapia: ¿cómo se desarrolla?

---

El tratamiento para la disfunción eréctil puede tener apoyo psicológico y farmacológico o médico.

La farmacología en esta disfunción es más eficaz que, por ejemplo, la eyaculación precoz y nos permite cierta mejora, pero es importante discriminar cuándo debemos utilizarla.

El tratamiento farmacológico o médico implica tres niveles de actuación (Lucas y Cabello, 2007):

- a) *Nivel I*: administración de medicamentos y aparatos de vacío:
  - *Inhibidores de la fosfodiesterasa 5* (que es una enzima específica que se encuentra en el pene). Los medicamentos más conocidos son sildenafil (Viagra®), tadalafil (Cialis®), vardenafil (Levitra®).
  - También existen *otros fármacos orales*, que tienen menor eficacia, como apomorfina (actualmente está retirada), yohimbina (no comercializada, fórmula magistral), parches de nitroglicerina (más utilizados en disfunciones leves de origen vascular), fentolamina (no comercializada en España), doxazosina (eficaz asociada a sildenafil en casos de disfunción eréctil no orgánica). Más fármacos que no están *suficientemente contrastados científicamente*, pero que en ocasiones pueden dar algún resultado, serían L-arginina, trazodona, pentoxifilina, delequamina y la nicergolina.
  - Existen otros fármacos que están *en vías de estudio* como, por ejemplo, aplicación local en el pene de donadores de óxido nítrico, melanotan II; se estudian los efectos de los siguientes principios activos: oxicotina, glutamato, hexarelina, etc. Y también ha habido, históricamente, remedios caseros poco probados científicamente, como cuerno de rinoceronte, mosca cantárida, ginseng coreano, etc.
  - Finalmente, debemos tener en cuenta los *aparatos de vacío* (como alternativa de las prótesis químicas o mecánicas). Estos aparatos crean una erección gracias a la succión del pene. Tienen una eficacia muy elevada, de un 80%, pero los pacientes no suelen utilizarlos ya que sienten cierta dificultad en incluirlos en el juego sexual.

b) *Nivel II: administración intracavernosa de fármacos vasoactivos.*

En este nivel de actuación se administran por vía intracavernosa fármacos vasoactivos a través de una inyección. Esta modalidad, aunque es muy eficiente (70-80%), es poco utilizada. El motivo es similar al de los aparatos de vacío ya que, para muchos pacientes, es difícil incluir una inyección como parte del juego sexual.

c) *Nivel III: cirugía reparadora o implantación de prótesis.*

Su objetivo es restaurar la vascularización o implantar una prótesis para recuperar la erección.

La medicación o la cirugía nos es de gran ayuda, sobre todo en aquellos casos en donde la patología puede ser de origen orgánico. También puede ser un buen comodín o un buen inicio de mejora ante disfunciones de carácter psicógeno.

Aun así, y teniendo en cuenta que la medicina nos es de gran ayuda cuando es necesario, existen ciertos casos de origen psicógeno que con la terapia sexual pueden lograr grandes avances. Los pasos que habría que seguir serían los siguientes:

a) *Focalización sensorial (I) o erotización sensual:*

– Prohibición del coito.

– Revitalización y descubrimiento de las zonas erógenas a través de:

- Masaje erótico no genital (individual), siguiendo como en la eyaculación precoz; es importante centrarse en las sensaciones que da el propio cuerpo de manera progresiva, de menos sexual a más sexual.
- Masaje erótico no genital (en pareja): para ir aprendiendo a gozar de las sensaciones, descentrándonos de la constante observación de la erección y mejorando la confianza e intimidad en pareja, así como la comunicación que debe haber entre ambos.

– Autoestimulación o masturbación individual con la instrucción paradójica de perder la erección para volver a recuperarla gracias a la focalización de las sensaciones corporales y la fantasía erótica.

– Comunicación sexual entre la pareja para poder valorar las expectativas sexuales que tiene cada uno, negociar cómo se desarrollarán sus encuentros íntimos y para poder elaborar fantasías de manera conjunta para negociar bien, pero también para poder mejorar el vínculo entre ambos.

b) *Focalización sensorial (II) o erotización genital.* Concentración en las

sensaciones y concentración en fantasías eróticas acariciando los genitales, pero sin finalidad orgásmica.

c) *Erotización orgásmica*. La pareja puede tener caricias compartidas gracias a la focalización sensorial (I), focalización sensorial (II) y juego sexual sin penetración. Seguidamente el paciente se autoestimulará delante de la pareja, permitiendo el rozamiento genital sin penetración.

d) *Capacitación para el coito*:

- Como el paciente ya puede tener mayor control sobre su erección, se permite una penetración inmóvil con autoestimulación y eyaculación fuera de la vagina.
- Si se mantiene la erección intravaginalmente, en el siguiente paso se permite la eyaculación dentro de la vagina gracias a la autoestimulación.
- Luego se permite que haya ciertos empujes lentos y progresivamente más rápidos hasta llegar a los movimientos de manera espontánea y finalmente al coito libre.

Como decíamos anteriormente, en algunos casos puede ser necesario combinar ambos tratamientos: el farmacológico y el sexológico. Situaciones en las que se recomienda empezar con el tratamiento combinado para obtener una respuesta sexual satisfactoria (una erección) y que eso motive el trabajo dentro de la terapia sexual podrían ser: para integrar a la pareja dentro del proceso terapéutico desde el principio, cuando hay una elevada ansiedad de ejecución, un gran miedo al fracaso, etc. En ese caso, se empieza a utilizar la medicación en la fase de erotización genital y se deja progresivamente después de conseguir un coito satisfactorio. Siempre con prescripción médica y la orientación del terapeuta sexual.

## 4.4. Caso clínico

---

### Descripción

Santi tiene 37 años y su pareja, Albert, 40. Son pareja desde hace más de 15 años.

El primer día de consulta acude solamente Santi y explica las dificultades que encuentra en su sexualidad en pareja. Dice que ambos gozan muchísimo de la masturbación juntos y del sexo oral. Y en lo que se refiere a sus relaciones sexuales con penetración, Santi suele ocupar la posición pasiva, permitiendo que Albert lo penetre de manera anal, y Albert es la figura activa. Durante años han mantenido ambas posiciones de manera bastante rígida. Muy pocas veces han intercambiado su rol sexual.

Después de contar cómo es su vida afectiva y sexual, dice que él tiene disfunción eréctil. Al explorar su relación de pareja detectamos que, desde hace un tiempo, Albert le pide que desee ser él quien reciba la penetración, por lo que anima a Santi a tomar el papel activo dentro de sus relaciones sexuales. Santi siempre ha intentado escapar de la demanda que Albert le hace pero, últimamente, este está más insistente. De tal manera que, las veces que lo ha intentado, no ha tenido suficiente erección como para poder completar la penetración. A veces, ni siquiera puede empezar a penetrar porque pierde la erección

justo al empezar a intentarlo.

Cuando empieza el trabajo con Santi aparecen sus miedos a no estar a la altura, a no cumplir las expectativas que Albert pueda tener de sus relaciones sexuales con este cambio de posición. Él nunca había tenido pérdidas de erección, incluso en alguna ocasión si ocupaba el papel activo podía penetrar a Albert. Pero ahora, al pasar a ser una demanda explícita y que pretende ser habitual, Santi tiene miedo de no poder tener las erecciones que Albert parece tener y le asusta la idea de no satisfacerle bien. Parece que ha detectado que Albert desea romper la rutina e incorporar cambios en sus relaciones sexuales, y Santi se asusta al pensar que, si no está a la altura, quizás se pueda ir con otro.

## Evaluación y análisis

Antes de proseguir, es importante hacer una valoración del entorno familiar que Santi y Albert tienen y echar la vista atrás para ver qué experiencias han tenido a lo largo de su vida.

Santi viene de una familia progresista que comprendió y apoyó, sin dificultades y desde el inicio, la orientación sexual de su hijo. Tiene muy buena relación con ambos y es hijo único. Su vida afectiva y sexual está marcada por muchas relaciones esporádicas y ninguna relación de pareja estable. Su entorno siempre ha sido nocturno, ya que trabajó durante muchos años en locales musicales del ambiente. Y ese entorno hizo que él eligiera tener muchos contactos sexuales, a menudo bajo los efectos del alcohol y las drogas, y no tuviera ninguna vinculación emocional estable con ningún chico. Hasta que conoció a Albert. A pesar de que él no era de salir por la noche, se conocieron en un local de ambiente. Y desde entonces empezaron a verse y, poco a poco, fueron afianzando su relación.

Albert, en cambio, y según las palabras de Santi, proviene de una familia bastante tradicional. Es el menor de tres hermanos. Y nadie en su familia sabe que es homosexual. Solamente ha tenido alguna relación sexual homosexual esporádica y durante su adolescencia mantuvo una relación estable con una chica, un poco más de seis años.

## Intervención

El trabajo con Santi implica que Albert también venga a terapia para que puedan ir haciendo un acercamiento progresivo hasta la penetración, siguiendo las fases de la terapia sexual. Es imprescindible el trabajo en pareja para poder mejorar la erección en la penetración.

A su vez, es importante trabajar los miedos que envuelven a Santi ante esta nueva situación para impedir que le bloqueen. Al hablarlo directamente con Albert, abriéndose y contándole sus miedos, Santi se siente mucho mejor y gana confianza para ir experimentando con Albert.

Otra cosa importante sucede en este caso: a medida que Santi se implica más en su posición activa, va descubriendo qué cosas le excitan, qué cosas le ayudan a mantener la erección en su juego sexual. Descubre que Albert va muy directo al grano y a él le apetece más jugar e ir calentando lentamente el ambiente. Una de las tareas importantes dentro de la comunicación sexual de la pareja fue verbalizar qué cosas excitaban más a Santi y cómo podían encajar con la manera de jugar de Albert.

A medida que iban viendo que su juego sexual ganaba en calidad, Santi fue ganando la confianza necesaria para ir acercándose al momento de la penetración. Y tras algunos intentos en que la erección no se consiguió del todo, pudo empezar a incluir ese juego con normalidad dentro de sus relaciones sexuales en pareja.



# Cuando el placer no aparece: eyaculación retardada y anorgasmia

## 5.1. Anorgasmia femenina y anorgasmia masculina: ¿son lo mismo?

---

El DSM-IV trata ambas disfunciones como algo separado, pero con criterios diagnósticos parecidos:

- Ausencia o retraso persistente o recurrente del orgasmo después de una fase de excitación sexual normal, en el transcurso de una relación sexual que el clínico, teniendo en cuenta la edad del individuo, considere adecuado en cuanto al tipo de estimulación intensidad y duración.
  - En el caso de la mujer, matiza que “las mujeres muestran una amplia variabilidad en el tipo o la intensidad de la estimulación que desencadena el orgasmo. El diagnóstico de trastorno orgásmico femenino debe efectuarse cuando la opinión médica considera que la capacidad orgásmica de una mujer es inferior a la que correspondería por edad, experiencia sexual y estimulación sexual recibida”.
  - El trastorno provoca malestar acusado o dificultades en las relaciones interpersonales.
- El trastorno orgásmico no se explica mejor por la presencia de otro trastorno del eje I y no se debe exclusivamente a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo, drogas o fármacos) o de una enfermedad médica.

A pesar de que en ambas disfunciones la característica es la ausencia del orgasmo, es una dificultad mucho más frecuente en la mujer que en el hombre. La eyaculación retardada tiene una prevalencia muy baja y la anorgasmia femenina presenta distintas cifras que pueden presentar un nivel de confusión elevado, ya que oscilan entre el 5 y el 50% en la mayoría de los estudios que se han hecho. Estos datos son tan amplios que

pueden dar margen a mucha confusión, como siempre ha sucedido cuando hablamos del orgasmo femenino.

Shere Hite, en su investigación sobre sexualidad femenina, publicó que la mayoría de las mujeres utilizaban la estimulación del clítoris para poder conseguir el orgasmo. La cifra ronda el 95% de las mujeres. De todos modos, persiste una creencia generalizada de que una mujer debe conseguir un orgasmo gracias a la estimulación de la vagina, cuando en realidad no suele ser así. Se realizó un estudio centrado solamente en el orgasmo coital y los resultados dieron que entre el 50 y el 75% de las mujeres no tenían orgasmo durante la penetración, pero sí lo podían tener de otras maneras (Reinisch, 1991). Además, del 25 o 50% restante, no sabemos cuántas mujeres están recibiendo estimulación indirecta del clítoris, bien por la posición o por la capacidad de las raíces internas del clítoris.

Es importante tener en cuenta que el clítoris no es solamente el capuchón que se encuentra en los genitales externos de la mujer, sino que tiene raíces que no son visibles y que se encuentran en la parte interna de los genitales. Y la estimulación de estas raíces, desde el interior de la vagina, también puede conducir al orgasmo.

Es por eso por lo que una parte del trabajo ante una consulta por anorgasmia femenina tiene que ir acompañada por una exploración exhaustiva sobre qué tipo de anorgasmia podría ser y qué creencias acompañan a la paciente para poder discriminar antes de nada si nos encontramos ante una anorgasmia real o una anorgasmia falsa, es decir, una mujer que puede conseguir sus orgasmos perfectamente a través de la estimulación del clítoris, pero cuyas creencias erróneas hacen que desee un tipo de orgasmo que solamente consiguen entre un 25 o un 50% de las mujeres sin saber exactamente las circunstancias bajo las cuales lo consiguen, como decíamos anteriormente.

## **5.2. Factores predisponentes, factores precipitantes, factores de mantenimiento**

---

Las causas que pueden hacer que un hombre no llegue al orgasmo pueden ser varias. Destacaría aquel hombre que tiene un nivel de autoexigencia muy elevado y que no se considera buen amante, quien ha podido sufrir un episodio traumático vinculado con la sexualidad o las relaciones de pareja, creencias de que la sexualidad es algo negativo, exceso de control, dispersión mental durante una relación sexual, entre otras.

Sobre las causas que entorpecen el camino al orgasmo de una mujer podríamos encontrar muchos factores, entre ellos, creencias negativas sobre la sexualidad, sentimiento de culpa, baja autoestima, desconocimiento, etcétera. Pero destacaría una posible causa por encima de las demás: el miedo a perder el control, a dejarse llevar y a mostrarse sin control ante alguien.

Por lo tanto, partimos de la base de que una persona que le cueste llegar al orgasmo o no llegue nunca puede ser, en un porcentaje muy elevado, que tenga dificultades para

dejarse llevar, que se autocontrole en exceso y que tenga miedo a mostrarse ante los demás libremente. Quizás este sería el gran factor predisponente. Veamos más factores que pueden ayudarnos a comprender el origen de esta disfunción:

- a) *Factores predisponentes.* Insisto en que un paciente con dificultades para alcanzar el orgasmo suele tener una personalidad bastante controladora, queriendo tenerlo todo bajo control, sin muchas simpatías por aquello inesperado o las sorpresas, ya que no lo puede controlar. Una baja autoestima o tener poca asertividad también puede ser la base para no alcanzar el placer, sobre todo en la mujer: tabúes y mitos sobre la sexualidad femenina que le impidan explorar su cuerpo y sus propias sensaciones. A menudo son mujeres que nunca han experimentado la masturbación, por lo que nunca se han dedicado a tocar para descubrir y gozar.
- b) *Factores precipitantes.* A menudo puede haber algún episodio traumático relacionado con la sexualidad o no haber hecho un aprendizaje de habilidades sociales para relacionarse con el otro a nivel sexual (e incluso a nivel no sexual), no comunicar a la pareja aquello que puede favorecer la excitación durante las relaciones sexuales (fruto de una baja asertividad), crisis dentro de la relación de pareja, marcar el orgasmo como el objetivo por alcanzar llevando a cabo autoobservaciones y estando alerta de las posibles señales que da el cuerpo para ver si el orgasmo aparece o no.
- c) *Factores de mantenimiento.* Una relación de pareja disfuncional puede ayudar a mantener la dificultad sexual. Pero el factor que ayuda más a mantener la disfunción sería la ansiedad que produce el no llegar al orgasmo. Esta ansiedad conduce a poner el orgasmo como el objetivo de la relación sexual y el paciente se tensa y puede llegar a obsesionarse de tal manera que toda la relación sexual gire en torno al orgasmo. De esa manera, no se dan los ingredientes necesarios para que un orgasmo se dé: relajación, confianza, complicidad, gozar de cada sensación... El orgasmo debería ser la consecuencia de todo un proceso cuyo objetivo debería ser gozar, y se puede gozar de muchas maneras. Cuando el orgasmo se convierte en el objetivo y no en la consecuencia, el paciente ya está posicionado en actitudes que no favorecen el mismo.

### **5.3. ¿Cómo trabajamos terapéuticamente?**

---

#### *A) Enfoque terapéutico en anorgasmia femenina*

La terapia sexológica en el trabajo de la anorgasmia femenina solamente se centraría en el tratamiento sexológico, ya que no hay fármacos para la anorgasmia. El tratamiento empezaría por:

- *Mejora de la capacidad erótica.* Para ello, será importante mejorar la educación afectiva y sexual que haya recibido la paciente, de tal manera que deberemos ayudar a reducir aquellos mitos o falsas creencias que no ayudan a tener una buena respuesta erótica. En este proceso se debe abordar la respuesta sexual humana, cómo funciona la sexualidad femenina, qué verdades o mentiras se esconden tras el orgasmo femenino, etcétera.
- *Autoerotismo.* La mujer deberá conocer su cuerpo y las sensaciones que este le puede proporcionar y compartir todos los conocimientos adquiridos con la pareja.
  - *Exploración visual.* Es importante que cada mujer conozca bien sus genitales y no sienta rechazo hacia ellos, por lo que la visualización nos ayudará a conectar mejor con ellos. Los genitales femeninos han sido una zona especialmente rechazada por muchas mujeres: tener una buena relación con ellos es muy importante para tener una buena sexualidad.
  - *Exploración táctil (I).* Puede ser a nivel genital o conociendo todo el cuerpo. Cuando se realiza a nivel genital se hace para poder mantener un buen contacto con los genitales. Que la mujer los pueda acariciar para sentir que esa parte del cuerpo forma parte de ella. En este paso, no hay intención erótica. Sencillamente se trata de tocar para ser consciente de que los genitales están ahí, al igual que cualquier otra parte del cuerpo.
  - *Exploración táctil (II).* Aquí es donde se intenta conseguir cierto grado de excitación. Es necesario acompañar esta fase de fantasías eróticas (gracias a la imaginación, la lectura o la visualización de contenido erótico) para fomentar la concentración en aquello erótico y placentero. Las caricias, que pueden iniciarse a nivel corporal para ir bajando a nivel genital, se hacen desde un punto de vista erótico, sintiendo las sensaciones placenteras que el cuerpo puede proporcionar. Se recomienda el uso de vibradores para facilitar sensaciones más intensas.
  - *En pareja.* A medida que avanzan las fases anteriores, incluimos a la pareja en los ejercicios por realizar. Como parte imprescindible del proceso es necesaria la mejora de la *comunicación* entre ambos miembros de la pareja y, siguiendo el modelo del Instituto Andaluz de Sexología y Psicología (Cabello, 2010), la pareja comienza la erotización sensual y la erotización genital. Esta erotización puede llevarse a cabo a través de masajes eróticos en los que cada miembro, durante un tiempo que no sea menor a 15 minutos, recibe un masaje erótico por parte de la pareja. Primero recibe el masaje uno y después el otro, con la idea de gozar de las sensaciones en pareja.
  - *Erotización orgásmica.* Cuando la mujer ha conseguido el orgasmo en solitario, muestra a su pareja los logros conseguidos autoestimulándose frente a él o ella. Luego es la pareja quien masturba a la mujer, siendo la paciente quien orienta, guía y dirige el tipo de caricias hasta que la pareja vaya

conociendo mejor el funcionamiento. También puede utilizarse un vibrador en esta fase.

- *Capacitación para la penetración.* En este momento se permite la penetración del pene (si la pareja es heterosexual) con estimulación del clítoris. Primero es la mujer quien se autoestimula durante la penetración para poder llegar al orgasmo gracias a la estimulación del clítoris y durante la penetración. Después puede ser la pareja quien estimule el clítoris durante la penetración. Cada pareja debe encontrar la posición que le facilite la correcta estimulación del clítoris mientras están teniendo el juego sexual. En este momento podemos dar por finalizada la terapia; sin embargo, hay parejas que desean poder alcanzar el orgasmo durante la penetración y sin la estimulación del clítoris. Ante esta situación, se propone que la pareja mantenga la estimulación hasta el momento en que la mujer sienta que está a punto de alcanzar el orgasmo y que en ese momento deje de estimularse y potencie la utilización de fantasías eróticas.

Recomendamos el libro *Camino al orgasmo*, de Sonia Blasco (1994), ya que reúne ciertos ejercicios que nos pueden echar una mano en el momento de enfocar la terapia con la paciente. Puede usarse como apoyo terapéutico. Y para obtener mayor conocimiento del orgasmo femenino, recomendamos la lectura de *Los secretos del orgasmo femenino*, de Lonnie Barbach (2002).

### *B) Enfoque terapéutico en eyaculación retardada*

En lo que se refiere al tratamiento farmacológico para la eyaculación retardada, los resultados no han sido demasiado buenos. Se han hecho intentos fallidos con fármacos como la yohimbina, ciproheptadina y efedrina o fenilpropanolamina. En los casos de lesiones medulares se han llevado a cabo inyecciones subcutáneas de neostigmina o electroeyaculadores que implican una pequeña descarga eléctrica a nivel rectal.

Pero si hablamos de la terapia sexual, nos centramos en el modelo del Instituto Andaluz de Sexología y Psicología (Cabello, 2010) que incluye una adaptación de las estrategias de Masters y Johnson (1970) junto con las aportaciones de Kaplan (1974; 2002). Por lo tanto, los pasos que habría que seguir son:

- *Focalización sensorial (I) o erotización sensual*, haciendo que el paciente aprenda a aumentar progresivamente su excitación sexual. Para conseguir tal progresión las condiciones terapéuticas serán las siguientes:
  - Prohibición del coito.
  - Revitalización y descubrimiento de mapas eróticos:
    - Masaje erótico no genital individual y masaje erótico no genital en pareja.

El objetivo de tales masajes no es conseguir la eyaculación todavía, sino gozar de las sensaciones que no sean estrictamente genitales.

- *Focalización sensorial (II) o erotización genital*, llegando ya a la zona genital para descubrir las sensaciones placenteras que el pene puede proporcionar. Las condiciones terapéuticas son:
  - Concentración en el tacto: masaje erótico genital individual y masaje erótico genital en pareja, para ir descubriendo las sensaciones placenteras que pueden darse a nivel genital, sin llegar a la masturbación.
  - Concentración en fantasías para potenciar la excitación y, en consecuencia, la percepción de sensaciones placenteras.
  
- *Erotización orgásmica*. La condición fundamental es que solo se pasará a este nivel si el paciente logra eyacular a nivel individual:
  - Caricias compartidas (mezclamos la erotización sensual, la erotización genital y el juego sexual sin penetración).
  - Autoestimulación. El paciente deberá masturbarse haciendo uso de la fantasía erótica hasta llegar al orgasmo. Siguiendo las indicaciones de Cabello (2010), cuando se domine la masturbación con la mano dominante se puede cambiar de mano para tener una nueva vía de aprendizaje. También pueden usarse vaginas artificiales, que se venden en tiendas eróticas. En algunos casos pueden ser de gran ayuda, ya que existen ciertos materiales que consiguen reproducir la textura de la vagina femenina.
  - Comunicación sexual. Es importante comunicar a la pareja las expectativas sexuales que se tienen, que se llegue a un proceso de negociación del tipo de juego que hará juntos y elaboración de fantasías para potenciar la excitación en pareja.
  - Alternancia de autoestimulación y estimulación genital por parte de la pareja (en posición ella estando encima), aumentando el tiempo de estimulación por parte de la pareja, hasta que se alcance la eyaculación si ella estimula manualmente.
  - Rozamiento genital. Implica eyaculación con autoestimulación hasta llegar a la eyaculación con estimulación de la pareja, pero permitiendo que los genitales puedan rozarse.
  
- *Erotización intravaginal (I)*, con el objetivo de obtener mayor rozamiento genital y mayor sensación. Las indicaciones terapéuticas son las que siguen:
  - La pareja boca abajo y penetración vaginal por detrás (en caso de pareja heterosexual) y penetración anal (en caso de pareja homosexual).
  - Contracción del esfínter del paciente.

