

Las disciplinas orientales como herramienta para la terapia sexual.

The eastern disciplines as a tool for sex therapy.

Virginia Montañés Sánchez

Lda. en CC. de la Información, Universidad Complutense de Madrid y DEA en Antropología Social, Universidad Autónoma de Madrid.

Resumen: Una de las principales críticas que se hace a la terapia sexual convencional es su enfoque en el rendimiento fisiológico, dejando de lado los factores psicológicos, emocionales y sociales que pueden estar relacionados con los malestares sexuales. Algunas investigaciones y encuestas consultadas demuestran que el modelo de respuesta sexual que se inicia con el deseo y finaliza con el coito no encaja en los patrones actuales de sexualidad, quedando el deseo sexual muy por debajo de otros motivos para tener relaciones sexuales. De hecho, una de las principales causas por las que las mujeres acuden a consulta es la ausencia de deseo sexual. Algunas investigaciones han acudido a disciplinas más holísticas para tratar este tipo de problemas. Los estudios sobre tratamientos basados en el yoga, en la atención plena, en la meditación terapéutica o en la acupuntura han dado resultados positivos demostrando que podrían constituir herramientas capaces de mejorar la vida sexual de las personas sin los efectos secundarios de los tratamientos farmacológicos.

Palabras clave: sexualidad, meditación, atención plena, terapia sexual, disfunciones, malestar sexual, yoga, disciplinas orientales.

Abstract: One of the main criticisms made to conventional sex therapy is the focus on the physiological performance, rather than on the psychological, emotional and social factors that may be related to sexual distress. Some researches and surveys consulted show that the model of sexual response that begins with the desire and ends with intercourse does not fit into current patterns of sexuality, sexual desire being well below other reasons to have sex. In fact, one of the main reasons why women seek professional care is the lack of sexual desire. Some researchers have turned to more holistic disciplines to address such problems. Studies based on yoga, mindfulness, therapeutic meditation or acupuncture treatments have yielded positive results showing that they could become tools to improve human sexual life without the side effects of drug treatments.

Key words: sexuality, meditation, mindfulness, sex therapy, dysfunction, sexual distress, yoga, oriental disciplines.



Introducción

En su décima versión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10),¹ La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha tipificado los males sexuales como disfunciones sexuales dentro del apartado de trastornos mentales y del comportamiento. Entre ellos se encuentra la ausencia o pérdida del deseo sexual, el rechazo sexual y falta de placer sexual, fracaso de la respuesta genital, disfunción orgásmica, eyaculación precoz, vaginismo no orgánico, dispareunia no orgánica, impulso sexual excesivo y otras disfunciones sexuales. También tipifica como trastornos de la personalidad y del comportamiento adulto los denominados trastornos de la identidad sexual (transexualidad, travestismo no fetichista, trastorno de la identidad sexual en la niñez y otros) y trastornos de la inclinación sexual (fetichismo, travestismo fetichista, exhibicionismo, escoptofilia -voyeurismo-, pedofilia, sadomasoquismo, trastornos múltiples de la inclinación sexual y otros). Como trastornos psicológicos y del comportamiento del desarrollo y orientación sexuales se encuentran el trastorno de la maduración sexual, la orientación sexual ego-distónica, trastorno de la relación sexual y otros. El CIE-10 se utiliza a nivel internacional para clasificar y codificar las enfermedades de manera que se facilite su comparación a efectos de recolección, procesamiento, clasificación y presentación de estadísticas. Es decir, lo que se considera trastorno o disfunción en el CIE es considerado como tal en casi todo el mundo.

La Asociación Americana de Psiquiatría, por su parte, también ha tipificado en su Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV, siglas en inglés)² los trastornos sexuales y de la identidad sexual en tres categorías: Trastornos o disfunciones sexuales (trastornos del deseo sexual, de la excitación sexual, trastornos orgásmicos, trastornos sexuales por dolor, por enfermedades médicas u otros); parafilias (exhibicionismo, fetichismo, frotismo, pedofilia, masoquismo sexual, sadismo sexual, fetichismo transvestista, voyeurismo, parafilia no especificada); y trastornos de la identidad sexual (denominados

disforia de género, definido por la CIE-10 como transexualismo). En mayo de 2013 se publicó la V edición del Manual, en la que se eliminaron, entre otros cambios, el trastorno hipersexual, el trastorno por aversión al sexo y algunos subtipos del trastorno de identidad de género basados en la orientación sexual, como la transexualidad (1).

