

LA TERAPIA SEXUAL

Hermínia Gomà Quintillà

Directora Institut de Sexologia de Barcelona

Comte d'Urgell, 83, pral. 2ª, 08011 - Barcelona

Sex therapy has developed through the ages from many different vantagepoints, which have included diverse psychological, biological and medical paradigms. It behooves us to at times to begin our clinical analysis of any given presenting sexual problem with a functional definition, since such problems can originate from a variety of personal, interpersonal and biological factors; our definition of the problem helps to subsequently determine the preferred line of intervention.

Key words: sex therapy, sexual disfunctions, interpersonal problems, social factors, couple therapy.

Desde los inicios de la terapia sexual hasta nuestros días se ha recorrido un largo camino. El desarrollo de la terapia sexual ha conocido diversas aproximaciones desde diferentes paradigmas psicológicos y desde múltiples abordajes biológicos y médicos. El desarrollo más importante en este campo de investigación lo llevaron a cabo Masters y Jhonson en los inicios de la década de los 70, a partir de su obra *Human Sexual Inadequacy*. Si bien es cierto que las investigaciones y estudios más recientes tienen una base científica más realista, podemos considerar que las aportaciones realizadas por Masters y Jhonson marcaron un nuevo rumbo en la manera de afrontar y tratar los problemas sexuales.

La terapia sexual puede resolver muchas de las problemáticas sexuales que se presentan en nuestras consultas. Pero, a pesar de que los avances en este campo son notorios, la sexualidad humana con su amplia complejidad, precisa aún, de un mayor conocimiento y profundización. Para poder hablar de terapia sexual en primer lugar consideraremos lo que entendemos por problema sexual. No siempre será fácil dilucidar si el problema es sexual. Las dificultades tienen diversos orígenes y provienen de ámbitos diferentes.

Cuando hablamos de problema sexual tenemos en cuenta una serie de características que habitualmente figuran en la **presentación del caso**:

- Sufrimiento personal: una de las características más evidentes en una conducta

problemática es el sufrimiento que conlleva a la persona que lo describe y que en muchas ocasiones siente la necesidad de pedir ayuda.

- Falta de adaptación al medio o entorno: las conductas sexuales consideradas como problemáticas, generalmente tienen consecuencias negativas cuando la persona intenta un ajuste armonioso con su entorno.
- Irracionalidad e incomprensión: pueden considerarse problemáticas aquellas conductas o ideas sexuales que la persona piensa que son peculiares, irracionales o inexplicables.
- Malestar de la pareja sexual: puede tratarse de un problema sexual cuando la ejecución o por el contrario la ausencia de ciertas conductas ocasiona malestar en la pareja.
- Violación de los códigos éticos: serán un problema aquellas conductas sexuales que ocasionen perjuicios morales o éticos a otras personas, tanto para la persona agresora como para su víctima.
- Pérdida de libertad: una determinada actividad sexual puede ser vivida como problemática cuando atenta la libertad de la persona. Prácticas que muchas personas pueden considerar normales, como por ejemplo las relaciones orales o el coito anal, pueden constituir un problema para una determinada persona que se vea o sienta obligada a realizar estas actividades sin desearlas.

Será considerado un *problema sexual* –desde una perspectiva personal o subjetiva– cualquier actividad sexual, dentro del amplio abanico potencial de conductas sexuales propias de la especie humana, toda actividad impuesta sobre una persona en contra de su voluntad o que le produzca insatisfacción o infelicidad.

En algunas ocasiones es difícil discernir si los problemas no sexuales de una persona o de una pareja son la causa de sus problemas sexuales o son éstos los que han generado los problemas no sexuales. No obstante, hay dos elementos básicos en los que centrarse: el efecto de los problemas sexuales en la relación en general y el sufrimiento que provocan.

Los problemas sexuales no constituyen necesariamente la causa de la insatisfacción de la relación de pareja, pero a menudo las parejas con problemas sexuales tienen una relación general insatisfactoria. Muchas veces el problema sexual es consecuencia directa de los problemas de pareja, la experiencia clínica nos confirma que los problemas sexuales acostumbran a ser causa de infelicidad en la relación de pareja.

Los problemas sexuales en personas que no tienen pareja puede dificultar y en última instancia impedir que establezcan una nueva relación, por un sentimiento de inadaptación o por miedo a la reacción de la otra persona cuando descubra el problema. Algunas personas con problemas sexuales son más propensas a sufrir una disminución en su autoestima, sufrimiento y más específicamente, síntomas de depresión y ansiedad.

Aún hoy seguimos sin disponer de un sistema de clasificación de los proble-

mas sexuales aceptado por la mayoría de los especialistas que trabajamos en este campo. Entre los principales sistemas clasificadores, centrados casi exclusivamente en los problemas sexuales, es necesario mencionar los propuestos por: Wolpe (1969), Masters y Johnson (1970, 1987), Kaplan (1974, 1977), Sharpe y col. (1976), LoPiccolo (1977), Carrobles (1981, 1985) y Schover y cols. (1982).