- Presión en la base del pene del paciente.
- *Erotización intravaginal (II)*. Las indicaciones en esta parte final del tratamiento son las siguientes:
- La “maniobra del cartero” (Cabello, 2010) implica que la pareja boca arriba (si es mujer) o boca abajo (si es hombre), el paciente está de pie.
    - El primer paso es la autoestimulación con rozamiento genital para seguir con la eyaculación fuera.
    - El segundo paso es la autoestimulación con rozamiento genital; cuando llega el momento de inevitabilidad eyaculatoria se introduce el pene para poder eyacular en el interior.
  - Conseguido todo el proceso, se puede proceder a la normalización del juego sexual.

## 5.4. Casos clínicos

---

Al hablar de la eyaculación retardada y de la anorgasmia, presentaremos un par de casos distintos, uno femenino y otro masculino.

### A) Caso clínico: anorgasmia femenina

#### Descripción

Sonia tiene 47 años y llevaba más de 25 años de matrimonio con Martín. Tuvieron dos hijos por parto vaginal.

Era la mayor de dos hermanas. Fue educada por sus padres en la fe católica y fue a un colegio de monjas mixto. Su educación afectiva y sexual, decía ella, fue nula. Pero en las primeras sesiones, profundizando en los mensajes que recibió de adolescente, descubrió que, a pesar de que sus padres no le contaran nada más allá de que le vendría la regla, ella había aprendido mucho sobre sexualidad. A pesar de que todo estuviera vinculado con el pecado y el sentimiento de culpa.

De pequeña descubrió la masturbación, y tenía orgasmos muy buenos gracias a la estimulación de su clítoris. Pero provenía de una familia muy religiosa y cada vez que se masturbaba se sentía invadida por sentimientos de culpa. Decidió dejar de masturbarse ya en la adolescencia precisamente por ese sentimiento de culpabilidad y de que estaba haciendo algo sucio y pecaminoso.

Martín fue su primera pareja estable. Se conocieron con 19 años y se casaron después de un año de noviazgo. Sonia nunca antes había estado con ningún hombre. Tuvo la primera relación sexual con penetración con él. Fue su primer amor, su primer beso, su primer todo. Martín, en cambio, ya había tenido varias parejas sexuales.

Desde que empezaron a mantener relaciones, Sonia nunca llegó al orgasmo en pareja. Pero no había sido algo que preocupara a ninguno de los dos. A ella le parecía normal no tener orgasmos. Y él no se daba cuenta. La relación iba más o menos bien hasta que un día Sonia descubrió que Martín le había sido infiel varias veces. Al iniciar la relación ya habían tenido algún episodio similar, pero ella lo perdonó,

aunque le costó mucho volver a confiar en él; de hecho, nunca llegó a hacerlo del todo.

En las relaciones sexuales de ambos se mezclaron dos cosas:

- La falta de comunicación de Sonia hacia Martín para contarle que no sentía orgasmos, que no estaba excitada del todo, y qué cosas podían ayudarle a conectar con su sexualidad.
- Y la desconfianza que siempre estuvo presente en su relación.

### Evaluación y análisis

La relación se terminó el día en que Sonia descubrió que Martín le había sido infiel con una persona muy cercana a la pareja. Hasta entonces, ella iba aceptando las infidelidades que descubría, pero en aquel momento, cuando descubrió que estaba acostándose con una de sus amigas, Sonia decidió separarse.

Ya estando con Martín, intentó hacer muchas cosas para reencontrarse con su orgasmo: leía libros, empezó a practicar tantra, se apuntaba a todos los talleres relacionados con este tema para aprender más y más. Pero nada la conducía al orgasmo.

La ansiedad por conseguirlo se la comió. Intentaba buscar todos los remedios posibles con tanta ansia, con tanta presión, que el orgasmo nunca llegaba.

### Intervención

Inició la terapia y, poco a poco, fue descubriendo las pequeñas sensaciones placenteras que el cuerpo le podía ir proporcionando, sin esperar nada más. Siguiendo la focalización sensorial y empezando por aquellas partes del cuerpo que estaban más alejadas de los genitales, descubrió sensaciones que antes ni tenía en cuenta. Empezó a promover aquellas cosas que hacían que se sintiera más relajada, tranquila. Explorando sus fantasías sexuales encontró aquellas situaciones que le resultaban más excitantes. Cada vez fue gozando más de su cuerpo y llegó el momento en que, a solas, consiguió el orgasmo.

En el momento en que apareció en consulta, Sonia estaba saliendo con un hombre de quien no estaba enamorada. Creía que era un gran amigo, pero no sentía nada más por él. Aun así quería seguir con la relación. Pero estando con él su sexualidad no despertaba. Realmente no tenía ganas de iniciar un encuentro sexual. Por lo que, cada vez que tenían relaciones, Sonia no permitía que el escenario fuera el que a ella le iba bien para su respuesta sexual. Quería una relación sexual rápida, justo para satisfacerle a él, y ella no se daba tiempo a relajarse, excitarse y sentir su cuerpo, por lo que nunca conseguía llegar al orgasmo.

Meses después dejó la relación con esta pareja y descubrió que podía volver a sentir aquellas cosquillas en el estómago cuando conoció a Mario. Junto a él pudo empezar a explorar su sexualidad en pareja y llegar al orgasmo ya que se sentía relajada, gozaba de las sensaciones que su cuerpo y sus genitales le proporcionaban, se comunicaba con Mario para contarle lo que más le gustaba, se excitaba... Puso todos los ingredientes encima de la mesa y llegó a conseguir lo que deseaba.

### B) Caso clínico: anorgasmia masculina

#### Descripción

Miguel tiene 32 años y es mecánico. Trabaja en un taller arreglando coches.

Cuando llega a la consulta nos explica que no puede llegar al orgasmo ni eyacular intravaginalmente, y es una situación que le causa mucha angustia y malestar porque sus relaciones sexuales podrían llegar a ser interminables, pero el esfuerzo físico que hace lo deja exhausto y nunca consigue la sensación gratificante y de distensión. Nos comenta que con su actual pareja algunas veces

llega al orgasmo gracias a la masturbación o al sexo oral, pero también le es realmente muy difícil. Con las anteriores parejas no conseguía el orgasmo de ningún modo.

## Evaluación y análisis

Como siempre, exploramos el entorno en el que ha crecido y vemos que es el pequeño de dos hermanos. Sus padres son una pareja muy trabajadora que no hicieron énfasis en la educación afectiva y sexual de sus hijos. Como tuvieron dos hijos, no pensaron que tuvieran que contar nada sobre sexualidad, porque "los niños ya lo descubren solos".

Fue al explorar su línea de vida cuando apareció una coincidencia relevante y una excepción donde sí podía tener orgasmos intravaginales.

La coincidencia: Miguel, anteriormente, podía conseguir orgasmos en pareja de manera fácil a través de la penetración, el sexo oral o la masturbación: con su primera pareja, María. Empezó a salir con María cuando tenían ambos 17 años. Fue su primera experiencia sexual. Cuando llevaban cinco años saliendo, María tuvo un accidente practicando deportes de aventura y perdió la vida. Fue un golpe muy duro para Miguel, que estaba con ella cuando todo sucedió.

La excepción: antes de estar con la pareja actual, Miguel solicitaba de manera habitual los servicios de una prostituta. Cuando mantenía relaciones sexuales de esta manera, no tenía ninguna dificultad en llegar al orgasmo por cualquier vía. Otra excepción es que cuando él se masturba en solitario también puede llegar al orgasmo sin dificultad.

Durante las sesiones hablamos de estos dos hechos. Fue realmente difícil porque a Miguel le costaba mucho hablar de María sin emocionarse y parecía que no quería abordar el tema. Todavía se sentía culpable por lo sucedido, por no poder hacer nada aun estando allí con ella. Poco a poco se fue abriendo y vio una conexión con lo que le estaba sucediendo:

- Cuando no había vinculación emocional, Miguel vivía la relación sexual simplemente como eso: un momento para tener un orgasmo y descargar, por lo que no le costaba llegar al orgasmo.
- Cuando aparecía cierta vinculación emocional, sentía el peligro de enamorarse de alguien de nuevo y se bloqueaba, de tal manera que no podía dejarse llevar libremente durante las relaciones sexuales, estaba hipervigilante y preocupado y no llegaba al orgasmo.

En ese momento, la terapia finalizó. Miguel dejó de venir. El motivo que alegó fueron dificultades económicas, que eran muy ciertas. Además, él tenía muchas cosas que digerir para sentirse preparado para hacerles frente. Conectar los motivos por los cuales tenía dificultades en llegar al orgasmo y eyacular fue algo muy revelador para él. Debía tener su tiempo para asimilarlo...

## Intervención

En este caso, la intervención se vio truncada por la finalización de la terapia por parte de Miguel. Hubiera sido, al principio, una intervención a nivel emocional donde, cuando él hubiera estado preparado, se hubiera ido dando permiso para volver a sentir por alguien lo que una vez sintió por su anterior pareja y tener, a su vez, placer y satisfacción sexual sin sentir culpa.



# Cuando el cuerpo cierra sus puertas: vaginismo

## 6.1. Vaginismo: ¿qué es y qué tipos existen?

---

Según el DSM-IV, el vaginismo implica:

- a) Aparición persistente o recurrente de espasmos involuntarios de la musculatura del tercio externo de la vagina, que interfiere el coito.
- b) La alteración provoca malestar acusado o dificultad en las relaciones interpersonales.
- c) El trastorno no se explica mejor por la presencia de otro trastorno (por ejemplo, trastorno de somatización) y no es debido exclusivamente a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica.

Y si nos fijamos en la definición que hace el CIE-10, vemos que nos dice que:

Se trata de un espasmo muscular de la pared pelviana que rodea la vagina, lo que causa una oclusión de la abertura vaginal. En tal caso la entrada del pene es imposible o muy dolorosa. El vaginismo puede ser una reacción secundaria a alguna causa local de dolor, en cuyo caso no debe recurrirse a esta categoría. Incluye: Vaginismo psicógeno.

Es Kaplan (1974) quien dice que el vaginismo es “un espasmo involuntario de los músculos que rodean la entrada vaginal, específicamente del esfínter de la vagina y del elevador del ano, que se produce siempre que se intenta la introducción del pene o de cualquier objeto en el orificio vaginal, haciendo imposible el coito e incluso requiriendo anestesia en el examen vaginal”.

A partir de la definición del vaginismo podemos encontrar distintos tipos. Principalmente destacaríamos dos tipos de vaginismo en función del grado de afectación que pueda tener la vida sexual de la paciente:

- *Buen nivel de juego sexual.* Solamente se ve interferido el juego sexual si se pretende tener penetración, pero este hecho no hace que se deje de jugar, es decir, la paciente juega a la masturbación y al sexo oral sin dificultad, gozando y

con diversión. De modo que la vida sexual de la paciente es rica, se mantiene un buen nivel de deseo sexual, de complicidad con la pareja, pero cuando se desea jugar a tener penetración, esta se ve imposibilitada.

- *Ausencia de juego sexual.* La imposibilidad de tener penetración hace que el resto de juego erótico y sexual quede limitado y nulo, llegando a conductas de evitación de cualquier juego erótico e, incluso, llegando a niveles que rocen o impliquen cierta o mucha aversión sexual.

A partir de ahí podemos seguir la clasificación que hacen Lucas y Cabello (2007) en la que incluyen el grado de afectación de la vida sexual de la paciente y también el grado de dificultad en función de lo que se pretenda penetrar. Cabello y Lucas dicen que existen cuatro tipos de formas clínicas del vaginismo:

- *Leve:* es aquel que permite que la paciente pueda tener relaciones sexuales satisfactorias, como decíamos con anterioridad, pero que no puede recibir la penetración del pene de su pareja u objeto similar. En estos casos, es posible que la mujer o la pareja puedan introducir un dedo en el interior de la vagina e incluso que pueda llevar algún tampón.
- *Moderado:* similar al anterior, es decir, la paciente puede gozar de juego erótico, a excepción de que no consigue la penetración. En este caso no es posible ni la introducción de un dedo ni de un tampón.
- *Grave:* implica que la mujer no puede recibir ningún tipo de penetración y, al mismo tiempo, suele rechazar la posibilidad de tener cualquier tipo de juego sexual.
- *Muy grave:* no solamente no es posible ningún tipo de penetración ni cualquier tipo de juego sexual, sino que, en estos casos, el vaginismo suele ir acompañado de un trastorno de excitabilidad o de aversión sexual.

Debemos tener en cuenta que el vaginismo puede darse como algo primario, es decir, pacientes que nunca han conseguido tener penetración, o secundario, en donde la paciente inicia una época en la que no puede recibir penetración a pesar de haberlo conseguido sin problemas con anterioridad.

## **6.2. Factores predisponentes, factores precipitantes, factores de mantenimiento**

---

Si hubiera una palabra que nos pudiera ayudar a comprender qué sucede tras el vaginismo sería *rigidez*. Veamos cómo se traduce esta rigidez en los distintos tipos de factores que acompañan esta disfunción:

- a) *Factores predisponentes.* Propiamente, la rigidez que antes hemos

mencionado. Podemos imaginar poco grado de flexibilidad, que variará en función de la gravedad del vaginismo, ciertas creencias sobre la penetración que pueden estar muy aferradas y un grado de miedo muy elevado.

- b) *Factores precipitantes.* El miedo puede ser el que, en un momento dado, precipite que haya dificultades en la penetración. El miedo al dolor, a aquello desconocido, miedo vinculado a las creencias de lo que sucede una vez se ha conseguido la penetración, puede entorpecer el camino a una relación sexual con penetración con facilidad. También puede ser que, como es normal, en las primeras veces que se intenta tener la penetración no se consiga, pueda haber cierto grado dolor y eso marque la dinámica en las relaciones sexuales posteriores.
- c) *Factores de mantenimiento.* Las experiencias previas pueden hacer que ese miedo, los nervios, la tensión antes de una relación sexual, la tensión a nivel muscular que haya, puedan ayudar a mantener la dificultad en el momento de intentar conseguir la penetración. Cuanto peor sea la vivencia de los intentos de penetración, más se verá limitada la sexualidad y más componente aversivo podrá alcanzar.

En función del grado de gravedad del caso clínico que nos encontremos, los distintos factores tendrán un peso más o menos relevante. A más dificultad, más grado de miedo, más creencias erróneas, más tensión, limitación y tendencia a cruzarse con la aversión.

### **6.3. El enfoque terapéutico para el trabajo con el vaginismo**

---

Antes de empezar a trabajar debemos descartar que la imposibilidad de tener penetración no venga por alguna causa orgánica como un himen rígido, endometriosis, algún tumor pélvico, etcétera, por lo que la visita al médico es de especial relevancia.

Descartada la casuística orgánica, seguiremos la terapia sexual para poder tratar el vaginismo. Para la casuística que tenemos delante hemos diseñado un plan de trabajo multidisciplinar en el que psicólogos y fisioterapeutas trabajamos conjuntamente con la paciente o con la pareja de manera combinada.

- *Mejora de la capacidad erótica.* Al igual que en la anorgasmia femenina, se trata de trabajar las actitudes negativas o los mitos y falsas creencias que existan en torno a la sexualidad con la ayuda de la educación afectiva y sexual, así como promover el trabajo con distintos recursos como la lectura o la visualización de contenido erótico o pornográfico para fomentar la excitación e incluso el orgasmo.

- *Exploración visual.* Es importante que, como en el caso de la anorgasmia, la

paciente conozca bien sus genitales para evitar posibles confusiones y para sentirse cómoda con esa parte del cuerpo. Es por eso por lo que se recomiendan ejercicios en donde la paciente explore de manera visual sus genitales, para que pueda conocerlos bien y mejorar su vinculación emocional con ellos.

- *Trabajo a nivel individual.* De manera gradual se indica a la paciente que intente la introducción de un dedo en el interior de la vagina. En esta parte, se recomienda que la paciente haga los ejercicios de Kegel de contracción y relajación de la musculatura vaginal, ya que facilitan que la paciente reconozca cuándo la vagina está más relajada para intentar la introducción del dedo. Se ha demostrado que la masturbación facilita el proceso de introducción del dedo, ya que todo el proceso es más sencillo si se hace cuando se está un poco excitada y así también puede aprovecharse la lubricación natural de ese momento.
- *Trabajo con fisioterapeuta de suelo pélvico.* Si la primera sesión que hace la paciente cuando llega a terapia es con psicólogo, y ya empieza a trabajar a nivel individual lo anteriormente dicho, la segunda sesión la realiza con un fisioterapeuta de suelo pélvico. Se trabaja en sesión, con la ayuda de una camilla y unos dilatadores vaginales, el proceso de introducción gradual. El fisioterapeuta hace una exploración digital a nivel genital para valorar el estado de contracción vaginal y, en ese momento, es cuando muchas de las pacientes que nunca habían conseguido introducir absolutamente nada en el interior de la vagina ya consiguen que el fisioterapeuta consiga introducir un dedo o un dilatador de tamaño pequeño. Este primer pequeño pero gran avance da mucha esperanza y ánimo a las pacientes que acuden a consulta.
- *Evolución.* A medida que la vagina va tolerando dilatadores más grandes o más de un dedo de la propia paciente, debemos llegar al objetivo final de esta fase, que sería la introducción de un dilatador que tenga un tamaño algo superior al pene de la pareja.
- *Trabajo en pareja.* A medida que el trabajo a nivel individual va mejorando, podemos implicar a la pareja en los ejercicios en casa. Cuando la paciente pueda introducir un tamaño de dilatador un poco grande, puede iniciar la introducción por parte de la pareja, pero guiada por la paciente, del dilatador de menor tamaño o de uno de los dedos más pequeños. Se puede practicar de la forma que la paciente encuentre más facilitadora, pero Masters y Johnson (1970) recomendaron la “postura no demandante”, que implica que la paciente se sienta encima de la pareja (la espalda de la paciente apoyada en el pecho de la pareja). Ella le cogerá un dedo y lo introducirá en su vagina sin que la pareja haga ningún movimiento. Si evoluciona bien, pueden hacer lo mismo con los dilatadores.
- *Preparación para el coito.* Cuando la paciente ha conseguido que los dilatadores,

incluso el del tamaño superior al pene de su pareja, se introduzcan sin problemas, puede empezar a prepararse para la penetración del pene.

- *Introducción del dilatador estando en cabalgada.* La paciente o la pareja de la paciente sujeta el dilatador para que ella pueda intentar la penetración sentándose encima del dilatador. Una vez conseguido, se necesita practicar suficientemente hasta que la paciente se vea capacitada a dar el siguiente paso. Se recomienda un mes de entrenamiento hasta pasar al siguiente punto.
- *Introducción del pene estando en cabalgada.* Estando la mujer encima, probará a “sentarse” encima del pene. Será ella quien guíe la situación y la pareja no puede hacer ningún tipo de movimiento. Cuando la mujer se sienta preparada, se podrá incorporar un ritmo de movimiento lento por parte de la pareja hasta llegar, de manera progresiva, a un ritmo de movimiento espontáneo.

Si nos encontramos ante una pareja de dos mujeres, el tratamiento va evolucionando hasta conseguir la introducción del juguete sexual deseado, si se da el caso.

CUADRO 6.1. *Esquema del tratamiento del vaginismo*

<i>Trabajos en sesiones de psicología</i>	<i>Trabajo de fisioterapia de suelo pélvico</i>	<i>Trabajo para realizar en casa</i>
Presentación del paciente y el motivo de consulta	Relajación de la musculatura pélvica	Probar la introducción de un dedo (se recomienda usar los ejercicios de Kegel y la masturbación)
Valoración de los progresos obtenidos y trabajos, con las dificultades que entorpezcan la progresión	Exploración digital o con el dilatador más pequeño	Entrenar la introducción del dedo o del dilatador más pequeño
	Aumentar el tamaño de los dilatadores hasta conseguir la introducción del dilatador que tenga el tamaño superior al pene de la pareja	Entrenar el aumento de tamaño de los dilatadores hasta conseguir la introducción del dilatador que tenga el tamaño superior al pene de la pareja  Trabajo progresivo con la pareja hasta capacitación para el coito y el coito libre

## 6.4. Casos clínicos

Debido a la variedad de dificultad en los casos de vaginismo, presentaremos dos casos a modo de ejemplo.

#### A) Caso clínico: vaginismo con buen juego sexual

##### Descripción

Ester es una chica de 24 años. Trabaja como educadora social en un centro de actividades para niños y niñas. Lleva cinco años de relación con Héctor, su pareja actual. Acude a consulta porque no puede conseguir la penetración con su pareja: tiene vaginismo, según ella misma nos cuenta. Y en la exploración de la demanda se confirma que no puede utilizar tampones, no puede introducir un dedo en su vagina, no ha ido nunca al ginecólogo y no puede tener penetración del pene.

Trabajando su genograma se ve que procede de una familia bastante aglutinada, que se ve regularmente y mantiene buenas relaciones.

Mirando en su línea afectiva y sexual, Ester explica que ha tenido un par de parejas con las que llegó a tener relaciones sexuales orales y masturbación, pero nunca intentó la penetración, por respeto y un poco de temor. A los 19 años conoció a Héctor y se gustaron al mismo tiempo. Desde que empezaron a salir juntos, su sexualidad fue muy divertida, abierta, comunicativa y se entendían bastante bien en todos los niveles.

##### Evaluación y análisis

La primera vez que intentaron tener una relación sexual con penetración, Ester sintió bastante dolor. Ambos eran inexpertos, tenían 19 años, y no habían tenido relaciones sexuales con penetración con anterioridad. Cada vez que lo intentaron desde entonces, siempre había dolor. Ester tenía miedo. Pero, aun así, siguieron jugando a acariciarse, masturbarse, lamerse, sentir placer el uno con el otro y hacer que su sexualidad fuera muy divertida.

De vez en cuando querían intentar de nuevo la penetración, aunque cada intento era fallido y cada vez lo intentaban con menos frecuencia, pero seguían jugando al resto de juegos.

Cuando apareció en la consulta, nos encontramos a una chica de sonrisa fácil, colaboradora y con ganas de empezar a trabajar. Era una chica que se divertía mucho durante las relaciones sexuales, pero que se encontraba con que no podía jugar a todos los juegos que deseaba y dijo que quería elegir a qué juegos sexuales jugar y que no tuviera ninguno vetado. Por eso quería conseguir la penetración, para que fuera una opción más en su intimidad con su pareja.

Héctor no podía venir porque en el trabajo no le dejaban salir antes y estaban en una situación un tanto complicada. De todos modos, se mostró igual de colaborador que Ester, aunque él estuviera solamente presente en el trabajo que se tenía que realizar en casa.

##### Intervención

Lo que asustaba a Ester era el dolor que sintió cada vez que intentó tener penetración. Era una chica sana con algunos miedos. Empezamos con la introducción de un dedo con lubricación y, aunque en casa no lo consiguió a la primera, al pasar por fisioterapeuta de suelo pélvico el avance fue cada vez mayor. Fueron pocas las visitas que necesitó.

Sus miedos se fueron disipando y el trabajo con los dilatadores mejoró su capacidad para relajar la vagina y conseguir la penetración de los dedos, los dilatadores y, finalmente, el pene de Héctor.

Él estaba preparado en casa para implicarse en el trabajo en pareja y fueron evolucionando hasta

poder superar la capacitación para el coito y jugar libremente a su gusto.

Fue una terapia sencilla donde vemos que una mala experiencia y el dolor en los primeros intentos frenaron la posibilidad de tener penetración. Pero al empezar a trabajar progresivamente, todo fue muy rápido y sencillo.

## B) Caso clínico: vaginismo sin juego sexual

### Descripción

Yolanda tiene 23 años y es administrativa. Lleva siete años saliendo con Rubén. Se define como una persona organizadora y le encanta planificar cosas.

Cuando llegan los dos a consulta me comentan que llevan mucho tiempo intentando tener relaciones sexuales con penetración, pero que no lo han conseguido nunca. El resto de su juego sexual había quedado afectado y no tenían ningún tipo de contacto. Cada vez que Rubén se acercaba a Yolanda, ella lo apartaba y le decía que no quería intentarlo. Aunque Rubén intentaba jugar a otras cosas, Yolanda decía que, si no podían tener penetración, que no servía para nada jugar a nada más. Explorando el tipo de sexualidad que habían tenido hasta el momento, ella comentó: "El sexo oral me da mucho asco, no entiendo como alguien puede ser capaz de meterse un pene en la boca o de dejarse lamer ahí abajo... ¡Es asqueroso!".