Michel Foucault describe en *Historia de la sexualidad* cómo a partir del siglo XIX se desarrolló una creciente preocupación por los estudios científicos sobre la sexualidad, lo que derivó en la construcción de la sexualidad como objeto de la ciencia (2). Con el paso del tiempo, esta ciencia sexual se ha ido conformando en relaciones de poder, produciendo, mediante técnicas establecidas, discursos “verdaderos” sobre el sexo, avalados por la institución médica y presentados en un lenguaje biomédico que no tiene en cuenta contextos sociales, relacionales y psicológicos. Así, se han definido como normales prácticas sexuales basadas en esquemas únicos, genitalizados y homogéneos, universalizando un modelo de sexualidad basado en criterios androcéntricos, mientras que se ha tipificado como disfunción todo malestar que se desvíe de dichos patrones (3, 4 y 5), perpetuando lo que denominamos heteropatriarcado.

Las principales críticas a la sexología actual se refieren a la existencia de una medicalización de la terapia sexual con la consiguiente dependencia en la intervención farmacológica (3). Para algunas autoras, la sexología actual se centra en las funciones y disfunciones sexuales en lugar de abordar los aspectos subjetivos de la sexualidad (6, 7 y 8). Al parecer el enfoque psico-médico para el tratamiento de problemas sexuales tiene una historia relativamente corta: en la década de 1980 se produjo un cambio de paradigma por el cual los tratamientos humanísticos y conductuales cayeron en desgracia. En esa fecha, el tratamiento de problemas sexuales comenzó a entrar en el dominio de la medicina. Entre las causas que Lori Brotto et al. (8) mencionan se encuentra el interés de los urólogos en las bases biológicas de las dificultades sexuales y en los beneficios de las intervenciones médicas para curar disfunciones eréctiles. Otras autoras mencionan el papel de las empresas farmacéuticas y la forma de financiación de la investigación sobre sexualidad como causantes de la hegemonía del enfoque biomédico en la terapia sexual (3, 9).

¹ La lista completa se puede consultar en: <http://www.cie10.org> y http://personal.telefonica.terra.es/web/psico/cie_10/cie10.html

² La lista completa se puede consultar en: <http://personal.telefonica.terra.es/web/psico/dsmiv/dsmiv.html>

Sin embargo, no parece que las terapias basadas en tratamientos farmacológicos estén teniendo buenos resultados en algunos casos. Un ejemplo de ello es que, tras el aparente éxito de los agentes farmacéuticos orales para dificultades sexuales de los hombres existe, al menos, un tercio de hombres que no repite tratamiento con estos medicamentos (8). Además, su éxito puede ir acompañado de un aumento de la insatisfacción de las parejas femeninas que se habrían acostumbrado a un repertorio sexual no tan centrado en el coito. Por otra parte, tampoco parece haber pruebas que demuestren la eficacia de los productos farmacéuticos destinados a mujeres con problemas sexuales (8, 10).