Estas clasificaciones utilizan, no solamente diferentes categorías que en ocasiones se sobrepone entre sí, sino que además, usan una diferente terminología que hace realmente difícil compararlas. En el momento de hacer el *diagnóstico* de un problema sexual hemos de acotar las dimensiones del mismo.

- Los problemas sexuales pueden ser primarios o secundarios en función de su duración temporal. Será un problema primario si se ha observado desde siempre, ya en la primera experiencia sexual o será secundario si se empezó a detectar a partir de un determinado momento, con una experiencia sexual previa como mínimo, sin la presencia del problema.
- Los problemas sexuales pueden tener una dimensión orgánica o funcional según las posibles causas de éste. Si el problema tiene un origen orgánico el tratamiento deberá de ser médico o físico. Si el problema deriva de una causa psicológica el tratamiento deberá de ser psicológico o funcional. En el caso de que el problema presente una combinación de ambas causas, el abordaje deberá ser interdisciplinario.
- Generalizados o situacionales según la dimensión a partir de la cual se observen. Consideraremos un problema como generalizado cuando se manifieste en todas las situaciones en las cuales el sujeto mantiene relaciones o realiza una actividad de carácter sexual. Será situacional si el problema tiene lugar solamente en determinadas situaciones, lugares, momentos, al hacer ciertas actividades, o cuando mantiene actividades con unas personas determinadas.
- Totales o parciales según el grado de afectación, severidad o extensión. Esta dimensión no es aplicable a todos los problemas, sino a aquellos casos en que el grado, el nivel, el tiempo y la cantidad sean factores a tener presentes.

Entre las *causas* psicológicas que pueden generar y mantener un problema sexual debemos considerar diversos factores, así, podemos encontrarnos con:

- una educación restrictiva
- relaciones familiares alteradas
- información sexual inadecuada
- primeras experiencias sexuales traumáticas
- inseguridad inicial en el papel sexual.

Entre los factores que predisponen a la emergencia de problemas sexuales se pueden incluir las experiencias sexuales realizadas o sufridas en edades demasiado tempranas en el desarrollo sexual de la persona que la hacen vulnerable y podrían conducir posteriormente a un problema sexual. Podríamos considerar que hay una serie de factores que precipitan la aparición de los problemas sexuales, son aquellos

sucesos o experiencias asociadas a la aparición inicial de un problema sexual:

- el nacimiento de un hijo
- la alteración general en la relación de pareja
- la infidelidad
- las expectativas poco o nada razonables
- un problema sexual en el compañero
- un fracaso fortuito previo
- la reacción a factores orgánicos
- la edad
- trastornos como la depresión y la ansiedad
- una experiencia sexual traumática.

También debemos tener en cuenta factores de mantenimiento como son:

- la ansiedad ante el rendimiento
- la anticipación del fracaso
- la culpabilidad
- la pérdida de atracción por la pareja
- una comunicación pobre entre la pareja
- miedo a la intimidad
- la alteración de la propia imagen
- los mitos sexuales
- un juego erótico restringido
- un trastorno psiquiátrico.

Los **factores de mantenimiento** nos explican porqué motivo el problema sigue existiendo a pesar de que se hayan intentado diferentes soluciones para resolver la situación. El clínico deberá averiguar cuales son estos factores, ya que el resultado de la terapia sexual dependerá mucho del acierto en las hipótesis que se hayan forjado. Es por este motivo que nos entretendremos comentando estos posibles factores de mantenimiento del problema sexual.

- Una educación represiva puede haber configurado una imagen negativa de la sexualidad. Pongamos por ejemplo el caso de la madre de una niña animándola a ver el sexo como una obligación penosa que se debe de cumplir para complacer a la pareja y obtener así los beneficios secundarios de la relación conyugal. La niña puede llegar a pensar, por influencia de su madre, que la relación sexual implica dolor o que no debe sentir deseo sexual cuando sea adulta.
- Unas relaciones familiares alteradas o deficientes más que un efecto directo sobre la sexualidad pueden provocar dificultades sexuales a través de los efectos en la autoestima o en la capacidad para desenvolverse en las relaciones íntimas.
- En algunos casos el inadecuado conocimiento sexual puede llevar a situaciones como el desconocimiento de la anatomía sexual (clítoris) por parte de la mujer o de su pareja que podría hacer que se etiquetara a la mujer como frígida o anorgásmica. Esta misma información sexual inadecuada puede contribuir a

desarrollar convicciones basadas en ciertos mitos sexuales (el sexo solamente es bueno si ambos llegan al orgasmo simultáneamente).