Realmente la sexualidad para Yolanda era un engorro. Rubén decía en consulta que tenía ganas de hacer el amor con su pareja, pero que Yolanda era como un gato, muy escurridiza.

Cuando les preguntamos qué motivo tenían para querer resolver esa dificultad, Yolanda dijo claramente: "Si no podemos tener penetración, nunca seré madre.."; entonces, los motivos que tenía ella eran puramente reproductivos.

De hecho, ella venía de una familia muy tradicional donde todas sus primas ya tenían hijos. Y ella estaba deseando que llegara su momento de ser madre. A pesar de que a su alrededor tenía a muchas tías, tíos, primas y primos, su familia nuclear era muy pequeña: sus padres y ella. Y por eso, desde muy pequeña, ella tuvo claro que quería tener tres hijos con su pareja.

### Evaluación y análisis

Al explorar su vida afectiva y sexual, se puede ver que Rubén era su primera pareja, con el que se dio su primer beso y con quien intentó tener relaciones sexuales con penetración al cabo de un año de estar saliendo juntos. A nivel individual, no había explorado mucho de su sexualidad. A menudo decía que no le gustaban sus genitales y que no entendía por qué había chicas que se masturbaban. Comprendía que "los chicos tienen más necesidad", según sus propias palabras. Pero una mujer no hacía "esas cosas".

Rubén no había tenido experiencia sexual compartida, antes de estar con Yolanda, pero sí que conocía perfectamente su cuerpo, se masturbaba con normalidad y se sentía bien por ello. También tenía ganas de ser padre pero, sobre todo, quería descubrir cómo podría llegar a ser su sexualidad compartida con su pareja.

Al entrar en la historia de la relación comentan que pasaron por una crisis hace dos años. Rubén, que también era virgen como Yolanda, tuvo un desliz con una chica con la que perdió la virginidad. Yolanda lo vivió como una auténtica traición, a lo que Rubén respondió que no pudo contener la curiosidad de saber qué se sentía cuando se tenían relaciones sexuales con alguien y cuando uno se sentía un poco mimado. Yolanda lo perdonó y la relación siguió adelante. No volvieron a hablar del tema hasta que lo comentaron en consulta.

### Intervención

La terapia evolucionó de manera un tanto extraña: todo aquello relacionado con las sesiones de psicoterapia era relegado a un segundo lugar y Yolanda tomaba a rajatabla las indicaciones que el fisioterapeuta le hacía para poder introducir los dilatadores. Poco a poco, consiguió la introducción de un dilatador de tamaño medio y eso coincidió con la petición de matrimonio por parte de Rubén.

Fue en ese momento en el que la terapia quedó en segundo lugar y dejaron de acudir a ella.

Yolanda nos comentó a través de un correo electrónico que, ahora que podía introducir un dilatador de tamaño medio, el resto ya podría hacerlo ella sola, y que ahora quería concentrar todas sus energías en planificar el día de su boda... No supimos más...

Parece que Yolanda pensaba en el sexo como el instrumento para conseguir ser madre y mantener su relación de pareja...



# Cuando el dolor impide el placer: dispareunia

## 7.1. ¿A qué llamamos dispareunia?

---

El DSM-IV nos dice que la dispareunia:

- a) Es un dolor genital recurrente o persistente asociado a la relación sexual, tanto en varones como en mujeres.
- b) La alteración provoca malestar acusado o dificultad en las relaciones interpersonales.
- c) La alteración no es debida únicamente a vaginismo o a falta de lubricación, no se explica mejor por la presencia de otro trastorno (excepto otra disfunción sexual) y no es debida exclusivamente a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo, drogas, fármacos) o a una enfermedad médica.

Según el CIE-10:

La dispareunia se presenta tanto en mujeres como en varones. A menudo puede ser atribuida a una patología local, en cuyo caso debe ser codificada de acuerdo con el trastorno correspondiente. En algunos casos no hay ninguna causa orgánica y puede ser importante la presencia de factores psicógenos. Esta categoría solo deberá utilizarse si no hay ninguna otra disfunción sexual (por ejemplo, vaginismo o sequedad vaginal). Incluye: dispareunia psicógena.

El dolor en la penetración puede ser de origen psicológico, es decir, sin que haya ninguna alteración física o muscular, o de origen físico, donde encontramos que sí existen alteraciones a nivel físico o muscular. Por ejemplo, en el caso de la dispareunia femenina, podemos encontrar mujeres que tengan una contractura en la musculatura genital y eso haga que sientan dolor cuando reciben penetración. En estos casos, es muy importante el trabajo con fisioterapeuta de suelo pélvico para valorar si la contractura muscular se hace por un error postural o por un exceso de tensión durante las relaciones sexuales. En función de si es una cosa u otra se valorará el trabajo conjunto con el psicólogo.

A pesar de que el CIE-10 nos dice que se puede presentar tanto en hombres como en mujeres, la realidad dentro de la consulta nos dice que son muchas más las mujeres

que sufren esta disfunción sexual.

En mi caso profesional, a lo largo de los diez años que llevo trabajando con personas con dificultades sexuales, he trabajado con muchísimas más mujeres que hombres con dispareunia. Evidentemente, hay muchos factores que no tenemos en cuenta aquí que pueden sesgar la muestra de pacientes que llegan a mi consulta, pero el número de mujeres con dispareunia que he atendido es mucho mayor que el de hombres, a quienes podría contar con mis dos manos fácilmente. En cambio me es imposible contar la cantidad de mujeres con dolor que han pasado por mi consulta.

Y debemos tener en cuenta un factor muy importante: el dolor sexual femenino está normalizado entre las mujeres. Son muchas las mujeres que cuando hablan de su sexualidad, aunque el motivo de consulta no sea una dispareunia, refieren dolor durante sus relaciones sexuales y lo viven con normalidad y han integrado que debe ser así. En cambio, cuando un hombre siente dolor genital mientras está teniendo relaciones sexuales, ve fácilmente que es algo que no debería suceder y recurre a buscar ayuda de un médico o de un profesional de la sexología clínica.

## **7.2. Factores predisponentes, factores precipitantes, factores de mantenimiento**

---

Nos encontramos ante una disfunción muy parecida al vaginismo, por lo que los factores predisponentes, precipitantes y de mantenimiento serán muy similares.

- a) *Factores predisponentes.* Podríamos encontrarnos ante alguien con cierta tendencia a la rigidez, como con el vaginismo. Los miedos tendrían un papel importante: el miedo al dolor, incluso el miedo a un posible embarazo no deseado, al compromiso, etcétera... También podría ser que estuviéramos ante una persona que no conociera suficientemente bien su cuerpo y su funcionamiento. Las contracturas musculares podrían ser la base del dolor.
- b) *Factores precipitantes.* Una experiencia previa de dolor debida, por ejemplo, a las primeras relaciones sexuales con penetración, podría desencadenar el dolor en las siguientes ocasiones. Debería valorarse, además, si se está recibiendo la estimulación adecuada para sentir placer y no dolor.
- c) *Factores de mantenimiento.* Confirmar los propios miedos con las experiencias vividas; por ejemplo, tener miedo a sentir dolor y precisamente sentir dolor durante la primera relación sexual con penetración. No solicitar la estimulación adecuada aun sabiendo que la pareja no estimula de la manera más placentera. No ser asertivo al comunicar lo que se desearía.

## **7.3. ¿Cómo enfocamos la terapia?**

---

Hablaremos primero del tratamiento aplicado a una mujer con dispareunia, debido a su mayor prevalencia.

El tratamiento sigue exactamente el mismo esquema que el trabajo con el vaginismo, en el caso de la mujer.

Debemos descartar que el dolor se produzca por una casuística orgánica y, una vez tengamos descartada esta posibilidad, seguiremos la terapia sexual para poder tratar la dispareunia.

Desde mi experiencia laboral, recomendaría el diseño de un plan de trabajo multidisciplinar en el que psicólogos y fisioterapeutas trabajen conjuntamente con la paciente o con la pareja de manera combinada, exactamente como en el caso del vaginismo.

Los pasos para seguir en el tratamiento son:

- *Mejora de la capacidad erótica.* Al igual que en la anorgasmia femenina y el vaginismo, se trata de trabajar las actitudes negativas o los mitos y falsas creencias que existan en torno a la sexualidad con la ayuda de la educación afectiva y sexual, así como promover el trabajo con distintos recursos como la lectura o la visualización de contenido erótico o pornográfico para fomentar la excitación y el deseo sexual.
- *Exploración visual.* Es importante que, como en la mayoría de disfunciones sexuales, la paciente conozca bien sus genitales, para evitar posibles confusiones y para sentirse cómoda con esa parte del cuerpo. Es por eso por lo que se recomiendan ejercicios en donde la paciente explore de manera visual sus genitales, para que pueda conocerlos bien y mejorar su vinculación emocional con ellos.
- *Trabajo a nivel individual.* De manera gradual se indica a la paciente que intente la introducción de un dedo en el interior de la vagina. En esta parte, se recomienda que la paciente haga los ejercicios de Kegel de contracción y relajación de la musculatura vaginal, ya que facilitan que la paciente reconozca cuándo la vagina está más relajada para intentar la introducción del dedo. Se ha demostrado que la masturbación facilita el proceso de introducción del dedo, ya que todo el proceso es más sencillo si se hace cuando se está un poco excitada y así también puede aprovecharse la lubricación natural de ese momento.
- *Trabajo con fisioterapeuta de suelo pélvico.* Si la primera sesión que hace la paciente cuando llega a terapia es con psicólogo, y ya empieza a trabajar a nivel individual lo anteriormente dicho, la segunda sesión la realiza con fisioterapeuta de suelo pélvico; exactamente siguiendo el mismo esquema que cuando trabajamos el vaginismo. Se trabaja en sesión, con la ayuda de una camilla y unos dilatadores vaginales, el proceso de introducción gradual. El

fisioterapeuta hace una exploración digital a nivel genital para valorar el estado de contracción vaginal y, en ese momento, es cuando muchas de las pacientes que nunca habían conseguido introducir absolutamente nada en el interior de la vagina ya consiguen que el fisioterapeuta consiga introducir un dedo o un dilatador de tamaño pequeño.

- *Evolución.* A medida que la vagina va tolerando sin dolor dilatadores más grandes o más de un dedo de la propia paciente debemos llegar al objetivo final de esta fase, que sería la introducción de un dilatador que tenga un tamaño algo superior al pene de la pareja.
- *Trabajo en pareja.* A medida que el trabajo a nivel individual va mejorando, podemos implicar a la pareja en los ejercicios en casa. Cuando la paciente pueda introducir un tamaño de dilatador un poco grande, puede iniciar la introducción por parte de la pareja, pero guiada por la paciente, del dilatador de menor tamaño o de uno de los dedos más pequeños. Se puede practicar de la forma que la paciente encuentre más facilitadora, pero Masters y Johnson (1970) recomendaron la “postura no demandante”, que implica que la paciente se sienta encima de la pareja (la espalda de la paciente apoyada en el pecho de la pareja). Ella le cogerá un dedo y lo introducirá en su vagina sin que la pareja haga ningún movimiento. Si evoluciona bien, pueden hacer lo mismo con los dilatadores.
- *Preparación para el coito.* Cuando la paciente ha conseguido que los dilatadores, incluso el del tamaño superior al pene de su pareja, se introduzcan sin dolor, puede empezar a prepararse para la penetración del pene.
  - *Introducción del dilatador estando en cabalgada.* La paciente, o la pareja de la paciente, sujeta el dilatador para que ella pueda intentar la penetración sentándose encima del dilatador. Una vez conseguido se necesita practicar suficientemente hasta que la paciente se vea capacitada a dar el siguiente paso. Se recomienda un mes de entrenamiento hasta pasar al siguiente punto.
  - *Introducción del pene estando en cabalgada.* Estando la mujer encima, probará a “sentarse” encima del pene. Será ella quien guíe la situación y la pareja no puede hacer ningún tipo de movimiento. Cuando la mujer se sienta preparada, se podrá incorporar un ritmo de movimiento lento por parte de la pareja hasta llegar, de manera progresiva, a un ritmo de movimiento espontáneo.

Si nos encontramos ante una pareja de dos mujeres, el tratamiento va evolucionando hasta conseguir la introducción del juguete sexual deseado, si se da el caso.

En resumen, el tratamiento para la dispareunia empezará como el del vaginismo. El protagonismo lo tienen los dilatadores y se empezará a trabajar con uno u otro tamaño de estos en función del tipo de dolor que sienta la paciente. Por ejemplo, si el dilatador más

pequeño de todos no causa dolor alguno, se empezará por aquel que provoque cierto grado de molestia, para ir trabajando y acostumbrando al cuerpo a aceptar ese tamaño e ir aumentando progresivamente.

En el caso del dolor que pueda sentir un hombre en sus relaciones sexuales, lo primero que debe hacer es una exploración médica para descartar alguna patología de tipo orgánico. Si se descarta tal patología, entonces deberemos explorar su funcionamiento sexual para ver si está teniendo el tipo de estimulación correcta y que no sea esto lo que le causa el dolor. El trabajo, a nivel masculino, se enfocaría de tal manera que se empezaría por descubrir qué significado da a su sexualidad, cómo la vive y qué creencias tiene al respecto. Suele ser habitual que aparezca el dolor cuando se tiene una percepción muy negativa de la sexualidad o cuando se ha vivido alguna experiencia traumática. A nivel físico se trabajaría con caricias muy suaves, buscando el terreno en el cual no aparece el dolor, y se iría aumentando la velocidad y la presión de las caricias hasta encontrar el tipo de estimulación ideal para el paciente. Una vez se encuentre, será importante que el paciente aprenda a comunicar a la pareja cómo es su propio funcionamiento para poder aprender a gozar juntos, también de manera progresiva.

## 7.4. Casos clínicos

---

### A) Caso clínico: dispareunia femenina

#### Descripción

Ana tiene 22 años. Está estudiando el grado de derecho en la universidad. Vive con sus padres. Lleva ocho meses saliendo con Quico. Desde que empezó a tener relaciones sexuales, con una pareja anterior, siempre le han dolido mucho. Ana pensaba que era normal que hubiera dolor durante la penetración, por lo que no le prestaba mucha atención. Poco a poco su deseo fue mermando, ya que no le resultaba atractiva la idea de tener que sufrir cuando estaba teniendo relaciones sexuales. Quico le comentó a Ana que una amiga suya, fisioterapeuta, le dijo que durante las relaciones sexuales no tenía que haber dolor, que quizás a Ana le pasaba algo y debía afrontarlo. Quico la animó para que visitara a un fisioterapeuta de suelo pélvico, ya que a él le apetecía mucho tener relaciones con ella y últimamente tenían muy pocos encuentros.

#### Evaluación y análisis

Ana visitó primero a la fisioterapeuta porque pidió cita directa con ella. Al hacer la exploración digital en la consulta de la fisioterapeuta se vio claramente que, justo en la entrada de la vagina, Ana tenía una contractura importante.

#### Intervención

El protocolo de trabajo siguió de la siguiente manera. Se enfocó primero el trabajo a nivel físico, para ver si el dolor se reducía; si no se hubiera reducido, hubiera tenido lugar la visita a la psicóloga, pero

al ver la progresión positiva que iba teniendo a medida que trabajaba con la fisioterapeuta se descartó el trabajo psicológico para hacer solamente trabajo a nivel físico. En unas cinco sesiones Ana pudo gozar de unas relaciones sexuales sin dolor.

Si hubiera acudido primero a la consulta de sexología, en lugar de acudir a fisioterapia, los pasos a explorar hubieran sido:

- Genograma.
- Línea de vida.
- A partir de qué momento aparece el dolor.
- Excepciones: cuándo no siente dolor cuando tiene relaciones sexuales.
- Cómo se presenta ella ante un encuentro sexual.
- Valoración del grado de excitación.
- Autoconocimiento sexual.

Pero al ver que era un caso donde la sintomatología física desaparecía con el trabajo con la fisioterapeuta, no fue necesario el trabajo psicológico ni de educación afectiva y sexual.

Es interesante ver que hay casos que se resuelven sin necesidad de hacer toda una terapia sexual.

## B) Caso clínico: dispareunia masculina

Es poco frecuente encontrar casos de dolor en las relaciones sexuales con un paciente masculino, pero veamos un ejemplo de un caso para ver qué tipo de trabajo se puede hacer.

### Descripción

Marc tiene 28 años y es ingeniero. En este momento no tiene pareja, pero acude a consulta porque siempre que tiene relaciones sexuales orales con alguien siente dolor mientras se las practican.

Fue al andrólogo y no le detectaron absolutamente nada a nivel orgánico, por eso decidió ir al psicólogo especializado en terapia sexual, derivado por su médico.

A lo largo de las primeras sesiones se vio que Marc sentía ciertos sentimientos contradictorios en relación con la sexualidad. Veía bien que una pareja tuviera relaciones sexuales (penetración), ya que eran necesarias para poder intimar y tener hijos; de hecho con sus parejas era la práctica más habitual, y tenía tendencia a ir directo al grano sin jugar demasiado antes de intentar la penetración. Pero cuando hablaba de la masturbación y del sexo oral, se ponía bastante nervioso. Confesó que se masturbaba desde hacía 16 años y que se sentía mal por hacerlo, pero que era un hombre y tenía esa necesidad. Sobre el sexo oral, aún estaba más confuso. Sus creencias religiosas hacían que viera esta práctica como algo pecaminoso y sucio y, sobre todo, humillante para la mujer.

### Evaluación y análisis

Cada vez que una de sus anteriores parejas se acercaba a los genitales con la boca, él entraba en tensión y le decía que no era necesario. Pero a ellas les apetecía y les gustaba jugar a ese juego, aunque él estaba completamente tenso.

Esa tensión hacía que no estuviera relajado y que apareciera el dolor.

Al explorar su entorno familiar, las creencias religiosas estaban muy presentes. Y él se debatía entre lo que su cabeza creía que estaba bien y lo que su cuerpo le hacía sentir. Y no podía evitar, aunque sabía que no tenía nada de malo, asociar la masturbación y el sexo oral a algo sucio.

La mayoría de las relaciones sexuales que había tenido a lo largo de su juventud se centraban en un poco de contacto preliminar, algunos besos y algunas caricias, para pasar a la penetración al cabo de muy pocos minutos.

Acudió a consulta porque su relación de pareja anterior terminó hace poco tiempo y siempre fue un tema de discusión entre ellos. Su pareja quería darle placer oral y él se negaba rotundamente. Y el día que ella le convencía, sentía ese dolor que no le dejaba disfrutar del encuentro.

### Intervención

Recordamos que vino a consulta sin tener relación de pareja, por lo que solamente se pudieron trabajar esas creencias asociadas al sexo oral, rebajando el nivel de negatividad alrededor de esa práctica.

La reflexión ante un caso de este tipo sería ver hasta qué punto una creencia, religiosa o no, puede tomar forma de autocastigo...



# Cuando el miedo pone freno al sexo: aversión al sexo

## 8.1. La aversión: ¿qué es, cuándo y en quién se da?

---

El trastorno por aversión al sexo es, según el DSM-IV, “una aversión extrema persistente o recidivante hacia, y con evitación de, todos (o prácticamente todos) los contactos sexuales genitales con una pareja sexual”. En el CIE-10 se habla de rechazo sexual y se dice que sucede cuando “la perspectiva de interacción sexual con una pareja se acompaña de intensos sentimientos negativos y produce la suficiente ansiedad y miedo como para evitar la actividad sexual”.

Este trastorno va acompañado de conductas de evitación de los encuentros sexuales dificultando, consecuentemente, la posibilidad de tener una relación de pareja por el miedo a que la pareja solicite tener relaciones íntimas.

Y, a pesar de que los manuales de diagnóstico nos hablan de aversión en situaciones compartidas, es decir, cuando se tiene que compartir la sexualidad con otra persona, también pueden darse situaciones de aversión al sexo en las que incluso se rechace el contacto con los propios genitales y que, incluso, se rechace el trabajo sin ningún tipo de contacto, solamente con fantasías o imaginaciones guiadas. En estas situaciones, es mucho más importante trabajar las falsas creencias y los mitos o expectativas sobre la sexualidad y la implicación emocional que hay tras ellas antes de empezar a proponer tareas de fantasías guiadas y, evidentemente, de hacer el paso de trabajar con la autoestimulación o el contacto con la pareja.

## 8.2. Factores predisponentes, factores precipitantes, factores de mantenimiento

---

Cabello (2010) nos dice que en la aversión al sexo no podemos hablar de componentes orgánicos que provoquen este trastorno. Nos podemos encontrar como base del trastorno algún hecho traumático o a una persona con habilidades sociales muy escasas.

- a) *Factores predisponentes*: una educación afectiva y sexual muy estricta y con

marcada significación negativa, pocas o escasas habilidades sociales para relacionarse con los demás, timidez extrema, haber tenido un episodio traumático relacionado con la sexualidad durante la infancia, la adolescencia o la vida adulta.

- b) *Factores precipitantes*: tener pocas relaciones sociales o escasas habilidades para relacionarse con los demás, sobre todo en el terreno íntimo, haber vivido alguna experiencia que la propia persona identifique como traumática o negativa en la vida adulta; por ejemplo, si la persona ha recibido una educación afectiva y sexual negativa y desarrolla ideas preconcebidas que hacen que no entienda la sexualidad como algo natural y saludable, cuando empiece a tener oportunidades de relacionarse a nivel íntimo con otra persona estará con un nivel de tensión superior al que sería habitual y podrían suceder, por ejemplo, dos cosas: la primera, que la tensión ya le hiciera rechazar cualquier contacto, y la evitación acrecentará la fobia; la segunda, si está extremadamente tenso y temeroso, no se mostrará natural y es muy probable que la relación sexual o el contacto no salga bien y eso incrementa su miedo y su evitación.
- c) *Factores de mantenimiento*: el miedo es el gran factor de mantenimiento cuando hablamos de la aversión al sexo. Es el que alimenta la distancia, la evitación y hace aumentar la aversión. El mero hecho de tener miedo a relacionarse sexualmente con alguien y evitar hacerlo constantemente incrementa la propia aversión. La evitación hace que el miedo sea aun más grande. Ese es el círculo vicioso de las aversiones: la evitación implica más aversión, que implica, a su vez, más evitación...

### **8.3. Terapia para la aversión al sexo**

---

El tratamiento para la aversión al sexo tiene como base la desensibilización sistemática de la orientación cognitivo-conductual, haciendo que haya una aproximación gradual a aquellas situaciones que provocan más aversión y empezando por aquellas situaciones que forman parte del territorio seguro del paciente.

Entendemos por territorio seguro aquellas situaciones en las cuales el paciente no presenta aversión. Ese es un buen punto de partida. Y, durante el tratamiento, iremos acercándonos lentamente a aquellas situaciones que le provoquen cierto malestar para aprender a vivirlas de mejor manera. Y así se va aumentando el grado de dificultad, poco a poco, a medida que el paciente va superando situaciones que le producen cierto grado de aversión y va ganando habilidades para enfrentarse a situaciones con un grado superior de dificultad.

La terapia se inicia en una focalización más erótica hasta llegar a una erotización genital, iniciando los ejercicios a nivel individual y ampliándolos en el terreno de la pareja, si se tiene pareja.

En casos en los que la aversión sea muy importante, se puede iniciar la terapia con situaciones imaginarias. Se procedería del mismo modo: iniciando con una erotización sensual imaginaria y aumentando las fantasías más explícitamente sexuales gradualmente.

Se recomendará, ya desde el inicio de la terapia, que el paciente pueda incluir la autoestimulación en el trabajo terapéutico, y se valorarán los mitos y falsas creencias que el paciente tenga sobre la sexualidad y sobre las relaciones con los demás para poder hacer una reestructuración cognitiva de aquellas creencias que sean falsas o que le influyan negativamente sobre la disfunción.

Otro aspecto para tener en cuenta ante un paciente con aversión al sexo es la posibilidad de trabajar con técnicas de relajación para mejorar la ansiedad que le pueda generar una situación imaginaria o real que forme parte de la terapia.

Y, para finalizar, las habilidades sociales deberían tener un espacio muy importante en la terapia para poderlas trabajar y ganar capacidades para poder relacionarse mejor con uno mismo y con los demás.