Materiales y métodos

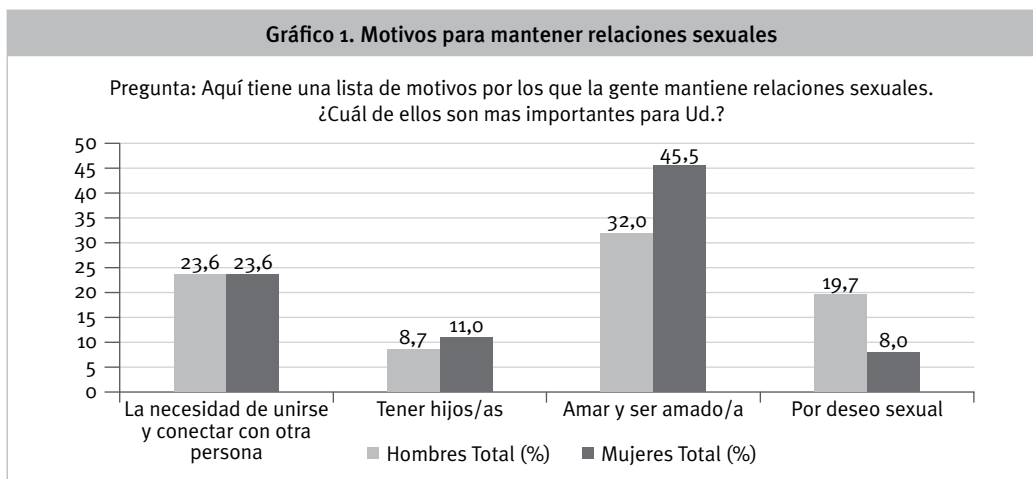
Este texto está basado en una revisión parcial de la literatura existente sobre el tema, tanto empírica como teórica. Se realizó una búsqueda bibliográfica en bases de datos y revistas científicas, así como en diversos sitios web de internet. Los descriptores utilizados fueron: salud y sexualidad, medicalización sexualidad, orgasmo y salud. Las bases de datos consultadas fueron: Ebsco, Proquest, Medplus, Internet Archive. También se consultó el catálogo de la biblioteca de la Universidad de Granada, revistas y webs especializadas (*Journal of Sex and Marital Therapy*, *Radical Statistics*) y buscadores de internet (google, duckduckgo) y el archivo personal de la autora. La lectura de la primera selección de textos

dio lugar a una segunda búsqueda de textos más específicos extraídos de la bibliografía citada.

Resultados

Una encuesta realizada por La Maleta Roja en España en 2010 reveló que el 76% de las personas encuestadas había llegado a practicar sexo con su pareja solo por complacerla (11). Unos años antes, en 2005, una investigación internacional liderada por Rosemary Basson (10) había demostrado que el modelo lineal de la respuesta sexual humana desarrollado por William Master y Virginia Johnson (13), deseo-excitación (con un marcado foco genital)-orgasmo-resolución, ha dejado de ser válido. Según esta investigación, las mujeres, especialmente las que tienen relaciones de larga duración, inician y/o aceptan sexo por diferentes razones, entre las cuales se encuentran: aumentar la cercanía emocional con la pareja, aumentar el bienestar de las propias mujeres, sentirse más atractiva, más atraídas por la pareja, concebir y, sólo a veces, para satisfacer su propio deseo o necesidad sexual. Como puede verse en el gráfico 1, los resultados de la Encuesta Nacional de Salud Sexual realizada en 2009 en España avalan estos datos, siendo el deseo sexual el cuarto motivo por el que tener relaciones sexuales para las mujeres, (después de “amar y ser amada”, “necesidad de unirse y conectar con otra persona” y “tener hijos”, en ese orden), y el tercero para los hombres, (por delante de “tener hijos”).

Gráfico 1. Motivos para mantener relaciones sexuales



Fuente: Encuesta Nacional de Salud Sexual 2009. Ministerio de Sanidad y Política Social.

Como hemos visto en la introducción, la disfunción sexual femenina (DSF) se utiliza como un término genérico que incluye trastornos relacionados con el deseo sexual, la excitación, el orgasmo y el dolor sexual. La disfunción o trastorno orgásmico femenino y la falta de deseo sexual se encuentran entre los problemas más recurrentes en las consultas (14, 15). Aunque escaseen los datos objetivos, estos problemas parecen estar más asociados con problemas psicológicos, emocionales y sociales que con factores fisiológicos. De hecho, el mismo comportamiento sexual está íntimamente entrelazado con factores emocionales, psicológicos y culturales (15, 16) y por roles de género. Sin embargo, la terapia sexual convencional parece haberse centrado más en el rendimiento que en el placer, siendo criticada por preocuparse de eliminar los síntomas (por ejemplo el bajo deseo) independientemente de su significado, propósito o valor. Así, para algunas autoras, los criterios de resultados (por ejemplo, el ángulo o la rigidez de las erecciones) no tienen en cuenta la experiencia subjetiva (4).