- Cuando el factor que está manteniendo el problema es un trauma sexual infantil no acostumbra a expresarse al inicio del tratamiento. Es muy doloroso para la persona que lo ha sufrido y dependerá en gran medida de la habilidad del clínico que este factor emerja en el transcurso de las sesiones clínicas. Hasta ahora, los estudios sobre el tema sugirieron que las dificultades sexuales posteriores son más frecuentes si la experiencia se asocia a amenazas o al uso de la fuerza. Si el trauma se produce en una edad adulta puede haber sentimientos de culpa, si se asocia a sentimientos negativos y más intensos o si es persistente.
- La inseguridad en el papel psicosexual al iniciar el desarrollo puede ser un factor que esté manteniendo un problema sexual. Un desarrollo rápido y precoz puede acomplejar, las actitudes familiares respecto al nacimiento de la pubertad pueden influenciar en el ajuste psicosexual (poca intimidad, reconocimiento, etc.)
- Parejas que han tenido buenas relaciones sexuales hasta el momento del nacimiento de un hijo pueden, después del parto empezar a presentar problemas sexuales. La depresión post-parto, el agotamiento, la ansiedad ante el cuidado del bebé, la cicatriz no curada de una episeptomia, sequedad vaginal post-parto (amamantamiento), pueden conducir a un evitamiento o disminución del interés. Parece que las dificultades aparecen mas frecuentemente con el nacimiento del segundo hijo. Otro motivo podría ser el saber que no hay posibilidades de un nuevo embarazo.
- Las desavenencias en la relación general son la causa más común de los trastornos sexuales, como factor precipitante o de mantenimiento. Se debe distinguir si los problemas sexuales son sintomáticos de otros problemas en la relación, pues hay algunas parejas que no lo pueden expresar o lo niegan.
- La infidelidad puede llevar a la pérdida de interés sexual y a una disfunción eréctil. La culpabilidad puede ocasionar problemas en el compañero infiel. A veces una persona reconoce problemas sexuales con su pareja después de una nueva experiencia sexual más satisfactoria.
- Las expectativas no razonables pueden ser uno de los factores de mantenimiento de un problema sexual. Por ejemplo, la publicidad respecto al orgasmo múltiple en la mujer, ocasionará sentimientos de anormalidad en algunas mujeres que tienen un único orgasmo en la relación. Otra expectativa no razonable será la aparente diferencia entre orgasmo clitoriano y vaginal que durante muchos años creó expectativas poco razonables sobre la respuesta sexual de las mujeres (desmentido por los estudios de Masters y Johnson).
- La disfunción orgásmica o la pérdida de interés sexual en la mujer se acostumbra a asociar a la eyaculación precoz o a la disfunción eréctil (puede darse en cualquier sentido). Debe establecerse qué disfunción apareció primero para darle prioridad en el tratamiento.

- El fracaso esporádico puede ser uno de los factores de precipitación y mantenimiento del problema sexual. Un hombre de mediana edad que ha aumentado su consumo de alcohol recientemente como respuesta a un estrés de trabajo, puede encontrarse en la situación de no ser capaz de hacer el coito con su mujer por falta de erección. Posteriormente puede sentirse tenso y obsesionarse en conseguir una erección y ante el miedo a un nuevo fracaso no podrá mantenerla. Puede establecerse así, un círculo vicioso de miedo al fracaso, ansiedad de ejecución y fracaso real, que acabará en una disfunción persistente de la erección.
- La reacción a factores orgánicos. Después de un ataque cardíaco algunas personas pueden tener miedo a que el coito precipite un nuevo ataque. Después de una mastectomía (1/3 de las mujeres) pueden presentar dificultades por un sentimiento de pérdida de atractivo sexual, por una depresión ante del sentimiento de mutilación o por el rechazo que puede sentir el compañero hacia ellas.
- El momento vital de una persona es otro factor. Pongamos algunos ejemplos:
 - A partir de la menopausia algunas mujeres, dado el menor grado de lubricación vaginal pueden desarrollar problemas sexuales.
 - Con la edad algunos hombres al necesitar más estimulación de la habitual para mantener la erección y eyacular, pueden llegar a tener una disfunción eréctil.
 - El sentimiento de pérdida de atractivo, por el paso de los años.
 - Las enfermedades que con más frecuencia producen disfunciones sexuales tienen mayor incidencia a medida que aumenta la edad.
 - La utilización de medicamentos que pueden afectar la función sexual también se incrementa en este período de la vida.
 - Mitos sexuales referidos a las personas mayores (el sexo es para los jóvenes, para personas atractivas, no tiene sentido sino es para procrear, con la edad se pierde el interés,...)
- Trastornos del estado de ánimo como los depresivos o de ansiedad son factores precipitantes sobretudo, en la pérdida de interés por el sexo. Podemos hallar que una falta de interés sexual encubre un estado de depresión o ansiedad que no están relacionadas con la vida sexual de la persona. En otros casos problemas sexuales no tratados en su momento pueden llegar a producir una depresión o un trastorno de ansiedad que dificultaran el abordaje de la terapia sexual si no son tratados paralelamente. En estos estados de ánimo hay una disminución del interés sexual, algunos hombres dicen que hay una disfunción eréctil y algunas mujeres hacen referencia a dificultades para conseguir el orgasmo. Deben tenerse en cuenta los efectos secundarios de los antidepresivos. Algunas mujeres manifiestan que mejoraron su respuesta sexual gracias al efecto beneficioso de éstos sobre su estado de ánimo.
- La manía puede provocar un aumento pronunciado en el interés sexual, que puede ocasionar desinhibición y promiscuidad. Parece ser que el carbonato de litio