Veamos cuáles serían los pasos de la terapia, pero primero debemos recordar, como dice Cabello (2010), que es importante tener en cuenta estos factores para hacer un buen tratamiento:

- Las características personales del paciente.
- La educación afectiva y sexual recibida.
- El contexto social en el que ha crecido.
- El tipo de relación de pareja que tiene.
- El significado y la importancia que da a la sexualidad.

Otro factor para tener en cuenta es el motivo por el cual desea resolver la aversión: es distinto si lo hace por iniciativa propia o si es la pareja quien le ha obligado a venir. Y aunque la pareja no obligue a acudir a consulta, son muchas las personas que acuden a ella porque lo que pretenden en realidad es “arreglar” la situación para que su pareja no les abandone o buscar una justificación a su “problema” y no tener que abordarlo...

Siguiendo el esquema del trabajo terapéutico propuesto por Cabello (2010), se iniciará la terapia sexual a través de los siguientes pasos:

- *Erotización sensual*. El cuerpo será el protagonista de las primeras fases de la terapia, empezando por aquellas partes aparentemente menos sexuales y aumentando el grado de genitalidad. En esta primera fase, sin embargo, los genitales no podrán tocarse aún.
- *Focalización sensorial* (Masters y Johnson, 1970). A través del masaje erótico podemos empezar a naturalizar la sexualidad y el contacto con el cuerpo, ya sea el propio o el de la pareja, dependiendo del grado de aversión que tenga el paciente. La idea principal es poder hacer un masaje sensitivo para ser consciente de las propias sensaciones placenteras que todo el cuerpo

puede proporcionar e integrar esas sensaciones como algo positivo. Siguiendo las indicaciones del modelo de Cabello (2010), la intervención se haría aproximadamente de la siguiente manera:

Dedicaréis 15 minutos cada uno para daros un masaje. Se recomienda encontrar la manera en la que cada uno se sienta más cómodo para poder realizarlo, por lo que, si lo deseáis, podéis ducharos previamente y buscar un lugar cómodo en el que no os moleste nadie; también se recomienda que pactéis entre los dos el día y la hora del masaje para evitar posibles interrupciones o molestias. Una ventaja de decidir el día y la hora es que no es necesario que sea ninguno de los dos el que tome la iniciativa.

A partir de ese momento, es el paciente que no tiene aversión quien recibe el primer masaje. Al cabo de 15 minutos, se invertirán los papeles siendo el otro quien reciba el masaje.

Se pide al paciente que se relaje y que no se excite (intención paradójica), ya que lo importante es concentrarse en el punto donde lo están tocando o acariciando.

En este masaje no se permite el contacto con la zona genital de ninguno de los dos miembros de la pareja.

Es importante tener en cuenta en este momento cómo es la relación de pareja que tenga el paciente, ya que si se encuentran en una etapa de muchas dificultades de relación, estos ejercicios pueden dificultar la terapia. Es importante discriminar si, antes de empezar, ambos miembros necesitan pasar por un proceso de terapia de pareja o no.

Asimismo, también es importante tener en cuenta que, si el grado de aversión es muy importante, los ejercicios en pareja pueden ser difíciles, por lo que se puede hacer el masaje de focalización sensorial de manera individual. Se puede aprovechar el momento de la ducha o el baño para convertirlo en un espacio erótico y de autoexploración.

Es importante conocer cómo se ha sentido el paciente mientras ha realizado la tarea que le hemos propuesto para poder ir avanzando en la terapia.

- *Autoestimulación, masturbación.* Es importante para ayudar a la normalización de la erotización del paciente. En este momento también se pide que lea narrativa erótica y que haga entrenamiento en la elaboración de fantasías sexuales para mejorar su excitabilidad y su erotización.
- *Comunicación sexual.* Ambos miembros de la pareja deben tener una buena comunicación sexual con el otro. Es imprescindible conocer las preferencias sexuales de la pareja, hablar de ello con naturalidad y confianza. Los pasos a seguir en esta fase son:
  - *Expectativas sexuales.* La pareja deberá comentar cuál es la relación sexual ideal de cada uno para ver si se encuentran en polos muy opuestos

o si están en el mismo camino. Así, el terapeuta también podrá valorar qué es una sexualidad satisfactoria para ambos y discriminar si estas expectativas son reales o si se basan en creencias irracionales o irreales.

- *Negociación.* Es importante negociar con la pareja los mínimos necesarios para poder considerar qué sería una relación sexual satisfactoria. Esa negociación es un acuerdo entre ambos, y ambos deben estar de acuerdo con el contenido del pacto. También se debe estar alerta frente a mitos y falsas creencias.
- *Elaboración de fantasías.* Siguiendo las expectativas reales y llegando al proceso de negociación, la pareja puede crear sus propias fantasías sexuales que les ayudarán en el proceso de erotización.

– *Erotización genital.* Consta de:

- *Erotización genital centrándose en el tacto.* Es decir, que los masajes eróticos anteriormente realizados cobren una nueva forma en esta fase. Y eso se conseguirá gracias a que en la parte final del masaje se permitirá el contacto con los genitales. Es importante aclarar a los pacientes que, a pesar de que se puedan acariciar los genitales, el contacto no será con intención masturbatoria.
- *Erotización genital concentrándose en fantasías eróticas.* Es importante que, en este momento, el paciente se centre en las fantasías que había usado anteriormente en la autoestimulación mientras recibe las caricias por parte de su pareja, que también serán genitales, pero sin intención masturbatoria.

En el caso de que la aversión sea elevada y no se pueda trabajar con la pareja, se repetirán los mismos pasos, pero el paciente será quien hará el masaje en su propio cuerpo y tendrá acceso a sus genitales.

– *Erotización orgásmica.* Si el paciente se ha ido sintiendo cómodo con los ejercicios anteriores, se puede pasar a la erotización orgásmica, que consta de:

- *Caricias compartidas.* Empezando por erotización sensual y genital, se va iniciando el proceso de compartir las caricias. La finalidad de este ejercicio es conseguir cierto grado de excitación.
- *Autoestimulación ante la pareja.* Si las caricias en pareja han ido bien, se pide que el paciente se autoestimele mientras la pareja le está acariciando. El objetivo es que el paciente pueda sentir placer cuando está con la pareja.
- *Estimulación compartida.* Si se supera satisfactoriamente el ejercicio anterior, en este momento es cuando ambos miembros pueden masturbarse el uno al otro. Normalmente es un ejercicio que no implica ansiedad de rendimiento e incluye el placer en sus encuentros.

– *Coito libre.* Cuando ambos miembros se encuentren con un buen nivel de deseo en los ejercicios de estimulación compartida, se les permite tener relaciones

sexuales con penetración, insistiendo en la importancia de preparar bien el encuentro gracias a la erotización sensual, genital y orgásmica.

Durante la explicación del tratamiento hemos incorporado qué podríamos hacer si el grado de aversión impidiera hacer los ejercicios en pareja. Aquí os presentamos un esquema a modo de recordatorio y para que quede más claro:

- *Erotización sensual individual.* La focalización sensorial se realiza sin la pareja (porque no se tiene pareja o porque la aversión impide empezar con los ejercicios conjuntos). El momento de la ducha o el baño pueden ser el momento ideal para hacer los ejercicios.
- *Erotización genital.* Se realizará el automasaje y se permitirá el contacto con los genitales.
- *Autoestimulación, masturbación individual.* Después de que el paciente haya explorado su cuerpo, se le puede invitar a llevar a cabo una erotización más explícitamente sexual y empezar con los ejercicios de masturbación.
- *Elaboración de fantasías sexuales.* Es importante descubrir qué fantasías puede tener y trabajarlas en sesión, normalizando la parte erótica del cerebro e invitando a compartir, en terapia, cuáles son las situaciones que lo erotizan. Si tienen un grado de dificultad importante, se les puede orientar a leer narrativa erótica o a visualizar imágenes de contenido sensual o sexual.

Una vez se mueva con comodidad en los ejercicios anteriormente indicados, podemos ir intercalando o añadir al final de estos cuatro pasos los ejercicios en pareja. Se valorará en función de la evolución del paciente.

## 8.4. Caso clínico

---

### Descripción

Sara tiene 38 años y es secretaria de dirección de una empresa de marketing. Lleva diez años saliendo con Luis, que tiene 40 años.

Ella se define como una persona estricta, seria y muy responsable. Al trabajar su genograma vemos que forma parte de una familia de clase media y tiene una hermana menor. Sus padres son una pareja que lleva más de 40 años juntos y parecen tener una relación divertida y, por lo que Sara comenta, se entienden con facilidad. La hermana de Sara lleva cinco años saliendo con su pareja.

Cuando Sara aparece en la consulta describe: "Todo aquello relacionado con el sexo me cuesta mucho". De hecho, al explorar su línea de vida descubrimos que Luis ha sido su primera pareja. Empezaron a salir cuando ella tenía 28 años. Anteriormente a él, nunca había tenido ningún contacto con otro chico o chica.

Por lo tanto, Luis fue su primer beso, el primer chico con el que durmió, el primer chico con el que fue al cine, a cenar, de viaje, etcétera. Y fue con él con quien quiso empezar a descubrir la sexualidad, pero había algo que no la dejaba vivirla tranquilamente.

De los diez años que llevaban juntos, solamente habían conseguido que, de vez en cuando, se

masturbaran mutuamente.

## Evaluación y análisis

Sara explicó en terapia que el sexo siempre había sido desagradable para ella. Nunca descubrió la masturbación hasta que conoció a Luis. De todos modos, los contactos con Luis siempre habían sido muy forzados y pasaban largos periodos entre un encuentro sexual y otro.

Y sus encuentros sexuales siempre eran iguales: estando en la cama, él le pedía a ella si deseaba jugar. De vez en cuando ella le decía que sí y se masturbaban. Solamente eso.

El sexo oral no formaba parte de sus juegos y nunca habían intentado la penetración vaginal ni anal.

Tampoco eran de aquel tipo de parejas que se tocaban demasiado: ni caricias, ni abrazos, ni besos apasionados. Un beso por la mañana de buenos días y un beso por la noche de buenas noches. Nada más.

Ella se ponía muy nerviosa cada vez que pensaba en algo que estuviera relacionado con su vida íntima. De hecho, Luis no podía verla desnuda.

Cuando inició la terapia, hubo un factor desencadenante que la empujó a buscar ayuda. Su hermana, cinco años menor que ella, se quedó embarazada y eso hizo que ella reflexionara y pensara que, si no dejaba de tener tanto miedo a todo aquello vinculado a la sexualidad, nunca sería madre.

Fue entonces cuando empezó a enfrentarse a sus miedos y, lentamente, quiso entrar en el mundo de su intimidad.

## Intervención

Costó muchísimo, fue una terapia que duró bastante tiempo y fue avanzando de manera muy gradual. Sentía rechazo hacia sus genitales, por lo que se empezó por algunas exploraciones visuales que le permitieran ir familiarizándose con ellos. Lentamente empezó a explorar de manera táctil. A su vez, fuimos trabajando todos aquellos mitos y falsas creencias que le hacían creer que la sexualidad era algo de mal gusto. El contacto con Luis empezó de manera muy lenta, en forma de masaje sensorial. Y cuando quisimos avanzar en la terapia un poco más, Sara se paralizó. No quería seguir adelante. Hasta que encontramos la manera de acercarse más a su sexualidad en pareja: a través de la imaginación, con fantasías guiadas.

Lentamente fue aceptando el contacto más íntimo con Luis.

Un día intentaron tener relaciones sexuales con penetración y no lo consiguieron. Eso preocupó mucho a Sara, que no quería seguir avanzando por miedo a fracasar de nuevo.

Fue precisamente en este punto cuando empezó el trabajo conjunto con la fisioterapeuta, que trabajó con los dilatadores de distintos tamaños para ver si el cuerpo de Sara aceptaba la introducción del más pequeño. Lentamente, gracias a la terapia, fueron aumentando el tamaño de los dilatadores hasta conseguir el tamaño superior al tamaño del pene.

Se preparó el primer intento de penetración del pene de Luis a través de una imaginación guiada y, tras algunos intentos, consiguieron finalmente llevarlo a cabo.

A partir de ese momento, a medida que iban avanzando en la terapia, Sara pudo ir visualizando la sexualidad como un espacio íntimo para compartir con la pareja e incluso divertirse.

En este caso, a pesar de no haber tenido ningún episodio aparentemente traumático, se puede ver a una persona muy rígida en lo que a la sexualidad se refiere. No percibía su deseo, no buscaba el juego sexual... y el contacto con la posibilidad de que lo que le sucedía le imposibilitara ser madre activó el mecanismo de ayuda de Sara. Fue una terapia lenta, pues pasaron dos años desde que empezó el proceso hasta que consiguió la penetración, pero fue todo un éxito terapéutico.





# Cuando el apetito se pierde o no aparece: deseo sexual hipoactivo

## 9.1. ¿Qué es y cuándo hay bajo deseo sexual?

---

La definición del DSM-IV nos dice que la falta de deseo es la “disminución (o ausencia) de fantasías y deseos de actividad sexual de forma persistente o recurrente. El juicio de deficiencia o ausencia debe ser efectuado por el clínico, teniendo en cuenta factores que, como la edad, el sexo y el contexto de la vida del individuo, afectan a la actividad sexual”. Debemos tener en cuenta que lo que se considera deficiente para alguien está muy marcado por las creencias sobre lo que es “normal” o “anormal”.

El CIE-10 nos dice que el deseo sexual hipoactivo existe como tal cuando la “pérdida del deseo sexual sea el problema principal y no sea secundario a otras dificultades sexuales como el fracaso en la erección o la dispareunia. La ausencia de deseo sexual no excluye el placer o la excitación, pero hace menos probable que el individuo emprenda alguna actividad sexual en este sentido. Incluye: frigidez. Trastorno hipoactivo del deseo sexual”. De hecho, usan el término *frigidez*, que normalmente en terapia lleva ya varios años sin usarse.

Cabello (2010) separa la falta de deseo en el hombre de la falta de deseo en la mujer. En el DSM-5 también se aborda el diagnóstico de las dos disfunciones por separado:

- a) *Deseo sexual/trastorno de la excitación en la mujer*. La falta de deseo sexual y la excitación sexual manifiesta al menos tres de los siguientes indicadores:
1. Ausencia o reducción de la frecuencia o de la intensidad del deseo de tener relaciones sexuales.
  2. Ausencia o reducción de la frecuencia o de la intensidad de relaciones sexuales/pensamientos eróticos o fantasías.
  3. Ausencia o menor frecuencia de inicios de relaciones sexuales; además, suele ser poco receptiva a los intentos de la pareja para iniciarlas.
  4. Ausencia o reducción de la frecuencia o de la intensidad de la excitación sexual y del placer durante la relación sexual en la mayoría de los encuentros sexuales.

5. El deseo sexual o excitación está ausente o es poco frecuente frente a cualquier factor interno o externo, o frente a señales eróticas (por ejemplo, por escrito, verbalmente, visualmente, etc.).
  6. Ausencia o reducción de la frecuencia o de la intensidad de las sensaciones genitales o no genitales durante la relación sexual en la mayoría de los encuentros sexuales.
- b) *Deseo hipoactivo en el hombre.* Es la deficiencia (o ausencia) persistente o recurrente de fantasías sexuales y del deseo de relaciones sexuales. El juicio de deficiencia o ausencia debe hacerlo el clínico que evalúa, teniendo en cuenta los factores que afectan al funcionamiento sexual, a la edad y al contexto de la vida de la persona.

Según Levine (1988, 1992), el deseo sexual está compuesto por tres elementos moderadamente independientes: el impulso, el motivo y el anhelo. El impulso (*drive*) representa la base biofisiológica del deseo sexual; el motivo (*motive*) hace referencia a su articulación psicológica, y el anhelo (*wish*) a su representación sociocultural.

- a) El *impulso* sexual es la activación fisiológica (sistemas endocrino y neurológico). Los seres humanos heredan filogenéticamente los elementos anatómicos, fisiológicos y neuroendocrinos que regulan el comportamiento sexual y que generan predisposiciones comportamentales hacia los estímulos eróticos. La testosterona es la hormona relacionada con el deseo sexual en ambos sexos. El *drive* hace referencia a la activación, ya que implica que hay una tendencia a actuar, a hacer algo con ese impulso. Algunas situaciones en las que este impulso sexual tiene mucha importancia serían:
- En el enamoramiento, ya que la producción en exceso de dopamina hace que se desee pasar a la acción en el terreno sexual.
  - En la fase de ovulación femenina, biológicamente relacionado con el mejor momento para la fecundación, por lo que el deseo en esta fase aumenta.
- b) El *motivo* constituye la parte psicológica del impulso sexual. Representa la disposición hacia la actividad sexual. Se manifiesta por el integración del impulso en el conjunto de la personalidad y supone la aceptación o el consentimiento personal de la activación sexual, la disposición hacia aquello erótico o sexual. Esta depende de la propia historia y educación sexual, de cómo haya sido su socialización en el contexto sociocultural propio, de la cualidad de la relación de pareja, etcétera.
- c) El *anhelo* se corresponde con la representación sociocultural del deseo sexual y significa el deseo de llegar a estar involucrado en la experiencia sexual, siendo este componente independiente del impulso y del motivo. Este anhelo está fuertemente influenciado por el contexto social en el que se encuentra el

paciente, por lo que las creencias sobre el deseo sexual que haya en su contexto marcarán ese anhelo. Es decir, si nos encontramos en un contexto en donde el deseo sexual masculino está bien reconocido y aceptado, se incentivará a que los hombres potencien esa parte de su sexualidad porque formará parte del significado de ser hombre. Si el contexto nos dice que la mujer apenas tiene deseo y no se considera este punto como relevante en la educación afectiva y sexual, es normal que no se desarrolle tanta curiosidad por el tema. En una sociedad en donde estos dos patrones estén establecidos, ¿cómo se sentirá un hombre con escasa libido y una mujer con un deseo sexual elevado? Posiblemente entren en contradicción personal y pueda acarrearles alguna dificultad.

Es posible que un hombre pueda tener más potenciado el *drive* de su sexualidad, teniendo una parte del deseo más activa. En cambio, la mujer responda con mayor o menor nivel de deseo en función de un deseo más reactivo y relacionado con el contexto social y la situación personal en la que se encuentre.

## **9.2. Factores predisponentes, factores precipitantes, factores de mantenimiento**

---

Nos encontramos ante una de las disfunciones más complicadas para trabajar, ya que es justo la parte motivacional la que queda afectada y muchos de los factores que pueden influir en este bajo deseo sexual pueden tener poca relación con la sexualidad. No se tienen ganas, pero como punto de partida para empezar a trabajar se debería “desear el deseo” (es decir, estar predispuesto a mejorar los niveles de libido).

En el DSM-5 se especifica que hay que tener en cuenta diversos factores que pueden afectar al deseo:

- Factores asociados (problemas de la pareja sexual, el estado asociado de salud).
- Relación con otros factores (por ejemplo, la falta de comunicación, las discordias en las relaciones, las discrepancias en el deseo de las relaciones sexuales).
- Factores individuales de vulnerabilidad (por ejemplo, una mala imagen corporal, la historia de la experiencia de un abuso) o comorbilidad psiquiátrica (por ejemplo, la depresión o la ansiedad).
- Creencias culturales o religiosas (por ejemplo, las inhibiciones relacionadas con las prohibiciones de las relaciones sexuales).
- Factores médicos relacionados con el pronóstico, el curso o el tratamiento.

Basson (2005) elabora un modelo muy centrado en el funcionamiento del deseo sexual femenino, que también se puede aplicar a algunos hombres, en el que nos dice que los factores que influyen en las disfunciones del deseo sexual son:

- Factores interpersonales y de contexto.
- Factores psicológicos a nivel personal.
- Factores biológicos.

Y plantea el ciclo de la respuesta sexual humana de un modo muy distinto a Masters y Johnson o Kaplan:

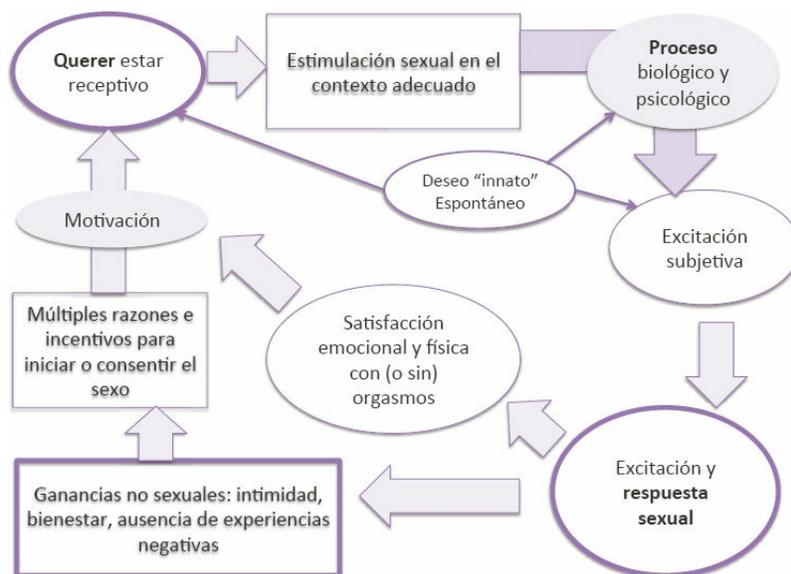


Figura 9.1. Ciclo de la respuesta sexual (Basson, 2005).

Según Basson, primero tiene que haber disposición para estar receptivo. Si en estas condiciones aparece el estímulo sexual en el contexto adecuado, empieza el procesamiento psicológico y biológico para llegar a la excitación subjetiva. Esta disposición a estar receptivo junto con el procesamiento y la excitación subjetiva forman parte del deseo “innato” y espontáneo. A raíz de este proceso es cuando aparece la excitación y el deseo sexual receptivo. En este momento es cuando surge la satisfacción sexual, venga acompañada o no de orgasmo u orgasmos. Y eso aumentará la motivación para tener más razones para estar receptivo. A su vez, ante la excitación y el deseo sexual receptivo pueden aumentar aquellas recompensas que no son explícitamente sexuales, como la intimidad emocional o el bienestar, y desaparecen los efectos negativos de la evitación de las relaciones sexuales. Eso ayuda a tener más motivos e incentivos para instigar y promover las relaciones sexuales, por lo que aumentará la motivación y eso hará tener más razones para estar receptivo.

En esta disfunción es mucho más difícil ver qué factores son los predisponentes, precipitantes y de mantenimiento, pero veamos algunos ejemplos.

- Factores predisponentes.* Aquellas causas biológicas, como estar tomando cierto tipo de medicamentos o tener bajos niveles de testosterona, pueden ser la causa principal de un descenso del deseo. También es cierto que algunas personas que han recibido un tipo de educación muy restrictiva despiertan

- menos su deseo de mantener relaciones sexuales.
- b) *Factores precipitantes*. Haber vivido una mala experiencia, que pueda ser traumática o puede ser fruto de la inexperiencia sexual, puede ayudar a no incentivar las ganas de volver a tener algún que otro encuentro sexual.
  - c) *Factores de mantenimiento*. En muchas ocasiones, las dificultades personales o con la pareja refuerzan la ausencia de ganas.

### **9.3. La terapia: la dificultad menos sexual de las disfunciones sexuales**

---

El acercamiento terapéutico ante esta disfunción seguirá la erotización sensual y genital, según Cabello (2010), dando especial énfasis a:

- Las características personales del paciente.
- La educación afectiva y sexual recibida.
- El contexto social en el que ha crecido.
- El tipo de relación de pareja que tiene.
- El significado y la importancia que da a la sexualidad.
- Para qué desea mejorar su deseo sexual.

Siguiendo el esquema del trabajo terapéutico según Cabello (2010), se iniciará la terapia sexual a través de los siguientes pasos:

- *Erotización sensual*. Al comenzar la terapia, el terapeuta indica la prohibición del coito a los pacientes para poder hacer desaparecer la ansiedad que pueden tener muchas parejas que sienten que, si inician una relación sexual (y la mayoría entiende por relación sexual la penetración), suelen fracasar en sus intentos. Se trata de evitar la “ansiedad de ejecución” (Beck y Barlow, 1986) que pueden conllevar las relaciones sexuales.
- *Focalización sensorial* (Masters y Johnson, 1970). A través del masaje erótico se trabaja la revitalización y el descubrimiento de los mapas eróticos del paciente. La idea principal es poder hacer un masaje sensitivo para ser consciente de las propias sensaciones placenteras que todo el cuerpo puede proporcionar. Siguiendo las indicaciones del modelo de Cabello (2010), la intervención se haría aproximadamente de la siguiente manera:

Dedicaréis 15 minutos cada uno para daros un masaje. Se recomienda encontrar la manera en la que cada uno se sienta más cómodo para poder realizarlo, por lo que, si lo deseáis, podéis ducharos previamente y buscar un lugar cómodo en el que no os moleste nadie; se recomienda que pactéis entre los dos el día y la hora del masaje para evitar posibles interrupciones o molestias. Una ventaja de decidir el día y la hora es que no es necesario que sea ninguno de los dos el que tome la

iniciativa.