La educación también juega un papel clave a la hora de transmitir patrones rígidos de sexualidad y roles de género heteropatriarcales. Eva Alcántara y Ana Amuchástegui (5) observaron durante un año las sesiones de un grupo de terapia sexual, llegando a la conclusión de que muchos de los malestares sexuales de los participantes estaban relacionados con la existencia de un modelo ideal de normalidad sexual, centrado en la heterosexualidad genital. Las preocupaciones de los hombres en el grupo de terapia estaban centradas en cubrir los estándares de perfección con el funcionamiento del pene: falta de control de la eyaculación o la erección. Y en las mujeres, las demandas estaban relacionadas con dificultades en llegar al orgasmo durante la penetración, ya que el modelo ideal de normalidad sexual define éste como la parte culminante del placer sexual. Según este modelo, “este orgasmo sólo es verdadero bajo una forma específica, es decir, cuando es provocado por un pene durante la penetración vaginal” (5:181) siendo infravalorados otros tipos de orgasmo. Así, los terapeutas designaban ejercicios encaminados a la consecución del orgasmo durante el coito heterosexual, definiendo por anticipado lo más

conveniente para el paciente y restando importancia a las necesidades reales de la persona. Para las autoras, “la respuesta sexual es múltiple y la idea de que existe un solo patrón de respuesta sexual incrementa la ansiedad de las personas que creen alejarse de los estándares de normalidad y salud” (5:175).

En contraste con el panorama de la terapia sexual convencional en Occidente, diferentes disciplinas orientales como el Tantra, el Tao, la atención plena, la acupuntura, la meditación y el yoga han sido utilizados para mejorar la vida sexual de las personas y para el tratamiento de algunos problemas específicos. La investigadora canadiense Lori Brotto utiliza desde hace años técnicas milenarias como la práctica de la atención plena (*mindfulness* en inglés) y el yoga para tratar las denominadas disfunciones sexuales (17).

Según Lori Brotto y otros autores (8), una gran parte del sufrimiento psicológico es consecuencia de patrones condicionados de percepción, de pensamientos, ideas, actitudes y conductas, y el yoga puede ser usado para aliviar muchos de estos malestares. Estos autores han encontrado resultados positivos de la práctica del yoga (solo, o en combinación con la meditación) en personas con problemas psicológicos, produciendo una mejora del estado de ánimo y la remisión de estados depresivos, tanto a corto como a largo plazo). También mencionan beneficios sobre la salud física, como la mejora de la tensión arterial, del índice de masa corporal y del ritmo cardíaco, la mejora de la habilidad motora en menores y una capacidad pulmonar similar a la de atletas. Algunas investigaciones empíricas mencionadas por los autores apuntan a que el yoga modera la atención y la respiración, disminuye la ansiedad y el estrés, induce a un estado de relajación y modula la actividad cardíaca del sistema parasimpático. Según afirman, todos estos efectos tienen relación con mejoras en la respuesta sexual, remarcando el efecto del yoga en la atención plena o la capacidad para permanecer en el presente sin juzgar: “dada la tendencia a distracciones que impide el funcionamiento sexual de las mujeres (...), la mayor capacidad para minimizar distracciones y aumentar la conciencia del cuerpo de manera que permita la detección e integración de señales sensoriales en la conciencia es una faceta

importante de por qué el yoga puede ser útil para mejorar la sexualidad” (8).

Chakra significa “rueda”, los chakras son vórtices de energía, intercambian la energía en dos direcciones, de lo físico a lo etéreo y viceversa, se cree que son las puertas de la conciencia. Singh y Stauth (18) han citado diversos estudios científicos que prueban la existencia de los chakras. Según estos autores, ciertas enfermedades relacionadas con la sexualidad indican un bloqueo o estancamiento de la energía en el segundo chakra (*Swadhisthana*). Una forma de liberar la energía estancada es elevar o mover la energía *kundalini* por la espina dorsal hacia el cerebro a través de los *nadis* (canales no físicos por los que circula la energía). Tanto el Tantra como el yoga *kundalini* utilizan el yoga como herramienta para mover esta energía curativa. De este modo, se puede tomar conciencia de uno/a mismo y liberar la energía bloqueada. La energía *kundalini* aumentaría el placer sexual y prolongaría la longevidad de la sexualidad, facilitando orgasmos masculinos sin eyaculación. Por eso, autores como Lori Brotto recomiendan que se investigue más sobre los posibles usos del yoga *kundalini* para tratar problemas sexuales. Según esta autora y otros colegas, la ventaja del yoga *kundalini* estriba en que no requiere ser una persona experta en yoga o seguir instrucciones de un profesor o profesora de yoga a largo plazo, aunque sí se requiere una instrucción inicial. Así, las personas que lo practican pueden hacerlo en su casa. Además, para los autores, al tener una naturaleza holística, integrando el yoga con la respiración, los resultados se notan mucho antes que con otras formas de yoga (8).