- disminuye el interés sexual en algunas personas.
- La anorexia nerviosa comporta pérdida del interés sexual y disfunción orgásmica (relacionado con alteraciones en los niveles de hormonas sexuales).
 - El alcoholismo conlleva, a la larga, la reducción del interés sexual, disfunción eréctil, eyaculación retardada y eyaculación precoz.
 - Las experiencias sexuales traumáticas pueden ser factores precipitantes o de mantenimiento de ciertas problemáticas sexuales. Hay poca información al respecto, pero en el caso de violaciones algunas mujeres obtienen menos o con menor frecuencia satisfacción sexual y sufren problemas respecto al deseo. Puede generarse una aversión fóbica a la relación sexual, sobre todo en aquellas conductas que tuvieron lugar durante la violación.
 - También un embarazo no deseado puede provocar un rechazo de la actividad sexual o una pérdida del deseo.
 - Como ya hemos ido apuntando, la ansiedad ante el rendimiento sexual puede ser otro de los factores a tener en cuenta. Las preocupaciones obsesivas sobre el rendimiento sexual adecuado son una de las causas más comunes para la persistencia de las disfunciones sexuales. Hombres con disfunción eréctil o eyaculación precoz y mujeres con disfunción orgásmica pueden generar un nivel de ansiedad anticipatoria que les dificulte totalmente sus relaciones sexuales. Después de una frustración tras otra, la pareja espera normalmente el fracaso, ello lleva a la persistencia del problema o a suprimir toda actividad sexual.
 - El sentimiento de culpabilidad que tienen algunas personas producto de su educación sexual, sus creencias y actitudes puede mantener o generar una problemática sexual. El resultado de una larga inhibición respecto al sexo, motivada por una educación sexual infantil restrictiva dará lugar a percibir sus conductas sexuales como pecaminosas y culpabilizadoras. Hay casos en que uno de los miembros de la pareja puede obstaculizar la resolución del problema, por ejemplo, una mujer que mantiene relaciones sexuales sin deseo, para no sentirse culpable, puede a la larga sentir resentimiento contra su pareja y obstaculizar la recuperación normal del interés sexual.
 - La pérdida de la atracción entre la pareja, puede darse espontáneamente o asociada a otros factores sociales o emocionales, la edad, los cambios físicos (obesidad, poca higiene, mutilaciones por cirugía), la aparición de otras personas, o por el distanciamiento entre la pareja. Todo ello se refleja, a menudo, en una disfunción sexual cuando la persona no puede o no quiere decir a su pareja cual es el motivo de su nuevo comportamiento sexual.
 - Evidentemente, una deficiente comunicación entre la pareja comportará cambios en su vida sexual, a menudo provocados por malentendidos o por la imposibilidad de expresar lo que desean. Hay parejas que nunca han hablado de los aspectos sexuales de su relación. Las dificultades de comunicación deben afrontarse al iniciar la terapia sexual.

- Las relaciones sexuales entre las personas son una vía de comunicación a través de los sentidos y también generadores de vínculos emocionales intensos. Estos vínculos con el tiempo generarán intimidad. Hallamos personas que no pueden experimentar la intimidad, tienen miedo a perder su libertad, a su vulnerabilidad, a crearse expectativas inalcanzables. Es el caso de una persona adulta con problemas para establecer relaciones íntimas, es probable que tenga una sucesión de relaciones que consigan el mismo nivel de confianza y proximidad y que, llegados a este punto, destruya la relación por miedo a un mayor compromiso. Uno de los miembros puede tratar de acabar cuanto antes el acto sexual, por miedo a la proximidad causada por las caricias y la excitación mutua. En las parejas estables se pone a menudo de manifiesto cuando se solicita que hagan los ejercicios de localización sensorial.
- Los trastornos de la propia imagen cada vez son más frecuentes como factores precipitantes o de mantenimiento de los problemas sexuales. El sentimiento de masculinidad de un hombre puede quedar debilitado por una disfunción eréctil. La compañera de un hombre con disfunción eréctil puede considerar que es poco atractiva. Un hombre que cree que su pene no tiene la medida apropiada. Una mujer que no puede hacer ciertas actividades para evitar que su pareja le vea la celulitis. La percepción de la propia imagen juega un papel importante en la manera de vivir la sexualidad con naturalidad, espontaneidad y tranquilidad.