A partir de ese momento, es el paciente que no tiene deseo quien recibe el primer masaje. Al cabo de 15 minutos se invertirán los papeles, siendo el otro quien reciba el masaje.

Se pide al paciente que se relaje y que no se excite (intención paradójica), ya que lo importante es concentrarse en el punto donde lo están tocando o acariciando.

En este masaje no se permite el contacto con la zona genital de ninguno de los dos miembros de la pareja.

Es importante tener en cuenta en este momento cómo es la relación de pareja que tenga el paciente, ya que si se encuentran en una etapa de muchas dificultades de relación, estos ejercicios pueden dificultar la terapia. Es importante discriminar si, antes de empezar, ambos miembros necesitan pasar por un proceso de terapia de pareja o no.

- *Autoestimulación, masturbación.* Es importante para ayudar a la erotización del paciente. En este momento también se pide que lea narrativa erótica y que haga entrenamiento en la elaboración de fantasías sexuales para mejorar su excitabilidad y su erotización.
- *Comunicación sexual.* Ambos miembros de la pareja deben tener una buena comunicación sexual con el otro. Es imprescindible conocer las preferencias sexuales de la pareja, hablar de ello con naturalidad y confianza. Los pasos que hay que seguir en esta fase son:
  - *Expectativas sexuales.* La pareja deberá comentar cuál es la relación sexual ideal de cada uno para ver si se encuentran en polos muy opuestos o si están en el mismo camino. Así, el terapeuta también podrá valorar qué es una sexualidad satisfactoria para ambos y discriminar si estas expectativas son reales o irreales.
  - *Negociación.* Es importante negociar con la pareja los mínimos necesarios para poder considerar qué sería una relación sexual satisfactoria. También se debe estar alerta frente a mitos y falsas creencias.
  - *Elaboración de fantasías.* Siguiendo las expectativas reales y llegando al proceso de negociación, la pareja puede crear sus propias fantasías sexuales que les ayudarán en el proceso de erotización.

– *Erotización genital.* Consta de:

- *Erotización genital centrándose en el tacto.* Es decir, que los masajes eróticos anteriormente realizados cobren una nueva forma en esta fase. Y eso se conseguirá gracias a que en la parte final del masaje se permitirá el contacto con los genitales. Es importante aclarar a los pacientes que, a pesar de que se puedan acariciar los genitales, el contacto no será con intención masturbatoria.

- *Erotización genital concentrándose en fantasías eróticas.* Es importante que en este momento el paciente se centre en las fantasías que había usado anteriormente en la autoestimulación mientras recibe las caricias por parte de su pareja, que también serán genitales pero sin intención masturbatoria.

En esta fase el paciente puede estimular a la pareja y se permitirá que esta llegue al orgasmo, por lo que las caricias hacia la pareja pueden ser con intención masturbatoria.

- *Erotización orgásmica.* Si el paciente se ha ido sintiendo cómodo con los ejercicios anteriores, se puede pasar a la erotización orgásmica, que consta de:
  - *Caricias compartidas.* Empezando por erotización sensual y genital se va iniciando el proceso de compartir las caricias. La finalidad de este ejercicio es conseguir cierto grado de excitación.
  - *Autoestimulación ante la pareja.* Si las caricias en pareja han ido bien, se pide que el paciente se autoestime mientras la pareja le está acariciando. El objetivo es que el paciente pueda sentir placer cuando está con la pareja.
  - *Estimulación compartida.* Si se supera satisfactoriamente el ejercicio anterior, en este momento es cuando ambos miembros pueden masturbarse el uno al otro. Normalmente es un ejercicio que no implica ansiedad de rendimiento e incluye el placer en sus encuentros.
- *Coito libre.* Cuando ambos miembros se encuentren con un buen nivel de deseo en los ejercicios de estimulación compartida, se les permite tener relaciones sexuales con penetración insistiendo en la importancia de preparar bien el encuentro gracias a la erotización sensual, genital y orgásmica.

Según Cabello (2010), si los pacientes siguen sin tener apetencia sexual, se les indica que sigan con la erotización sensual, genital y orgásmica, porque se va creando el hábito hasta que llega a aumentar el deseo por estos ejercicios.

En el inicio de este apartado hemos remarcado la importancia de trabajar paralelamente otros aspectos que pueden tener mucha influencia en la falta de deseo. Basson (2006) subraya la importancia de los siguientes aspectos en la falta de deseo:

- Cuál sería la razón por la que el paciente acude en el momento actual a consulta: pedir a los pacientes que describan los problemas en sus propias palabras, requerir aclaraciones con preguntas directas, proporcionar opciones en lugar de hacer preguntas importantes, proporcionar apoyo y aliento, reconocer y normalizar la vergüenza que puedan tener por el problema vivido y tranquilizar a los pacientes, ya que los problemas sexuales son comunes.
- Duración de la falta de deseo y orden de prioridad en los problemas que pueda tener el paciente (para establecer si la dificultad sexual es realmente un problema importante o no para él): aclarar si los problemas están presentes en todas las

situaciones; si hay más de un problema, es necesario establecer cuál es el más preocupante.

- Contexto del problema sexual: evaluar la intimidad emocional de la pareja, actividad o comportamiento justo antes de la actividad sexual, el grado de privacidad que tienen durante la actividad sexual, el grado de comunicación sexual, la hora del día y el nivel de fatiga cuando se produce la actividad sexual, el uso de métodos anticonceptivos (adecuación, tipo, etcétera), el riesgo de enfermedades de transmisión sexual, la utilidad de la estimulación sexual y el conocimiento sexual.
- Reacción de cada miembro de la pareja al problema. Es importante que el terapeuta determine cómo cada uno ha reaccionado emocionalmente, sexualmente y a través de su manera de comportarse frente al problema que están teniendo.
- La ayuda que se solicitó anteriormente por parte de cualquiera de los dos miembros de la pareja. Se debe evaluar el cumplimiento de las recomendaciones anteriores y su efectividad.

Considero un aspecto fundamental aplicar un protocolo de actuación, al menos, en las primeras cuatro visitas, cuando se trabaja con una pareja:

1. En la primera visita vemos a los dos pacientes, a la pareja.
2. En la segunda y tercera visita vemos a cada miembro de la pareja por separado.
3. En la cuarta visita volvemos a trabajar con los dos conjuntamente.

Es posible que, en algunas situaciones y a lo largo del proceso terapéutico, pueda hacerse alguna visita más de manera individual con cada miembro de la pareja.

Es en estas visitas individuales, dentro del trabajo en pareja, donde Basson (2006) remarca la importancia de investigar otros aspectos relevantes para ajustar bien el tratamiento:

- *La propia evaluación del problema que hace cada miembro.* La gravedad de los síntomas (por ejemplo, la falta total de deseo) puede ser más fácil de revelar en la ausencia de la pareja.
- *Respuesta sexual con la autoestimulación.* También se debe preguntar sobre pensamientos y fantasías sexuales.
- *Experiencias sexuales anteriores.* Discutir los aspectos negativos y positivos de las mismas.
- *La historia de su vida.* Determinar las relaciones con los demás en el hogar durante la infancia y la adolescencia. ¿Hubo pérdidas o traumas? ¿Fue él o ella emocionalmente cercano a alguien? ¿Le dieron afecto físico, amor y respeto?
- *Abusos sexuales, emocionales y físicos vividos en el pasado o en el presente.* Es importante explicar que las preguntas sobre el abuso son rutinarias y no implican

necesariamente la causalidad de los problemas sexuales. Es útil preguntar si la pareja alguna vez se ha sentido herida o amenazada en la relación actual y, si es así, si ella quiere dar más información al respecto.

- *La salud física.* Especialmente las condiciones que conducen a debilidad y fatiga, deterioro de la movilidad o una autoimagen negativa. Se debe preguntar específicamente sobre los medicamentos con efectos secundarios sexuales conocidos, incluyendo inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, betabloqueantes, antiandrógenos, anticonceptivos orales, etcétera.
- *Evaluación del estado de ánimo.* La correlación de la función sexual y el humor (incluyendo ansiedad y depresión) es elevada. Para detectar cualquier tipo de trastorno se puede hacer a través de cualquier cuestionario para la evaluación de los trastornos del estado de ánimo (por ejemplo, el inventario de depresión de Beck) o una serie de preguntas semiestructuradas.

Vemos que son muchos los factores que pueden marcar el desarrollo de la terapia. Todos estos elementos, anteriormente mencionados, deben ser evaluados y trabajados, y marcarán la velocidad de la terapia. Cuantas más dificultades en estos aspectos, más puede enlentecerse el proceso.

## 9.4. Caso clínico

---

### Descripción

Mercedes tiene 35 años y trabaja como profesora de educación primaria. Empezó a salir con Marcos cuando tenía 23 años. Llevan doce años juntos, siete de matrimonio. Tienen dos hijos: Sara, de 5 años, y Teo, de 2. Actualmente mantiene la reducción de jornada para poder cuidar durante más tiempo a sus hijos. A pesar de que proviene de una familia muy religiosa y ella es creyente no practicante, siempre ha vivido su sexualidad de manera abierta y con mucha naturalidad.

El primer beso con un chico se lo dio a los 15 años y tuvo alguna relación un poco más estable con un par de chicos. Con uno de ellos tuvo su primera relación sexual con penetración.

Cuando conoció a Marcos se enamoró perdidamente y fue con él con quien aprendió muchas más cosas de la sexualidad en pareja. Siempre habían funcionado muy bien, coincidían en el tipo de juegos, en la frecuencia, ambos gozaban de buen deseo y se divertían mucho juntos.

En este buen momento de la pareja, Mercedes se quedó embarazada de Sara y después del parto tardaron un tiempo en recuperar su normalidad afectiva y sexual. El primer año de vida de su hija hizo que ambos estuvieran muy centrados en la niña y se olvidaron un poco de su tiempo de pareja. Cuando Sara tenía un año y medio decidieron ir a buscar otro embarazo y eso animó su vida sexual nuevamente. Estuvieron cierto tiempo intentando concebir y, cuando empezaron a preocuparse porque no había embarazo, el Predictor® dio positivo. Y así tuvieron a Teo. Desde que Teo nació, su vida afectiva y sexual cayó en picado. No pudieron volver a recuperar sus espacios para tener relaciones y en ese momento apareció Mercedes en consulta.

### Evaluación y análisis

El primer paso por trabajar fue reorganizar sus horarios, ya que con dos hijos es mucho más complicado tener tiempo de pareja.

Mercedes siempre estuvo acostumbrada a tener buenos niveles de deseo sexual, ya que nunca había tenido una relación de pareja tan larga como la que tenía con Marcos. Al principio, gracias al deseo activo producido por las hormonas en la etapa de la adolescencia, siempre tenía buen nivel de deseo. Cuando tuvo pareja, siempre habían funcionado muy bien, ya que no había convivido con nadie hasta que empezó a salir con Marcos.

Mientras no vivían juntos, Marcos y Mercedes aprovechaban cuando se veían para poder tener relaciones sexuales y, cuando pasaron a vivir juntos, estaban solos en casa y aprovechaban el espacio y el tiempo para estar juntos (aparte de hacer otras cosas). Poco a poco, la cantidad de relaciones sexuales disminuyó un poco, pero cuando se encauzaron en la búsqueda de su primer embarazo, el deseo aumentó considerablemente sin hacer nada al respecto: la búsqueda del embarazo ya era motivo suficiente como para aumentar las ganas. Recuperar su sexualidad tras el primer parto costó un poco, pero vislumbrar la posibilidad de un posible segundo embarazo los volvió a animar. Quizás es ahora, una vez ya han tenido sus dos hijos y no existen motivos tan claros para tener relaciones sexuales, cuando han ido dejando que la rutina y las responsabilidades con los hijos se apoderen de ellos.

En este caso fue muy importante encontrar tiempo de pareja y encontrar un significado a sus encuentros afectivos y sexuales: ¿para qué tener relaciones sexuales? Al principio la respuesta era muy sencilla: porque las hormonas se apoderaron de ambos, gracias al enamoramiento. Después sus juegos sexuales se volvieron a animar por otra razón muy clara: la búsqueda de un embarazo. Pero... una vez que los efectos del enamoramiento han ido desapareciendo y ya no se desean más hijos... ¿para qué tener relaciones sexuales?

Fue importante encontrar un motivo para poder reencontrarse: hacer el amor es una muestra de amor hacia la pareja. Y también era importante comprender que se debía volver a activar el deseo como reacción a algo: el deseo por sí mismo tiende a desaparecer, es importante erotizar al paciente, erotizar el ambiente, erotizar la relación para desear tener relaciones sexuales.

## Intervención

Desde ese prisma fue muy importante que Mercedes se reencontrara con su "yo erótico" estando pendiente de aquello que la erotizaba, a través de fantasías sexuales, atendiendo a las sensaciones que el cuerpo le podía mandar y que pasaban desapercibidas, encontrando tiempo para ella misma y para la pareja.

Se empezó con la erotización sensual, genital y orgásmica poco a poco, haciendo que las relaciones sexuales de ambos no fueran solamente penetración, sino ampliando el abanico de juegos y dando importancia a que no siempre tiene que terminarse del mismo modo porque quizás no siempre apetece todo.

Mercedes empezó a descubrir que era importante escuchar su cuerpo y empezó a florecer su deseo; gracias al tiempo que pasaban juntos y al proceso de erotización que iban viviendo con ilusión, volvieron a equilibrar sus relaciones sexuales en una zona cómoda y satisfactoria para ambos.

A medida que se ganan responsabilidades, es importante mantener tiempo y espacio para aquello que se considera importante, para que no desaparezca. Debemos cuidar el deseo para que no se vaya.



# Otras situaciones y trastornos

En la consulta de un profesional de la sexología también aparecen otras situaciones que no son tan habituales. Veremos algunas de ellas.

## 10.1. Adicción al sexo

---

La adicción al sexo es una disfunción sexual. Una adicción es una enfermedad que puede ser física y también emocional o psicológica, según la Organización Mundial de la Salud. Se trata de una dependencia o necesidad hacia una sustancia, actividad o relación causada por la satisfacción que esta provoca en la persona.

Cuando hablamos de la adicción al sexo significa que esa dependencia se vincula al hecho de tener relaciones sexuales. Y esta dependencia causa ciertas limitaciones en la vida de la persona que la sufre, haciendo que esa necesidad se vuelva el centro de los intereses de la persona y deteriorando el resto de esferas que forman parte de su vida.

La ansiedad es una característica muy importante de las adicciones y es importante aprender a disminuir esos niveles de ansiedad que se producen a raíz de la adicción y volver a relacionar la sexualidad con algo placentero y no con algo que calme esta ansiedad.

Además, hay que tener en cuenta que esa sensación de calma que se consigue cuando se lleva a cabo la conducta sexual es una calma temporal, por lo que la sensación de bienestar es falsa debido a que lo que se consigue es crear más ansiedad y que incluso se despierte el síndrome de abstinencia. Es como alimentar el círculo vicioso de la ansiedad con un calmante que realmente no funciona.

No todos los casos de adicción al sexo presentan la misma sintomatología. El factor común es la ansiedad, pero el modo en el que cada persona que sufre esta adicción intenta resolver esta ansiedad puede ser distinta.

Veamos distintas situaciones que pueden considerarse dentro de la calificación de adicción al sexo:

- Buscar relaciones sexuales fuera de la relación de pareja estable.
- Recurrir a la compulsión sexual como medio para combatir la ansiedad, el estrés o estados de ánimo depresivos o tristes.
- Hacer del sexo el núcleo central de la vida de la persona, dejando incluso de hacer

otras cosas o apartando responsabilidades para poder llevar a cabo la conducta sexual.

Y cuando hablamos de conducta sexual podemos referirnos a las relaciones sexuales compartidas con alguien, la masturbación o a conductas como mirar pornografía.

El trabajo de esta adicción suele tratarse del mismo modo que se tratan el resto de adicciones. Es importante hacer un trabajo personal para poder redirigir la ansiedad, volver a vivir el placer y reducir el síndrome de abstinencia. El trabajo individual es una gran ayuda, pero es muy recomendable poder hacer trabajo en grupo para poder rehabilitarse de tal adicción.

La terapia está dirigida a:

- Dejar de relacionar el sexo como manera de calmar la ansiedad.
- Recontextualizar la sexualidad dentro de la esfera del placer y de las sensaciones positivas.
- Aprender técnicas de reducción de la ansiedad como la relajación, meditación, *mindfulness*...
- Redefinir la vida sin la adicción: actividades que aporten bienestar al paciente, objetivos vitales a conseguir, aprender a establecer relaciones saludables...

El objetivo final de la terapia para resolver la adicción sexual es poder vivir la sexualidad de manera saludable y placentera, ya que en el proceso de la adicción, la sexualidad se convierte en un fin para calmar la ansiedad y destruye toda sensación de placer, bienestar y salud.

## **10.2. Parafilias**

---

Una parafilia es un trastorno vinculado a la sexualidad. En realidad, es de las consultas menos habituales en un despacho de psicología. En mi trayectoria profesional he recibido algunas, pero no son, para nada, el motivo de consulta más habitual. Y eso se debe a que muchas personas que tienen una parafilia encuentran la manera de llevarla a cabo y no lo viven como un problema si encuentran el modo de vivirla. En el caso de las parafilias que van en contra de la legalidad, suelen aparecer más en contextos que no son clínicos.

Una parafilia es una pauta de comportamiento sexual en la cual aquello que proporciona placer no es el hecho de tener relaciones sexuales con penetración (incluso diría que el placer no se encuentra ni en la masturbación ni en la práctica del sexo oral o anal), sino en alguna otra cosa o en algún hecho que puede ser, aparentemente, complementario.

Según el DSM-5, se distingue entre parafilia y trastorno parafilico. “Una parafilia por sí sola no justifica o no requiere tratamiento psiquiátrico automáticamente. Un trastorno parafilico es una parafilia que causa malestar o deterioro de la persona o daño a

otros. Se podría determinar una parafilia (de acuerdo con la naturaleza de los impulsos, fantasías o comportamientos), como un diagnóstico de un trastorno de tipo parafilico (sobre la base de sufrimiento y la discapacidad). En esta concepción, una parafilia sería una condición necesaria pero no suficiente para tener un trastorno de tipo parafilico”. Es decir, que una parafilia en sí misma no es suficiente para causar un trastorno, por lo que solamente aquellas personas que la vivan con malestar y a las que les cause cierto grado de deterioro acudirán a consulta, y podremos decir que tienen un trastorno parafilico.

El DSM-IV nos plantea las siguientes parafilias:

- *Exhibicionismo*: fantasías sexuales recurrentes y altamente excitantes, impulsos sexuales o comportamientos que implican la exposición de los propios genitales a un extraño que no lo espera.
- *Fetichismo*: fantasías sexuales recurrentes y altamente excitantes, impulsos sexuales o comportamientos ligados al uso de objetos no animados (por ejemplo, ropa interior femenina). Los fetiches no deben ser únicamente artículos de vestir femeninos como los utilizados para travestirse (fetichismo travestista) o aparatos diseñados con el propósito de estimular los genitales (por ejemplo, vibrador).
- *Frotismo*: (del francés *frotteurisme*) fantasías sexuales recurrentes y altamente excitantes e impulsos sexuales o comportamientos ligados al hecho de tocar y rozar una persona en contra de su voluntad.
- *Pedofilia*: fantasías sexuales recurrentes y altamente excitantes, impulsos sexuales o comportamientos que implican actividad sexual con niños prepúberes o niños algo mayores (generalmente de 13 años o menos). La persona tiene al menos 16 años y es por lo menos cinco años mayor que el niño o los niños. No debe incluirse a individuos en las últimas etapas de la adolescencia que se relacionan con personas de 12 o 13 años. Es necesario especificar si hay atracción sexual por varones, mujeres o por ambos sexos. También merece una especificación si se está hablando de incesto; o si es de tipo exclusivo, es decir, que solamente sienta atracción por los niños, o de tipo no inclusivo, es decir, que pueda excitarse también con personas adultas.
- *Masoquismo sexual*: fantasías sexuales recurrentes y altamente excitantes, impulsos sexuales o comportamientos que implican el hecho (real, no simulado) de ser humillado, pegado, atado o cualquier otra forma de sufrimiento.
- *Sadismo sexual*: fantasías sexuales recurrentes y altamente excitantes, impulsos sexuales o comportamientos que implican actos (reales, no simulados) en los que el sufrimiento psicológico o físico (incluyendo la humillación) de la víctima es sexualmente excitante para el individuo.
- *Fetichismo travestista*: fantasías sexuales recurrentes y altamente excitantes, impulsos sexuales o comportamientos que implican el acto de travestirse, en un varón heterosexual.
- *Voyerismo*: (del francés *voyeurisme*) fantasías sexuales recurrentes y altamente excitantes, impulsos sexuales o comportamientos que implican el hecho de

observar ocultamente a personas desnudas, desnudándose o que se encuentran en plena actividad sexual.

– *Parafilia no especificada.*

La lista de las distintas parafilias podría ser inacabable. El DSM-IV aborda el diagnóstico de estas parafilias, y el DSM-5 también plantea las mismas, pero la lista de las nuevas se va ampliando día a día.

El tratamiento a seguir iría encaminado a ampliar el terreno del placer de su sexualidad, ampliar sus mapas eróticos a través de la erotización sensual, genital y orgásmica. Es importante descartar un posible trastorno de personalidad.



## **PARTE III**

No podemos olvidar...



# Juguetes sexuales y terapia

## 11.1. Juguetes y herramientas para la terapia

---

Algunos juguetes sexuales tienen múltiples utilidades. El principal objetivo de la mayoría de ellos es ser un estímulo para la excitación sexual y un potenciador del placer. Existen desde tiempos remotos y han llegado a la actualidad muy mejorados, ya que se han conseguido juguetes con una capacidad de ayudar al placer y de potenciar la excitación increíbles.

Sin embargo, hay algunos juguetes que tienen más de una finalidad y que pueden ayudarnos en el proceso terapéutico de una disfunción sexual. Estos juguetes pueden ser utilizados como parte del juego erótico y también tienen una utilidad terapéutica importante.

Finalmente, existen otros que están diseñados, en exclusiva, para ser una herramienta que sirva de ayuda para la mejora de alguna dificultad sexual, y que los profesionales de la sexología clínica utilizamos como herramienta terapéutica para que sea un agente facilitador del cambio en la disfunción sexual.

Todos estos juguetes y herramientas pueden encontrarse en tiendas especializadas, en jugueterías para adultos. Existen numerosas tiendas, tanto físicas como *online*, en las que se puede encontrar una gran variedad de juguetes sexuales y en las que también tienen aquellos productos que están orientados a la terapia sexual.

Veamos a qué juguetes y herramientas nos referimos.

## 11.2. Juguetes que nos sirven para la terapia

---

### 11.2.1. Vibradores

Los vibradores tienen una función concreta: vibrar para proporcionar placer. Se fabrican de varios materiales y también existen distintos tipos de vibración; recomendamos que cada persona encuentre aquel que se adapte mejor a sus necesidades.