La extensa literatura no empírica recomienda diversos ejercicios de yoga para mejorar o tratar problemas relacionados con las funciones sexuales, tanto en hombres como en mujeres, entre los que se encuentran la espermatorea, disfunción eréctil, eyaculación precoz, problemas para llegar al orgasmo, la dismenorrea, síntomas de la menopausia y menstruación, dolores del parto, fortalecimiento del suelo pélvico, incontinencia urinaria, mejora del deseo sexual y la excitación, síndrome de vestibulitis vulvar o vestibulodinia, vaginismo, síntomas de VIH y herpes, recuperación tras un aborto, deficiente

flujo sanguíneo genital (8). A pesar de ello, existen pocos estudios empíricos que avalen estas afirmaciones según los cánones científicos occidentales. Brotto menciona un estudio en el que se comprobó que la práctica diaria de determinadas posturas y respiraciones yóguicas, mejoraba notablemente la latencia eyaculatoria de hombres con eyaculación precoz. En dicho estudio, se ofreció a 68 hombres elegir entre un tratamiento farmacológico tradicional con fluoxetina (prozac) o un tratamiento basado en el yoga. Los 38 hombres que participaron en el grupo de yoga practicaron una serie de *asanas* (posturas) y *pranayamas* (respiraciones) durante una hora diaria, además de técnicas de relajación y ejercicios pubococcygeos y perineales. Sin embargo, no recibieron terapia sexual o educación sexual. Todos los hombres experimentaron mejoras significativas en su latencia eyaculatoria, además de no haber efectos secundarios ni deserciones en este grupo (19).

La meditación terapéutica también ha sido utilizada para tratar la impotencia en los hombres y la libido débil en hombres y mujeres. Según Singh y Stauth (18) la meditación terapéutica ataca los cuatro factores principales de la impotencia y la disfunción de la libido: deterioro vascular, restaurando el flujo sanguíneo; insuficiencia del sistema nervioso, estimulando la función del sistema nervioso; problemas psicológicos, ayudando a descargar las fuentes psicológicas del estrés y desequilibrios hormonales, equilibrando las hormonas a través del eje hipotalámico-pituitario. Para estos autores, además de mejorar la función sexual, la meditación terapéutica, que también incluye la práctica de yoga, aumenta la salud general de los órganos sexuales. Así, ayuda a prevenir y aliviar problemas como el agrandamiento de la próstata, la prostatitis, los cánceres de testículo, de próstata, de cuello del útero y de útero y varios problemas ginecológicos. También puede ayudar a mitigar problemas relacionados con la menopausia en las mujeres, como fatiga, depresión, bajo impulso sexual, insomnio, sofocos, osteoporosis, pérdida de memoria, cambios de humor. En los hombres, puede ayudar a resistir los síntomas más graves del climaterio masculino, o descenso hormonal asociado a la edad: depresión, letargia, insomnio y libido débil. Para

ello, los autores recomiendan combinar la meditación terapéutica con un programa de higiene vital, que incluya ejercicio físico, dieta baja en grasas con las proteínas adecuadas, terapia de sustitución hormonal en los casos en los que sea necesario, fitoterapia y suplementos nutricionales (antioxidantes, minerales, aminoácidos y ácidos grasos esenciales).