Los mitos, las *creencias erróneas* son factores que mantienen ciertas problemáticas sexuales. Entre los *mitos sexuales* más frecuentes pueden considerarse:

- El hombre siempre desea y está dispuesto para la actividad sexual.
- El sexo debe partir de la iniciativa del hombre, cualquier mujer que lleve la iniciativa en el sexo es inmoral.
- Sexo es igual a coito: cualquier otra cosa no es válida.
- Cuando un hombre tiene una erección es perjudicial para él no utilizarla para tener un orgasmo lo antes posible.
- El sexo ha de ser siempre natural y espontáneo: pensar o hablar de ello lo estropea.
- Todos los contactos físicos deben terminar en coito.
- El hombre no debe expresar sus sentimientos.
- Cualquier hombre debe saber cómo satisfacer a una mujer.
- El sexo solamente es bueno si ambos llegan al orgasmo simultáneamente.
- Si dos personas se aman han de saber como disfrutar juntas del sexo.
- En la relación sexual, cada uno conoce instintivamente lo que su pareja piensa o desea.
- La masturbación es mala o perjudicial.
- La pérdida de erección en el hombre supone la del atractivo en la mujer.
- Es un error tener fantasías durante el coito.
- Un hombre no puede decir “no” al sexo.
- Una mujer no puede decir “no” al sexo.

- Existen ciertas reglas absolutas y universales respecto a lo que es normal y lo que no lo es en el sexo.

Todos estos mitos pueden generar angustia, expectativas irreales y a la larga problemas sexuales.

- El juego erótico restringido, por desconocimiento o por miedo, habitualmente comporta la aparición o el mantenimiento de problemas sexuales. Un hombre con eyaculación precoz puede evitar el juego erótico previo por miedo a sentirse más excitado y eyacular más rápidamente. Habitualmente esto conduce a un placer mínimo o nulo para el hombre y su pareja, lo que añade una mayor tensión en la relación sexual y agrava el problema.

Entre las *causas físicas* que pueden provocar o mantener una disfunción sexual es preciso considerar:

- La situación física o su tratamiento puede interferir directamente en los mecanismos fisiológicos y anatómicos implicados en el interés sexual, la excitación o el orgasmo (ejemplo: tumores hipofisarios, diabetes, cirugía rectal).
- Una reacción psicológica a la enfermedad o a su tratamiento (ejemplo: infarto, mastectomía).
- Una combinación de factores físicos y psicológicos (ejemplo: una reacción adversa a una alteración leve de la capacidad de erección causada por una neuropatía periférica en un diabético).
- La enfermedad o la cirugía pueden poner de manifiesto un problema sexual previo (ejemplo: algunos estudios han demostrado que personas que habían sufrido un ataque cardíaco experimentaban más dificultades sexuales antes de los ataques que los grupos de control que no los habían tenido).

Las disfunciones sexuales secundarias a problemas psicológicos se pueden presentar bajo la apariencia de dolencias físicas (ejemplo: una mujer que no se siente satisfecha con ningún método anticonceptivo que se le recomiende).

La *evaluación de problemas sexuales* no es diferente, en términos generales, a la de otros tipos de problemas conductuales o psicológicos:

- Delimitar y definir operativamente la conducta problema.
- La evaluación mediante los instrumentos correspondientes.
- Formulación de hipótesis explicativas del problema
- Selección de las conductas claves a modificar
- Desarrollo del plan de intervención terapéutica.

El proceso de evaluación es paralelo al tratamiento, con el objetivo de verificar si se van cumpliendo los objetivos propuestos o si es necesario replantear el proceso en alguna de sus fases.

En la primera entrevista para la evaluación de los problemas sexuales hemos de valorar dos objetivos básicos: determinar si el problema es susceptible y adecuado para aplicar una terapia sexual u otro tipo de terapia y comprobar si se dan los requisitos básicos para llevar a término la terapia sexual

Para conseguir estos objetivos se deben recoger los datos relativos a:

- Tipo y naturaleza del problema sexual presentado por el sujeto o la pareja y que es el motivo de consulta.
- La posible presencia de patología orgánica que pueda tener algún efecto sobre la conducta sexual de los sujetos (disfunción eréctil, dispareunia).
- El posible grado de psicopatología relacionada con el problema sexual, para poder establecer la posible relación causa-efecto y concretar las prioridades terapéuticas.
- El tipo y nivel de relación interpersonal que mantienen los miembros de la pareja, para poder descartar la posible existencia de problemas de pareja más generales (generalmente se acostumbran a tratar juntos).
- El nivel de motivación y compromiso para participar en un programa de tratamiento por parte de los dos miembros de la pareja. Ha de quedar muy claro los motivos por los cuales cada miembro va a terapia y evaluar el grado de cooperación y compromiso de cada uno en el plan terapéutico.
- La posible existencia de estilos de vida inadecuados por parte de algún miembro de la pareja que pudiesen dificultar el curso de la terapia.