La vibración que producen estos juguetes puede ayudarnos a nivel terapéutico en distintas situaciones:

- *Para aumentar la excitación.* Tener un juguete que vibra entre las piernas, cerca de los genitales, puede ayudarnos a aumentar la excitación física y la psicológica. Puede ser de utilidad a una mujer (y también a un hombre) para reconocer las distintas sensaciones que pueden nacer en cualquier parte de su cuerpo, y también puede permitir que la persona reconozca las sensaciones que le llegan a través de la zona genital. Utilizado en todo el cuerpo y llegando hasta los genitales, nos permitirá aprender a reconocer las sensaciones que nos da cada milímetro de piel que tenemos y eso ampliará el mapa sensorial de nuestro cerebro.
- *Para facilitar el orgasmo.* Son muchas las mujeres a las que les cuesta reconocer las sensaciones que aparecen en sus genitales. Si las sensaciones que nacen fruto de la vibración de este juguete las va incorporando y aprende a sentirlas..., este ejercicio le permitirá que le sea más sencillo reconocer qué pasos debe seguir para poder alcanzar un orgasmo, ya sea con la ayuda del vibrador o con el uso de sus propias manos. Las sensaciones que produce un vibrador en el cuerpo y cerca de los genitales también pueden ayudar a un hombre a tener un orgasmo de manera más sencilla.
- *Eliminar el exceso de control.* Reconocer el placer y aceptarlo, descubrir que el placer físico es un pequeño descontrol placentero, acariciar con un vibrador las partes más periféricas del cuerpo hasta llegar a la zona más nuclear... Así es como se pueden ir aceptando las pequeñas sensaciones de placer, hasta ir aumentando su intensidad a medida que se acerca el vibrador a la zona genital y a medida que la mujer va aceptando los pequeños peldaños de incremento de placer reconociendo, paso a paso, que la pérdida de control no es “descontrolada”.
- *Permitir el acceso.* En casos de vaginismo, los vibradores (de distintos tamaños) también pueden facilitar el trabajo terapéutico para que la vagina vaya aceptando objetos de menor a mayor tamaño; aunque, en realidad, el protocolo de actuación en caso de vaginismo prefiera la utilización de dilatadores fabricados explícitamente para este tratamiento. Los veremos más adelante.
- *Potenciar el cerebro erótico.* Jugar con los genitales, con vibración, puede ser algo que facilite entrar en el mundo de las fantasías sexuales. Y todo aquello que ayude a potenciar el cerebro erótico de los pacientes que acuden a consulta es positivo para la evolución de la terapia sexual.
- *Aversión al sexo.* En casos de fobia o aversión al sexo, el uso de un vibrador puede ayudarnos a que la mujer se visualice en un juego erótico y utilizando algo parecido al pene masculino, pero siendo ella quien tiene el control de la situación y la que decide en todo momento lo que quiere que pase. Para hacer esta desensibilización sistemática de la fobia o de lo que le produce aversión, un juguete erótico puede ayudarnos en las etapas tempranas de los pasos de superación que incluye el tratamiento.

## 11.2.2. Dildos

Los dildos son aquellos juguetes sexuales que carecen de vibración, pero que se utilizan en el juego sexual para poder ser introducidos en la vagina (los juguetes que están diseñados para el sexo anal se llaman *plugs* y se caracterizan por tener una base que impide que el juguete pueda quedar dentro del ano). Para el trabajo terapéutico recomendamos los que están hechos a base de silicona (aunque también los hay de *cyber skin* y de *natural skin*, materiales que imitan la textura de la piel humana).

Los dildos pueden ayudarnos terapéuticamente para:

- *Aumentar la excitación.* A pesar de que no vibre, el dildo facilita que la persona se posicione física y mentalmente en una situación erótica. El hecho de tener que introducir un juguete de uso exclusivamente sexual en la vagina puede hacer que la excitación vaya en aumento.
- *Permitir el acceso.* Como el caso de los vibradores, si utilizamos dildos de distintos tamaños (de menor a mayor grosor), pueden sernos de gran utilidad en el tratamiento del vaginismo.
- *Potenciar el cerebro erótico.* Si aumenta la excitación, este hecho nos sitúa en el terreno del erotismo y eso puede hacer que la persona que está jugando con el dildo, o que está trabajando terapéuticamente con él, se sitúe en el terreno de las fantasías eróticas. Y potenciar este terreno es positivo para el resultado final de la terapia.
- *Aversión al sexo.* Como decíamos cuando hablábamos de los vibradores, en casos de fobia o aversión al sexo el uso de un dildo también puede ayudarnos a que la paciente se visualice en un juego erótico y utilizando algo parecido o que intenta imitar al pene masculino, pero siendo ella quien tiene el control de la situación y la que decide en todo momento lo que quiere que pase. Para hacer esta desensibilización sistemática de la fobia o de lo que le produce aversión, un juguete erótico puede ayudarnos en las etapas tempranas de los pasos de superación que incluye el tratamiento.

## 11.2.3. Lubricantes

Los lubricantes artificiales sirven para lubricar los genitales en caso de no tener suficiente lubricación natural o querer que haya más. Existen de base acuosa, de silicona o de base oleosa (de los aceites hablaremos más adelante). Cuando el lubricante debe usarse junto con la protección del preservativo, recomendamos que se elija un lubricante de base acuosa pues esta no daña el material del que está hecho el preservativo.

Para uso terapéutico, los lubricantes nos pueden servir para:

- *Permitir el acceso.* En los casos de vaginismo, cuando debemos utilizar

- dilatadores, dildos o vibradores de distintos tamaños para ayudar a la vagina a permitir la entrada de estas herramientas, el lubricante es nuestro gran aliado porque facilita la introducción del juguete elegido para iniciar el tratamiento.
- *Facilitar la introducción de juguetes o del pene.* En los casos de dispareunia, cuando también trabajamos con algún dilatador o cuando se prueba la introducción del pene dentro de la vagina, por ejemplo, también recomendamos el uso de lubricantes para facilitar la introducción y rebajar el dolor.
  - *Lubricar en caso de sequedad vaginal.* Son muchas las mujeres que, en alguna etapa de su vida, ven disminuida la lubricación de su vagina. En etapas como el embarazo, el posparto o el climaterio puede haber cambios en el cuerpo femenino y la disminución de la lubricación puede ser uno de ellos. En estos casos, el lubricante puede ser de gran ayuda para que las relaciones sexuales no se vuelvan dolorosas.
  - *Conocer nuevas sensaciones.* Cuando estamos ante un paciente hombre, recomendarle el uso de un lubricante puede ayudarlo a conocer nuevas sensaciones. La masturbación en seco (sin lubricante añadido) suele ser la más común en la mayoría de hombres. La masturbación húmeda (con el uso de lubricantes) puede ser un gran descubrimiento para incluir nuevas maneras de masturbarse. Es una herramienta que usamos cuando estamos ante un paciente con eyaculación precoz. La masturbación húmeda puede ayudarlo a aprender a tener el control de su eyaculación ante una situación y sensación sexual.

#### 11.2.4. Aceites

Los aceites tienen las mismas utilidades que los lubricantes, pero hay que tener cuidado con un factor muy importante: los aceites no son compatibles con los preservativos, porque la base acuosa daña el material del que están hechos los condones.

La gran diferencia que hay entre el uso de los lubricantes y el uso de los aceites es la hidratación de la zona genital. El aceite permite a la piel de la zona genital que se vaya hidratando, por lo que no solamente lubrica la zona durante el momento de la aplicación, sino que tiene un efecto más a medio plazo hidratando y mejorando la lubricación genital. Esta hidratación también puede utilizarse para el trabajo de suelo pélvico, para hacer una buena preparación para el parto y la recuperación posparto; en estos dos momentos, la hidratación de la zona genital es muy importante.

Existen distintos tipos de aceites que pueden servir para la hidratación de la zona genital. Algunos de los más utilizados dentro del ámbito de la salud sexual y de la salud del suelo pélvico son el aceite de rosa mosqueta, el aceite de almendras dulces y el aceite de pompeia.

#### 11.2.5. Masturbadores masculinos

Los juguetes sexuales para hombres tenían un lugar secundario en las estanterías de las tiendas eróticas, pero cada vez son más los productos que se destinan a aumentar y diversificar el placer del hombre.

Para ello se crearon los masturbadores masculinos, para encontrar nuevas sensaciones y tener nuevas maneras de jugar estando solo o acompañado.

Los masturbadores nos pueden ser útiles en terapia:

- Para potenciar la excitación y descubrir sensaciones eróticas nuevas. Son muchos los hombres que siempre hacen lo mismo cuando se masturban o cuando tienen relaciones con sus parejas. Introducir un juego nuevo puede aumentar la excitación y descubrir sensaciones que sin el masturbador no se sentirían.
- Diversificar el juego sexual de la pareja o el propio. Con un masturbador, se puede diversificar y aprender nuevas técnicas para gozar de una manera distinta y nueva de la sexualidad.
- Cuando trabajamos con las disfunciones sexuales masculinas –la eyaculación precoz, la disfunción eréctil y la eyaculación retardada–, se puede incorporar este juguete sexual como una fase más de la terapia.
- Potenciar el cerebro erótico. La introducción de nuevos elementos dentro de la sexualidad individual o compartida puede ser un elemento que ayude a conectar mejor con el cerebro erótico y potenciarlo.
- Para casos de aversión al sexo, ya que se pueden utilizar estos masturbadores, que imitan los genitales de manera real, para ir haciendo un acercamiento gradual previo al contacto con una persona de carne y hueso.
- Cuando la persona que acude a tratamiento no tiene pareja estable con la que llevar a cabo todo el protocolo de terapia sexual. Un juguete erótico no puede sustituir la parte final del proceso, pero puede ayudarnos a establecer un final cuando no tenemos una persona con quien realizar los ejercicios compartidos.
- Como una fase más del proceso de terapia, independientemente de si se tiene pareja o no. En algunos casos, el profesional de la sexología puede determinar que el uso de estos juguetes sexuales puede ser necesario para introducir un paso más en la realización de la terapia sexual.

En los casos de disfunción sexual, como la eyaculación precoz, la disfunción eréctil y la eyaculación retardada, por ejemplo, la parte final del tratamiento implica la penetración en la vagina o ano de la pareja. Y en caso de no tener pareja, podemos utilizar los masturbadores masculinos para poder aplicar todo lo aprendido durante el proceso terapéutico.

Debemos tener en cuenta que compartir la parte final del tratamiento con la pareja es mucho más efectivo y que, si se trabaja con un masturbador masculino, el aprendizaje servirá para controlar la eyaculación o mantener la erección con el juguete erótico, no con una persona. Aunque estos masturbadores pueden darnos una aproximación de cómo sería la penetración con una persona, no será hasta que se tenga la oportunidad de

tener relaciones sexuales compartidas que se verá el resultado del tratamiento definitivamente.

Existen algunos masturbadores que imitan la vagina o el ano de una persona (el masturbador masculino más parecido a una persona es una muñeca hecho con un material muy parecido a la piel), y estos objetos pueden ayudarnos a finalizar la terapia con buenos resultados, teniendo en cuenta que no estamos finalizándolo con una pareja real.

## **11.3. Herramientas para la terapia**

---

### **11.3.1. Dilatadores de pírex**

Los dilatadores de pírex son juguetes con forma fálica que están hechos de un material de vidrio que puede resistir altas temperaturas. Estos dilatadores nos sirven de ayuda para la terapia sexual en casos de vaginismo y dispareunia. También se suelen utilizar para trabajar en casos de aversión al sexo.

Los dilatadores tienen distintos tamaños para poder aplicarse en las distintas fases del tratamiento. Empezando por uno de los tamaños más pequeños y, a medida que se pueda trabajar bien con un tamaño en concreto, se dan las directrices para seguir trabajando con un dilatador de un tamaño superior.

La ventaja del trabajo multidisciplinar entre psicólogo y fisioterapeuta especializado en suelo pélvico es que es el fisioterapeuta quien valora, dentro de la consulta, qué tamaño debe usarse para el inicio del tratamiento y cuáles son los dilatadores que se utilizarán cuando la terapia vaya avanzando.

Además, los dilatadores de pírex ayudan mejor en el trabajo terapéutico que los dilatadores de silicona o de cualquier otro material, porque el pírex, al poder utilizarse a temperaturas altas, puede calentarse (teniendo mucho cuidado de no utilizar una temperatura superior a la que los genitales puedan trabajar, para evitar daños). El calor tiene efecto relajante y la relajación muscular de la vagina es una facilitadora del trabajo con los dilatadores, porque la vagina, si está relajada, permite la penetración del tamaño pertinente según el momento de la terapia.

Evidentemente, los dilatadores de pírex nos pueden ayudar en las mismas situaciones que comentábamos anteriormente cuando hablábamos de los dilatadores de otros materiales, también llamados *dildos*:

- *Aumentar la excitación.* A pesar de que no vibre, el dilatador facilita que la persona se posicione física y mentalmente en una situación erótica. El hecho de tener que introducir un juguete de uso exclusivamente sexual en la vagina puede hacer que la excitación vaya en aumento.
- *Permitir el acceso.* Como el caso de los vibradores y los dildos, si utilizamos

dilatadores de distintos tamaños (de menor a mayor grosor) nos pueden ser de gran utilidad en el tratamiento del vaginismo.

- *Potenciar el cerebro erótico.* Si aumenta la excitación, este hecho nos sitúa en el terreno del erotismo y eso puede hacer que la persona que está jugando con el dilatador, o que está trabajando terapéuticamente con él, se sitúe en el terreno de las fantasías eróticas. Y potenciar este terreno es positivo para el resultado final de la terapia.
- *Aversión al sexo.* Como decíamos cuando hablábamos de los vibradores o dildos, en casos de fobia o aversión al sexo el uso de un dilatador también puede ayudarnos a que la mujer se visualice en un juego erótico y utilizando algo parecido o que intenta imitar al pene masculino, pero siendo ella quien tiene el control de la situación y la que decide en todo momento lo que quiere que pase. Para hacer esta desensibilización sistemática de la fobia o de lo que le produce aversión, este juguete erótico terapéutico puede ayudarnos en las etapas tempranas de los pasos de superación que incluye el tratamiento.

### 11.3.2. Bolas chinas

Son muchas las personas que creen que las bolas chinas son un juego sexual. En principio no lo son, aunque su utilización está directamente ligada a una mejora de la vida sexual de la mujer que las utiliza, y también de su pareja.

La utilidad principal de estas bolas es terapéutica. Y existen de distintos tipos: una o dos bolas. También pueden tener distintos pesos.

Antes de empezar de manera habitual el uso de las bolas chinas, es importante consultar con una fisioterapeuta especialista en suelo pélvico para saber qué bolas usar.

Las consecuencias y la utilidad del uso de las bolas chinas para la terapia pueden ser:

- *Aumentar la excitación.* Tener la zona genital trabajando y en movimiento puede hacer que el cerebro responda con un aumento de la excitación. Esto es muy favorable en casos de falta de deseo, de aversión al sexo, anorgasmia y dispareunia, por ejemplo.
- *Potenciar el cerebro erótico.* El aumento de la excitación puede conectar el cerebro con el erotismo y empezar a mejorar dentro del mundo de las fantasías sexuales. Este factor también es positivo en los casos de falta de deseo, aversión al sexo, anorgasmia, vaginismo y dispareunia.
- *Reforzar la musculatura del suelo pélvico.* Tener la musculatura con más tono muscular puede beneficiar las sensaciones que la mujer nota, iniciar o mejorar los orgasmos y evitar incontinencia urinaria o rectal.
- *Mejorar la sensación sexual.* Cuanto más tono muscular haya, más potente será la sensación que la mujer nota cuando tiene juego sexual y orgasmo.

- *Prevenir o intervenir en caso de incontinencia urinaria o rectal.* No todas las consecuencias están vinculadas directamente con la sexualidad. Evidentemente, prevenir o mejorar situaciones de incontinencia urinaria o rectal puede ayudarnos a tener mejor autoestima, ganar seguridad y gozar más de la sexualidad.

### 11.3.3. Dispositivos para ejercitar la musculatura del suelo pélvico

Existen distintos dispositivos que nos ayudan a trabajar para ejercitar la musculatura del suelo pélvico. Cualquier ejercicio que se haga para ejercitar esta musculatura tiene repercusiones positivas para nuestra sexualidad.

Es importante utilizar estos dispositivos bajo la supervisión de un profesional de la fisioterapia que esté especializado en uroginecología y fisiosexología.

Los distintos dispositivos de los que disponemos son:

- *Biofeedback* para ejercicios de suelo pélvico. Existen distintos tipos de aparatos de *biofeedback*:
  - Los que son eléctricos y se utilizan gracias a un programa especial de ordenador, una máquina que está ligada a este aparato y unas sondas vaginales o anales que permiten medir el tipo de presión y la calidad de la musculatura pélvica.
  - Los educadores no eléctricos que están fabricados de un material plástico y tienen un parte que se introduce dentro de la vagina y otra que permanece fuera y que, visualmente, permite saber si se están realizando los ejercicios correctamente o no.
- *Epi-No Delphine Plus.* Es un tipo de *biofeedback* no eléctrico, pero este dispositivo se utiliza exclusivamente para aumentar la elasticidad del suelo pélvico y prepararlo para reducir el riesgo de desgarros y episiotomías durante el parto.

### 11.3.4. Espejo de mano

Parece un instrumento poco importante, pero es el que nos permite conocer el grado de conexión que tiene una mujer con sus genitales. Decimos solamente mujer, porque los hombres no necesitan de ningún espejo para poder mirar su zona genital, en cambio las mujeres necesitan un espejo para poder acceder visualmente a esa zona de su cuerpo y poderla conocer bien.

Los genitales femeninos han sido una zona desterrada de nuestro conocimiento. A través de mitos y falsas creencias, muchas mujeres han llegado a creer que sus genitales

eran poco agradados y han sentido vergüenza al mostrarlos o al mirarlos ellas mismas.

Para tener una buena salud sexual, una buena relación con los propios genitales es imprescindible.

Podemos utilizar el espejo en terapia para:

- *Tener más conocimiento de los propios genitales.* Algunas disfunciones sexuales femeninas vienen a raíz del desconocimiento que la propia mujer tiene de sus genitales. Una buena exploración genital puede permitir que la mujer se conozca más y que gane más confianza en sí misma y en su sexualidad.
- *Tomar conciencia de los propios genitales.* No solamente a nivel visual, sino también a nivel táctil. Si primero una mujer mira sus genitales, luego se atreverá a tocarlos y a conocer qué zonas le resultan más agradables que otras.
- *Aceptación de la zona genital.* Cuando una mujer rehúye sus genitales está creando cierto rechazo hacia ellos. En cambio, cuando se permite mirarlos, está aplanando el camino de la propia aceptación genital.
- *Una herramienta más de la terapia sexual.* Lo utilizamos en la mayoría de disfunciones sexuales femeninas: anorgasmia, vaginismo, dispareunia, falta de deseo sexual, aversión al sexo..., ya que los beneficios anteriormente nombrados nos ayudan en cualquier trabajo terapéutico.

### 11.3.5. Bomba de vacío

Existen situaciones en las que un pene no puede producir una erección de manera natural y para poder conseguir una se necesitan dispositivos que permitan que la erección suceda.

En estos casos, y siempre bajo la recomendación y supervisión del médico, se pueden utilizar bombas de vacío para provocar una erección de manera artificial.

Cuando un hombre que no puede tener una erección natural la consigue de manera artificial, puede significar un cambio importante en su vida sexual y de pareja y para su salud sexual.

En estos casos, los beneficios de utilizar esta herramienta pueden ser:

- *Reestructuración de la sexualidad.* Una sexualidad que podía haber quedado afectada por la falta de erección ahora puede mejorar gracias a las erecciones artificiales.
- *Reencontrarse con el cerebro erótico,* que quizás estaba afectado por la falta de erecciones. Si se consiguen erecciones de nuevo, el cerebro (y la parte más erótica y sexual de este) vuelve a conectarse.
- *Aumento de la autoestima.* Poder volver a tener erecciones puede hacer que la autoestima del hombre mejore.

Si bien es cierto que puede haber ventajas en el uso de las bombas de vacío, también es importante tener en cuenta las consecuencias negativas que puede tener el uso de este dispositivo, ya que afecta a la musculatura del suelo pélvico. Por eso siempre es importante utilizarlo solamente cuando sea realmente necesario y bajo prescripción médica.

### 11.3.6. Prótesis de pene

En algunos casos, cuando una enfermedad o un accidente ha hecho que se pierda la capacidad para tener erección incluso utilizando una bomba de vacío o medicación, es necesaria la cirugía para poder obtener una erección de manera artificial.

Estas prótesis solamente pueden utilizarse bajo prescripción médica, ya que implica que haya cirugía para poder incorporarlas dentro de los genitales y del circuito de la erección.

Evidentemente, es necesario que el profesional sanitario que haga la cirugía sea un profesional especializado.

Cuando hablamos de las consecuencias que puede tener conseguir nuevamente una erección cuando esta no se podía conseguir bajo ningún concepto, puede significar muchas cosas positivas para la vida y para la sexualidad de un hombre:

- *Reestructuración de la sexualidad.* Una sexualidad que podía haber quedado afectada por la imposibilidad de tener erección ahora puede mejorar gracias a las erecciones artificiales que proporciona la prótesis.
- *Reencontrarse con el cerebro erótico,* que quizás estaba afectado por la falta de erecciones y por la pérdida de calidad de las relaciones sexuales que había notado el hombre. Si se consiguen erecciones de nuevo, el cerebro (y la parte más erótica y sexual de este) vuelve a conectarse.
- *Aumento de la autoestima.* Poder volver a tener erecciones, sobre todo en situaciones en las que se creía imposible poder volver a tener alguna, puede hacer que la autoestima del hombre mejore.

Si bien es cierto que puede haber ventajas en el uso de las bombas de vacío, también es importante tener en cuenta las consecuencias negativas que puede tener el uso de este dispositivo, ya que afecta a la musculatura del suelo pélvico. Por eso siempre es importante utilizarlo solamente cuando sea realmente necesario y bajo prescripción médica.



# Ingredientes básicos para una terapia sexual

Si la terapia fuera como un plato que hay que cocinar, necesitaríamos tener los ingredientes justos para poder hacer que quede delicioso. Para poder tener una terapia sexual exitosa se necesita, evidentemente, cada paso anteriormente citado según la disfunción que tengamos delante, pero también es importante tener otros factores para poder ayudar al proceso terapéutico.

Hay dos cosas que pueden ayudarnos a mejorar la terapia:

1. Valorar a quién tenemos en terapia: ¿trabajamos de manera individual o en pareja?
2. El cómo entendemos la terapia: ¿cómo se estructura el trabajo?

Vamos a abordar estos dos puntos para poder organizar mejor el proceso terapéutico.

## 12.1. ¿Trabajamos a nivel individual o en pareja?

Es muy importante valorar en qué situaciones trabajaremos con la pareja y cuáles solamente tendremos a uno de los miembros. Pero, antes, planteemos las posibles situaciones que nos podemos encontrar ([cuadro 12.1](#)), ya que no siempre se puede elegir con quién trabajar...

CUADRO 12.1. *La terapia en pareja o individual*

CUANDO EL PACIENTE VIENE...	
<i>Solo</i>	<i>En pareja</i>
puede ser por varios motivos:	
Viene solo y la pareja no lo sabe	Vienen en pareja porque ambos desean cooperar en la resolución del conflicto, que les afecta a ambos
Viene solo y la pareja no quiere venir	Vienen en pareja, pero la pareja no es

	cooperante y adopta una actitud de boicot
Viene solo y no tiene pareja	Vienen en pareja, solamente por la propia presión de la pareja

Siempre que exista la relación de pareja sería óptimo trabajar conjuntamente con los dos, pero ya que no siempre podemos elegir con quién trabajamos, profundicemos un poco en cada situación que nos podemos encontrar:

- *El paciente viene solo y la pareja no lo sabe.* Ya tenemos cierta información sobre el tipo de relación de pareja que tienen o de las características del paciente. Puede ser que no haya la confianza suficiente como para comentarle a la pareja que se está acudiendo a la consulta de un profesional, se tenga cierto miedo de la respuesta que la pareja pueda dar si se le dice o se le propone que ambos acudan a consulta, el paciente puede ser muy tímido y le dé vergüenza comentarle a la pareja que desea acudir a consulta, etc. Y, como terapeutas, deberíamos conocer los motivos por los cuales la pareja no sabe que el paciente ha iniciado un proceso terapéutico, ya que esta información nos ayudará a comprender el síntoma y el proceso en sí mismo.
- *El paciente viene solo y la pareja no quiere venir.* Puede parecer que la pareja ya nos está mandando un mensaje: “El problema no es mío, que lo arregle el otro solo”, por lo que nos podemos encontrar con que la pareja no está dispuesta a hacer nada o que haga aquello que le proponamos, a pesar de no estar en las sesiones. O quizás también nos estará diciendo que no le interesa arreglar aquello que no funciona y por eso no apuesta por la terapia.
- *El paciente viene solo y no tiene pareja.* Entonces puede ser que su preocupación por lo que le sucede haga que quiera buscar ayuda e, incluso, puede ser que por las presiones sociales, por querer vivir mejor su sexualidad, etcétera, venga a terapia con cierto nivel de exigencia. En estas situaciones la terapia quedará limitada al trabajo que se pueda hacer de manera individual, pero podemos plantear qué implicaría compartir los aprendizajes adquiridos si se tuviera pareja intentando hacer una proyección en el futuro y planteando una situación imaginaria para ver qué posibles miedos y dudas puedan aparecer al situarse dentro de una relación, aunque sea de manera ficticia.