La atención plena (*mindfulness* en inglés) puede describirse sucintamente como la conciencia no crítica del momento presente. Tiene sus raíces en la meditación budista y se practica desde hace miles de años. Aunque es una práctica no religiosa tiene un componente espiritual. Esta práctica se ha incorporado en dos programas de tratamiento psicoeducacional para mujeres diagnosticadas con trastornos del deseo y de la excitación sexual, que también incluían experiencias cognitivo-conductuales, psicoeducación y terapia de pareja. Las mujeres participantes valoraron cualitativamente la atención plena como el componente más valioso del tratamiento (17:2742). En otro estudio se comparó el tratamiento basado en la atención plena (TBAP) a un grupo de mujeres con problemas sexuales y una historia de abusos sexuales en la infancia y otro grupo de las mismas características que fue tratado con terapia cognitivo-conductual (TCC). Los resultados de la investigación revelaron que, aunque ambos grupos experimentaron una disminución de la disfunción sexual, las mujeres tratadas con TBAP experimentaron una respuesta de excitación sexual subjetiva mayor al mismo nivel de excitación genital comparada con el grupo de TCC y con la situación antes del tratamiento (14).

Por otra parte, otros dos estudios utilizaron acupuntura para el tratamiento de mujeres con vestibulodinia o dolor vestibular provocado. Uno de ellos trató a 12 mujeres con vestibulodinia crónica con resultados positivos en algunos casos, aunque los autores no recomendaban el tratamiento de manera rutinaria. En la segunda investigación se utilizó acupuntura (10 sesiones, 1 ó 2 veces a la semana) para tratar a 14 mujeres con vestibulodinia, de las cuales 13 completaron el tratamiento y 11 de éstas declararon que el dolor sexual había disminuido. 10 de estas mujeres seguían percibiendo mejoría tres meses después del tratamiento. La acupuntura también se ha

utilizado para problemas relacionados con la ausencia de deseo sexual o líbido (8).

Conclusiones

Tanto la OMS como la Asociación Americana de Psiquiatría han tipificado diferentes malestares y conductas sexuales como trastornos mentales, entre los que se encuentran conductas como el fetichismo o el travestismo. Esto es una muestra más de la medicalización a la que se ha llegado en el ámbito de la sexualidad, ampliamente criticada por numerosas investigadoras, profesionales del sector y activistas. Por otra parte, la terapia convencional parece estar basada en productos farmacológicos de dudosa eficacia o en ejercicios dirigidos a cumplir con el modelo de sexualidad vigente en lugar de enfocarse en la búsqueda del placer, enfoques por los que también ha recibido críticas. Además, el patrón sexual promovido por este tipo de terapias promueve una sexualidad limitada a la genitalidad heterosexual.

Sin embargo los caminos del deseo son diversos y complejos. No parece casual que una de las principales razones por las que las mujeres acuden a consulta sea la ausencia de deseo o los problemas para llegar al orgasmo. Como hemos visto arriba, las dificultades para cumplir con el patrón establecido se encuentran entre las principales demandas de las personas en terapia (5). Una terapia sexual basada en el rendimiento fisiológico no parece abarcar todos los factores psicológicos, sociales, culturales, de género y emocionales que pueden estar relacionados con lo que se han denominado las disfunciones sexuales.

Pero disciplinas holísticas como el yoga, la meditación, la atención plena o la acupuntura sí parecen dar respuesta a las necesidades de personas que, independientemente de que se denomine malestar o disfunción o de que la causa sea fisiológica o psicológica, sufren debido a una sexualidad que no les satisface. Diferentes investigaciones han demostrado que el yoga mejora la latencia eyaculatoria en hombres con problemas de eyaculación precoz; la meditación terapéutica mejora la función sexual en casos de impotencia en los hombres y líbido débil en hombres y mujeres además de aumen-

tar la salud general de los órganos sexuales; la atención plena aumenta el deseo y la excitación sexual en mujeres con este tipo de problemas; y la acupuntura podría disminuir el dolor sexual en casos de vestibulodinia y utilizarse para problemas relacionados con la ausencia de deseo sexual o líbido.