Como en cualquier tipo de terapia es preciso crear entre el profesional y los pacientes un clima adecuado de aceptación y confianza para poder hablar de sus problemas. La sesión de entrevista realmente es la primera sesión terapéutica.

Al hacer la entrevista para la evaluación de los problemas sexuales es preciso tener en cuenta la naturaleza del problema sexual y adecuación del mismo para una terapia sexual, es decir, el tipo y naturaleza del problema sexual presentado por la pareja o el sujeto, la existencia o no de patología o causas orgánicas, la posible existencia de patologías psicológicas relacionadas con el problema sexual y los posibles problemas de pareja o de relación interpersonal.

También es preciso tener en cuenta las condiciones y requisitos para llevar a término la terapia sexual, es decir, el nivel de motivación de los individuos respecto al cambio, el grado de cooperación y compromiso esperado durante la posible terapia por parte de la pareja o el sujeto, los posibles estilos de vida inadecuados y la adecuación y grado de relación establecida durante la entrevista entre el terapeuta y los clientes.

El objetivo básico en el momento de realizar la historia sexual del sujeto ha de ser un análisis funcional de la conducta y los problemas sexuales presentados actualmente por la pareja y la historia sobre la evolución del problema que permita reconstruir la adquisición y desarrollo de las creencias, actitudes, conductas y su relación con el problema.

Estos datos permiten formular las hipótesis explicativas correspondientes que, en su momento nos permitirán extraer las conductas claves a modificar, con las cuales diseñar el plan de intervención más adecuado al caso.

Para conocer la historia del problema deberíamos saber cuál era el ambiente

familiar, la formación religiosa, las actitudes de los padres y otros adultos significativos respecto al sexo y las experiencias sexuales durante la etapa infantil. De la etapa adolescente, la educación y información sexual que hayan tenido y sus primeras experiencias sexuales: sueños, fantasías, erección, menstruación, eyaculación, masturbación, orgasmo, experiencias sexuales con el mismo sexo y con el otro, primera experiencia de coito, otras experiencias sexuales...

De su relación con la pareja actual, las primeras experiencias y las últimas, las actitudes y creencias actuales respecto al sexo, su conducta sexual actual: las actividades sexuales diferentes al coito, posibles relaciones fuera de la pareja, comunicación entre la pareja, relación de pareja y estilo de vida.

Cuando la persona o la pareja plantean el problema o la dificultad, el profesional recogerá la descripción del problema, la aparición y curso del problema, la autoexplicación sobre el origen y mantenimiento del problema y los intentos de solución del problema que ya han intentado. También establecerá cuales son las expectativas y metas en relación con los resultados de la terapia y la motivación respecto al cambio o la terapia.

Los *objetivos básicos* en el proceso terapéutico estarán en función de las diferentes fases de la terapia.

- En la etapa inicial es preciso establecer la relación terapéutica y asegurar la motivación.
- En la etapa donde se establece el acuerdo para el cambio se deberá motivar al sujeto hacia el cambio, incitarle a cambiar su estado actual y reducir la desmoralización que ello puede producir.
- En la etapa donde se analiza la conducta problema, el profesional hará la redefinición del mismo, identificará las relaciones funcionales actuales y motivará para conseguir cambios específicos.
- En la etapa donde se negocia el plan de actuación o tratamiento, es preciso llegar a un acuerdo respecto a las áreas a cambiar, establecer prioridades de cambio para iniciar el tratamiento y conseguir la aceptación de responsabilidad por parte de los clientes.
- Cuando el tratamiento se esté llevando a cabo es preciso seguir manteniendo la motivación para poder desarrollar el programa terapéutico, evaluar los efectos parciales y colaterales del cambio analizar y potenciar la motivación para seguir el tratamiento.
- En la etapa de evaluación del progreso terapéutico se deberá valorar el cambio conseguido, evaluar el uso que la persona hace de las habilidades aprendidas, introducir nuevos objetivos y motivar para finalizar el tratamiento.
- En la etapa final del tratamiento, evaluar y potenciar las habilidades de auto control para afrontar futuras situaciones problema y espaciar las sesiones y los contactos con la persona.

En el tratamiento de los problemas sexuales deben tenerse presentes aspectos

relacionados con la realidad del sujeto, como son la educación sexual y la negación o falta de permiso para practicar o dejar de practicar ciertas actividades sexuales.

Muchas de las consultas que llegan en forma de problema para la persona o la pareja están ligadas a su grado de información o desconocimiento sexual. En estos casos deberán adquirir un nivel adecuado y suficiente de información sexual que los permita desarrollarse de una manera libre y apropiada en el ámbito sexual y superar las posibles limitaciones. Este tipo de intervención sirve no solamente para resolver los problemas actuales existentes sino también para prevenir que se produzcan de nuevos.