El trabajo individual quedará limitado y es posible que no se pueda llegar hasta el final del protocolo de trabajo de cada disfunción ya que, si la pareja no existe o no está dispuesta a echar una mano, o no sabe que se está haciendo una terapia sexual, no se podrán completar todos los pasos. Es importante contemplarlo en terapia con el paciente.

Veamos qué sucede cuando tenemos la pareja en consulta:

- *Vienen en pareja porque ambos desean cooperar en la resolución del conflicto que les afecta a ambos.* Es la situación idónea: dos personas dispuestas a

trabajar para resolver un problema que les afecta a los dos.

- *Vienen en pareja, pero la pareja no es cooperante y adopta una actitud de boicot.* Esta situación es similar a tener la pareja en casa sin estar dispuesta a hacer nada. Muchas veces, al empezar a trabajar la disfunción de uno de los miembros de la pareja, aparece otra disfunción en el otro.
- *Vienen en pareja solamente por la propia presión de la pareja,* es decir, el paciente no vendría a terapia, pero su pareja le presiona para ir juntos. Nos podemos encontrar una persona poco colaboradora, que no esté dispuesta a trabajar... El boicot lo haría el propio paciente que tiene el síntoma.

Es importante que, aunque la pareja no venga, la tengamos en cuenta porque forma parte del proceso aunque no esté presente, por lo que esté o no esté dispuesta a hacer y cómo afecta esta situación al paciente (por ejemplo, si la pareja de un paciente se muestra reticente a venir y responsabiliza al paciente del síntoma, este hecho no ayuda demasiado a mejorar una eyaculación precoz o una disfunción eréctil). Y si no existe la relación de pareja, se puede plantear qué implicaría tenerla, como hemos dicho con anterioridad.

Las ventajas de trabajar en pareja, siempre y cuando no se realice boicot por parte de uno de los miembros, serían:

- Contacto directo con ambos miembros de la pareja que nos permitirá la visión de cada uno de ellos de la situación y de la dificultad, y eso nos permitirá comprender mejor el problema y su posible solución.
- La pareja del paciente se convierte en el cómplice del trabajo a realizar, una suma de fuerzas para trabajar para la solución.
- Es mejor el trabajo conjunto, un equipo para trabajar para resolver una dificultad que afecta a la relación; aunque sea uno quien viva la sintomatología en primera persona, son los dos quienes padecen las consecuencias.

La apuesta por el trabajo en pareja la hacemos desde la perspectiva sistémica, en donde la disfunción sería el síntoma de alguna cosa que no funciona a nivel individual o a nivel de pareja. La pareja es la principal afectada por la dificultad y es la ayuda básica para encontrar el camino para su resolución. Aunque, evidentemente, cuantas más personas estén en terapia, más se complica el trabajo para el terapeuta, porque tendrá dos versiones, dos opiniones, dos maneras de vivir la dificultad, etcétera.

## **12.2. El "estado terapéutico"**

---

Las sesiones de terapia son un espacio de trabajo para conocer en profundidad qué dificultad está teniendo el paciente y explorar qué está influyendo en lo que le sucede. Es el espacio para determinar una estrategia de trabajo de manera acorde con el cliente.

En este proceso de trabajo, el paciente es el experto en sus propias vivencias, es su propia historia vital. Lo que nos cuente en terapia nos ayudará a reflexionar y encontrar los factores predisponentes, precipitantes y de mantenimiento que están influyendo en la disfunción. Y el terapeuta es quien debe hacer de guía en este proceso, enfocando aquello que sea más importante para la terapia y teniendo en cuenta que trabaja con la sinceridad del paciente. Por lo que la terapia es un trabajo en equipo en donde una de las claves es la *motivación*.

Veamos la motivación de cada parte activa del proceso:

- *Motivación del paciente*. Normalmente, cuando el paciente o los pacientes acuden a consulta, se da por hecho que están motivados para trabajar y para resolver aquello que les produce malestar. Pero no siempre es así. Muchas veces, el paciente tiene una creencia mágica de lo que es la terapia pensando que, por el simple hecho de acudir a las sesiones, sus dificultades irán resolviéndose; o creyendo que, cumpliendo ciertas pautas, todo se resolverá. Es importante explicar bien cómo funciona el proceso terapéutico y tener la motivación y las ganas de trabajar del paciente, entendiendo que la terapia es un proceso activo en donde paciente y terapeuta tienen que trabajar conjuntamente y que el trabajo va más allá de las sesiones.
- *Motivación del terapeuta*. El terapeuta también es parte activa del proceso y eso implica que debe responsabilizarse de trabajar para la terapia adquiriendo aquellos conocimientos que faciliten el papel de guía. El psicólogo o médico que guíe la terapia es quien se aventura con el paciente a explorar la dificultad que presente y a buscar el camino que facilite tener una sexualidad sana y satisfactoria. Por eso, uno de los primeros pasos que el terapeuta debe realizar junto con el paciente es explicar qué es una terapia sexual, cómo sería ese camino que deberán recorrer juntos –cómo se desarrollaran las sesiones, cuáles serán los aspectos más importantes a trabajar, la importancia que tiene que el paciente esté cómodo en la terapia– y que la sinceridad es una de las herramientas básicas para conseguir los objetivos terapéuticos planteados.

Por ello, es importante entender el concepto de *estado terapéutico*. Y es que iniciar una terapia no es solamente trabajar durante las sesiones, sino que el trabajo empieza en el mismo momento en que el paciente decide pedir ayuda. Entiendo el *estado terapéutico* como el camino por recorrer y que implica tomar conciencia de que la terapia no es solamente el momento de las sesiones, también implica aquello que se hace en casa, el vínculo con el terapeuta, la seriedad con la que el terapeuta y el paciente se tomen el trabajo; no solamente implica hacer cosas, sino también reflexionar, buscar nuevos puntos de vista, estar abierto a trabajar en profundidad algunos aspectos que se consideren más relevantes, etcétera.

Por lo tanto, un paciente debe ser consciente de que, en el momento en que desea empezar una terapia y se decide a empezar a trabajar, ya ha iniciado ese estado

terapéutico que lo acompañará hasta finalizar la terapia, hasta que se resuelva aquello que lo trae a consulta.

Para entender mejor qué implica un proceso terapéutico, veamos un esquema ([cuadro 12.2](#)) que nos ayudará a ver los pasos de la terapia sexual uno a uno:

CUADRO 12.2. *Esquema del proceso terapéutico en el trabajo individual*

---

1. *Presentación y setting terapéutico*

- El entorno donde se recibe a la visita debe ser acogedor, un espacio en donde el profesional y el paciente se sientan cómodos.
- En esta primera etapa, el terapeuta debe presentarse y empezar a conocer al paciente. Aquí es cuando se empieza a elaborar el vínculo terapéutico.

2. *Motivo de la consulta*

Es importante tener claro el motivo que hace que el paciente llegue a terapia para poder marcar los objetivos terapéuticos que se deben conseguir para dar por finalizada de manera satisfactoria la terapia.

3. *Conocer mejor al paciente para que la terapia sea a medida*

Utilizaremos la línea de la vida, el genograma y otros ejercicios para conocer bien al paciente y conocer mejor la dificultad que nos presenta.

4. *Protocolo de trabajo concreto según la disfunción sexual que nos presente*

---

Y aparte del esquema del proceso terapéutico que seguir, el paciente deberá realizar las tareas propuestas conjuntamente en las sesiones para poder optimizar el tiempo y trabajar aquellas dificultades que han hecho que inicie una terapia en su terreno habitual: su entorno.

Si la terapia se hace en pareja, el proceso terapéutico implica pasos añadidos que no se dan en la terapia individual ([cuadro 12.3](#)).

CUADRO 12.3. *Esquema del proceso terapéutico en el trabajo en pareja*

---

1. *Presentación y setting terapéutico*

Se realiza igual que en la terapia individual, pero teniendo en cuenta que, en lugar de trabajar con un paciente, trabajaremos con una pareja.

2. *Motivo de la consulta*

Es importante determinar el motivo de consulta para establecer los objetivos terapéuticos; esta vez deberemos tener en cuenta si el motivo de consulta es igual para uno que para otro. También debemos ver si ambos tienen los mismos objetivos terapéuticos.

3. *La historia de la pareja*

Debemos saber cómo funcionan como pareja y para ello es importante conocer su historia de amor.

4. *Conocer mejor a ambos pacientes*

Realizaremos una sesión individual con cada uno para conocer su línea de vida, su genograma, para que tengan su espacio para explicar su visión de la dificultad. La siguiente sesión volverá a ser en pareja.

5. *Protocolo de trabajo concreto según la disfunción sexual*

---

El hilo conductor de la terapia es el esquema del proceso, pero los pacientes deben tomar conciencia de que ellos son los principales actores para su mejoría. Son ellos quienes deben trabajar para cambiar aquello que les es disfuncional. Y es el terapeuta quien debe ayudar a que este trabajo sea posible, ofreciendo una buena guía que ayude a entender al paciente qué es lo que no funciona correctamente y por qué.



# Los elementos de una sexualidad sana

Existen ciertos elementos que pueden ayudar a una persona a vivir su sexualidad de manera sana. Y eso facilitará que viva mejor su sexualidad en pareja o que se implique en una terapia sexual de manera más activa, si es el caso. Por lo tanto, estos deberán ser los factores que tendremos en cuenta para evaluar la concepción de sexualidad que tenga el paciente, y aquello que veamos incongruente o disfuncional es lo que tendremos que trabajar en terapia.

Estos elementos están relacionados con la concepción que tiene sobre la vida y su felicidad personal, sobre la importancia que tenga la sexualidad dentro de su relación de pareja, qué es lo que se permite y lo que se prohíbe dentro del juego sexual y por qué lo hace así, si conoce y comprende las diferencias que existen entre hombres y mujeres y cómo estas diferencias afectan a la vivencia de la sexualidad, y si concibe la pareja como un equipo que trabaja conjuntamente.

Todos estos factores ([cuadro 13.1](#)) ayudarán o dificultarán el trabajo terapéutico, por lo que vamos a ver aquello más relevante de cada uno de ellos.

CUADRO 13.1. *Los elementos de una sexualidad sana en pareja*

<i>Elementos de una sexualidad sana</i>
1. Qué tiene cada uno en su podio de la felicidad personal
2. El triángulo del amor: los ingredientes básicos para el amor
3. Permisos y prohibiciones: qué hacemos y cómo lo hacemos
4. Comprender las diferencias básicas entre hombres y mujeres
5. La pareja como un equipo que trabaja conjuntamente

## 13.1. El podio de la felicidad personal

Para poder valorar y organizar el trabajo terapéutico deberemos tener muy claros cuáles son los valores entre los cuales se mueve y vive el paciente que tengamos en consulta.

No es lo mismo tener unos valores tradicionales que progresistas, ser religioso o no serlo, tener unos ideales u otros. Por lo tanto, debemos conocer lo que yo llamo el *podio*

*de la felicidad personal.* Me explico: el podio de la felicidad personal de cada uno son aquellos aspectos que consideramos más importantes que otros. Y no es un podio clásico de tres posiciones. Aquellos aspectos vitales para una persona pueden ser muchos más de tres. Y debemos conocer qué valores o pilares tiene esa persona como lo más relevante en su vida, para poder ver a qué le da verdadera importancia y qué cosas son irrelevantes para el paciente. Y es que... no es lo mismo trabajar en una terapia sexual con alguien a quien la sexualidad le resulte importante en su vida que para alguien a quien verdaderamente le importe poco. El nivel de motivación no es el mismo.

Pongamos un ejemplo: Marcos acude a consulta porque tiene poco deseo sexual. Lleva unos meses desganado. Cuando exploramos su línea de la vida, vemos que nunca ha tenido un deseo muy elevado. Su interés por la sexualidad empezó en la adolescencia, con la masturbación, pero sus primeras relaciones sexuales compartidas empezaron a los 27 años. Él mismo reconoce que nunca ha sentido especial atracción por la vida de pareja ni por la sexualidad. Ahora viene a consulta porque está saliendo con una chica desde hace dos años, hace seis meses que viven juntos y su vida sexual es muy esporádica. Tienen una relación sexual o un juego sexual cada cuatro meses, aproximadamente, y su pareja desearía jugar un poco más.

Según lo que nos cuenta Marcos, ya podemos ver que la sexualidad no es uno de los elementos que se encuentran en su podio de la felicidad personal. Seguramente prefiere dedicar el tiempo a otras cosas que a cuidar esa esfera de su vida. En este caso, sería muy importante averiguar por qué ha venido a consulta, si realmente es porque él lo desea o por presión de su pareja. Si realmente él desea que la sexualidad forme parte de su vida, deberemos trabajar con él la importancia de la sexualidad en la vida de una persona y de una pareja y construir de nuevo sus pilares vitales. Si viene a consulta por presión de la pareja, deberemos valorar junto a él si realmente se puede trabajar o no (ya que su motivación es muy importante).

Es importante valorar entonces qué tipo de demanda nos hace el paciente ([cuadro 13.2](#)) ya que, según la tipología de su demanda, veremos qué cosas son importantes o no para él.

### CUADRO 13.2. *Análisis de la demanda*

MODALIDADES PRAGMÁTICAS DE DEMANDA TERAPÉUTICA		
<i>Modalidades</i>	<i>Procedencia</i>	<i>Objetivo</i>
No demanda	Ajena	Hacer callar a un tercero
Confirmatoria	Propia	Asegurarse de los propios criterios o decisiones
Mágica	Propia	Curar una enfermedad o solucionar un problema fiándose de los poderes, autoridad o prestigio del terapeuta
Sintomática	Propia	Curar una enfermedad somática o psicósomáticamente evitando cualquier cambio o confrontación interna
Inespecífica	Propia	Buscar apoyo y orientación para entender y hacer frente a los propios problemas
Específica	Propia	Solucionar problemas psicológicos previamente identificados
Perversa	Propia	Satisfacer de forma directa necesidades propias de apego, sexo o dominancia
Vicaria	Propia	Provocar la implicación de una tercera persona en la terapia
Delegada	Ajena	Sacarse un paciente problemático de encima para pasárselo a otro colega
Colusiva	Propia	Perjudicar a un tercero por diagnóstico o tratamiento

*Fuente:* Villegas, *Revista de Psicoterapia*, vol. VII.

Por lo tanto, una de las preguntas que debemos hacernos en terapia sería si el paciente realmente desea resolver el problema, si lo hace para sí mismo o para quién, para qué desea solucionarlo, etcétera. Y es muy posible que alguien quiera resolver su dificultad, pero si de verdad la cuestión que lo trae a consulta no se encuentra en su podio de felicidad personal, deberemos ayudarlo a reestructurar su podio para que realmente desee trabajar e implicarse en la terapia.

En terapia sexual, muchas de las demandas que nos llegan son sintomáticas, o se acude a consulta porque es la pareja quien obliga al paciente; hay quien espera que se resuelva la dificultad como por arte de magia, etcétera. En lo que nos concierne, debemos tener en cuenta qué papel juega la sexualidad en su vida para facilitarnos el trabajo en terapia. Y la manera de trabajarlo será a través de sus experiencias vitales, en donde veremos qué vivencias personales ha tenido, qué creencias ha confeccionado gracias a su aprendizaje a lo largo de los años, qué educación ha recibido por parte de su familia y su entorno social.

En resumen, para hacer una buena terapia sexual debemos saber si realmente la sexualidad es un terreno importante en la vida del paciente o no.

## **13.2. El triángulo del amor**

Siguiendo la línea del apartado anterior, deberemos ver qué consideración se tiene sobre la sexualidad dentro de la vida de pareja. Y nos remitimos a Sternberg (2000) y Riso (2005) para remarcar la importancia de la pasión y del eros para la relación de pareja, como hemos comentado en el [capítulo 3](#).

Las teorías de Sternberg y Riso nos permiten explicar, durante las sesiones, qué lugar ocupa la sexualidad dentro de la relación de pareja, y nos ayuda a trabajar con ambos la importancia de la sexualidad para la pareja, y viceversa. Podemos decir que hablamos del *podio de la felicidad personal de la pareja*, y en ese podio debemos ver si está o no la sexualidad. Si no está ahí, una parte del trabajo irá enfocada a tomar conciencia de la importancia de la misma, de los motivos por los cuales es importante.

Es muy común que la sexualidad sea más importante para uno que para otro miembro de la pareja. En muchos casos, este desequilibrio no implica dificultades y se lleva con normalidad. Es decir, habrá días que uno deseará jugar y el otro no, o viceversa, y no pasará nada porque habrá momentos en los que quien no desee jugar encontrará la manera de excitarse y apuntarse al juego, y también encontrarán momentos en los que ambos desearán jugar y se pondrán de acuerdo fácilmente.

Las dificultades aparecen en terapia cuando para uno es mucho más importante que para el otro. En el podio de la felicidad personal de uno la sexualidad ocupa un puesto mucho más elevado que para el otro. En estos casos, el trabajo irá enfocado a encontrar el equilibrio entre ambos. Posiblemente uno deberá rebajar sus expectativas y el otro aumentarlas para encontrarse en un punto medio.

En resumen, que cada miembro de la relación tenga la sexualidad como un elemento de su podio de felicidad personal ayudará a trabajar mucho mejor la disfunción sexual.

### **13.3. Permisos y prohibiciones**

---

Ver qué se permite y qué no se permite dentro del juego sexual de la persona y de la pareja nos ayudará a ver la calidad de su sexualidad. Y hablamos de calidad y no de cantidad, porque el número de relaciones sexuales que sería satisfactorio para cada pareja puede variar. Lo importante es encontrar el equilibrio entre ambos.

Entonces, lo importante es la calidad. Y no se vivirá de igual manera la sexualidad si una persona se prohíbe muchas cosas y limita mucho su juego que si una persona tiene un abanico amplio donde elegir.

Muchas de las cosas que un hombre o una mujer se permiten o se prohíben en su sexualidad viene dado por la educación afectiva y sexual que han recibido, por el modelo familiar que han aprendido, por el entorno en el que han crecido, sus experiencias vitales, etcétera. Toda esta colección de vivencias configura los mitos y las falsas creencias que una persona tiene sobre su vida y sobre su sexualidad en concreto.

Por lo tanto, esa mitología y el conjunto de creencias que tengan los pacientes es parte del material que tenemos que trabajar en terapia.

Para poder hacer una terapia a medida, debemos tener claro a qué juegos juega la pareja y a qué juegos no juega, por qué y hasta qué punto está afectando a la calidad de su vida sexual juntos.

Es importante ver qué juegos tienen normalizados y qué es aquello que se prohíben, ya que eso nos ayudará a confeccionar la línea de trabajo.

Una de las herramientas que nos ayuda a visualizar cómo vive la sexualidad la pareja que tenemos en terapia es una tarea que llamo *los tres juegos*. Esta es una tarea que se propone a los pacientes con un vocabulario claro y cotidiano para hablar de manera distendida e incluso con un tono desenfadado de los juegos sexuales que se pueden hacer. La mayoría de los pacientes reciben con una sonrisa la clasificación de los tres juegos, e incluso les es más fácil recordar la tarea propuesta.

Dentro de una sexualidad normalizada y vivida de una manera sana, una pareja suele jugar a los tres juegos:

- Tocar.
- Lamer.
- Introducir.

Cuando nos referimos a *tocar* estamos hablando de masturbación (sea juntos o conjunta), *lamer* se refiere al sexo oral e *introducir* se refiere a la penetración vaginal o anal.

Con esta herramienta o tarea podemos ver:

- Si su sexualidad es variada, rica, divertida y cómplice.
- Si juegan de manera monótona y eso les lleva a estar aburridos y cansados de hacer siempre lo mismo.
- Qué juegos priorizan en sus relaciones, así vemos cuáles son los juegos más importantes.
- Si tienen reparo en jugar a alguno de los juegos, si tienen limitaciones.
- Si su sexualidad es lineal y siguiendo siempre el mismo esquema o si incluye variedad y unos días juegan a unas cosas y otros días a otras.

A partir de aquí se puede trabajar cada mito, cada limitación, para ir ampliando su juego y su forma de divertirse y de mostrarse complicitad. Veremos qué frenos tienen y el trabajo en terapia implicará reducir esos mitos y esas falsas creencias y dar permiso para ampliar el abanico de juegos, siempre y cuando eso les permita vivir su sexualidad de manera sana, libre y mejorando la satisfacción que tenían hasta el momento.

*Los tres juegos* nos permiten encontrar la *sexualidad sana* de los pacientes. Y una sexualidad sana debería ser aquella que:

- Es importante para ambos miembros de la pareja.
- Está incorporada dentro de la misma relación.
- Implica jugar a los tres juegos, sin tabúes.

- Aumenta la complicidad y el entendimiento entre ambos.
- Se viva como un enriquecimiento dentro de la pareja: de sensaciones placenteras y de emociones que unan más a ambos.

Las indicaciones del ejercicio propuesto a los pacientes serían:

### *Los tres juegos*

Para poder ayudaros a mejorar vuestra sexualidad deberíamos conocer cómo es para detectar aquello que es disfuncional y aquello que se tiene que mejorar.

Para ello, necesitaríamos que nos explicarais cómo es vuestro juego sexual.

Dentro de los juegos sexuales que se pueden hacer, los podemos resumir en tres tipos de juegos:

- Tocar.
- Lamer.
- Introducir.

Cada juego corresponde a una práctica sexual:

- *Tocar*: es la masturbación compartida y bien puede ser que uno se masturbe delante del otro, que uno masturbe al otro, que os masturbéis de manera conjunta, etcétera.
- *Lamer*: es el sexo oral, por lo que implica todo aquello que haga referencia a lamer la zona genital, en concreto:
  - *Felación*: hacer sexo oral a los genitales masculinos.
  - *Cunnilingus*: lamer la zona genital femenina.
  - *Sexo oral anal*: lamer la zona del ano.
- *Introducir*: implica la penetración, ya sea vaginal o anal.

Para hacernos una idea de cómo es vuestra sexualidad debemos saber:

- Cuáles son vuestros juegos más habituales.
- Con cuáles gozáis más.
- Cuáles son aquellos juegos que no desearíais hacer nunca.
- Cuáles son aquellos que os producen satisfacción y los que os producen desagrado.
- Cómo es el inicio de vuestras relaciones: quién de los dos empieza y cómo.
- Con qué juegos termináis la relación, etcétera.

También es bueno saber si hay alguna cosa, dentro de la sexualidad en general, que no desearíais hacer nunca.

Recomendamos que el ejercicio lo hagan por escrito, ya que ayuda a tener una visión general, a valorar si se están olvidando algo y a que no olviden nada de lo que han pensado y reflexionado cuando vengan a la sesión de terapia.

Dependiendo de la situación que nos encontremos, se puede pedir que cada uno haga el ejercicio por separado y se ponga en común en la siguiente sesión de terapia, o que sea un ejercicio que hagan juntos y así se potencia que hablen y se comuniquen a un nivel más íntimo.

Pongamos un ejemplo de un caso para ver qué utilidad puede tener este juego.

Pedro y Sonia tienen 32 y 31 años, respectivamente. Llevan siete años juntos. Sonia viene de una familia bastante tradicional, según ella dice, y eso hizo que deseara casarse con Pedro celebrando una ceremonia religiosa. A Pedro le resultaba indiferente casarse o no, y que fuera por la iglesia no le suponía ningún problema. Cuando vinieron a consulta, llevaban tres años casados.

La demanda inicial fue que tenían pocas relaciones sexuales. Pedro decía que Sonia nunca tenía ganas, que nunca le apetecía. Ella asintió y dijo que nunca había tenido mucho deseo; al principio de salir con él sí que habían tenido más relaciones, pero que ya desde el segundo año su deseo había disminuido mucho.