Contacto

Virginia Montañés Sánchez
C/ El Moruno 11, casa 1 • 18690 Almuñécar
virginia.montanes@yahoo.es

Bibliografía

- (1) American Psychiatric Association. *Highlights of Changes from DSM-IV-TR to DSM-5*. 2013.
- (2) Foucault, M. Historia de la sexualidad, vol. I, Mexico DF: siglo XXI 25ª edición; 1998.
- (3) Tiefer, L. Medicalizations and Demedicalizations of Sexuality Therapies. *Journal of Sex Research* 2012; 49(4): 311–318.
- (4) Kleinplatz, P J. Coming out of the sex therapy closet: using experiential psychotherapy with sexual problems and concerns. *American Journal of Psychotherapy* 2007, 61(3):333-348.
- (5) Alcántara, E y Amuchástegui, A. Terapia sexual y normalización: significados del malestar sexual en mujeres y hombres diagnosticados con disfunción sexual. *La ventana* 2004; 20:157-194.
- (6) Kleinplatz, P. (ed.) *New Directions in Sex Therapy. Innovations and Alternatives*. Londres: Routledge; 2012.
- (7) Kleinplatz, P. The Erotic Encounter. *Journal of Humanistic Psychology* 1996; 36:105. DOI: 10.1177/0022167896363008.
- (8) Brotto, L.A.; Mehak, L y Kit, c. Yoga and Sexual Functioning: A Review. *Journal of Sex & Marital Therapy* 2009; 35:378–390.
- (9) Boynton, P M. Keeping Sex Secrets: the hidden aspects of sex-research, *Radical Statistics* 2003; 83:42-57.
- (10) Basson, R; Wierman, M E.; Lankveld, J van y Brotto, L. Summary of the Recommendations on Sexual Dysfunctions in Women, *The Journal of Sexual Medicine* 2010; 7: 314–326.
- (11) El 70% de las españolas no está del todo satisfecha con su vida sexual. *Mujer hoy* 2011 17 enero; accesible en <http://www.hoymujer.com/Psico-Sexo/Sexo/espanolas-estado-satisfecha-609501012011.html> [fecha de consulta: 23/04/2014]
- (12) Basson, R; Brotto, L.A.; Laan, E; Redmond G y Utian, W H. Assessment and Management of Women's Sexual Dysfunctions: Problematic Desire and Arousal. *The Journal of Sexual Medicine* 2005; 2: 291–300.
- (13) Masters W, Johnson V (1966), *Human sexual response*, Boston: Little, Brown & Co., citado en Basson, R; Brotto, L.A.; Laan, E; Redmond G y Utian, W H. Assessment and Management of Women's Sexual Dysfunctions: Problematic Desire and Arousal. *The Journal of Sexual Medicine* 2005; 2: 291–300.
- (14) Brotto, L. A.; Brooke, Sl N. y Rellini, A. Pilot Study of a Brief Cognitive Behavioral Versus Mindfulness-Based Intervention for Women



With Sexual Distress and a History of Childhood Sexual Abuse. *Journal of Sex & Marital Therapy* 2012; 38:1-27.

- (15) Harris, J. M. et al. Normal Variations in Personality are Associated with Coital Orgasmic Infrequency in Heterosexual Women: A Population-Based Study. *The Journal of Sexual Medicine* 2008; 5:1177-1183.
- (16) Brotto, L A. Psychosexual Evaluation of the Woman With Sexual Complaints. *The female patient* 2007 nov; 32.
- (17) Brotto, L.A., Krychman, M y Jacobson, P. Eastern Approaches for Enhancing Women's Sexuality: Mindfulness, Acupuncture and Yoga, *The Journal of Sexual Medicine* 2008; 5: 2741-2748.
- (18) Singh K, Dharma y Stauth, Cameron. *La meditación como medicina*, Barcelona: Luciérnaga, 2008.
- (19) Dhikav, V., Karmarkar, G., Gupta, M., & Anand, K. S. Yoga in premature ejaculation: A comparative trial with fluoxetine. *Journal of Sexual Medicine* 2007; 4:1726-1732, citado en Brotto, L.A.; Mehak, L y Kit, c. Yoga and Sexual Functioning: A Review. *Journal of Sex & Marital Therapy* 2009; 35:378-390.

- Recibido: 05/02/2014
- Aceptado: 06/05/2014