Otra de las intervenciones terapéuticas en el ámbito de la sexualidad consiste en desculpabilizar. Lo que algunas personas con problemas sexuales necesitan es simplemente tener permiso para realizar las actividades sexuales que realizan y que son un problema en la medida en que el sujeto las vive como tal, por prejuicios o actitudes negativas adquiridas.

En otras situaciones clínicas además se deberán hacer ciertas indicaciones específicas, es decir, facilitar a las persona instrucciones o indicaciones referentes a conductas o actividades sexuales que pueden realizar para conseguir superar los problemas sexuales. Por ejemplo sugerir un plan gradual de tareas o actividades sexuales en orden creciente de dificultad o de acercamiento a las situaciones sexuales más temidas, para reducir o superar la ansiedad y para facilitar el aprendizaje de una nueva relación sexual más satisfactoria.

La intervención terapéutica centrada en la terapia de problemas más complejos y no exclusivamente sexuales, en cuanto a su naturaleza, tiene una condición mixta psico-sexual, aunque el motivo de consulta sea un problema sexual. En estos casos se puede tratar de miedo a la intimidad, rivalidad entre los miembros de la pareja, relaciones dificultosas entre la pareja, fijaciones infantiles, depresión, alcoholismo, ansiedad, diabetes, etc.

Para llevar a término una terapia en el ámbito de los problemas sexuales es fundamental que el profesional tenga presentes una serie de *condiciones previas* para poder realizar una mejor intervención terapéutica.

- *Reetiquetar*: cambio de nombre o de etiqueta que normalmente es preciso sugerir a los pacientes con problemas sexuales. Por ejemplo, “mi mujer es una frígida”, atribuyéndole la culpa del problema. Se trata de describir a la mujer como “estando afectada de un problema funcional o de respuesta sexual a nivel de excitación o de orgasmo, disfunción a la cual él no es ajeno, incluso como causante del mismo”.
- *Explicación*: la explicación mantenida por la persona o la pareja sobre el problema. Se debe conseguir que la persona dé una explicación adecuada y razonada sobre el problema, tanto desde el punto de vista de su génesis como de su mantenimiento.
- *Responsabilidad sobre el problema y su solución*: tiene el objetivo de que las

personas asuman estos problemas como propios y se responsabilicen tanto de los mismos como de su posible solución. Es el caso de padres que vienen a consulta para ver si hay una “píldora” capaz de hacer que su hijo deje de ser homosexual.

La intervención terapéutica puede ser necesaria a diferentes niveles:

- El primer nivel de intervención es el que precisa solamente una mejora o ampliación de la información y educación sexual, o un cambio de actitudes negativas o la mejora de la comunicación y la relación entre la pareja a nivel personal y a nivel sexual.
- El segundo nivel de intervención se realizará en las situaciones que requieran reducir y eliminar la ansiedad ante la relación sexual o una terapia sexual: indicaciones o técnicas que serán específicas según el problema diagnosticado.
- El tercer nivel de intervención llegará en los casos donde sea necesaria una terapia intensiva psico-sexual, con problemas de identidad, orientación, roles, intimidad, rivalidad, etc. o el tratamiento de otros problemas psicológicos o orgánicos asociados.

Entre los *programas y técnicas específicas* más utilizadas en terapia sexual están el *programa de auto-estimulación o masturbación dirigida* combinada con el *entreno muscular vaginal*, desarrollado por Arnold Kegel en el año 1952 y el *programa de actividades sexuales graduadas* de Masters y Johnson. El principal elemento terapéutico del Programa de Masters y Johnson es el denominado por ellos mismos *Focalización Sensorial*.

La persona o la pareja que solicita una entrevista para solucionar sus problemas sexuales son visitados en consulta con una cierta periodicidad, dejando el tiempo suficiente para poder llevar a término los ejercicios pactados entre el terapeuta y los pacientes.

Las primeras sesiones se dedicarán a definir el problema, determinar los objetivos y facilitar las indicaciones específicas necesarias o las técnicas terapéuticas que ellos mismos deberán realizar en su casa, hasta la próxima sesión terapéutica.

En terapia sexual las tareas que se han de realizar en casa tienen un papel vital y han de cubrir ciertos objetivos. Ofrecer a la pareja un enfoque estructurado para reconstruir su relación sexual (paso a paso), ayudar a identificar los factores que han facilitado la aparición y que mantienen sus dificultades sexuales (compartir la explicación), trabajar con la pareja en la aplicación de técnicas concretas.

El profesional deberá tener presentes unos principios básicos para que las personas puedan llevar a la práctica las tareas acordadas:

- Explicar concretamente y con claridad las instrucciones.
- Anticipar dificultades.
- Obtener información de cómo y qué han hecho, avances y dificultades.
- Actuar de una manera positiva ante las dificultades.
- Avanzar cada paso habiendo superado el anterior.