Al proponer la tarea de los tres juegos, vinieron al día siguiente cada uno con su lista de juegos sexuales. Lo que descubrimos gracias a la tarea fue que:

- Según Sonia, iban muy directos a la penetración y todas sus relaciones sexuales empezaban con la penetración como objetivo y terminaban en ese juego.
- Según Pedro, no había más remedio que ir a la penetración porque Sonia no dejaba que la tocara ni se dejaba hacer sexo oral. Incluso confesó que Sonia no le había hecho nunca ninguna felación y que él se moría de ganas de que se la hiciera.

La tarea nos permitió ver que Sonia tenía muchas limitaciones en lo que a su juego sexual en pareja se refiere. Y lo que se hizo fue, después de que Pedro comentara que nunca le había hecho una felación, trabajar ciertos tabúes alrededor de este juego sexual: Sonia creía que era humillante hacerle este juego a su pareja y se contextualizó dentro del juego de pareja. Sonia tenía la idea de que era humillante que una mujer hiciera eso porque lo veía como una práctica en la que el hombre dominaba a la mujer y la humillaba. Cuando situamos este juego dentro del terreno amoroso, Sonia lo visualizó de otra manera. Nunca había pensado que besar el pene de su pareja podía ser una muestra de amor.

Le propusimos a Sonia que reflexionara sobre si era verdaderamente humillante para ella o si lo podía visualizar como una prueba de amor y ella hizo algo espectacular para la siguiente sesión: “De vuelta a casa tras la sesión, me imaginé (mentalmente) haciéndole una felación a Pedro. Y no me resultó tan humillante como había pensado.

Eso me animó y, poco a poco, al llegar a casa le propuse empezar a jugar y quise experimentar qué era hacerle una felación. Realmente, al ver cómo disfrutaba y cómo me abrazó después de hacerlo, me sentí querida y no como había imaginado antes...”.

Por lo tanto, ver a qué juegan nos permite conocer sus limitaciones, aquello que les produce miedo o reparo, normalizar ciertas prácticas y ampliar su campo de juego para tener mayor satisfacción, unión, complicidad y, en el fondo, mejorar su relación de pareja. No se trata de jugar a todo por obligación, pero sí valorar si una creencia errónea se merece alejar a una pareja.

### **13.4. Diferencias básicas entre hombres y mujeres**

---

Muchas de las dificultades sexuales que nos encontramos en terapia vienen derivadas de las diferencias que hay entre los hombres y las mujeres y cómo ello implica que vivan la sexualidad desde mundos muy distintos. Y es bueno conocer esas diferencias para poder comprender mejor al otro e, incluso, comprenderse mejor a uno mismo.

Ya decía John Gray (2003) que “los hombres son de Marte, las mujeres de Venus”. Y, si tan distintos somos hombres y mujeres, en nuestra vida sexual también habrá diferencias. Y no todas las diferencias se verán solamente en una pareja heterosexual; en una relación homosexual también puede haber diferencias, pero nos centraremos aquí en hablar de las diferencias y las dificultades que puede encontrarse una pareja heterosexual en su dormitorio...

Se dice que el hombre siempre tiene más ganas, que es quien sabe más, que se masturba, que vive la sexualidad como algo muy importante e imprescindible en su vida... y de la mujer se ha dicho más bien poco a lo largo de los años. Pero a nadie le extraña que las demandas de falta de deseo vengan del público femenino, que sean las que “tienen dolor de cabeza”, las que no se masturban y las que no tengan necesidad de tener relaciones sexuales y puedan vivir sin sexo...

¿Qué hay de cierto en todos estos comentarios? ¿Qué hace que la sabiduría popular diga todas estas cosas?

Es cierto que hombres y mujeres vivimos la sexualidad de manera muy distinta y eso se traduce en terapia. Es cierto que, hoy en día, la mayoría de demandas de bajo deseo sexual vienen de parte de las mujeres, que sean los pacientes masculinos los que nos digan que desean tener cubierta esa esfera de su vida y las mujeres nos digan, literalmente, que “puedo vivir sin sexo” y “es como si tuviera eso de ahí abajo muerto”. ¿Qué influencias hacen que esto sea así? Lo resumiré en tres puntos ([cuadro 13.3](#)) que hacen que hombres y mujeres vivamos la sexualidad de manera muy distinta, en general.

CUADRO 13.3. *Las diferencias entre los hombres y las mujeres*

---

<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>
Más testosterona	Menos testosterona

---

Explicuemos cada punto:

- Los hombres tienen más testosterona y las mujeres menos. Cierto. Aquí tenemos la cuestión más biológica. Como animales que somos, la testosterona nos ayuda a machos y a hembras a tener el impulso sexual para querer reproducirnos. Pero cuando una hembra es fecundada, durante el tiempo que dure la gestación, tener relaciones sexuales no tiene ninguna utilidad reproductiva, porque la gestación ya se está dando. En cambio, cuando el macho fecunda a una hembra, él puede seguir fecundando las hembras de alrededor. Siguiendo este esquema, a nivel reproductivo, tiene lógica que un hombre tenga más testosterona que una mujer. En tono distendido me permito decir que un hombre tiene testosterona para “reproducirse” cada día y una mujer tiene la cantidad de testosterona para “reproducirse” una vez al año. Además, si nos fijamos bien, los picos de deseo sexual de una mujer suelen ir asociados al momento más fértil de su ciclo menstrual... por lo que nuestra parte animal sigue estando ahí... Esta sencilla explicación nos puede ayudar a entender porque quizás los hombres puedan tener más ganas que las mujeres.
- Los hombres tienen los genitales externos y las mujeres los tienen internos. O dicho de otra manera: un hombre tiene mucho más contacto visual con sus genitales que una mujer. Y eso permite despertar más curiosidad sobre esa zona. Un niño ya ve, desde pequeño, cómo sus genitales tienen erecciones, los toca cuando va al baño a orinar... Ya desde pequeño establece una relación especial con su pene. Eso sin tener en cuenta la admiración social que siempre han recibido los genitales masculinos. En cambio una niña, cuando se mira, ve poca cosa. Durante la pubertad ve cómo empieza a nacerle el vello púbico, pero para ver un poco más allá tiene que doblarse mucho o buscar la ayuda de un espejo. Además, el mensaje que ha recibido una mujer sobre sus genitales suele ser muy negativo. La mayoría de los pacientes describe sus genitales como que “parece algo podrido”, “huele mal”, “es oscuro y húmedo”, “son feos”, incluso “una vez me dijeron que parecían una pera podrida”... La mayoría de los hombres respetan sus genitales (siempre y cuando no tengan un complejo muy grande) y les tienen simpatía. Una mujer, cuando mira sus genitales o habla de ellos, suele poner mala cara. Y eso implica que haya diferencias a la hora de vivir la sexualidad cuando unos parten de la simpatía y otros parten de lo “asqueroso” (dicho por una paciente).
- Los hombres reciben mensajes directos sobre sexualidad y las mujeres reciben silencios o mensajes demasiado sutiles. Es *vox populi* que los niños se masturban e incluso parece inconcebible que alguno no lo hiciera. En cambio,

hasta hace muy poco, la masturbación femenina no pasaba ni desapercibida, se pensaba que no existía. Los chicos siempre han recibido mensajes muy directos sobre su sexualidad. Nunca se ha puesto en duda que la tuvieran. Y eso se ha hecho de dos modos:

- *Con mensajes censuradores.* Durante muchas generaciones se han extendido mensajes censuradores de la masturbación masculina; por ejemplo, se decía que si un hombre se masturbaba se podía quedar calvo, estéril, lleno de granos, con pelos en las manos, y un largo etcétera. Eso, evidentemente, no es positivo porque ha hecho sentir culpables a la mayoría de hombres que en algún momento han oído un mensaje de ese tipo.
- *Con mensajes alabando su hombría.* Normalizando la masturbación masculina desde hace cierto tiempo, dando por hecho que un hombre se masturba, incitando a que sea el hombre quien tome la iniciativa, valorando en positivo una vida sexual activa y cuantiosa. Y eso ha hecho que, socialmente, se dé por sentado que la sexualidad de un hombre forma parte de su vida con total normalidad. Y habitualmente lo que está mal visto es un hombre poco sexual, con poco deseo y poca iniciativa.

En cambio, la sexualidad femenina siempre ha pasado desapercibida, como si una mujer no sintiera deseo, no se excitara; por lo que la sexualidad femenina ha sido normalmente silenciada y, si en algún momento se ha mandado algún tipo de mensaje, ha sido muy sutil.

Una anécdota para ver cómo de sutiles podían ser los mensajes mandados a las mujeres: recuerdo una mujer (de unos 75 años) que me contó, al finalizar un taller sobre sexualidad femenina, que cuando era una niña estaba interna en una escuela de monjas y que, antes de apagar las luces para ir a dormir, una monja pasaba a comprobar que todas las niñas estaban en la cama y que todo estaba correcto. “Las manos sobre las sábanas o bajo el cojín”, les decía la monja a las niñas. Y la mujer me comentó que pensaba que si ponía las manos bajo la almohada soñaría con los angelitos... “De mayor me di cuenta de que si tenía las manos bajo la almohada no las podía tener en otro sitio...”. Sutilidad...

Entonces, cuando una niña no puede ni intuir ningún tipo de mensaje sobre su sexualidad, tiene menos factores a favor para despertar su curiosidad sexual que un niño que sí recibe algún tipo de mensaje directo y que, además, tiene más testosterona y está en contacto habitual con sus genitales.

Todos estos factores también pueden ayudar a diferenciar los referentes que elegirá un hombre o una mujer para aprender y construir la esfera de sus afectos y su sexualidad. Y es que si nos preguntamos de dónde aprenden hombres y mujeres cómo funciona el mundo de la sexualidad y la afectividad, seguramente eligen caminos muy distintos:

- El modelo pornográfico.
- El modelo romántico o mágico.

Seguro que, al leer esto, ya podemos adivinar de qué modelo suelen beber la mayoría de hombres y en qué modelo se identifican la mayoría de las mujeres.

Y estos dos aprendizajes pueden marcar, de manera muy importante, las expectativas que ambos tendrán dentro de la sexualidad en pareja.

El pornográfico es un modelo que invita a la genitalidad. Y este es el patrón que siguen muchos hombres, ya que desde siempre han sido ellos los grandes consumidores de pornografía. La mayoría de las prácticas sexuales que se ven dentro de este modelo pornográfico incluyen el pene o la vagina. Y eso lleva a crear una idea de sexualidad completamente distorsionada.

En consulta son muchos los hombres (y también algunas mujeres) que creen que la sexualidad es algo parecido a lo que ven a través de la pantalla en una película pornográfica:

- Máxima importancia de los genitales.
- La penetración como la práctica más placentera tanto para hombres como para mujeres.
- La erección como algo que se consigue al inicio de la relación y que puede durar mucho tiempo sin desfallecer, y es así como debe ser. Nunca se ven penes flácidos.
- La vagina como la zona de gran placer de la mujer.
- Cuerpos esculturales.
- Genitales masculinos de gran tamaño.
- Genitales femeninos con los labios menores que nunca sobresalen de los labios mayores.
- Gran flexibilidad para practicar muchas posturas sexuales distintas y de un grado de dificultad importante.
- El clítoris como un botón de placer que solamente se estimula de una manera en concreto (fuerte y rápido).
- Gemidos y gritos en el momento del orgasmo por parte de la mujer, etcétera.

Romper estas creencias forma parte del proceso terapéutico en una terapia sexual. Lo mismo sucede con el modelo de romanticismo y magia que encontramos en muchas comedias románticas y literatura erótica, cuyo público suele ser, mayoritariamente, mujeres. En este tipo de películas, a pesar de no tener contenido explícitamente erótico o sexual, se extienden creencias como:

- El amor como algo que puede con todo.
- Si una pareja se ama, el sexo funcionará perfectamente.
- Las primeras relaciones sexuales con una nueva pareja son perfectas.

- Quien te ama de verdad sabe lo que necesitas, en todos los sentidos, y en el terreno sexual también.
- Si no hay conexión sexual, si la pareja no acierta aquello que deseas, es que no hay amor.
- A pesar de no ver lo que sucede cuando una pareja se va a la cama, se intuye que tendrán relaciones sexuales con penetración, que ambos tendrán orgasmos y que estos serán simultáneos. Este es el esquema de la relación sexual perfecta.
- El deseo es algo mágico que aparece sin hacer nada, o se tiene o no se tiene; etcétera.

Este tipo de películas muestran, normalmente, etapas muy tempranas de la relación de pareja, y en esa etapa siempre suele haber más pasión, más actividad, más satisfacción, ya que, como hemos dicho, en la etapa del enamoramiento la dopamina se fabrica en exceso y altera nuestro deseo sexual.

Cuando ambos modelos se encuentran en la cama, chocan. Un hombre tenderá a buscar un estímulo más explícitamente sexual, en muchas ocasiones, y una mujer tenderá a entrar más en el juego de la sutilidad y la seducción. Es por ello por lo que desmitificar falsas creencias en torno a las más típicamente masculinas y femeninas forma parte del proceso para entender la sexualidad de manera más real y poder trabajar el protocolo de la disfunción sexual que tengamos delante con una base de trabajo real y no de creencias erróneas que entorpecerán el camino.

### **13.5. La pareja como un equipo que trabaja conjuntamente**

---

Para que una pareja pueda tener una sexualidad sana, debe tener una relación de pareja sana. Y en una sociedad donde la relación de pareja está equiparada a la renuncia, al sufrimiento y al sacrificio, es muy difícil mantener una relación de pareja que no sea tóxica. Walter Riso (2011) es un experto en relaciones tóxicas y en cómo conseguir un vínculo sano entre dos personas que se aman y quieren mantener su relación de pareja.

La pareja saludable debería visualizarse como un equipo que trabaja conjuntamente para tener el mejor resultado. Repito, juntos, no cada uno por su lado. Y esa visión también debe ampliarse a su sexualidad.

Existen ciertos factores que facilitan que una pareja sea un equipo sano que trabaja conjuntamente. Beck (1990) ya nos dice que el amor no es suficiente para que una relación pueda tener futuro y sea satisfactoria. Existen cuatro elementos que favorecen una buena relación de pareja:

1. *Amor*: diferenciando el proceso de la construcción del amor de lo que es el enamoramiento.
2. *Respeto*:
  - *Hacia uno mismo*: entendiendo que las propias opiniones tienen valor.

- *Hacia la pareja*: valorando lo que haga o crea, dándole importancia.
- *Reciprocidad*: que uno sienta respeto por sí mismo y por el otro, y viceversa.

3. *Valores o pilares vitales similares*: es decir, tener una ideología, ciertas aficiones, etcétera, que permitan tener un espacio en común.
4. *Proyecto de vida común*: tener una manera de vivir similar, unos objetivos vitales parecidos, etcétera. Si se tiene un proyecto conjunto similar con la pareja evitamos la confrontación que decíamos anteriormente con las parejas *mar y montaña*.

Y cuando tenemos a una pareja en consulta, es importante que ambos tengan motivación para trabajar.

Si nos encontramos con una pareja en la que los cuatro puntos anteriores se cumplen positivamente, y además tienen ganas de trabajar, la terapia será un proceso facilitador y con avances y cambios a buen ritmo.

Cuantas más dificultades tengamos con lo anteriormente descrito, más difícil será llevar el proceso terapéutico.



# Bibliografía

- BARBACH, L. (2002). *Los secretos del orgasmo femenino*. Barcelona: Ediciones Martínez Roca.
- BASSON, R. (2005). *Women's Sexual Dysfunction: Revised and Expanded Definitions*. CMA Media Inc.
- (2006). *Sexual Desire and Arousal Disorders in Women*. Massachusetts: Massachusetts Medical Society.
- BECK, A. T. (1990). *Con el amor no basta. Cómo superar malentendidos, resolver conflictos y enfrentarse a los problemas de la pareja*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- BECK, J. G. y BARLOW, D. H. (1986). The effects of anxiety and attentional focus on sexual responding: Physiological patterns in erectile dysfunction. *Behavior Research and Therapy*, 24(1): pp. 9-17.
- BLASCO, S. (1994). *Camino al orgasmo*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- CABELLO, F. (2010). *Manual de sexología y terapia sexual*. Madrid: Síntesis.
- CARROBLES, J. A. y SANZ YAGÜE, A. (1991). *Terapia sexual*. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.
- CRESPI, E. (2015). *Parlem de sexe a casa*. Vic: Eumo Editorial.
- FEIXAS, G. y BOTELLA, L. (2004). *Integración en psicoterapia: reflexiones y contribuciones desde la epistemología constructivista*. En H. FERNÁNDEZ-ÁLVAREZ y R. OPAZO (comps.), *La integración en psicoterapia*, pp. 33-68. Barcelona: Paidós Ibérica.
- GINDIN, L. R. y HUGUET, M. L. (1993). *Eyaculación precoz: un problema con solución y otros temas de la masculinidad*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- GRAY, J. (2003). *Los hombres son de Marte, las mujeres son de Venus*. Barcelona: DeBolsillo.
- GREEN, S. y FLEMONS, D. (comp.) (2009). *Manual de terapia sexual breve*. Barcelona: Paidós.
- HITE, S. (1976). *El informe Hite: Estudio de la sexualidad femenina*. Barcelona: Plaza & Janés.
- KAPLAN, H. (1974). *La nueva terapia sexual (1 y 2)*. Madrid: Alianza Editorial (reed. 2002).
- LEVINE, S. B. (1988). Intrapyschic and individual aspects of sexual desire. En S. L. Leiblum y R. C. Rosen (eds.), *Sexual Desire Disorder*. Nueva York: Guilford Press.
- (1992). *Sexual Live. A Clinician's Guide*. Nueva York: Plenum Press. LÓPEZ-IBOR, J. J. y VALDÉS MIYAR, M. (2002). *DSM-IV-TR. Brevario. Criterios diagnósticos*. Madrid: Masson.

- LUCAS MATHEU, M. y CABELLO SANTAMARÍA, F. (2007). *Introducción a la sexología clínica*. Madrid: Elsevier.
- MARTÍN, G. J. (2016). *Quiérete mucho, maricón*. Barcelona: Roca Editorial.
- MASTERS, W. H. y JOHNSON, V. E. (1966). *Respuesta sexual humana*. Buenos Aires: Intermédica.
- (1970). *Incompatibilidad sexual humana*. Buenos Aires: Intermédica.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD Y ASOCIACIÓN MUNDIAL DE LA SEXOLOGÍA (2000). *Promoción de la salud sexual: Recomendaciones para la acción*.
- REINISCH, J. M. (1991). *The Kinsey Institute: New Report on Sex*. Nueva York: St. Martin's.
- RISO, W. (2005). *Ama y no sufras. Cómo disfrutar plenamente de la vida en pareja*. Barcelona: Ediciones Granica.
- (2008). *¿Amar o depender? Cómo superar el apego afectivo y hacer del amor una experiencia plena y saludable*. Barcelona: Planeta.
- (2009). *Amores altamente peligrosos: los estilos afectivos de los cuales sería mejor no enamorarse. Cómo identificarlos y afrontarlos*. Barcelona: Planeta.
- (2009). *Los límites del amor: Cómo amar sin renunciar a ti mismo*. Barcelona: Planeta.
- (2011). *Manual para no morir de amor: diez principios de supervivencia afectiva*. Barcelona: Planeta.
- SINGER KAPLAN, H. (2009). *La nueva terapia sexual 2*. Madrid: Alianza Editorial.
- STERNBERG, R. J. (2000). *El triángulo del amor. Intimidad, pasión y compromiso*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- VILLEGAS BESORA, M. (1996). El análisis de la demanda. *Revista de Psicoterapia*, vol. VII: pp. 25-78.

# Índice

Anteportada	3
Portada	7
Página de derechos de autor	8
Índice	9
Introducción	14
Sexualidad y sexualidades	15
Disfunciones sexuales	16
No podemos olvidar	18
Parte I Sexualidad, sexualidades	19
1. El contexto profesional	21
1.1. El “para qué” de este libro	22
1.2. Cómo creamos nuestra sexualidad	22
1.3. Base psicoterapéutica del enfoque del libro	24
1.4. Conceptos básicos y herramientas de trabajo	25
1.5. Qué influye en nuestro concepto de sexualidad: de lo biológico a lo social	28
1.5.1. Genograma	29
1.5.2. Línea de la vida	30
1.6. Ciclo vital: la sexualidad a lo largo de nuestra vida	30
1.7. Orientaciones, sexualidad y pareja	31
2. Consideraciones previas al inicio de la terapia sexual	33
2.1. El paciente: el eje central del proceso terapéutico	34
2.2. Orientación teórica: el escenario que avala la terapia	35
2.3. La pareja: cómo optimizar la terapia sexual	36
2.3.1. La elección de la pareja	36
2.3.2. Del enamoramiento a la construcción del amor	37
2.3.3. La importancia de la sexualidad dentro de la relación de pareja	42
Parte II Disfunciones sexuales	46
3. Cuando el placer llega antes de lo deseado: la eyaculación precoz	48
3.1. ¿Cómo definimos la eyaculación precoz?	49
3.2. Factores predisponentes, factores precipitantes, factores de mantenimiento	50
3.3. Elementos para tener en cuenta para organizar la terapia	50
3.4. Caso clínico	53

4. Cuando el cuerpo no responde lo suficiente: disfunción eréctil	56
4.1. ¿Cuándo aparece y qué es la disfunción eréctil?	57
4.2. Factores predisponentes, factores precipitantes, factores de mantenimiento	57
4.3. La terapia: ¿Cómo se desarrolla?	59
4.4. Caso clínico	61
5. Cuando el placer no aparece: eyaculación retardada y anorgasmia	63
5.1. Anorgasmia femenina y anorgasmia masculina: ¿son lo mismo?	64
5.2. Factores predisponentes, factores precipitantes, factores de mantenimiento	65
5.3. ¿Cómo trabajamos terapéuticamente?	66
5.4. Casos clínicos	70
6. Cuando el cuerpo cierra sus puertas: Vaginismo	73
6.1. Vaginismo: ¿qué es y qué tipos existen?	74
6.2. Factores predisponentes, factores precipitantes, factores de mantenimiento	75
6.3. El enfoque terapéutico para el trabajo con el vaginismo	76
6.4. Casos clínicos	78
7. Cuando el dolor impide el placer: dispareunia	82
7.1. ¿A qué llamamos dispareunia?	83
7.2. Factores predisponentes, factores precipitantes, factores de mantenimiento	84
7.3. ¿Cómo enfocamos la terapia?	84
7.4. Casos clínicos	87
8. Cuando el miedo pone freno al sexo: aversión al sexo	90
8.1. La aversión: ¿qué es, cuándo y en quién se da?	91
8.2. Factores predisponentes, factores precipitantes, factores de mantenimiento	91
8.3. Terapia para la aversión al sexo	92
8.4. Caso clínico	96
9. Cuando el apetito se pierde o no aparece: deseo sexual hipoactivo	99
9.1. ¿Qué es y cuándo hay bajo deseo sexual?	100
9.2. Factores predisponentes, factores precipitantes, factores de mantenimiento	102
9.3. La terapia: la dificultad menos sexual de las disfunciones sexuales	104
9.4. Caso clínico	108
10. Otras situaciones y trastornos	110
10.1. Adicción al sexo	111
10.2. Parafilias	112
<b>Parte III No podemos olvidar...</b>	<b>115</b>
11. Juguetes sexuales y terapia	117

11.1. Juguetes y herramientas para la terapia	118
11.2. Juguetes que nos sirven para la terapia	118
11.2.1. Vibradores	118
11.2.2. Dildos	120
11.2.3. Lubricantes	120
11.2.4. Aceites	121
11.2.5. Masturbadores masculinos	121
11.3. Herramientas para la terapia	123
11.3.1. Dilatadores depírex	123
11.3.2. Bolas chinas	124
11.3.3. Dispositivos para ejercitar la musculatura del suelo pélvico	125
11.3.4. Espejo de mano	125
11.3.5. Bomba de vacío	126
11.3.6. Prótesis de pene	127
12. Ingredientes básicos para una terapia sexual	128
12.1. ¿Trabajamos a nivel individual o en pareja?	129
12.2. El “estado terapéutico”	131
13. Los elementos de una sexualidad sana	135
13.1. El podio de la felicidad personal	136
13.2. El triángulo del amor	138
13.3. Permisos y prohibiciones	139
13.4. Diferencias básicas entre hombres y mujeres	143
13.5. La pareja como un equipo que trabaja conjuntamente	147
<b>Bibliografía</b>	<b>149</b>