- No crear incertidumbre en algunos momentos de la terapia.
- Hacer predicciones de lo que puede pasar entre las sesiones.
- Dedicar alguna sesión a revisar y evaluar los avances conseguidos.
- La relación terapéutica es fundamental para llegar a la solución del problema sexual. El profesional ha de tener presente que la sexualidad de cada persona, sus vivencias, anhelos, miedos, fantasías forman parte de su historia más íntima e incluso la más recóndita. Por esta razón, es preciso que comprenda las dificultades sexuales desde el punto de vista de la persona que está en terapia, que se muestre receptivo e implicado en el problema, que cree una sensación de veracidad, de confianza, que muestre respeto, reconocimiento de que el problema es especial para a ellos, que dé ánimos y apoyo.

Las dificultades más frecuentes en terapia sexual podemos agruparlas según las diferentes etapas del proceso terapéutico.

- Las dificultades más habituales al iniciar la terapia son que la persona o la pareja fallan al llevar a término las tareas o no las realizan, la aparición de conductas que dificultan la realización de las tareas, la expresión de un cierto pesimismo y desprecio respecto a las tareas, la pareja rompe la prohibición de coito cuando está establecido o acude a terapia solamente uno de los miembros de la pareja.
- Las dificultades más habituales a mitad del tratamiento pueden ser que las personas dejan de realizar las tareas que venían haciendo o abandonan las sesiones cuando estaban resultando agradables o positivas.
- La dificultad en los momentos finales de la terapia sexual acostumbra a ser el miedo a volver a fallar una vez finalizada la terapia o que el otro miembro de la pareja una vez abandone la terapia vuelva a las actitudes o conductas anteriores al proceso terapéutico.

Las estrategias que el profesional puede utilizar ante estas situaciones difíciles pueden ser:

- identificar la posible presencia de pensamientos y actitudes negativas,
- interpretar o explicar los problemas que afecten a la pareja,
- identificar los beneficios positivos aportados por las tareas realizadas,
- atribuir una intención positiva a cualquier de las conductas que se están trabajando,
- reetiquetar en términos positivos,
- tranquilizar a la pareja respecto a su comportamiento sexual,
- dar permiso,
- tratar a los miembros de la pareja por separado,
- plantear la discrepancia entre los objetivos y lo que están haciendo realmente.

El desarrollo de la terapia sexual ha conocido diversas aproximaciones desde diferentes paradigmas psicológicos y desde múltiples abordajes biológicos y médicos. En este trabajo se parte de una definición funcional de problema sexual, dado que éstos pueden tener diversos orígenes y provenir de ámbitos diferentes, tanto biológicos, como personales y relacionales, a fin de delimitar mejor las estrategias de intervención.

Palabras clave: terapia sexual, trastornos sexuales, problemas interpersonales, factores sociales, terapia de pareja.

Referencias bibliográficas:

- CARROBLES, J. A. (1981). Evaluación de las disfunciones sexuales. En R. Fernández-Ballesteros & J.A.I. Carrobles (Dir.), *Evaluación conductual. Metodología y aplicaciones*. Madrid: Pirámide.
- CARROBLES, J. A., & Sanz, A. (1991). *Terapia Sexual*. Universidad Nacional de Educación a Distancia: Fundación Universidad Empresa.
- KAPLAN, H. (1978). *Manual ilustrado de terapia sexual*. Barcelona: Grijalbo.
- KAPLAN, H. (1982). *La nueva terapia sexual*. Madrid: Alianza.
- KAPLAN, H. (1985). *Trastornos del deseo sexual*. Barcelona: Grijalbo.
- KAPLAN, H. (1985). *La evaluación de los trastornos sexuales*. Barcelona: Grijalbo.
- KAPLAN, H. (1988). *Disfunciones sexuales: Diagnóstico y tratamiento de las aversiones, fobias y angustia sexual*. Barcelona: Grijalbo.
- KEGEL, A. H. (1952). Sexual Functions of the pubococcygeus muscle. *Western Journal Surgery*.
- LoPICCOLO, J. (1977). Direct treatment of sexual dysfunction in the couple. In J. Money & H. Musaph (Eds.), *Handbook of sexology*. New York: Elsevier North Holland.
- MASTERS, W., & JOHNSON, V. (1970). *Human Sexual Inadequacy*. Boston: Little Brown & Co.
- MASTERS, W., JOHNSON, V., & KOLODNY, C. (1987). *La sexualidad humana*. Barcelona: Grijalbo.
- SCHOVER, L., FRIEDMAN, J., WEILER, S., HEIMAN, J., & LoPICCOLO, J. (1982). Multiaxial problem-oriented system for sexual dysfunctions. *Archives of General Psychiatry*.
- SHARPE, L., & Cols. (1976). A preliminary classification of human functional sexual disorders. *Journal of sex and Marital Therapy*, 2 (2), 106-114.
- WOLPE, J. (1969). *La práctica de la terapia de conducta*. México: Trillas.